REGIONE DEL VENETO

DIREZIONE ATTUAZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Coordinamento Regionale Controlli Sanitari

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

Revisione Anno 2011

PRESENTAZIONE

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

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

Con questo strumento, che oggi ci prestiamo a consegnare ai codificatori della nostra regione, viene rivisto il precedente Decreto n.32 del 19 dicembre 2005 a firma del Segretario Sanità e Sociale che per molti anni è stato l'unica fonte a cui fare riferimento. Ma da allora ad oggi le innovazioni che si sono susseguite avevano reso il precedente documento disallineato è carente in molte parti è la necessità di rivederlo e aggiornarlo non permetteva più nessun rinvio.

La pubblicazione della versione italiana 2007 della Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche (ICD-9-CM) che deriva dalla Classificazione ICD-9 dell'Organizzazione mondiale della sanità e il recente aggiornamento delle Linnee Guida Nazionali hanno permesso al Gruppo di Lavoro e al Coordinamento Regionale per i Controlli Sanitari di produrre uno strumento agevole, anche per chi per la prima volta si presenta nel mondo delle codifica SDO, e allo stesso tempo attuale per i suoi contenuti.

Voglio ringraziare il Gruppo di Lavoro e i Componenti del Coordinamento Regionale per i Controlli Sanitari per il lavoro svolto, ma desidero estendere il ringraziamento anche a tutte le persone che pur non facendo parte del Gruppo di Lavoro hanno ritenuto di fornire, con competenza ed obiettività, il proprio contributo consentendo l'addivenire delle LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA ICD-9-CM DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA della Regione del Veneto e alle loro Amministrazioni che, nel consentirvi la partecipazione ai suddetti lavori, hanno dimostrato di comprendere l'importanza del raggiungimento di tale obiettivo.

Il Dirigente Regionale
Direzione Servizi Sanitari
Dr. Francesco Pietrobon

INDICE

INTRODUZIONE 5

LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: PRINCIPI GENERALI E RESPONSABILITÀ 8

INTRODUZIONE AL MANUALE ICD-9-CM 8

LINEE GUIDA GENERALI PER LA SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI, DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E/O PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE 13

Capitolo 1 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE 21

Capitolo 2 - TUMORI 25

Capitolo 3 - MALATTIE DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE, DELLA NUTRIZIONE E DEL METABOLISMO 31

Capitolo 4 - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI 36

Capitolo 5 - DISTURBI MENTALI 39

Capitolo 6 - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E ORGANI DEI SENSI 44

Capitolo 7 - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO 53

INTERVENTI/PROCEDURE (I/P) SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE 58

CARDIOCHIRURGIA 61

Capitolo 8 - MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO 65

Capitolo 9 - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE 71

Capitolo 10 - MALATTIE DEL SISTEMA GENITO-URINARIO 77

Capitolo 11 - COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO 83

Capitolo 12 - MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO 86

Capitolo 13 - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO 89

Capitolo 14 - MALFORMAZIONI CONGENITE 95

Capitolo 15 - ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE 97

Capitolo 16 - SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI 105

Capitolo 17 - TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI 107

CODICI V: CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI 113

APPENDICE: MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA, LUNGODEGENZA 117

INTRODUZIONE:

Finalità

Il presente manuale ha lo scopo di uniformare nell'ambito delle strutture del Servizio Sanitario Regionale del Veneto la codifica delle diagnosi degli interventi e delle procedure in modo da migliorare l'utilizzo della SDO ai fini sia amministrativi che epidemiologici. Esso non sostituisce il testo del Manuale ICD-9-CM ed è inevitabilmente parziale, riguardando solo alcuni aspetti della codifica delle SDO; è aperto ad integrazioni, aggiornamenti e modifiche. ***Il seguente documento è valido dal 1° gennaio 2011***.

Metodologia

Le linee guida sono state prodotte da un gruppo di esperti operanti presso le strutture del Servizio Sanitario Regionale, sulla base delle esistenti Linee Guida nazionali e regionali (P.A. di Bolzano, Lazio, Liguria, Emilia Romagna e Veneto).

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

Coordinamento

Direzione Regionale Servizi Sanitari

Francesco Pietrobon	Dirigente Regionale

Coordinamento Regionale per i Controlli Sanitari

Annamaria Mussi	Coordinatore Regionale
Igino Ruggeri	Coordinatore Regionale
Ezio Ferrari	Collaboratore Regionale

Gruppo di lavoro

Giovanna Ghirlanda	Coordinatore gruppo di lavoro - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Bruno Savaris	ULSS 1 Belluno
Manuela Miorin	ULSS 4 Alto Vicentino
Gianfranco Cereser	ULSS 10 Veneto Orientale
Stefano Formentini	ULSS 15 Alta Padovana
Marco Brusaferro	ULSS 18 Rovigo
Graziana Aguzzi	ULSS 21 Legnago
Gianluca Gianfilippi	Componente AIOP
Davide Brunelli	Componente ARIS

Gruppo di lavoro appendice: Medicina di Riabilitazione

Cristina Smiderle	ULSS 3 Bassano del Grappa
Daniela Primon	ULSS 15 Alta Padovana
Stefano Bargellesi	Componente AIOP
Giampietro Bonivento	Componente ARIS

Gruppo di supporto esterno al Coordinamento Regionale per i Controlli Sanitari

Barbara Pollet	ULSS 2 Feltre
Roberta Carmignola	ULSS 21 Legnago
Flavia Petrin	Componente AIOP

Fonti

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

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

- Decreto del Segretario Regionale Sanità e Sociale Regione Veneto n° 32 del 19 dicembre 2005 "Linee guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera dei ricoveri ordinari";
- Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) - Allegato 1 dell'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002;
- Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. Evoluzione del sistema DRG nazionale. Adeguamento del contenuto SDO alle nuove necessità, 11 Luglio 2007;
- Ministero della Sanità. Dipartimento della Programmazione. D.M. n. 380 del 27 ottobre 2000. Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati;
- Provincia Autonoma di Bolzano, Ripartizione Sanità, Osservatorio epidemiologico provinciale. Linee guida per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). Quarta versione – Febbraio 2006;
- Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali. Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera. Revisione 2009;
- DGR n° 1885 del 22 dicembre 2008 Regione Liguria. "Adozione del manuale regionale per la compilazione e la codifica ICD9-CM della scheda di dimissione ospedaliera".
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche Sociali. Dipartimento della qualità. "Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)". Circolare Ministeriale del 23 ottobre 2008;
- Guida ai DRG edizione 2009 "Manuale pratico per il corretto utilizzo della versione 24.0 del sistema CMS-DRG e della corrispondente ICD-9-CM (USA, FY 2007)" Marino Nonis, Enrico Rosati

LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA:
PRINCIPI GENERALI E RESPONSABILITÀ

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

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

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

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

La compilazione della SDO e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle linee guida nazionali e regionali.

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

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

Il Direttore Medico di Presidio/Direttore Sanitario dell'Istituto di cura è responsabile:

- delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO,
- dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate (art. 2 c. 4 del D.M. 380 del 27.10.2000).

INTRODUZIONE AL MANUALE ICD-9-CM

LA CLASSIFICAZIONE ICD9-CM 2007

La classificazione ICD-9-CM 2007 descrive in codici numerici o alfa-numerici le diagnosi di malattia o di traumatismo, le cause dei traumatismi e le procedure diagnostiche e terapeutiche.

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

- **esaustività**: tutte le entità trovano una loro collocazione, più o meno specifica, entro i raggruppamenti finali della classificazione;
- **mutua esclusività**: ciascuna entità è classificabile soltanto in uno dei raggruppamenti finali della classificazione;
- la **specificità dei raggruppamenti** in ragione della rilevanza delle entità nosologiche dal punto di vista della sanità pubblica: le entità nosologiche di particolare importanza per la sanità pubblica o che si verificano con maggiore frequenza sono individuate da una specifica categoria; tutte le altre sono raggruppate in categorie non strettamente specifiche, che comprendono condizioni differenti, benché tra loro correlate.

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

La maggior parte dei codici ICD9-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 ICD9-CM 2007 relativi alle diagnosi sono costituiti da caratteri numerici o alfanumerici, in numero di tre, quattro o cinque; quando sono necessari più di tre caratteri, un punto decimale è interposto tra il terzo e il quarto carattere. I codici ICD9-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 Classificazione ICD9-CM versione 2007 raccoglie tutte le modifiche riportate negli aggiornamenti prodotti nel quinquennio 2003-2007.

LA STRUTTURA DELLA CLASSIFICAZIONE ICD9-CM

Il sistema ICD9-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 sezioni:

- **indice alfabetico** delle malattie e dei traumatismi
- **elenco sistematico** delle malattie e dei traumatismi
- **indice alfabetico** degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche
- **elenco sistematico** degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche

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 ed avvelenamento (**codici E**). L'utilizzo dei codici E, non ancora disciplinato a livello nazionale e regionale, potrà essere di particolare ausilio per lo studio degli aspetti socio-epidemiologici e sanitari degli incidenti stradali, domestici e nelle attività lavorative, comprese quelle sanitarie.

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 riportati alcuni esempi:

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

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

L'ELENCO SISTEMATICO DELLE MALATTIE E TRAUMATISMI

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

L'elenco sistematico comprende:

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

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

Organizzazione dell'elenco sistematico

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.

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

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

I codici V possono essere utilizzati per codificare problemi clinici, servizi erogati, 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 ed esclusione.

SIMBOLOGIA CONVENZIONALE

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

Simbologia convenzionale nell'indice alfabetico

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

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

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.

Simbologia convenzionale nell'elenco sistematico

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

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

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 é pertanto utilizzata per indirizzare il codificatore ad una corretta assegnazione dei codici; i termini di esclusione sono stampati in corsivo per essere maggiormente visibili;
- La nota "Codificare prima" é utilizzata per quei codici che non possono essere utilizzati per identificare la diagnosi principale. La nota richiede che la malattia sottostante (eziologia) sia codificata per prima.
- La nota ''Utilizzare un **codice aggiuntivo** (addizionale)'' segnala al codificatore la possibilità di utilizzare un codice aggiuntivo per fornire un'immagine più completa della diagnosi o delle procedure. Il codice aggiuntivo dovrebbe essere utilizzato quando l'informazione appropriata è riportata nella scheda di dimissione;
- La nota ''**Codificare anche**" indica al codificatore la necessità di aggiungere un codice specifico per fornire informazioni maggiormente dettagliate riguardo alla condizione di base.

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.

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

DIAGNOSI

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

Definizione di DIAGNOSI PRINCIPALE (DP)

La diagnosi principale di dimissione è la condizione morbosa, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la **principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche**.
Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia:

- più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere **responsabile dell'impiego maggiore di risorse;**
- oppure, se non è stata formulata una diagnosi definitiva, per la codifica della diagnosi principale, possono essere utilizzati i codici relativi a **segni, sintomi e condizioni mal definite** riportati nel Capitolo 16 (cod. 780-799).

Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.
Si ricorda però che le diagnosi racchiuse in parentesi quadre non possono essere utilizzate come diagnosi principali, fatte salve le eccezioni indicate nelle presenti linee guida.

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

Definizione di DIAGNOSI SECONDARIA (DS)

Le diagnosi secondarie di dimissione sono quelle condizioni che coesistono al momento del ammissione o che si sviluppano durante il ricovero e sono in grado di influenzare il trattamento ricevuto e/o la durata di degenza.
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.

(vedi art. 5 dell'Allegato Tecnico al D.M. 380 del 27/10/2000).

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più condizioni morbose, che rispondano ai criteri sopradescritti di identificazione delle diagnosi secondarie, devono essere selezionate e codificate quelle che, a giudizio del medico che ha formulato la diagnosi, possono aver esercitato il maggior peso in relazione:

- alle necessità assistenziali,
- alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

Dalle regole sopra enunciate si evince che, a differenza della relazione clinica finale riportata in cartella clinica, l'inserimento nella SDO della Diagnosi Principale e delle Diagnosi Secondarie obbedisce ad altri e specifici criteri; ne deriva che le diagnosi che compaiono sulla SDO possono essere non completamente esaustive e coincidenti con la suddetta relazione clinica finale (lettera di dimissione).

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

Esempio: diagnosi dimissione: Frattura traumatica dell'omero e della clavicola in paziente con Morbo di Hodgkin
Diagnosi sulla SDO:

- DP: cod. 812 *Frattura dell'omero;*

- DS: cod. 810 *Frattura della clavicola.*

Non viene riportata la diagnosi di Morbo di Hodgkin in quanto non ha influenzato né il trattamento ricevuto né la durata della degenza.

CONDIZIONI CRONICHE RIACUTIZZATE

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

Esempio*:* Diagnosi dimissione: Cistite cronica con riacutizzazione
Codifica:

- DP: cod. 595.0 C*istite acuta;*
- DS: cod. 595.2 C*istite cronica.*

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

Esempio:

- cod. 491.21 *Bronchite cronica ostruttiva con riacutizzazione*

CODICI COMBINATI

Si definisce "codice combinato" un codice utilizzato per classificare:

- simultaneamente due diagnosi;
- una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata;
- una diagnosi insieme ad una complicazione associata.

I codici combinati sono riportati come sotto-voci nell'indice alfabetico e come note di inclusione nell'elenco sistematico. Si deve utilizzare il codice combinato quando esso identifica pienamente tutte le condizioni riportate o quando l'indice alfabetico lo richiede esplicitamente.
Se il codice combinato descrive tutti gli elementi riportati nella formulazione diagnostica, non devono essere utilizzati ulteriori codici.
Quando il codice combinato non è in grado di descrivere tutte le manifestazioni o complicazioni riportate nella formulazione diagnostica, può essere utilizzato insieme al codice combinato un codice aggiuntivo.

Esempi di codici combinati:

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

CODIFICA MULTIPLA

Quando la diagnosi non può essere rappresentata da un unico codice, è necessario ricorrere alla codifica multipla, ovvero alla utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi.
Il ricorso alla codifica multipla è richiesto dalle indicazioni "*utilizzare eventualmente un codice aggiuntivo*", "codificare per primo …", che possono essere riportate all'inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria.
La nota "codificare per prima la malattia di base", riportata nella versione italiana della ICD-9-CM 2007, indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, che quello relativo alla manifestazione conseguente. Quest'ultimo, riportato fra parentesi [ ] nell'indice alfabetico, non può essere utilizzato come diagnosi principale.

Esempio 1:

- Cod. 484._ *Polmonite in altre malattie infettive classificate altrove*: codificare per prima la malattia di base (agente eziologico).

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

Esempio 2:

Diagnosi dimissione: Sanguinamento di varici esofagee in cirrosi alcoolica:

- DP: cod. 571.2 *Cirrosi epatica alcoolica*;
- DS: cod. 456.20 *Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove.*

Esempio 3 :

Diagnosi dimissione: Gangrena in paziente diabetico:

- DP: cod. 250.70 *Diabete tipo II o non specificato con complicanze circolatorie periferiche;*
- DS: cod. 785.4 *Gangrena.*

CODICI V: FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI

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

I codici V devono essere utilizzati per:

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

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

TRATTAMENTO NON ESEGUITO

Per l'uso dei cod. **V64.1, V64.2 e V64.3** si rimanda a pag. 114.

CODICI E: CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DELLE CAUSE ESTERNE DI TRAUMATISMO ED AVVELENAMENTO in uso dal 1 gennaio 2010.

I codici E, di tipo alfanumerico, consentono di descrivere gli eventi, le circostanze e le condizioni che rappresentano le cause di traumatismo, avvelenamento e di altri effetti avversi. Costituiscono una classificazione supplementare che ha l'obiettivo di migliorare la capacità descrittiva dei codici di diagnosi ICD-9-CM, e non devono pertanto mai essere utilizzati per descrivere la diagnosi principale.

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

I codici E, infatti, descrivono come il traumatismo o avvelenamento si e' verificato (l'agente causale), dove l'evento si e' verificato (il luogo) e l'intenzionalità' (se l'evento e' accidentale, oppure se e' intenzionale, come nel caso di Œ suicidio). Possono essere utilizzati in associazione con qualunque codice di diagnosi, da 001 a V83.89, che indichi un traumatismo, avvelenamento o un danno determinato da una causa esterna. Nel caso sia possibile assegnare un solo codice E, deve essere selezionato quello maggiormente correlato con la diagnosi principale.

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

AVVELENAMENTI E INTOSSICAZIONI

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

Esempio: Diagnosi dimissione: Alterazione della coscienza per avvelenamento da salicilati:

- DP: cod. 965.1 *Avvelenamento da salicilati;*
- DS: cod. 780.09 *Altre alterazioni della coscienza.*

COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI CHIRURGICI O DI ALTRI TRATTAMENTI MEDICI

Le complicanze di cure mediche o chirurgiche sono classificate con i codici da 996. Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, e le prestazioni erogate sono rivolte a risolvere tale complicazioni il codice relativo alla **complicazione** deve essere selezionato come diagnosi principale.
Se la complicazione è classificata con i codici compresi fra 996 e 999 può esistere un codice aggiuntivo specificatamente la natura della complicazione.

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

Esempio:
Diagnosi dimissione: Emorragia successiva a cistoscopia:

- DP: cod. 998.11 *Emorragia complicante un intervento;*
- DS: cod. 223.3 *Tumore benigno della vescica.*

POSTUMI

Un postumo è un effetto causato da una malattia o da un traumatismo che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo sia terminata.
Non vi è un limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato.
Il postumo può essere relativamente precoce come negli accidenti cerebrovascolari o può verificarsi dopo mesi o anni come nel caso dei traumatismi.
Il codice relativo alla natura del postumo deve essere riportato per primo. Il codice relativo alla causa del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

Esempio:
Diagnosi dimissione: 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.*

I codici possibili di causa di postumo sono i seguenti:

- cod. 137._ _ *Postumi della Tbc;*
- cod. 138 - *Postumi della Poliomielite acuta;*
- cod. 139._ _ *Postumi di altre malattie infettive e parassitarie;*
- cod. 268.1 *Rachitismo, postumi;*

- cod. 326 *Postumi di ascesso intracranico o di infezione da piogeni;*
- cod. 366.5_ *Postumi di cataratta;*
- cod. 429.7 *Alcuni postumi di IMA non classificati altrove;*
- cod. 438._ _ *Postumi delle malattie cerebrovascolari;*
- cod. 572.8 *Altri postumi di malattie croniche del fegato;*
- cod. 905._ _ *Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo;*
- cod. 906._ _ *Postumi di traumatismi delle pelle e del tessuto s.c.;*
- cod. 907._ _ *Postumi di traumatismi del Sistema Nervoso;*
- cod. 908._ _ *Postumi di altri e NS traumatismi;*
- cod. 909._ _ *Postumi di altre e NS cause esterne.*

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

USTIONI

Per le ustioni è prevista una classificazione, compresa nei codici: 940-949, che considera la sede, la gravità e l'estensione della superficie corporea interessata.
Quando le ustioni sono identificate come diagnosi principale ed esse sono multiple, va riportato per primo il codice che descrive l'ustione di maggiore gravità.

Esempio:
Diagnosi dimissione: Ustioni di III grado a mano e polso:

- DP: cod. 944.38 *Perdita dell'epidermide e del derma [terzo grado SAI], sedi multiple del polso e della mano;*
- DS: cod. 948.00 *Ustione coinvolgente meno del 10% della superficie corporea, ustioni di terzo grado coinvolgenti meno del 10% della superficie corporea.*

TRAUMI MULTIPLI

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

COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA

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

INTERVENTI E PROCEDURE

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

Selezione e codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche
L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero che ha implicato il maggior consumo di risorse.
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:

a. in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il **maggior peso**

assistenziale ed il **maggior consumo di risorse** (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.);

b. nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;

c. quando sulla cartella clinica sono indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto del seguente **ordine decrescente di priorità** :

- interventi chirurgici a cielo aperto;
- interventi per via endoscopica e/o laparoscopica;
- procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):
    - cod. 87.53 C*olangiografia intraoperatoria;*
    - cod. 88.52 *Angiocardiografia nel cuore destro;*
    - cod. 88.53 *Angiocardiografia nel cuore sinistro;*
    - cod. 88.54 *Angiocardiografia combinata nel cuore destro e sinistro;*
    - cod. 88.55 *Arteriografia coronarica con catetere singolo;*
    - cod. 88.56 *Arteriografia coronarica con catetere doppio;*
    - cod. 88.57 *Altra e non specificata arteriografia coronarica;*
    - cod. 88.58 *Roentgengrafia cardiaca con contrasto negativo;*
    - cod. 92.27 *Impianto o inserzione di elementi radioattivi;*
    - cod. 92.3 *Radiochirurgia stereotassica;*
    - cod. 92.31 *Radiochirurgia fotonica a sorgente singola;*
    - cod. 92.32 *Radiochirurgia fotonica multi sorgente;*
    - cod. 92.33 *Radiochirurgia particolata;*
    - cod. 92.39 *Radiochirurgia stereotassica NIA;*
    - cod. 94.61 *Riabilitazione da alcool;*
    - cod. 94.63 *Disintossicazione e riabilitazione da alcool;*
    - cod. 94.64 *Riabilitazione da farmaci;*
    - cod. 94.66 *Disintossicazione e riabilitazione da farmaci;*
    - cod. 94.67 *Riabilitazione combinata da alcool e farmaci;*
    - cod. 94.69 *Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci;*
    - cod. 95.04 *Esame dell'occhio sotto anestesia;*
    - cod. 96.70 *Ventilazione meccanica continua, durata non specificata;*
    - cod. 96.71 *Ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive;*
    - cod. 96.72 *Ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più;*
    - cod. 98.51 *Litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica;*
    - cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico;*
- procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica);
- procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore (cod. da 01._ a 86._) (es. gastroscopia);
- altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore (cod. da 87._ a 99._), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, RMN, radioterapia, ecc.).

CODICI COMBINATI

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

Esempio:

- cod. 72.31 *Parto con forcipe alto con episiotomia*.

CODIFICA MULTIPLA

La completa descrizione di un intervento può comportare l'utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi.

L'espressione "codificare anche", indica la necessità di utilizzare un codice aggiuntivo per identificare le diverse componenti di un intervento, sempre che nel caso concreto esse siano state effettivamente presenti.

Esempio*:* Intervento eseguito: Intervento per applicazione di pace-maker permanente :

- I/P: cod. 37.70 *Inserzione iniziale di elettrodo non altrimenti specificato;*
- I/P: cod. 37.80 *Inserzione di PM permanente, iniziale o sostituzione, tipo di strumento non specificato.*

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: 47.1 appendicectomia in corso di altro intervento)

Esempio*:* Intervento eseguito: Appendicectomia in corso di Ovariectomia:

- I/P: cod. 65.31 *Ovariectomia laparoscopica monolaterale;*
- I/P: cod. 47.11 *Appendicectomia laparoscopica in corso di intervento*.

CODIFICA DI INTERVENTI BILATERALI

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

Esempio: Intervento per ernia inguinale bilaterale:

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

Esempio: Intervento per Protesi di ginocchio bilaterale nel corso del medesimo intervento:

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

DESCRIZIONE DELL'APPROCCIO CHIRURGICO ALL'INTERVENTO

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

Alcuni esempi:

- cod. 51.22 *Colecistectomia;*
- cod. 51.23 *Colecistectomia per via laporoscopica;*
- cod. 51.88 *Rimozione endoscopica di calcoli del tratto biliare;*
- cod. 65.01 *Ovarectomia laparoscopica;*
- cod. 65.09 *Altra ovariectomia;*
- cod. 98.52 *Litotrissia extracorporea della colecisti e/o dotto biliare.*

Nel caso non esista un codice che individui specificatamente l'approccio endoscopico o quello laparoscopico, si ricorre alla codifica multipla riportando sia il codice dell'intervento (come principale) che quello dello specifico approccio utilizzato (come codice aggiuntivo).
In assenza del codice che indichi la specifica procedura laparoscopica, si utilizzi il cod. 54.21 *Laparoscopia* anche per sedi diverse dall'addome.
Quando un intervento chirurgico, inizialmente avviato per via laparoscopia o toracoscopia, viene successivamente convertito a cielo aperto l'intervento deve essere codificato utilizzando il codice relativo alla procedura a cielo aperto, mentre tra le diagnosi secondarie deve essere riportato il codice: V64.4 *Intervento chirurgico per via laparo/toracoscopia convertito in intervento a cielo aperto.*

BIOPSIE

Il prelievo bioptico e l'analisi del materiale istologico prelevato in corso di intervento chirurgico non necessità di una specifica codifica aggiuntiva.
La codifica di biopsia è invece necessaria, come codice aggiuntivo, nei casi in cui nel corso di intervento sia effettuata una biopsia il cui risultato è atteso per poter definire il tipo e l'estensione dell'intervento in corso.
Sono parimenti da codificare le biopsie effettuate nel corso di un intervento su organi diversi da quello cui è rivolto l'intervento principale.

Biopsie chiuse

È possibile in molti casi utilizzare un codice combinato che individua sia la biopsia sia l'approccio utilizzato. In alcune situazioni, tuttavia, qualora non sia disponibile un codice combinato si devono osservare le seguenti regole:

- se si tratta di una biopsia endoscopica, è necessario riportare sia il codice dell'endoscopia, come procedura principale, sia quello della biopsia, come procedura associata;
- se si tratta di una biopsia effettuata mediante "brush" o mediante aspirazione, è necessario utilizzare il codice della corrispondente biopsia chiusa;
- per le agobiopsie eseguite (su organi diversi da quelli operati) nel corso di interventi chirurgici a cielo aperto, il codice da utilizzare è quello della biopsia chiusa.

Biopsia Osteomidollare o Carotizzazione Ossea

Si precisa che le biopsie osteomidollari effettuate per via per cutanea con agoaspirazione vanno codificate esclusivamente con il:

- cod. 41.31 *Biopsia del midollo osseo*;

se effettuate a cielo aperto vanno codificate esclusivamente con:

- cod. 77.4._ *Biopsia dell'osso*.

N.B. La sottocategoria 77.40 non dovrebbe mai essere utilizzata poiché poco specifica.

Biopsia Stereotassica

La biopsia stereotassica cerebrale va codificata esclusivamente con:

- cod. 01.13 *Biopsia (per cutanea) (agobiopsia) di lesione cerebrale.*

PRESTAZIONI RICEVUTE IN OSPEDALI DIVERSI DA QUELLO DI RICOVERO

Durante la degenza, è possibile che al paziente siano erogate prestazioni strumentali da parte di un presidio ospedaliero diverso da quello in cui il paziente è ricoverato. Tipico esempio è rappresentato dalle prestazioni di cardiologia interventistica. Gli interventi effettuati vanno codificati dall'ospedale presso il quale il paziente è ricoverato; in tal caso, però deve essere riportato il codice della struttura che ha erogato la prestazione e in diagnosi secondaria il cod. V63.8 *Altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici*.

CAPITOLO 1
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE
(001-139)

Questo primo capitolo del manuale ICD-9-CM comprende le categorie dallo 001._ alla 139._, così suddivise:

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

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

a) il microrganismo responsabile,
b) il sito d'infezione.

È da evitare l'utilizzo in DP di codici:

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

Tubercolosi (cat. 010-018).

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

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

Setticemia (cat. 038)

Patologia sistemica dovuta alla presenza nel sangue di microrganismi patogeni o tossine.
La categoria è ulteriormente specificata dalla quarta e quinta cifra, ad indicare i microorganismi responsabili.
N.B.: le setticemie sostenute da microrganismi (es. virus o criptococco) per i quali non sono previsti codici specifici, devono essere rappresentate dal cod. 038.8 – *Altre forme di setticemia.*

SIRS (995.9_)

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

Sepsi (995.91) Sirs dovuta a infezione.

Sepsi severa (995.92)
Sepsi associata a insufficienza acuta d'organo. La codifica della Sepsi severa richiede l'uso di codici aggiuntivi per l'insufficienza acuta d'organo.
Se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il cod. 995.92 *Sepsi severa*.

N.B.: Quando SIRS, Sepsi o Sepsi severa sono associate ad infezione localizzata, es. polmonite o cellulite, questa deve essere codificata con codici aggiuntivi.

Il cod. 038.9 *Setticemia non specificata* può essere utilizzato in caso di emocultura negativa se presenti almeno due dei seguenti segni:
- Febbre >38
- Ipotermia <36
- Leucocitosi >11.000
- Leucopenia < 4.000
- Tachicardia > di 100/min
- Tachipnea o iperventilazione >di 20/min.

Altre setticemie sono classificate con:
- cod. 112.5 *Candidiasi disseminata*
- cod. 054.5 *Setticemia erpetica*
- cod. 040.82 S*indrome dello Shock tossico.*

Shock settico (785.52) deve essere impiegato come codice aggiuntivo in caso di sepsi severa.

Setticemia neonatale (771.81): non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi (995.91 o 995.92), ma deve essere identificato il microrganismo (codici 041.00-041.9).

Infezione da HIV, virus dell'immunodeficienza umana (cod. 042)
Nella classificazione ICD-9-CM 2007 l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana viene descritta con un unico cod.042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana* che comprende:
- *Sindrome da immunodeficienza acquisita;*
- *AIDS;*
- *Sindrome tipo-AIDS;*
- *Complesso collegato all'AIDS;*
- *ARC;*
- *Infezione da HIV, sintomatica*.

Il cod. 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana* 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 (esempio trauma).

Esempi:
a) Nel caso di un paziente affetto da AIDS e ricoverato per appendicite acuta e contemporaneo riscontro di epatite C la corretta codifica da riportare è la seguente:
- DP: cod. 540._ *Appendicite acuta;*
- DS: cod. 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana;*
- DS: cod. 070.54 *Epatite C cronica senza coma epatico*.

b) Lo stesso paziente nel quale il quadro di appendicite acuta è stato causato dalla localizzazione viscerale del sarcoma di Kaposi va classificato invece come segue:
- DP: cod. 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana;*
- DS: cod. 176.3 *Infezione da Sarcoma di Kaposi – Tratto gastro-intestinale;*
- DS: cod. 540._ *Appendicite acuta;*
- DS: cod. 070.54 *Epatite C cronica senza coma epatico.*

Lo stato di sieropositività asintomatico corrisponde al codice V08**.**

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

Nel caso di pazienti con **HIV** ricoverate per **gravidanza, parto o puerperio** per la codifica si vedano le indicazioni a cap. 11.

Febbre del Nilo Occidentale (cod. 066.4_ *Febbre del Nilo Occidentale*) non è più codificata con il codice 066.3, ma con codici specifici compresi fra 066.40 e 066.49.

Epatite virale (070._ _)
In questa categoria la quarta e/o la quinta cifra descrivono l'agente eziologico e/o lo stato clinico; per tale motivo i singoli codici sono completi ed esplicativi delle varie condizioni. La quarta cifra distingue fra epatite A ed epatite B.
Non sono previsti codici specifici per altri tipi di epatite (ad esempio epatite non A non B, epatite C, ecc.) che devono essere codificate tra *altre epatiti specificate* (cod. 070.4 - 070.5, a seconda della presenza o meno di coma epatico).
La quinta cifra per alcune sotto-categorie identifica la presenza o meno di epatite Delta (es.: 070.30-070.33).
Sono di nuova introduzione i codici 070.70 e 070.71 per *l'Epatite virale C non specificata*.
Non esistendo un codice che identifichi univocamente i **postumi di epatite virale,** deve essere utilizzato il cod. 139.8 *Postumi di altre e non specificate malattie infettive e parassitarie* appartenenti alle categorie del blocco *Postumi malattie infettive e parassitarie* (137-139), se è evidente che la malattia non è più presente da lungo tempo.

Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata (041. _ _ Batteriche e 079._ _ da Virus e Chlamydiae)
Sono diagnosi addizionali che possono essere utilizzate per indicare l'agente patogeno responsabile.

Esempio:
Diagnosi dimissione: *Prostatite acuta da streptococco A:*
- DP: cod. 601.0 *Prostatite acuta;*
- DS: cod. 041.01 *Infezione streptococcica in condizioni morbose classificate altrove, streptococco gruppo A.*

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

I trattamenti con farmaci antiretrovirali si descrivono con:
- I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.*

I codici della categoria **V09** ***Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci*** possono essere utilizzati solo in DS per descrivere la resistenza ai farmaci in condizioni infettive specificate, fatto salvo l'AIDS.

Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio
Per le malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio, deve essere utilizzata la categoria 647_ *Manifestazioni infettive e parassitarie nella madre, classificabili altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio,* a meno che tale patologia abbia danneggiato il feto. In questo caso deve essere utilizzato un codice della categoria 655.0 - 655.9.

Esempi:
a) In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con rosolia:
- DP: cod. 647.5_ *Rosolia;*
- DS: eventuali ulteriori complicazioni mediante codici aggiuntivi.

b) In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con epatite virale:
- DP: cod. 647.6_ *Altre malattie virali;*
- DS: eventuali ulteriori complicazioni mediante codici aggiuntivi.

c) In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con setticemia si segnalano i seguenti codici:

Setticemia nel corso del travaglio:

- DP: cod. 659.3_ *Infezione generalizzata durante il travaglio.*

Setticemia successiva ad aborto e gravidanza ectopica o molare:

- DP: cod. 639.0 *Infezione del tratto genitale e della pelvi, Setticemia SAI.*

Setticemia postpartum, puerperale:

- DP: cod. 670.04 *Infezioni puerperali maggiori, condizione o complicazione postpartum.*

Setticemia in corso di gravidanza:

- DP: cod. 647.83 *Altre malattie infettive e parassitarie, condizione o complicazione antepartum.*

Polmoniti

Vedi capitolo 8 - Malattie dell'apparato respiratorio.

Infezioni urinarie

Vedi capitolo 10 - Malattie dell'apparato genitourinario.

Infezioni del neonato

Vedi capitolo 15 - Altre condizioni morbose di origine perinatale

Postumi delle malattie infettive e parassitarie

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

- cod. 137._ *Postumi della tubercolosi;*
- cod. 138 *Postumi della poliomielite acuta;*
- cod. 139._ *Postumi di altre malattie infettive e parassitarie.*

N.B. Per codificare i postumi sono necessari due codici indicando:

- DP: la **condizione residua** o la **natura** del postumo;
- DS: la **causa** del postumo.

Esempio:

Artropatia in postumi di poliomielite acuta:

- DP: cod. 716.9_ *Artropatia non specificata;*
- DS: cod. 138 *Postumi della poliomielite acuta*.

Stato di portatore o portatore sospetto di malattie infettive

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

L'osservazione per sospetto di malattia si codifica con i seguenti codici:

- cod. V71.2 *Tubercolosi*;
- cod. V71.82 *Antrace*;
- cod. V71.83 *Altri agenti biologici*;
- cod. V71.89 *Condizione morbosa non specificata*.

Il contatto o l'esposizione a virus della varicella va descritto con il codice V01.71 *Contatto con o esposizione a varicella* e il contatto o l'esposizione a virus ad altre malattie virali va descritto con il codice V01.79 *Contatto con o esposizione ad altre malattie virali*; si precisa che tale codice non va utilizzato in DP.

CAPITOLO 2
TUMORI
(140-239)

REGOLE GENERALI DI CODIFICA
I codici da attribuire alle diagnosi di tumore sono riportati:

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

Questo capitolo suddivide i tumori in:

- TUMORI MALIGNI: sono codificati da 140.0 a 208.9.
- TUMORI BENIGNI: sono codificati da 210 a 229.9.
- CARCINOMI IN SITU: sono codificati da 230 a 234.9.
- TUMORI A COMPORTAMENTO INCERTO: sono codificati da 235._ a 238.9.
- TUMORI DI NATURA NON SPECIFICATA: sono codificati da 239._. Questa categoria deve essere utilizzata per tutte quelle situazioni per cui non sia possibile una diagnosi definitiva né clinica né morfologica. È necessario porre attenzione a non confondere tali situazioni con le neoplasie di comportamento incerto.
- TUMORI SENZA INDICAZIONE DELLA SEDE: sono codificati da 199.0 a 199.1.
- TUMORI METASTATICI: sono codificati da 196.0 a 198.89; si utilizzano per codificare le patologie neoplastiche che si estendono oltre la sede di origine o per diretta estensione o attraverso metastasi a distanza.

Nella sezione dei tumori maligni primitivi (da 140 a 195) la quarta 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.

Quando il punto di origine della neoplasia non può essere determinato, poiché il tumore primitivo si sovrappone al confine di due o più siti, si usa la 4ª cifra uguale a 8 (altri siti specificati).

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

Codifica di alcune forme di displasia epiteliale di grado grave o severo
Per alcune situazioni cliniche relativamente frequenti di displasia epiteliale di grado grave o severo, istologicamente accertata, si ricorre all'uso dei codici 230-234 *Carcinomi in situ.*
Esempi a tale riguardo sono costituiti dalla displasia grave/severa su polipi adenomatosi dell'apparato digerente o genitourinario (ulcera gastrica, rettocolite ulcerosa, morbo di Crohn, polipi vescicali, displasia della portio).

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

Tumori di natura non specificata
I codici relativi alla categoria *Tumori di natura non specificata* (239._) sono da utilizzare solamente nei casi in cui non si sia in possesso di una diagnosi istologica.
Questa categoria deve essere utilizzata per tutte quelle situazioni per cui non sia possibile una diagnosi definitiva né clinica né morfologica.
È necessario porre attenzione a non confondere tali situazioni con le neoplasie di comportamento incerto.

La neoplasia posta in DP
In linea generale, si pone l'indicazione di codificare in DP la neoplasia solo nei seguenti casi:
- ricovero diagnostico (nel caso 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 (fatte salve le valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale), anche se nel corso dello stesso sono state eseguite chemioterapia, radioterapia e immunoterapia;
- ricovero in cui viene effettuato l'intervento chirurgico specifico per il trattamento della neoplasia (anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia).

Estensione per contiguità o a distanza
Qualunque estensione per contiguità o a distanza deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasa.

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 DP anche se la forma primitiva fosse ancora presente.
Se, invece, il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma metastatica, la diagnosi principale deve esser codificata con V58.0 *Radioterapia* o V58.11 *Chemioterapia*. Quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma metastatica deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia pregressa deve essere segnalata utilizzando un codice della categoria V10._ *Anamnesi personale di tumore maligno*.

Sede di insorgenza incerta
Quando un paziente è ricoverato per metastasi e la neoplasia primitiva non può essere identificata, la diagnosi principale è la sede metastatica e la diagnosi secondaria è il cod. 199.1 *Altri tumori maligni senza indicazione della sede*.

Metastasi diffuse da sede primitiva non specificata (che coinvolgono cioè almeno due sedi non contigue) e se il trattamento non è diretto ad una specifica regione affetta da metastasi, va utilizzato come DP il cod. 199.0 *Tumori maligni disseminati senza indicazione della sede*.

Incertezza sul tumore maligno primitivo o secondario
Quando non è possibile determinare se un tumore maligno è primitivo o secondario, si presume che sia di **origine primitiva** (per la codifica quindi si usano i codici che descrivono il tumore primitivo).
In caso di neoplasie epatiche la cui natura primaria o secondaria non sia specificata, si deve utilizzare il cod. 155.2 *Neoplasie maligne del fegato, non specificate come primarie o secondarie*. L'utilizzo di tale codice deve essere limitato ai soli casi in cui la natura primaria o secondaria del tumore non sia stata effettivamente chiarita.

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

Tumore interessante più sedi confinanti
I casi di tumori maligni estesi a sedi confinanti per i quali non sia possibile determinare il punto di origine devono essere classificati utilizzando la sotto-categoria cod. _ _ _.8 come quarta cifra.
Esempi:
- cod. 157.8 *Carcinoma del tratto testa-corpo del pancreas,*
- cod. 150.8 *Carcinoma dell'esofago cervico-toracico*.

Tumori funzionalmente attivi
Nel caso di neoplasie funzionalmente attive che influenzano l'attività endocrina, in DP viene assegnato il codice relativo alla neoplasia seguito dal codice relativo alla disfunzione endocrina.

Cachessia neoplastica
La neoplasia maligna primitiva o secondaria deve essere codificata in DP con i codici contenuti nel capitolo dei tumori e in DS il cod. 799.4 *Cachessia.*

N.B.: *In caso di decesso, non va utilizzato il codice relativo all'arresto cardiaco (427.5) bensì la neoplasia causa del decesso.*

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

Recidiva locale
- DP: il cod. della recidiva;
- DS: la pregressa neoplasia con i codici della categoria V10._ *Anamnesi personale di tumore maligno*.

Metastasi senza recidiva locale della neoplasia
- DP: il cod. della metastasi;
- DS: il cod. della pregressa neoplasia con i codici della categoria V10._ *Anamnesi personale di tumore maligno*.

Trattamento chirurgico per l'allargamento di un precedente intervento
Nel caso particolare in cui il trattamento chirurgico consista nell'allargamento di un precedente intervento in cui sia stata asportata una neoplasia ad elevato grado di microinvasività:
- DP: la neoplasia stessa.

Radioterapia, Chemioterapia e Immunoterapia
Quando un paziente viene ricoverato per essere sottoposto al trattamento di radioterapia, chemioterapia o immunoterapia antineoplastica, la codifica delle diagnosi è la seguente:
- DP: cod. V58.0 *Radioterapia;* **oppure** V58.11 *Chemioterapia antineoplastica;* V58.12 *Immunoterapia antineoplastica;*
- DS: codice di tumore **oppure** cod. di metastasi **oppure** cod. V10 _ se la neoplasia primitiva è stata totalmente eradicata e il trattamento è in adiuvante.

In assenza di tumore primitivo o assenza di metastasi riportare:
- DS: cod.V10._ *Anamnesi personale di tumore maligno.*

Sintomi quali nausea e vomito non controllati, disidratazione, dolore, ecc. che si sviluppano durante il trattamento devono essere eventualmente indicati in DS.

PROCEDURE (I/P)

Utilizzare i codici
- I/P: Cod. 92.2_ *Radioterapia* (esclusi i codici 92.20 – 92.27 – 92.28),
- I/P: Cod.99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore* per la chemioterapia **oppure** il cod. 99.28 *Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici* per l'immunoterapia.

In caso di esecuzione nello stesso ricovero sia di radioterapia che di chemioterapia indicare in:
- DP: codificare la radioterapia;
- DS: codificare la chemioterapia.

Chemioterapia antineoplastica
Il cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica* va utilizzato ugualmente:
1. per terapie endocavitarie peritoneali, intrapleuriche, intravescicali (compreso BCG) e intrarachidee;
2. per indicare un ricovero finalizzato al trattamento farmacologico palliativo delle metastasi ossee quale la somministrazione endovenosa di bifosfonati.

Confezionamento di accessi vascolari per successivo trattamento (Port a cath):
Quando il ricovero è finalizzato al confezionamento di accessi vascolari per successivo trattamento indicare in:
- DP: cod. V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare;*

- I/P: cod. 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile* oppure il codice 38.93 *Altro cateterismo venoso non classificato altrove* nel caso di dispositivo non totalmente impiantabile o catetere centrale tunnellizzato (tipo Groshong, Hickman, Broviac e Quinton).

Qualora le procedure di confezionamento di accessi vascolari siano incidentali nel corso di un ricovero per chemioterapia, deve essere assegnato come diagnosi principale il codice V58.11 Chemioterapia.

Esempi:
Carcinoma dell'esofago ricoverato per confezionamento accesso vascolare
- ➢ DP: cod. V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare;*
- DS: cod. 150._ *Carcinoma dell'esofago*;
- I/P: cod. 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile* oppure 38.93 *altro cateterismo venoso non classificato altrove*.

Carcinoma dell'esofago ricoverato per accesso vascolare e chemioterapia
- ➢ DP: cod. V58.11 *Chemioterapia*;
- DS: cod. 150._ *Carcinoma dell'esofago* e V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*;
- I/P: cod. 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile* oppure 38.93 *Altro cateterismo venoso non classificato altrove*; 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*.

Rimozione, infezione e dislocazione di dispositivo di accesso vascolare
Fatte salve le valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale, in caso di rimozione di un dispositivo di accesso vascolare collocato in un precedente ricovero va riportato in:
- ➢ DP: il cod. V58.81 *Estrazione di catetere vascolare;*
- I/P: il cod. 97.89 *Rimozione di altro dispositivo terapeutico*.

Infezione del dispositivo di accesso vascolare va codificata come segue:
- ➢ DP: con il cod. 996.62 *Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti vascolari*.

Dislocazione del dispositivo di accesso vascolare va codificata come segue:
- ➢ DP: con il cod. 996.1 *Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti e innesti vascolari*.

Brachiterapia e terapia radio metaboliche
Nel caso di ricovero per l'esecuzione di brachiterapia o di terapie radiometaboliche specificare in:
- ➢ DP: la neoplasia oggetto del trattamento
- I/P: **a seconda del trattamento effettuato**, i seguenti codici:
  - cod. 92.20 *Infusione di radioisotopo per la brachiterapia;*
  - cod. 92.27 *Impianto di elementi radioattivi;*
  - cod. 92.28 *Iniezione di radioisotopi.*

Chemioembolizzazione
In caso di ricovero per trattamento di tumore mediante chemioembolizzazione (epatica, pancreatica, uterina), indicare:
- ➢ DP: il tumore o la metastasi trattata;
- I/P: i seguenti codici:
  - cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore;*
  - cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*;
  - cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato* (solo per quelle epatiche).

Trattamento di tumore epatico mediante alcolizzazione
- ➢ DP: il tumore o la metastasi trattata;
- I/P: cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato* e il cod.99.29 I*niezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

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

- DP: il cod. V58.11 *Chemioterapia;*
- I/P: 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 non classificate altrove;*
  - cod. 39.97 *Altra perfusione.*

Termoablazione a radiofrequenza di tumore
In caso di ricovero per il trattamento di tumore mediante termoablazione a radiofrequenza indicare:

- DP: il tumore o la metastasi trattata;
- I/P: utilizzare i seguenti codici:
  per neoplasia epatica:
  - cod. 50.23 *Ablazione di tessuto o lesione epatici* (se ablazione aperta);
  - cod. 50.24 *Ablazione di tessuto o lesione epatici* (se ablazione per cutanea);
  - aggiungere cod. 99.85 I*pertermia per il trattamento di tumore.*

  per neoplasia renale:
  - cod. 55.32 se ablazione aperta;
  - cod. 55.33 se per cutanea;
  - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore.*

  per neoplasia prostatica:
  - cod. 60.61 *Asportazione di lesione prostatica*;
  - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore.*

  per neoplasia pancreatica:
  - cod. 52.22 *Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico;*
  - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore.*

  per neoplasia ossea:
  - cod. 77.6_ *Asportazione locale di lesione o tessuto osseo* (indicare con la 4ª cifra la sede);
  - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore.*

  per neoplasia polmonare:
  - cod. 32.23 se ablazione a cielo aperto;
  - cod. 32.24 *Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare;*
  - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*.

Terapia palliativa
In caso di ricovero per l'esecuzione di procedure palliative invasive (ad es. toracentesi, paracentesi), va utilizzato in:

- DP: il codice relativo alla patologia trattata (ad es. il cod. 789.5 *Ascite* o il cod. 511.8 *Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare*);
- DS: il codice della neoplasia primitiva (se presente) o metastatica;
- I/P: i codici: cod. 34.91 *Toracentesi* o cod. 54.91 *Drenaggio percutaneo addominale Paracentesi*.

Terapia del dolore oncologico
In caso di ricovero per la terapia del dolore oncologico riportare:

- DP: il cod. 338.3 D*olore correlato a neoplasia (sia acuto che cronico);*
- I/P:
  - cod. 03.90 *Inserzione del catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative* in caso di confezionamento di dispositivo medico antalgico esterno alla cute;
  - cod. 86.06 *Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile* se si tratta di inserzione di pompa totalmente impiantabile con formazione di tasca sottocutanea.

Sindrome mielodisplastica

Per la Sindrome mielodisplastica vanno utilizzati i codici di nuova introduzione: *238.7_ Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici:*

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

Linfoma extranodale

In caso di diagnosi di linfoma di sede specificata extranodale (ad esempio, un linfoma gastrico) occorre utilizzare il codice di linfoma specificandone la tipologia anziché codificarlo come una neoplasia gastrica.

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

CAPITOLO 3
MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI
(240-279)

DIABETE MELLITO

I 40 codici della categoria 250 classificano il diabete mellito.
Con la quarta cifra si indica la tipologia di diabete e l'eventuale concomitanza di complicazioni associate, mentre con la quinta cifra si segnala la presenza o meno di scompenso metabolico.
La presenza di glicosuria, i valori di glicemia post-prandiale e di emoglobina glicata, l'effettuazione di terapia insulinica per via sottocutanea o endovenosa ecc. e, non per ultimo, l'impegno clinico-assistenziale profuso per la gestione del problema diabetologico, sono tutti fattori che devono essere valutati al fine di giustificare l'impiego dei codici di diabete in fase di scompenso, nel rispetto del principio iso-risorse del sistema DRG.
Con la versione 2007 dell'ICD-9-CM, 24 i quaranta codici della cat. 250_ *Diabete mellito* sono stati sottoposti a revisione della descrizione; in particolare, è stata semplificata la dizione dei codici con l'eliminazione dei termini

- Diabete insulino-dipendente,
- Diabete insulino-indipendente,
- Diabete dell'adulto.

N.B.: nelle note delle sottocategorie si raccomanda di segnalare, tra le altre diagnosi, nel caso di utilizzo associato (attuale) di insulina a lungo termine il codice di nuova introduzione V58.67 Uso a lungo termine (in corso) di insulina.

- cod. 250._ _ *Diabete Mellito;*
- cod. 250.0_ *Diabete mellito senza menzione di complicanze.*

Complicazioni metaboliche acute:

- cod. 250.1_ *Diabete con chetoacidosi;*
- cod. 250.2_ *Diabete con iperosmolarità;*
- cod. 250.3_ *Diabete con altri tipi di coma.*

Complicazioni croniche o a lungo termine:

- cod. 250.4_ *Diabete con complicanze renali;*
- cod. 250.5_ *Diabete con complicanze oculari;*
- cod. 250.6_ *Diabete con complicanze neurologiche;*
- cod. 250.7_ *Diabete con complicanze circolatorie periferiche;*
- cod. 250.8_ *Diabete con altre complicanze specificate;*
- cod. 250.9_ *Diabete con complicazioni non specificate.*

Diabete scompensato

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

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

Riassumendo alcune semplici regole di codifica:
DP: indicare la sottocategoria cod. 250._ _ *Diabete mellito con le complicanze e l'eventuale scompenso.*
DS: indicare il codice aggiuntivo che identifica la complicazione,
DS: il codice aggiuntivo per l'utilizzo associato di insulina a lungo termine (cod. V58.67 *Uso a lungo termine (in corso) di insulina*).

Esempi:
Paziente diabetico di tipo II con polineuropatia diabetica scompensato in terapia insulinica

- DP: cod. 250.62 D*iabete tipo II o non specificato, scompensato, con complicazioni neurologiche;*
- DS: cod. 357.2 *Polineuropatia in diabete;*
- DS: cod. V58.67 *Uso a lungo termine (in corso) di insulina.*

Paziente diabetico di tipo II con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica

- DP: cod. 250.7_ *Diabete con complicanze circolatorie periferiche*
- DS: cod. 443.81 *Angiopatia periferica in malattie classificate altrove;*
- DS: cod. 357.2 *Polineuropatia;*
- DS: cod. V58.67 *Uso a lungo termine (in corso) di insulina.*

N.B. In caso di **paziente diabetico affetto da cataratta,** è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica rispetto a quella della cataratta senile.

Esempi:
Cataratta senile in diabetico senza complicazioni oculari

- DP: cod. 366.1_ *Cataratta senile;*
- DS: codice di Diabete.

Cataratta diabetica

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

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

DIABETE SECONDARIO

Le varie tipologie di diabete secondario sono classificate alla categoria cod. 251 *Altri disordini della secrezione endocrina del pancreas*.
La sottocategoria cod. 251.3 *Ipoinsulinemia post-chirurgica* descrive, invece, uno stato di alterazione del metabolismo glucidico a seguito di completa o parziale pancreasectomia.

Diabete provocato da somministrazione di steroidi

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

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

Coma diabetico dovuto ad incidente terapeutico da insulina

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

In caso di diabete secondario a **disfunzione della ghiandola ipofisaria** si utilizza il codice 253.5 *Diabete insipido*.

Diabete gestazionale si usa il cod. 648.8_ *Alterata tolleranza al glucosio*, utilizzando la quinta cifra per indicare se la situazione è diagnosticata:

- cod. 648.81 *Alterata tolleranza al glucosio, parto, con o senza menzione della condizione antepartum;*
- cod. 648.82 *Alterata tolleranza al glucosio, parto, con menzione della complicazione postpartum;*
- cod. 648.83 *Alterata tolleranza al glucosio, condizione o complicazione antepartum;*
- cod. 648.84 *Alterata tolleranza al glucosio, condizione o complicazione postpartum.*

Gravidanza in diabetica, va utilizzato il codice 648.0_ *Diabete mellito*, utilizzando la quinta cifra per indicare se la situazione è diagnosticata:

- cod. 648.01 *Diabete mellito, parto, con o senza menzione della condizione antepartum;*
- cod. 648.02 *Diabete mellito, parto, con menzione della complicazione postpartum;*
- cod. 648.03 *Diabete mellito, condizione o complicazione antepartum;*
- cod. 648.04 *Diabete mellito, condizione o complicazione postpartum.*

Nato da madre diabetica

a) **Ricovero con osservazione e dosaggi glicemici seriati normali** indicare:

- ➢ DP: un codice appartenente alle categorie V30._ V31._ V32._ V34:_ V36._ *Nati vivi secondo il tipo di nascita*
- DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)*.

b) **Ricovero con dosaggi glicemici seriali patologici, ulteriori accertamenti e trattamento** indicare:

- ➢ DP: cod. 775.0 *Sindrome del neonato di madre diabetica*.

Alterazione del test da carico orale di glucosio deve essere utilizzato il cod. 790.22 *Alterazioni del test da carico orale di glucosio*.

Reazione ipoglicemica

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

- nel primo caso si assegna la sottocategoria 250.3_ *Diabete con altri tipi di coma* oppure la sottocategoria 250.8_ *Diabete con altre complicanze* specificate nel caso in cui non fosse presente uno stato comatoso;
- nel secondo caso, si assegna la sottocategoria 251.0 *Coma ipoglicemico* oppure il cod. 251.1 *Altre manifestazioni di iperinsulinismo* per indicare le altre ipoglicemie specificate in assenza di stato comatoso oppure cod. 251.2 *Ipoglicemia non specificata*.

DISORDINI SPECIFICI DEL METABOLISMO

Con la versione 2007 dell'ICD-9-CM sono state introdotte importanti novità nella classificazione di alcuni specifici disordini del metabolismo, attraverso i codici della sottocategoria 277.8.

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

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

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

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

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

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

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

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

IPERALDOSTERONISMO

È possibile descrivere i differenti quadri clinici di iperaldosteronismo utilizzando i seguenti 5 nuovi codici introdotti con la versione 2007 dell'ICD-9-CM:

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

IPERPARATIROIDISMO

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

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

Iperparatiroidismo secondario di origine renale è classificato con il cod. 588.81 *Iperparatiroidesmo secondario (di origine renale).*

Disordini del metabolismo del calcio sono previsti dal codice 275.4_ *Disordini del metabolismo del calcio*:

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

FIBROSI CISTICA

La fibrosi cistica anche denominata mucoviscidosi o fibrosi cistica del pancreas, con la versione 2007 dell' ICD9-CM, presenta alcune importanti novità circa la classificazione dei diversi quadri clinici correlati.
Il codice che identifica la fibrosi cistica è il cod. 277.0_ *Fibrosi cistica* dove la quinta cifra indica la presenza o meno di ileo da meconio e la sede di presentazione.
Ad esempio in caso di ricovero per eseguire esami volti a confermare la diagnosi, si utilizzerà il cod. 277.00 *Fibrosi cistica senza ileo da meconio* in DP, se la diagnosi è confermata.

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

Per i ricoveri finalizzati al trattamento delle complicanze polmonari e/o gastrointestinali occorrerà impiegare, rispettivamente,

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

Per il cod. 277.02 *Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari* è necessario un codice aggiuntivo per identificare eventuali microrganismi presenti (esempio il cod. 041.7 *Pseudomonas*).

Fibrosi cistica con altre manifestazioni si utilizzerà il cod. 277.09 *Disordini non specificati del metabolismo.*

OBESITÀ

La categoria cod. 278 descrive la condizione di sovrappeso, obesità e gli altri stati di iperalimentazione.
Per i codici:

- cod. 278.00 *Obesità non specificata*,
- cod. 278.01 *Obesità grave*,
- cod. 278.02 *Sovrappeso.*

deve essere utilizzato in DS 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*.

Chirurgia bariatrica

La nuova versione ha introdotto i nuovi codici riguardanti la procedura di bendaggio gastrico regolabile:

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

Inserzione di palloncino gastrico

- ➢ DP: cod. 278.01 *Obesità grave;*
- I/P: cod. 44.93 *Inserzione di bolla gastrica (palloncino).*

Rimozione del palloncino gastrico in paziente obeso, si codifica:

- ➢ DP: cod. V53.99 *Rimozione di altro e non specificato dispositivo;*
- DS: cod. 278.01 *Obesità grave;*
- I/P: cod. 44.94 *Rimozione di bolla gastrica (palloncino).*

SISTEMA IMMUNITARIO

Le malattie del sistema immunitario sono previste alla categoria 279.

Il cod.: 279.3 *Deficit immunitario non specificato*, va utilizzato per codificare il **deficit immunitario iatrogeno**, ad esempio nel caso di pazienti sottoposti a chemioterapia e radioterapia. Nei pazienti sottoposti a **trapianto d'organo in trattamento con immunosoppressori**, va segnalato, inoltre, in diagnosi secondaria, il codice della categoria V42._ _ *Organo o tessuto sostituito da trapianto*, con la quarta e quinta cifra che specificano l'organo.

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

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

Il capitolo presenta i seguenti codici:

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

Anemie emolitiche ereditarie: cod. **282._;**

- cod. 282.4 *Talassemie*
- cod. 282.41 *Talassemia falciforme senza crisi*
- cod. 282.42 *Talassemia falciforme con crisi* utilizzare un codice aggiuntivo per tipo di crisi come:
  - cod. 517.3 *Sindrome toracica acuta,*
  - cod. 289.52 *Sequestro splenico;*
- cod. 282.49 *Altre talassemie* (Anemia di Cooley, Anemia mediterranea, Talassemia SAI)
- cod. 282.64 *Malattia a cellule falciformi/emoglobinopatia - C con crisi;* utilizzare un codice aggiuntivo per tipo di crisi, come:
  - cod. 517.3 *Sindrome toracica acuta,*
  - cod. 289.52 *Sequestro splenico.*

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

- cod. 284.1 *Pancitopenia;*
- cod. 284.2 *Mieloftisi* (Anemia leucoeritroblastica, Anemia mieloftisica); codificare in DP il disturbo sottostante come: *Neoplasia maligna della mammella* (174.0-174.9, 175.0, 175.9) *Tubercolosi* (015.0-015.9).

Altre e non specificate anemie (ad es. *anemia refrattaria*): cod. **285._**
È importante distinguere l'anemia (perdita ematica) **acuta** da quella **cronica**;

- cod. 285.1 *Anemia post-emorragica acuta;* nel caso in cui la perdita ematica avvenga dopo intervento chirurgico potrà essere considerata come una complicanza e quindi codificarla come DS solo ne ricorrono i requisiti;
- cod. 285.2_ *Anemia post-emorragica cronica* con la quinta cifra che specifica il tipo di malattia cronica.
- cod. 648.2_ *Anemia complicante gravidanza, parto e puerperio*;
- cod. 773._ *Anemia emolitica del neonato*.

Cod. 286._ *Difetti della coagulazione*

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 per descrivere cod. V58.61 *Assunzione o la somministrazione di farmaci anticoagulanti*.
Il cod. 964.2 è riservato per *l'Avvelenamento da anticoagulanti* (assunzione errata o dose eccessiva); se il deficit di coagulazione determina emorragia antepartum utilizzare il cod. 641.3_ *Perdita ematica (emorragia) antepartum con difetti di coagulazione* mentre per i *difetti della Coagulazione post partum* utilizzare il cod. 666.3_.

Per la **Porpora ed altre manifestazioni emorragiche** utilizzare i cod. 287._ _ che, come specificato nella nota sull'ICD-9-CM, include la vasculite allergica, la porpora idiopatica e la porpora vascolare di Schoenlein-Henoch. In caso di porpora allergica la presenza delle sole manifestazioni petecchiali non consente di formulare la diagnosi descritta dal codice 287.0 e bisognerà indicare solamente il "segno" con il codice 782.1 *Rash ed altre eruzioni cutanee non specificate.*

Trombocitopenia primaria utilizzare il cod. **287.3_**

- cod. 287.30 *Trombocitopenia primaria non specificata;*
- cod. 287.31 *Porpora trombocitopenica immune;*
- cod. 287.32 *Sindrome di Evans;*
- cod. 287.33 *Porpora trombocitopenica congenita ed ereditaria;*
- cod. 287.39 *Altre trombocitopenie primarie.*

Neutropenia: la sottocategoria cod. **288.0_ ha modificato la sua descrizione da Agranulocitosi** (ICDIX CM 2007) **a Neutropenia** arricchendosi di nuovi specifici codici:

- cod. 288.01 *Neutropenia congenita;*
- cod. 288.02 *Neutropenia ciclica;*
- cod. 288.03 *Neutropenia indotta da farmaci (es. da chemioterapia);*
- cod. 288.04 *Neutropenia dovuta ad infezione.*

N.B. Alla categoria viene aggiunta la nota: utilizzare un codice aggiuntivo per eventuale associazione con febbre cod. 780.6.

Al cod. 289._ _ *Altre malattie del sangue e degli organi emopoietici* sono stati introdotti cinque nuovi codici:

- cod. 289.52 *Sequestro splenico Codificare per prima la malattia a cellule falciformi in crisi (*282.42, 282.62, 282.64, 282.69)
- cod. 289.53 *Splenomegalia neutropenia;*
- cod. 289.8 *Malattie del sangue e degli organi ematopoietici;*
- cod. 289.81 *Stato ipercoagulativo primario;*
- cod. 289.82 *Stato ipercoagulativo secondario;*
- cod. 289.83 *Mielofibrosi;*
- cod. 289.89 *Altre malattie del sangue e degli organi Ematopoietici.*

Sindrome mielodisplasica:

- DP: con il cod. 238.7_ T*umori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici:*

Linfadenomegalia (linfadenopatia – ghiandole gonfie):

- DP: cod. 785.6 *Linfadenomegalia***;**

Linfadenite acuta

- DP: cod. 683 *Linfadenite acuta*; utilizzare un codice aggiuntivo per identificare il microorganismo infettante (ad es. cod. 041.1_ *Stafilococco)* .
- Se mesenterica cod. 289.2 *Linfadenite mesenterica non specificata*

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P)

Trapianto di midollo osseo o di cellule staminali ematopoietiche:

- I/P: cod. 41.0_ *Trapianto del midollo osseo SAI*; occorre differenziare le forme con depurazione da quelle senza depurazione (purging).

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

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

l'autotrapianto sia l'allotrapianto:

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

Aferesi di cellule staminali:
Il prelievo selettivo o differenziato è rappresentato sia per autotrapianto che per allotrapianto:

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

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

CAPITOLO 5
DISTURBI MENTALI
(290-319)

STATI PSICOTICI ORGANICI (290-294)

La **Demenza da infarti multipli** (multinfartuale, precedentemente denominata anche demenza arteriosclerotica) viene descritta dai codici 290.4 *Demenza vascolare,* con l'aggiunta del cod. 437._ *Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali.*
In assenza di evidenza della patogenesi di origine cerebrovascolare si utilizzerà, invece, il cod. 290.9 *Manifestazioni psicotiche senili, non specificate*.

Il quadro di **demenza arteriosclerotica** in presenza di stato confusionale acuto si segnalerà con il cod. 290.41 *Demenza vascolare con delirium*, mentre la forma paranoide e quella associata a depressione dell'umore si descrivono, rispettivamente, con il cod. 290.42 *Demenza vascolare con deliri* ed il cod. 290.43 *Demenza vascolare con umore depresso*.
L'esito di ischemia o emorragia cerebrale con comparsa di decadimento cognitivo ed eventuali altre sequele va codificato ponendo:

- DP: cod. 290.4_ *Demenza vascolare;*
- DS: cod. 438.0 *Deficit cognitivo*.

Possono essere aggiunti eventuali altri codici della categoria 438._ _ *Postumi delle malattie cerebrovascolari*.

Disturbi psicotici associati all'alcool, se presenti durante il ricovero, devono essere segnalati in DP impiegando la specifica categoria di codici 291._ *Disturbi mentali indotti dall' alcool*.
Per la sindrome da astinenza da farmaci e quella da droghe indicare contemporaneamente in:

- DP: cod. 292.0 *Sindrome da astinenza da droghe;*
- DS: la tossicodipendenza specifica mediante un codice della categoria 304._ *Dipendenza da droghe.*

Nei **disturbi mentali** sono stati inseriti i seguenti codici relativi ai disturbi del sonno, che si vanno ad aggiungere ai codici della categoria 327 e 780.5

- cod. 291.82 *Disturbi del sonno indotti da alcool;*
- cod. 292.85 *Disturbi del sonno indotti da sostanze.*

Stato confusionale acuto non riconducibile ad alcuna patologia, si descrive con il cod. 293.0 *Delirium da condizioni patologiche classificate altrove*, che può essere utilizzato in DP in quanto considerato dal Grouper "codice valido in prima diagnosi" senza la necessità di codificare la patologia di base come richiesto dalla nota.
Il cod. 294.1 Demenza in condizioni patologiche classificate altrove richiede in DP la codifica della malattia di base, come:

- cod. 333.4 *Demenza in corea di Huntington;*
- cod. 275.1 *Demenza in degenerazione epatolenticolare;*
- cod. 331.82 *Demenza con corpi di Lewy;*
- cod. 331.82 *Demenza con parkinsonismo;*
- cod. 331.19 *Demenza frontale;*
- cod. 331.19 *Demenza frontotemporale*
- cod. 345._ *Demenza in epilessia*
- cod. 330.1 *Demenza in lipidosi cerebrali;*
- cod. 331.0 *Demenza in malattia di Alzheimer;*
- cod. 046.1 *Demenza in malattia di Jakob-Creutzfeldt;*
- cod. 331.11 *Demenza in malattia di Pick;*
- cod. 094.1 *Demenza in paralisi generale progressiva [sifilide];*
- cod. 446.0 *Demenza in poliarterite nodosa;*
- cod. 340 *Demenza in sclerosi multipla;*
- cod. 094.1 *Demenza in sifilide.*

N.B. Tutte le **demenze degenerative** non dovute a malattia di Alzheimer si codificano ponendo in DP il cod. 331.2 Degenerazione senile dell'encefalo.

Postumi di trauma cranico con comparsa di decadimento cognitivo vanno codificati ponendo:

- DP: cod. 294.1 *Demenza in condizioni morbose classificate altrove* dove la quinta cifra indica la presenza o meno di disturbi comportamentali;
- DS: cod. 905.0 *Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia* se ci sono fratture **oppure** il cod. 907.0 *Postumi dei traumatismi intracranici senza menzione di frattura del cranio* se non ci sono fratture

ALTRE PSICOSI (295-299)

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

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

- cod.295. _0 *non specificata;*
- cod.295. _1 *sub cronica;*
- cod.295. _2 *cronica;*
- cod.295. _3 *sub cronica con esacerbazione acuta;*
- cod.295. _4 *cronica con esacerbazione acuta;*
- cod.295. _5 *in remissione.*

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

Se il paziente ha esperienza sia di periodo maniacale che depressivo, la patologia è indicata come bipolare, con la sottocategoria (4ª cifra) che segnala lo stato di malattia in corso.

Esempi:

- Il cod. 296.4_ *Disturbo bipolare I, più recente (o corrente) episodio maniacale* descrive una psicosi maniaco-depressiva, tipo circolare, ma attualmente maniacale ovvero una sindrome bipolare, ora in fase maniacale.
- Il cod. 296.5_ *Disturbo bipolare I, più recente (o corrente) episodio depressivo* descrive una psicosi maniaco-depressiva, tipo circolare, ma attualmente depresso ovvero una sindrome bipolare, ora in fase depressiva.

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

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

DISTURBI NEVROTICI E DELLA PERSONALITÀ E ALTRI DISTURBI PSICHICI NON PSICOTICI (300-316)

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

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

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

Trasformazione di sesso indicare come:

- DP: cod. 302.5_ *Transessualismo.*

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

La categoria cod. 303 *Sindrome di dipendenza da alcool,* necessita dell'aggiunta eventualmente di altri codici per identificare ogni condizione associata, come:

- *Dipendenza da droghe (304.0-304.9)*
- *Psicosi indotte da alcool (291.0-291.9).*

Complicazioni somatiche dell'alcolismo quali:

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

Inoltre la quinta cifra specifica il grado di dipendenza:

. _0 non specificato
. _1 continuo
. _2 episodico
. _3 in remissione

Nella categoria cod. 305.0_ *Abuso di alcool* la quinta cifra specifica la frequenza dell'abuso:

. _0 non specificato
. _1 continuo
. _2 episodico
. _3 in remissione

Il codice 305._ va utilizzato qualora non si riscontri dipendenza e comprende i casi in cui una persona, per la quale non è possibile alcuna altra diagnosi, è pervenuta all'attenzione medica in conseguenza degli **effetti mal adattativi di una droga** di cui non è dipendente e che ha assunto di propria iniziativa, con detrimento della propria salute e del proprio rendimento sociale. La quinta cifra specificante la frequenza dell'abuso (vedi sopra) deve essere utilizzata per i codici 305.0_, e da 305.2_ a 305.9_.In caso di **intossicazione acuta accidentale**, avvelenamento, ad esempio nel bambino, va utilizzato il cod. 980.0 *Effetti tossici dell'alcol.*

Effetti tossici dell'alcool etilico

In caso di paziente che fa **uso di sostanze stupefacenti**, utilizzare il cod. 304._ *Dipendenza da oppioidi* in presenza di dipendenza. La quinta cifra specifica il grado di dipendenza:

. _0 non specificato
. _1 continuo
. _2 episodico
. _3 in remissione

In caso di ricovero per **disintossicazione/riabilitazione** da alcool e/o farmaci va posto in DP, a seconda dei casi, un codice delle categorie 303._ _ *Sindrome di dipendenza da alcool*, o 304._ _ *Dipendenza da sostanze.*

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

La **sindrome post-commotiva**, con quadro psicologico e/o somatico (ad es. presenza di vertigine, cefalea, etc.) in paziente con pregresso trauma cranico, va codificata con il cod. 310.2 *Sindrome post-commotiva*.

RITARDO MENTALE (317-319)

Nella codifica dei ritardi mentali è richiesta la specificazione aggiuntiva di ogni disturbo psichico ed organico associato.

ASPETTI PARTICOLARI

Anomalie cromosomiche

Nella versione ICD9-CM 2007 sono stati introdotti i codici:

- Cod. 758.31 *Sindrome del cri-du-chat;*
- Cod. 758.32 *Sindrome velo-cardio-faciale;*
- Cod. 758.33 *Altre microdelezioni;*
- Cod. 758.39 *Altre delezioni autosomiche.*

Tentativo di suicidio

Per i ricoveri successivi ai tentativi di suicidio si precisano le seguenti indicazioni di codifica:

- in DP va posta la condizione morbosa che si è rilevata responsabile del ricovero (ad esempio avvelenamento, trauma, ecc.) sempre che tale condiziona risponda ai criteri di selezione della DP;
- in DS va posta la diagnosi psichiatrica e il cod. 300.9 S*uicidio potenziale o tendenze al suicidio.*

In taluni casi specifici la Diagnosi psichiatrica può coincidere con la DP: ad es. nel caso di un paziente che non ha riportato danni fisici evidenti e che viene ricoverato per osservazione dello stato psichico ed accertamenti viene aggiunto il cod. V62.84 *Ideazione suicida.*

Esempio:

- DP: cod. 296._ *Depressione;*
- DS: cod. V.62.84 *Ideazione suicida.*

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

Terapia elettroconvulsiva

La terapia elettroconvulsiva va codificata utilizzando il codice 94.27 *Terapia elettroconvulsiva (ECT) EST.*

Procedure psichiatriche da codificare

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

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

In linea generale si pone l'indicazione di segnalare, se effettuate, e nei limiti degli spazi a disposizione, le seguenti procedure relative alla psiche riportate nella **Miscellanea**:

- cod. 94.01 *Somministrazione di test di intelligenza*
- cod. 94.02 *Somministrazione di test psicologici*
- cod. 94.03 *Analisi del carattere*
- cod. 94.08 *Altra valutazione e test psicologico*
- cod. 94.09 *Determinazione dello stato mentale psicologico, SAI*
- cod. 94.11 *Valutazione psichiatrica dello stato mentale*
- cod. 94.13 *Valutazione di affidamento psichiatrico*
- cod. 94.21 *Narcoanalisi*
- cod. 94.24 *Terapia con shock chimico*
- cod. 94.26 *Terapia con elettroshock subconvulsivo*
- cod. 94.27 *Terapia elettroconvulsiva (ECT) EST*
- cod. 94.31 *Psicanalisi*
- cod. 94.32 *Ipnoterapia*
- cod. 94.33 *Terapia comportamentale*
- cod. 94.34 *Terapia individuale per disfunzione psicosessuale*
- cod. 94.36 *Psicoterapia ludica*

- cod. 94.37 *Psicoterapia verbale esplorativa*
- cod. 94.38 *Psicoterapia verbale di supporto*
- cod. 94.39 *Altra psicoterapia individuale*
- cod. 94.41 *Terapia di gruppo per disfunzione psicosessuale*
- cod. 94.42 *Terapia familiare*
- cod. 94.43 *Psicodramma*
- cod. 94.44 *Altra terapia di gruppo*
- cod. 94.45 *Consulenza per tossicomania*
- cod. 94.46 *Consulenza per alcoolismo*
- cod. 94.61 *Riabilitazione da alcool*
- cod. 94.62 *Disintossicazione da alcool*
- cod. 94.63 *Disintossicazione e riabilitazione da alcool*
- cod. 94.64 *Riabilitazione da farmaci*
- cod. 94.65 *Disintossicazione da farmaci*
- cod. 94.66 *Disintossicazione e riabilitazione da farmaci*
- cod. 94.67 *Riabilitazione combinata da alcool e farmaci*
- cod. 94.68 *Disintossicazione combinata da alcool e farmaci*
- cod. 94.69 *Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci*

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

La codifica delle malattie del sistema nervoso presenta una certa complessità a causa del fatto che **i 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 voce può comparire in capitoli diversi come ad esempio *l'emiplegia:*

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

MALATTIE INFIAMMATORIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (320-326)

Le malattie infiammatorie del SNC vengono classificate in vari modi ed è fondamentale seguire attentamente le indicazioni illustrate nell'indice alfabetico ed in quello sistematico del Manuale ICD-9-CM, potendo essere necessaria, in più di una circostanza, il ricorso ad una codifica multipla. In particolare con la nuova versione 2007, sono stati introdotti i seguenti codici:

- cod. 323.61 *Encefalomielite acuta disseminata infettiva (ADEM*);
- cod. 323.63 *Mielite post-infettiva*;
- cod. 323.72 *Mielite tossica*;
- cod. 052.2 *Mielite post-varicella* (vedi Cap. 1 – Malattie infettive e parassitarie*);*
- cod. 053.14 *Mielite da Herpes Zoster (*vedi Cap. 1 – Malattie infettive e parassitarie);
- cod. 053.74 *Mielite da Herpes Simplex* (vedi Cap. 1 – Malattie infettive e parassitarie*);*
- cod. 341.22 *Mielite trasversa idiopatica*.

Inoltre i seguenti codici relativi alla Encefalite ed alla Mielite devono essere utilizzati esclusivamente con la quinta cifra e va codificata la patologia di base in DP:

- cod. 323.0_ *Encefalite, mielite ed encefalomielite in malattie virali classificate altrove* (va codificata per prima la patologia di base);
- cod. 323.4_ *Altre encefaliti, mieliti ed encefalomieliti da infezioni classificate altrove;*
- cod. 323.5_ *Encefalite, mielite ed encefalomielite successive a procedure di immunizzazione;*
- cod. 323.6_ *Encefalite, mielite ed encefalomielite, postinfettiva;*
- cod. 323.7_ *Encefalite, mielite ed encefalomielite tossiche;*
- cod. 323.8 _ *Altre cause di encefalite, mielite ed encefalomielite;*

DISTURBI ORGANICI DEL SONNO (327)

In caso si utilizzino i seguenti codici, va codificata per prima la patologia di base:

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

- cod. 327.37 *Disturbo del ritmo circadiano del sonno in malattie classificate altrove;*
- cod. 327.44 *Parasonnia in malattie classificate altrove.*

N.B. I disturbi del sonno sono individuabili come Sintomi cod. 780._ secondo le specifiche previste nella premessa del **Capitolo 16 - Sintomi e segni mal definiti.**

I disturbi organici del sonno sono trattati alla categoria 327. È importante distinguere i **ricoveri senza o con intervento chirurgico**.
Nel primo caso (pazienti affetti da Sindrome dell'apnea notturna non sottoposti ad intervento chirurgico) si utilizzeranno i seguenti codici di diagnosi:

- cod. 327.2_ *Apnea nel sonno di tipo organico* oppure
- cod. 327.5_ *Disturbi organici del movimento correlati al sonno*.
- sono classificate dal codice 327.23 le *Apnee ostruttive nel sonno dell'adulto e pediatriche*.

Nel secondo caso (pazienti affetti da Sindrome dell'Apnea notturna che vengono sottoposti ad intervento chirurgico di **ugulofaringoplastica**) si utilizzeranno i seguenti codici:

- ➢ DP: cod. 528.9 *Altre e non specificate malattie dei tessuti molli orali;*
- I/P: cod. 27.99 *Altri interventi sulla cavità orale.*

Se contemporaneamente vengono effettuati anche interventi di **Sospensione Ioidea e/o Linguale** (spesso sono interventi associati), questi devono essere descritti utilizzando il codice unico aggiuntivo 29.4 *Intervento di plastica sul faringe*, segnalando fra le DS il codice 529.8 *Altre manifestazioni morbose specificate della lingua.*

Sindrome dell'Apnea Notturna con radiofrequenza (RFVR) , prevede l'utilizzo dei seguenti codici:

- ➢ DP: cod. 528.9 A*ltre e non specificate malattie dei tessuti molli orali*
- I/P: cod. 27.49 *Altra asportazione della bocca*, oppure cod. 29.39 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe* oppure cod. 21.69 *Altra turbinectomia* oppure cod. 28.99 *Altri interventi su tonsille e adenoidi*

N.B. Nel caso in cui i disturbi del sonno siano **indotti da alcool o da droghe**, si deve far riferimento al **Capitolo 5 - Disturbi mentali**.

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

Malattia di Alzheimer:

- ➢ DP: cod. 331.0 *Malattia di Alzheimer.*

Demenze degenerative non dovute a malattie di Alzheimer:

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

Nel cod. 331.1 *Demenza frontotemporale* utilizzare un codice aggiuntivo per i disturbi del comportamento associati (294.10 – 294.11).

Idrocefalo post-emorragico acquisito in seguito a pregressa rottura di aneurisma:

- ➢ DP: cod. 331.4 *Idrocefalo acquisito.*
- I/P: vanno riportati i codici di derivazione liquorale cod. 02.3_ *Anastomosi ventricolare extracranico.*

Degenerazione cerebrale:
Il codice 331.7 *Degenerazione cerebrale in malattie classificate altrove,* va sempre in DS, dopo aver codificato in

- ➢ DP: malattia di base:
  - cod. 303.0-303.9 *Alcolismo;*
  - cod. 265.0 *Beriberi;*
  - cod. 266._ *Deficit di componenti del complesso B;*
  - cod. 741.0-742.3 *Idrocefalo congenito;*
  - cod. 430-438 *Malattia cerebrovascolare;*
  - cod. 140.0-239.9 *Malattia neoplastica;*

- cod. 244.0-244.9 *Mixedema;*
- DS: cod. 331.7 *Degenerazione cerebrale in malattie classificate altrove.*

Il **Morbo di Parkinson** si classifica utilizzando i codici della categoria 332: con la quarta cifra si specifica se la patologia è primaria (cod. 332.0) o secondaria (332.1).
Nel caso in cui la malattia sia correlata con la sifilide, il codice da indicare è 094.82 *Parkinsonismo sifilitico.*

Distonia di torsione acquisita:
Il cod. 333.7_ *Distonia di torsione acquisita* deve essere utilizzato con la quinta cifra.

Ricovero per motivi familiari o sociali di pazienti con demenza si utilizzano:
- DP: i cod. da V60._ a V63._;
- DS: il cod. 331.0 *Malattia di Alzheimer* ***oppure*** il cod. 331.2 *Degenerazione senile dell'encefalo.*

N.B. *Per le altre particolarità relative alle demenze si faccia riferimento al* ***Capitolo 5 - Disturbi mentali****.*

Sindrome del seno carotideo:
- DP: cod. 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo.*

Impianto di pace-maker, la modalità di codifica prevede di utilizzare in:
- DP: cod. 427.8_ *Altre aritmie cardiache specificate*;
- DS: cod. 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del Sistema Nervoso autonomo;*
- I/P: cod. 37.7_ *Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di elettrodi*.
- I/P: cod. 37.8_ *Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di pace-maker cardiaco*.

Atassia cerebellare causata da infezioni ad esordio acuto-subacuto, alcolismo, neoplasie, patologie vascolari, malattie carenziali, etc, si descrive indicando:
- DP*:* la malattia di base *(ad es.* Alcolismo *cod. 303.0-303.9;* Mixedema *cod. 244.0-244.9);*
- DS: il cod. 334.4 *Atassia cerebellare in malattie classificate altrove.*

Anche in caso di **atassia cerebellare dovuta a reazione tossica da farmaci, solventi, metalli ed agenti fisici***, bisognerà segnalare:*
- DP: cod. 995.29 *Altri effetti avversi non specificati di altri farmaci, medicamenti, e prodotti biologici;*
- DS: cod. 334.3 *Altre atassie cerebellari*.

Neuropatia autonomica periferica diabetica deve essere codificata come segue*:*
- DP: cod. 250.6_ *Diabete con complicanze neurologiche* (la quinta cifra indica la tipologia di diabete e la presenza o assenza di scompenso metabolico);
- DS: cod. 337.1 *Neuropatia periferica del Sistema Nervoso autonomo in disturbi classificati altrove.*

DOLORE (338)

L'utilizzo di questi codici in DP segue la linea guida prevista nel capitolo 16 – Sintomi, Segni e stati morbosi mal definiti.
Le circostanze nelle quali è opportuno utilizzare i codici compresi nelle categorie 780-796 sono le seguenti:
a. nessuna diagnosi più specifica può essere formulata anche dopo che tutti gli elementi relativi al caso sono stati esaminati;
b. i segni o i sintomi presenti alla prima visita si rivelano transitori senza che sia stato possibile individuarne l'origine;
c. i pazienti sono trasferiti altrove prima che sia stata formulata una diagnosi;
d. si desidera evidenziare indagini o trattamenti precedenti il momento della diagnosi
e. si desidera indicare sintomi che rappresentano un problema importante nel trattamento medico e che possono essere segnalati insieme alla diagnosi principale".

L'utilizzo di questi codici di nuova introduzione può essere ammesso in DP quando il trattamento del dolore sia morivo principale/esclusivo del ricovero o nel caso non sia stata individuata la patologia di base.

ALTRI DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (340-349)

È stato introdotto il codice 341.22 *Mielite trasversa idiopatica.*
I codici relativi alla *Emiplegia* (342._ _) ed alle *Altre sindromi paralitiche* (344._ _) vanno usati raramente per la codifica della DP, se non per le emiplegie o le sindromi paralitiche di antica o di lunga durata, ma di origine non specificata.

I quadri clinici di epilessia (epilessia generalizzata, stato di male, spasmi infantili ed altre forme non specificate), sono quelli compresi nella categoria 345. La 5ª cifra si utilizza per distinguere i casi farmaco-resistenti (indicati con "1") da quelli non refrattari alla terapia farmacologica (indicati con "0").

Epilessia refrattaria alla terapia farmacologica, trattata con neurostimolatore vagale:

- P/I: cod. 04.92 *Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici*.

Episodio convulsivo isolato, al di fuori della malattia epilettica, si utilizzano i codici della categoria 780.3_ *Convulsioni* (febbrili semplici, febbrili complesse o di altra natura).

Sindrome di West: DP: cod. 345.6_ *Spasmi infantili*.

Il cod. 347 *Cataplessia e narcolessia* e cod. 348.3 *Encefalopatia non classificata altrove* devono essere inseriti con la quinta cifra.

DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (350-359)

In caso di danno radicolare in ernia del disco intervertebrale non va utilizzato il codice 353._ *Disturbi delle radici e dei plessi nervosi*, ma i codici del capitolo 13 – Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739).

Neuropatia diabetica deve essere codificata come segue:

- ➢ DP: cod. 250.6_ *Diabete con complicanze neurologiche* (la 5ª cifra indica la tipologia di diabete e la presenza o assenza di scompenso metabolico);
- DS: uno o più codici aggiuntivi per identificare la complicazione: cod. 354.0-355.9 *Mononeuropatia diabetica*, cod. 357.2 *Polineuropatia in diabete*; cod. 358.1 *Amiotrofia diabetica*.

N.B. Per la codifica della Artropatia neurogenica diabetica (250.6_ in DP + 713.5 in DS) si faccia riferimento al **Capitolo 13 – Malattie del sistema osteomidollare e del tessuto connettivo.**

I seguenti codici*:*

- 357.8 *Altre neuropatie tossiche ed infiammatorie*,
- 358 *Disturbi neuromuscolari*;
- 359.8 *Altre miopatie*.

devono essere utilizzati con la quinta cifra.

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

In presenza di **idrocefalo post-emorragico acquisito** in seguito a pregressa rottura di aneurisma porre il cod. 331.4 *Idrocefalo ostruttivo*.

Idrocefalo acquisito:

- ➢ DP: cod. 331.4 *Idrocefalo acquisito;*
- I/P: cod. 02.3 _ *Anastomosi ventricolare extracranico*.

Somministrazione intratecale di farmaci citotossici*:*

- I/P*:* cod. 03.8 *Iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale,* in associazione al cod. 03.31 *Rachicentesi.*

Biopsia percutanea di lesione cerebrale *effettuata mediante foro di trapanazione con metodo stereotassico va codificata esclusivamente con il codice 01.13* Biopsia (percutanea) (agobiopsia) di lesione cerebrale.

Trattamento con tossina botulinica *si deve fare riferimento alle seguenti indicazioni:*

- ➢ DP: riportare la sintomatologia per la quale viene effettuato il trattamento (disfagia, spasmo, paralisi del facciale);
- I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

IMPIANTO DI PACE-MAKER NEURALE O ELETTROSTIMOLATORE NEURO-UROLOGICO

Test di elettro-stimolazione percutanea di un nervo sacrale (PNE)

- ➢ DP: cod. 356.8 *Altre specificate neuropatie periferiche idiopatiche*
- DS:
  - cod. 788.32 *Incontinenza urinaria da sforzo nel maschio*;
  - cod. 625.6 *Incontinenza urinaria da sforzo nella donna,*
  - **oppure:**
    - cod.597.81 *Sindrome uretrale SAI,*
    - cod.788.0 *Dolore del sistema urinario,*
    - cod.788.20 *Ritenzione urinaria,*
    - cod.788.9 *Dolore vescicale,*
    - altre patologie concomitanti o complicanze della malattia principale.
- I/P cod. 04.19 Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli.

Collocazione di impianto definitivo di elettrodo/i di neurostimolatore spinale:

- ➢ DP: la malattia di base
- I/P: i cod. da 86.94 a 86.98: *Inserzione del generatore di impulsi* **associato** con il cod. 03.93 *Impianto definitivo o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.*

Sostituzione di elettrodo/i e/o del generatore di impulsi di neurostimolatore spinale:

- ➢ DP: V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale);*
- I/P: cod. 86.96 - 86.97 - 86.98 Inserzione del generatore di impulsi codificare anche eventuale elettrodo cod. 03.93 Impianto definitivo o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.

Rimozione di elettrodo/i e/o di neurostimolatore spinale (per inefficacia):

- ➢ DP: cod.V53.02 Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale);I/P: cod. 86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo (rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo o doppio);
- I/P: cod. 03.94 Rimozione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.

Rimozione del solo elettrodo con mantenimento in situ del neurostimolatore (nel caso di infezioni e/o deiscenze nella sede di impianto dell'elettrodo) **o per rimozione di neurostimolatore spinale con mantenimento in situ dell'elettrodo** (nel caso di infezioni e/o deiscenze, decubiti della tasca):

- ➢ DP: cod. 996.63 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso;
- DS: cod. V53.02 Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale);
- I/P: cod. 03.94 Rimozione di elettrodo/i aggiungendo anche il cod. 86.05 Generatore di neurostimolatore spinale.

Collocazione di impianto definitivo o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore intracranico:
I/P*: cod. 02.93* Collocazione di impianto definitivo o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore intracranico *che non comprende* l'Inserzione del generatore di impulsi del neurostimolatore: *cod. da 86.94 a 86.98.*

Rimozione di elettrodo/i di neurostimolatore intracranico (per inefficacia) senza sostituzione:

- DP: cod. V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale);*
- I/P: cod. 01.22 *Rimozione di elettrodo/i di neuro stimolatore intracranico* **che non comprende** il cod. 86.05 *Rimozione del generatore di impulsi del neuro stimolatore.*

Collocazione di impianto definitivo o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore dei nervi periferici:

- DP: codificare la malattia di base
- I/P: cod. 04.92 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neuro stimolatore dei nervi periferici* codificare anche l'eventuale *Inserzione del generatore di impulsi del neurostimolatore*: cod. da 86.94 a cod. 86.98.

Rimozione di elettrodo/i di neurostimolatore dei nervi periferici (per inefficacia):

- DP: cod. V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale);*
- I/P: cod. 04.93 *Rimozione di elettrodo/i di neurostimolatore dei nervi periferici* che non comprende la *Rimozione del generatore di impulsi del neurostimolatore:* cod. 86.05.

Radiofrequenza pulsata periferica (RFP):

- DP: codificare la malattia di base;
- I/P: cod. 04.2 *Demolizione di nervi cranici e periferici*.

Radiofrequenza pulsata centrale (RFC):

- DP: codificare la malattia di base;
- I/P: cod. 03.99 *Altri interventi sul midollo spinale e sulle strutture del canale vertebrale.*

Inserzione pompa di infusione:

- DP: codificare la malattia di base;
- I/P: cod. 86.06 *Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile* codificare anche il cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative.*

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

In caso di ***Retinopatia diabetica*** (362.0_):

- DP: va codificato per primo il cod. 250.5 *Diabete*.

Il cod. 362.07 *Edema maculare diabetico* va utilizzato insieme ad un cod. 362.01- 362.06 *Retinopatia diabetica*.

Nel caso di **diabete con complicazioni** a lungo termine o croniche, va specificata:

- DP: con la quarta cifra, la complicanza cronica o a lungo termine del diabete (250.4 – 250.8)
- DS: vanno eventualmente riportati uno o più codici aggiuntivi per descrivere meglio il tipo di complicazioni rilevate.

Esempi:

Cataratta diabetica:

- DP: cod. 250.5_ Diabete con complicanze oculari ;
- DS: cod. 366.41 Cataratta diabetica.

Cataratta senile in paziente diabetico:

- DP: cod. 366.1_ Cataratta senile;
- DS: cod. 250.0_ Diabete senza menzione di complicanze.

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P) SULL'OCCHIO (08-16)

Negli interventi per cataratta occorre fare attenzione a segnalare sempre in DP la patologia che determina il ricorso all'intervento. Infatti l'intervento per cataratta è un intervento elettivo e programmato, e in DP deve che essere segnalata la patologia che lo rende necessario.

Cataratta

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

Rimozione e contemporanea sostituzione di lenti oculari protesiche impiantate

a) se la rimozione è dovuta a **complicazioni meccaniche** (ad es. dislocazioni):

- DP: cod. 996.53 *Complicazioni meccaniche di lenti oculari protesiche;*

b) se invece la rimozione **non è dovuta a complicazioni meccaniche** (opacizzazione, errato calcolo del cristallino artificiale intraoculare):

- DP: cod. 996.79 *Altre complicazioni da lenti oculari NIA.*

c) con entrambi i casi va riportato in:

- DS: il codice V43.1 *Cristallino sostituito con altri mezzi.*
- I/P: cod.13.72 *Impianto secondario di cristallino artificiale, eseguiti in contemporanea*; intervento chirurgico secondario: cod. 13.8 *Rimozione di cristallino impiantato.*

Dal settore **Miscellanea** non trascurare mai di codificare 95.04 *Esame dell'occhio sotto anestesia* poiché determina l'attribuzione di specifici DRG.

Il cod. 10.91 *Iniezione sottocongiuntivale* non può essere utilizzato per indicare la procedura di anestesia locale pre-intervento; inoltre non è da utilizzarsi per i trattamenti di profilassi antibiotica e/o antiinfiammatoria in corso di intervento chirurgico.

I codici che identificano i trattamenti di profilassi sono da ricercarsi nella categoria cod. 99.2_ *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.*

Occorre porre attenzione che per la codifica della maggior parte degli interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo vanno utilizzati i codici della categoria 86;
N.B. Fanno eccezione a tale regola gli interventi su palpebra e sopracciglia utilizzare i codici: 08.01-08.99.

Iniezione intravitreale di farmaci per la cura delle maculopatie (Ciclo di tre iniezioni)*:*

- DP: codice della patologia di base;
- I/P: cod. 14.9 *Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore*,
- I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.*

N.B.: L'Iniezione intravitreale di farmaci per la cura delle maculopatie prevede che ci siano cicli di tre sedute di iniezioni.

MALATTIE DELL'ORECCHIO E DELL'APOFISI MASTOIDE (380-389)

Malattia di Meniere

se rientra nei criteri:

- DP: cod. 386.0_ *Malattia di Meniere*.

Vertigini periferiche:

- DP: cod. 386.1_ *Altre e non specificate vertigini periferiche.*

Vertigini di origine centrale, se rientrano nei criteri:

- DP: cod. 386.2. *Vertigine di origine centrale.*

Vertigine post-traumatica acuta funzionale:

- DP: cod. 310.*2 Sindrome post-commotiva*,
- DS: cod. 386._ *Vertigini.*

Vertigine post-traumatica acuta, conseguente a lesione dell'VIII° nervo cranico in assenza di frattura:

- DP: cod. 951.5 *Traumatismo del nervo acustico (se rientra nei criteri di selezione della DP);*
- DS: cod. 386.19 *Altre vertigini periferiche.*

Vertigine post-traumatica cronica, conseguente a frattura del basicranio e lesione dell'VIII° n.c.:

- DP: cod. 386.19 *Altre vertigini periferiche e cod. 905.0 Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia;*
- DS: cod. 907.1 *Postumi di traumatismi dei nervi cranici*.

Vertigine post-traumatica cronica, conseguente a lesione dell'VIII° n.c. in assenza di frattura del basi cranio:

- DP: cod. 386.19 *Altre vertigini periferiche*,
- DS*: cod. 907.1 Postumi di traumatismi dei nervi cranici.*

Vertigine tossica labirintica si codifica *:*

- DP: *cod. 386.34 Labirintite tossica.*

N.B. Qualora non sia stata determinata l'origine della sindrome vertiginosa va utilizzato:DP. cod. 780.4 *Vertigine SAI.*

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P) SULL'ORECCHIO (18-20)

Esami diagnostici ed i trattamenti otologici:
vanno eventualmente codificati utilizzando i codici della categoria

- I/P: cod. 95.4_*Procedure diagnostiche non operatorie correlate all'udito*.

Asportazione di neurinoma del nervo acustico:

- I/P: cod. 04.01 *Asportazione di neurinoma acustico*; in tale caso **non deve essere segnalato** il codice della craniotomia.

Occorre porre attenzione che per la codifica della maggior parte degli interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo vanno utilizzati i codici della categoria 86_ *Interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo*; fanno eccezione a tale regola i codici 18.01-18.9 orecchio esterno.

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P) SUL NASO, BOCCA E FARINGE (21-29)

Sleep Endoscopy prevede l'uso combinato dei codici :

- I/P: cod. 29.11 *Faringoscopia* e cod. 31.42 *Laringoscopia e altra tracheoscopia.*

Paralisi di una corda vocale, sottoposti ad intervento di iniezione di materiale inerte nella corda interessata e ad eventuale intervento di stripping della corda vocale controlaterale, la codifica corretta è la seguente:

- DP: cod. 478.32 *Paralisi della corda vocale unilaterale completa*;
- I/P: cod. 31.69 *Altra riparazione della laringe* con il cod. 31.0 *Iniezione di materiale inerte nella laringe o nelle corde vocali* se viene effettuato lo stripping codificare anche il cod. 30.09 *Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe.*

Inserimento di protesi fonatoria nei pazienti laringectomizzati (quando eseguita in tempi diversi dall'intevento sulla laringe):

- DP: cod. 478.79 *Altre malattie della laringe;*
- I/P: cod. 31.98 *Altri interventi sulla laringe.*

Sostituzione di protesi fonatoria nei pazienti laringectomizzati:

- DP: cod. 478.79 *Altre malattie della laringe;*
- I/P: cod. 31.93 *Sostituzione di stent laringeo o tracheale.*

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

- DP: codice ICD-9-CM di neoplasia maligna;
- I/P: codice di demolizione della neoplasia.

Altri I/P di tracheotomia per assistenza ventilatoria:

- cod. 31.1 *Tracheostomia temporanea (codice di eventuale innesto osseo)*
- cod. 76.91 *Innesto osseo su ossa facciali (codice di ricostruzione con lembo libero rivascolarizzato)*
- cod. 86.74 *Trasferimento di innesco peduncolato a lembo in altre sedi (codice di microanastomosi vascolare)*
- cod. 39.29 *Altri anastomosi o bypass vascolari (periferici) (codice da prelievo osseo da cresta iliaca)*
- cod. 7.79 *Prelievo di altre ossa per innesto (codice di prelievo di lembo)*
- cod. 86.91 *Asportazione di cute per innesto*

Settoplastica:

- I/P: cod. 21.5 *Resezione sottomuccosa del setto nasale.*

Chirurgia funzionale endoscopica Rinosinusale:

- I/P: cod. 22.63 *Etmoidectomia.*

CAPITOLO 7
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO
(390 – 459)

Le malattie relative al sistema circolatorio sono descritte nel capitolo 7 (categorie 390 - 459) ad eccezione:

- di quelle riferite a condizioni ostetriche, descritte nel capitolo 6
- di quelle riferite a patologie congenite, descritte nel capitolo 14.

Una delle novità della nuova versione è quella di aver individuato una serie di codici che in alcune situazioni se utilizzati in DP o in DS (nonché in funzione delle loro combinazioni) comporta l'assegnazione a DRG particolari per Diagnosi diversamente complicanti.

Esempio:
DRG 547 - Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore (DCM) - si ottiene qualora venga utilizzata una delle 87 diagnosi cardiovascolari definite maggiori in DP o in DS, appartenenti principalmente al capitolo 7 (categorie 490 – 459), oppure in presenza di 22 specifiche diagnosi che descrivono una patologia acuta vascolare tra le diagnosi secondarie congiuntamente ad uno dei 9 codici di procedura OR (operating room) della sottorubrica cod. 36.1_ *By pass per rivascolarizzazione cardiaca* ed un codice di procedura di cateterismo cardiaco (con esclusione del codice 37.26).

Analogamente l'utilizzo di alcuni codici di interventi/procedure determinano l'assegnazione a DRG particolari per la presenza di procedure assistenziali specifiche, quali:

- terapia trombolitica;
- presenza/assenza di cateterismo cardiaco;
- inserzione di stent.

Il Capitolo 7 comprende situazioni complesse, spesso intercorrelate; pertanto, ai fini della corretta codifica è di particolare importanza porre attenzione a tutte le note presenti:

- nell'indice alfabetico;
- nell'elenco sistematico.

EDEMA POLMONARE ACUTO

Porre attenzione a questa patologia che:

- quando è di origine cardiaca va codificata con il cod. 428.1 *Insufficienza del cuore sinistro*,
- quando è invece di origine polmonare con il cod. 518.4 *Edema polmonare acuto, non specificato*.

In presenza di edema polmonare acuto da valvulopatia, codificare:

- in DP: l'edema polmonare acuto
- in DS: la valvulopatia,

In presenza di edema polmonare acuto da valvulopatia, codificare:

- in DP: cod. 428.1 *Insufficienza del cuore sinistro;*
- in DS: la valvulopatia

perché non bisogna basarsi sul percorso patogenetico, ma sulla reale patologia che ha comportato il maggiore consumo di risorse.

IPERTENSIONE ARTERIOSA (401 – 405)

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

- maligna (4ª cifra = 0)
- benigna (4ª cifra = 1)
- non specificata (4ª cifra = 9)

Ove l'ipertensione sia secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice della malattia di base che causa l'ipertensione; l'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 (capitolo 11).

CARDIOPATIA IPERTENSIVA (402._ _)

ipertensione causa diretta della cardiopatia cod. 402 se associata ad insufficienza cardiaca codifica multipla
Esempio*:*

- cod. 402.11 *cardiopatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca* più un codice da 428.0 a 428.43 per specificare il tipo di insufficienza cardiaca;

ipertensione senza relazione causale diretta con la insufficienza cardiaca o cardiopatia si devono assegnare codici separati.
Esempio*:*

- cod. 428.0 *Insufficienza cardiaca congestizia con ipertensione*
- cod. 401.9 *Ipertensione essenziale non specificata*

NEFROPATIA IPERTENSIVA CRONICA (cod. 403_ _)

Descrive le situazioni cliniche in cui sono presenti

- sia l'ipertensione
- che la nefropatia cronica .

Gli stadi della malattia vanno codificati con il quinto carattere come da indicazione del testo.
Come diagnosi secondaria deve essere codificata la malattia renale cronica (585._ _).

CARDIONEFROPATIA IPERTENSIVA (cod. 404. _ _)

Comprende le condizioni in cui sono presenti

- sia la malattia cardiaca ipertensiva
- sia la nefropatia ipertensiva cronica.

Gli stadi della malattia vanno codificati con il quinto carattere come indicazione del testo.
Nelle diagnosi secondarie codificare

- il tipo di insufficienza cardiaca (cod. 428.0 - 428.43) e
- la malattia renale cronica (CKD) (cod. 585.1 – 585.4, 565.9) per identificare lo stadio della malattia.

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE (410-414)

Categorie:

- cod. 410 *Infarto miocardio acuto*,
- cod. 411 *Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica*,
- cod. 412 *Infarto miocardico pregresso*,
- cod. 413 *Angina pectoris*,
- cod. 414 *Altre forme di cardiopatia ischemica cronica*.

INFARTO MIOCARDICO ACUTO

Il cod. 410._ _ che va usato nel caso di *INFARTO MIOCARDIO ACUTO* è completato da una quarta e da una quinta cifra.
La quarta cifra identifica la sede anatomica dell'infarto e precisamente:
IMA con sopraslivellamento ST:

- 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* non dovrebbe essere mai usata in quanto dovrebbe essere sempre possibile l'identificazione della sede della lesione.

IMA senza tratto ST elevato (NSTEMI)

- cod. 410.7_*IMA sub-endocardico – non trans murale*.

La quinta cifra distingue l'episodio di assistenza:

- Quinta cifra = 0: episodio di assistenza non specificato (da non utilizzare in quanto la documentazione clinica dovrebbe sempre contenere le informazioni necessarie per una descrizione precisa del caso e quindi consentire l'utilizzo dei caratteri 1 o 2)
- Quinta cifra = 1: episodio iniziale di assistenza. Nella definizione di episodio iniziale di assistenza sono compresi anche i ricoveri di pazienti trasferiti tra istituti per acuti; questo codice va assegnato indipendentemente dal numero di trasferimenti che il paziente può avere effettuato. Non deve essere impiegato nei casi in cui si sia verificata un interruzione dell'assistenza per acuti (trasferimento in strutture non per acuti o dimissioni a domicilio) perché in tali situazioni va utilizzato il quinto carattere 2.
- Quinta cifra = 2: episodio successivo di assistenza per lo stesso infarto. Tale valore va utilizzato per i ricoveri successivi all'episodio iniziale di assistenza se effettuati entro le otto settimane dall'evento acuto. Va quindi usato per i pazienti che vengono nuovamente ricoverati per valutazioni, osservazioni o trattamenti relativi a un infarto miocardio acuto per il quale hanno già avuto un ricovero entro le 8 settimane precedenti, e che si sia concluso o con la dimissione o con il trasferimento a un struttura non per acuti.

Se nel corso del ricovero l'infarto evolve verso complicanze quali aritmie, fibrillazione, shock, è opportuno che queste ultime siano codificate tra le diagnosi secondarie con codici aggiuntivi.
Se nel corso del ricovero per infarto si verifica un secondo infarto in una sede differente, entrambe le diagnosi devono essere codificate, ciascuna secondo la propria sede, utilizzando come quinto carattere 1.

Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica (cod. 414.8)

Quando un ricovero per Cardiopatia ischemica post-infarto miocardico acuto (in presenza di sintomatologia) avviene oltre le otto settimane dall'infarto (e cioè dalla data di ricovero per infarto) non deve essere utilizzata la categoria 410 ma il codice 414.8 *Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica.*
Anche l'Ischemia miocardica cronica, quando sintomatica, va codificata con il codice 414.8

Cardiopatia ischemica cronica non specificata (cod. 414.9)

Si sconsiglia l'utilizzo in prima diagnosi del codice 414.9 *Cardiopatia ischemica cronica non specificata* quando un paziente pur affetto da una cardiopatia ischemica cronica si ricovera per un nuovo episodio ischemico acuto; in questo caso è preferibile utilizzare in diagnosi principale

- un cod. della categoria 411_ *Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica*, oppure
- un cod. della categoria 413_ *Angina pectoris*,

a seconda del quadro clinico, riportando in diagnosi secondaria l'ischemia cardiaca cronica.

Infarto miocardico pregresso

L'infarto pregresso senza sintomi attuali deve essere codificato utilizzando il cod. 412 *Infarto miocardico pregresso* che dovrebbe essere assegnato esclusivamente come diagnosi secondaria nei casi in cui siano assenti sintomi e la indicazione del pregresso infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale nel senso che influenza il trattamento e/o la durata della degenza.

Altre forme di cardiopatia ischemica cronica (cod. 414)

I codici 414.0_ *Altre forme di cardiopatia ischemica cronica* indicano la sede anatomica della aterosclerosi (coronarie native, bypass venosi o arteriosi etc).
È giustificato il loro utilizzo in diagnosi principale negli episodi di ricovero effettuati per svolgere

- interventi di bypass aorto-coronarico e angioplastica o
- la procedura di coronarografia nel caso in cui l'esame diagnostico permetta di identificare una diagnosi anatomica di aterosclerosi coronarica.

Esempi:

- cod. 414.06 *Aterosclerosi della coronaria nativa in cuore trapiantato,*
- cod. 414.07 *Aterosclerosi della coronaria di Bypass (arteria) (vena) in cuore trapiantato,*
- cod. 414.12 *Dissezione dell'arteria coronaria.*

I codici 414.0 _ *Altre forme di cardiopatia ischemica cronica* non devono essere utilizzati come diagnosi principale quando la lesione anatomica non venga diagnosticata nel corso dello stesso ricovero. In queste evenienze i codici 414.0_ *Altre forme di cardiopatia ischemica cronica* devono essere segnalati come diagnosi secondarie ponendo come diagnosi principale il quadro clinico che ha portato al ricovero.

Arresto cardiaco – arresto cardiorespiratorio (cod. 427.5)

E' sconsigliato l'uso del codice 427.5 *Arresto cardiaco* in diagnosi principale. Tale codice deve essere usato in diagnosi secondaria solo a condizione che siano state adottate risorse per la rianimazione del paziente.

MALATTIE CEREBROVASCOLARI (430-437)

Rispetto ai nuovi codici le malattie cerebrovascolari acute sono codificate con le categorie comprese tra 430 e 437; i loro postumi sono codificati con i codici della categoria 438. Ciascun aspetto patologico di una diagnosi relativa ad una malattia cerebrovascolare deve essere codificato singolarmente (codifica multipla) a meno che l'indice alfabetico o l'elenco sistematico non indichino diversamente, es.: aterosclerosi cerebrovascolare con emorragia subaracnoidea dovuta a rottura di un aneurisma sacculare: cod. 430 *Emorragia subaracnoidea* + cod. 437.0 *Aterosclerosi cerebrale*.

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

. _0 *senza menzione di infarto cerebrale*
. _1 *con infarto cerebrale*

Ictus cerebrale ischemico

I codici da utilizzare sono i seguenti:

- cod. 434.01 *Trombosi cerebrale con infarto cerebrale,*
- cod. 434.11 *Embolia cerebrale con infarto cerebrale*,
- cod. 434.91 *Occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale*,

ponendo attenzione all'appropriato utilizzo del codice 434.91 che va riservato ai casi in cui il medico non abbia specificato la natura trombotica o embolica dell'ictus ischemico.

Ischemia cerebrale transitoria

Per codificare correttamente tale diagnosi si deve utilizzare la sottocategoria 435._ *Ischemia cerebrale transitoria*.

- Il cod. 435._ *Ischemia cerebrale transitoria* con la quarta cifra descrive la sede dell'arteria colpita e include anche la condizione di spasmo delle arterie cerebrali.

- Il cod. 435.9 *Ischemia cerebrale transitoria non specificata* comprende l'attacco ischemico transitorio (TIA).

Postumi delle malattie cerebrovascolari

I codici della categoria 438 vanno utilizzati in caso di ricovero successivo all'evento vascolare cerebrale acuto (concluso); tali codici comprendono anche le sequele delle condizioni morbose classificabili da 430 - 437, come afasia, monoplegia, emiplegia, ecc.

Altre malattie vascolari periferiche

Attenzione ai nuovi codici introdotti:

- cod. 443.2 *Altre dissezioni di arterie* escluso: cod. 441.00 *Dissezione dell'aorta* e cod. 414.12 cod. *Dissezione delle arterie coronariche;*
- cod. 443.21 *Dissezione dell'arteria carotide*
- cod. 443.22 *Dissezione dell'arteria iliaca*
- cod. 443.23 *Dissezione dell'arteria renale*
- cod. 443.24 *Dissezione dell'arteria vertebrale*
- cod. 443.29 *Dissezione di un'altra arteria*

Ateroembolismo

- cod. 445._ _ *Ateroembolismo - incluso: Microembolismo aterotrombotico, Embolismo da Colesterolo*
- cod. 445.0 *Ateroembolismo delle estremità,*
- cod. 445.8 *Ateroembolismo di altre sedi.*

MALATTIE DELLE VENE E DI ALTRI VASI LINFATICI E DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (451- 459)

- cod. 453 *Embolia e trombosi di altre vene.*

Nuovi codici introdotti:

- cod. 453.4_ *Embolia venosa e trombosi dei vasi profondi degli arti inferiori.*

Ipotensione

Alla voce:

- cod. 458.2 *Ipotensione iatrogena;*

sono stati introdotti nuovi codici:

- cod. 458.21 *Ipotensione causata da emodialisi (o durante emodialisi)*
- cod. 458.29 *Altra ipotensione iatrogena (ipotensione post-operatoria)*

Altri disturbi del sistema circolatorio

Attenzione alla introduzione dei nuovi codici.

Alla voce:

Cod. 459.1 Sindrome postflebitica - Ipertensione venosa cronica dovuta a trombosi delle vene profonde, escl. ipertensione venosa cronica senza trombosi delle vene profonde (459.30-459.39)

- cod. 459.10 *Sindrome postflebitica senza complicazioni,*
- cod. 459.11 *Sindrome postflebitica con ulcera,*
- cod. 459.12 *Sindrome postflebitica con infiammazione,*
- cod. 459.13 *Sindrome postflebitica con ulcera e infiammazione,*
- cod. 459.19 *Sindrome postflebitica con altra complicanza.*

Alla voce:

Cod. 459.3 *Ipertensione venosa cronica (idiopatica)* Edema da stasi - escl.: ipertensione venosa cronica dovuta a trombosi delle vene profonde (459.10-459.19); vene varicose (454.0-454.9)

- cod. 459.30 *Ipertensione venosa cronica senza complicazioni,*
- cod. 459.31 *Ipertensione venosa cronica con ulcera,*
- cod. 459.32 *Ipertensione venosa cronica con infiammazione,*
- cod. 459.33 *Ipertensione venosa cronica con ulcera e infiammazione,*
- cod. 459.39 *Ipertensione venosa cronica con altra complicanza.*

Codici di categoria V nelle malattie del sistema circolatorio

I codici di questa categoria servono:

- per codificare **PROBLEMI CLINICI** che influenzano lo stato di salute del paziente, ma che non sono una malattia o un traumatismo (es. cod. V45.01 *Stimolatore cardiaco in situ*). In tali casi lo specifico problema clinico deve essere riportato nella SDO e codificato con i codici V solo se esercita un'effettiva influenza sul trattamento erogato al paziente nel corso del ricovero;
- per codificare **SERVIZI EROGATI** in circostanze, diverse da malattie e traumatismi, che tuttavia possono determinare un ricovero; un tipico esempio è rappresentato dal ricovero per controllo, sostituzione, regolazione, esaurimento della batteria del pacemaker (in assenza di sintomi clinici) (es. cod. V53.3_*Collocazione e sistemazione del dispositivo cardiaco*).

In caso di ricovero di un paziente già portatore di contropulsatore aortico, VAD, o altri supporti circolatori impiantati in altra struttura, indicare nei campi delle diagnosi secondarie il cod. V46.8 *Dipendenza da altri apparecchi*, che indica la presenza di tali dispositivi di assistenza.

- per codificare **ALTRE CIRCOSTANZE** diverse dai problemi clinici o dai servizi erogati, che influenzano comunque l'andamento del ricovero; ad es. intervento chirurgico non eseguito per controindicazione (cod.V64.1 *Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione*).
- come **DIAGNOSI PRINCIPALE** nel caso di paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura pregressi ed indicando come diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse. Ad es. ricoveri dopo:
    - trapianto del cuore (V42.1 *Cuore sostituito da trapianto*),
    - trapianto di valvola cardiaca (V42.2 *Valvola cardiaca sostituita da trapianto*),
    - impianti di protesi valvolare (V43.3 *Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi*),
    - impianto di pace-maker (V45.0_ *Dispositivo cardiaco post-chirurgico in situ)*

- come **DIAGNOSI SECONDARIA**, per esempio per codificare prestazioni strumentali erogate da parte di un presidio ospedaliero diverso da quello in cui il paziente è ricoverato (cod. V63.8 *Altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici)*

Non vanno utilizzati per indicare complicanze delle precedenti cure mediche o chirurgiche, le quali, se presenti, devono essere codificate con le specifiche categorie numeriche

INTERVENTI/PROCEDURE (I/P) SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE

Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore:
indicare entrambi i seguenti codici intervento:

- I/P: cod. 38.59 *Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore;*
- I/P. cod. 38.69 *Altra asportazione di vene dell'arto inferiore.*

Impianto, sostituzione, rimozione di dispositivi cardiaci

Impianto di pace maker / Defibrillatore
L'impianto iniziale del pace-maker prevede l'utilizzo di codici combinati, relativi all'inserzione degli elettrodi (37.7_) e del Pace-Maker (cod. 37.8_ *Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di pace-maker cardiaco*).
La nuova rubrica cod. 00.5 *Altre procedure cardiovascolari*, introdotta dalla classificazione ICD-9-CM 2007 descrive l'impianto o la sostituzione di pace-maker o defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca:

- cod. 00.50 *Impianto di pacemaker per la risincronizzazione cardiaca senza menzione di defibrillazione, sistema totale (CRT-P*);
- cod. 00.51 *Impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca, sistema totale (CRT-D);*
- cod. 00.52 *Impianto o sostituzione di elettrodi transvenosi nel sistema venoso coronarico del ventricolo sinistro;*
- cod. 00.53 *Impianto o sostituzione del solo PM per la risincronizzazione cardiaca (CRT-P);*
- cod. 00.54 *Impianto o sostituzione del solo defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca (CRT-D).*

L'impianto o la sostituzione del **defibrillatore cardiaco a permanenza**, viene descritto con i codici dal 37.94 al 37.98.
Per l'impianto di pace-maker in caso di sindrome del seno carotideo è prevista la seguente codifica:

- DP: cod. 427.89 *Altre aritmie cardiache specificate,*
- DS: cod. 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo,*
- I/P: cod. 37.7_ *Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di elettrodi,*
- I/P: cod. 37.8 *Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di PM cardiaco*.

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

- DP: cod. 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo,*
- I/P: cod. 39.8 *Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari*.

La codifica dell'**estrazione e della sostituzione di dispositivi** rientra nella categoria V.53 "*Collocazione e sistemazione di altri dispositivi*"

Controllo, sostituzione, regolazione, esaurimento della batteria del pacemaker (in assenza di sintomi clinici): da utilizzare

- DP: il codice V53.3_ *Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco;*
- I/P: un cod. 37.8._ *Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di PM cardiaco.*

Impianto di registratore ciclico (loop recorder) per lo studio del ritmo cardiaco:

- DP: codificare la patologia di base;
- I/P: cod. 89.51 *Elettrocardiogramma per lo studio del ritmo;*
- I/P: cod. 37.79 *Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco - Inserzione di loop recorder.*

Espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo:

- DP: cod. V53.39 *Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco.*

Decubiti della tasca nei portatori di defibrillatore o di pacemaker:

- DP: cod. 996.61: *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti* cardiaci **oppure** con il cod. 996.72 *Altra complicazione di altre protesi, impianti e innesti cardiaci*.

Paziente portatore di pace-maker:
E' da utilizzare il codice V45.0_*Dispositivo cardiaco post-chirurgico in situ*. Se il ricovero è avvenuto per cattivo funzionamento del pace-maker il codice da utilizzare per la DP è il cod. 996.01 *Complicazioni meccaniche da pace-maker cardiaco (elettrodo).*

Interventi per via percutanea dei vasi coronarici e periferici (00.4)

I codici possono essere applicati sia per i vasi coronarici che per quelli periferici. Questi codici devono essere utilizzati insieme agli altri codici delle procedure terapeutiche per fornire informazioni aggiuntive circa il numero di vasi sui quali la procedura è stata effettuata e/o sul numero di stent inseriti.

N.B.: nella versione italiana del Manuale ICD-9-CM 2007 mancano i codici 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* che comunque devono essere utilizzati per una corretta codifica.

N.B.: Codificare sia il numero dei vasi trattati (00.40- 00.43), sia il numero degli stent inseriti (00.45-00.48)
Codificare anche l'eventuale: *angioplastica o aterectomia* (00.61-00.62, 00.66, 39.50); *endoarterectomia* (38.10-38.18); *inserzione di stent vascolari* (00.55, 00.63-00.65, 36.06-36.07, 39.90); *altra rimozione di ostruzione delle coronarie (36.09).*

Con i codici:

- 00.62 *Angioplastica percutanea o aterectomia dei vasi intracranici*
- 00.65 *Inserzione percutanea di stent vascolari intracranici*

codificare anche eventuale:

- cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico*;
- cod. 00.45-00.48 numero di stent vascolari inseriti;
- cod. 00.40-00.43 numero di vasi trattati;
- cod. 00.44 *Procedure sulla biforcazione dei vasi*.

Con i codici:

- 00.61 *Angioplastica percutanea o aterectomia di vasi precerebrali (basilare, carotide, vertebrale)*
- 00.63 *Inserzione percutanea di stent in arteria carotidea*
- 00.64 *Inserzione percutanea di stent in altre arterie precerebrali*

codificare anche eventuale:

- cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico*;
- 00.45-00.48 numero di stent vascolari inseriti;
- 00.40-00.43 numero di vasi trattati;
- cod. 00.44 *Procedure sulla biforcazione dei vasi*.

Con il codice:

- 00.66 *Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica*

codificare anche eventuale:

- 36.06-36.07 inserzione di stent nell'arteria coronarica (se non medicato o se medicato);
- 00.45-00.48 numero di stent vascolari inseriti;
- 00.40-00.43 numero di vasi trattati;
- cod. 00.44 *Procedure sulla biforcazione dei vasi*;
- cod. 36.04 *Infusione trombolitica nell'arteria coronarica;*
- cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agenti trombo litici.*

Con il codice:

- 39.90 *Inserzione di stent non medicato in vaso periferico (stent metallico, stent adesivo, stent farmaco rivestito (ad es. di eparina), endograft, graft endovascolari)*

codificare anche:

- cod. 39.50 *Angioplastica non coronarica o aterectomia*;
- cod. 00.40-00.43 numero di vasi trattati;
- cod. 00.45-00.48 numero di stent vascolari inseriti;
- cod. 00.44 *Procedura su biforcazione vascolare*.

escludere:

- cod. 39.71-39.79 riparazione endovascolare di aneurisma,
- cod. 00.55 *Inserzione di stent medicato in vaso periferico*,
- cod. 00.63 *Inserzione percutanea di stent nella carotide*,
- cod. 00.64 *Inserzione percutanea di stent in altre arterie precerebrali*,
- cod. 00.65 *Inserzione percutanea di stent intracranico*.

Con il codice:

- 00.55 *Inserzione di stent medicati in vasi periferici*

escludere:

- cod. 39.90 *Inserzione di stent non medicato in vaso periferico*,
- cod. 00.63-00.65 inserzione di stent cerebrovascolari,
- cod. 36.07 inserzione di stent medicati nelle arterie coronariche.

- inserzione di stent non medicati:
- nell'arteria coronarica 36.06
- nei vasi periferici 39.90
- per la riparazione di aneurisma 39.71-39.79

Legatura endoscopica di vene perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)
indicare i seguenti codici intervento:

- I/P: cod. 38.59 *Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore;*
- I/P: cod. 83.09 *Altra incisione di tessuti molli.*

Riparazione endovascolare di vaso:
L'ICD-9-CM 2007 conferma quanto già previsto dall'ICD-9-CM 2002 per la riparazione endovascolare, con inserzione di protesi, di vasi:

- I/P: cod. 39.71 *Impianto endovascolare di graft nell'arteria addominale;*
- I/P: cod. 39.79 *Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi (vedi esclusioni).*

Altri interventi di cardiologia interventistica

Chiusura del dotto di Botallo
per via percutanea, va descritto con i seguenti codici:

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

Chiusura del difetto interatriale (DIA)
per via percutanea, va descritto con il seguente codice:

- I/P:cod. 35.52 *Riparazione di difetto del setto atriale con sutura diretta;*
- I/P: cod. 37.23 *Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro.*

Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica endovascolare utilizzare entrambi i codici:

- I/P: cod. 35.2_ *Sostituzione di valvola cardiaca*
- I/P: cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*.

CARDIOCHIRURGIA

N.B: in questo capitolo la completa descrizione degli interventi in genere comporta l'utilizzo di più codici (codifica multipla)

Interventi sui vasi coronarici (bypass)

By-pass aortocoronarico
Nei casi di by-pass aortoconarico è indicata la seguente codifica:

- DP: la patologia cardiaca motivo dell'intervento,
- I/P: cod. 36.15 *By-pass singolo di mammaria interna- arteria coronaria,*
- I/P: cod. 36.1_ *By-pass aortocoronarico.*

Qualora si utilizzino **altri specifici vasi arteriosi per effettuare il by-pass aortocoronarico**, utilizzare i seguenti codici:

- per arteria gastroepiploica : cod. 36.17 *By-pass dell'arteria coronaria addominale;*
- per arteria radiale: cod. 36.19 *Altro by-pass per rivascolarizzazione cardiaca;*
- per doppia arteria mammaria o mammaria sinistra con anastomosi multiple (sequenziale): cod. 36.16 *By-pass doppio mammaria interna arteria coronaria.*

Circolazione Extra Corporea, se nel corso dell'intervento viene impiegata la C.E.C.:

- I/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).*

By-pass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca

- I/P: cod. 36.1_ *By-pass aortocoronarico,*
- I/P: cod. 37.32 *Asportazione di aneurisma del cuore,*
- I/P: cod: 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).*

Endoarteriectomia di un vaso coronarico eseguita in corso di altro intervento cardiochirurgico deve essere segnalata utilizzando:

- I/P: cod. 38.10 *Endoarteriectomia, sede non specificata.*

Interventi sulle valvole cardiache

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

- I/P: cod. 35.12 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione*
- I/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).*

Intervento secondo Bentall:

- I/P: cod. 35.22 *Altra sostituzione di valvola aortica con protesi,*
- I/P: cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione,*
- I/P: cod. 36.99 *Altri interventi sui vasi del cuore,* per indicare il reimpianto delle arterie coronariche,
- **se impiegata aggiugere C.E.C.:** cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).*

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'arteria toracica.*

Intervento secondo David:

- I/P: cod. 35.11 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione,*
- I/P: cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione,*
- I/P: cod. 36.99 *Altri interventi sui vasi del cuore,*
- I/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).*

Intervento di Yacoub per il rimodellamento della radice aortica:

- ➢ DP: fa riferimento ad una patologia aneurismatica della radice aortica con o senza insufficienza valvolare aortica, per es.: cod. 441.01 *Dissezione dell'aorta toracica*; 441.2 *Aneurisma toracico senza menzione di rottura.*
- I/P: cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione.*

Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione

- I/P: cod. 35.11 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
- I/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.) (eventuale).*

Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica endovascolare:

- I/P: cod. 35.2_ *Sostituzione di valvola cardiaca,*
- I/P: cod. 38.91 *Cateterismo arterioso.*

Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica transapicale:

- I/P: cod. 35.21 *Sostituzione di valvola aortica con bioprotesi,*
- I/P: cod. 37.11 *Cardiotomia,*
- I/P: cod. 38.91 *Cateterismo arterioso.*

Arresto di circolo concomitante a ipotermia profonda:

- I/P: cod. 39.62 *Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto.*

Altri Interventi cardio-vascolari

Sostituzione di arco aortico con tubo valvolato:

Va descritto con i seguenti codici:

- I/P: cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione,*
- I/P: cod. 35.22 *Sostituzione di valvola aortica*.

Rimodellamento ventricolare:

L'intervento che può conseguire a diversi interventi cardiochirurgici, deve essere descritto con il codice:

- I/P: cod. 37.35 *Asportazione parziale di ventricolo.*

Trapianto di cuore:

- ➢ DP: la patologia cardiaca di base,
- I/P: cod. 37.51 *Trapianto di cuore,*
- I/P: cod. 00.93 *Trapianto da cadavere,*
- I/P: cod. 37.25 *Biopsia endomiocardica.*

Impianto di sistemi di assistenza cardiaca e circolazione assistita

Impianto di pompa centrifuga con cannule percutanee (pVAD):

- I/P: cod. 37.68 *Inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo*.

Impianto di VAD paracorporeo o pompa centrifuga impiantato mediante stereotomia:

- I/P: cod. 37.65 *Impianto di sistema di assistenza cardiaca esterno.*

Impianto di VAD intracorporeo:

- I/P: cod. 37.66 *Inserzione di sistema di assistenza cardiaca impiantabile*.

Impianti di ossigenatore:

- I/P: cod. 39.65 *Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO)*.

Assistenza cardiocircolatoria ventricolare destra con pompa centrifuga più ossigenatore (assistenza ventricolare destra con impianto di circolazione assistita, da atrio destro a atrio sinistro con esclusione del circolo polmonare) usare i codici seguenti:

- I/P: cod 37.62 *Impianto di altri sistemi di circolazione assistita* associato al cod. 39.65 *Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO).*

Impianto di cuore artificiale si codifica:

- I/P: cod. 37.52 *Impianto di sistema di sostituzione cardiaca totale*.

In caso di ricovero di un **paziente già portatore di contropulsatore aortico, VAD, o altri supporti circolatori impiantati in altra struttura**, indicare nei campi delle diagnosi secondarie il codice V46.8 *Dipendenza da altri apparecchi*, che indica la presenza di tali dispositivi di assistenza.

Reinterventi di cardiochirurgia

Reintervento per complicazione meccanica di by-pass aorto-coronarico

- ➢ DP: cod. 996.03 *Complicazioni meccaniche di innesto di by-pass coronarico*
- I/P: cod. *By-pass aortocoronarico,* codifica specifica.

N.B.: Qualora le complicazioni meccaniche insorgano nel corso del medesimo ricovero nel quale è stato effettuato l'intervento originario in diagnosi principale si deve codificare la diagnosi cardiologica motivo dell'intervento (malattie ischemiche del cuore 410- 414) e in diagnosi secondaria cod. 996.03 *Complicazioni meccaniche di innesto di by-pass coronarico*

Reintervento per altre complicazioni di by-pass aorto-coronarico (embolia, trombosi)

- ➢ DP: cod. 996.72 *Altre complicazioni da altre protesi, impianti, innesti cardiaci,*
- I/P: cod. di *By-pass aortocoronarico,* codifica specifica.

Può essere ricompreso in questo codice la restenosi/occlusione di stent coronarico precedentemente impiantato.

Reintervento per complicazione meccanica di protesi valvolare cardiaca

- ➢ DP: cod. 996.02 *Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca,*
- I/P: cod. 35.2_ *Sostituzione di valvola cardiaca.*

Reintervento per altra complicazione da protesi valvolare cardiaca (embolia, trombosi)

- ➢ DP: cod. 996.71 *Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache,*
- I/P: cod. 35.2_ *Sostituzione di valvola cardiaca.*

Infarto perioperatorio

Si utilizzi il codice 410._ _ *Infarto miocardico acuto* in associazione al codice 997.1 *Complicazioni cardiache, non classificate altrove.*

Infezione e complicazione postoperatorie

Mediastinite

- ➢ DP: cod. 998.59 *Altra Infezione postoperatoria, N.B.: utilizzare codice aggiuntivo per identificare l'infezione.*
- DS: cod. 519.2 *Mediastinite,*
- I/P: cod. 34.3 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino;* se applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) cod. 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.*

Infezione della ferita chirurgica e conseguente toilette

- ➢ DP: cod. 998.59 *Altra infezione postoperatoria,*

N.B.: utilizzare codice aggiuntivo per identificare l'infezione.

- I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione* se applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) cod. 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.*

Deiscenza della ferita sternale e conseguente risutura:

- ➢ DP: cod. 998.3_ *Rottura di ferita chirurgica;*
- I/P: cod. 78.11 *Applicazione di fissatore esterno di scapola, clavicola e torace;*
- I/P: cod. 78.41 *Altri interventi di riparazione/plastica su scapola, clavicola e torace (coste e sterno).*

Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria

- I/P: cod. 39.41 *Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare*.

CAPITOLO 8
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
(460 – 519)

ASMA
I diversi quadri clinici di asma vengono classificati alla categoria 493._ _. A seguito dell'introduzione della nuova versione 2007, l'intera categoria è stata oggetto di una sostanziale "semplificazione" delle descrizioni. In particolare i codici 493.00 e 493.10 sono stati semplificati in asma estrinseco e asma intrinseco.
Si segnala che è stato aggiunto uno specifico codice per la descrizione del broncospasmo acuto (cod. 519.11 *Broncospasmo acuto*) in paziente non asmatico.

BRONCHITE E BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA
Per la corretta classificazione dei diversi quadri clinici di BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) o COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) sono previsti i seguenti codici della sottocategoria 491.2:

- cod. 491.20 *Bronchite cronica ostruttiva, senza esacerbazione;*
- cod. 491.21 *Bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta);*
- cod. 491.22 *Bronchite cronica ostruttiva con bronchite acuta.*

BRONCHITE

- acuta viene codificata con il cod. 466.0 *Bronchite acuta*,
- cronica semplice viene codificata con il cod. 491.0 *Bronchite cronica*,
- cronica semplice riacutizzata comporta l'indicazione:
  - DP: del cod. 466.0 *Bronchite acuta*
  - DS: del cod. 491.0 *Bronchite cronica semplice*.

EDEMA POLMONARE
L'edema polmonare acuto di origine polmonare si segnala con il cod. 518.4 *Edema polmonare acuto, non specificato.*

L'edema polmonare acuto

- da radiazioni è classificato alla sottocategoria cod. 508.0 *Manifestazioni polmonari acute da radiazioni*,
- quello da fumi e vapori si descrive con il cod. 506.1 *Edema polmonare acuto da fumi e vapori*.

L'edema polmonare cronico o l'edema polmonare non altrimenti specificato di origine non cardiaca è classificato alla categoria 514, congestione ed ipostasi polmonare. L'edema polmonare causato da sovraccarico congestizio secondario a fibrosi polmonare post-infiammatoria, a stenosi congenita della vena polmonare oppure a embolismo venoso polmonare non deve essere considerato di origine cardiogena e dovrà essere indicato:

- cod. 518.4 *Edema polmonare acuto, non specificato*, se in fase acuta, oppure
- cod. 514 *Congestione ed ipostasi polmonare*, qualora il quadro clinico sia cronico o non altrimenti specificato.

Edema polmonare acuto di origine cardiaca

- cod. 428.1 *Insufficienza del cuore sinistro(scompenso cardiaco sinistro)* indica la malattia cardiaca o l'insufficienza cardiaca o l'insufficienza ventricolare sinistra.

Edema acuto del polmone

- cod. 518.4 *Edema polmonare acuto, non specificato.*

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
Con l'introduzione dell'ICD-9-CM 2007, l'insufficienza respiratoria deve essere codificata con la quinta cifra del codice 518.8_.
Più correttamente con i seguenti codici:

- cod. 518.81 *Insufficienza respiratoria acuta;*
- cod. 518.83 *Insufficienza respiratoria cronica;*
- cod. 518.*84 Insufficienza respiratoria acuta e cronica (insufficienza respiratoria acuta su cronica).*

Nell'insufficienza respiratoria è implicita l'asma e varie forme di malattie polmonari croniche ostruttive è non previsto un codice aggiuntivo a meno che non siano presenti specifici criteri. Pertanto i codici 518.81 *Insufficienza respiratoria acuta*, 518.83 *Insufficienza respiratoria cronica*, 518.84 *Insufficienza respiratoria acuta e cronica* potranno essere indicati in

- DP solo se si è in presenza:
  a) di alterazioni documentate dei parametri emogasanalitici arteriosi:
     - PaO2 (inferiore a 60 mm Hg)
     - PaCO2
     - PH
     - bicarbonati;
  b) di documentazione inerente a interventi terapeutici eseguiti, con particolare considerazione alle terapie (ventilatorie/ossigenoterapia);
- DS vanno indicate le patologie che hanno determinato l'insufficienza respiratoria e/o le patologie concomitanti.

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

- ipossiemia arteriosa: PaO2 < 60 mmHg (8 kPa x 7,5) in associazione con almeno uno dei seguenti parametri alterati:
  - Ipercapnia arteriosa: PaCO2> 45 mmHg (6 kPa x 7,5);
  - Acidosi respiratoria: pH ≤ 7.35 (che equivale ad una [H+] ≥ 45 nmol/l) o normale;
  - Bicarbonati: HCO3 normali o elevati (> di 26 mEq)

L'ipossiemia pura isolata non è condizione sufficiente a giustificare l'utilizzo del cod. 518.81 *Insufficienza respiratoria acuta* a meno che:

- non si protragga per almeno 48 ore
- sia documentata attraverso i criteri per l'appropriato utilizzo del cod. 93.96 *Ossigenoterapia*.

Quando l'Insufficienza respiratoria acuta insorge a seguito di un intervento chirurgico e determina la necessità di un risveglio protetto con ventilazione meccanica assistita del paziente per almeno 12 ore dal termine dell'intervento, va codificata:

- DS: con il codice 518.5 *Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico.*

N.B.
Se l'ipossiemia isolata:
dura meno di 48 ore, da sola **non è sufficiente** a giustificare l'utilizzo dei codici:
- 518.81 *Insufficienza respiratoria acuta;*
- 518.84 *Insufficienza respiratoria acuta e cronica (insufficienza respiratoria acuta su cronica).*

Se dura più di 48 ore **è sufficiente** a giustificare l'utilizzo dei codici:
- 518.81 *Insufficienza respiratoria acuta*
- 518.84 *Insufficienza respiratoria acuta e cronica (insufficienza respiratoria acuta su cronica).*

I criteri per l'utilizzo dei codici 518.81 e 518.84 sono gli stessi sia che vengano utilizzati in DP che in DS.

TERAPIA VENTILATORIA INVASIVA

La terapia ventilatoria

- **non invasiva** è codificata alla categoria 93.9_ *Terapia respiratoria;*
- **invasiva** è codificata alla categoria 96.7_ *Altra ventilazione meccanica continua*.

Si danno di seguito alcuni criteri per l'appropriato utilizzo dei codici di riferimento per la terapia ventilatoria 93.9_ *Terapia respiratoria* a seconda della tipologia:

- non invasiva cod. 93.9_ *Terapia respiratoria;*
- invasiva cod. 96.7_ *Altra ventilazione meccanica continua.*

CODICE TERAPIA RESPIRATORIA NON INVASIVA	INDICAZIONI
cod. 93.90 *Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)*	PaO_2 < 60 mmHg, PaO_2/Fi O_2 <200 (edema polmonare, polmoniti gravi, etc)
cod. 93.90 *Respirazione a pressione positiva a due livelli (Bi-Level)*	$PaCO_2$ > 45 mmHg PH<= 7.35
cod. 93.91 *Respirazione a pressione positiva intermittente*	$PaCO_2$ > 45 mmHg PH<= 7.35
cod. 93.96 *Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)*	Ipossiemia isolata (PAO_2 < 60 mmHg) per almeno 48 ore, con emogasanalisi giornaliera e monitoraggio SaO_2 nelle 48 ore
cod. 93.99 Altre procedure respiratorie (polmone di acciaio)	$PaCO_2$ > 45 mmHg PH<= 7.35

CODICE TERAPIA RESPIRATORIA INVASIVA	INDICAZIONI
cod. 96.70 *Ventilazione meccanica continua di durata non specificata*	Non utilizzare codice in quanto durata non specificata
cod. 96.71 *Ventilazione meccanica continua >di 96 ore consecutive*	PaO_2 <40 mmHg PaO_2/Fi O_2 <200 PH <= 7.35 PaCO <= 60mmHg Fallimento o controindicazione alla ventilazione non invasiva
cod. 93.72 *Ventilazione meccanica continua < 96 ore consecutive o più*	PaO_2 <40 mmHg PaO_2/Fi O_2 <200 PH <= 7.35 $PaCO_2$ <= 60mmHg Fallimento o controindicazione alla ventilazione non invasiva

N.B.: Va posta attenzione alla durata della ventilazione meccanica, per il calcolo della quale vanno seguite le regole contenute nel manuale di classificazione.

PLEURITE

La pleurite è codificata alla categoria 511._ *Pleurite*.

Le pleuriti si distinguono per la presenza o meno di versamento pleurico:
Senza versamento pleurico:

- cod. 511.0 *Pleurite senza menzione di versamento o di tubercolosi attiva.*

Il **versamento pleurico** va codificato utilizzando i seguenti codici:

- cod. 511.1 *Pleurite con versamento e menzione di una causa batterica, esclusa la tubercolosi*.
- cod. 511.8 *Altre forme specificate di versamento pleurico*, eccetto il tubercolare 012.0".

Per descrivere il versamento pleurico maligno utilizzare il codice 197.2 *Tumori maligni secondari della pleura.*
Per quanto riguarda l'**emotorace** si distinguono i seguenti casi:

- di origine traumatica senza menzione di ferita aperta nel torace (cod.860.2 *Emotorace senza menzione di ferita aperta nel torace*),
- di origine traumatica con ferita aperta nel torace (cod. 860.5 *Pneumotorace con ferita aperta nel torace*),
- di origine non traumatica (cod. 511.8 *Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto tubercolare*).

POLMONITI

Per la corretta segnalazione delle diverse forme di polmonite occorre prestare particolare attenzione alle indicazioni riportate sull'ICD-9-CM in quanto, a seconda dell'agente etiologico coinvolto, sono previste 2 distinte modalità di codifica:

- Codifica con un codice unico,
- Codifica multipla nel caso di polmoniti in malattie infettive classificate altrove.

Codifica con un codice unico esempi:

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 *Polmonite pneumococcica,*
- cod. 482._ *Altre polmoniti batteriche,*
- cod. 482.0 *Polmonite da Klebsiella pneumonite,*
- 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.*

Nel caso non sia stato possibile identificare l'agente eziologico responsabile del quadro clinico:

- broncopolmonite non specificata: cod. 485 *Broncopolmonite, agente non specificato*
- polmonite non specificata: cod. 486 *Polmonite, agente non specificato*

Codifica con un codice multiplo: indicare

- DP: la malattia di base
- DS: la polmonite associata

Esempio:

Polmonite da Cytomegalovirus:

- DP: cod. 078.5 *Malattia citomegalica;*
- DS: cod. 484.1 *Polmonite da citomegalovirus.*

Polmonite da Candida:

- DP: cod. 112.4 *Candidosi;*
- DS: cod. 484.7 *Polmonite in altre micosi sistemiche.*

Sindrome influenzale complicata da polmonite si indica con il:

- cod. 487.0 *Influenza con polmonite,*

Polmonite infettiva contratta prima della nascitasi segnala con il:

- cod. 770.0*, Polmonite congenita*,

ad eccezione della **polmonite congenita rubeolica** che deve essere descritta con il:

- cod. 771.0, *Rosolia congenita*.

POLMONITI DA ASPIRAZIONE

La polmonite da aspirazione di solidi e liquidi viene descritta con i codici della categoria 507.
In particolare:

- quella da inalazione di cibo o vomito, si indica con il cod. 507.0 *Polmonite da inalazione di cibo o vomito*,
- quella da inalazione di oli ed essenze con il cod. 507.1 *Polmonite da inalazione di oli ed essenze*.

La polmonite da aspirazione postoperatoria (Sindrome di Mendelson) si descrive con il cod. 997.3 *Complicazioni respiratorie non classificate altrove*, mentre la Sindrome di Mendelson nel corso di travaglio e di parto si indica con il cod. 668.0_ *Complicazioni polmonari*.

La polmonite ab ingestis causata da microrganismi aspirati, deve essere considerata una forma infettiva e quindi segnalata con i codici compresi nelle categorie 480-483.
Nel caso poi in cui l'etiologia da aspirazione coesista con quella infettiva è necessario codificare entrambe le cause.

Il **versamento pleurico** di lieve entità può essere considerato parte integrante del quadro clinico di polmonite pertanto deve essere segnalato in DS solo nei casi in cui abbia richiesto nel corso della degenza uno specifico impegno diagnostico-terapeutico (ad esempio: cod. 34.91 *Toracentesi,* cod. 34.04 *Inserzione di drenaggio intercostale*, etc.) e non sulla base del semplice riscontro radiologico.

SINTOMI RELATIVI ALL'APPARATO RESPIRATORIO ED ALTRI SINTOMI TORACICI

Nella categoria 786 troviamo i sintomi relativi all'apparato respiratorio ed altri sintomi toracici. La dispnea e le altre anomalie respiratorie sono classificate mediante la quinta cifra del codice 786.0_.
Si tratta di sintomo generici da utilizzare raramente.

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P) SUL SISTEMA RESPIRATORIO

Il nuovo Sistema di Classificazione delle Malattie ICD-9-CM 2007 ha introdotto diverse novità relativamente all'utilizzo dei codici di intervento.
In particolare sono di nuova introduzione i codici: 32.23 - 32.24 – 32.25 - 32.26 e il codice 33.7_.

Chiusura della tracheostomia,

- DP: cod. V55.0 *Controllo di trachestomia;*
- I/P: cod. 31.72 C*hiusura di fistola esterna della trachea*.

Svezzamento di pazienti tracheostomizzati

- I/P: cod. V55.0 *Controllo di tracheostomia.*

Complicazioni della tracheotomia

- I/P: cod. 519.0_ *Complicazioni della tracheotomia*, con l'utilizzo della specifica quinta cifra.

Distruzione o escissione di lesione tracheale

- I/P: cod. 31.5 A*sportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea*.

Se contestualmente viene inserita una protesi tracheale, l'intervento va codificato con il codice 31.99 *Altri interventi sulla trachea*.

Asportazione di lesione bronchiale:

- I/P: codice da utilizzare negli spazi riservati agli interventi è il 32.01 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi*.

Se contestualmente viene inserita una protesi bronchiale, in aggiunta va utilizzato il nuovo cod. 33.79 *Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali.*

Laserterapia disostruttiva/fotodinamica su lesioni bronchiali utilizzare:

- I/P: cod. 32.01 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi* .

Disostruzione bronchiale con asportazione o demolizione
se la procedura è effettuata per via endoscopica:

- I/P: cod. 32.01 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi;*

in tutti gli altri casi:

- I/P: cod. 32.09 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dei bronch.i*

Ablazione lesione polmonare in radiofrequenza
utilizzare il codice di nuova introduzione:

- I/P: cod. 32.24 *Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare.*

CAPITOLO 9
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE
(520 – 579)

Questo nono capitolo del manuale ICD-9-CM comprende le categorie dalla 520 alla 579, così suddivise:

- Malattie della cavità orale, delle ghiandole salivari e delle mascelle: 520 – 529
- Malattie dell'esofago, stomaco e duodeno: 530 – 538
- Appendicite: 540 – 543
- Ernie della cavità addominale: 550 – 553
- Enteriti e coliti non infettive: 555 - 558
- Altre malattie dell'intestino e del peritoneo: 560 - 569
- Altre malattie dell'apparato digerente: 570 - 579

La versione ICD-9-CM 2007 introduce nuovi codici che riguardano soprattutto due categorie:

- la cat. 567, *Peritonite ed infezione retroperitoneale* (10 sottocodici a 4^ cifra) e
- la cat. 530, *Malattie dell'esofago* (10 sottocodici a 4^ cifra).

Sono stati inseriti, inoltre:

- il cod. 537.84 e il cod. 569.86 per la descrizione della *Lesione di Dieulafoy* rispettivamente dello stomaco e del duodeno e dell'intestino (trattasi di rara patologia gastrointestinale di origine vascolare responsabile di episodi emorragici massivi);
- il cod. 538 *Mucosite gastrointestinale (ulcerativa);*
- il cod. 277.03 che indica le manifestazioni gastrointestinali conseguenti a fibrosi cistica, analogamente ai problemi respiratori.

Complicanze da esofagostomia, enterostomia e colostomia:

- cod. 530.86 *Infezione dell'esofagostomia* (codice di nuova introduzione);
- cod. 530.87 *Complicazione meccanica dell'esofagostomia* (codice di nuova introduzione) ad es. mal funzionamento;
- cod. 569.60 *Complicazione non specificata da colostomia ed enterotomia;*
- cod. 569.61 *Infezione di colostomia ed enterotomia;*
- cod. 569.62 *Complicazioni meccaniche di colostomiia ed enterotomia;*
- cod. 569.69 *Altre complicazioni* (ad es. fistola, erniazione o prolasso);

Per i codici relativi alle infezioni (cod. 530.86 e 569.61) occorre indicare tra le altre diagnosi un codice aggiuntivo per la segnalazione dell'agente patogeno.

Emorragia gastro-intestinale

Nel caso di emorragia digestiva occorre indicare in DP la causa dell'emorragia, ad es.:

- cod. 531.0 *Ulcera gastrica acuta con emorragia;*
- cod. 535.01 *Gastrite acuta con emorragia;*
- cod. 562.13 *Diverticolite del colon con emorragia.*

Nel caso in cui, invece, l'origine della perdita ematica non sia stata individuata, si indicheranno in DP o in DS, in base ai diversi quadri clinici i seguenti codici:

- cod. 578.0 *Ematemesi*;
- cod. 578.1 *Melena e rettorragia*;
- cod. 569.3 *Emorragia del retto e dell'ano*;
- cod. 578.9 *Emorragia del tratto gastrointestinale non specificata*.

Esofagite ed ulcera esofagea

- cod. 530.12 *Esofagite acuta*;
- cod. 530.11 *Esofagite da reflusso*;
- cod. 947.2 *Ustione dell'esofago* ad es. in caso di ustione da ingestione di sostanze chimiche;
- cod. 530.85 *Esofago di Barrett*.

In caso di polipi adenomatosi dell'apparato digerente con displasia di grado severo, sia in presenza displasia grave su gastrite/ulcera gastrica, è da considerarsi corretto l'utilizzo di uno dei codici della categoria 230: *Carcinoma in situ degli organi digerenti.*

Ulcera peptica
La classificazione relativa all'ulcera peptica è in funzione della localizzazione:

- cod. 531 *Ulcera gastrica;*
- cod. 532 *Ulcera duodenale;*
- cod. 533 *Ulcera peptica;*
- cod. 534 *Ulcera gastrodigiunale.*

Per la corretta segnalazione della suddetta patologia è necessario utilizzare sempre un codice di sotto-classificazione, in cui la 4^ cifra indica se la lesione è in **fase acuta** (da 0 a 3) o **cronica** (da 4 a 7) e la 5^ segnala l'eventuale presenza di **complicanze** (emorragia, ostruzione e perforazione).
Le ulcere dello stomaco e del duodeno non presentano codici specifici per sede (ad esempio: antro, fundus, etc). Infine, l'utilizzo dei codici della categoria 533 dovrebbe essere limitato il più possibile data l'aspecificità della descrizione.

N.B. L'eventuale condizione di anemia secondaria ad emorragia segue le regole della diagnosi secondaria e quindi si codifica solo se ha comportato un trattamento per via parenterale (farmacologico e/o emotrafusione).

Ernie della cavità addominale (cod. 550 – 553)
Per la classificazione delle ernie occorre utilizzare un codice di sottoclassificazione, dove

- la 4^ cifra indica la complicazione ad es. ostruzione e/o gangrena
- la 5^ cifra indica la mono/bilateralità e la recidiva.

Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (cod. 555 – 558)
Per la descrizione del **Morbo di Crohn** è necessario indicare, a seconda della localizzazione, uno dei seguenti codici:

- cod. 555.0 *Enterite regionale dell'intestino tenue;*
- cod. 555.1 *Enterite regionale dell'intestino crasso;*
- cod. 555.2 *Enterite regionale dell'intestino tenue e crasso.*

In caso di interessamento prevalentemente anale o perianale con presenza di fistola:

- DS: cod. 565.1 *Fistola anale.*

Riacutizzazione o la cronicità dell'enterite regionale va codificata con i codici delle sotto-categorie 555._.

Per la descrizione dell'**entero/rettocolite** ulcerosa è necessario indicare, a seconda della localizzazione, uno dei seguenti codici:

- cod. 556.0 *Enterocolite ulcerosa (cronica);*
- cod. 556.1 *Ileocolite ulcerosa (cronica);*
- cod. 556.2 *Proctite ulcerosa (cronica);*
- cod. 556.3 *Proctosigmoidite ulcerosa (cronica);*
- cod. 556.5 *Colite ulcerosa localizzata al colon sinistro (cronica).*

Riacutizzazione o la cronicità della rettocolite ulcerosa va codificata con i codici delle sottocategorie 556._, con i quali si specifica la sede.

- cod. 556.6 *Pancolite ulcerosa.*

Come da indicazione ICD-9-CM 2007, la condizione di **megacolon tossico** non deve essere codificata con un altro codice costituendo una componente integrale della patologia principale.

Per la segnalazione delle forme di colite (infiammatoria cronica) non determinata utilizzare il codice aspecifico 556.9 *Colite ulcerosa non specificata.*

Peritonite ed altre infezioni retroperitoneali (cod. 560 – 569)
Come da indicazione ICD-9-CM 2007, sono stati introdotti i seguenti codici per la descrizione di alcuni specifici quadri clinici di peritonite e di infezione retroperitoneali:

- cod. 567.21 *Peritonite (acuta) generalizzata;*
- cod. 567.22 *Ascesso peritoneale;*
- cod. 567.23 *Peritonite batterica spontanea;*
- cod. 567.29 *Altre peritoniti suppurative;*
- cod. 567.31 *Ascesso del muscolo psoas;*
- cod. 567.39 *Altro ascesso retro peritoneale;*
- cod. 567.39 *Altra infezione retro peritoneale;*
- cod. 567.81 *Coleperitonite;*
- cod. 567.82 *Mesenterite sclerosante* (che include anche: la *Steatonecrosi peritoneale,* la *Fibrosi mesenterica sclerosante idiopatica*, la *Lipodistrofia mesenterica*, la *Panniculite mesenterica* e la *Mesenterite retrattile*);
- cod. 567.89 *Altre peritoniti specificate* (che include anche: la *Peritonite proliferativa cronica*, la *Saponificazione mesenterica* e la *Peritonite da urina*).

Calcolosi della colecisti
La categoria 574 *Colelitiasi* prevede una serie di codici che comprendono la calcolosi della colecisti o dei dotti biliari associato o meno alla colecistite; con la 5 cifra, inoltre, è possibile indicare la presenza o assenza di ostruzione, ad esempio:

- cod. 574.00 *Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, senza menzione di ostruzione*
- cod. 574.01 *Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, con ostruzione*

La sindrome post-colecistectomia è una condizione in cui sono presenti sintomi suggestivi di una patologia delle vie biliari, persistente o insorta a seguito di colecistectomia: tale sindrome si indica con il Cod. 576.0 *Sindrome postcolecistectomia.*
Eventuali **complicanze post-operatorie** devono, invece, essere descritte con i codici delle categorie 996-999.

Cirrosi epatica
I diversi quadri clinici di cirrosi epatica vengono descritti utilizzando uno dei seguenti codici :

- cod. 571.2 *Cirrosi epatica alcolica (cirrosi florida, cirrosi di Laennec*);
- cod. 571.5 *Cirrosi epatica senza menzione di alcool;*
- cod. 571.6 *Cirrosi biliare.*

In caso di **varici esofagee sanguinanti correlate alla cirrosi epatica** si indicherà:

- ➢ DP: cod. 571._ *Malattia epatica cronica e cirrosi;*
- DS: cod. 456.20 *Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove*.

In presenza della condizione di **cancro-cirrosi** si segnalerà:

- ➢ DP: cod. 155.0: *Neoplasia maligna del fegato;*
- DS: cod. 571._ *Malattia epatica cronica e cirrosi.*

Epatite
La classificazione ICD-9-CM 2007 distingue le epatiti di origine virale (codici della categoria 070, *Epatite virale*) rispetto alle altre forme di epatite (codici della categoria 571, *Malattia epatica cronica e cirrosi* quali, ad esempio, la *Epatite acuta alcolica* (cod. 571.1), oppure la *Epatite cronica persistente* (cod. 571.41).
La positività sierologica verso i virus epatici, evidenziata nel corso del ricovero ma che non impegna ulteriori risorse in termini di indagini diagnostiche e/o di laboratorio e/o di trattamento specifico, si segnala tra le DS come **condizione di positività** impiegando uno o più tra i codici della sottocategoria V02.6_

Insufficienza epatica
In assenza di un codice specifico, la insufficienza epatica si indica con il cod. 573.8: *Altri disturbi epatici specificati.* In caso di insufficienza epatica acuta dovuta, ad esempio, ad epatite acuta fulminante oppure a necrosi epatica, si segnalerà il cod. 570 *Necrosi acuta e subacuta del fegato.*

Steatosi epatica

- La steatosi epatica non alcolica si indica con il cod. 571.8 *Altra epatopatia cronica non alcolica;*
- La steatosi epatica di origine alcolica si indica con il cod.571.0 *Steatosi epatica alcolica.*

A tal riguardo, richiamando le regole della Diagnosi Secondaria, la segnalazione della steatosi epatica alcolica deve essere riportata solo se tale patologia ha influenzato il trattamento ricevuto e/o ha determinato un effettivo allungamento della degenza.

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P)

Chemioembolizzazione e alcolizzazione

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

- DP: il tumore o la metastasi trattata;
- I/P: i seguenti codici:
  - cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore;*
  - cod. 38.91 *Cateterismo arterioso;*
  - solo per quelle epatiche, il cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato.*

Tumore epatico mediante alcolizzazione (trattamento) va sempre indicato:

- DP: il tumore o la metastasi trattata;
- I/P : il cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato* **aggiungere** cod.99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

Stop-flow metodica

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

In tali casi indicare:

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

Termoablazione a radiofrequenza di tumore(tecnica R.I.T.A.)

In caso di ricovero per il trattamento di tumore mediante termoablazione con tecnica RITA a radiofrequenza indicare:

- DP: il tumore o la metastasi trattata;
- I/P: utilizzare i seguenti codici:
  a) Per la **Neoplasia epatica**: cod. 50.23 se *Ablazione aperta* o cod. 50.24 se *Ablazione percutanea* **aggiungere** il cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore;*
  b) Per la **Neoplasia pancreatica**: cod. 52.22 *Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico* **aggiungere** il cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore.*

Riparazione di rettocele con protesi

Vanno indicati i codici di correzione del rettocele unitamente al cod. 48.79 *Altra riparazione del retto*

Proctopessi addominale con protesi

- I/P: cod. 48.75 *Proctopessi addominale;*
- I/P: cod. 46.79 *Altra riparazione dell'intestino.*

Resezione di prolasso del retto per via transanale (intervento di S.T.A.R.R.)

- ♂ I/P: cod. 48.69 *Altra resezione del retto.*

Riparazione rettocele

- ♀ I/P: cod. 70.52 *Riparazione di rettocele.*

Reservoir rettale con J-pouch colica

- I/P: cod. 45.95 *Anastomosi dell'ano.*

Reservoir rettale con colonplastica trasversale (stritturoplastica colica)

- I/P: cod. 45.03 *Altra incisione dell'intestino crasso.*

Emorroidectomia secondo Longo (Procedure for Prolapse Haemorroids)

- I/P: cod. 49.49 *Altri interventi sulle emorroidi.*

N.B. La tecnica dovrà essere indicata nell'atto operatorio.

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon

- I/P: cod. 46.79 *Altra riparazione dell'intestino* e il codice 45.23 *Colonscopia con endoscopio flessibile.*

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto

- I/P: cod. 48.79 *Altra riparazione del retto* e il codice 48.23 *Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido.*

Impianto e revisione di protesi dello sfintere anale

Codificare:

- DP: cod. 787.6 *Incontinenza fecale.*
- I/P: cod. 49.75 *Impianto o revisione dello sfintere anale artificiale.*
- I/P: cod. 49.76 *Rimozione di sfintere anale artificiale,* qualora vi sia la necessità di rimuovere lo sfintere anale.

Impianto di diversione biliopancreatica (BPD)

Codificare:

- DP: cod. 278.0_*Obesità;*
- I/P: cod. 43.7 *Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale*;
- I/P: cod. 45.51 *Anastomosi intestinale tenue-tenue* ;
- I/P: cod. 51.22 *Colecistectomia* se eseguita.

Inserzione di protesi metallica esofagea

- IP: cod. 42.89 *Altra riparazione dell'esofago* associato al cod. 42.23 *Altra esofagoscopia*.

Inserzione di protesi metallica duodenale

- I/P: cod. 46.79 *Altra riparazione dell'intestino* associato al cod.45.13 *Altra endoscopia dell'intestino tenue.*

Plicatura endoscopica di ernia iatale

- I/P: cod. 44.66 *Altri interventi per la creazione di sfintere esofago gastrico* associato al cod. 44.13 *Altra gastroscopia*.

Funduplicatio con tecnica laparoscopica

- I/P: cod. 44.67 *Procedura laparoscopica per la creazione dello sfintere esofagogastrico.*

Video endoscopia diagnostica con capsula

- I/P: cod. 45.19 *Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue* per indicare le procedure diagnostiche eseguite sul tratto gastrointestinale (intestino tenue).

Microchirurgia endoscopica transanale (TEM)

Per descrivere la TEM, procedura adottata per l'asportazione di adenomi villosi del retto o di tumori del retto in stadio iniziale, utilizzare in:

- I/P: cod. 48.36 *Polipectomia (endoscopica) del retto.*

Trapianto di intestino isolato

- I/P: cod. 46.97 *Trapianto di intestino*; codificare anche il tipo di donatore (da 00.91 a 00.93).

Trapianto multiviscerale
Codificare:

- DP: la patologia di base
- I/P: cod. 46.97*Trapianto di intestino*; altre procedure: cod. 43.99*Altra gastrectomia totale*, cod. 52.83*Trapianto eterologo di pancreas*, cod. 50.59 *Altro trapianto di fegato*. Codificare anche il tipo di donatore (da 00.91 a 00.93).

Trapianto di fegato split

- I/P: cod. 50.59 *Altro trapianto di fegato* in associazione al cod. 51.39 *Altra anastomosi del dotto biliare.*

Ricovero per asportazione di fegato da donatore sano
Codificare:

- DP: cod. V59.6 *Donatori di fegato;*
- I/P: cod. 50.22 *Epatectomia parziale.*

Trattamento per l'obesità
Vedi capitolo 3.

CAPITOLO 10
MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO
(580 – 629)

Questo capitolo comprende le malattie dell'apparato genito-urinario così suddivise:

- NEFRITE, SINDROME NEFROSICA E NEFROSI: 580 - 589
- ALTRE PATOLOGIE DEL SISTEMA GENITO URINARIO: 590 - 599
- PATOLOGIE DEGLI ORGANI GENITALI MASCHILI: 600 - 608
- DISTURBI DELLA MAMMELLA: 610 - 611
- MALATTIE INFIAMMATORIE DEGLI ORGANI FEMMINILI: 614 - 616
- ALTRE MALATTIE DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE: 617 – 629

Insufficienza renale

L'Insufficienza renale va codificata come DP solo se a tale patologia è stata riservata la maggior quota assistenziale.

Se un paziente, ricoverato per altro motivo, presenta una condizione di insufficienza renale che richiede un trattamento (per esempio dialisi o emofiltrazione) o che comunque comporta un aggravio assistenziale che determina un prolungamento della degenza, l'Insufficienza renale deve essere indicata fra le DS utilizzando i codici specifici di:

- cod. 584._ *Insufficienza renale acuta,*
- cod. 585._ *Malattia renale cronica.*

da evitare l'uso del cod. 586: *Insufficienza renale non specificata*.

Per la ricerca dei codici attraverso l'indice alfabetico utilizzare il termine principale:

- ***defaillance*** per l'insufficienza renale acuta;
- ***malattie rene*** per l'insufficienza renale cronica.

Malattia renale cronica comprende la malattia renale allo stadio terminale utilizzare i codici 585._

In caso di riacutizzazione utilizzare:

- DP: cod. 584._ *Insufficienza renale acuta;*
- DS: cod. 585._ *Malattia renale cronica.*

I codici 585._ *Malattia renale cronica* vanno usati anche in caso di ricovero con intervento chirurgico specifico per il trattamento della patologia (*Inserzione di catetere, Allestimento di fistola arterovenosa (FAV), Formazione di shunt).*

Nefropatia ipertensiva o Malattia cronica ipertensiva

Per codificare la presenza di malattia cronica ipertensiva, intesa come compromissione renale in corso di ipertensione arteriosa con contemporaneo interessamento cardiaco, utilizzare i codici della categoria 403._ _ *Nefropatia ipertensiva cronica* e cod. 404._ _ *Cardionefropatia ipertensiva*.

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

L'assegnazione del codice corretto non può prescindere dall'attenta analisi della parte sistematica, dove oltre alla *Nefropatia ipertensiva cronica* (cod. categoria 403._ _) viene descritta anche la *Cardionefropatia ipertensiva* (categoria 404._ _).

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

Nefropatia diabetica o Malattia renale da diabete mellito

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

- DP: cod. 250.4_ *Diabete con complicazioni renali;*
- DS: i cod. aggiuntivi per descrivere il tipo di complicazioni rilevate, come per es. il cod. della categoria 581.8_ *Nefrosi diabetica* o cod. 583.8_ *Nefropatia diabetica*.

Glomerulonefrite acuta e Sindrome nefrosica

Per codificare:

- la *Glomerulonefrite acuta* si utilizzano i codici della categoria 580._;
- la *Sindrome nefrosica* si utilizzano i codici della categoria 581._;

la quarta cifra delle due categorie indica la descrizione istologica delle patologie.
Se la natura istologica non è conosciuta o non è descritta codificare con il cod. 580.9 *Glomerulonefrite acuta, con lesioni istologiche non specificate* e cod. 581.9 S*indrome nefrosica, con lesioni istologiche non specificate*.

Infezioni Urinarie

L'infezione urinaria deve essere codificata solo nei casi in cui la diagnosi sia stata confermata da un'urinocoltura positiva e sia stata trattata con terapia antibiotica mirata. Invece, la semplice **batteriuria asintomatica** deve essere codificata con il cod. 791.9 *Altri reperti non specifici dell'esame urina.*

Codici indicati per le seguenti patologie:

- cod. 595.0 *Cistite acuta*;
- cod. 599.0 *Infezione del sistema urinario, sito non specificato* (diagnosi generica da utilizzare in assenza di causa organica nota e localizzata); utilizzare un codice aggiuntivo per codificare eventuali microorganismi ad es. E. Coli (cod. 041.4);
- cod. 590.1_ *Pielonefrite acuta;*
- cod. 590.00 *Pielonefrite cronica, senza necrosi midollare* (codificare anche l'eventuale malformazione delle vie urinarie e l'eventuale reflusso ureterale associato).

Ematuria

- DP: il cod. 599.7 *Ematuria (benigna) (essenziale)* qualora non si identifichi attraverso indagini strumentali, al termine del ricovero, una specifica patologia che sostiene l'ematuria.

L'ematuria non dovrebbe essere considerata come una complicanza postoperatoria 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.**

Colica Renale

Per codificare la colica renale, in assenza di calcolosi documentata, utilizzare in:

- DP: cod. 788.0 *Colica renale.*

Per codificare la colica renale, in presenza di calcolosi documentata, indicare:

- DP: cod. 592._ *Calcolosi renale ed ureterale;*
- DS: *cod. 788.0 Colica renale*

Dialisi

La dialisi in corso di IRC (insufficienza renale cronica) è un trattamento ambulatoriale e i ricoveri dei pazienti dializzati sono per lo più determinati da complicanze della patologia di base (Insufficienza Renale Cronica) o del trattamento dialitico stesso.
Per tale motivo come DP del ricovero non è appropriata la codifica di Insufficienza Renale Cronica, ma va indicata:

- DP: la patologia che ha determinato il ricovero
- DS: la condizione di dializzato con i seguenti codici:
  - cod. V45.1 *Stato postchirurgico di dialisi renale* se non viene eseguito trattamento dialitico;
  - cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea;*
- I/P cod. 39.95 *Emodialisi*, se viene eseguita emodialisi;
  - cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi;*
- I/P cod. 54.98 *Dialisi peritoneale,* se viene eseguita dialisi peritoneale.

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P)

Accessi vascolari per emodialisi
Nel paziente che si sottopone al primo intervento di preparazione di Fistola Artero-Venosa (FAV) per l'emodialisi, porre:

- DP cod. 585._ *Malattia Renale Cronica*
- I/P cod. 39.27 *Arteriovenostomia per dialisi renale*.

Nel caso di utilizzo di stent per la costruzione di un accesso vascolare, aggiungere il cod. 39.90 *Inserzione di stent non medicato in vaso periferico.*

In caso di reintervento per complicanze correlate alla FAV preesistente, indicare:

- DP:
  - cod. 996.1 *Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti o innesti vascolari;*
  - **oppure** cod. 996.62 *Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti o innesti vascolari;*
- I/P:
  - cod. 39.27 *Arteriovenostomia per dialisi renale*;
  - **oppure** cod. 39.42 *Revisione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale.*

Come nel caso di primo intervento, l'utilizzo di stent per la costruzione di un accesso vascolare va segnalato con il codice aggiuntivo: cod. 39.90 *Inserzione di stent non medicato in vaso periferico.*

Se il paziente è già in trattamento dialitico, utilizzare come diagnosi secondaria il codice V45.1 S*tato post-chirurgico di dialisi renale* se non viene sottoposto a dialisi durante il ricovero, oppure il codice V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede emodialisi* se è sottoposto ad emodialisi durante il ricovero.

Impianto di catetere venoso per emodialisi

- DP: codifica della diagnosi principale seguire i criteri già indicati precedentemente.
- I/P: cod. 38.95 *Cateterismo venoso per dialisi renale*,

Se utilizzo di dispositivo totalmente impiantabile

- I/P: cod. 86.07 inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile.

Accesso per dialisi peritoneale

a) Posizionamento di catetere peritoneale per dialisi, segnalare:
   - DP: cod. 585._ *Malattia Renale Cronica;*
   - I/P: cod. 54.93 *Creazione di fistola cutaneoperitoneale*.

b) Complicanze relative al catetere peritoneale:
   - DP:
     - cod. 996.56 *Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale,*
     - o 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*,*
     - cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi se* effettua la dialisi peritoneale;
     - cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea* se viene eseguita emodialisi;
     - cod. V56.2 *Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi*.

c) Rimozione del catetere utilizzare i codici:
   - I/P: se procedura non operatoria: cod. 97.82 *Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale*
   - I/P: se procedura operatoria solo esplorativa: Cod. 54.95 *Incisione del peritoneo;*
   - I/P: se procedura operatoria con rimozione di catetere*: c*od. 97.82 *Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale con* cod. 54.95 *Incisione del peritoneo.*

Trapianto renale
In caso di trapianto renale utilizzare in:

- DP:
  - cod. 585._ *Malattia Renale Cronica* se il paziente non ha iniziato il trattamento dialitico;
  - **oppure:**

- cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea*,
- cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi* se il paziente ha iniziato il trattamento dialitico

- I/P: cod. 55.69 *Eterotrapianto di rene (indipendentemente da cadavere vivente*), descrivere in aggiunta il tipo di donatore con i codici di procedura da 00.91 a 00.93).

Complicanze del trapianto renale

- DP: cod. 996.81 *Complicazioni di trapianto di rene,*
- DS: codificare la patologia specifica.

Se invece la patologia che determina il ricovero è indipendente dal precedente trapianto (per esempio: appendicite acuta) segnalare lo stato di trapiantato solo come diagnosi secondaria il codice V42.0 *Rene sostituito da trapianto*.

Varicocele

Per l'intervento tradizionale di correzione di varicocele mediante legatura dei vasi spermatici indicare:

- DP: cod. 456.4 *Varicocele.*
- I/P: cod. 63.1 *Asportazione di varicocele*

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

- Cod. 63.1 *Asportazione di varicocele*;
- Cod. 39.92 *Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti*;
- Cod. 88.67 *Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate.*

Idrocele

- DP: utilizzare un cod. della categoria 603._ *Idrocele.*

In caso di chiusura del dotto peritoneo-vaginale associato o non ad eversione della tunica vaginale, utilizzare il cod. 61.2 - *Asportazione di idrocele (della tunica vaginale*) come intervento chirurgico principale.

Interventi sullo scroto

Nei casi di intervento sullo scroto per asportazione di lipomi, cisti, etc., codificare:

- DP: l'aspetto patologico
- I/P: cod. 61.3 *Asportazione o demolizione di parte del tessuti scrotale.*

Criptorchidismo

Per codificare il criptorchidismo indicare:

- DP: cod. 752.51 *Testicolo non disceso* oppure cod. 752.52 *Testicolo retrattile;*
- DS: cod. di *Ernia inguinale* (categoria 550._) e l'eventuale procedura di erniotomia solo quando l'ernia è clinicamente evidente e trattata;
- I/P: cod. 62.5 *Orchiopessi.*

Fimosi

La fimosi deve essere codificata utilizzando:

- DP: cod. 60.5 *Prepuzio esuberante e fimosi*;
- I/P: cod. 64.0 *Circoncisione.*

Da evitare l'utilizzo del cod. 64.91 *Plastiche di slittamento del prepuzio*, che individua l'esecuzione di una diversa specifica procedura.

N.B: L'intervento cod. 64.0 *Circoncisione* è inserito nel Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale Regionale; per l'esecuzione di detto intervento in regime di ricovero diurno vedasi quanto riportato nell'allegato "B" della DGRV n. 916 del 28 marzo 2006 "*Ricoveri diurni per l'erogazione di prestazioni/procedure ambulatoriali a scopo diagnostico o terapeutico connesse a peculiari situazioni cliniche del paziente quali età pediatrica e/o disabilità, con necessità di anestesia generale/sedazione profonda cod. 99.26".*

Correzioni di anomalie apparato genitale maschile

In caso di anomalie del pene indicare:

- DP:
  a. il cod. 752.63 *Curva anomala e congenita del pene,*
  b. **oppure** il cod. 098.2 *Infezione gonococcica cronica dell'app. urinario inferiore,*
  c. **oppure** il cod. 607.85 *Malattia di Peyronie (induratio penis),*
- I/P: cod. 64.93 *Liberazione di sinechie peniene.*

Condilomi dell'uretra

♂ Per l'asportazione di Condilomi acuminati dell'uretra o dal tessuto periuretrale indicare:

- DP: cod. 078._ se di origine virale o cod. 090._ se di origine infettiva;
- I/P:
  a. cod. 58.31 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra,*
  b. **oppure** il cod. 58.39 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra* che contempla anche l'eventuale uretrectomia.
  c.

♀ Per l'asportazione di Condilomi acuminati della cervice uterina o della vagina indicare:

- DP: i codici della categoria 616._ *Malattia infiammatoria della cervice, della vagina e della vulva;*
- DS: cod. 078.1 *Condiloma acuminato* ;
- In I/P il:
  a. cod. 67.3_ *Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice;*
  b. **oppure** il cod. 70.3_ *Asportazione di lesione locale della vagina;*
  c. **oppure** il cod. 71.3 *Altra asportazione di lesione locale dalla vulva*.

Ipertrofia prostatica

Va utilizzato:

- DP: cod. 600._ *Iperplasia della prostata.*

N.B. Non deve essere utilizzato il cod. 222.2 *Tumori benigni degli organi genitali maschili – prostata.*

Per la codifica dell'intervento chirurgico va utilizzato:

- I/P: cod. 60.29 R*esezione transuretrale della prostata* (TURP).

Incontinenza urinaria

Per l'incontinenza urinaria da sforzo indicare:

- in DP:
  a. se ♀ il codice 625.6 *Incontinenza urinaria da sforzo nella donna*,
  b. se ♂ il codice 788.32 *Incontineneza da stress nel maschio*,
- in I/P per la correzione dell'incontinenza urinaria:
  - **a cielo aperto:**
    a. il cod. 59.3 *Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria*,
    b. **oppure** il cod. 59.4 *Sospensione uretrale sovrapubica con sling*,
    c. **oppure** il cod. 59.5 *Sospensione uretrale retropubica (Marshall)*,
    d. **oppure** il cod. 59.6 *Colposospensione parauretrale,*
  - **per via endoscopica:**
    a. il cod. 59.72 *Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale* in caso di intervento con tecnica di iniezione di collagene.

Reflusso vescico-ureterale

Per il reflusso vescico-ureterale indicare:

- DP: cod. 593.7_ *Reflusso vescico-ureterale*
- I/P: per la correzione del reflusso vescico-ureterale:
  - **a cielo aperto:** cod. 56.74 *Uretero-neocistostomia diretta, con plastica antireflusso o con flap vescicale,*
  - **per via endoscopica:** cod. 56.99 *Altri interventi sull'uretere*

Stenosi uretrale
In caso di stenosi uretrale con inserimento di protesi indicare:

- DP: cod. 598._ *Stenosi uretrale;*
- DS: *l' Incontinenza urinaria* (cod. 625.6 nella donna, cod. 788.3_) o la *Ritenzione urinaria* (cod. 788.2 _);
- I/P: cod. 58.6 *Dilatazione uretrale*.

Impianto di pace-maker neurale o elettrostimolatore neuro-urologico

Test di elettro-stimolazione percutanea di un nervo sacrale (PNE)

- DP: cod. 356.8 *Altre specificate neuropatie periferiche idiopatiche*
- DS: se ♂ cod. 788.32 *Incontinenza urinaria da sforzo nel maschio*;
- DS: se ♀ cod. 625.6 *Incontinenza urinaria da sforzo nella donna,*
  - **oppure** il cod.597.81 *Sindrome uretrale SAI,*
  - **oppure** il cod.788.0 *Dolore del sistema urinario,*
  - **oppure** il cod.788.20 *Ritenzione urinaria,*
  - **oppure** il cod.788.9 *Dolore vescicale,*
  - **oppure** altre patologie concomitanti o complicanze della malattia principale.
- I/P cod. 04.19 *Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli.*

Collocazione di impianto definitivo di elettrodo/i di neurostimolatore spinale indicare:

- DP: la malattia di base
- I/P: i cod. da 86.94 a 86.98: *Inserzione del generatore di impulsi **associato** con il cod. 03.93 Impianto definitivo o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.*

Impianto di protesi sfinteriali uretrali

- I/P: cod. 58.93 *Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali.*

Deinfibulazione

- DP: cod. 624.4 *Pregressa lacerazione o cicatrice vulvare,*
- DS: cod. V50.8 *Altro intervento chirurgico senza ragioni mediche,*
- I/P: l cod. 71.01 *Lisi di aderenze vulvari* **associato** al cod. 71.09 *Altra incisione della vulva e del perineo.*

Prelievo preventivo di ovociti o spermatidi
In caso di prelievo preventivo di ovociti o spermatidi al fine di una eventuale successiva fecondazione assistita, in paziente che necessita di trattamento radio-chemioterapico (fatte salve diverse indicazioni del setting assistenziale individuato) indicare:

- DP: i cod. di anamnesi della patologia presente (codici V)

a. I/P: se ♂ cod. 62.91 *Aspirazione del testicolo*
b. I/P: se ♀ cod. 65.91 *Aspirazione dell'ovaio.*

CAPITOLO 11
COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO (630 – 677)

Questo capitolo comprende le malattie dell'apparato genito-urinario femminile così suddivise:

- GRAVIDANZA E MOLA VESCICOLARE: 630 - 633
- ALTRE GRAVIDANZE CON ESITO ABORTIVO: 634 - 639
- COMPLICAZIONI PRINCIPALMENTE CORRELATE ALLA GRAVIDANZA: 640 - 649
- PARTO NORMALE E ALTRE INDICAZIONI PER RICOVERO IN GRAVIDANZA, TRAVAGLIO E PARTO: 650 – 659
- COMPLICAZIONI CHE AVVENGONO PRINCIPALMENTE NEL CORSO DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO: 660 - 669
- COMPLICAZIONI DEL PUERPERIO: 670 – 677

I codici di questo capitolo descrivono condizioni o complicazioni della madre, pertanto non devono essere utilizzati per codificare la scheda nosologica del neonato.
Quando una paziente è ricoverata a causa di una condizione che complica la gravidanza, oppure consegue a quest'ultima, il codice relativo alla complicazione ostetrica deve essere selezionato come diagnosi principale.

La classificazione a livello della quinta cifra deve essere usata per le categorie 640-649 per connotare l'attuale ricovero rispetto al ricovero in cui avviene il parto.

Le **categorie da 630 a 633** descrivono **gravidanze ectopiche e molari**; come indicato nella nota iniziale, qualsiasi complicazione deve essere descritta con un codice aggiuntivo appartenente alla categoria 639._ *Complicazioni successive ad aborto e gravidanze ectopiche e molari.*

Le **categorie da 634 a 639** descrivono **complicazioni successive ad aborto**, utilizzando:

- la quarta cifra per indicare la presenza o meno di complicazione avvenuta nel corso di ricovero per aborto;
- la quinta cifra per identificare l'aborto non specificato se completo o incompleto, incompleto o completo.

Nel caso in cui si manifesti una **complicazione non descritta**, come emorragia o infezione, può essere aggiunto un codice della categoria 639._ *Complicazioni successive ad aborto e gravidanze ectopiche e molari.*

Complicazione trattata con ricovero successivo all'evento abortivo o parto

- DP: cod. 639._ *Complicazioni successive all'aborto o alla gravidanza ectopica e molari.*

Le **categorie da 640 a 649 descrivono:**
Minaccia di aborto,

- DP: cod. 640.0_ *Minaccia di aborto* se prima della 22 ª settimana di gestazione.

Minaccia di parto prematuro fra la 22 ª e la 37ª settimana di gestazione

- DP: cod. 644.0_ *Minaccia di travaglio prematuro.*

Minaccia di parto prematuro se dopo la 37 ª settimana

- DP: cod. 644.1_ *Altra minaccia di travaglio.*

La quinta cifra sarà solo indicativa di eventuali condizioni morbose dell'antepartum.

Manifestazioni Infettive in gravidanza, parto o puerperio:
Per le patologie infettive si rimanda alle indicazioni dell'elenco sistematico alla categoria 647._ _.
Se la paziente è HIV sieropositiva asintomatica:

- DP: va il cod. 647.8_ *Altre malattie infettive e parassitarie*
- DS: cod. V08 *Stato infettivo HIV asintomatico*

Se la paziente presenta la Sindrome da immunodeficienza acquisita:

- DP: cod. 647.6_ *Altre malattie virali*
- DS: cod. 042 *Infezione da virus HIV sintomatica*

Il ***Parto normale (***codice 650) in donne che non presentano nessuna complicazione legata o meno alla gravidanza, come indicato nella nota esplicativa posta sotto al codice: "Parto spontaneo, cefalico, vaginale, a termine, di feto singolo e vitale che richiede poca o nessuna assistenza con o senza episiotomia, senza intervento manuale sul feto (es. rotazione) o strumentale (es. forcipe). Questo codice va usato come diagnosi singola e **non deve essere usato insieme ad alcun altro codice dell'intervallo 630 -676**. **Utilizzare un codice aggiuntivo per indicare l'esito del parto (V27.0)**
Da tenere presente che per le categorie 640-649, 651-659, 660-669, 670-676 la **quinta cifra** deve essere impiegata per connotare l'attuale ricovero rispetto a quello in cui avviene il parto; lo zero, che indica un *episodio di cura non specificato*, non andrebbe mai utilizzato.

Le **condizioni o le complicazioni del parto** (651-659) che devono essere riportate in DP o come DS se presenti più di una.

Alle categorie :

- cod. 652._ _ *Posizione e presentazione anomale del feto*,
- cod. 653._ _ *Sproporzione,*
- cod. 654._ _ *Anomalie degli organi e dei tessuti molli della pelvi*,

va applicata la nota "**Codificare per prima eventuali complicazioni associate con ostacolo del travaglio",** che rimanda ai codici 660._ _ *Travaglio ostacolato*.

Le categorie dal 660 al 669
I codici dal 660._ _ *Travaglio ostacolato* al 669._ _ *Altre complicazioni del travaglio e del parto, non altrimenti classificate* e pertanto vanno limitati ai soli casi nei quali non vi è una categoria più specifica; in caso di utilizzo di questi codici elencare tra le DS le patologie che giustificano l'indicazione chirurgica o altre applicazioni.
Esempio:

- cod. V23. _ *Gravidanza ad alto rischio* ,
- cod. 345. _ _ *Epilessie e crisi ricorrenti*,
- cod. 362._ _ *Retinopatie*.

Per altre condizioni morbose in atto della madre, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio (anemia, diabete mellito, psicosi, malattie cardiovascolari, ecc.) fare riferimento ai codici della categoria 648 *Altre condizioni morbose in atto della madre classificate altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio*, utilizzando codici addizionali per specificare le manifestazioni.

Riscontro casuale di gravidanza in una donna ricoveratasi per altri motivi

- DS: cod. V22.2 *Reperto accidentale di gravidanza*.

Paziente partoriente fuori dalla struttura ospedaliera con necessità di ricovero per trattamenti successivi al parto senza complicazioni

- DP: cod. V24.0 *Cure ed esami postpartum subito dopo il parto (*non va riportato il cod. V27._ *Esito del parto,* in quanto occorso fuori dalla struttura Ospedaliera)

Si ricorda che **tutti i parti**, anche se non operativi, devono essere riportati e specificamente codificati nel campo relativo all'intervento chirurgico principale .
La codifica del **parto indolore** mediante anestesia peridurale viene descritta in I/P dal cod. 03.91 *Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia e* con il cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative.*
Il prelievo di cellule staminali da cordone ombelicale non va codificato nella scheda di dimissione ospedaliera.

Interruzione volontaria di gravidanza
In caso di raschiamento per interruzione di gravidanza indotta legalmente va utilizzato:

- DP: un cod. della categoria 635._ _ *Aborto indotto legalmente*, dove la quarta cifra identifica eventuali complicazioni e la quinta cifra consente di specificare se l'aborto indotto legalmente è completo o incompleto;
- I/P: cod. 69.01 *Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza.*

Interruzione volontaria farmacologica di gravidanza (RU 486)

- DP: cod. 635._ _ *aborto indotto legalmente;*
- I/P: cod. 99.24 *Iniezione di altri ormoni* per la prima ed eventuale seconda somministrazione per os;
- I/P: cod. 96.49 *Altra instillazione genitourinaria* qualora venga effettuata una seconda somministrazione per via vaginale oltre al cod. 99.24.

Aborto spontaneo

In caso di raschiamento a seguito di aborto spontaneo va utilizzato:

- DP: un cod. della categoria 634._ *Aborto spontaneo*, dove la quarta cifra identifica eventuali complicazioni e la quinta cifra consente di specificare se l'aborto è completo o incompleto;
- I/P: cod. 69.02 *Dilatazione o raschiamento a seguito di parto o aborto.*

Aborto ritenuto

In caso di raschiamento a seguito di aborto con ritenzione del prodotto del concepimento va utilizzato:

- DP: cod. 632 *Aborto ritenuto;*
- I/P: cod. 69.02 *Dilatazione o raschiamento a seguito di parto o aborto.*

Aborto terapeutico mediante isterotomia

- I/P: cod. 74.91 *Isterotomia per interruzione di gravidanza*.

Gravidanza tubarica

Il ricovero di una paziente con gravidanza tubarica, nel corso del quale venga eseguito un intervento laparoscopico di salpingotomia con rimozione del prodotto del concepimento, lasciando la tuba in sede, va descritto ponendo:

- DP: cod. 633.1_ *Gravidanza tubarica;*
- I/P: cod. 66.01 *Salpingotomia;*
- I/P: cod. 54.21 *Laparoscopia*.

L'eventuale esecuzione di una salpingoplastica si descrive con il:

- I/P: cod. 66.79 *Salpingoplastica*.

In caso di prelievo preventivo di ovociti o spermatidi al fine di una eventuale successiva fecondazione assistita, in paziente che necessita di trattamento radio-chemioterapico, fatte salve diverse indicazioni del setting assistenziale, vanno utilizzati:

- DP: i codici V di anamnesi della patologia presente;
- I/P: se ♂ cod. 62.91 *Aspirazione del testicolo*
- I/P: se ♀ cod. 65.91 *Aspirazione dell'ovaio.*

CAPITOLO 12
MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (680 – 709)

Questo dodicesimo capitolo del manuale ICD-9-CM comprende le categorie dalla 680 alla 709, le principali sono:

- Infezioni della cute e del tessuto sottocutaneo (680 – 686)
- Altre manifestazioni infiammatorie della cute e del tessuto sottocutaneo (690 – 698)
- Ulcerazione cronica della cute (707)

La versione ICD-9-CM 2007 ha inserito 12 codici nuovi, di questi 9 si riferiscono alla sottocat. 707.0 *Ulcerazione da decubito* definendo le diverse sedi in cui è presente la lesione (ad esempio, 707.07, ulcerazione da decubito del tallone). I rimanenti 3 sono: 692.84 *Dermatite da contatto con forfora animale (cane e gatto)*, 705.21 *Iperidrosi focale primaria*, 705.22 *Iperidrosi focale secondaria*. Sempre inerente alla iperidrosi, il cod. 780.8 *Iperidrosi generalizzata* rappresenta l'unico codice che ha subito una modifica della descrizione.

Cellulite

La cellulite intesa come infezione acuta e diffusa della cute e dei tessuti molli, in genere causata da un'abrasione, una puntura o lesione di continuo, deve essere descritta, impiegando i codici a 5 caratteri (la 4 ª cifra specifica la sede) delle categorie sotto riportate:

- ➢ DP:
  - cod. 681 *Flemmone e ascesso delle dita delle mani e delle dita dei piedi*
  - cod. 682 *Altri flemmoni o ascessi*
- DS: è necessario indicare un **codice aggiuntivo per l'agente patogeno responsabile dell'infezione**.

Qualora la **cellulite** rappresenti una complicanza precoce o tardiva **post-chirurgica**, oppure successiva a terapia endovenosa, indicare:

- ➢ DP: l'infezione post-operatoria;
- DS: la cellulite assieme al codice aggiuntivo che identifica l'agente patogeno.

Dermatiti iatrogene

Per indicare le dermatiti causate da farmaci ad uso topico, si deve utilizzare:

- cod. 692.3 *Dermatite da contatto con farmaci e medicamenti o presidi per uso topico.*
- cod. 693.0 *Dermatite da farmaci e medicamenti o presidi per via sistemica*, in caso di sostanze appropriate e correttamente somministrate (reazione allergica o effetto indesiderato in genere).

Dermatite per una sostanza somministrata in modo non congruo

- ➢ DP: uno dei codici afferenti al blocco 960-979, avvelenamento da farmaci, medicamenti e prodotti biologici;
- DS: si segnalerà l'effetto nocivo ossia la dermatite (tossicità o avvelenamento).

Orticaria

Per indicare le diverse varianti cliniche di orticaria occorre utilizzare uno dei codici afferenti alla **categoria 708_**. Per la porpora allergica vedi Capitolo 4.

Patologie non oncologiche della mammella

Le malattie ed i disturbi di natura non neoplastica della ghiandola mammaria vengono descritti dai codici del blocco

(610-611), disturbi della mammella.

- cod. 610 *Displasia benigna della mammella*
- cod. 610.1 *Mastopatia cistica diffusa*

I codici della cat. 611 descrivono la malattia infiammatoria del seno (611.0) compresa la mastite acuta/subacuta e gli altri disturbi del seno.

Psoriasi
Per la descrizione della malattia psoriasica sono previsti i seguenti specifici codici:

- cod. 696.0 *Artropatia psoriasica;*
- cod. 696.1 *Altre psoriasi.*

Ulcere da decubito
A seguito dell'aggiornamento della sottocategoria relativa all'ulcerazione da decubito, il cod. 707.0_ *Ulcerazione da decubito* deve essere necessariamente utilizzato con la quinta cifra.
In caso di ricovero finalizzato al trattamento chirurgico dell'ulcera da decubito di un paziente immobilizzato in conseguenza, ad esempio, di un accidente cerebrovascolare, in DP andrà riportata l'ulcera da decubito cod. 707.0_ *Ulcerazione da decubito* e non l'emiplegia o la patologia vascolare.

Metastasi cutanea di neoplasia a partenza non nota
In accordo alle regole generali di codifica delle neoplasie, in caso di ricovero finalizzato prevalentemente alla diagnosi e al trattamento di una metastasi cutanea, questa va segnalata:

- DP: cod.198.2 *Tumori maligni secondari della cute*.

Quando la neoplasia primitiva sia stata asportata nel corso di un precedente ricovero deve essere segnalata utilizzando un codice della categoria V10._ .
Se la neoplasia primitiva è a sede sconosciuta e pertanto il trattamento è rivolto solo alla metastasi utilizzare :

- DS: cod. 199.1 *Altri tumori maligni senza indicazione della sede*.

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P)

E' importante sottolineare come le categorie 86 (Interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo) **escludono** le procedure effettuate sulla cute e sottocute nelle sedi seguenti:

- 08.01 - 08.99 Palpebra e sopracciglia
- 18.01 - 18.9 Orecchio
- 21.00 - 21.99 Naso
- 27.0 - 27.99 Labbra
- 49.01 - 49.99 Ano
- 61.0 - 61.99 Scroto
- 64.0 - 64.99 Pene
- 71.01 - 71.09 Perineo femminile e vulva
- 85.0 - 85.99 Mammella

Gli interventi chirurgici devono essere codificati ricorrendo ai codici specifici per sede, tipo ed estensione dell'intervento.
I codici:

- cod. 86.3 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo.*
- cod. 86.4 *Asportazione radicale di lesione della cute;*

sono da utilizzare in mancanza dei codici specifici per sede.

Il cod. 86.4 *Asportazione radicale di lesione della cute* deve essere utilizzato esclusivamente nei casi in cui venga eseguita **l'asportazione larga di una lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti** . E' opportuno codificare anche l'eventuale resezione linfonodale (cod. 40.3 – cod. 40.5). Tali casi si verificano prevalentemente con patologie neoplastiche (melanomi, epiteliomi estesi) o in presenza di cheloidi molto estesi.

In caso di patologie benigne, quali, ad esempio, nevi o fibromi che **non richiedano asportazioni estese e profonde**, va utilizzato il cod. 86.3 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo*.

- Il cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione,* comprende la rimozione per mezzo di asportazione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa di tessuto necrotico.

- Il cod. 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione*, comprende rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante brushing, irrigazione sotto pressione, washing o scrubbing.

Asportazione di neoformazione cutanea con tecnica di Mohs

- DP: codice patologia;
- I/P: cod. 86.24 *Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs*,(solo per i distretti cutanei che sono inclusi nella categoria 86._ _).

Autoinnesto di gel piastrinico per il trattamento delle ulcere

Utilizzare il cod. 86.69 *Altro innesto di cute su altre sedi* unitamente al cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione* o al cod. 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione* a seconda che venga o meno effettuata la toilette chirurgica dell'ulcera.

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. se l'intervento ricostruttivo prevede l'impianto di protesi indicare:
   - DP: cod. V52.4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario*;
2. se l'intervento ricostruttivo non prevede l'impianto di protesi (ad esempio ricostruzione del capezzolo) indicare:
   - DP: cod. V51 *Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica*.
3. In entrambi i casi va riportato in DS il codice V10.3 "Anamnesi personale di tumore maligno della mammella".
4. In I/P riportare il codice corrispondente all'intervento chirurgico effettuato.

Linfonodo sentinella

Se nel ricovero finalizzato alla rimozione del tumore viene asportato il Linfonodo sentinella, si utilizzino

- I/P i codici della categoria 40.2_ *Asportazione semplice di strutture linfatiche* e, se eseguita, il codice che descrive la linfografia (cod. 88.34 *linfografia arto superiore*, cod. 88.36 *linfografia arto inferiore*).

Qualora il linfonodo risultasse positivo, fra le DS aggiungere il codice di metastasi linfonodale (categoria 196 Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi).

Asportazione del solo Linfonodo sentinella se negativo

- DP: il codice di anamnesi della neoplasia primitiva precedentemente asportata V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno;*
- I/P: cod. 40._ _ *Interventi sul sistema linfatico*.

Asportazione del solo Linfonodo sentinella se positivo

- DP: il codice che descrive la metastasi (categoria 196 Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi);
- DS: il codice di anamnesi della neoplasia primitiva precedentemente asportata;
- I/P: cod. 40._ _ *Interventi sul sistema linfatico*.

CAPITOLO 13
MALATTIE OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO (710- 739)

Il capitolo raggruppa le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, con esclusione delle patologie neoplastiche, infettive e traumatiche, trattate nei rispettivi capitoli.
Le varie patologie sono divise in 4 blocchi:

- ARTROPATIE (710 – 719)
- DORSOPATIE (720 – 724)
- REUMATISMO (725 – 729)
- OSTEOPATIE, CONDROPATIE E DEFORMITA' ACQUISITE (730 – 739)

ARTROPATIE E DISTURBI CORRELATI (710 – 719)

Il blocco comprende, oltre alle malattie diffuse del connettivo, patologie di diversa origine (infettive, infiammatorie, degenerative, associate a malattie sistemiche) e sintomi articolari (versamento articolare, dolore articolare, ecc.), con categoria apposita per le lesioni dell'articolazione del ginocchio.

Malattie diffuse del Connettivo 710

Include le malattie diffuse del connettivo i cui effetti generalmente non sono confinati al singolo sistema es. LES, Dermatomiosite.

Artropatie da agenti infettivi 711

Nell'Artrite da piogeni*:*

- DP: cod. 711.0 _ *Artrite;*
- DS: il microrganismo infettante cod. 041.0_ - 041.8_.

Nell'artrite associata ad altre patologie infettive:

- DP: invece va codificata prima la malattia di base;
- DS: l'artrite cod. 711.1_ – 711.8 _, con alcune eccezioni precisate dal manuale e riportate nel capitolo delle malattie infettive (es. artrite da salmonella, gonococcica.).

Nell'Artrite infettiva non specificata:

- DP: cod. 711.9 _ *Artrite infettiva non specificata*.

Artropatia associata ad altri disturbi classificati altrove 713

- DP: la malattia di base.

Artrite reumatoide ed altre poliartropatie infiammatorie 714

Artrosi 715

Include sinonimi come osteoartrosi, poliartrosi, artrite o poliartrite degenerativa o ipertrofica. Distinta in generalizzata o localizzata, primaria o secondaria. Esclusa artrosi della colonna, compresa nelle dorsopatie (cat. 721).

Altre artropatie non specificate 716

- cod. 716.1_ *Artropatia traumatica;*
- cod. 716.2_ *Artrite allergica;*
- cod. 716.3 _ *Artrite* post-climaterica.

Lesioni interne del ginocchio 717

La categoria **include le lesioni inveterate** (degenerazione, rottura, strappo) dell'articolazione del ginocchio nelle sue varie componenti (cartilagine articolare, menischi, legamenti, rotula), mentre sono escluse le lesioni traumatiche acute (836.0 – 836.6), le anchilosi (718.5 _), le contratture (718.4 _), le deformità acquisite (736.4 – 736.6).

DORSOPATIE (720 – 724)

Il blocco raccoglie varie patologie/sintomi di diversa eziologia che interessano la colonna vertebrale, escluse le deviazioni della colonna (cat. 737) e l'osteocondrosi della colonna vertebrale (cat.732).

Discite

a) se spontanea indicare:

- DP: cod. 722.9_ *Altre e non specificate patologie del disco*, (la quinta cifra identifica la sede);
- DS: se presente infezione cod. 041._ _ *Infezioni batteriche in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata.*

b) se TBC della colonna vertebrale indicare:

- DP: cod. 015.0_ *Tubercolosi della colonna vertebrale;*
- DS: cod. 722.9_ Altre e non specificate patologie del disco.

c) se post-operatoria indicare:

- DP: cod. 998.59 *Altra infezione post-operatoria*;
- DS: cod. 722.9_ *Altre e non specificate patologie del disco.*

Lombalgia - Sciatalgia

Se la lombalgia e/o la sciatalgia sono causate da ernia del disco si codifica cod. 722.10 *Ernia del disco intervertebrale lombare senza mielopatia* (compresa compressione radicolare da ernia discale lombare).
Se la lombalgia e/o la sciatalgia non sono correlate a patologia del disco usare il cod. 724.2 *Lombalgia*, cod. 724.3 S*ciatalgia, cod.* 724.5 *Dorsalgia*.

REUMATISMO, ESCLUSE LE FORME DORSALI (725 – 729)

Il blocco comprende numerose e diffuse patologie/sintomi dei tessuti molli dell'apparato osteomuscolare (muscoli, tendini, inserzioni muscolari, membrane sinoviali, borse, rotture non traumatiche di m. sinoviali e tendini).

Patologie del muscolo

Sindrome ipocinetica

- cod. 728.2 *Atrofia muscolare da inattività non classificata altrove* senza ulteriori complicanze.

Sindrome da immobilizzazione:

- cod. 728.3 *Altri specifici disturbi muscolari*.

Debolezza muscolare

- cod. 728.87*Debolezza muscolare (generalizzata).*

OSTEOPATIE, CONDROPATIE e DEFORMITA' ACQUISITE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE (730-739)

Osteomielite (730)

La codifica dell'osteomielite, in forma acuta (730.00-730.09) o cronica (730.10-730.19), va distinta per sede e richiede se possibile un codice aggiuntivo specificante l'eziologia.
Una possibile evoluzione dell'osteomielite è la pseudoartrosi ossea che viene indicata con il cod. 733.82 *Mancata saldatura di frattura***.** La codifica in DP o in DS di questa patologia deve seguire la regola generale di codifica della DP e della DS e dipende dalla evidenza di trattamento chirurgico della pseudoartrosi nello specifico episodio di ricovero.

Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove (731)

- cod. 731.0 *Malattia delle ossa di Paget.*

Osteocondropatie (732)

- cod. 732.0 - 732.6 *Osteocondrosi giovanile*
- cod. 732.7 *Osteocondrite dissecante*

Altri disturbi delle ossa e delle cartilagini (733)

- cod. 733.0_ *Osteoporosi;*
- cod. 733.19 *Fratture patologiche*.

Codici utilizzati in DP solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura, indicando in diagnosi secondaria la patologia di base (es. cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo);*

- cod. 733.4_*Necrosi asettica delle ossa;*
- cod. 733.7 *Atrofia Sudeck*;
- cod. 733.81 e cod. 733.82 *Viziosa e mancata saldatura di frattura*;
- cod. 733.93. 733.94,733.95*Frattura da stress.*

Deformazioni acquisite delle dita del piede (735)

- cod. 735.0 *Alluce valgo (acquisito)*
- cod. 735.1 *Alluce varo (acquisito)*
- cod. 735.5 *Dita ad artiglio*

Deviazioni della Colonna Vertebrale (737)

- cod. 737.0 – 737.39 Cifosi, lordosi, cifoscoliosi e scoliosi

Se associata ad altre malattie di base (cod. 737.40 – cod. 737.9), codificare per prima la malattia di base (es. cod. 138 *Poliomielite,* cod. 015.0 *Tbc della colonna vertebrale (Morbo di Pott*)

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P)

Interventi sulla spalla

Esempi:

- ➢ DP: cod. 718.31 *Lussazione recidivante o abituale della spalla;*
- I/P: cod. 81.82 *Riparazione di lussazione ricorrente della spalla.*

- ➢ DP: cod. 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori;*
- I/P: cod. 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori.*

Acromionplastica

- I/P: cod. 81.83 *Altra riparazione della spalla*; detto codice va utilizzato solo per questa procedura che deve essere obbligatoriamente descritta nell'atto operatorio.

L'asportazione di tessuto o lesione ossea deve essere codificata utilizzando la sottocategoria 77.6_ *Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo e* non i codici della sottocategoria 77.4_ *Biopsia dell'osso* che vanno riservati alle biopsie ossee e osteomidollari.

Intervento chirurgico di revisione e di sostituzione di protesi di anca o di ginocchio

In caso di sostituzione di protesi d'anca o di ginocchio, è necessario utilizzare i nuovi codici di procedura delle rubriche 00.7_ *Altre procedure sull'anca* e 00.8_ *Altre procedure sul ginocchio o sull'anca* specifici per la componente sostituita.

Si deve codificare anche l'eventuale cod. 84.57 *Rimozione di spaziatore di cemento* e, nel caso dell'anca, anche la superficie d'appoggio (00.74-00.76).

Questi codici comprendono sia la revisione che la contemporanea sostituzione e sono di conseguenza sufficienti per descrivere l'intervento complessivo di revisione e sostituzione.

Revisione della protesi conseguente a mobilizzazione asettica

- ➢ DP: cod. 996.4 *Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni*;
- DS: utilizzare un codice aggiuntivo per identificare la protesi articolare con complicazioni meccaniche (V43.60-V43.69).

Revisione della protesi conseguente all'infezione della protesi stessa

- ➢ DP: cod. 996.66 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne*;
- DS: l'eventuale agente infettivo responsabile dell'infezione.

Qualora l'intervento debba essere effettuato in due tempi, nel primo ricovero andrà codificata la rimozione della protesi cod. 80.0_ *Artrotomia per rimozione di protesi,* mentre nel secondo la sostituzione della protesi cod. 81.5_ *Sostituzione di articolazione delle estremità inferiori.*

Plastica della gola intercondiloidea del femore (notchplasty)

- I/P: cod. 77.65 *Asportazione locale di lesione o tessuto del femore.*

Meniscectomia in artroscopia

Nel caso di rimozione di menisco in artroscopia occorre segnalare i seguenti codici di:

- I/P: cod. 80.6 *Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio*;
- I/P: cod. 80.26 *Artroscopia del ginocchio*.

Shaving cartilagineo

Intervento di pulizia della cartilagine articolare del ginocchio (shaving cartilagineo):

- I/P: cod. 80.86 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del ginocchio.*

Protesi di rotula

La protesi di rotula va considerata come sostituzione di ginocchio:

- I/P: cod. 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio.*

Revisione di protesi di caviglia

La revisione con sostituzione di protesi di caviglia va descritta:

- I/P: cod. 81.56 *Sostituzione totale della tibio-tarsica*.

Quando si esegue la sola revisione va impiegato:

- I/P: cod. 81.59 *Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificato altrove.*

Intervento di autotrapianto di cartilagine

Per il ricovero in cui si effettua il prelievo di cartilagine dal paziente:

- ➢ DP: codificare la patologia che richiede l'autotrapianto;
- I/P: cod. 80.9_ Altra asportazione dell'articolazione;
- I/P: cod. 80.2_ Artroscopia.

Per il successivo ricovero, in cui si effettua l'autotrapianto indicare :

- ➢ DP: la patologia che richiede l'autotrapianto;
- DS: cod. V42.89 *Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto*;
- I/P: cod. 81.4_ Altra riparazione dell'articolazione delle estremità inferiori ;
- I/P: cod. 80.2_ Artroscopia.

Vertebroplastica e cifoplastica

Nei casi di intervento per vertebroplastica utilizzare:

- I/P: cod. 81.65 *Vertebroplastica.*

Cifoplastica:

- I/P: cod. 81.66 *Cifoplastica.*

Sostituzione di disco vertebrale

L'inserzione di protesi artificiale del disco vertebrale e la revisione o sostituzione va descritta:

- I/P: cod. 84.6_ *Sostituzione di disco vertebrale*.

Impianto di altri dispositivi o materiali muscolo scheletrici (84.5_)

L'inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali (cambre a "C", cage, gabbie, chiodi ossei filettati) va descritta con il codice:

- I/P: cod. 84.51 *Inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali.*

Inserzione di spaziatore (articolare) in cemento:

- I/P: cod. 84.56 *Inserzione di spaziatore di cemento.*

Rimozione di spaziatore (articolare) in cemento:

- I/P: cod. 84.57 *Rimozione spaziatore di cemento*.

Inserzione di spaziatore interspinoso:

- I/P: cod. 84.58 *Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso*.

Inserzione di altri dispositivi senza fusione tra i corpi vertebrali:

- I/P: cod. 84.59 *Inserzione di altri dispositivi spinali*.

Nucleoplastica a radiofrequenza

L'intervento di nucleoplastica a radiofrequenza per il trattamento dell'ernia del disco va descritta;

- I/P: cod. 80.59 *Altra distruzione del disco intervertebrale*.

Procedura di blocco continuo perinervoso

- I/P: cod. 05.89 *Altri interventi su nervi simpatici*.

Qualora sia necessario un successivo ricovero finalizzato alla mobilizzazione dell'articolazione o al trattamento del dolore articolare, il codice da utilizzare:

- ➢ DP: cod. 338.29 *Altro dolore cronico*.

Trapianto di osso

I casi di Trapianto di osso vanno codificati nel modo seguente:

- ➢ DP: codificare la patologia che richiede il trapianto;
- DS: cod. V42.4 *Osso sostituito da trapianto;*
- I/P: cod. 78.0_ *Innesto osseo.*

Si precisa che il cod. 78.00 *Innesto osseo, sede non specificata* non deve essere mai utilizzato in quanto aspecifico.

Quando si ricorre a un codice della categoria 78.0_ *Innesto osseo* occorre codificare anche l'eventuale prelievo di osso per innesto (77.70 - 77.79).

Trapianto di tendine da cadavere

Deve essere descritto:

- DS: cod. V42.89 *Altro organo o tessuto sostituito da trapianto;*
- I/P: cod. 83.75 *Trasposizione o trapianto di tendini.*

Inserimento o trapianto o impianto o innesto di sostituto osteocondrale di articolazione

Per i ricoveri che prevedono interventi a cielo aperto di ricostruzione articolare di ginocchio, spalla e caviglia in cui venga utilizzato un sostituto osteoarticolare biologico di ampie dimensioni il codice da indicare è:

- cod. 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio;*
- cod. 81.56 *Sostituzione totale della tibiotarsica;*
- cod. 81.80 *Sostituzione della spalla con protesi sintetica*;
- cod. 81.81 *Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica);*
- Qualora si tratti di trapianto da donatore cadavere aggiungere cod. 00.93 *Trapianto da cadavere*.

Trattamenti ortopedici ulteriori

I pazienti sottoposti a riduzione di una frattura generalmente presentano la necessità di ulteriori cure, ad esempio per la rimozione di protesi metalliche, punti, placche o apparecchi di fissazione esterna. Per la descrizione di questi specifici casi sono previsti i 24 codici V della categoria V54.__ *Altro trattamento ortopedico ulteriore* suddivisi nelle seguenti sottocategorie:

- cod. V54.0_ *Trattamento ulteriore per dispositivo di fissazione interna*;
- cod. V54.1_ *Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica*;
- cod. V54.2_ *Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica*;
- cod. V54.8_ *Altro trattamento ortopedico ulteriore*;
- cod. V54.9 *Trattamento ortopedico ulteriore non specificato*.

Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici quali corsetto, gesso e protesi di *arto* il cod. è:

- V53.7 *Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici*.

Nell'eventualità di un 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;* invece 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*.

Sindrome dello Stretto Toracico
In presenza di Sindrome dello Stretto Toracico vanno utilizzati i seguenti codici:
- DP: cod. 353.0 *Lesioni del plesso brachiale*;
- I/P: cod.77.91 *Ostectomia totale della scapola, della clavicola, del torace (coste e sterno).*

Biopsia ossea e osteomidollare
Si precisa che le biopsie osteomidollari effettuate per via percutanea con agoaspirazione vanno codificate esclusivamente:
- I/P: cod. 41.31 *Biopsia del midollo osseo*.

Biopsia dell'osso (cielo aperto o cielo chiuso)
- cod. 77.4_ *Biopsia dell'osso* (vedi in premessa paragrafo Biopsie).

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

Chemioembolizzazione di cisti aneurismatica dell'osso
- DP: cod. 733.22 *Cisti aneurismatica dell'osso*, e negli spazi;
- I/P: cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove* con il cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*.

Cifoplastica in caso di viziosa o mancata saldatura di frattura patologica vertebrale
In caso di viziosa o mancata saldatura di frattura con presenza di frattura patologica vertebrale ed intervento di Cifoplastica, è indicata la seguente codifica:
- DP: cod. 733.81/82 *Mancata e viziosa saldatura di frattura;*
- DS: cod. V54.27 *Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica di vertebra;*
- I/P: cod. 81.66 *Cifoplastica (compresa tecnica con palloncino).*

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

Frattura patologica del collo del femore:
- DP: cod. 733.14 *Frattura patologica del collo del femore;*
- DS: cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo;*
- I/P: cod. 78.45 Altri interventi di riparazione o plastica del femore.

Frattura patologica delle vertebre da metastasi ossee:
- DP: cod. 733.13 *Frattura patologica della vertebre;*
- DS: cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo*;
- Se procedura: cod. 78.49 *Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa.*

Somministrazione endovenosa di difosfonati o farmaci similari
Il ricovero di pazienti con metastasi ossee, trattati con infusione di difosfonati o farmaci similari, va descritto:
- DP: cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica;*
- DS: cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo;*
- I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

CAPITOLO 14
MALFORMAZIONI CONGENITE
(740-759)

Le **Malformazioni congenite** sono classificate nel capitolo 14 mentre ulteriori patologie congenite sono comprese nel capitolo 15 Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-769), che include anche i *Traumi ostetrici* classificati con la categoria 767._.

Le patologie descritte in questo capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età; infatti, molte condizioni congenite non correggibili persistono per tutta la vita e, quindi, l'età del paziente non può essere un fattore determinante nell'assegnazione di questi codici. Inoltre alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita.

Le malformazioni congenite sono classificate sulla base del sistema o dell'apparato coinvolto; alcune sono classificate con codici specifici, altre sono raggruppate nell'ambito di un termine generico. Nei casi in cui non sia previsto un codice specifico o non sia possibile descrivere in maniera specifica una malattia con un solo codice, si possono utilizzare codici aggiuntivi di manifestazione presenti anche in altri settori della classificazione.

Lo stato di portatore si può riportare con codice V13.6_ **Anamnesi personale di malformazioni congenite**.

La malformazione rilevata alla nascita può essere riportata come diagnosi nella SDO del neonato dimesso dal Nido solo se è oggetto di specifici interventi/procedure.

Esempio:
Per il neonato con piede torto diagnosticato alla nascita senza trattamento conseguente deve essere utilizzata solo la codifica del neonato sano per cui va indicato:

- DP: un codice appartenente alle categorie V30, V31,V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita.*

Nato con soffio cardiaco non associato a malformazione
Per il neonato con soffio cardiaco non associato a malformazione indicare:

- DP: solo un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*.

Sindrome dello Stretto (compressione) Toracico
In presenza di Sindrome dello Stretto Toracico indicare:

- DP: cod. 353.0 *Sindrome della Costola cervicale;*
- I/P: 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 primitiva del neonato.

Malformazione arterovenosa cerebrospinale congenita
In caso di ricovero per trattamento chirurgico di malformazione arterovenosa (MAV) congenita indicare
se cerebrale:

- DP: cod. 747.81 *Anomalie del sistema cerebrovascolare*;
- I/P: cod. 38.81 *Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici;*
- **oppure** il cod. 38.61 *Altra asportazione di vasi intracranici*.

se vasi spinali:

- DP: cod. 747.82 *Anomalie dei vasi spinali*;
- I/P: cod. 38.80 *Altra occlusione chirurgica di vasi, sede non specificata;*
- **oppure** il cod. 38.60 *Altra asportazione di vasi, sede non specificata*.

Criptorchidismo
In caso di criptorchidismo indicare:

- DP: cod. 752.51 *Testicolo non disceso* o il cod. 752.52 *Testicolo retrattile*;
- I/P: cod. 62.5 *Orchiopessi.*

NB: in DS va codificata anche la diagnosi di ernia inguinale e l'eventuale procedura di riparazione solo quando l'ernia è **clinicamente evidente.**

Altre anomalie degli organi genitali

Nella versione ICD9-CM 2007 sono stati introdotti i codici:

- cod. 752.81 *Trasposizione dello scroto;*
- cod. 752.89 *Altre anomalie specificate degli organi genitali.*

Intervento di raddrizzamento del pene secondo NESBIT
In caso di ricovero per intervento di raddrizzamento del pene secondo NESBIT indicare:
se la deviazione è congenita:

- DP: cod. 752.63 *Curvatura anormale, congenita del pene*
- I/P: cod. 64.92 *Incisione del pene*.

se la deviazione è acquisita:

- DP: cod. 607.81 *Induratio penis plastica*
- I/P: cod. 64.92 *Incisione del pene*.

Malformazioni muscoloscheletriche di origine meccanica avvenute durante la gestazione

Alcune malformazioni muscolo-scheletriche di origine meccanica avvenute durante la gestazione (ad es. malposizione uterina) sono classificate nella categoria 754; se invece l'anomalia è legata a traumi alla nascita, occorre utilizzare i codici della categoria 767 (Traumi ostetrici) del Capitolo 15 dedicato alle *Condizioni morbose del periodo perinatale.*

Anomalie cromosomiche

Nella versione ICD9-CM 2007 sono stati introdotti i codici:

- cod. 758.31 *Sindrome del cri-du-chat;*
- cod. 758.32 *Sindrome velo-cardio-faciale;*
- cod. 758.33 *Altre microdelezioni;*
- cod. 758.39 *Altre delezioni autosomiche.*

CAPITOLO 15
ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE (760 – 779)

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.

In generale la DP della SDO del neonato deve essere in corrispondenza con le situazioni registrate sulla SDO della madre. Ad esempio:

SDO materna:

- DP: parto di donna con *Sofferenza fetale* cod. 656.3_
- DS: cod. V27.0 *Parto semplice nato vivo*
- I/P: cod. 74._ *Taglio cesareo*

SDO del neonato con sintomi:

- DP: cod. 768.3 *Sofferenza fetale*

SDO del neonato senza sintomi:

- DP: cod. 763.82 *Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto durante il travaglio*

Tuttavia, si ricorda che i codici delle sottocategorie cod. 60._ - cod. 763._ (Cause Materne di Morbilità e Mortalità Perinatale) possono essere utilizzati come DS sulla SDO del neonato (e solo su essa), esclusivamente **quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o ha determinato un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato**.
Tali codici non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia influenzare il trattamento del neonato.
Quando la condizione della madre ha provocato nel neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle sottocategorie 760._ - 763._ .

Esempio*:*
Diabete materno che ha provocato un'ipoglicemia nel neonato:

- DP: cod. 775.0 *Sindrome del neonato di madre diabetica*.

Se la diagnosi non è riconducibile al MDC 15:

- DP: cod. V30.00 *Nato singolo in ospedale senza menzione di taglio cesareo*;
- **oppure** cod. V30.01 *Nato singolo in ospedale con taglio cesareo*.

La condizione che ha richiesto il maggior impegno di risorse è stata l'assistenza globale alla nascita, aggravata dalla condizione patologica rilevata qualora abbia richiesto trattamento specifico.

I codici:

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

non devono essere utilizzati in quanto riferiti al feto per il quale **non deve essere compilata la SDO** (e quindi non si apre una Cartella Clinica).
Vanno invece utilizzati sulla SDO materna i codici V27._ corrispondenti:

- V27.1 *Parto semplice: nato morto*
- V27.4 *Parto gemellare: entrambi nati morti*
- V27.7 *Altro parto multiplo: tutti nati morti*

NEONATOLOGIA

Codifica del neonato sano
I codici da V30 a V39 in DP identificano tutte le nascite avvenute in Ospedale o immediatamente prima del ricovero che non abbiano richiesto assistenza per condizioni patologiche;
non si utilizzano nei successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture per specifiche cure) né sulla SDO della madre.

Si sconsiglia l'utilizzo delle categorie V33, V37 e V39 in quanto non specifiche.
In DS devono essere riportate solo le condizioni cliniche, rilevate nel neonato, che comportano interventi diagnostici o terapeutici con impegno assistenziale significativo.
Non devono essere codificate le condizioni non rilevanti, o segni o sintomi che si risolvono senza specifico trattamento diagnostico-terapeutico.

L'esecuzione di vaccinazioni o di screening sui neonati sani (ad esempio screening tiroideo o per la fenilchetonuria) non comporta l'assegnazione di ulteriori codici oltre a quelli delle categorie V30-V39 né in DP, né in DS in quanto si tratta di prestazioni facenti parte costitutiva dell'assistenza al neonato.
Si ricorda inoltre che se il neonato nasce morto la SDO non deve essere compilata.

RICOVERO DOPO LA NASCITA DI NEONATI PER MALATTIA MATERNA O ATTESA DI ADOZIONE

- Il cod. V20.1 *Cure ad altro neonato o bambino sano* va utilizzato in DP per descrivere i ricoveri, successivi a quelli relativi alla nascita, per supervisione sanitaria del neonato sano in caso di cattive manifestazioni socio-economiche familiari o malattia materna fisica o psichica.

- Il cod. V20.0 *Controllo della salute del neonato o del bambino abbandonato* può essere utilizzato per il neonato abbandonato e per giustificare la degenza di bambini o neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione (cod. da V30 a V39 + cod. V20.0).

Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose
I codici della categoria V29 *Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate* devono essere utilizzati per descrivere i ricoveri successivi a quello relativo alla nascita, in cui un neonato in apparente stato di buona salute ed entro i 28 giorni di vita, viene valutato per una condizione patologica sospetta che, dopo opportuni approfondimenti, **non risulta essere confermata.**

Osservazione dopo terapia intensiva neonatale
Il ricovero finalizzato all'osservazione del neonato successiva alla dimissione dalla terapia intensiva neonatale, va descritto ponendo in DP il cod. V66.5 *Convalescenza successiva ad altro trattamento*.

Neonato da taglio cesareo
I codici delle sottocategorie da **760._** a **763._** (*Cause Materne di Morbilità e Mortalità Perinatale*), possono essere utilizzati come DS sulla SDO del neonato (e solo su essa), esclusivamente **quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o ha determinato un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato**. Tali codici non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia influenzare il trattamento del neonato.
Quando la condizione della madre ha provocato nel neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle sottocategorie 760._ - 763._

Esempio:
neonato nato con taglio cesareo d'urgenza con polmone umido
- DP: cod. 770.6 *Tachipnea transitoria;*
- DS: cod. 763.4 *Taglio cesareo con ripercussioni sul feto;*
- I/P: cod. 93.96 *Ossigenoterapia.*

Neonato prematuro o postmaturo
Ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale:
- in assenza di malnutrizione fetale si utilizza il cod. 764.0_ *Neonato di basso peso per l'età gestazionale senza menzione di malnutrizione fetale;*
- se il basso peso si accompagna a malnutrizione fetale si sceglierà il codice 764.1_ *Neonato di basso peso per l'età gestazionale, con segni di malnutrizione fetale*;
- in presenza di malnutrizione fetale senza peso basso per l'età gestazionale il codice appropriato è il 764.2_ *Malnutrizione fetale senza menzione di peso basso per l'età gestazionale.*

Condizione di prematurità, immaturità e basso peso alla nascita

- DP: cod. 765.0_ *Immaturità estrema del neonato* oppure cod. 765.1_ *Disturbi relativi ad altri neonati pretemine;*
- DS: i codici 765.2_ *Settimane di gestazione* per la definizione delle settimane di gestazione;

se coesiste malnutrizione riportare i cod. 764.1_ *Neonato di basso peso per l'età gestazionale, con segni di malnutrizione fetale* nonché i codici di eventuali ulteriori patologie.

La versione ICD9-CM 2007 ha introdotto i codici 766.21 e 766.22 rispettivamente per il *Neonato post termine* (neonato con periodo di gestazione tra 40 e 42 settimane complete) e il *Neonato da gravidanza protratta* (>42 settimane complete).

Ritardata recisione del cordone ombelicale

La versione ICD9-CM 2007 ha introdotto per segnalare il cod. 779.83 *Recisione del cordone ombelicale effettuata in ritardo*.

Ittero neonatale

Ittero in prematuro

- DP: cod. 774.2 *Ittero neonatale associato a parto pretermine*.

Ittero in nato a termine che non richiede trattamento

- DP: cod. 774.6 *Ittero fetale e neonatale non specificato*
- DS: un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita.*

Ittero che necessita di fototerapia per 24 h, accertamenti di tipo eziologico e prolungamento della degenza

- DP: cod. 774.3_ *Ittero neonatale da ritardo della coniugazione.*

Il cod. 774.39 *Ittero neonatale da ritardo della coniugazione, causa non specificata* è il codice da preferirsi in tutti gli itteri che hanno richiesto ricovero nei neonati a termine, 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

In caso di ricovero con necessità di osservazione clinica ripetuta con emocromo e bilirubine seriate utilizzare

- DP: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato*);
- DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*.

Malattia emolitica del neonato anti Rh

In caso di malattia emolitica del neonato anti Rh, con test di Coombs diretto positivo utilizzare:

- DP: cod. 773.0 *Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione Rh.;*
- DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*.

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:

- DP: cod. 760.8 A*ltre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato);*
- DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita.*

In caso di malattia emolitica del neonato anti ABO, con test di Coombs diretto positivo utilizzare

- DP: cod. 773.1 *Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione ABO;*
- DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita.*

Emorragia epicranica e subaponeurotica

Nella versione ICD9-CM 2007 è stato introdotto il cod. 767.11 *Emorragia epicranica e subaponeurotica (massiva)*

Sofferenza fetale ed asfissia alla nascita
I codici della categoria 768 riguardano l'asfissia alla nascita; nelle asfissie gravi e moderate è preferibile utilizzare rispettivamente:

- il cod. 768.5: *Asfissia grave alla nascita con complicazione neurologica;*
- il cod. 768.6: *Asfissia lieve o moderata alla nascita senza menzione di complicazione neurologica.*

La quarta cifra .2, .3, .4 codifica problemi legati al travaglio e al momento espulsivo; in caso di ricovero, questi ultimi codici saranno sempre associati ad altre patologie.
Nella versione ICD9-CM 2007 è stato introdotto il codice 768.7 *Encefalopatia ipossico-ischemica.*

Sindrome di difficoltà respiratoria
Il cod. 769 *Sindrome da distress respiratorio neonatale* descrive una grave patologia respiratoria neonatale che necessita di un elevato livello assistenziale quale la ventilazione assistita (cod. 96.7_ *Ventilazione meccanica continua* o cod. 93.90 *Respirazione a pressione positiva continua* CPAP) e pertanto deve essere riservato alle seguenti condizioni:

- Malattia delle Membrane Ialine di terzo e quarto stadio;
- Ipertensione Polmonare Primitiva (che dalla versione dell'ICD9-CM 2007 rientra nel cod. 747.83 *Circolazione fetale persistente*);
- Severa Sindrome da Distress Respiratorio (RDS).

Malattia delle Membrane Ialine
per motivi statistici ed epidemiologici, utilizzare il codice 769 *Sindrome da distress respiratorio neonatale:*

- come DP nel terzo e quarto stadio;
- come DS negli altri stadi.

Distress respiratori lievi
utilizzare il cod. 770.8_ *Altri problemi respiratori del neonato*, ad esclusione della Tachipnea transitoria o Sindrome del Polmone Bagnato codificabile con il 770.6 *Tachipnea transitoria del neonato*.
In particolare, nella versione ICD9-CM 2007 sono stati introdotti nuovi codici nella categoria 770.1 _ *Aspirazione fetale e neonatale,* cod. 770.8_ *Altri problemi respiratori del neonato*.

Infezioni specifiche del periodo perinatale
Le infezioni specifiche del periodo perinatale (incluse quelle acquisite prima e durante il parto) sono riportate alla categoria 771._ *Infezioni specifiche del periodo perinatale.*
In particolare, nella versione ICD9-CM 2007 sono stati introdotti i codici:

- cod. 771.81 *Setticemia (sepsi) del neonato;*
- cod. 771.82 *Infezioni delle vie urinarie del neonato;*
- cod. 771.83 *Batteriemia neonatale;*
- cod. 771.89 *Altre infezioni specifiche del periodo perinatale.*

Nella codifica di questi casi si raccomanda di porre particolare attenzione alle note di inclusione ed esclusione.

Sepsi intrauterina del neonato
PCR negativa e colture negative ripetute utilizzare:

- DP: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato);*
- DS: codici appartenenti alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*.

PCR e/o colture positive e terapia antibiotica utilizzare:

- DP: cod. 771.8 *Altri tipi di infezioni specifiche del periodo perinatale*
- DS: cod. 041._ per identificare il microorganismo.

Non è richiesto il cod. aggiuntivo di Sepsi (995.91 o 995.92)

Malformazioni di origine meccanica avvenute durante la gestazione e traumi ostetrici
Alcune malformazioni muscolo-scheletriche di origine meccanica avvenute durante la gestazione (ad es. malposizione uterina) sono classificate nella categoria cod. 754._ _ *Alcune malformazioni congenite del sistema muscoloscheletrico.*
Se invece l'anomalia è legata a traumi alla nascita che abbiano richiesto trattamenti specifici, occorre utilizzare i codici della categoria 767._ _ *Traumi ostetrici*.

Acidosi e disturbi del metabolismo
Nella versione ICD9-CM 2007 sono stati introdotti i codici:
- 775.81 *Altra tipologia di acidosi del neonato;*
- 775.89 *Disordini del metabolismo aminoacidico descritti come transitori.*

Altri nuovi codici
Nella versione ICD9-CM 2007 sono stati introdotti i codici:
- 779.81 *Bradicardia neonatale;*
- 779.82 *Tachicardia neonatale;*
- 779.85 *Arresto cardiaco del neonato;*
- 779.89 *Altre manifestazioni specificate che hanno origine nel periodo perinatale;*

Nato da madre con placenta previa
In caso di ricovero con necessità di osservazione clinica ripetuta, utilizzare:
- DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*
- DS: cod. 762.0 *Placenta previa con ripercussioni sul feto o sul neonato.*

Neonato da madre ipertesa o eclamptica
Neonato asintomatico, con osservazione clinica riportare:
- DP: un cod. delle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*
- DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato).*

Neonato sintomatico:
- DP: utilizzare un codice di diagnosi specifico per la patologia.

Neonato da madre diabetica
A) In caso di ricovero con osservazione e glicemie seriate normali riportare:
- DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*;
- DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato).*

B) In caso di ricovero con glicemie seriali patologiche, ulteriori accertamenti e trattamento: utilizzare
- DP: cod. 775.0 *Sindrome del neonato di madre diabetica*.

Neonato da madre ipo/ipertiroidea
A) In caso di ricovero con osservazione clinica ed accertamenti normali indicare:
- DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*;
- DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato).*

B) In caso di ricovero con accertamenti patologici e trattamento utilizzare un codice specifico per la patologia.

Neonato, nato da madre affetta da malattie infettive
In caso di **ricovero senza accertamenti** indicare:
- DP: un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita.*

In caso di **ricovero con accertamenti sierologici negativi** indicare:
- DP: un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*;
- DS: cod. 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato.*

In caso di **ricovero con accertamenti sierologici positivi** indicare:
- DP: cod. 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato*
- DS: il codice che descrive lo specifico stato infettivo (ad es. il cod. V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana*, il cod. V02.6_ *Portatore o portatore sospetto di epatite virale*, il cod. V02.9 *Portatore o portatore sospetto di altro microrganismo specificato* per la toxoplasmosi non essendoci codice specifico).

Neonato affetto da infezioni congenite, vanno utilizzati:

- DP: codici della categoria 771._ *Infezioni specifiche del periodo perinatale,*
- DS: codice della malattia (esempio per *Epatite* il cod. 070._ _ , per *HIV* il cod. 042, per *Toxoplasmosi* il cod. 130._) se non specificata in DP.

Neonato nato da madre affetta da epatite B (HBsAg positivo)
Neonato negativo per HBsAg, utilizzare:

- DP: codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita.*

Neonato positivo per HBsAg, utilizzare:

- DP: cod. 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (con manifestazione di malattia)* o il cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato).*
- DS: cod. V02.61 *Portatore o portatore sospetto di epatite B* e un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*.

Neonato nato da madre sieropositiva per epatite C
In caso di ricovero con osservazione ed **accertamenti sierologici negativi**, utilizzare:

- DP: codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita..*

In caso di ricovero con **osservazione e HCV RNA positivo**, utilizzare:

- DP: cod. 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato*;
- DS: cod. V02.62 *Portatore o portatore sospetto di epatite C* e un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*.

Neonato nato da madre sieropositiva per HIV o affetta da AIDS conclamato
Spesso i neonati da madri HIV-positive sono essi stessi positivi al Test ELISA e questo risultato può persistere per circa 18 mesi dalla nascita, senza che il neonato sia stato infettato in tal caso indicare:

- DP: cod. 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato* (codice da utilizzare solo entro i primi 28 giorni di vita);
- DS: cod. V01.7 *Contatto con o esposizione ad altre malattie virali*, fino a quando non si documenta la reale infezione oppure il cod. V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana,* quando l'infezione è accertata; in entrambi i casi va aggiunto un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*.

Nato da madre con CMV / toxoplasmosi in gravidanza
Ricovero senza necessità di accertamenti utilizzare

- DP: un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

Ricovero con accertamenti virologici negativi e osservazione clinica

- DP: un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*;
- DS: il cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato).*

Ricovero con accertamenti virologici positivi

- DP: rispettivamente il cod. 771.1 *Infezione congenita da virus citomegalico* e il cod. 771.2 *Altre infezioni congenite*, specifiche del periodo perinatale per la toxoplasmosi; nel qualcaso andrà codificata in
- DS: anche la malattia 130._ *Toxoplasmosi* e un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

Nato da madre con tampone positivo per Streptococco gruppo B
a) Ricovero con tamponi positivi, monitoraggio infettivologico ed eventuale trattamento utilizzare

- DP: cod. 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato;*
- DS: cod. 02.51 *Portatore o portatore sospetto di streptococco Gruppo B* e un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita.*

b) Ricovero con segni clinici e laboratoristici indicativi d'infezione e/o trattamento indicare:

- DP: cod. 771.8_ *Altri tipi di infezioni specifiche del periodo perinatale;*
- DS: cod. 041.02 *Infezione streptococcica in manifestazioni morbose classificate altrove e di sede non specificata, streptococco, gruppo B* e un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita.*

Nato da madre con varicella in gravidanza (insorgenza nella madre 5 gg. prima o 2 gg. dopo il parto)

Ricovero con isolamento ed osservazione, monitoraggio infettivologico e profilassi e/o trattamento:

- DP: cod. 771.2 *Altre infezioni congenite, specifiche del periodo perinatale;*
- DS: cod. 052._ *Varicella* e un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, *V36 Nati vivi secondo il tipo di nascita.*

Nato da madre con febbre

a) PCR e accertamenti microbiologici negativi utilizzare:

- DP: un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita;*
- DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato).*

b) PCR e accertamenti microbiologici positivi ed eventuale terapia specifica: utilizzare

- DP: cod. 771.8_ *Altri tipi di infezioni specifiche del periodo perinatale;*
- DS: un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*.

Nato da madre con Prom (Pre-term Premature Rupture of Membranes) > 18 h

a) In caso di ricovero con osservazione clinica, tamponi e PCR negativi utilizzare:

- DP: un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita.*
- DS: il cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato).*

b) In caso di ricovero con tamponi positivi e PCR negative, monitoraggio infettivologico ed eventuale trattamento utilizzare:

- DP: un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita;*
- DS: cod. 761.1 *Rottura prematura delle membrane che ha ripercussioni sul feto o sul neonato.*

c) In caso di ricovero con tamponi positivi e PCR positive e trattamento utilizzare:

- DP: cod. 771.8_ *Altri tipi di infezioni specifiche del periodo perinatale;*
- DS: un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*.

Nato da madre piastrinopenica

Ricovero per osservazione clinica ed emocromo e coagulazione normali utilizzare:

- DP: un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*.
- DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato.*

Ricovero con emocromo e coagulazione patologici, ulteriori accertamenti per trombocitopenia transitoria utilizzare:

- DP: cod. 776.1 *Trombocitopenia neonatale transitoria;*
- DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita.*

Nato da madre che assume sostanze potenzialmente nocive per il feto (inclusi stupefacenti)

Neonato asintomatico: osservazione, monitoraggio cardiorespiratorio, accertamenti chimico-fisici specifici utilizzare:

- DP: un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34,V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita;*
- DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato.)*

Neonato sintomatico: osservazione, monitoraggio cardiorespiratorio, accertamenti chimico-fisici specifici ed eventuale terapia specifica utilizzare:

- DP: un codice di diagnosi specifico per la patologia o il disturbo riscontrato ad esempio dispnea, alterazioni del ritmo cardiaco, sintomi neurologici;
- DS: un codice della categoria 760.7_ *Malattie del feto o del neonato dovute a sostanze nocive passate attraverso la placenta o il latte materno* e un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*.

CAPITOLO 16
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI (780-799)

Questo settore include sintomi, segni, risultati anomali di laboratorio o altre indagini, nonché manifestazioni mal definite che non possono essere classificate negli altri settori.
I segni o i sintomi che si riferiscono in modo abbastanza definito ad una specifica malattia sono stati assegnati in altri settori della classificazione.
In generale le **categorie 780-796** comprendono:

- manifestazioni morbose poco definite;
- sintomi che possono riguardare con uguale probabilità due o più malattie o apparati;

vanno utilizzate quando non è possibile una diagnosi più specifica.
Tutte le categorie di questo settore possono essere definite come:

- "*non altrimenti specificate*";
- "*ad eziologia sconosciuta*";
- "*transitorie*".

L'indice alfabetico dovrà essere consultato per identificare quali sintomi o segni devono essere collocati in questo settore e quali in altri e più specifici settori; le sottocategorie residuali con il codice .9 sono state previste per altri sintomi rilevanti che non possono essere collocati in nessuna altra parte della classificazione.
Le circostanze nelle quali è opportuno utilizzare i codici compresi nelle categorie 780-796 sono le seguenti:

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

Queste condizioni possono essere utilizzate come DP di dimissione:

- in assenza di qualsiasi altra indicazione diagnostica più precisa,
- quando un paziente, con patologia nota e già trattata, rientri per una complicanza legata alla patologia di base.

Si tratta di solito di patologie "*ad eziopatogenesi non determinata*" o "*transitorie*" o "*non altrimenti specificate*" che rimangono tali dopo esami approfonditi oppure perché il paziente viene trasferito altrove o muore prima del completamento delle indagini.
In DS possono essere riportati se rappresentano **manifestazioni rilevanti** e non costanti della patologia segnalata in diagnosi principale.

Elenco dei codici di nuova introduzione o con diverso significato nella ICD-9-CM:

780 *Sintomi generali*
780.32 *Convulsioni febbrili complesse*
780.51 *Insonnia con apnea del sonno, non specificata*
780.52 *Insonnia, non specificata*
780.53 *Ipersonnia con apnea del sonno, non specificata*
780.54 *Ipersonnia, non specificata*
780.55 *Alterazione del ritmo del sonno/veglia di 24 ore, non specificata*
780.57 *Non specificata apnea del sonno*
780.58 *Disturbi del movimento correlati al sonno, non specificati*
780.8 *Iperidrosi generalizzata*
780.9 *Altri sintomi generali*
780.91 *Lattante (neonato) irritabile*
780.92 *Pianto eccessivo in lattante (neonato)*
780.93 *Perdita di memoria*

780.94 *Sazietà precoce*
780.95 *Pianto eccessivo di bambino, adolescente o adulto*
780.96 *Dolenzia generalizzata*
780.97 *Stato mentale alterato*
780.99 *Altri sintomi generali*
781.93 *Torcicollo oculare*
781.94 *Debolezza facciale*
784.9 *Altri sintomi relativi alla testa e al collo*
784.91 *Scolo rinofaringeo*
784.99 *Altri sintomi relativi alla testa e al collo*
785.52 *Shock settico*
788.38 *Incontinenza da sovrariempimento vescicale*
788.63 *Urgenza urinaria*
788.64 *Esitazione urinaria*
788.65 *Sforzo minzionale*
790.21 *Alterazioni del test rapido della glicemia*
790.22 *Alterazioni del test da carico orale di glucosio*
790.29 *Altre anomalie glicemiche*
790.95 *Proteina C reattiva elevate (PCR)*
793.9 *Reperti anormali non specifici in esami radiologici e in altri esami di altre sedi*
793.91 *Esame diagnostico per immagini non conclusivo per eccesso di grasso corporeo*
793.99 *Altri reperti anomali non specifici riscontrati in esami radiologici e di altro tipo*
795.00 *Test di Papanicolau con anomalie ghiandolari, striscio della cervice uterina*
795.01 *Test di Papanicolau dello striscio della cervice uterina con cellule squamose atipiche di incerto significato (ASC-US)*
795.02 *Test di Papanicolau dello striscio della cervice uterina con cellule squamose atipiche non può escludere una lesione intraepiteliale di grado elevato (ASC-H)*
795.03 *Test di Papanicolau dello striscio della cervice uterina con evidenza di lesione intraepiteliale di basso grado (LGSIL)*
795.04 *Test di Papanicolau dello striscio della cervice uterina con evidenza di lesione intraepiteliale di grado elevato (HGSIL)*
795.05 *Test del DNA positivo per i sierotipi del papilloma virus umano HPV) ad elevato rischio oncogeno per la cervice*
795.06 *Test di Papanicolau della cervice uterina con evidenza citologica di malignità*
795.08 *Striscio insoddisfacente*
795.09 *Test di Papanicolau dello striscio della cervice uterina con altre anomalie e HPV cervicale*
795.3 *Reperti colturali positivi non specificati*
795.31 *Reperti colturali positivi per antrace non specifici*
795.39 *Altra tipologia di reperti colturali positivi non specifici*
795.8 *Marker tumorali anomali*
795.81 *Antigene carcino- embrionario [CEA] elevato*
795.82 *Cancro Antigene 125 [CA125]*
795.89 *Altri marker tumorali anomali*
796.6 *Reperto anomalo in screening neonatale*
799.0 *Asfissia e ipossiemia*
799.01 *Asfissia*
799.02 *Ipossiemia*
799.8 *Altri stati morbosi mal definiti*
799.81 *Riduzione della libido*
799.89 *Altri stati morbosi mal definiti*

CAPITOLO 17
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI
(800 – 899)

Il capitolo comprende traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici, complicazioni di cure mediche, postumi degli stessi.

Nuovi codici di diagnosi:

813.45 *Frattura del torus radiale*
823.40 *Frattura del torus, soltanto tibia*
823.41 *Frattura del torus, soltanto fibia*
823.42 *Frattura del torus di tibia e fibula*
995.90 *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica, non specificata*
995.91 *Sepsi*
995.92 *Sepsi severa*
995.93 *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo senza disfunzione d'organo acuta*
995.94 *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo con disfunzione d'organo acuta*
998.31 *Rottura di ferita chirurgica interna*
998.32 *Rottura di ferita chirurgica esterna*
850.11 *Concussione con breve perdita di coscienza con perdita di coscienza di durata inferiore o uguale a 30 minuti*
850.12 *Concussione con breve perdita di coscienza con perdita di coscienza di durata compresa tra 31 e 59 minuti*
959.11 *Altra tipologia di schiacciamento della parete toracica*
959.12 *Altra tipologia di schiacciamento dell' addome*
959.13 *Rottura del corpo cavernoso del pene*
959.14 *Altra tipologia di traumatismo degli organi genitali esterni*
959.19 *Altra tipologia di traumatismo del torace*
996.57 *Complicazioni meccaniche dovute alla pompa insulinica*
996.40 *Complicazioni meccaniche non specificate di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni*
996.41 *Allentamento meccanico della protesi articolare*
996.42 *Dislocazione della protesi articolare*
996.43 *Fallimento dell' impianto della protesi articolare*
996.44 *Frattura peri-protesica intorno alla protesi articolare*
996.45 *Osteolisi peri-protesica*
996.46 *Usura della superficie articolare della protesi*
996.47 *Altre complicazioni meccaniche dell'impianto della protesi articolare*
996.49 *Altre complicazioni meccaniche di altri dispositivi ortopedici interni, impianti e innesti*
958.90 *Sindrome compartimentale, non specificata*
958.91 *Sindrome compartimentale traumatica dell'arto superiore*
958.92 *Sindrome compartimentale traumatica dell'arto inferiore*
958.93 *Sindrome compartimentale traumatica dell'addome*
958.99 *Sindrome compartimentale traumatica di altre regioni*
995.20 *Altri e non specificati effetti avversi di farmaci, medicamenti e prodotti biologici non specificati*
995.21 *Fenomeno di Arthus*
995.22 *Effetti avversi dell'anestesia non specificati*
995.23 *Effetti avversi dell'insulina non specificati*
995.27 *Altra allergia ai farmaci*
995.29 *Altri e non specificati effetti avversi di farmaci, medicamenti e prodotti biologici*

CODIFICA DELLA CAUSA ESTERNA DEI TRAUMATISMI/AVVELENAMENTI

Si ricorda che in caso di ricovero per traumatismi/avvelenamenti, è obbligatorio compilare, oltre a diagnosi/interventi, anche il campo **"traumatismi o intossicazioni",** presente nella SDO, che specifica la causa del trauma/avvelenamento.
i codici da utilizzare, a un carattere, sono i seguenti:

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

Il campo è da utilizzare con i codici del capitolo 17 Traumatismi ed avvelenamenti:

- categorie codici 800 – 904 Traumatismi
- categorie codici 910 – 957 Altri traumatismi e ustioni
- categorie codici 959 – 995 Altri traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici.

N.B.: Si ricorda che il campo "*traumatismi o intossicazioni*" va compilato solo per il primo ricovero in regime ordinario.

TRAUMATISMI

I traumatismi sono suddivisi nei seguenti blocchi:

- FRATTURE (800 – 829)
- LUSSAZIONI (830 – 839)
- DISTORSIONI (840 – 848)
- TRAUMATISMI INTRACRANICI (850 – 854)
- TRAUMATISMI INTERNI (860 – 869)
- FERITE APERTE DI TESTA/COLLO/TRONCO (870 – 879)
- FERITE ARTO SUPERIORE (880 – 887)
- FERITE ARTO INFERIORE (890 – 897)
- TRAUMATISMI DEI VASI SANGUIGNI (900 – 904)
- TRAUMATISMI SUPERFICIALI (910 – 919)
- CONTUSIONI (920 – 924)
- SCHIACCIAMENTI (925 – 929)
- EFFETTI DA CORPI ESTRANEI (930 – 939)
- USTIONI (940 – 949)
- TRAUMATISMI NERVI/MIDOLLO SPINALE (950 – 957)
- COMPLICAZIONI TRAUMATICHE (958 – 959)
- POSTUMI DI TRAUMATISMI/AVVELENAMENTI (905 – 909)

In caso di traumatismi multipli, si usa la codifica multipla in tutti i casi possibili o quando i singoli traumatismi non sono indicati in maniera precisa; negli altri casi si codificano separatamente i singoli traumatismi.

Alcune fratture multiple sono specificate tra le fratture degli arti (ad es. cat. 817, 819, 827, 828, 829).

Traumi cranici associati a frattura

I traumi cranici associati a frattura sono classificati, secondo la sede, nelle categorie 800-804; il quarto carattere del codice indica se la frattura è aperta o chiusa, se è associata a trauma intracranico ed il tipo del trauma intracranico.

Per la categoria cod. 802._ _*Frattura delle ossa della faccia* il quarto ed il quinto carattere identificano la sede della frattura.

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

Trauma cranico.
Gli episodi di ricovero per osservazione clinica ed accertamenti diagnostici dopo trauma cranico vanno descritti utilizzando i seguenti codici:

a) per ricovero breve di sola **osservazione clinica** indicare:
   - DP: un codice della categoria 850._ *Concussione*.

b) per ricovero breve con **osservazione clinica ed esecuzione di esami diagnostici** (ad esempio TAC del capo) volti allo studio del traumatismo intracranico indicare:
   - DP: cod. 854.0_ *Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura, senza menzione di ferita intracranica esposta*;
   - I/P: i codici relativi agli esami diagnostici effettuati (ad esempio cod. 87.03 *Tomografia assiale computerizzata (TAC) del capo*).

c) se oltre al trauma cranico il paziente presenta **una o più ferite** del cuoio capelluto che non evidenziano complicazioni indicare:
   - DS: cod. 873.0 *Altre ferite del cuoio capelluto senza menzione di complicazioni*;
   - I/P: cod. 86.59 *Sutura del cuoio capelluto.*

FERITE DELL'ARTO SUPERIORE e DELL'ARTO INFERIORE (880 – 897)
Comprendono le amputazioni traumatiche.

TRAUMATISMI SUPERFICIALI (910 – 919)
Comprendono le voci di abrasione, vescicola, corpo estraneo superficiale (scheggia).

Puntura d'insetto non velenoso senza o con infezione, senza reazione tossica e allergica generalizzata:
- DP: si codifica come traumatismo (910.4, 910.5).

Puntura o il morso di animale che provoca reazione tossica:
- DP: cod. 989.5 *Effetti tossici di veleno di origine animale.*

Shock anafilattico:
- DP: cod. 995.0 *Altro shock anafilattico non classificato altrove;*
- DS: cod. 985.9. *Effetti tossici di veleno di origine animale.*

USTIONI (940 – 949)
Sono comprese le ustioni:
- da alta temperatura (fuoco, oggetti o liquidi surriscaldati),
- da elettricità,
- da radiazioni
- da sostanze chimiche.

Le categorie **940 – 947** classificano le ustioni **per sede**; tra la 941-946 la IV cifra le distingue per gravità (non specificata, I, II, III grado e III grado profondo senza e con perdita di sostanza).

I codici della categoria **948** le classificano **per estensione** della superficie corporea interessata e vanno usati:
- DP: se non è specificata la sede, oppure in caso di ustioni molto estese, per le quali non è possibile codificare separatamente le varie sedi;
- DS: in aggiunta alle categorie 940 – 946 per le ustioni di III grado per specificare la percentuale di superficie corporea interessata.

Ustione solare o eritema solare si codifica con il codice della sottocategoria:
- 692.7_ *Dermatiti da radiazioni solari* distinte in I, II, II grado.

Il colpo di calore o colpo di sole è classificato tra gli effetti da cause esterne con il:
- cod. 992.0 *Colpo di calore o colpo di sole.*

Ustioni di organi interni sono classificati nella categoria cod. 947 che comprende anche le **ustioni chimiche da ingestione di caustici**; in questi casi indicare

- DP: l'ustione
- DS: la manifestazione clinica dell'ustione.

Esempio*:*

- DP: cod. 947.2 *Ustione dell'esofago;*
- DS: cod. 530.19 *Altra esofagite.*

ALCUNE COMPLICAZIONI TRAUMATICHE e TRAUMATISMI NON SPECIFICATI (958 – 959)

Il blocco comprende alcune complicanze acute di traumatismi come:

- cod*. 958.1 Embolia gassosa,*
- cod*. 958.4 Shock traumatico,*
- cod*. 958.5 Anuria traumatica,*
- cod*. 958.7 Enfisema sottocutaneo traumatico.*

Nella categoria 958 sono stati introdotti:

- la *Sindrome compartimentale traumatica* (958.90 – 958.99);
- la *Sindrome compartimentale non traumatica* (729.71 – 729.79).

POSTUMI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI ED ALTRE CAUSE ESTERNE (905 – 909)

Categorie utilizzate per indicare i postumi delle patologie del cap. 17 (cat. da 800 a 999).

I postumi sono effetti causati da malattia/traumatismo che permangono dopo che la fase acuta della malattia/traumatismo è terminata; si impiegano quindi nei ricoveri successivi a quello in cui è stato trattato l'episodio acuto.
Non vi è limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato.

La codifica dei postumi prevede l'uso di 2 codici indicando:

- DP: **la natura** del postumo;
- DS: **la causa** del postumo.

Esempio A:

- DP: cod. 733.81 *Viziosa saldatura di frattura;*
- DS: cod. 905.4 *Postumi di frattura arti inferiori.*

Esempio B:

- DP: cod. 294.1_ *Demenza in condizioni morbose classificate altrove;*
- DS: cod. 905.4 *Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia.*

AVVELENAMENTO DA FARMACI, MEDICAMENTI E PRODOTTI BIOLOGICI (960 – 979)

Per avvelenamento sono da intendersi gli effetti nocivi derivanti da dosi eccessive delle sostanze elencate o dalle stesse sostanze somministrate o assunte per errore.

Avvelenamento, si usa la **codifica multipla:**

- un codice va utilizzato per indicare la tipologia dell'avvelenamento (es. cod. 964.2 *Avvelenamento da anticoagulanti);*
- altri codici vanno utilizzati per evidenziare gli effetti/manifestazione clinica conseguente (es. cod. 599.7 *Ematuria*).

In linea generale indicare:

- DP: il codice relativo all'avvelenamento;
- DS: la descrizione delle manifestazioni.

Esempio:
Coma diabetico da errato dosaggio di insulina:

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

Qualora, invece, per il trattamento delle **manifestazioni secondarie** all'avvelenamento nel corso del ricovero venga impiegata la maggior quantità di risorse (in particolare con riferimento all'uso di sala operatoria, alla permanenza in terapia intensiva, alla esecuzione di manovre e procedure terapeutiche invasive e/o costose) indicare:

- DP: il codice della manifestazione stessa;
- DS: il codice relativo all'avvelenamento.

Sono esclusi da queste categorie e codificati altrove:

- Gli effetti nocivi (es. reazioni avverse) di sostanze appropriate e correttamente somministrate che sono codificati secondo la natura dell'effetto nocivo (es. cod. 535.4 *Gastrite da aspirina*, cod. 692.9 *Dermatite da contatto*);
- cod. 304.0 – 304.9 *Farmacodipendenza*;
- cod. 305.0 – 305.9 *Abuso di farmaci senza dipendenza*.

EFFETTI TOSSICI DI SOSTANZE DI ORIGINE PRINCIPALMENTE NON MEDICAMENTOSA (980 – 989)

Si intendono gli effetti causati da sostanze non medicamentose.
In linea generale indicare:

- DP: il codice dell'effetto tossico;
- DS: il codice che descrive la manifestazione clinica (vedi anche nota in "Avvelenamenti").

Si evidenziano tra gli effetti tossici:

- cod. 980.0 *Effetti tossici dell'alcol etilico*. Questo codice va usato solo per intossicazione acuta accidentale (es. in bambino). Per altre patologie legate all'alcol vedi cap. 5, cat. 303.
- cod. 989.5 *Effetti tossici di veleni di origine animale* (serpenti, ragni);
- cod. 989.84 *Effetti tossici del tabacco*.

Sono esclusi:

- cod. 506.0 – 508.9 gli effetti tossici respiratori da agenti esterni, descritti in altre malattie del polmone;
- le reazioni allergiche a sostanze ingerite come alimenti.

ALTRI E NON SPECIFICATI EFFETTI DI CAUSE ESTERNE (990 – 995)

Il blocco elenca altre patologie da causa esterna:

- cod. 991 *Effetti del freddo (congelamento, geloni, ipotermia;*
- cod. 992 *Effetti del calore e della luce (escluse: ustioni* 940.0 – 949.5; cod.692.71 *Ustione solare o eritema solare,* 692.76, 692.77)*;*
- cod. 993 *Effetti della pressione atmosferica (m. della montagna, m. dei cassoni),*
- cod. 994.0 *Effetti del fulmine;*
- cod. 994.1 *Annegamenti e sommersione non mortale;*
- cod. 994.6 *Cinetosi;*
- cod. 994.7 *Asfissia e strangolamento (esclusa da cibo, corpo estraneo, monossido di carbonio);*
- cod. 994.8 *Elettrocuzione e effetti non mortali della corrente elettrica;*
- cod. 995.5_ *Sindrome del bambino maltrattato;*
- cod. 995.6_ *Shock anafilattico da reazioni avverse all'alimento;*
- cod. 995.86 *Iperpiressia maligna da anestesia.*

Altre patologie di nuovo inserimento sono:

- cod. 995.9_ *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica* (SIRS);
- cod. 995.22 *Effetti avversi dell'anestesia non specificati*;
- cod. 995.23 *Effetti avversi dell'insulina non specificati.*

COMPLICAZIONI DI CURE MEDICHE E CHIRURGICHE NON CLASSIFICATE ALTROVE (996 – 999)

l blocco comprende complicazioni in gran parte post-chirurgiche, soprattutto a carico di dispositivi, impianti, innesti, protesi e complicazioni di cure mediche non classificate altrove.
E' molto importante un'attenta lettura dei criteri di esclusione/inclusione poiché numerose complicanze sono elencate altrove.
In linea generale sono esclusi:

- L'avvelenamento ed effetti tossici da farmaci o sostanze chimiche già elencati tra gli avvelenamenti (960 – 979), e gli effetti tossici (980 – 989), altri effetti avversi da farmaci (995.0 – 995.9);
- le complicazioni della malattia per cui è eseguito l'intervento;
- le complicazioni di interventi di interesse ostetrico (aborto, travaglio, parto) riportate nell'apposito capitolo.

Complicazioni peculiari di alcuni interventi specificati 996

La categoria raggruppa le complicanze meccaniche di dispositivi, impianti ed innesti cardiaci, vascolari, ortopedici, ed altri impianti (sottocategorie 996.0 – 996.5) e le infezioni e reazioni infiammatorie da protesi, impianti e innesti interni (sottocategoria 996.6).
Si ricorda che nella sottocategoria 996.4 di interesse ortopedico sono elencati i nuovi codici che precisano con la quinta cifra specifiche complicazioni meccaniche delle protesi articolari (dislocazione, usura, frattura, ecc.).
Le altre sottocategorie sono:

- cod. 996.7_ *Altre complicazioni di protesi, impianti e innesti interni (biologici) (sintetici);*
- cod. 996.8_ *Complicazioni di trapianto di organo.*

Altre complicazioni di interventi non classificati altrove 998

La categoria comprende alcune complicanze chirurgiche non elencate altrove come:

- cod. 998.0 *Shock post-operatorio;*
- cod. 998.11 *Emorragia complicante l'intervento;*
- cod. 998.3_ *Rottura (deiscenza, apertura) di ferita chirurgica;*
- cod. 998.4 *Corpo estraneo lasciato accidentalmente durante un intervento;*
- cod. 998.5_ *Infezione post-operatoria;*
- cod. 998.6 *Fistola post-operatoria.*

Complicazioni di cure mediche non classificate altrove 999

Comprende:

- cod. 999.1 *Embolia gassosa;*
- cod. 998.2 *Flebite;*
- cod. 999.4 *Shock anafilattico da siero;*
- cod. 999.6 – 999.8 *Reazioni trasfusionali.*

CAPITOLO 18
CODICI V - CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI

MALATTIE INFETTIVE E ALLERGOLOGIA

- cod. V02._ *Portatore o portatore sospetto di malattie infettive* in assenza di altre manifestazioni cliniche;
- cod. V07.1 *Necessità di desensibilizzazione ad allergeni:* va utilizzato in DP in caso di ricovero finalizzato;
- cod. V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV);*
- Il cod. V01.7 *Contatto con o esposizione ad altre malattie virali (contatto o esposizione al virus dell'immunodeficienza umana)* non va mai utilizzato in DP.

NEOPLASIE

Le categorie V10 - V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti.
Come previsto per qualsiasi diagnosi secondaria, anche i codici di tali categorie possono essere indicati nella SDO come DS **solo quando tali condizioni "storiche" hanno rivestito qualche significato nel corso del ricovero stesso** in termini di:

- trattamento terapeutico,
- procedure diagnostiche eseguite,
- durata della degenza,
- assistenza infermieristica,
- monitoraggio clinico.

A tale regola possono far eccezione le situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno.
Esempio:

- cod. V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno* può essere utilizzato come **diagnosi principale.**
- nel caso di **controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata**, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e durante il ricovero non vengano effettuati trattamenti antineoplastici ma solo procedure diagnostiche e chirurgiche di controllo (TAC, endoscopie, scintigrafie, ecc.).
- se nel corso del ricovero si evidenzia una **recidiva**, mettere in DP il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi.
- i codici V di queste categorie non devono essere utilizzati nel caso in cui il codice della diagnosi già indichi la presenza dello stato del paziente (es. nel caso di cod. 996.81 *Complicazioni di trapianto di rene*, il codice V42.0 *Rene sostituito da trapianto* **non deve essere indicato***).*
- inoltre i codici V14 e V15 sono utilizzati in caso di ricovero finalizzato all'accertamento di reazioni avverse a farmaci (V14 *Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali*);
- l'***Anamnesi personale, con rischio di malattia*** va codificata con il cod. V15.

NEONATOLOGIA E OSTETRICIA

- Il cod. V20.0 *Controllo della salute di neonato o 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 codificate;
- le cure ed esami post-partum, paziente partoriente fuori dalla struttura ospedaliera con necessità di ricovero per trattamenti successivi *al parto* va codificato con il cod. V24.0; da utilizzare per le cure immediatamente dopo il parto se questo non avviene in una struttura ospedaliera;
- cod. V29._. *Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate* va codificata con il i codici di questa categoria che devono essere utilizzati per descrivere **i ricoveri successivi** a quello relativo alla nascita, in cui un neonato, in apparente stato di buona salute ed **entro i primi 28 giorni di vita**, viene valutato per una condizione patologica sospetta che non risulta essere confermata dopo gli opportuni approfondimenti.
- I nati vivi sani, che tuttavia usufruiscono dei servizi sanitari, secondo il tipo di nascita *vengono codificati con* i cod. V30-V39, escluso il cod. V35 *Altro parto multiplo (tre o più), tutti nati morti* in quanto non pertinente. Tali codici, indicanti tutte le nascite avvenute in ospedale o immediatamente prima del

ricovero, vanno utilizzati per descrivere i neonati sani ospitati al nido (utilizzare la quinta cifra quando prevista). Si sconsiglia l'utilizzo dei codici V33, V37 e V39 in quanto non specifici.

TRAPIANTI

- cod. V42._ *Organo o tessuto sostituto da trapianto* (per esempio nella riabilitazione cardiaca post-chirurgica: cod. V42.2 *Valvola cardiaca sostituita da trapianto*) cod. V42.0 - V42.8;
- cod. V43.3 *Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi;*
- cod. V43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi (protesi vascolari);*
- cod. *V43 Organo o tessuto sostituito con altri mezzi* – Articolazione (codici da utilizzare per descrivere i pazienti portatori di protesi es. anca, spalla, ecc., ad eccezione del cod. V43.60 *Sostituzione di articolazione non specificata* da non utilizzare in DP perché aspecifico) cod. V43.6 *Articolazione sostituita con altri mezzi.*

CARDIOCHIRURGIA

- cod. V45.01 *Stimolatore cardiaco in situ;*
- cod. V45.81 *Stato post-chirurgico di by-pass aortocoronarico*;
- cod. V53.31 *Collocazione e sistemazione di dispositivo cardiaco* (nei soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione di batteria di pace-maker in assenza di una patologia specificata);
- cod. V53.32 *Collocazione e sistemazione di defibrillatore cardiaco automatico impiantabile* (nei soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione e sistemazione di defibrillatore in assenza di una patologia specificata);
- cod. V53.39 *Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco* (espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo).

CHIRURGIA GENERALE

- cod. V45.*83 Presenza di impianto rimovibile di mammella*;
- cod. V45.89 *Altro stato post-chirurgico*. *Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico*.
- cod. V50.41 *Rimozione profilattica della mammella*;
- cod. V50.42 *Rimozione profilattica di ovaio*;
- cod. V51 *Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica,* per i pazienti che necessitano di trattamento di chirurgia plastica in seguito ad un intervento avvenuto in un precedente ricovero;
- cod. V52.0/.1/.4/.8/.9 *Collocazione e sistemazione di protesi*;
- Un ricovero per solo impianto di protesi della mammella può essere identificato dal codice V52. 4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario* in DP se il tumore è stato precedentemente asportato;

V58.49 *Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato,* *sostituzione o rimozione di drenaggi*.
Utilizzato in caso di ricovero di paziente operato, per osservazione ed eventuale terapia post-intervento chirurgico (sostituzione o rimozione di drenaggi).

TRATTAMENTI / INTERVENTI NON ESEGUITI

Nei ricoveri **non programmati**, nel caso di interventi/trattamenti non effettuati per motivi clinici o organizzativi o per volontà del paziente o altri motivi riportare:

- DP: la patologia che non ha consentito l'intervento;
- DS: il cod. V64.1/2/3

Nei **ricoveri programmati**, nel caso di interventi /trattamenti non effettuati per motivi clinici o organizzativi o per volontà del paziente o altri motivi riportare:

- DP: cod. V64.1/2/3;
- DS: codificare la patologia che non ha consentito l'intervento.

Quando un intervento chirurgico, inizialmente avviato per via laparoscopica o toracoscopia, viene successivamente convertito a cielo aperto, riportare in:

- DS: uno dei codici V64.41/2/3.

ORTOPEDIA

- cod. V53.7 *Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici* da utilizzarsi unicamente nei casi di adattamento di protesi esterna (es. gesso) per gli arti e per il tronco;
- cod. V54.0 *Trattamento ulteriore per l'estrazione di una placca, di viti o di altro dispositivo di fissazione interna* segnalare: in DS il codice della frattura pregressa, escluso malfunzionamento di dispositivo ortopedico interno cod.996.40 – 996.49.
- cod. V54.8 *Altri trattamenti ortopedici ulteriori.* Rimozione di dispositivo immobilizzante esterno, rimozione di fissatore esterno invasivo (escluso il distrattore), rimozione filo di Kirschner ed ulteriori trattamenti post-frattura;
- cod. V54.9 *Trattamento ortopedico ulteriore non specificato;*

Nel ricovero successivo per controllo di apparecchio gessato segnalare inoltre il codice che specifica l'intervento o la procedura eseguito/a.

OTORINOLARINGOIATRA

- cod. V44.0 *Presenza di tracheotomia* per reparti con codice disciplina 28. _ _ o 75 (neuroriabilitazione o unità spinale).
- cod. V55.0 *Controllo di tracheotomia* (chiusura, estrazione o sostituzione di catetere, introduzione di sonde o cateteri, revisione, sistemazione o ricollocamento di cateteri e toletta o pulitura)

APERTURE ARTIFICIALI

Controllo di aperture artificiali: cod. V55.0/.1/.2/.3/.4/.5/.6/.7/.8 (da utilizzare unicamente nei casi in cui il paziente necessita di trattamenti specifici per la stomia, in assenza di patologia).

DIALISI

- Dialisi extracorporea cod. V56.8 (dialisi peritoneale);
- Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente cod. V56.0;
- Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi cod. V56.1;
- Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi cod. V56.2.

RIABILITAZIONE

- Cure che richiedono l'impiego di procedimenti di riabilitazione, (inclusa riabilitazione in pazienti tracheostomizzati) cod. V57.1/.21/.22/.3/.81/.89/.9.

RADIOTERAPIA

- cod. V58.0 *Sessione di radioterapia.*

CHEMIOTERAPIA

- cod. V58.1 *Chemioterapia di mantenimento e immunoterapia antineoplastica* (utilizzato anche nei ricoveri per terapie endocavitarie peritoneali, intrapleuriche, intrarachidee e intavescicali, compreso BCG);
- cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica;*
- cod. V58.12 *Immunoterapia antineoplastica.*

RIANIMAZIONE

- cod. V46.1 *Dipendenza da respiratore.*

DOLORE CRONICO

- Con il cod. V58.69 *Uso a lungo termine di altre cure – cure ad alto rischio* utilizzato in caso di ricovero per terapia del dolore cronico, si aggiunge la procedura idonea a descrivere l'inserimento di catetere (es. cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale*).

TIPOLOGIE DI CATETERI

Al cod. V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare* aggiungere la procedura idonea a descrivere l'inserimento del catetere.

Al cod. V58.82 *Collocazione di catetere non vascolare non classificato altrove* aggiungere la procedura idonea a descrivere l'inserimento del catetere.

DONATORI DI ORGANI

Donatori di organi o tessuti cod. V59.1/.2/.3/.4/.5/.6/.8 da utilizzare solo nei casi di ricoveri di donatori sani. Gli interventi/procedure eseguiti dovranno essere segnalati mediante i codici ICD-9-CM 2007 negli spazi delle SDO riservati agli interventi chirurgici.

CURE PALLIATIVE

Per ricoveri ospedalieri dedicati alle **sole cure palliative**, (assistenza terminale e assistenza terminale in strutture dedicate es. Hospice) indicare in:

- DP: cod. V66.7 *Cure palliative;*
- DS: la diagnosi di tumore.

In caso di ricovero per l'esecuzione di **cure palliative invasive** (I/P: cod.34.91*Toracentesi* , cod. 54.91 *Paracentesi,* ecc.) indicare in:

- DP: codice relativo alla patologia trattata;
- DS: codice della neoplasia primitiva, se presente, o metastatica.

SEGNI O SINTOMI

Persone che non presentano segni o sintomi di malattia e che non hanno una precedente diagnosi di malattia, ma che si sospetta abbiano una condizione patologica che però non è confermata dalle indagine eseguite:

- DP: cod. V71 *Osservazione e valutazione per sospetto di manifestazioni morbose*.

APPENDICE

Disciplina 028._ _ UNITA' SPINALE/GRAVI CEREBROLESIONI
Disciplina 056 MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
Disciplina 060 LUNGODEGENZA POST ACUZIE
Disciplina 075 NEURORIABILITAZIONE

INTRODUZIONE

Lo scopo di questo capitolo è quello di affiancare il Manuale ICD9-CM nell'intento di conseguire una elevata omogeneità di codifica di diagnosi, interventi e procedure, e migliorare la qualità delle informazioni contenute nella SDO in modo da renderne più efficace l'utilizzo sia per fini clinici che amministrativi, epidemiologici e di governo clinico.

Gli Obiettivi sono dunque fornire regole generali per i ricoveri nei reparti codice disciplina: 28._ _ Unità Spinali/Gravi Cerebrolesioni, 56 Medicina Fisica e Riabilitativa, 60 Lungodegenza post acuzie e 75 Neuroriabilitazione circa:

- ✓ l'utilizzo della classificazione ICD-9-CM;
- ✓ la selezione e la codifica della diagnosi principale;
- ✓ la selezione e la codifica delle diagnosi secondarie e degli interventi/procedure.

Come metodo di lavoro, grazie alla collaborazione con la società medico-scientifica che si occupa di problematiche inerenti a quanto trattato (SIMFER), si può affermare che le presenti linee guida sono nate grazie all'esperienza degli specialisti e alla verifica e al parere degli esperti regionali.

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

- Situazioni cliniche frequentemente causa di ricovero, per le quali siano state evidenziate prassi di codifica disomogenee;
- Utilizzo dei codici V.

REGOLE DI CODIFICA IN MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA e LUNGODEGENZA

In considerazione del diverso assorbimento di risorse, è necessario distinguere l'**attività riabilitativa post-acuzie**, in diretta connessione con l'evento acuto, dai **ricoveri elettivi per attività riabilitativa,** effettuati in una fase successiva all'evento che ha scatenato il bisogno assistenziale riabilitativo. Le regole sono riassunte in Tab.1 alla fine del capitolo.

RICOVERI DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE

Si tratta dei casi in cui il ricovero in riabilitazione o lungodegenza post-acuzie avvenga in stretta correlazione clinico temporale a quello relativo all'evento acuto e si adotta la finestra temporale massima di 30 giorni tra il ricovero e la dimissione da una U.O. per acuti o cod. 60.

La codifica della SDO prevede che venga inserita una diagnosi principale coerente con il **progetto riabilitativo**. I codici utilizzati:

- ➢ DP: **un codice di postumo** o, quando non sia possibile disporre di un codice di postumo, **un codice di patologia** o in sua assenza **un codice di segno o sintomo**;
- DS: cod. V57._ _ *Cure riabilitative* (dove previsto utilizzare la quinta cifra).

Per i ricoveri in Lungodegenza codice disciplina 60, il codice di riabilitazione V57._ _ *Cure riabilitative* va obbligatoriamente segnalato tra le diagnosi secondarie, solo nel caso sia stato messo in atto un progetto riabilitativo individuale con attività estensive.

RICOVERI ELETTIVI PER ATTIVITA' RIABILITATIVA

Per i ricoveri codice disciplina 56 che non sono in diretta connessione con l'evento acuto, intervallo temporale tra i due ricoveri (dimissione da ricovero acuto - ricovero riabilitativo) superiore a 30 giorni, la modalità di codifica è la seguente:

- ➢ DP: cod. V57._ _ *Cure riabilitative;*
- DS: il codice di postumo o di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo.

In base alla normativa vigente circa l'appropriatezza dei ricoveri (DGR Veneto n. 3913 del 4 dicembre 2007 e DGR Veneto n. 839 del 8 aprile 2008), **fanno eccezione a questa regola generale**:

- i ricoveri verso le Unità Operative di Alta Specialità Riabilitativa (codice disciplina 28.00 e 28.01, in attesa che il codice 28.01 relativo alle gravi cerebrolesioni venga uniformato a quello nazionale), nel rispetto dei requisiti di appropriatezza del ricovero previsti in merito dalla normativa vigente;
- i ricoveri che avvengono a causa di variazione del quadro clinico e della disabilità, conseguente a riacutizzazione o evoluzione della malattia di base (solo in caso di patologie neurologiche a più o meno lenta tendenza evolutiva); in tali casi infatti la riacutizzazione o evoluzione della patologia non sempre dà luogo ad un ricovero in reparto per acuti, ma deve essere in ogni caso **dettagliatamente documentata in cartella clinica**. Sono invece da ritenersi **escluse da questa deroga** le riacutizzazioni/evoluzioni di **patologie artro-reumatiche** o di altre patologie degenerative croniche a meno che non presentino una instabilità clinica e una disabilità (FIM<91 e/o Barthel<70) dettagliatamente documentata in cartella clinica;
- i ricoveri di pazienti, dimessi da oltre 30 giorni da reparti per acuti (es. ortopedia) ed in attesa di concessione del carico;
- i ricoveri effettuati per valutazione e successivo trattamento della spasticità (deve essere adeguatamente documentata in cartella la presenza di comorbilità o di necessità assistenziali o l'esecuzione di valutazioni cliniche e/o strumentali, tali da richiedere il ricovero)

N.B.: In tutti questi casi le modalità di codifica seguiranno le regole dei ricoveri di riabilitazione post-acuzie.

Codifica delle procedure

Si precisa che per una più completa descrizione dell'attività riabilitativa svolta devono essere utilizzati, negli spazi relativi alle procedure fino ad un massimo di 6 complessive, anche i codici ICD-9-CM di procedura.

Le procedure riabilitative sono da scegliersi tra quelle indicate alla regola 4 (R4) della tabella 1 allegata a queste linee guida; a queste verrà attribuita la data di inizio trattamento, intendendosi però che la procedura stessa è stata poi eseguita per tutto il successivo corso del ricovero.

Vanno poi segnalate le altre procedure ritenute significative sul piano clinico e/o del consumo di risorse (es. rimozione tracheotomia, posizionamento o rimozione PEG ecc.).

Esempi:

Trattamenti riabilitativi per sostituzione di articolazione

- DP: cod. V43.6_ *Articolazione sostituita con altri mezzi;*
- DS: codice della patologia che ha determinato l'intervento chirurgico;
- DS: codice di rigidità articolare.

N.B.: L'eventuale presenza di complicazioni dell'intervento chirurgico va indicata ponendo tra le:

- DS: il cod. 996.4 *Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni* **oppure** il cod. 996.66 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne* **oppure** il cod. 996.77 *Altre complicazioni da protesi articolari interne;*
- DS: cod. V57._ _ *Cure riabilitative.*

Traumatismi operati

- DP: cod. 905._ *Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo* **oppure** cod. 907._ *Postumi di traumatismi del sistema nervoso.*
- DS: codici che identificano la tipologia del traumatismo (frattura, lussazione, distorsione, traumi cranici,lesioni spinali, ecc.).
- DS: cod. V45.89 *Altro stato post-chirurgico*.

N.B.: L'eventuale presenza di complicazioni dei traumatismi operati va indicata ponendo tra le:

- DS: il cod. 996.4 *Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni* **oppure** il cod. 996.67 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti ortopedici interni* **oppure** il cod. 996.78 *Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti ortopedici interni*.

Ricoveri riabilitativi neuro-oncologici

- DP: va sempre posto il codice della menomazione neurologica che ha assorbito la maggior parte delle risorse assistenziali riabilitative:

Esempio:

- DP: cod. 342._ _ *Emiplegia ed emiparesi* **oppure** cod. 344._ _ *Quadriplegia, paraplegia, diplegia, monoplegia, cauda equina ed altre sindromi paralitiche* **oppure** cod. 334.3 *Atassia cerebellare* **oppure** cod. 784.3 *Afasia,*
- DS: **Se non operato codice della neoplasia:**
  - cod. 191._ *Tumori maligni dell'encefalo* **oppure** cod. 192._ *Tumori maligni di altre e non specificate parti del sistema nervoso* **oppure** cod. 198.3 *Tumori maligni secondari di encefalo e midollo spinale* **oppure** cod. 198.4 *Tumori maligni secondari di altre parti del sistema nervoso* **oppure** cod. 225._ *Tumori benigni dell'encefalo e di altre parti del sistema nervoso* **oppure** cod. 237.5-237.9 *Tumori di comportamento incerto del sistema nervoso*.
- DS: **Se operato:**
  - cod. V45.89 *Altro stato postchirurgico*, ad indicare l'eventuale presenza di stato postchirurgico.
  - cod. V10.85 *Anamnesi personale di tumore maligno al cervello.*
- DS: devono essere riportati ulteriori codici relativi ad altre menomazioni neurologiche trattate.

Malattie dell'Apparato Respiratorio

Riabilitazione respiratoria post-intervento chirurgico:

- DP: codici di patologia per le patologie polmonari croniche **oppure** cod. 518.5 *Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico.*

Riabilitazione in pazienti che hanno subito un intervento di tracheostomia

- DP: cod. V55.0 *Controllo di tracheotomia*.

Post cardiochirurgia

Riabilitazione per rivascolarizzazione cardiaca con bypass:

- DP: cod. V42.2 *Valvola cardiaca sostituita da trapianto* **oppure** cod. V43.3 *Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi* **oppure** *cod. V*43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi*.

Malattie cerebrovascolari

- DP: cod. 438. _ _ *Postumi delle malattie cerebrovascolari.*
- DS: i codici che identificano la tipologia del danno cerebrovascolare
  - **per gli ictus e le vasculopatie cerebrali:**
    - cod. 430 *Emorragia sub aracnoidea;*
    - cod. 431 *Emorragia cerebrale;*
    - cod. 432._ *Altre e non specificate emorragie intracraniche;*
    - cod. 434._ _ *Occlusione delle arterie cerebrali;*
    - cod. 436 *Vasculopatie cerebrali acute, mal definite;*
    - cod. 437._ Altre *mal definite vasculopatie cerebrali.*
  - **per gli ictus tronco-encefalici e/o cerebellari:**
    - cod. 433._ _ *Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali.*
  - **per i casi che lo richiedono, per indicare l'eventuale presenza di stato postchirurgico :**
    - cod. V45.89 *Altro stato post-chirurgico*.
  - **devono essere riportati ulteriori codici relativi ad altre postumi neurologici trattati:**
    - cod. 438._ _ *Postumi delle malattie cerebrovascolari.*

Cerebropatia postanossica

- DP: cod. 348.1 *Danno encefalico da anossia***;**
- DS: i codici relativi ad altre menomazioni neurologiche trattate:
  - cod. 334.3 *Altra atassia cerebellare;*
  - cod. 342._ _ *Emiplegia e emiparesi*;
  - cod. 344._ _ *Altre sindromi paralitiche*;
  - cod. 368.2 *Diplopia;*
  - cod. 781.0 *Movimenti involontari anormali*;
  - cod. 781.2 *Disturbi dell'andatura*;

- cod. 781.3 *Turbe della coordinazione, atassia*;
- cod. 784.3 *Afasia;*
- cod. 784.5 *Disartria;*
- cod. 787.2 *Disfagia;*
- cod. 780.03 *Stato vegetativo persistente*.

REGOLE GENERALI DI CODIFICA DELLA SDO PER LE UU.OO. DI RIABILITAZIONE

	CRITERI	REGOLA
R.1. **Ricoveri di riabilitazione post-acuzie**	Ricoveri effettuati entro 30 giorni dalla dimissione da un reparto per acuti o da cod. disciplina 60.	Va utilizzato un **cod. di postumo DP**; quando non sia possibile disporre di un cod. di postumo va utilizzato in **DP un cod. di patologia o di segno o di sintomo;** il cod. V57._ _ va posto tra le DS; per i reparti di Lungodegenza (cod.60) il cod. V57._ _ va posto tra le DS solo se c'è un progetto riabilitativo con attività estensiva.
R.2. **Ricoveri elettivi per attività riabilitativa**	Ricoveri che avvengono oltre i 30 giorni da immissione da reparto per acuti o cod. disciplina 60.	Va utilizzato, di norma, il **cod. V57._ _ in DP**; il cod. di postumo va posto in DS; se non è possibile disporre di un cod. di postumo va utilizzato in **DS il cod. di patologia.**
R.3. **Eccezioni alla R 2**	1) I ricoveri verso le UU. OO. di Alta Specialità Riabilitativa (cod. disciplina 28 e 75), quando rispettano i requisiti di appropriatezza della normativa vigente; 2) i ricoveri nella stessa Unità Operativa di Riabilitazione conseguenti a dimissione terapeutica per ambientazione domiciliare, solo se il rientro è specificamente previsto nel progetto riabilitativo per il suo completamento e solo se rispetta i criteri vigenti di appropriatezza per non essere considerato ricovero ripetuto; 3) i ricoveri che avvengono a causa di variazione del quadro clinico e della disabilità, conseguenti a riacutizzazione o evoluzione della malattia di base (**solo** per **patologie neurologiche a tendenza evolutiva)**, la riacutizzazione o evoluzione deve essere in ogni caso dettagliatamente documentata in cartella clinica. Sono **escluse** da questa deroga le **patologie artro-reumatiche** o altre patologie degenerative croniche a meno che non presentino una instabilità clinica e una disabilità (FIM<91 e/o Barthel<70) dettagliatamente documentata in cartella clinica; 4) i ricoveri di pazienti, dimessi da oltre 30 gg. da reparti per acuti chirurgici (es. ortopedia) ed in attesa di concessione del carico. 5) i ricoveri effettuati per valutazione e successivo trattamento della spasticità (deve essere adeguatamente documentata in cartella la presenza di comorbilità o di necessità assistenziali o l'esecuzione di valutazioni cliniche e/o strumentali, tali da richiedere il ricovero).	Va utilizzato il **cod. di postumo in DP**; quando non sia possibile disporre di un cod. di postumo va utilizzato in DP **il cod. di patologia o di segno o di sintomo**; il cod. V57._ _ va posto tra le DS.
R.4. **Codici di più frequente utilizzo per descrivere le procedure riabilitative effettuate**	• cod. 93.11 *Esercizi assistiti*; • cod. 93.22 *Training del passo*; • cod. 93.24 *Addestramento all'uso della protesi o apparecchi ortesici*; • cod. 93.31 *Esercizi assistiti in piscina*; • cod. 93.39 *Terapia fisica strumentale*; • cod. 93.75 *Training del linguaggio e terapia*; • cod. 93.83 *Terapia occupazionale*; • cod. 93.9_ *Terapia respiratoria*; • cod. 94.08 *Valutazione e test psicologici*.	Devono essere utilizzati, negli spazi relativi alle procedure, anche i codici ICD-9-CM di procedura fino a un massimo di 6; Porre la data di inizio della procedura che si intende poi eseguita nel corso del ricovero.

COMPLETATO NEL MESE DI AGOSTO 2010

Coordinamento Controlli Sanitari
controlli.sanitari@regione.veneto.it