

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



2010

Finalità.

Il presente manuale ha lo scopo di uniformare nell'ambito delle strutture del Sistema Sanitario Regionale la codifica di diagnosi, interventi e 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 che potranno anche essere pubblicati sul sito dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Liguria www.arsliguria.it. Dal sito è possibile scaricare il manuale in versione pdf.

Metodologia.

Il manuale è stato prodotto da un gruppo di esperti operanti presso le strutture del SSR coordinato dall'Agenzia Regionale Sanitaria, sulla base delle esistenti Linee Guida nazionali e regionali. Il documento finale si è avvalso anche di indicazioni e suggerimenti formulati da clinici interpellati riguardo a particolari aspetti innovativi, ed è stato sottoposto all'approvazione del Comitato di Indirizzo dell'Agenzia Regionale Sanitaria.

Coordinamento: Gaddo Flego (ARS Liguria)

Gruppo di lavoro:

Giovanni Andreoli (IST)
Palamede Colotto (ASL5)
Francesco Copello (AOU San Martino)
Antonella Ciucci (Istituto Gaslini)
Massimo DeGregori (ASL1)
Flavia Emanuelli (ASL3)
Claudio Forte (EO Galliera)
Marinella Fulgheri (ASL3)
Elio Garbarino (ASL2)
Angela Gandolfi (ASL2)
Fulvia Ghirardelli (ASL 4)
Pierpaolo Maggioni (ASL3 Ospedale Villa Scassi)
Laura Massone (Istituto Gaslini)
Daniela Pezzano (Ospedale Evangelico Internazionale)
Maria Laura Rolandelli (ASL4)
Cristina Zai (AOU San Martino)

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 ligure. In particolare hanno avuto grande rilievo le fonti di seguito riportate.

- Azienda Ospedaliera Ospedale San Martino di Genova e Cliniche Universitarie Convenzionate, Direzione Sanitaria, Ufficio Controller Aziendale, Ufficio SDO/DRG. Compilazione della scheda di dimissione ospedaliera. Rev. 1 – 2002.
- 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. Milestone 1.2.3.8. 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.). IIa versione – Dicembre 2005.
- 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 2007.
- 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.
- Regione Lazio, Agenzia di Sanità Pubblica. Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera. Revisione 2006.
- Regione Piemonte, assessorato alla Sanità. Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2002 - Revisione 2006.
- Regione del Veneto, Direzione Servizi Sanitari, Coordinamento Regionale Controlli Sanitari. Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera. Revisione 2010.
-

SOMMARIO

LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: PRINCIPI GENERALI E RESPONSABILITÀ	5
INTRODUZIONE AL MANUALE ICD-9-CM	6
LINEE GUIDA GENERALI PER LA SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI, DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E/O PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	11
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	20
TUMORI	25
MALATTIE DELLE ghiandole ENDOCRINE, DELLA NUTRIZIONE E DEL METABOLISMO	29
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI	34
DISTURBI PSICHICI	36
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	43
MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO	52
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	54
MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE	58
IMPIANTO O SOSTITUZIONE DI DISPOSITIVI CARDIACI	61
CARDIOCHIRURGIA	62
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	70
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	76
MALATTIE DEL SISTEMA GENITO-URINARIO	81
COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	88
MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	94
MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	102
MALFORMAZIONI CONGENITE	108
ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	110
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	118
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	121
CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI – CODICI V	130
RIABILITAZIONE	140

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

1. 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").

2. 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, dell'intero percorso diagnostico e terapeutico del paziente e non limitarsi a segnalare i trattamenti e le diagnosi effettuati nel proprio reparto.

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

4. La responsabilità della corretta compilazione della SDO compete 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 concernente: "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.

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

La Direzione Sanitaria deve emettere una procedura che espliciti le modalità ed i contenuti dei controlli. In materia di congruità dei codici utilizzati con le diagnosi e le procedure documentate il riferimento è dato dal presente Manuale. Qualora i controlli portino alla necessità di una diversa codifica, dovrà essere emessa una ulteriore SDO, firmata dal medico dimettente, recante la data di emissione e la dicitura "SDO corretta", che verrà allegata in cartella alla precedente versione.

6. Nel caso di trasferimento del paziente dal regime di ricovero diurno o riabilitativo al regime di ricovero ordinario, o viceversa, il paziente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova cartella clinica e una nuova SDO.

INTRODUZIONE AL MANUALE ICD-9-CM

La Classificazione Internazionale delle Malattie ICD-9-CM versione 2007

rappresenta lo strumento di lavoro fondamentale per la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o delle procedure diagnostiche e terapeutiche e per la corretta compilazione delle SDO dei pazienti dimessi dagli Istituti di cura.

La classificazione riportata nel manuale *Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche - versione 2007*, rappresenta la traduzione italiana della International Classification of disease - 9 th revision - Clinical Modification-2002. Essa contiene oltre undicimila codici di diagnosi ed oltre tremila codici di procedure.

La classificazione è consultabile dal sito di ARS Liguria www.arsliguria.it 4attività 4nuclei di controllo.

I codici presenti nella ICD-9-CM relativi alle diagnosi sono costituiti da caratteri numerici o alfanumerici in numero di tre, quattro o cinque; nei codici con più di tre caratteri, un punto decimale è interposto tra il terzo e quarto carattere.

I codici presenti nella ICD-9-CM relativi alle procedure sono costituiti da caratteri numerici, in numero di due, tre o quattro. Il punto decimale, in questo caso, è interposto tra il secondo e terzo carattere.

Nota: alcuni software di codifica non accettano l'interpunzione, che deve essere omessa.

Il manuale è così strutturato:

- 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

L'indice alfabetico consente la ricerca della singola voce.

L'elenco sistematico contiene tutte le indicazioni accessorie per verificare la correttezza del codice scelto.

L'indice alfabetico e l'elenco sistematico delle due classificazioni sono concepiti per integrarsi reciprocamente. E' indispensabile **utilizzare entrambi**: prima si individua il codice sull'indice alfabetico e successivamente se ne verifica l'esattezza sull'elenco sistematico. L'utilizzo del solo indice alfabetico può generare errori nell'individuazione del codice e quindi **nell'attribuzione del DRG**.

L'INDICE ALFABETICO DELLE MALATTIE E DEI TRAUMATISMI

L'indice alfabetico deve essere consultato sempre per primo nelle operazioni di codifica. Esso contiene l'indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi, dei sintomi e di altre cause di ricorso ai servizi sanitari.

Comprende inoltre, classificazioni specifiche per:

- Tumori
- Ipertensione arteriosa.

Organizzazione dell'indice alfabetico

Una formulazione diagnostica è, in generale, composta da due parti: un **termine principale** ed uno o più **modificatori**.

Il **termine principale** descrive una malattia, un traumatismo, un problema o un sintomo, e rappresenta la voce di accesso alla classificazione; viene evidenziato in grassetto e può essere:

- un sostantivo "generico": shock, vertigine, paralisi;
- un sostantivo "specifico": otite, polmonite, pleurite;
- un aggettivo: piatto(a), acuta, gialla;
- un nome proprio (eponimo): Hodgkin, Pick, Alzheimer.

I **modificatori** (sotto-voci) forniscono informazioni aggiuntive al codificatore. L'elenco alfabetico li riporta, sotto al termine principale, in parentesi o rientrati.

L'ELENCO SISTEMATICO DELLE MALATTIE E DEI TRAUMATISMI

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

L'elenco sistematico comprende:

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

Classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi

È articolata in **17 capitoli**, dei quali 10 sono dedicati a specifici organi o apparati, mentre gli altri 7 descrivono diverse condizioni morbose che interessano l'intero organismo. La classificazione contiene codici unicamente numerici, compresi fra 001 e 999.9.

Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V).

La classificazione è composta da codici alfanumerici che iniziano con la lettera "V". Sono usati per descrivere le circostanze, diverse da malattie o traumatismi, che

rappresentano una causa di ricorso ai servizi sanitari o che comunque influenzano le condizioni di salute del paziente.

Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e 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. Al momento della redazione del presente manuale non è ancora in uso in Liguria.

Organizzazione dell'elenco sistematico

Ciascuno dei 17 capitoli è articolato in:

Blocco: insieme di condizioni tra loro strettamente correlate (es.: Tubercolosi 010-018);

Categorie: codici a tre caratteri, alcuni dei quali non ulteriormente suddivisibili (es.: 024 Morva, 463 Tonsillite acuta), mentre altri (la maggior parte) sono ulteriormente suddivisi a quattro o a cinque caratteri;

Sottocategorie: codici a quattro caratteri; il quarto carattere fornisce specificità o informazioni relativamente ad eziologia, localizzazione o manifestazione clinica;

Sottoclassificazioni: codici a cinque caratteri; anche questi forniscono maggiore specificità alla categoria di riferimento.

I codici devono essere utilizzati al massimo livello di specificità possibile. Il codice prescelto per la descrizione delle diagnosi deve essere quindi a cinque cifre in tutti i casi in cui ne è prevista la possibilità; la quinta cifra zero non va utilizzata quando sono presenti sottoclassificazioni più specifiche.

INDICE ALFABETICO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Gli interventi chirurgici e le procedure diagnostiche sono anch'essi composti da due parti: un **termine principale** ed uno o più **modificatori**.

Anche per questa classificazione l'indice alfabetico deve essere utilizzato per primo ed il codice scelto deve essere controllato nell'elenco sistematico che contiene le note relative alle condizioni di inclusione ed esclusione.

ELENCO SISTEMATICO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

È articolata in **rubriche** comprese fra **00** e **99**. La prima (**00**) è stata inserita nella versione 2007 e comprende "procedure ed interventi non classificati altrove"; quelle tra **01** e **86** riguardano interventi chirurgici maggiori, endoscopie e biopsie e sono raggruppate in 15 sezioni, identificate sulla base del criterio anatomico

(sede dell'intervento o della procedura); le rubriche comprese fra **87** e **99** riguardano altre procedure diagnostiche e terapeutiche.

Il sistema dei codici utilizzato 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 di intervento. In alcuni casi i codici sono soltanto a tre caratteri.

Il terzo e il quarto carattere sono separati dai primi due con punto decimale (attenzione: alcuni software di codifica non accettano l'interpunzione, che deve essere omessa).

SIMBOLOGIA CONVENZIONALE

La simbologia utilizzata nella classificazione ICD-9-CM, finalizzata a facilitare l'attività del codificatore, è così suddivisa:

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

1. Simbologia convenzionale nell'indice alfabetico

1.1 Modificatori

Forniscono ulteriori specificazioni al termine principale. Si trovano nell'Indice Alfabetico al di sotto di ciascun termine principale.

Esistono due tipi di modificatori:

Essenziali: influenzano la selezione del codice. Sono riportati al di sotto di ciascun termine principale, in ordine alfabetico e rientranti e devono essere utilizzati solo quando siano esplicitamente riportati nella formulazione diagnostica da codificare.

Esempio:

Anasarca 782.3
-alimentare 262
-cardiaco 428.0

Non essenziali sono riportati tra parentesi dopo il termine principale a cui si riferiscono e non influiscono sulla selezione del codice.

Esempio:

Albuminuria (acuta) (cronica) (subacuta) 791.0

1.2 Riferimenti incrociati

I riferimenti incrociati aiutano a localizzare il codice corrispondente alla diagnosi o all'intervento segnalato e sono di tre tipi:

v. (vedi), indirizza il codificatore a consultare un'altra parte dell'indice alfabetico;

Esempio:

Angiomioma – V. neoplasia, tess. connettivo, benigna

v. anche (vedi anche), fornisce al codificatore la possibilità di verificare un ulteriore termine principale nell'indice alfabetico.

Esempio:

Arnold-Chiari (v. anche spina bifida)

v. categoria, che rimanda all'elenco sistematico.

Esempio:

Parto, caso completamente normale – v. categoria 650

1.3 Note

L'indice alfabetico contiene delle note che definiscono termini, forniscono od illustrano eventuali sottoclassificazioni; sono racchiuse in riquadri.

1.4 Codici racchiusi in parentesi quadra

I codici racchiusi in parentesi quadra si riferiscono a manifestazioni cliniche di malattie di base e **non devono essere utilizzati in diagnosi principale**, ma soltanto come diagnosi secondaria; la classificazione alfabetica in questi casi indica prima il codice da utilizzare come diagnosi principale

Esempio: nefropatia diabetica 250.4 [583.81]
DP 250.4 diabete con complicazioni renali
DS 583.81 nefrite e nefropatia ... in malattie classificate altrove

2. Simbologia convenzionale nell'elenco sistematico

2.1 Segni di interpunzione

Nell'elenco sistematico sono utilizzati quattro tipi di segni:

[] le **parentesi quadre** racchiudono i termini alternativi, i sinonimi o le frasi di spiegazione;

() le **parentesi tonde** racchiudono i termini supplementari che possono essere presenti nella formulazione diagnostica, senza per questo influenzare l'attribuzione del codice;

: **due punti** sono usati per indicare un termine incompleto; e indicano i modificatori necessari per poter attribuire la diagnosi ad una determinata categoria;

note informative: incl./escl./codificare prima/utilizzare un codice aggiuntivo (addizionale)/codificare anche

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

Le abbreviazioni contenute sia nell'Indice alfabetico che nell'Elenco sistematico sono le seguenti:

_ 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 per le quali nella Classificazione non e' riportato un codice specifico;

_ S.A.I. "Senza altre indicazioni": l'abbreviazione S.A.I., equivalente di non specificato, dovrebbe essere utilizzata soltanto quando il codificatore non dispone delle informazioni necessarie per codificare un termine in una categoria piu' 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 una sola Diagnosi Principale (obbligatoria) e le Diagnosi Secondarie che possono essere più di una.

Nel formato SDO adottato dalla Regione Liguria possono essere inserite al massimo 7 diagnosi secondarie.

1. Definizione di Diagnosi Principale.

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.

Quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, per la codifica della diagnosi principale possono essere utilizzati i codici riportati nel Capitolo 16 Sintomi, Segni e Stati Morbosi Mal Definiti (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 nell'elenco alfabetico non possono essere utilizzate come diagnosi principali, fatte salve le eccezioni indicate nel presente manuale.

2. Diagnosi Secondarie.

Le **altre diagnosi di dimissione**, sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano significativamente il trattamento ricevuto e/o la durata di degenza. **Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate.** Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico (Art. 5 Allegato Tecnico 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 12

giudizio del medico responsabile della dimissione possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

Dalle regole sopra enunciate si evince che, a differenza della diagnosi finale riportata in cartella che viene redatta su base 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 sovrapponibili alla diagnosi clinica della cartella.**

Esempio:

Diagnosi dimissione: Frattura traumatica dell' omero e della clavicola in paziente con M. di Hodgkin

Diagnosi sulla SDO: Diagnosi Principale 812 frattura dell'omero

Diagnosi Secondaria 810 frattura della clavicola

Non viene riportata la diagnosi di m di Hodgkin in quanto non ha influenzato nè il trattamento ricevuto nè la durata di degenza.

3. 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, riportando come diagnosi principale la forma acuta (o subacuta), se risponde ai criteri di selezione della diagnosi principale.

Esempio:

Diagnosi dimissione: Cistite cronica con riacutizzazione

Codifica: Diagnosi principale: Cistite acuta 595.0

Diagnosi secondaria: Cistite cronica 595.2

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

Esempio:

491.21 Bronchite cronica ostruttiva con esacerbazione (acuta)

4. Codici combinati.

Si definisce "codice combinato" un codice utilizzato per classificare simultaneamente due diagnosi oppure una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata oppure una diagnosi insieme ad una complicazione associata . I codici combinati sono riportati come sotto-voci nell'indice alfabetico e come note di inclusione nell'elenco sistematico.

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

Esempi di codici combinati

Cardiopatía ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca 402.01

Polmonite da Candida 112.4

5. Codifica multipla.

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

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

La nota "codificare per prima la malattia di base" indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, che quello relativo alla manifestazione conseguente.

Quest'ultimo, riportato fra parentesi [] nell'indice alfabetico, non può essere utilizzato come diagnosi principale.

Esempio

484.8 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 cliniche complicanti una malattia di base. Questi codici non possono essere utilizzati come diagnosi principale.

Esempio:

Diagnosi dimissione: Gangrena in paziente diabetico

Codifica: Diagnosi principale: Diabete tipo II o non spec. con complicanze circolatorie perifer. 250.70
Diagnosi secondaria: Gangrena 785.4

6. Utilizzazione dei codici "V": fattori che influenzano lo stato di salute ed 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.

Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate.

I codici anamnestici (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero:

- ricovero per trattamento sanitario previsto e poi non eseguito (vd di seguito punto 7);
- nati vivi sani secondo il tipo di nascita (parto spontaneo, taglio cesareo).

L'uso dei **codici V** in diagnosi principale deve avvenire solamente per quelli contenuti nell'elenco appositamente predisposto (v. capitolo specifico). I rimanenti codici V, possono essere utilizzati solo per la compilazione delle diagnosi secondarie.

I codici da V71.0 a V71.9 si possono utilizzare per la codifica della diagnosi principale nei casi di osservazione per sospetto di malattia in assenza di segni e sintomi, non confermata alla dimissione.

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

7. Trattamento non eseguito per complicanze o per motivi organizzativi o decisione del paziente.

1) Quando un ricovero sia stato programmato per eseguire un particolare trattamento e questo non venga eseguito per complicanze va riportato come diagnosi principale il codice V64.1 e come diagnosi secondaria sia la complicanza sia la condizione che avrebbe determinato il trattamento.

Esempio:

Diagnosi dimissione: ernia inguinale, ricovero per riparazione ernia non eseguita per insorgenza di iperpiressia

Codifica: Diagnosi Principale: V64.1 Intervento chirurgico non eseguito per controindicazione

Diagnosi Secondaria: 780.6 Iperpiressia

Diagnosi Secondaria: 550.91 Ernia inguinale, monolaterale, ricorrente

2) Se il trattamento non è stato eseguito per motivi organizzativi o decisione del paziente va riportato come diagnosi principale il codice V64.3 "procedura non eseguita per altre ragioni" e come diagnosi secondaria la condizione che avrebbe determinato il trattamento.

8. Codici E: classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento.

I codici E 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.

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.

9. 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

Codifica: Diagnosi principale: Avvelenamento da salicilati 965.1

Diagnosi secondaria: Altre alterazioni della coscienza 780.09

10. Complicazione di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici.

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 complicazione 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 specificante la natura della complicazione.

Esempio:

Diagnosi dimissione: Emorragia successiva a cistoscopia in paziente con tumore della vescica

Codifica: Diagnosi principale: Emorragia complicante un intervento 998.11

Diagnosi secondaria: Tumore benigno della vescica 223.3

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

11. 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'elenco alfabetico indichino diversamente. I codici possibili di causa di postumo sono i seguenti:

137.__ Postumi della Tbc

138 Postumi della Poliomielite acuta

139.__ Postumi di altre malattie infettive e parassitarie

268.1 Rachitismo, postumi

326 Postumi di ascesso intracranico o di infezione da piogeni

366.5_ Postumi di cataratta

429.7 Alcuni postumi di IMA non classificati altrove

438.__ Postumi delle malattie cerebrovascolari

572.8 Altri postumi di malattie croniche del fegato

905.__ Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo

906.__ Postumi di traumatismi delle pelle e del tessuto s.c.

907.__ Postumi di traumatismi del Sistema Nervoso

908.__ Postumi di altri e NS traumatismi

909.__ Postumi di altre e NS cause esterne

Nota: 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 905.0 a 909.9). Alcuni postumi sono riportati nell'elenco alfabetico alla voce "tardivo"

Esempio:

Diagnosi dimissione: Consolidamento difettoso di frattura di arto inferiore

Codifica: Diagnosi principale: Viziosa saldatura di frattura 733.81

Diagnosi secondaria: Postumi di fratture di arti inferiori 905.4

12. Ustioni.

Per le ustioni è prevista una classificazione (codici 940-949) che considera sede, gravità ed 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

Codifica: Diagnosi principale: Perdita dell'epidermide e del derma [terzo grado SAI], sedi multiple del polso e della mano 944.38

Diagnosi secondaria: Ustione coinvolgente meno del 10% della superficie corporea, ustioni di

13. Traumi multipli.

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

14. 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.

Esempio:

Diagnosi dimissione: *ricovero* prima del parto per infezione da HIV

Codifica: Diagnosi principale: 647.63 altre malattie virali, condizione o complicazione ante-partum
Diagnosi secondaria: 042 infezione da virus HIV

Interventi e Procedure

Nella SDO vanno inseriti un Intervento chirurgico Principale e, se presenti, gli interventi/procedure ulteriori .

Nel formato SDO adottato dalla Regione Liguria possono essere inserite al massimo 7 interventi/procedure oltre al principale.

ATTENZIONE: nel caso di pazienti che sono stati degenti in più reparti dello stesso Presidio Ospedaliero il medico dimettente deve codificare nella SDO anche gli interventi e le procedure effettuati in reparti diversi da quello di dimissione, se rilevanti.

1. 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 nella cartella clinica vengono indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai 6 previsti dalla struttura della S.D.O., la scelta delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo

comunque conto del **seguito ordine decrescente di priorità**:

I. interventi chirurgici a cielo aperto

II. interventi per via endoscopica e/o laparoscopica

III. procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):

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

IV. procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica)

V. procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nelle rubriche tra 00 e 86 (es. Gastroscofia)

VI. altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nelle rubriche da 87 a 99), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (radioterapia, RMN, TAC ...).

2. Codici combinati

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

Esempio:

Parto con forcipe alto, con episiotomia: 72.31

3. 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.

Esempi:

Intervento eseguito: Intervento per applicazione di pace-maker permanente

Codifica: Intervento principale: Inserzione iniziale di elettrodo non altrimenti specificato 37.70

Intervento/procedura secondario: Inserzione di PM permanente, iniziale o sostituzione, tipo di strumento non specificato 37.80

4. 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:

Intervento eseguito: Appendicectomia in corso di Ovariectomia

Codifica: Interv. principale: Ovariectomia laparoscopica monolaterale 65.31

Interv. secondario: Appendicectomia laparoscopica in corso di intervento 47.11

5. 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: escissioni di lesioni cutanee).

Esempi:

- **Intervento eseguito : Intervento per ernia inguinale bilaterale**

Codifica: Riparazione bilaterale di ernia inguinale 531.1

- **Intervento eseguito: Protesi di ginocchio bilaterale nel corso del medesimo intervento**

Codifica: Sostituzione totale del ginocchio (dx) 81.54

Sostituzione totale del ginocchio (sin) 81.54

6. Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento

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

Ad **esempio:**

51.22 Colectomia

51.23 Colectomia per via laparoscopica

51.88 Rimozione endoscopica di calcoli del tratto biliare

65.01 Ovariectomia laparoscopica

65.09 Altra ovariectomia

98.52 Litotripsia extracorporea della colecisti e/o dotto biliare

Nel caso non esista un codice che individui specificamente l'approccio endoscopico o quello laparoscopico, si ricorre alla codifica multipla riportando sia il codice dell'intervento (come principale) che quello dello specifico approccio utilizzato (come codice aggiuntivo). In assenza del codice che indichi la specifica procedura chiusa, si utilizzi il codice 54.21 anche per sedi diverse dall'addome.

Quando un intervento chirurgico, inizialmente avviato per via laparo o toracosopia, 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 chiuso convertito in intervento a cielo aperto" e le ulteriori specifiche.

7. Biopsie

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

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

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

7.1 Biopsie chiuse

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

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

7.2 Biopsia Osteomidollare o Carotizzazione Ossea

Si precisa che le **biopsie osteomidollari** effettuate per via **percutanea** con **agoaspirazione** vanno codificate **esclusivamente** con il codice **41.31 Biopsia del midollo osseo**; se effettuate a **cielo aperto** vanno codificate **esclusivamente** con i codici della categoria **77.4_ Biopsia dell'osso**.

La sottocategoria **77.40** non dovrebbe mai essere utilizzata in quanto poco specifica.

7.3 Biopsia Stereotassica

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

8. Prestazioni ricevute in ospedali diversi da quello di ricovero

Durante la degenza, è possibile che al paziente siano erogate prestazioni strumentali da parte di un presidio ospedaliero diverso da quello in cui il paziente è ricoverato. Tipico esempio è rappresentato dalle prestazioni di cardiologia interventistica. Gli interventi effettuati vanno codificati dall'ospedale presso il quale il paziente è degente; in tal caso, però, uno dei campi relativi alle diagnosi secondarie deve anche riportare il codice V63.8 "Altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici".

MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

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

AGGIORNAMENTO ICD-9-CM 2007

nuovi codici: 12 *
revisionati : 3
cancellati : 1

* Descrizione codici

040.82 Sindrome dello shock tossico
066.4 Febbre del Nilo Occidentale
079.82 SARS-Coronavirus associato
066.40 Febbre del Nilo Occidentale non specificata
066.41 Febbre del Nilo Occidentale con encefalite
066.42 Febbre del Nilo Occidentale con altre complicazioni neurologiche
066.49 Febbre del Nilo Occidentale con altre complicazioni
070.70 Epatite virale C non specificata senza menzione di coma epatico
070.71 Epatite virale C non specificata con coma epatico
052.2 Mielite post-varicella
053.14 Mielite da Herpes Zoster
054.74 Mielite da Herpes Simplex

dal capitolo Traumatismi e avvelenamenti: nuovi codici correlabili al presente capitolo

995.9 Sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS)
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

La codifica della diagnosi di malattia infettiva deve essere specifica ed indicare, quando possibile, il microrganismo responsabile, il sito d'infezione ed eventuali

condizioni associate. Per classificare correttamente le malattie infettive è necessaria una dettagliata ricerca nell'indice alfabetico:

- in alcune situazioni è sufficiente un solo codice per indicare la patologia in questione;
- altre volte, invece, per codificare sia la patologia sia il germe responsabile, sono necessari più codici.

Per ottenere un buon livello di dettaglio si raccomanda di:

- pervenire alla scelta del codice utilizzando in maniera integrata sia l'indice alfabetico che l'elenco sistematico;
- privilegiare i codici a 5 o 4 caratteri, utilizzando i codici a 3 caratteri solo quando non esistono valide alternative;
- seguire scrupolosamente le indicazioni della classificazione ICD-9-CM, in particolare quelle riguardanti i codici aggiuntivi con la relativa sequenza;
- preferire i codici che individuano il microrganismo responsabile dell'infezione ai codici che descrivono aspetti meno specifici della malattia (ad esempio, il decorso);
- evitare, in presenza di codici alternativi, l'impiego dei codici della categoria 009._ e dei codici con il 9 come quarto ed ultimo carattere, in quanto poco specifici.

Stato di portatore o portatore sospetto di malattie infettive

In assenza di manifestazioni cliniche, 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*.

Tubercolosi (Cat. 010-018)

Esistono codici specifici per sede anatomica (polmonare, app. respiratorio, meningi e sist. nervoso centrale, app. digerente, osteomuscolare, genitourinario) e tipo di tubercolosi (primaria, miliare).

La *quinta cifra* è prevista per indicare il metodo usato per porre diagnosi di tubercolosi:

- .0 non specificato
- .1 esame batteriologico o istologico non eseguito
- .2 esame batteriologico o istologico eseguito, ma con risultato non disponibile
- .3 esame microscopico positivo (in espettorato)
- .4 esame microscopico negativo (in espettorato), ma con esame colturale positivo
- .5 esame batteriologico negativo (in espettorato), ma tubercolosi confermata istologicamente
- .6 esame batteriologico o istologico negativo (in espettorato), ma tubercolosi confermata con altri metodi.

Setticemia (Cat. 038)- **SIRS - Sepsi**

La setticemia è un quadro infettivo dovuto alla presenza nel sangue di microrganismi patogeni o tossine.

La categoria è ulteriormente specificata dalla quarta e *quinta* cifra, ad indicare i microorganismi responsabili (es.: setticemia da staf. aureo 038.11). Altre setticemie sono classificate con cod. 112.5 (Candidiasi disseminata) e cod. 054.5 (Setticemia erpetica).

La condizione di **shock settico** è spesso una componente della setticemia, per cui nel caso in cui si documenti la setticemia o la sepsi generalizzata con shock settico, si dovranno utilizzare prima il cod. 038.- e poi il cod. 785.52.

La nuova versione ICD-9-CM 2007 riporta nuovi codici specifici relativi alla **SIRS** (Sindrome da risposta infiammatoria sistemica) e alla **Sepsi**. Mentre la SIRS è una risposta infiammatoria sistemica che può avere o meno origine infettiva, la sepsi è una SIRS dovuta a infezione. La sepsi può presentarsi senza insufficienza d'organo (995.91) o con insuff. d'organo (995.92), in quest'ultimo caso va associato, in diagnosi secondaria, il codice relativo all'insufficienza d'organo (es.: insuff. renale 5845 e/o shock settico 78552). **In tutti i casi la patologia di base, infettiva o non infettiva (es.: pancreatite acuta), va riportata in diagnosi principale.**

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.

Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata

(Categorie 041 Batteriche e 079 da virus e Chlamydiae)

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

I codici di queste categorie possono essere assegnati come diagnosi principale solo quando la natura o il sito di infezione non sono specificati oppure in quei rari casi in cui è così indicato nell'Indice Alfabetico (Infezione batterica NIA).

Infezione da HIV, virus dell'immunodeficienza umana:

L'infezione sintomatica da virus dell'immunodeficienza umana viene descritta con un unico codice 042 che comprende:

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

Il codice 042 deve essere utilizzato in **diagnosi principale** con codici aggiuntivi per indicare tutte le manifestazioni cliniche, a meno che il ricovero avvenga per una patologia del tutto non correlata ad HIV (esempio trauma). N.B.: lo stato di **sieropositività asintomatico** corrisponde al codice V08.

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

Nel caso di pazienti con **HIV** ricoverate per **gravidanza, parto o puerperio**, in diagnosi principale occorre utilizzare il codice 647.6 _ *Altre malattie virali in gravidanza* e in diagnosi secondaria il codice 042 per la paziente con HIV sintomatico, o il codice V08 per la paziente sieropositiva asintomatica.

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

Infezioni del neonato (v. anche capitolo "altre condizioni morbose di origine perinatale):

il ricovero del neonato da madre affetta da malattie infettive, come ad esempio HIV, epatite, toxoplasmosi , che avvenga entro il primo anno di vita, va descritto

utilizzando in diagnosi principale il codice 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato* ed in diagnosi secondaria il codice che descrive lo specifico stato infettivo (per HIV V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana*, per epatite V02.6_ *Portatore o portatore sospetto di epatite virale*, per la toxoplasmosi V02.9 *Portatore o portatore sospetto di altro microrganismo specificato*).

Se invece il neonato è affetto da infezioni congenite, vanno utilizzati in diagnosi principale i codici della categoria 771._ *Infezioni specifiche del periodo perinatale*, ed in diagnosi secondaria il codice della malattia (esempio per epatite 070._ _ , per HIV 042, per toxoplasmosi 130._).

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. Nell'ambito delle categorie appartenenti al blocco *Postumi malattie infettive e parassitarie* (137-139) , non esistendo un codice che identifichi univocamente i **postumi di epatite virale**, deve essere utilizzato il codice 139.8 *Postumi di altre e non specificate malattie infettive e parassitarie*.

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

Osteomieliti e spondilodisciti

Ove non presenti codici specifici, i casi di spondilodiscite di natura infettiva, essendo l'osteomielite la componente principale del quadro clinico, vanno segnalati impiegando il codice 730.08 (*Osteomielite acuta, altre sedi specificate*).

Discite:

1) Spontanea:

- cod. 722.9_ "Altre e non specificate patologie del disco" come diagnosi principale (la quinta cifra identifica la sede);
- cod. 041.1_ "Infezione stafilococcica in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata" come diagnosi secondaria riportare il codice di infezione da stafilococco, se presente.

2) TBC della colonna vertebrale:

- cod. 015.0_ "Tubercolosi della colonna vertebrale" come diagnosi principale;
- cod. 722.9_ "Altre e non specificate patologie del disco" come diagnosi secondaria.

3) Post-operatoria:

- cod. 998.59 "Altra infezione post-operatoria" come diagnosi principale;
- cod. 722.9_ "Altre e non specificate patologie del disco" come diagnosi secondaria.

Polmoniti (v. anche capitolo "malattie dell' apparato respiratorio"):

N.B:Le regole per codificare le polmoniti sono descritte nel capitolo delle malattie dell'apparato respiratorio delle Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM delle SDO.

Poiché il versamento pleurico di lieve entità può essere considerato parte integrante del quadro clinico di polmonite, non deve essere segnalato in diagnosi secondaria sulla base del semplice riscontro radiologico, ma solo nei casi in cui abbia richiesto uno specifico impegno diagnostico-terapeutico.

Un'eventuale insufficienza respiratoria va segnalata in diagnosi secondaria solo in presenza di una chiara documentazione emogasanalitica.

Infezioni urinarie (v. cap. mal. app. genitourinario):

L'infezione urinaria deve essere codificata solo nei casi in cui la diagnosi sia documentata attraverso un'urinocoltura. Invece, la semplice batteriuria asintomatica può essere codificata con il codice 791.9.

Altre indicazioni:

È da evitare l'impiego in diagnosi principale di alterazioni evidenziate da **dati di laboratorio** (ad esempio alterazioni emocromocitometriche, ipogammaglobulinemia, ecc.), in quanto comuni a molte patologie infettive acute e, quindi, aspecifiche.

È da evitare l'impiego in diagnosi principale di codici inerenti manifestazioni quali le linfadenopatie locoregionali quando rappresentano reperti semeiologici di infezioni d'organo.

Postumi delle malattie infettive e parassitarie

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

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

Il codice relativo alla natura del postumo deve essere riportato per primo, quello relativo alla causa in diagnosi secondaria.

Esempi:

Artropatia in postumi di poliomielite acuta:

Diagnosi principale: 716.9_ "Artropatia non specificata";

Diagnosi secondaria: 138 "Postumi della poliomielite acuta".

TUMORI

Diagnosi aggiunte:

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

Si segnalano inoltre le seguenti codifiche (malattie del sangue di interesse oncologico):

- 288.03 Neutropenia indotta da farmaci
- 288.04 Neutropenia dovuta a infezione
- 288.50 Leucocitopenia non specificata
- 288.51 Linfocitopenia
- 288.60 Leucocitosi non specificata
- 288.61 Linfocitosi sintomatica

Diagnosi eliminate:

238.7 tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed ematopoietici

1. Tumori (140-239)

I codici da attribuire alle diagnosi di tumore sono riportati nella tavola sinottica del manuale ICD-9-CM dove le neoplasie sono elencate in ordine alfabetico e per sede. Per ciascuna sede sono indicati sei possibili codici, a seconda che la neoplasia in questione sia maligna, primitiva, secondaria, in situ, benigna, di comportamento incerto o di natura non specificata (da utilizzare solo nei rari casi in cui non sia possibile indicare la natura del tumore).

Esempio: neoplasia epatica

MALIGNO			BENIGNO	COMPORTAMENTO INCERTO	NATURA NON SPECIFICATA
PRIMARIO	SECONDARIO	IN SITU			
155.0	197.7	230.8	211.5	235.3	239.0

Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico: (200-208)

- Per le categorie 200-202 la quinta cifra indica la sede interessata:
Esempio:
granuloma di Hodgkin:201.1
granuloma di Hodgkin linfonodi pelvici: 201.16

- Per le categorie da 203 a 208 la quinta cifra indica se la malattia è in remissione o meno
Esempio:
leucemia mieloide acuta: 205.0
leucemia mieloide acuta in remissione: 205.01

1.1 Ricovero per osservazione per sospetto tumore maligno

Quando le indagini effettuate non consentono di formulare una diagnosi di tumore, va utilizzato come diagnosi principale il codice V71.1 (osservazione per sospetto di tumore maligno); in presenza di altra patologia o comunque di sintomo rilevante, è da preferire come diagnosi principale la patologia accertata ovvero il sintomo che ha condotto al ricovero.

1.2 In caso di ricovero finalizzato esclusivamente al trattamento di una complicanza dovuta al tumore, la complicanza va codificata come diagnosi principale e il tumore (o l'anamnesi di neoplasia) vanno indicate come diagnosi secondaria.

In caso di ricovero per patologia acuta indipendente dal tumore, va indicata come diagnosi principale quella della patologia acuta.

Esempio: flutter atriale in paziente con tumore maligno della prostata

Diagnosi dimissione	Flutter atriale in portatore di adenocarcinoma della prostata	codice
Diagnosi principale	Flutter atriale	427.32
Diagnosi secondaria	Adenocarcinoma prostata	185

1.3 In caso di ricovero per trattamento diretto esclusivamente alla localizzazione metastatica, anche in presenza della neoplasia primitiva, va codificata come diagnosi principale la lesione secondaria. Nel caso il ricovero sia finalizzato prevalentemente ad eseguire radioterapia o chemioterapia della lesione secondaria, la diagnosi principale deve essere codificata con i codici V58.0 o V58.1.

1.4 Chemioterapia e radioterapia.

Quando un paziente è ricoverato per effettuare prevalentemente o esclusivamente Radioterapia (V58.0) o Chemioterapia (V58.1), queste vanno indicate come diagnosi principale. Il codice V58.1 va utilizzato anche per ricoveri per terapie endocavitarie peritoneali, intrapleuriche, intravescicali (compreso BCG) e intrarachidee. L'utilizzo di chemioterapici va indicato tra le procedure con il codice 99.25. In caso di impianto di elementi radioattivi utilizzare il codice 92.27;

In caso iniezione di radioisotopi utilizzare il codice 92.28.

In caso di altre procedure radioterapiche utilizzare il codice 92.29

In caso di radiochirurgia stereotassica (92.3X) codificare anche l'applicazione del casco (93.59)

1.5 In caso di ricovero per cure palliative, la diagnosi principale deve essere codificata utilizzando il codice V66.7 (cure palliative) (non va codificato il tumore come diagnosi principale). *La diagnosi di tumore può essere utilizzata come secondaria.*

1.6 In caso di ricovero per terapia del dolore cronico, utilizzare come diagnosi principale V5869 (uso a lungo termine in corso di altre cure – cure ad alto rischio) e la procedura idonea a descrivere l'inserimento del catetere (es. 03.90 – inserzione di catetere nel canale vertebrale) oppure il codice V5882 (collocazione di catetere non vascolare non classificato altrove).

1.7 La cachessia neoplastica può essere codificata come diagnosi principale utilizzando convenzionalmente il codice 199.0. In caso di decesso, non va utilizzato il codice relativo all'arresto cardiaco (4275).

1.8 Ricovero finalizzato al follow-up del paziente oncologico.
In caso di ripresa di malattia (ricidiva o metastasi) codificare come diagnosi principale il tumore, in caso di negatività utilizzare come diagnosi principale il codice V10._ (anamnesi personale di tumore maligno).

1.9 Procedure con accessi chirurgici

- Inserimento di "port a cath". Fatte salve valutazioni di appropriatezza del setting assistenziale individuato, va utilizzata la seguente la codifica: diagnosi principale V58.81 (collocazione e sistemazione di catetere vascolare); procedura: 86.07 (inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile). Nel caso si inserimento di catetere venoso centrale tunnellizzato utilizzare il codice 38.93 tra le procedure.

- Chemoembolizzazione o alcolizzazione di tumore.

Indicare come diagnosi principale il tumore o la lesione secondaria.

Indicare tra le procedure:

99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche non classificate altrove

38.91 cateterismo arterioso (in caso di tumore epatico: + 50.94 – altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato)

- Per la termoablazione di tumore epatico:

99.85 Ipertermia per il trattamento del tumore

50.29 Altra demolizione di lesione del fegato

- Metodica "stop flow" per l'infusione loco-regionale di chemioterapico (DRG 407)
Diagnosi principale V58.1

- 38.08 incisione di arterie dell'arto inferiore
- 38.91 cateterismo arterioso
- 99.25 iniezione di sostanza chemioterapia per tumore non classificata altrove
- 39.97 altra perfusione

1.10 Ricovero per inserimento protesi o espansore nella mammella
Per il ricovero finalizzato all'inserimento di protesi o espansore nella mammella utilizzare come diagnosi principale il codice V52.4 (collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario), come diagnosi secondaria V10.3 (anamnesi personale di tumore mammario); tra le procedure utilizzare i codici che descrivono l'intervento effettuato.

1.11 Se nel ricovero finalizzato alla rimozione del tumore viene asportato il linfonodo sentinella, utilizzare tra le procedure il codice 40.2_ (asportazione semplice di strutture linfatiche es. 40.22 Asportazione di linfonodi mammari interni) e segnalare la eventuale linfografia (88.34 arto superiore; 88.36 arto inferiore). In caso di positività del linfonodo, codificare anche la metastasi linfonodale (196._)

1.12 In caso di ricovero per l'asportazione del solo linfonodo sentinella:
- se negativo → Diagnosi principale la neoplasia precedentemente asportata (V10._) e nelle procedure i codici relativi agli interventi sul sistema linfatico (40._ _)
- se positivo → Diagnosi principale la metastasi linfonodale (196._) e diagnosi secondaria il codice V10._ (anamnesi personale di tumore) e nelle procedure i codici relativi agli interventi sul sistema linfatico (40._ _)

1.13 Rimozione profilattica della mammella o dell'ovaio
Utilizzare come diagnosi principale il codice V50.41 (mammella) oppure V5042 (ovaio).

MALATTIE DELLE ghiandole ENDOCRINE, DELLA NUTRIZIONE E DEL METABOLISMO

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

AGGIORNAMENTO ICD-9-CM 2007

nuovi codici: 29 *

revisionati : 41

cancellati : 5

* Descrizione codici

252.00 Iperparatiroidismo non specificato

252.01 Iperparatiroidismo primario

252.02 Iperparatiroidismo secondario, di origine non renale

252.08 Altri iperparatiroidismi

255.10 Iperaldosteronismo, non specificato

255.11 Aldosteronismo glucocorticoide dipendente

255.12 Sindrome di Conn

255.13 Sindrome di Bartter

255.14 Altri aldosteronismi secondari

259.5 Sindrome da resistenza androgenica

273.4 Deficit di Alfa-1 Antitripsina

276.50 Deplezione di volume, non specificato

276.51 Disidratazione

276.52 Ipovolemia

277.02 Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari

277.03 Fibrosi cistica con manifestazioni gastrointestinali

277.09 Fibrosi cistica con altre manifestazioni

277.30 Amiloidosi, non specificata

277.31 Febbre mediterranea familiare

277.39 Altra amiloidosi

277.81 Deficienza primaria di carnitina

277.82 Deficienza di carnitina da errori congeniti del metabolismo

277.83 Deficit iatrogeno di carnitina

277.84 Altri deficit secondari di carnitina

277.85 Disordini dell'ossidazione degli acidi grassi

277.86 Disordini dei perossisomi

277.87 Disordini del metabolismo mitocondriale

277.89 Altri specifici disordini del metabolismo

278.02 Sovrappeso

DIABETE

Diabete mellito 250._ _

N.B.: Poiché la selezione della diagnosi principale di dimissione deve essere effettuata sulla base delle circostanze che determinano e caratterizzano il ricovero ospedaliero, in linea generale la patologia diabetica va selezionata come diagnosi principale solo nei ricoveri per i quali essa risulti essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche:

Esempi di codifica:

Paziente con diabete non complicato ricoverato per trauma cranico commotivo:

Diagnosi Principale: 850._ *Commozione cerebrale*

Diagnosi Secondaria: 250.0_ *Diabete senza menzione di complicanze*

Paziente diabetico ricoverato per neuropatia sensitiva iperalgica:

Diagnosi Principale: 250.6_ *Diabete con complicanze neurologiche*

Diagnosi Secondaria: 357.2 *Polineuropatia diabetica*

Codifica del "piede diabetico" (paziente diabetico con ulcerazioni dell'arto inferiore)

Diagnosi Principale: 250.70 = *diabete non specificato non scompensato con complicanze circolatorie periferiche*

Diagnosi Secondaria 1: 443.81 *angiopatia periferica in malattie classificate altrove*

Diagnosi Secondaria 2: 707.1 *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito*

nota: l'eventuale utilizzo di gel piastrinico per il trattamento delle ulcere va codificato con 86.69 *altro innesto di cute su altre sedi*

A) Le complicanze: Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza. Queste ultime devono essere codificate utilizzando i codici 648.0_ *Diabete mellito complicante la gravidanza parto o puerperio*, o 648.8_ *Alterata tolleranza al glucosio complicante gravidanza parto o puerperio*.

N.B.: si raccomanda, per la descrizione dei casi di diabete con complicanze, di individuare con accuratezza i corrispondenti specifici codici (da 250.4_ a 250.8_), evitando l'uso improprio e generico del codice 250.0_ in diagnosi principale.

B) Il diabete scompensato: il quinto carattere del codice identifica il tipo di diabete e se è controllato o scompensato:

0 - tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, non definito se scompensato;

1 - tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), non definito se scompensato

2 - tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, scompensato

3 - tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), scompensato.

N.B.: Il diabete è codificabile come scompensato solo se il medico lo ha diagnosticato esplicitamente come tale.

N.B.: La distinzione fra diabete tipo 1 e tipo 2 non deve basarsi sul ricorso o meno alla terapia insulinica, sulla presenza o assenza di obesità, sull'età alla diagnosi o sulla presenza o assenza di chetosi. Il diabete tipo 1 è una malattia su base autoimmune caratterizzata da rapida perdita della capacità secretoria beta cellulare pancreatiche. Al contrario il diabete tipo 2 si caratterizza per la più spiccata familiarità e per l'associazione con condizioni quali l'ipertensione arteriosa, l'ipertrigliceridemia e i bassi livelli di colesterolo HDL. In questa forma di diabete la componente autoimmune è

assente e, anche se ad un certo punto si rende necessario il ricorso alla terapia insulinica per il controllo della malattia, la funzione beta cellulare non viene persa del tutto.

- **Diabete senza menzione di complicanze 250.0_ .**

- **Complicazioni metaboliche acute:**

250.1_ *Diabete con chetoacidosi*

250.2_ *Diabete con iperosmolarità*

250.3_ *Diabete con altri tipi di coma.*

- **Complicazioni croniche o a lungo termine:**

250.4_ *Diabete con complicanze renali*

250.5_ *Diabete con complicanze oculari*

250.6_ *Diabete con complicanze neurologiche*

250.7_ *Diabete con complicanze circolatorie periferiche*

250.8_ *Diabete con altre complicanze specificate.*

- **Diabete con complicazioni non specificate** deve essere utilizzato il codice 250.9_

Le complicanze metaboliche acute del diabete (acidosi, chetosi ed iperosmolarità), indicate con i codici 250.1- 250.3, devono essere codificate sulla base di un ben definito quadro clinico che abbia richiesto l'adozione di appropriate misure diagnostiche e di specifici provvedimenti terapeutici:

Le complicazioni croniche o a lungo termine del diabete (a carico del rene, degli occhi, del sistema nervoso, *del* sistema circolatorio periferico, ecc.), indicate con i codici 250.4-250.8, richiedono una doppia codifica: la prima per il diabete (seguendo la regola presente sul manuale ICD-9-CM 2002 che prevede di indicare, in caso di complicanze del diabete, la patologia di base come diagnosi principale), la seconda per la patologia associata:

Esempio di codifica:

Paziente con diabete di tipo 2 ricoverato per claudicatio intermittens

Diagnosi principale 250.7_ *Diabete con complicanze circolatorie periferiche*

Diagnosi Secondaria 443.81 *Angiopatia diabetica periferica*

Diagnosi Secondaria 440.21 *Arteriosclerosi delle arterie degli arti con claudicatio intermittens*

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: utilizzare il codice 366.1_ *Cataratta senile* in diagnosi principale e il codice di Diabete in diagnosi secondaria.

Cataratta diabetica: utilizzare il codice 250.5_ *Diabete con complicazioni oculari* in diagnosi principale e il codice 366.41 *Cataratta diabetica* in diagnosi secondaria.

Diabete con manifestazioni renali

Quando la patologia renale che complica il diabete progredisce in insufficienza renale la diagnosi può richiedere una triplice codifica, una per il diabete (codice 250.4_), una per la patologia temporaneamente in corso (es. codice 581.81) ed una per la patologia finale (es. codice 585).

Nel caso di diabete con **molteplici complicanze**, ciascuna di esse deve essere opportunamente codificata secondo le regole di selezione della diagnosi principale. In caso di **diabete latente** usare il codice 790.2 *Curva da carico al glucosio alterata*, con esclusione delle complicazioni di gravidanza, parto o puerperio (648.8_).

Diabete gestazionale

In caso di diabete gestazionale si ricorre alla categoria 648.8 *Altre condizioni morbose in atto della madre complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio*: alterata tolleranza al *glucosio*, utilizzando la quinta cifra per indicare se la situazione è diagnosticata prima del parto, durante il parto o dopo il parto.

Gravidanza in diabetica

In caso di gravidanza in diabetica, va utilizzato un codice della categoria 648.0 *Altre condizioni morbose in atto della madre complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio*: *diabete mellito*, utilizzando anche in questo caso la quinta cifra per indicare se la situazione è diagnosticata prima del parto, durante il parto o dopo il parto.

Condizioni morbose acute in paziente diabetico

Le condizioni morbose altamente rilevanti sul piano clinico che possono intervenire nel paziente diabetico ma che possono anche occorrere in modo del tutto indipendente da tale malattia (quali infarto del miocardio, ictus cerebrale, broncopolmonite, infezione batterica urinaria, sepsi, flemmone o ascesso, osteomielite acuta, colecistite enfisematosa), ove rappresentino il principale evento trattato durante il ricovero, devono essere codificate come diagnosi principale, dal momento che il diabete può essere considerato alla stregua di una comorbidità:

Diabete secondario

Il diabete secondario è descritto dai codici della categoria 251.

- Diabete provocato da terapia con steroidi deve essere codificato con il codice 251.8 *Altri disturbi della secrezione interna pancreatico* in diagnosi principale a meno che il diabete sia stato provocato da dosi eccessive assunte per errore (962.0 *avvelenamento da adrenocorticosteroidi*)
- Se è la conseguenza della rimozione chirurgica del pancreas è descritto con il codice 251.3 (Ipoinsulinemia postchirurgica).
- Nel caso di diabete mellito secondario ad estesa distruzione del pancreas dovuta a processi flogistici, traumatici o neoplastici va utilizzato il codice 251.8 (Altri disturbi specificati della secrezione insulare pancreatico) accompagnato dal codice della patologia pertinente (es. pancreatite cronica: 577.1). Il codice 251.8 descrive anche il diabete secondario a farmaci. Tale codice deve essere impiegato solo se lo stato diabetico non preesisteva al protratto uso di farmaci ad azione controinsulare (quali gli steroidi) e sarà seguito dalla diagnosi secondaria 909.5 (Postumi di effetti sfavorevoli di farmaci).

Ipoglicemie

L'ipoglicemia può aver luogo sia in corso di diabete che in soggetti non diabetici e può essere dovuta a molteplici circostanze. La codifica di tale condizione è pertanto molto articolata ai fini della corretta rilevazione epidemiologica:

- l'ipoglicemia non associata a coma in diabetico è descritta con il codice 250.8_. Tale codifica deve essere adottata anche nel caso in cui il ricovero sia stato indotto da una condizione di instabilità metabolica caratterizzata da ripetuti episodi ipoglicemici minori;
- il coma ipoglicemico **dovuto ad incidente terapeutico da insulina** o dai

antidiabetici orali è codificato 962.3 (Avvelenamento da insulina e/o antidiabetici). Tale diagnosi principale nel diabetico deve essere seguita dalla codifica 250.3 (Coma ipoglicemico) come diagnosi secondaria;

- il coma ipoglicemico in un paziente non diabetico è descritto con la codifica 251.0, mentre l'ipoglicemia, senza coma, da inappropriata secrezione endogena di insulina in un non diabetico è descritta con la codifica 251.1;
- l'ipoglicemia "reattiva" o non altrimenti specificata è descritta con il codice 251.2.

MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI

L'utilizzo dell'ICD-9-CM può risultare difficoltoso in un ambito in continua evoluzione quale quello delle malattie del sangue e degli organi emopoietici. Il capitolo presenta i seguenti codici:

- o anemie da carenza (280-281) dove la quarta cifra ne specifica la causa;
- o anemia emolitica (282-283);
- o anemia aplastica (284): questo codice non va utilizzato ogniqualvolta vi sia il dubbio una anemia iporigenerativa, ma solo a seguito di esame istologico mediante biopsia osteomidollare associato ad quadro emocromocitometrico ben definito
- o altre e non specificate (285). E' importante distinguere la perdita ematica cronica da quella acuta, in quanto la prima ha codice 285.2_, con la quinta cifra che specifica il tipo di malattia cronica, la seconda 285.1; nel caso in cui la perdita ematica avvenga dopo intervento chirurgico non ne sarà necessariamente una complicanza e quindi non dovrà essere codificata prima di averne approfondito la causa;
- o difetti della coagulazione (286). Il codice *286.5 disturbo da anticoagulanti circolanti* deve essere utilizzato solo nei casi in cui è effettivamente presente un disturbo emorragico (escluse le condizioni di emofilia o traumatismo) e non per descrivere l'assunzione o la somministrazione di anticoagulanti;
- o porpora ed altre condizioni emorragiche (287);
- o malattie dei globuli bianchi (288); compresa la neutropenia dei pazienti sottoposti a chemioterapia;
- o altre malattie del sangue e degli organi emopoietici (289).

L'anemia complicante gravidanza, parto e puerperio si codifica con i codici 648.2_; l'anemia emolitica del neonato con i codici 773._.

Il codice 238.71 deve essere utilizzato per codificare la trombocitemia essenziale

La **sindrome mielodisplasica** si codifica con i codici dal 238.72 al 238.76:

- o 238.72 Sindrome mielodisplastica con lesioni a basso grado
- o 238.73 Sindrome mielodisplastica con lesioni ad alto grado
- o 238.74 Sindrome mielodisplastica con delezione 5q

escluso: Delezione congenita 5q (758.39)

Sindrome mielodisplastica ad alto grado con delezione 5q (238.73)

o 238.75 Sindrome mielodisplastica, non specificata

o 238.76 Mielofibrosi con metaplasia mieloide

escluso: Mielofibrosi SAI (289.83)

Anemia mieloftisica (284.2)

Mieloftisi (284.2)

Mielofibrosi secondaria (289.83)

Il **trapianto di midollo osseo o di cellule staminali** è descritto dai gruppi di **codici intervento** da 41.00 a 41.09, che in linea di massima vanno codificati come intervento principale; occorre differenziare le forme con *purging* da quelle senza *purging*.

Al di fuori di indicazioni specificamente oncologiche, l'**infusione di cellule staminali autologhe** deve essere codificata con *99.09 infusione di altre sostanze*.

L'**aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto** si codifica con *41.91 aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto* (sia per autotrapianto che allotrapianto).

Il **prelievo di cellule staminali** è rappresentato dal codice *99.79 altre aferesi terapeutiche* (sia per autotrapianto che allotrapianto).

DISTURBI PSICHICI

Demenze

DEMENZA IN MALATTIA DI ALZHEIMER

Per la demenza in malattia di Alzheimer va codificata in diagnosi principale la malattia ed in diagnosi secondaria la demenza, impiegando il codice 294.1.

Diagnosi principale	Diagnosi secondaria
331.0 Malattia di Alzheimer	294.1 Demenza in condizioni morbose classificate altrove

Quando la demenza si manifesta con un episodio psicotico acuto utilizzare i codici 290.20 o 290.21 o 290.3 come diagnosi secondaria.

DEMENZA DI ORIGINE VASCOLARE (MULTINFARTUALE)

In questi casi vanno codificate in diagnosi principale la demenza (290.4) ed in diagnosi secondaria le vasculopatie cerebrali impiegando i codici 437._.

Diagnosi principale	Diagnosi secondaria
290.4_ Demenza vascolare	437._Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali

DEMENZA IN ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE

Quando la demenza è conseguenza di una patologia specifica (ad esempio, corea di Huntington), in diagnosi principale va codificata la malattia di base ed in diagnosi secondaria la demenza con il codice 294.1.

DEMENZE DEGENERATIVE NON DOVUTE A MALATTIA DI ALZHEIMER

In diagnosi principale si usa il codice 331.2 (degenerazione senile dell'encefalo).

STATO CONFUSIONALE ACUTO NON RICONDUCEBILE AD ALCUNA PATOLOGIA

Si descrive con il cod. 293.0 (delirium da condizioni patologiche classificate altrove), che è accettato dal grouper come diagnosi principale nonostante la nota.

Sindromi psicotiche indotte da alcool

DIPENDENZA DA ALCOOL ED INTOSSICAZIONE ACUTA

Usare i seguenti codici:

diagnosi
303.9 dipendenza da alcool
303.0 dipendenza con intossicazione acuta da alcool
305.0 intossicazione acuta da alcool senza dipendenza
980.0 intossicazione accidentale da alcool

I disturbi psicotici associati all'alcool, se presenti durante il ricovero, devono essere segnalati in diagnosi principale impiegando la specifica categoria di codici 291.__. La dipendenza da alcool e/o la presenza di uno stato di intossicazione acuta vanno invece codificate in diagnosi secondaria sulla base delle indicazioni precedentemente riportate.

Psicosi indotte da droghe

DIPENDENZA E ABUSO

La classificazione ICD-9-CM distingue tra la dipendenza da droghe e l'abuso di droghe senza dipendenza.

diagnosi
304.__ dipendenza da droghe
305.__ abuso da droghe senza dipendenza

DISTURBI PSICOTICI INDOTTI DA DROGHE

I disturbi psicotici indotti da droghe, se presenti durante il ricovero, devono essere segnalati in diagnosi principale impiegando la specifica categoria di codici 292.__. La dipendenza o l'abuso vanno invece codificati in diagnosi secondaria.

Se si è in presenza di un'intossicazione accidentale da droghe, questa va codificata in diagnosi principale, ricercando il codice specifico tra quelli presenti in "Avvelenamenti da farmaci, medicinali e prodotti biologici" (codici 960-979); eventuali disturbi psicotici indotti dall'intossicazione devono essere segnalati in diagnosi secondaria impiegando la specifica categoria di codici 292.0.

Schizofrenia

Le sindromi schizofreniche vanno segnalate impiegando gli appositi codici del paragrafo 295.00, dove il quarto

carattere individua il tipo di schizofrenia ed il quinto carattere indica il decorso della malattia.

Si raccomanda l'impiego dei seguenti codici:

diagnosi
295.1 schizofrenia di tipo disorganizzato
295.2 schizofrenia di tipo catatonico
295.3 schizofrenia di tipo paranoide

Il codice 295.00 relativo alla schizofrenia di tipo semplice va riservato ai casi lentamente progressivi con prevalenza di sintomi negativi e senza precedenti episodi psicotici con sintomi positivi.

Solo per i casi non riconducibili alle diagnosi precedenti:

diagnosi
295.6 schizofrenia di tipo residuale
295.9 schizofrenia non specificata

I casi che non soddisfano i criteri della schizofrenia né quelli dell'episodio depressivo o maniacale, ma nei quali sono presenti e ugualmente preminenti chiari sintomi schizofrenici e affettivi, vanno codificati come disturbi schizoaffettivi.

diagnosi
295.7 disturbo schizoaffettivo

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

diagnosi
295.4 disturbo schizofreniforme

Si raccomanda di specificare il decorso della malattia utilizzando il quinto carattere dei codici ed evitando, quindi, di ricorrere a codici aggiuntivi.

Psicosi affettive

Nella classificazione ICD-9-CM i codici per segnalare le psicosi affettive sono compresi nel paragrafo 296 (disturbi episodici dell'umore).

Quando le manifestazioni sono caratterizzate solo da quadri maniacali o da quadri depressivi, vanno segnalate utilizzando i seguenti codici:

diagnosi
296.0 disturbo bipolare I, episodio maniacale singolo
296.1 mania, episodio ricorrente
296.2 depressione maggiore, episodio singolo
296.3 depressione maggiore, episodio ricorrente

Quando le manifestazioni hanno carattere bipolare, cioè comprendono nel tempo sia episodi maniacali che depressivi, vanno segnalate ricorrendo a uno dei seguenti codici, sulla base delle caratteristiche dell'episodio che ha determinato il ricovero:

diagnosi
296.4 disturbo bipolare I, più recente (o corrente) episodio maniacale
296.5 disturbo bipolare I, più recente (o corrente) episodio depressivo
296.6 disturbo bipolare I, più recente (o corrente) episodio misto

Si raccomanda di impiegare i seguenti codici solo nei casi in cui non sia possibile ricondurre il quadro clinico ad una delle condizioni precedentemente riportate:

diagnosi
296.7 disturbo bipolare I, più recente (o corrente) episodio non specificato
296.8 altri e non specificati disturbi bipolari
296.9 altri e non specificati disturbi episodici dell'umore

Si raccomanda di utilizzare sempre la quinta cifra, in quanto permette di specificare la gravità del quadro e la presenza o meno di comportamenti psicotici.

I codici relativi alle psicosi affettive non vanno impiegati per segnalare gli episodi di depressione reattiva. In questi casi vanno usati il codice 298.0 (Psicosi di tipo depressivo), quando sono presenti sintomi psicotici, ed il codice 300.4 (Disturbo distimico), in assenza di tali sintomi.

Il codice 311 (Disturbo depressivo non classificato altrove) non va mai impiegato in diagnosi principale, poiché le condizioni che esso segnala non richiedono l'ospedalizzazione.

Stati d'ansia

Nei casi in cui il ricovero sia determinato da uno stato d'ansia, si consiglia di non impiegare in diagnosi principale i codici 300.00 (Stato ansioso non specificato) e 300.09 (Altri stati d'ansia), in quanto poco specifici, privilegiando

invece i seguenti codici:

diagnosi
300.01 disturbo di panico senza agorafobia
300.21 disturbo di panico con agorafobia
300.02 disturbo ansioso generalizzato

Tentativo di suicidio

Nel caso di ricoveri successivi ad un tentativo di suicidio devono essere osservate le seguenti regole di codifica:

- la condizione patologica responsabile del ricovero va segnalata in diagnosi principale;

- il tentativo di suicidio va indicato in diagnosi secondaria con il codice 300.9 (ancorché descritto nell'elenco sistematico come "disturbo mentale non psicotico non specificato");
- in diagnosi secondaria devono essere codificate anche le condizioni psichiatriche concomitanti.

Esempi di codifica

Tentativo di suicidio per trauma, esitato in frattura del bacino, da parte di soggetto con depressione:

Diagnosi principale	Diagnosi secondaria
808._ frattura del bacino	300.9 tentativo di suicidio 296._depressione

Tentativo di suicidio non portato a termine da parte di soggetto con depressione:

Diagnosi principale	Diagnosi secondaria
296._depressione	300.9 tentativo di suicidio

L'ideazione suicida viene descritta con il codice V62.84

Disturbi di personalità

Nella tabella seguente sono riportati i principali codici da impiegare per segnalare i disturbi di personalità.

diagnosi
301.0 disturbo di personalità paranoide
301.2 disturbo di personalità schizoide
301.7 disturbo di personalità antisociale
301.83 disturbo di personalità borderline
301.3 disturbo di personalità esplosivo
301.5 disturbo di personalità istrionico
301.4 disturbo di personalità ossessivo-compulsivo
301.82 disturbo di personalità evitante

301.6 disturbo di personalità dipendente

301.89 altri disturbi di personalità specifici

Si raccomanda di riservare i codici relativi ai disturbi specifici di personalità per le gravi alterazioni nella costituzione caratteriale e nelle tendenze comportamentali dell'individuo, che di solito coinvolgono diverse aree della personalità e sono associate ad una considerevole compromissione del benessere personale e del funzionamento sociale.

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

- ❖ 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 mentali
capitolo 6 - Mal. del s. nervoso e degli organi di senso
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.

Esempio:

afasia: → se l'afasia è il postumo di mal cerebrovascolare si usa il codice 438.11

→ se l'afasia è di altra natura (ad es. neoplastica) o di natura non specificata si usa il codice 784.3

emiplegia: → se l'emiplegia è il postumo di malattia cerebrovascolare si usa il codice 438.2

→ se l'emiplegia è di altra natura (ad es. neoplastica) o di natura non specificata si usa uno dei codici 342_

- ❖ Inoltre è spesso necessario, al fine di riuscire a rappresentare tutte le componenti della malattia, il ricorso alla codifica multipla cioè alla utilizzazione di più codici per identificare completamente tutti gli elementi.

In tali casi, per dirimere quale patologia usare come diagnosi principale e quale come diagnosi secondaria, è particolarmente importante osservare attentamente le indicazioni "codificare per prima la malattia di base" riportate sul Manuale ICD-9-CM.

Esempio: nel capitolo 6 il codice *321.0 meningite criptococcica* è seguito dall'indicazione "codificare per prima la malattia di base" utilizzando il codice 117.5"

Malattie cerebrovascolari

Le malattie cerebrovascolari sono codificate con le categorie comprese tra **430 e 437**; i loro postumi sono codificati con i codici della categoria **438**.

In caso di evento cerebrovascolare acuto, deve sempre essere codificato come diagnosi principale l'incidente cerebrovascolare; sia nel caso di patologie acute sia subacute è necessario descrivere anche le eventuali complicanze e/o esiti ricorrendo alla codifica multipla

I codici della categoria **433** *Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali* in DP dovrebbe essere limitata a quei casi in cui la stenosi è stata **corretta chirurgicamente** attraverso l'effettuazione di una tromboendoarteriectomia (TEA)

Per le categorie **433** *Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali* e **434** *occlusione delle arterie cerebrali* è obbligatorio l'uso della 5° cifra che indica la presenza o meno di infarto cerebrale:

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

- **ictus cerebrale ischemico acuto**

Sono da usare i codici della categoria **434** *occlusione delle arterie cerebrali* e precisamente:

434.01 *Trombosi cerebrale con infarto cerebrale*

434.11 *Embolia cerebrale con infarto cerebrale*

434.91 *Occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale*

quest'ultimo va riservato ai casi in cui non sia possibile specificare la natura trombotica o embolia dell'ictus ischemico.

Molto raramente, quindi solo nei casi in cui non si possano usare i codici sopradescritti perché non vi sono ulteriori e più specifiche informazioni, dovrebbero essere utilizzati come diagnosi principale:

la categoria **436** *vasculopatie cerebrali acute, mal definite*

i codici 437.0 *aterosclerosi cerebrali*

437.9 *vasculopatie cerebrali non specificate*

Se viene effettuata **terapia trombolitica** essa va **sempre** segnalata (Intervento Principale: 99.10 *infusione di agente trombolitico*)

- **ischemia cerebrale transitoria**

Per codificare correttamente tale diagnosi si deve utilizzare la categoria **435.** *Ischemia cerebrale transitoria*, che si può precisare con l'uso della quarta cifra se è certa la sede della arteria colpita.

- **Drop -attack**

Va utilizzato il codice 435.3 *sindrome dell'arteria vertebrobasilare*

- **postumi delle malattie cerebrovascolari**

se in un ricovero successivo all'evento vascolare cerebrale acuto (concluso) si debbano codificare sintomi neurologici dovuti all'esito dell'accidente cerebrovascolare stesso si devono utilizzare i codici compresi nella categoria **438.** *Postumi delle malattie cerebrovascolari*.

Per i sintomi neurologici non dovuti ad accidenti cerebrovascolari vanno invece utilizzati codici di altre categorie (v. oltre).

Sintomi neurologici di malattie NON cerebrovascolari

Qualora i sintomi neurologici (sia attuali sia sotto forma di esiti) siano di natura NON cerebrovascolare (ad es. neoplastica) o siano di natura non specificata si devono utilizzare:

- per l' emiplegia/emiparesi e altre sindromi paralitiche i codici della categoria **342_ _emiplegia ed emiparesi** e **344_ _altre sindromi paralitiche** presenti nel capitolo 6 - Malattie del s. nervoso)
- per gli altri sintomi i codici delle categorie **780_ _sintomi generali** , **781_ _sintomi interessanti i sistemi nervoso e osteomuscolare**, **784_ _sintomi relativi alla testa e al collo**, presenti nel capitolo 16 – Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti.

Esempi:

Diagnosi clinica: Afasia successiva a traumatismo intracranico.

Diagnosi Principale: *854. __ traumatismo intracranico.*

Diagnosi Secondaria: *784.3 afasia.*

Diagnosi clinica: Emiplegia dell'emisfero dominante successiva a tumore dell'encefalo.

Diagnosi Principale: *191. __ "tumore dell'encefalo.*

Diagnosi Secondaria: *342.81 emiplegia specificata dell'emisfero dominante.*

Epilessie ed episodi convulsivi di altra natura

I codici da usare per la descrizione dei quadri clinici di epilessia sono quelli della categoria **345 epilessie crisi ricorrenti** .

La 5° cifra indica la presenza o meno della farmacoresistenza:

_0 senza menzione di epilessia intrattabile

_1 con epilessia intrattabile

Vanno utilizzati codici diversi per diversificare le convulsioni che sono manifestazione della malattia epilettica dalle convulsioni che sono una manifestazione di altra patologia (ad esempio la febbre) e precisamente:

- Convulsioni da malattia epilettica: codici della categoria **345. __**: "*epilessie*".
- Convulsioni di altra natura: codici della sottocategoria 780.3 fra cui:
 - *Convulsioni febbrili: codice 780.31*
 - *Altre convulsioni: codice 780.39*

il **trattamento con neurostimolatore vagale** dell' epilessia refrattaria alla terapia farmacologica vacodificato con il codice di intervento *04.92 impianto o sostituzione di neurostimolatore sdei nervi periferici*

Emicrania e cefalea

- 1) Cefalea inquadrabile nella categoria "emicrania": si usano codici della categoria **346.__**: *emicrania*.
- 2) Cefalea inquadrabile nella sottocategoria "cefalea tensiva": si usa il codice *307.81*.
- 3) Cefalea non altrimenti specificata (non è possibile una diagnosi specifica): si usa il codice *784.0*: *cefalea, dolore della testa, dolore facciale*

Sindrome postcommotiva

Per la codifica della sindrome post-commotiva: (quadro psicologico e/o somatico, ad esempio presenza di vertigine, cefalea ecc., in pazienti con pregresso trauma cranico) va utilizzato il codice 310.2. sindrome post-commotiva.

Interessamento neurologico in patologie della colonna

I codici per la codifica di queste patologie (per diagnosi quali: "neurite", "sciatica", "danno radicolare in ernia del disco intervertebrale" etc.) vanno ricercati nel Manuale di Classificazione all'interno del capitolo 13 (Mal. Sist. Osteomuscolare e Connettivo), nel blocco "Dorsopatie" (categorie da **720** a **724**).

Non vanno quindi utilizzati i codici della categoria 353._ "Disturbi delle radici e dei plessi nervosi"

Complicanze neurologiche del diabete

In Diagnosi Principale va posto uno dei codici della sottocategoria *250.6 Diabete con complicanze neurologiche* e in Diagnosi Secondaria un codice che identifichi in dettaglio la complicanza

Esempi:

Diagnosi clinica: paralisi del 3° nervo cranico in diabetico.

Diagnosi Principale: *250.6 "Diabete con complicanze neurologiche"*

Diagnosi Secondaria: *378.51 "paresi del nervo oculomotore"*.

Trattamento con tossina botulinica

In caso di ricovero per trattamento con tossina botulinica la codifica è la seguente:

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

Dolore

Questi codici sono di nuova introduzione nel Manuale di Classificazione 2007

L'utilizzo di questi codici segue la linea guida prevista nel capitolo 16 – Sintomi, Segni e stati morbosi mal definiti.

Demenza

Viene trattata nel capitolo sui disturbi psichici

Disturbi del sonno

I disturbi del sonno vengono descritti con codici rintracciabili in capitoli diversi e precisamente:

sottocategoria **307.4** *Disturbi specifici del sonno di origine non organica* (cap 5 - Disturbi mentali)

categoria **327** *disturbi organici del sonno* (categoria di nuova introduzione nel Manuale 2007 al capitolo 6 - Mal. del s. nervoso)

sottocategoria **780.5** *disturbi del sonno* (capitolo 16 - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti)

codice 291.82 *Disturbi del sonno indotti da alcool;*

codice 292.85 *Disturbi del sonno indotti da sostanze.*

codice V69.4 deprivazione di sonno

- i codici della sottocategoria **780.5** *disturbi del sonno* vanno usati nelle condizioni descritte al capitolo "Segni e sintomi e stati morbosi mal definiti " del presente manuale.
- In caso si utilizzino i seguenti codici, **va codificata per prima la patologia di base:**
 - 327.01 *Insonnia dovuta a condizioni mediche classificate altrove;*
 - 327.02 *Insonnia dovuta a disturbi psichici;*
 - 327.14 *Ipersonnia dovuta a condizioni mediche classificate altrove;*
 - 327.15 *Ipersonnia dovuta a disturbi psichici;*
 - 327.26 *Ipoventilazione/ipossiemia correlate al sonno in malattie classificabili altrove;*
 - 327.27 *Apnea del sonno di tipo centrale in malattie classificabili altrove;*
 - 327.37 *Disturbo del ritmo circadiano del sonno in malattie classificate altrove;*
 - 327.44 *Parasonnia in malattie classificate altrove.*
- La **Sindrome dell'apnea notturna senza intervento chirurgico** va codificata se di tipo organico con il codice:
 - 327.23 apnea ostruttiva nel sonno (dell' adulto) (pediatrica)*se di tipo non organico si devono invece utilizzare i seguenti codici:
 - 780.51 Insonnia con apnea del sonno,*
 - 780.53 Ipersonnia con apnea del sonno*
 - 780.57 non specificata apnea del sonno*
- La **Sindrome dell'apnea notturna con intervento chirurgico** va codificata in relazione alla tecnica chirurgica applicata. Più precisamente:
 - Se viene praticato il solo intervento di **ugulofaringoplastica** la codifica è:
DP *una delle Diagnosi Principali riportate sopra*
IP *27.99 altri interventi sulla cavità orale*

- Se vengono praticati anche interventi di **sospensione ioidea e/o linguale** devono essere descritti utilizzando un unico codice aggiuntivo:
 - DP *una delle Diagnosi Principali riportate sopra*
 - IP *27.99 altri interventi sulla cavità orale*
 - IS *29.4 intervento di plastica sul faringe*

- Se viene applicato il trattamento **con radiofrequenza (RFVR)**
 - DP *una delle Diagnosi Principali riportate sopra*
 - IP: 27.49 *Altra asportazione della bocca*
 oppure
 29.39 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe*
 oppure
 21.69 *Altra turbinectomia*
 oppure
 28.99 *Altri interventi su tonsille e adenoidi.*

MODIFICHE INTRODOTTE NEL PASSAGGIO ALL' ICD9CM 2007

DIAGNOSI

(n. 104 diagnosi aggiunte)

- 323.01 Encefalite ed encefalomielite in malattie virali classifi cate altrove
- 323.02 Mielite in malattie virali classifi cate altrove
- 323.41 Altre encefaliti e encefalomieliti da infezioni classifi cate altrove
- 323.42 Altre mieliti da infezioni classifi cate altrove
- 323.51 Encefaliti ed encefalomieliti successive a procedure di immunizzazione
- 323.52 Mieliti successive a procedure di immunizzazione
- 323.61 Encefalomielite acuta disseminata infettiva (ADEM)
- 323.62 Altre encefaliti ed encefalomieliti post-infettive
- 323.63 Mielite post-infettiva
- 323.71 Encefalite ed encefalomielite tossiche
- 323.72 Mielite tossica
- 323.81 Altre cause di encefalite ed encefalomielite
- 323.82 Altre cause di mielite
- 327.00 Insonnia organica non specifici cata
- 327.01 Insonnia dovuta a manifestazioni mediche classifi cate altrove
- 327.02 Insonnia dovuta a disturbi psichici
- 327.09 Altre insonnie organiche
- 327.10 Ipersonnia organica non specifici cata
- 327.11 Ipersonnia idiopatica con episodi di sonno prolungato
- 327.12 Ipersonnia idiopatica senza episodi di sonno prolungato
- 327.13 Ipersonnia ricorrente
- 327.14 Ipersonnia dovuta a manifestazioni mediche classifi cate altrove
- 327.15 Ipersonnia dovuta a disturbi psichici
- 327.19 Altre ipersonnie organiche
- 327.20 Apnea nel sonno di tipo organico non specifici cata
- 327.21 Apnea nel sonno primaria centrale
- 327.22 Respiro periodico da elevate altitudini

327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)
 327.24 Apnea idiopatica correlata a ipoventilazione alveolare non ostruttiva
 327.25 Sindrome congenita da ipoventilazione alveolare centrale
 327.26 Ipoventilazione/ipossiemia correlate al sonno in manifestazioni classifi cabili altrove
 327.27 Apnea centrale al sonno in manifestazioni classifi cabili altrove
 327.29 Altre apnee nel sonno organiche
 327.30 Disturbo non specifici cato del ritmo circadiano del sonno
 327.31 Disturbo del ritmo circadiano del sonno, tipo a fase di sonno ritardata
 327.32 Disturbo del ritmo circadiano del sonno, tipo a fase di sonno avanzata
 327.33 Disturbo del ritmo circadiano del sonno, tipo a irregolare pattern sonno veglia
 327.34 Disturbo del ritmo circadiano del sonno, tipo a ritmo sonno-veglia diverso da 24 ore
 327.35 Disturbo del ritmo circadiano del sonno, tipo jet lag
 327.36 Disturbo del ritmo circadiano del sonno, tipo da turni lavorativi
 327.37 Disturbo del ritmo del sonno in condizioni classifi cate altrove (manifestazione)
 327.39 Altro disturbo del ritmo circadiano del sonno
 327.40 Parasonnia organica non specifici cata
 327.41 Risvegli confusionali
 327.42 Disordini comportamentali in fase REM
 327.43 Paralisi ricorrente isolata nel sonno
 327.44 Parasonnie in manifestazioni classifi cate altrove
 327.49 Altre parasonnie organiche
 327.51 Disturbo da movimenti periodici degli arti
 327.52 Crampi alle gambe correlati al sonno
 327.53 Bruxismo correlato al sonno
 327.59 Altri disturbi organici del movimento correlati al sonno
 327.8 Altri disturbi organici del sonno
 331.11 Malattia di Pick
 331.19 Altre demenze frontotemporali
 331.82 Demenza con corpi di Lewy
 331.83 Alterazione cognitiva lieve, specifici cata come tale
 333.71 Paralisi atetoide cerebrale
 333.72 Distonia acuta dovuta a farmaci
 333.79 Altre distonie di torsione acquisite
 333.85 Discinesia subacuta dovuta a farmaci
 333.94 Sindrome da gambe senza riposo (RLS)
 categoria 338 Dolore
 338.0 Sindrome da dolore centrale
 338.11 Dolore acuto da trauma
 338.12 Dolore acuto post-toracotomia
 338.18 Altri dolori acuti post-operatori
 338.19 Altri dolori acuti
 338.21 Dolore cronico da trauma
 338.22 Dolore cronico post-toracotomia
 338.28 Altri dolori cronici post-operatori
 338.29 Altri dolori cronici
 338.3 Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico)
 338.4 Sindrome da dolore cronico

 341.20 Mielite acuta (traversa) SAI
 341.21 Mielite acuta (traversa) in manifestazioni classifi cate altrove
 341.22 Mielite traversa idiopatica

347.00 Narcolessia Senza cataplessia
347.01 Narcolessia con cataplessia
347.10 Narcolessia in manifestazioni classificate altrove senza cataplessia
347.11 Narcolessia in manifestazioni classificate altrove con cataplessia
348.30 Encefalopatia non specificata
348.31 Encefalopatia metabolica
348.39 Altre encefalopatie
357.81 Polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica
357.82 Polineuropatia in malattia critica
357.89 Altre neuropatie infiammatorie e tossiche
358.00 Miastenia grave senza (acuta) esacerbazione
358.01 Miastenia grave con (acuta) esacerbazione
359.81 Miopatia in malattia critica
359.89 Altre miopatie
362.03 Retinopatia diabetica non proliferativi SAI
362.04 Retinopatia diabetica non proliferativa lieve
362.05 Retinopatia diabetica non proliferativa moderata
362.06 Retinopatia diabetica non proliferativa severa
362.07 Edema maculare diabetico
365.83 Misdirezione dell'acquero
377.43 Ipoplasi del nervo ottico
379.60 Infiammazione (infezione) di vescicole post-procedurali, non specificata
379.61 Infiammazione (infezione) di vescicole post-procedurali, stadio 1
379.62 Infiammazione (infezione) di vescicole post-procedurali, stadio 2
379.63 Infiammazione (infezione) di vescicole post-procedurali, stadio 3
380.03 Condrite del padiglione auricolare
389.15 Sordità neurosensoriale unilaterale
389.16 Sordità neurosensoriale asimmetrica

(n. 14 diagnosi modificate)

323.1 Encefalite, mielite ed encefalomielite in malattie da Rickettsie classificate altrove
323.2 Encefalite, mielite ed encefalomielite in malattie da protozoi classificate altrove
323.9 Cause non specificate di encefalite, mielite ed encefalomielite
333.6 Distonia di torsione genetica
345.40 Epilessia parziale, con menzione di alterazione della coscienza, senza menzione di epilessia non trattabile
345.41 Epilessia parziale, con menzione di alterazione della coscienza, con epilessia non trattabile
345.50 Epilessia parziale, senza menzione di alterazione della coscienza, senza menzione di epilessia non trattabile
345.51 Epilessia parziale, senza menzione di alterazione della coscienza, con epilessia non trattabile
345.80 Altre forme di epilessia, senza menzione di epilessia non trattabile
345.81 Altre forme di epilessia, con epilessia non trattabile
389.11 Sordità sensoriale bilaterale
389.12 Sordità neurale bilaterale
389.14 Sordità centrale bilaterale
389.18 Sordità neurosensoriale bilaterale di tipologie combinate

(n. 13 diagnosi eliminate)

323.0 Encefalite in malattie virali classificate altrove
323.4 Altre encefaliti da infezioni classificate altrove

323.5 Encefalite post vaccinica
323.6 Encefalite post infettiva
323.7 Encefalite tossica
323.8 Altre cause di encefalite
331.1 Malattia di Pick
333.7 Distonia di torsione sintomatica
347 Cataplessia e narcolessia
348.3 Encefalopatia non specificata
357.8 Altre neuropatie tossiche e infiammatorie
358.0 Miastenia grave
359.8 Altre miopatie

INTERVENTI

(n. 3 procedure/interventi aggiunti)

01.26 Inserzione di catetere/i nella cavità o tessuto del cranio
01.27 Rimozione di catetere/i dalla cavità o tessuto del cranio
01.28 Posizionamento di catetere/i intracerebrale attraverso foro circolare

(n. 7 procedure/interventi modificati)

01.22 Rimozione di elettrodo/i di neurostimolatore intracranico
02.41 Irrigazione ed esplorazione di anastomosi ventricolare
02.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore intracranico
03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale
03.94 Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale
04.92 Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici
04.93 Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici

MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO

Malattie dell' occhio (360-379)

Retinopatia diabetica (362.0):

Va codificato in Diagnosi principale il cod. 250.5 *Diabete* e in Diagnosi secondaria la patologia oculare utilizzando i codici della categoria 362.0_ *retinopatia diabetica*

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:

Diagnosi clinica: Cataratta diabetica

DP: 250.5_ *Diabete con complicanze oculari* ;

DS: 366.41 *Cataratta diabetica*

Diagnosi clinica: Cataratta senile in paziente diabetico:

DP: cod. 366.1_ *Cataratta senile*;

DS: cod. 250.0_ *Diabete senza menzione di complicanze*.

Cataratta

Negli interventi per cataratta occorre fare attenzione a segnalare sempre in DP la patologia che determina il ricorso all'intervento.

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:

- 13.3 *Estrazione extracapsulare del cristallino intraoculare con tecnica di aspirazione semplice*
- 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:

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

DP: 996.53 *Complicazioni meccaniche di lenti oculari protesiche*;

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

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

In entrambi i casi va riportato in:

DS: il codice V43.1 *Cristallino sostituito con altri mezzi*.

I/P: intervento chirurgico principale: 13.71 *Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea*;

I/P: intervento chirurgico secondario: 13.8 *Rimozione di cristallino impiantato*.

Iniezione intravitreale di di farmaci per la cura delle maculopatie

DP: 36252 *degenerazione maculare senile essudativa della retina*

IP: 14.75 *iniezione di sostituti vitreali*

Varie

- 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 preintervento; 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.

MALATTIE DELL'ORECCHIO (380-389)

Malattia di Meniere, se rientra nei criteri:

DP: 386.0_ *Malattia di Meniere*.

Vertigini periferiche:

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

Vertigini di origine centrale, se rientrano nei criteri:

DP: 386.2. *Vertigine di origine centrale*.

Vertigine post-traumatica acuta funzionale:

DP: 310.2 *Sindrome post-commotiva*,

DS: 386._ *Vertigini*.

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

DP: 951.5 *Traumatismo del nervo acustico (se rientra nei criteri di selezione della DP)*;

DS: 386.19 *Altre vertigini periferiche*.

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

DP: 386.19 *Altre vertigini periferiche*

DS: 907.1 *Postumi di traumatismi dei nervi cranici*.

DS: 905.0 *postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia*

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: 386.34 *Labirintite tossica*.

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

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: 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*.

NASO, BOCCA E FARINGE (21-29)

Sleep Endoscopy prevede l'uso combinato dei codici :

I/P: 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**:

DP: 478.79 *Altre malattie della laringe*;

DS: cod. V10.21 *Anamnesi personale di tumore maligno della laringe*;

I/P: cod. 31.69 *Altra riparazione della laringe*

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 (cod di ricostruzione con lembo liberorivascolarizzato)*

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 sottomucosa del setto nasale.*

Chirurgia funzionale endoscopica Rinosinusale:

I/P: cod. 22.63 *Etmoidectomia.*

Disturbi del sonno e relativi interventi.

Sono trattati nel capitolo delle malattie del sistema nervoso

MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Le malattie relative al sistema circolatorio sono descritte nel capitolo 7 dell'ICD-9-CM (categorie 390-459) ad eccezione di quelle riferite a condizioni ostetriche, descritte nel capitolo 11, e a patologie congenite, descritte nel capitolo 14.

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 e nell'elenco sistematico.

◆ **Edema polmonare acuto**

- ◆ Se di origine cardiaca va codificato con il cod. 428.1 *insufficienza del cuore sinistro*;
- ◆ Se di origine polmonare con il cod. 518.4 *edema polmonare acuto, non specificato*.

◆ **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, benigna o non specificata;
- ove l'ipertensione sia secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice della malattia di base che causa l'ipertensione;
- dove l'ipertensione sia associata ad altre patologie, devono essere indicati sia il codice della patologia, sia quello relativo all'ipertensione; la sequenza dei codici segue le regole generali per la selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie.
- l'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 (capitolo XI).

◆ **Cardiopatía ipertensiva (402._)**

Comprende con codici combinati sia condizioni in cui l'ipertensione è causa diretta della cardiopatía, sia condizioni in cui essa vi è implicata.

Se la diagnosi clinica menziona sia l'ipertensione sia la malattia cardiaca ma non indica una relazione causale tra loro, si devono assegnare codici separati. Ad esempio:

Diagnosi clinica: malattia cardiaca ipertensiva con insufficienza cardiaca congestizia

D.P. cardiopatía ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca 402.91

Diagnosi clinica: malattia cardiaca congestizia con ipertensione

D.P. insufficienza cardiaca congestizia con ipertensione 428.0

D.S. ipertensione essenziale non specificata 401.9

◆ **Nefropatia ipertensiva cronica (403._)**

Descrive le situazioni cliniche in cui sono presenti sia ipertensione che nefropatia cronica (condizioni classificabili alle categorie 585-587). L'ICD-9-CM presuppone

una relazione causa/effetto tra loro e classifica la malattia renale cronica con ipertensione come nefropatia ipertensiva cronica.

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

0 - stadi I – IV o stadio non specificato

1 - stadio V o terminale

Come diagnosi secondaria deve essere codificata la malattia renale cronica (585.5, 585.6) per identificare lo stadio della malattia.

- ◆ **Cardioneuropatia ipertensiva cronica (404._)**, comprende le condizioni in cui sono presenti sia la malattia cardiaca ipertensiva, sia la nefropatia ipertensiva cronica.

Il quinto carattere della categoria identifica:

0 – senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-V o stadio non specificato

1 – con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-V o stadio non specificato

2 - senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale

3 – con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale

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

Interventi/procedure

- ◆ **Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore**
 - indicare entrambi i seguenti codici intervento:
 - 38.59 legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
 - 38.69 altra asportazione di vene dell'arto inferiore
- ◆ **Legatura endoscopica di vene perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)**
 - indicare i seguenti codici intervento:
 - 38.59 legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
 - 83.09 altra incisione di tessuti molli
- ◆ **Riparazione endovascolare di vaso**

L'ICD-9-CM 2002 prevede una nuova categoria per la riparazione endovascolare, con inserzione di protesi, di vasi:

 - 39.7 Riparazione endovascolare di vaso
 - 39.71 Impianto endovascolare di graft nell'arteria addominale
 - 39.79 Altra riparazione di aneurisma con graft

Le Malattie Cerebrovascolari sono trattate nel capitolo delle Malattie del Sistema Nervoso.

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE

Le categorie di codici da usare sono:

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

Codice 410.___: INFARTO MIOCARDICO ACUTO.

- Il codice 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

410.0_ → IMA della parete anterolaterale

410.1_ → IMA di altra parte della parete anteriore

410.2_ → IMA infero-laterale

410.3_ → IMA infero-posteriore

410.4_ → IMA di altra parte della parete inferiore

410.5_ → IMA di altra parte della parete laterale

410.6_ → IMA vero della parete posteriore

410.8_ → IMA di altre sedi specificate

410.9_ → IMA a sede non specificata

IMA senza sopraslivellamento ST (NSTEMI)

410.7_ → IMA sub-endocardico - non transmurale

La sottocategoria 410.9 = *sede non specificata* non dovrebbe essere mai usata in quanto dovrebbe essere sempre possibile l'identificazione della sede della lesione.

- ✓ La **quinta cifra** distingue l'episodio di assistenza

Quinta cifra = 0 : *episodio di assistenza non specificato.*

(da non utilizzare in quanto la documentazione clinica deve sempre contenere le informazioni necessarie per una descrizione precisa del caso)

Quinta cifra = 1: *episodio iniziale di assistenza.* Si intende per 'episodio iniziale' il primo ricovero effettuato a causa dell' evento acuto. 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 la quinta cifra 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.

Codice 414.8: Altre forme specificate di CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA.

Quando un ricovero per **cardiopatia ischemica post-infarto miocardio acuto** (in presenza di **sintomatologia**) avviene oltre le otto settimane dall'infarto (calcolate 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 cardiaca cronica**, quando **sintomatica**, va codificata con il codice 414.8

Codice 414.9: ISCHEMIA CARDIACA CRONICA NON SPECIFICATA.

Si **sconsiglia l'utilizzo in prima diagnosi** del codice 414.9 *"ischemia cardiaca cronica non specificata"* quando un paziente pur affetto da una cardiopatia ischemica cronica si ricovera per un nuovo episodio ischemico acuto; in questo caso è preferibile utilizzare in diagnosi principale un codice della categoria 411 *altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca* oppure

413 *angina pectoris*

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

Codice 412: INFARTO MIOCARDICO PREGRESSO.

l'infarto progressivo senza sintomi deve essere codificato utilizzando il codice 412 *infarto miocardico progressivo*. Il codice 412 dovrebbe essere assegnato esclusivamente come diagnosi secondaria nei casi in cui siano assenti sintomi ma la indicazione del progressivo infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale.

- **Codice 414.0_:** **ATEROSCLEROSI CORONARICA**

I codici 414.0_ indicano la sede anatomica della aterosclerosi (coronarie native, bypass venosi o arteriosi etc).

E' 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.

I codici 414.0 _ non devono essere utilizzati come diagnosi principale quando la lesione anatomica non risulti documentata.

- **Codice 427.5:** **ARRESTO CARDIACO**

Si sconsiglia 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.

IMPIANTO O SOSTITUZIONE DI DISPOSITIVI CARDIACI

Per il posizionamento del pace-maker va riportata in diagnosi principale la patologia che ha reso necessario l'impianto del P.M. Relativamente alla codifica delle procedure chirurgiche si segnalano i seguenti codici:

1. Impianto temporaneo di PM è 37.78 (sempre ed esclusivamente).
2. Impianto definitivo di PM prevede l'utilizzo di codici combinati: 37.7_ (inserzione elettrodi) + 37.8_ (generatore).
3. Impianto o sostituzione defibrillatore cardiaco a permanenza: codici da 37.94 a 37.98.
4. Impianto o sostituzione CRT (pace-maker o defibrillatore per risincronizzazione cardiaca): rubrica 00.5 Altre procedure cardiovascolari, introdotta con ICD-9-CM 2007.
5. Ricovero per controllo, sostituzione, regolazione, esaurimento della batteria del pacemaker (in assenza di sintomi clinici): utilizzare in diagnosi principale il codice V53.31 (collocazione e sistemazione di dispositivo cardiaco).
8. Paziente portatore di pace-maker è utilizzare il codice V45.01.
9. Se il ricovero è avvenuto per cattivo funzionamento del pace-maker il codice da utilizzare per la diagnosi principale è il 996.01 "Complicazioni meccaniche da pace-maker cardiaco (elettrodo)".
10. Decubiti della tasca in portatori di defibrillatore o pacemaker: codice 996.61 (infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci) oppure codice 996.72 (altra complicazione di altre protesi, impianti e innesti cardiaci).
10. Per i pazienti sottoposti ad impianto sottocutaneo di registratore ciclico (*loop recorder*) per lo studio del ritmo cardiaco, codificare in diagnosi principale la patologia di base e come procedura il codice specifico 37.79. La rimozione, in assenza di altri motivi, non dovrebbe giustificare un ricovero. Altrimenti, la codifica della procedura è 86.05 (incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo); in DP indicare la patologia che ha determinato il ricovero o V53.39 (Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco).

CARDIOCHIRURGIA

AGGIORNAMENTO ICD-9-CM 2007

Nuovi codici diagnosi: 48*
revisionati: 57
cancellati: 2

*Descrizione codici diagnosi

414.06	ATEROSCLEROSI DELLA CORONARIA NATIVA IN CUORE TRAPIANTATO
414.07	ATEROSCLEROSI CORONARIA DI BYPASS (ARTERIA) (VENA) IN CUORE TRAPIANTATO
414.12	DISSEZIONE DELL'ARTERIA CORONARICA
426.82	SINDROME DEL QT LUNGO
428.20	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA NON SPECIFICATA
428.21	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA ACUTA
428.22	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA CRONICA
428.23	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA ACUTA E CRONICA
428.30	INSUFFICIENZA CARDIACA DIASTOLICA NON SPECIFICATA
428.31	INSUFFICIENZA CARDIACA DIASTOLICA ACUTA
428.32	INSUFFICIENZA CARDIACA DIASTOLICA CRONICA
428.33	INSUFFICIENZA CARDIACA DIASTOLICA ACUTA E CRONICA
428.40	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA E DIASTOLICA COMBINATA NON SPECIFICATA
428.41	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA E DIASTOLICA COMBINATA ACUTA
428.42	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA E DIASTOLICA COMBINATA CRONICA
428.43	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA E DIASTOLICA COMBINATA ACUTA E CRONICA
429.83	SINDROME DI TAKOTSUBO
438.6	ALTERAZIONE DELLA SENSIBILITÀ
438.7	DISTURBI DELLA VISTA
438.83	DEBOLEZZA DEI MUSCOLI FACCIALI
438.84	ATASSIA
438.85	VERTIGINI
443.21	DISSEZIONE DELL'ARTERIA CAROTIDE
443.22	DISSEZIONE DELL'ARTERIA ILIACA
443.23	DISSEZIONE DELL'ARTERIA RENALE
443.24	DISSEZIONE DELL'ARTERIA VERTEBRALE
443.29	DISSEZIONE DI UN'ALTRA ARTERIA
443.82	ERITROMELALGIA
445.01	ATEROEMBOLISMO DELLE ESTREMITÀ SUPERIORI
445.02	ATEROEMBOLISMO DELLE ESTREMITÀ INFERIORI
445.81	ATEROEMBOLISMO DEL RENE
445.89	ATEROEMBOLISMO DI ALTRE SEDI
453.40	EMBOLIA VENOSA E TROMBOSI DI VASI PROFONDI NON SPECIFICATI DEGLI ARTI INFERIORI
453.41	EMBOLIA VENOSA E TROMBOSI DEI VASI PROFONDI DELLE PARTI PROSSIMALI DEGLI ARTI INFERIORI
453.42	EMBOLIA VENOSA E TROMBOSI DEI VASI PROFONDI DELLE PARTI DISTALI DEGLI ARTI INFERIORI

454.8 VARICI DEGLI ARTI INFERIORI CON ALTRE COMPLICAZIONI
 458.21 IPOTENSIONE CAUSATA DA EMODIALISI
 458.29 ALTRA IPOTENSIONE IATROGENA
 459.10 SINDROME POSTFLEBITICA SENZA COMPLICAZIONI
 459.11 SINDROME POSTFLEBITICA CON ULCERA
 459.12 SINDROME POSTFLEBITICA CON INFIAMMAZIONE
 459.13 SINDROME POSTFLEBITICA CON ULCERA E INFIAMMAZIONE
 459.19 SINDROME POSTFLEBITICA CON ALTRA COMPLICANZA
 459.30 IPERTENSIONE VENOSA CRONICA SENZA COMPLICAZIONI
 459.31 IPERTENSIONE VENOSA CRONICA CON ULCERA
 459.32 IPERTENSIONE VENOSA CRONICA CON INFIAMMAZIONE
 459.33 IPERTENSIONE VENOSA CRONICA CON ULCERA E INFIAMMAZIONE
 459.39 IPERTENSIONE VENOSA CRONICA CON ALTRA COMPLICANZA

Nuovi codici procedure: 16*

revisionati: 19

cancellati: 5

***Descrizione codici procedure**

35.55 RIPARAZIONE DI DIFETTO DEL SETTO INTERVENTRICOLARE CON PROTESI,
 TECNICA CHIUSA
 36.07 INSERZIONE DI STENT MEDICATO IN ARTERIA CORONARIA
 36.33 RIVASCOLARIZZAZIONE TRANSMIOCARDICA ENDOSCOPICA
 36.34 RIVASCOLARIZZAZIONE TRANSMIOCARDICA PER CUTANEA
 37.20 STIMOLAZIONE ELETTRICA NON INVASIVA PROGRAMMATA [NIPS]
 37.41 IMPIANTO DI DISPOSITIVO PROTESICO DI SUPPORTO CARDIACO ATTORNO AL
 CUORE
 37.49 ALTRA RIPARAZIONE DI CUORE E PERICARDIO
 37.51 TRAPIANTO DI CUORE
 37.52 IMPIANTO DI SISTEMA DI SOSTITUZIONE CARDIACA TOTALE
 37.53 RIPARAZIONE O SOSTITUZIONE DI UN'UNITÀ TORACICA DI SISTEMA DI
 SOSTITUZIONE CARDIACA TOTALE
 37.54 RIPARAZIONE O SOSTITUZIONE DI ALTRO COMPONENTE IMPIANTABILE DI
 SISTEMA DI SOSTITUZIONE CARDIACA TOTALE
 37.68 INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ASSISTENZA CARDIACA ESTERNO
 PERCUTANEO
 37.90 INSERZIONE DI DISPOSITIVO NELL'APPENDICE ATRIALE SINISTRA
 39.72 RIPARAZIONE ENDOVASCOLARE O OCCLUSIONE DEI VASI DI TESTA E COLLO
 39.73 IMPIANTO DI GRAFT ENDOVASCOLARE NELL'AORTA TORACICA
 39.74 RIMOZIONE ENDOVASCOLARE DI OSTRUZIONE DA VASO/I DI TESTA E COLLO

INTERVENTI E PROCEDURE NON CLASSIFICATI ALTROVE(15)

00.40 Procedure su di un singolo vaso
 00.41 Procedure su due vasi
 00.42 Procedure su tre vasi
 00.43 Procedure su quattro o più vasi
 00.45 Inserzione di uno stent vascolare
 00.46 Inserzione di due stent vascolari
 00.47 Inserzione di tre stent vascolari
 00.48 Inserzione di quattro o più stent vascolari

- 00.50 Impianto di pacemaker per la risincronizzazione cardiaca senza menzione di defibrillazione, sistema totale (CRT-P)
- 00.51 Impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca, sistema totale (CRT-D)
- 00.52 Impianto o sostituzione di elettrodi transvenosi nel sistema venoso coronarico del ventricolo sinistro
- 00.53 Impianto o sostituzione del solo pacemaker per la risincronizzazione cardiaca (CRT-P)
- 00.54 Impianto o sostituzione del solo defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca (CRT-D)
- 00.55 Inserzione di stent medicati in vasi non coronar
- 00.66 Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronaria

Nota:

- i DRG generati da interventi di cardiocirurgia e chirurgia vascolare si complicano (ove previsto) in presenza di BPCO (491.20), anemia acuta postoperatoria (28.51) e IRC (585);

- La valvuloplastica percutanea con palloncino (cod. 35.96) genera il DRG 518, sia che venga eseguito per via retrograda o arteriosa che per via anterograda o venosa indipendentemente dal fatto che la seconda procedura, resa necessaria da alcune situazioni cliniche, comporti l'uso supplementare di materiale endovascolare dedicato e più costoso;

- E' interessante porre attenzione all'utilizzo di procedure accessorie, di costo limitato, che in caso di pazienti instabili possono indurre una codifica "interessata" quale la 37.62 (assistenza circolatoria) che modifica sostanzialmente il DRG.

Esempio:

PTCA in IMA genera DRG 516

PTCA + 37.62 in IMA genera DRG 104

- Quando si arrivi ad **Arresto di circolo indotto da una ipotermia profonda** la descrizione prevede l'uso del codice specifico 39.62 *Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto*.

- I casi di **Endoarteriectomia** di un vaso coronarico eseguita in corso di altro intervento cardiocirurgico devono essere segnalati utilizzando il codice 38.10 *Endoarteriectomia, sede non specificata*.

- L'intervento di **Rimodellamento ventricolare**, che può conseguire a diversi interventi cardiocirurgici, deve essere descritto con il codice 37.35 *Asportazione parziale di ventricolo*.

BY-PASS AORTOCORONARICO

In caso di By-pass aortocoronarico con CEC o senza CEC, è indicata la seguente codifica a descrizione dell'intervento chirurgico:

Intervento chirurgico: 36.15 *By-pass singolo di mammaria interna - arteria coronaria*

Altro intervento: 36.1_ *By- pass aortocoronarico*

Altro intervento: +/- 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore Aperto (CEC)*

Altro intervento: +/- codice di *Cateterismo cardiaco*.

• **Altri By-pass aortocoronarici** con CEC o senza CEC:

- a) con arteria gastroepiploica 36.17 *By-pass dell'arteria coronaria addominale*
- b) con arteria radiale 36.19 *Altro by-pass per rivascolarizzazione cardiaca*
- c) con doppia arteria mammaria o mammaria sinistra con anastomosi multiple (sequenziale) 36.16 *By-pass doppio mammaria interna arteria coronaria*
- d) con arteria bovina 36.39 *Altra rivascolarizzazione cardiaca*.

• **By-pass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca**

Intervento chir. principale: 36.1_ *By-pass aortocoronarico*

Altro intervento: 37.32 *Asportazione di aneurisma del cuore*

Altro intervento 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore Aperto (CEC)*.

• **Rivascolarizzazione cardiaca con tecnica LASER**. E' indicata la seguente codifica:

Intervento chirurgico principale: 36.3_ *Altra rivascolarizzazione cardiaca*.

INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE

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

- Intervento chirurgico principale 35.12 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione*
- Altro intervento: 39.61 *CEC*
- Altro intervento: +/- codice di *Cateterismo cardiaco* o *angiocardiografia*.

• **Intervento secondo Bental**. È indicata la seguente codifica:

Intervento chirurgico Principale 35.22 *Altra sostituzione di valvola aortica con protesi*

Altro intervento: 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*

Altro intervento: 36.99 *Altri interventi sui vasi del cuore*, per indicare il reimpianto delle arterie coronariche

Altro intervento: +/- 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto(CEC)*

Altro intervento: +/- *cateterismo cardiaco*.

In caso di tecnica di Bental si indica l'uso del codice aggiuntivo per l'eventuale inserzione di **Endoprotesi aortica**:

39.71 *Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale*, oppure

39.79 *Altra riparazione endovascolare di aneurisma con graft per aorta toracica*.

• **Intervento secondo David**. Codificare:

Intervento Principale 35.11 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione*

Altro intervento: 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*

Altro intervento: 36.99 *Altri interventi sui vasi del cuore*;

Altro intervento: +/- 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (CEC)*

Altro intervento: +/- codice di *cateterismo cardiaco*.

• **Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica endovascolare**:

Intervento Principale 35.2_ *Sostituzione di valvola cardiaca*

Altro intervento 38.91 *Cateterismo arterioso.*

• **Interventi per Dissezione dell'aorta**

Il trattamento della dissezione aortica può essere trattato con tecnica di Bentall (vedi combinata di codici) o con la sola sostituzione dell'aorta (cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*). Nel caso sia indicata l'inserzione di endoprotesi aortica aggiungere i codici 39.71 *Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale*, oppure 39.79 *Altra riparazione endovascolare di aneurisma con graft*.

INTERVENTI PER VIA PERCUTANEA SUI VASI

• **Inserzione di stent medicati e non medicati in corso di Angioplastica coronarica:**

Per interventi di **PTCA** con l'applicazione di stent è indicata la seguente codifica:

- Intervento chir. Principale: codici di angioplastica coronarica percutanea:
00.66 Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica.

Codificare anche eventuale:

iniezione o infusione di agenti trombolitici (99.10)
inserzione di stent nell'arteria coronaria (36.06-36.07)
infusione trombolitica nell'arteria coronaria (36.04)
numero di stent vascolari inseriti (00.45-00.48)
numero di vasi trattati (00.40-00.43)
procedure sulla biforcazione dei vasi (00.44)

• **Per interventi di PTA di altri vasi, con l'applicazione di stent**, la codifica è la seguente:

00.61 Angioplastica percutanea o aterectomia di vasi precerebrali extracranici

Codificare anche eventuale:

iniezione o infusione di agenti trombolitici (99.10)
numero di stent vascolari inseriti (00.45-00.48)
numero di vasi trattati (00.40-00.43)

00.62 Angioplastica percutanea o aterectomia dei vasi intracranici

Codificare anche eventuale:

iniezione o infusione di agenti trombolitici (99.10)
numero di stent vascolari inseriti (00.45-00.48)
numero di vasi trattati (00.40-00.43)

00.63 Inserzione percutanea di stent nell'arteria carotidea

Codificare anche eventuale:

numero di stent vascolari inseriti (00.45-00.48)
numero di vasi trattati (00.40-00.43)
procedure sulla biforcazione dei vasi (00.44)

00.64 Inserzione percutanea di stent in altre arterie precerebrali (extracraniche)

Codificare anche eventuale:

numero di stent vascolari inseriti (00.45-00.48)
numero di vasi trattati (00.40-00.43)
procedure sulla biforcazione dei vasi (00.44)

00.65 Inserzione per cutanea dei stent vascolari intracranici

Codificare anche eventuale:

numero di stent vascolari inseriti (00.45-00.48)

numero di vasi trattati (00.40-00.43)

procedure sulla biforcazione dei vasi (00.44)

- Intervento chir. principale: 39.50 *Angioplastica o aterectomia di vaso non coronario*

- Altro intervento 39.90 *Inserzione di stent su arteria non coronarica.*

REINTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA

• **In caso di reintervento per complicazione meccanica di by-pass aorto-coronarico** è indicata la seguente codifica:

Diagnosi principale: 996.03 *Complicazioni meccaniche di innesto di by-pass coronarico*

Intervento chir. principale: codice di *by-pass aortocoronarico* codifica specifica.

• **In caso di reintervento per altre complicazioni di by-pass aorto-coronarico (embolia, trombosi)** è indicata la seguente codifica:

Diagnosi principale 996.72 *Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti cardiaci*

Intervento chir. principale: codice di *by-pass aortocoronarico* codifica specifica.

• **In caso di reintervento per complicazione meccanica di protesi valvolare cardiaca** è indicata la seguente codifica:

Diagnosi principale: 996.02 *Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca*

Intervento chirurgico principale: codice di *sostituzione valvolare.*

• **In caso di reintervento per altre complicazione da protesi valvolare cardiaca (embolia, trombosi)** è indicata la seguente codifica:

Diagnosi principale 996.71 *Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*

Intervento chirurgico principale: codice di *sostituzione valvolare.*

• Si è ritenuto di dover concordare univoche **modalità di descrizione di particolari quadri diagnostici:**

i codici da utilizzare tra le diagnosi secondarie per identificare, in caso di intervento cardiocirurgico, i soggetti portatori di by-pass, protesi valvolari, P.M. ben funzionanti sono:

- V43.3 *Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi*

- V45.01 *Stimolatore cardiaco in situ*

- V45.81 *Stato postchirurgico di by-pass aortocoronarico*

- V43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi (protesi vascolari).*

-

• Un problema clinico specifico è rappresentato dal verificarsi di un **infarto perioperatorio** che non trova descrizione specifica nella classificazione internazionale delle malattie. Si propone l'utilizzo del codice 410._ 1 *Infarto miocardico acuto* in associazione al codice 997.1 *Complicazioni cardiache, non classificate altrove.*

INFEZIONE E COMPLICAZIONE POSTOPERATORIE

• **Mediastinite:**

Diagnosi principale: 998.59 *Altra Infezione postoperatoria*

Diagnosi secondaria: 519.2 *Mediastinite*

Intervento chir. principale: 34.3 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino*

Altro Intervento: +/- dispositivo VAC (Vacuum Assisted Closure), codice 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.*

• **Infezione della ferita chirurgica e conseguente toilette:**

Diagnosi principale: 998.59 *Altra infezione postoperatoria*

Intervento chir. principale: 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

Altro intervento +/- dispositivo VAC (Vacuum Assisted Closure), codice 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.*

• **Rericovero per deiscenza della ferita sternale e conseguente risutura:**

Diagnosi principale: 998.3 *Lacerazione di ferita operatoria*

Intervento chir. principale: 78.11 *Applicazione di fissatore esterno di scapola, clavicola e torace.*

• **Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria:**

Codice di procedura 39.41 *Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare.*

IMPIANTO DI PACE-MAKER IN PRESENZA DELLA SINDROME DEL SENO CAROTIDEO

La ricerca delle modalità di codifica attraverso l'indice analitico delle diagnosi (ICD-9-CM 2002) porta alla selezione del codice 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo* che determina l'attribuzione del caso ai DRG 7 e 8 *Interventi sui nervi periferici e cranici e altri interventi sul sistema nervoso con e senza CC.* Tali Drg non descrivono correttamente la casistica, per cui si è concordata la seguente codifica:

o Diagnosi principale: 427.89 *Altre aritmie cardiache specificate*

o Intervento chir. principale: 37.7_ *Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di elettrodi*

o Altro intervento: 37.8_ *Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di pace- maker.*

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

o Diagnosi principale 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo*

o Intervento chirurgico Principale 39.8 *Interventi sul globo carotideo e su altri glomi vascolari.*

INTERVENTI PER IL TRATTAMENTO DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Poiché il trattamento ablativo della fibrillazione atriale può essere eseguito per via per cutanea (in laboratorio elettrofisiologico), o con tecnica chirurgica più o meno estesa (in sala operatoria), si indica la seguente codifica per evidenziare il differente approccio:

o ablazione transcatetere percutanea codice 37.34 *Asportazione mediante catetere di lesione o tessuto del cuore;*

o nei casi con tecnica "chirurgica" utilizzare il codice 37.33 *Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, con codice aggiuntivo 34.21 toracosopia transpleurica o 34.09 Altra incisione della pleura.*

L'intervento di **CHIUSURA DEL DOTTO DI BOTALLO PER VIA PERCUTANEA**, va descritto con i seguenti codici:

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

L'intervento di **CHIUSURA DEL DIFETTO INTERATRIALE (DIA) PER VIA PERCUTANEA**, va descritto con i seguenti codici:

- o 35.52 *Riparazione di difetto del setto atriale con sutura diretta*
- o 37.21 *Cateterismo cardiaco del cuore destro.*

L'intervento di **SOSTITUZIONE DI ARCO AORTICO CON TUBO VALVOLATO** va descritto con i seguenti codici:

- o 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*
- o 35.2_ *Sostituzione di valvola aortica.*

IMPIANTO CUORE ARTIFICIALE

Codice 37.65 *Impianto di un sistema di circolazione assistita esterno pulsatile*, che identifica una assistenza cardiocircolatoria esterna

Codice 37.66 *Impianto di un sistema di circolazione assistita, impiantabile, pulsatile*, che identifica una assistenza cardiocircolatoria impiantabile o definitiva

Codice 39.65 *Ossigenazione extracorporea delle membrane (ECMO)*

Codice 37.62 *Impianto di altri sistemi di circolazione assistita* o VAD (assistenza cardiocircolatoria con pompa centrifuga).

ASSISTENZA CARDIOCIRCOLATORIA CON POMPA CENTRIFUGA PIÙ OSSIGENATORE

In caso di assistenza ventricolare destra con impianto di circolazione assistita, da atrio destro a atrio sinistro con esclusione del circolo polmonare, utilizzare il codice 37.62 *Impianto di altri sistemi di circolazione assistita* insieme al codice 39.65 *Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO)*.

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.

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO e codifiche per le strutture di Terapia Intensiva

l'inserimento della versione 24 dei medicare drg ICD – 9 – CM 2007, per quanto concerne i codici relativi all'apparato respiratorio apporta le seguenti modifiche:

n° 11 diagnosi aggiunte	
477.2	Rinite allergica da peli o forfora animale (gatto)(cane)
478.11	Mucosite nasale (ulcerativa)
478.19	Altre malattie delle cavità nasali e dei seni paranasali
480.31	Polmonite da SARS – Coronavirus associato
491.22	Bronchite cronica ostruttiva con bronchite acuta
493.81	Broncospasmo indotto da esercizio fisico
493.82	Asma variante con tosse
517.3	Sindrome polmonare acuta
518.7	Danno acuto polmonare causato da trasfusione
519.11	Broncospasmo acuto
519.19	Altre patologie della trachea e dei bronchi
n° 10 diagnosi modificate	
491.20	Bronchite cronica ostruttiva, senza esacerbazione
491.21	Bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta)
493.00	Asma estrinseca, tipo non specificato
493.02	Asma estrinseca, con riacutizzazione
493.10	Asma intrinseca, tipo non specificato
493.12	Asma intrinseca, con esacerbazione (acuta)
493.20	Asma cronica ostruttiva, tipo non specificato
493.22	Asma cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta)
493.90	Asma, tipo non specificato
493.92	Asma, tipo non specificato con esacerbazione (acuta)
n° 2 diagnosi eliminate	
478.1	Altre malattie delle cavità nasali e dei seni paranasali
519.1	Altre malattie della trachea e dei bronchi non classificate altrove
n° 7 procedure/interventi aggiunti	
32.23	Ablazione a cielo aperto di lesione o tessuto polmonare
32.24	Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
32.25	Ablazione per via toracoscopica di lesione o tessuto polmonare
32.26	Altra e non specificata ablazione di lesione o tessuto polmonare
33.71	Inserzione endoscopica o sostituzione di valvola/e bronchiale
33.78	Rimozione endoscopica di dispositivo o sostanze bronchiali
33.79	Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali
	non sono presenti procedure/interventi revisionati e eliminati.

A seguito delle modifiche nella codifica sopra elenca, anche i DRG sono parzialmente modificati come da seguente schema riassuntivo:

DRG Nuovi	
541	Ossigenazione extracorporea a membrana o tracheostomia con ventilazione meccanica \geq 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica \geq 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore
565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita \geq 96 ore
566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita $<$ 96 ore
DRG Revisionati	
483	Tracheotomia con ventilazione meccanica \geq 96 ore o eccetto per diagnosi relative a faccia, bocca e collo
DRG Eliminati	
483	Tracheotomia eccetto per diagnosi relative a faccia, bocca e collo
475	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita

Polmoniti

- Per la corretta segnalazione delle **diverse forme di polmonite** occorre prestare particolare attenzione alle indicazioni riportate sull'ICD-9-CM in quanto sono previste 2 distinte modalità di codifica:
 - Se non sono presenti specifiche indicazioni si codifica con un codice unico
Esempio: 480.0 Polmonite da Adenovirus
 482.1 Polmonite da Pseudomonas
 - Se è presente la segnalazione "codificare per prima la malattia di base" si devono usare due codici, uno che identifica la malattia di base e l'altro la patologia associata e l'agente eziologico
Esempio:
 Diagnosi clinica: polmonite da citomegalovirus
 Codifica: DP: 078.5 Malattia citomegalica;
 DS: 484.1 Polmonite da citomegalovirus.
- Nel caso **non sia possibile identificare l'agente eziologico** responsabile del quadro clinico si usano :
 - 485 Broncopolmonite, agente non specificato
 - 486 Polmonite, agente non specificato
- **polmoniti ab ingestis**
 La polmonite da aspirazione di solidi e liquidi viene descritta con i codici della categoria 507 *polmoniti da solidi e liquidi*
- La **polmonite complicante la sindrome influenzale** si codifica con 4870 *influenza con polmonite*

- 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 toracentesi, inserzione di drenaggio intercostale, etc.) e non sulla base del semplice riscontro radiologico.

Bronchite – broncopneumopatia cronica ostruttiva

- Si usino i seguenti codici:
per la bronchite acuta : *466.0 bronchite acuta*
per la bronchite cronica semplice: *491.0 bronchite cronica semplice*
per la bronchite cronica semplice con riacutizzazione *DP 466.0 bronchite acuta*
DS 491.0 bronchite cronica semplice
per la BPCO: *491.20 bronchite cronica ostruttiva senza esacerbazione*
491.21 bronchite cronica ostruttiva con esacerbazione (acuta)
491.22 bronchite cronica ostruttiva con bronchite acuta
- Per potere usare il codice della BPCO deve essere presente in cartella la spirometria, la quale dovrà essere segnalata anche fra i codici di procedura (*89.37 spirometria*)

Insufficienza respiratoria

- I codici
 - **518.81** *insufficienza respiratoria acuta*
 - **518.83** *insufficienza respiratoria cronica*
 - **518.84** *insufficienza respiratoria acuta e cronica*- possono essere usati (in DP o in DS) solo **alle seguenti condizioni:**
1. devono essere presenti alterazioni documentate dei parametri emogasanalitici arteriosi (Pa O₂ – Pa CO₂ – pH – e bicarbonato).
Più precisamente i valori soglia dell' emogasanalisi in respiro spontaneo e in aria ambiente che giustificano l' utilizzo di tali codici sono i seguenti:
 - ipossiemia arteriosa: PaO₂ < 60 mmHg associata ad almeno uno dei seguenti parametri alterati
 - ipercapnia arteriosa: paCo₂ > 45 mmHg
 - acidosi respiratoria: pH normale < o = 7.35 o
 - bicarbonati: HCO₃ normali o elevati (> 26 mEq)

NB: L' ipossiemia pura isolata non è condizione sufficiente a giustificare l' utilizzo del codice 518.81 in DP, a meno che non si protragga per almeno 48 ore e sia documentata attraverso i criteri per l' appropriato utilizzo del codice di procedura 93.96 "ossigenoterapia" (vd dopo).
 2. dovranno essere necessariamente indicati in cartella clinica e sulla SDO gli interventi terapeutici effettuati con particolare attenzione all' utilizzo dei codici che segnalano le terapie ventilatorie /ossigeno terapie

3. i codici dell' insufficienza respiratoria devono essere posti in DP mentre in DS dovranno essere indicate le patologie che hanno determinato l' insufficienza respiratoria e/o le patologie concomitanti (nell' insufficienza respiratoria è implicita l' asma e le varie forme di BPCO per cui non è previsto il loro inserimento in DS)

• **Sindrome da distress respiratorio nell' adulto.**

- qualora L' ARDS sia causata da intervento chirurgico (e determini la necessità di di un risveglio protetto con ventilazione meccanica assistita di paziente per almeno 12 ore dal termine dell' intervento), da trauma o shock va usato il codice *518.5 insufficienza polmonare successiva a trauma o intervento chirurgico*
- qualora l' ARSD sia associata ad altre cause va usato il codice *518.82 altre insufficienze polmonari non classificate altrove*

terapia ventilatoria non invasiva e invasiva

La terapia ventilatoria

- **non invasiva** è codificata con i codici della categoria "93.9_ *Terapia respiratoria*"
- **invasiva** è codificata con i codici della categoria "96.7_ *Altra ventilazione meccanica continua*"

Sono di seguito riportati i criteri per l' appropriato impiego dei codici per la terapia ventilatoria non invasiva e invasiva :

Codici ICD9	TERAPIA RESPIRATORIA	INDICAZIONI
categoria 93.9_	non invasiva	
93.90	Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)	PAO ₂ < 60 mmHg, PAO ₂ /Fi O ₂ <200 (edema polmonare, polmoniti gravi, etc) disturbi respiratori associati a patologie del sonno
93.90	Respirazione a pressione positiva a due livelli (BiLevel)	PACO ₂ > 45 mmHg PH <= 7.35
93.91	Respirazione a pressione positiva intermittente	PACO ₂ > 45 mmHg PH <= 7.35
93.96	Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)	Ipossiemia isolata (PAO ₂ < 60 mmHg) che necessita di O ₂ terapia continua per almeno 48 ore, con controllo emogasanalitico arter. giornaliero e/o monitoraggio SaO ₂ per almeno 48 ore

93.99	Altre procedure respiratorie (polmone di acciaio)	PACO ₂ > 45 mmHg PH ≤ 7.35
categoria 96.7_	invasiva	
96.70	Ventilazione meccanica continua di durata non specificata	Non utilizzare questo codice in quanto non specifica la durata del trattamento
96.71	Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive	PAO ₂ < 40 mmHg e/o PAO ₂ /Fi O ₂ < 200 PACO ₂ > 60 mmHg, PH ≤ 7.35 Fallimento o controind. al trattamento non invas.
96.72	Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive per 96 ore consecutive o più	PAO ₂ < 40 mmHg e/o PAO ₂ /Fi O ₂ < 200 PACO ₂ > 60 mmHg, PH ≤ 7.35 Fallimento o controind. al trattamento non invas.

- Molta attenzione va posta alla **durata della ventilazione meccanica**, per il calcolo della quale vanno seguite le regole presenti nel Manuale di Classificazione al codice 96.7
- **La chiusura della tracheostomia** va codificata con
DP: *V55.0 controllo di tracheostomi* ;
IP: *31.72 chiusura di fistola esterna della trachea*
- **Le complicazioni legate alla tracheostomia** quali emorragie, stenosi etc vanno codificate con i codici *519.0* con la 5° cifra che specifica il tipo di complicazione
- Nel caso in cui venga effettuata una "**minitracheostomia**" ovvero la pulizia meccanica delle vie aeree con accesso chirurgico miniinvasivo la procedura non va codificata

Cuore polmonare

I casi di cuore polmonare cronico in fase di scompenso vengono descritti segnalando in DP il codice *428.0 insufficienza cardiaca congestizia* e in DS il codice *416.8 altre forme di malattia cardiopolmonare (cuore polmonare cronico secondario)*

Patologie del circolo polmonare

I codici delle patologie del circolo polmonare sono trattate nel capitolo 7 "malattie del sistema circolatorio" del manuale di classificazione

Insufficienza multiorgano

Per l'insufficienza multiorgano non esiste un codice specifico , per cui si devono codificare separatamente le singole patologie nell'ordine del peso assistenziale.

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE (520-579)

Malattie della cavità orale, ghiandole salivari e 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

AGGIORNAMENTO ICD-9-CM 2007

Nuovi codici diagnosi: 134*
revisionati: 5
cancellati: 20

*Descrizione codici diagnosi (per brevità sono omessi i 116 codici della cavità orale)

530.20	ULCERA ESOFAGEA SENZA SANGUINAMENTO
530.21	ULCERA ESOFAGEA CON SANGUINAMENTO
530.85	ESOFAGO DI BARRETT
530.86	INFEZIONE DELL'ESOFAGOSTOMIA
530.87	COMPLICAZIONE MECCANICA DELL'ESOFAGOSTOMIA
537.84	LESIONE DI DIEULAFOY (EMORRAGICA) DELLO STOMACO E DEL DUODENO
538	MUCOSITE GASTROINTESTINALE (ULCERATIVA)
567.21	PERITONITE (ACUTA) DIFFUSA
567.22	ASCESSO PERITONEALE
567.23	PERITONITE BATTERICA SPONTANEA
567.29	ALTRE PERITONITI SUPPURATIVE
567.31	ASCESSO DEL MUSCOLO PSOAS
567.38	ALTRO ASCESSO RETROPERITONEALE
567.39	ALTRA INFEZIONE RETROPERITONEALE
567.81	COLEPERITONITE
567.82	MESENTERITE SCLEROSANTE
567.89	ALTRE PERITONITI SPECIFICATE
569.86	LESIONE DI DIEULAFOY (EMORRAGICA) DELL'INTESTINO

Nuovi codici procedure: 13*

revisionati: 0

cancellati: 0

*Descrizione codici procedure

44.38	GASTROENTEROSTOMIA LAPAROSCOPICA
44.67	PROCEDURE LAPAROSCOPICHE PER LA CREAZIONE DELLO SFINTERE ESOFAGOGASTRICO
44.68	GASTROPLASTICA LAPAROSCOPICA
44.95	PROCEDURA LAPAROSCOPICA DI RESTRIZIONE GASTRICA
44.96	REVISIONE LAPAROSCOPICA DELLA PROCEDURA GASTRICA RESTRITTIVA
44.97	RIMOZIONE LAPAROSCOPICA DI DISPOSITIVO/I DI RESTRIZIONE GASTRICA

44.98 REGOLAZIONE DI MISURA (LAPAROSCOPICA) DEL DISPOSITIVO DI
RESTRIZIONE GASTRICA REGOLABILE
49.75 IMPIANTO O REVISIONE DI SFINTERE ANALE ARTIFICIALE
49.76 RIMOZIONE DI SFINTERE ANALE ARTIFICIALE
50.23 ABLAZIONE APERTA DI TESSUTO O LESIONE EPATICI
50.24 ABLAZIONE PERCUTANEA DI TESSUTO O LESIONE EPATICI
50.25 ABLAZIONE LAPAROSCOPICA DI TESSUTO O LESIONE EPATICI
50.26 ALTRE E NON SPECIFICATE ABLAZIONI DI TESSUTO O LESIONE EPATICI

Nota:

- Chirurgia laparoscopica: oltre la colecistectomia laparoscopica cod. 51.23 e l'appendicectomia laparoscopica cod.47.01, sono state inserite le seguenti procedure oggi attuate con tecnica laparoscopia:

51.24 colecistectomia parziale laparoscopica
47.11 appendicectomia laparoscopica in corso di altro intervento
44.38 gastroenterostomia laparoscopica
44.67 procedure laparoscopiche per la creazione dello sfintere
esofagogastrico
44.68 gastroplastica laparoscopica
44.95 procedura laparoscopica di restrizione gastrica
44.96 revisione laparoscopica della procedura gastrica restrittiva
44.97 rimozione laparoscopica di dispositivo/i di restrizione gastrica
44.98 regolazione di misura (laparoscopica) del dispositivo di restrizione
gastrica regolabile

- Quando un intervento chirurgico, inizialmente avviato per via laparo o toracosopia, viene successivamente convertito a cielo aperto esso 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/toracosopica convertito in intervento a cielo aperto".
- La tecnica del linfonodo sentinella viene codificata con cod. 92.16, che non modifica il DRG in chirurgia della mammella.

• In caso di ricovero per **sanguinamento di varici esofagee** e relativo controllo di emorragia effettuato per via endoscopica, utilizzare come intervento principale il codice 42.33 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo*.

• **Malattia di Sjogren (codice 710.2)**

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

Diagnosi principale cod. 527.7 *Disturbi della secrezione salivare*

Diagnosi secondaria cod. 710.2 *M. di Sjogren*

Procedure cod. 26.11 *se con biopsia chiusa (agobiopsia)* cod. 26.12 *se con biopsia a cielo aperto*.

N.B. Tale indicazione di codifica ovvia ad una incongruenza del Grouper-DRG che, non trovando correlazione tra diagnosi principale e procedura, assegnerebbe il caso al DRG 468.

- La riacutizzazione o la cronicità dell'**enterite regionale** va codificata con i codici delle sotto-categorie 555. _ .
- **La riacutizzazione o la cronicità della rettocolite ulcerosa** va codificata con i codici delle sottocategorie 556._ , con i quali si specifica la sede.
- Per la **riparazione di rettocele con protesi** vanno indicati i codici di correzione del rettocele unitamente al codice 48.79 *Altra riparazione del retto*.
- **Proctopessi addominale con protesi:** vanno indicati i codici di procedura 48.75 *Proctopessi addominale* e 46.79 *Altra riparazione dell'intestino*.
- **Resezione di prolasso del retto per via transanale con stapler (Intervento di Starr):** va indicato il codice di procedura 48.74 *Retto-rettostomia*.
- **Reservoir rettale con J-pouch colica:** va indicato il codice di procedure 45.95 *Anastomosi dell'ano*.
- **Reservoir rettale con coloplastica trasversale (stritturoplastica colica):** utilizzare il codice 45.03 *Altra incisione dell'intestino crasso*.
- **Emorroidectomia secondo Longo (Procedure for Prolapse Haemorrhoids):** utilizzare il codice di procedura 49.49 *Altri interventi sulle emorroidi*.
- **Emorroidectomia secondo Hall:** codice di procedura 49.49 *Altri interventi sulle emorroidi*.
- **Endoprotesi per la dilatazione Intestinale del Colon:** codice 46.79 *Altra riparazione dell'intestino* e codice 45.23 *Colonscopia con endoscopio flessibile*.
- **Endoprotesi per la dilatazione Intestinale del Retto:** codice 48.79 *Altra riparazione del retto* e codice 48.23 *Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido*.
- **Protesi dello sfintere anale:**

codificare in diagnosi principale il codice 787.6 *Incontinenza fecale*; in diagnosi secondaria il codice V52.8 *Collocazione e sistemazione di altra protesi specificata* e il codice 49.79 *Altra riparazione dello sfintere anale* quale intervento principale.

- **Interventi per Obesità** Il trattamento chirurgico dell'obesità può essere descritto con codici diversi in funzione del tipo di intervento. Di seguito si riportano le indicazioni per la descrizione di tali casi, precisando peraltro che la scelta di alcuni codici di procedura apparentemente inadeguati e/o insufficientemente descrittivi deriva dall'assenza nel Sistema di Classificazione ICD-9- CM di codici specifici per alcune tecniche chirurgiche attualmente in uso.

- **Intervento di diversione biliopancreatica (BPD):**
 - Diagnosi principale 278.01 *Obesità grave*
 - Intervento chirurgico 43.81 *Gastrectomia parziale con trasposizione digiunale*
 - Altri intervento 45.91 *Anastomosi intestinale tenue-tenue*
 - Altri intervento 51.22 *Colecistectomia*.

- **Intervento di banding gastrico in chirurgia "aperta":**
Diagnosi principale 278.01 *Obesità grave*
Intervento chirurgico 44.69 *Altra riparazione dello stomaco.*
- **Intervento per via endoscopica inserimento di pallone Bariatrico intragastrico per trattamento obesità:**
Utilizzare il codice 44.93 *Inserzione di bolla gastrica (palloncino)* e come diagnosi principale quella relativa all'obesità.

• **Deiscenza della gastroplastica verticale:** utilizzare il codice 997.4 *Complicazioni gastrointestinali non classificate altrove.*

• **Spostamento, scivolamento del Bending:** utilizzare il codice 996.59 *Complicazioni meccaniche di altri dispositivi interni.*

• **Stenosi dell'outlet:** utilizzare il codice 996.79 *Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni.*

• **Protesi metallica esofagea:** utilizzare il codice 42.89 *Altra riparazione dell'esofago* e il codice 42.23 *Altra esofagoscopia.*

• **Protesi metallica duodenale:** utilizzare il codice 46.79 *Altra riparazione dell'intestino* associato al codice 45.13 *Altra endoscopia dell'intestino tenue.*

• **Plicatura endoscopica di ernia iatale:** utilizzare il codice 44.66 *Altri interventi per la creazione di sfintere esofago gastrico* associato al codice 44.13 *Altra gastroscopia.*

• **Videoendoscopia diagnostica con capsula:** utilizzare il codice 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 il codice 48.36 *Polipectomia (endoscopica) del retto.* Non utilizzare il codice 48.35.

• **Trapianto di intestino isolato:** per descrivere il trapianto di intestino, è sufficiente segnalare, fra le procedure, il codice, introdotto dalla classificazione ICD-9-CM 2002, 46.97 *Trapianto di intestino.* In questo caso è necessario descrivere il tipo di donatore (0091-0093)

• **Trapianto multiviscerale:** in diagnosi principale codificare la patologia di base; come codice intervento utilizzare 46.97 *Trapianto di intestino.*

In aggiunta al suddetto codice, deve essere segnalato almeno uno dei seguenti:

- 43.99 *Altra gastrectomia totale*
- 52.83 *Trapianto eterologo di pancreas*
- 50.59 *Altro trapianto di fegato.*

• **Trapianto di fegato split:** utilizzare il codice 50.59 *Altro trapianto di fegato* in associazione al codice 51.39 *Altra anastomosi del dotto biliare.* E' necessario descrivere il tipo di donatore (0091-0093)

- **Ricovero per asportazione di fegato da donatore sano:** in diagnosi principale utilizzare il codice V59.6 *Donatore di fegato* e quale codice di intervento indicare il codice 50.22 *Epatectomia parziale*.

MALATTIE DEL SISTEMA GENITO-URINARIO

AGGIORNAMENTO ICD-9-CM 2007

nuovi codici: 53 *

* Descrizione codici

- 600.00 Iperptrofia prostatica benigna senza ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (LUTS)
- 600.01 Iperptrofia prostatica benigna con ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (LUTS)
- 600.10 Prostata nodulare senza ostruzione urinaria
- 600.11 Prostata nodulare con ostruzione urinaria
- 600.20 Iperplasia benigna localizzata della prostata senza ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (LUTS)
- 600.21 Iperplasia benigna localizzata della prostata con ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (LUTS)
- 600.90 Iperplasia della prostata non specificata, senza ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (LUTS)
- 600.91 Iperplasia della prostata non specificata, con ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (LUTS)
- 607.85 Malattia di Peyronie (Peyronie's disease o Induratio penis plastica)
- 588.81 Iperparatiroidismo secondario (di origine renale)
- 588.89 Altre patologie specificate, causate da una compromessa funzione renale
- 618.00 Prolasso non specificato delle pareti vaginali
- 618.01 Cistocele, della linea mediana
- 618.02 Cistocele, laterale
- 618.03 Uretrocele
- 618.04 Rettocele
- 618.05 Perineocele
- 618.09 Altro prolasso delle pareti vaginali senza menzione di prolasso uterino
- 618.81 Incompetenza o indebolimento del tessuto pubocervicale
- 618.82 Incompetenza o indebolimento del tessuto rettovaginale
- 618.83 Atrofia della muscolatura pelvica
- 618.89 Altro prolasso genitale specificato
- 621.30 Iperplasia endometriale non specificata
- 621.31 Iperplasia endometriale semplice senza atipica
- 621.32 Iperplasia endometriale complessa senza atipica
- 621.33 Iperplasia endometriale con atipica
- 622.10 Displasia della cervice non specificata
- 622.11 Displasia cervicale lieve
- 622.12 Displasia cervicale moderata
- 629.20 Mutilazione genitale femminile, non specificata
- 629.21 Mutilazione genitale femminile di tipo I
- 629.22 Mutilazione genitale femminile di tipo II
- 629.23 Mutilazione genitale femminile di tipo III
- 585.1 Malattia renale cronica, stadio I
- 585.2 Malattia renale cronica, stadio II (lieve)
- 585.3 Malattia renale cronica, stadio III (moderata)
- 585.4 Malattia renale cronica, stadio IV (severa)
- 585.5 Malattia renale cronica, stadio V

- 585.6 Malattia renale cronica, stadio finale
- 585.9 Malattia renale cronica, non specificata
- 599.60 Ostruzione urinaria, non specificata
- 599.69 Ostruzione urinaria, non altrimenti classificata
- 608.20 Torsione del testicolo, non specificato
- 608.21 Torsione extravaginale del funicolo spermatico
- 608.22 Torsione intravaginale del funicolo spermatico
- 608.23 Torsione dell'appendice del testicolo
- 608.24 Torsione dell'appendice dell'epididimo
- 616.81 Mucosite (ulcerativa) della cervice, della vagina e della vulva
- 616.89 Altre malattie infiammatorie della cervice, della vagina e della vulva
- 618.84 Prolasso del moncone cervicale
- 629.29 Altre mutilazioni dei genitali femminili
- 629.81 Aborto abituale senza gravidanza in atto
- 629.89 Altri disordini specificati degli organi genitali femminili

Colica renale

In caso di riscontro di calcolosi renale la diagnosi principale va ricercata tra i codici 592._ e non va codificata la colica.

In assenza di riscontro di calcoli, viene codificata come diagnosi principale la colica utilizzando il codice 788.0

Ematuria

La diagnosi principale di ematuria (599.7) viene utilizzata esclusivamente nel caso non sia riscontrata la patologia o la causa che l'ha determinata; Il sangue nelle urine come reperto di laboratorio può essere codificato, in diagnosi secondaria, con il codice 791.2 "Emoglobinuria".

Se l'ematuria è una complicazione di un trattamento chirurgico o strumentale, va utilizzato un codice da ricercare tra le categorie 996- 999 (*complicanze di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove*).

Fimosi: (codice diagnosi 605)

L'intervento chirurgico di correzione della fimosi/circoncisione va codificato utilizzando il codice 64.0 evitando l'uso del 64.93.

Le plastiche di slittamento del prepuzio devono essere codificate con il codice 64.91.

Varicocele: (codice diagnosi 456.4)

L'intervento tradizionale (legatura dei vasi spermatici) è identificato dal codice 63.1 (asportazione di varicocele).

L'intervento di sclerosi va identificato aggiungendo il codice 99.29; se si utilizza la via retrograda va utilizzato anche il codice 88.67 (flebografia con m.d.c. di altre sedi specificate).

Malattia renale da diabete mellito

Nel caso di diabete con complicazioni a lungo termine o croniche, va specificata in diagnosi principale, con la quarta cifra, la complicanza cronica o a lungo termine del diabete (250.4 - 250.8), mentre tra le diagnosi secondarie vanno

eventualmente riportati uno o più codici aggiuntivi per descrivere meglio il tipo di complicazioni rilevate.

Ad esempio:

Diabete non insulino-dipendente scompensato, complicato da nefropatia diabetica: in diagnosi principale indicare il codice 250.42 "Diabete con complicanze renali, non insulino dipendente, scompensato"; in diagnosi secondaria riportare il codice 583.81 "Nefropatia diabetica SAI".

Nefropatia ipertensiva

Per codificare la compromissione renale in corso di ipertensione arteriosa fare riferimento ai codici 403._ e 404._ _ nel caso di contemporaneo interessamento cardiaco.

Incontinenza urinaria.

Se si utilizza il codice di intervento chirurgico principale: 59.3 "Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria", occorre utilizzare come diagnosi principale il codice 593.70 (reflusso) e come diagnosi secondaria l'incontinenza.

La diagnosi principale di incontinenza urinaria può essere utilizzata adottando, tra le procedure, le seguenti:

- 59.4 "Sospensione uretrale sovrapubica con sling", oppure
- 59.5 "Sospensione uretrale retropubica (Marshall)", oppure
- 59.6 "Colposospensione parauretrale" in caso di intervento a cielo aperto.

Iniezione di collagene in cistoscopia per la correzione di incontinenza urinaria e reflusso vescico-ureterale.

Diagnosi principale: 593.7 (*reflusso vescico-ureterale*) oppure 788.32 (*incontinenza maschile*) o altro 625.6 (*incontinenza nella donna*) o altro

Intervento chirurgico: 59.72 (*impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale*).

In caso di **stenosi uretrale con inserimento di protesi**, utilizzare i seguenti codici:

Diagnosi principale: 598._ (*stenosi uretrale*) utilizzando codici aggiuntivi per indicare incontinenza urinaria (625.6, 788.30-788.39) o la ritenzione (788.2_)

Intervento chirurgico: 58.6 (*dilatazione uretrale*)

Impianto di pace-maker neurali o elettrostimolatore neuro-urologico per il trattamento di ritenzione urinaria (788.2_), incontinenza urinaria (788.3_), pollachiuria o poliuria (788.41, 788.42): sia nel caso si tratti di un elettrodo temporaneo per la stimolazione del nervo sacrale, sia si tratti di un pace-maker definitivo, il codice intervento da utilizzare è 03.93 (*collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale*).

In caso di rimozione di neurostimolatore utilizzare il codice v5302 come diagnosi e il codice 0394 come procedura.

In caso di rimozione per infezione, utilizzare come diagnosi principale il codice v4589 e come diagnosi secondaria l'infezione (996.63); la procedura è identificata dal codice 03.94.

L'impianto di **protesi sfinteriali uretrali** va descritto con il codice 58.93 (*impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali*).

Insufficienza renale

Per codificare l'insufficienza renale acuta, utilizzare i codici 584._

Per codificare l'insufficienza renale cronica e la malattia renale allo stadio terminale utilizzare il codice 585. In caso di riacutizzazione, utilizzare come diagnosi principale insufficienza renale acuta e codificare come diagnosi secondaria l'insufficienza renale cronica.

Il codice 585 va usato anche in caso di ricovero con intervento chirurgico specifico per il trattamento della patologia (inserzione di catetere, allestimento di FAV, formazione di Shunt).

L'aumento di creatinina serica e riduzione della clearance, quando evidenziano un danno renale allo stadio iniziale, vanno codificati utilizzando il codice 593.9.

Dialisi

I ricoveri dei pazienti dializzati sono di regola determinati da complicanze della malattia di base (IRC) o del trattamento dialitico stesso.

In tali casi la complicanza che ha determinato il ricovero va segnalata come diagnosi principale e la condizione di dializzato come diagnosi secondaria:

- V45.1 se non viene eseguito trattamento dialitico,
- V56.0 se viene eseguita emodialisi (codice 39.95),
- V56.8 se viene eseguita dialisi peritoneale (codice 54.98).

La dialisi in corso di IRC è un trattamento di regola ambulatoriale: per tale motivo non è appropriata la sua segnalazione come diagnosi principale di ricovero.

Nei casi in cui il ricovero ha luogo per eseguire il trattamento dialitico in assenza di patologie complicanti, utilizzare in diagnosi principale i codici "V" relativi ai trattamenti ulteriori per dialisi extracorporea o peritoneale.

• Accessi vascolari per emodialisi

Nel paziente che si sottopone al primo intervento di preparazione di Fistola Artero-Venosa (FAV) per l'emodialisi, l'IRC (codice 585) è codificata come diagnosi principale e come procedura l'arteriovenostomia per dialisi renale (codice 39.27). Nel caso di utilizzo di innesti protesici per la costruzione di un accesso vascolare, segnalare in aggiunta il codice 39.29 (Altre anastomosi o by-pass vascolari [periferici]).

In caso di reintervento per complicanze correlate alla FAV preesistente, codificare la complicanza per la quale è richiesto il reintervento come diagnosi principale e la

preparazione di una nuova fistola (codice 39.27) o la revisione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale (codice 39.42) quali procedure. Come nel caso di primo intervento, l'utilizzo di innesti protesici per la costruzione di un accesso vascolare va segnalato con il codice aggiuntivo 39.29 (Altre anastomosi o by-pass vascolari [periferici]).

Se il paziente è già in trattamento dialitico, utilizzare come diagnosi secondaria il codice V45.1 (Stato 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.

- **Cateteri vascolari**

In caso di impianto di catetere temporaneo o permanente per emodialisi, segnalare il codice 38.95 (Cateterismo venoso per dialisi renale) come procedura. Per la codifica della diagnosi principale seguire i criteri già indicati al punto precedente (vedi accessi vascolari) e, in caso di ricoveri verificatisi per la sola inserzione o rimozione di catetere per dialisi, utilizzare il codice V56.1 (Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi) o il codice V56.2 (Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi) in diagnosi principale.

In caso di utilizzo di dispositivo totalmente impiantabile segnalare il codice 86.07 (Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile).

- **Accesso per dialisi peritoneale**

Quando è stato posizionato il catetere peritoneale per dialisi, segnalare l'IRC (codice 585) come diagnosi principale e la creazione di fistola cutaneoperitoneale (codice 54.93) come procedura.

In caso di complicanze relative al catetere peritoneale, segnalare i codici 996.56 (Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale) o 996.68 (Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale) come diagnosi principale, e, come diagnosi secondaria, il codice V45.1 se il paziente non effettua dialisi, V56.8 (Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi) se effettua la dialisi peritoneale o V56.0 (Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea) se viene eseguita emodialisi.

Utilizzare il codice 97.82 (Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale) per la rimozione del catetere in caso di procedura non operatoria, o il codice 54.95 (Incisione del peritoneo), in caso di procedura operatoria.

Nei ricoveri effettuati per la sola inserzione o rimozione di catetere peritoneale segnalare il codice V56.2 (Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi) come diagnosi principale.

Trapianto renale

In caso di trapianto renale utilizzare il codice 55.69 (Eterotrapianto [indipendentemente da cadavere o vivente]) come procedura principale, segnalando in diagnosi principale l'IRC (codice 585) se il trattamento dialitico non è stato iniziato o i codici V56.0 o V56.8 se viene effettuata dialisi.

In caso di ricovero per complicanze del trapianto segnalare il codice 996.81 (Complicazioni di trapianto di rene) come diagnosi principale e la patologia specifica come diagnosi secondaria. Se invece la patologia che determina il ricovero è indipendente dal precedente trapianto (es: appendicite acuta) segnalarla in diagnosi principale codificando lo stato di trapiantato V42.0 (Rene sostituito da trapianto) come diagnosi secondaria.

Patologia prostatica.

L'adozione dell'ICD-9-CM 2007 consente una buona definizione diagnostica della patologia prostatica. Si elencano di seguito le situazioni più ricorrenti:

- Ipertrofia benigna della prostata (600.0)
- Prostata nodulare (600.1)
- Iperplasia benigna localizzata (600.2)
- Ciste della prostata (600.3)
- Iperplasia della prostata non specificata (600.9)
- Displasia della prostata (602.3)
- Neoplasia benigna della prostata (222.2)
- Ematospermia (608.82)
- Eiaculazione retrograda (608.87)
- Neoplasia maligna della prostata (185)

e le indicazioni di alcuni tra i codici da utilizzare per gli interventi chirurgici.

Esempio:

- in caso di ipertrofia della prostata (codice della diagnosi principale 600.__) va utilizzato il codice di intervento 60.29 "Resezione transuretrale della prostata (TURP)";
- in caso di neoplasia maligna della prostata (codice della diagnosi principale 185) va utilizzato il codice di intervento 60.61 "Asportazione di lesione prostatica con qualsiasi approccio".

Vengono elencati per comodità ulteriori codici relativi ad interventi specifici:

- distruzione transuretrale di tessuto prostatico mediante termoterapia con microonde (60.96)
- altra distruzione transuretrale di tessuto prostatico mediante altra termoterapia (60.97)
- riparazione di ostio cervicale interno (67.5)
- cerchiaggio transaddominale della cervice (67.51)
- altra riparazione di ostio cervicale interno (67.59)

Infezioni urinarie

L'infezione urinaria deve essere codificata solo nei casi in cui la diagnosi sia documentata attraverso un'urinocoltura. Invece, la semplice batteriuria asintomatica può essere codificata con il codice 791.9.

- Cistite acuta: 595.0;

- Infezione del sistema urinario, sito non specificato: 599.0 (Diagnosi generica da utilizzare in assenza di causa organica nota e localizzata);
- Pielonefrite acuta: 590.1_;
- Pielonefrite cronica, senza necrosi midollare: 590.00 (Codificare anche l'eventuale malformazione delle vie urinarie e l'eventuale reflusso ureterale associato).

Le infezioni urinarie insorte nel corso del ricovero devono essere riportate in scheda nosologica, tra le diagnosi secondarie, solo se influenzano il trattamento ricevuto e determinano un effettivo allungamento della degenza.

Per l'asportazione di **condilomi acuminati dall'uretra o dal tessuto periuretrale**, si utilizzano i seguenti codici:

- diagnosi principale 078._ _ (altre malattie da virus o da Chlamydae);
- intervento chirurgico: 58.31 (*asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra*) oppure 58.39 (*altra asportazione o demolizione locale di tessuto dell'uretra - comprensivo di uretrectomia*).

Per l'asportazione di **condilomi vaginali o della cervice uterina**, si utilizzano come diagnosi principale i codici della categoria 616._ _ (*malattie infiammatorie di cervice, vagina e vulva*), indicando il condiloma (078._ _) come diagnosi secondaria; l'intervento viene descritto utilizzando i rispettivi codici relativi alle asportazioni locali di tessuto (67.3_, 70.3_, 71.3_).

COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO

n. 51 diagnosi aggiunte

- 633.00 Gravidanza addominale senza gravidanza intrauterina
- 633.01 Gravidanza addominale con gravidanza intrauterina
- 633.10 Gravidanza tubarica senza gravidanza intrauterina
- 633.11 Gravidanza tubarica con gravidanza intrauterina
- 633.20 Gravidanza ovarica senza gravidanza intrauterina
- 633.21 Gravidanza ovarica con gravidanza intrauterina
- 633.80 Altre gravidanze ectopiche
- 633.81 Altre gravidanze ectopiche senza gravidanza intrauterina
- 633.90 Gravidanza ectopica non specificata senza gravidanza intrauterina
- 633.91 Gravidanza ectopica non specificata con gravidanza intrauterina
- 649.00 Malattia associata all'uso di tabacco complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio gravidanza, parto o puerperio complicate
- dal fumo, episodio di cura non specificato
- 649.01 Malattia associata all'uso di tabacco complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio gravidanza, parto o puerperio complicate
- dal fumo, parto, con o senza menzione della condizione antepartum
- 649.02 Malattia associata all'uso di tabacco complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio gravidanza, parto o puerperio complicate
- dal fumo, parto, con menzione della complicazione postpartum
- 649.03 Malattia associata all'uso di tabacco complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio gravidanza, parto o puerperio complicate
- dal fumo, condizione o complicazione antepartum
- 649.04 Malattia associata all'uso di tabacco complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio gravidanza, parto o puerperio complicate
- dal fumo, condizione o complicazione postpartum
- 649.10 Obesità complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, episodio di cura non specificato
- 649.11 Obesità complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, parto, con o senza menzione della condizione antepartum
- 649.12 Obesità complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, parto, con menzione della complicazione
- 649.13 Obesità complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, condizione o complicazione antepartum
- 649.14 Obesità complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, condizione o complicazione postpartum
- 649.20 Chirurgia bariatrica complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, episodio di cura non specificato
- 649.21 Chirurgia bariatrica complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, parto, con o senza menzione della condizione antepartum
- 649.22 Chirurgia bariatrica complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, parto, con menzione della complicazione postpartum
- 649.23 Chirurgia bariatrica complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, condizione o complicazione antepartum
- 649.24 Chirurgia bariatrica complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, condizione o complicazione postpartum
- 649.30 Deficit di coagulazione complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio, episodio di cura non specificato

- 649.31 Deficit di coagulazione complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio, parto, con o senza menzione della condizione antepartum
- 649.32 Deficit di coagulazione complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio, parto, con menzione della complicazione postpartum
- 649.33 Deficit di coagulazione complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio, condizione o complicazione antepartum
- 649.34 Deficit di coagulazione complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio, condizione o complicazione postpartum
- 649.40 Epilessia complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, episodio di cura non specificato
- 649.41 Epilessia complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, parto, con o senza menzione della condizione antepartum
- 649.42 Epilessia complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, parto, con menzione della complicazione postpartum
- 649.43 Epilessia complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, condizione o complicazione antepartum
- 649.44 Epilessia complicante la gravidanza, il parto o il puerperio, condizione o complicazione postpartum
- 649.50 Spotting complicante la gravidanza, episodio di cura non specificato
- 649.51 Spotting complicante la gravidanza, parto, con o senza menzione della condizione antepartum
- 649.53 Spotting complicante la gravidanza, condizione o complicazione antepartum
- 649.60 Discrepanza della dimensione dell'utero per la data, episodio di cura non specificato
- 649.61 Discrepanza della dimensione dell'utero per la data, partorito con o senza menzione della condizione antepartum
- 649.62 Discrepanza della dimensione dell'utero per la data, parto, con menzione della complicazione postpartum
- 649.63 Discrepanza della dimensione dell'utero per la data, condizione o complicazione antepartum
- 649.64 Discrepanza della dimensione dell'utero per la data, condizione o complicazione postpartum
- 651.70 Gravidanza multipla con (elettiva) riduzione fetale, ricovero non specificato
- 651.71 Gravidanza multipla con (elettiva) riduzione fetale con o senza menzione della condizione antepartum
- 651.73 Gravidanza multipla con (elettiva) riduzione fetale, condizione o complicazione antepartum
- 674.50 Cardiomiopatia peripartum, episodio di assistenza non specificato
- 674.51 Cardiomiopatia peripartum, parto con o senza menzione della condizione antepartum
- 674.52 Cardiomiopatia peripartum, parto con menzione delle complicazioni postpartum
- 674.53 Cardiomiopatia peripartum, condizione o complicazione antepartum
- 674.54 Cardiomiopatia peripartum, condizione o complicazione postpartum

Le diagnosi di dimissione di donna ricoverata in gravidanza/parto devono essere ricondotte al Capitolo XI COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO (630 a 677).

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

▪ **PARTO**

Il codice **650** identifica l'assistenza ad un parto eutocico, in gravidanza fisiologica, con travaglio fisiologico individua pertanto il parto normale anche indotto in pazienti che non presentano nessuna complicazione legata o meno alla gravidanza, come indicato nella nota esplicativa posta sotto il 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 (es. rotazione) o strumentale (es. forcipe)”

Questo codice va usato come diagnosi principale singola e non deve essere associato a nessun altro codice di parto complicato; tra le diagnosi secondarie va comunque riportato un codice della categoria **V27._** che segnala l'esito del parto; si riportano poi le procedure: codici di procedura compresi tra **72.0 e 75.9_**.

Il codice V27._ = esito del parto definisce l'esito del parto attraverso la terza cifra:

0 = nato vivo da parto semplice

1 = nato morto da parto semplice

2 = due nati vivi da parto gemellare

3 = un nato vivo e un nato morto da parto gemellare

4 = due nati morti da parto gemellare

5 = tutti nati vivi da parto multiplo

6 = alcuni nati vivi da parto multiplo

7 = tutti nati morti da parto multiplo

9 = parto con esito non specificato da non utilizzare

Es:

Diagnosi principale: parto fisiologico **650**

Diagnosi secondaria : parto semplice nato vivo **V27.0**

Procedura: episiotomia **73.6**

Il campo “Codice Intervento Chirurgico Principale” indica il codice del parto (da **72.0 a 73.99**) o dell'intervento chirurgico (da **74.0 a 74.99**), eventualmente verificatosi, che ha assorbito più risorse; mentre il campo “Altro intervento o procedura” indica il codice di eventuale procedura diagnostica o terapeutica, o di eventuale altro intervento che abbia assorbito minor quantità di risorse rispetto all'intervento principale.

▪ Nel caso di **PARTO CON ANALGESIA** va codificato in Diagnosi principale il “parto normale” codice 650 ” o il codice di diagnosi relativo alla patologia complicante il parto, mentre nel campo procedure vanno riportati

codice **03.91** per “iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia”

codice **03.90** per “inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative”

▪ Il ricovero per trattamenti successivi ad un **PARTO AVVENUTO AL DI FUORI DEL PRESIDIO OSPEDALIERO**, in assenza di complicazioni:

diagnosi principale utilizzare il codice **V24.0** =cure ed esami postpartum subito dopo il parto;

se sono presenti complicazioni:

diagnosi principale sarà la complicazione (codici del capitolo XI) con 5° cifra = 4;

N.B. nel caso di donna trattenuta in ospedale per garantire la continuità della relazione con il piccolo ricoverato e/o sostenere l'allattamento materno, per giustificare la correttezza della durata della degenza, sulla SDO materna va aggiunto il codice **V24.1** = donna in allattamento

▪ **TAGLIO CESAREO**

Nella SDO di donne che hanno partorito con taglio cesareo, il cesareo non costituisce la diagnosi bensì l'intervento principale.

La diagnosi principale deve riportare la patologia o la situazione che ha costituito l'indicazione al cesareo.

Le indicazioni al TC per patologie che non sono comprese nel capitolo 11 complicazioni della gravidanza, parto e puerperio (630 a 677) devono essere codificate con: diagnosi principale **659.81** = altre specifiche indicazioni per l'assistenza o l'intervento relative al travaglio e al parto e in diagnosi secondaria va riportata la patologia (es Epilessia, Retinopatia, ecc) e come intervento principale TC

Il codice **669.71** = TC senza menzione della indicazione va utilizzato quando nella classificazione non vi è una categoria più specifica.

Es:

*Diagnosi principale: altre specifiche indicazioni per l'assistenza o l'intervento relative al travaglio e al parto, parto con o senza menzione della condizione antepartum **659.81***

*Diagnosi secondaria: Retinopatia **362._***

*Diagnosi secondaria: parto semplice nato vivo **V27.0***

*Intervento principale taglio cesareo **74.1***

Es:

*Diagnosi principale: altre specifiche indicazioni per l'assistenza o l'intervento relative al travaglio e al parto, parto con o senza menzione della condizione antepartum **659.81***

*Diagnosi secondaria: gravidanza a rischio **V23._***

*Diagnosi secondaria: parto semplice nato vivo **V27.0***

*Intervento principale: taglio cesareo **74.1***

Es:

*Diagnosi principale: TC senza menzione della indicazione, parto con o senza menzione delle condizioni antepartum **669.71***

*Diagnosi secondaria: parto semplice nato vivo **V27.0***

*Intervento principale: taglio cesareo **74.1***

La SDO di un episodio di ricovero per **complicazioni della gravidanza, parto e puerperio** deve contenere: come diagnosi principale uno dei codici appartenenti alle categorie da **640** a **649** e da **651** a **676** utilizzano una quinta cifra per offrire maggiori informazioni circa l'episodio in corso:

0 = episodio di cura non specificato (non deve essere mai utilizzato)

1 = ricovero per parto di donna con anamnesi di gravidanza positiva o meno per complicanze

2 = ricovero per parto con complicanze insorte nel postpartum

3 = ricovero per complicanze della gravidanza (ricoveri **antecedenti** il ricovero per parto)

4 = ricovero per complicanze postpartum (ricoveri **successivi** a quello per il parto)
Se durante il ricovero è avvenuto il parto fra le diagnosi secondarie dovrà essere codificato obbligatoriamente l'esito del parto ;

Nelle categorie: **652.**__ __ posizione e presentazione anomala del feto
653.__ __ sproporzione
654.__ __ anomalie degli organi e dei tessuti molli della pelvi

è presente la nota "codificare per prima ogni associazione con ostacolo del travaglio", che rimanda rispettivamente ai codici **660.0**_, **660.1**_, **660.2**_.

- Nel caso di **CONDIZIONI INFETTIVE** complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio la diagnosi principale sarà **647.**__ (da **647.0** a **647.9**) oppure **646.6**_ per infezioni dell'apparato genitourinario in gravidanza oppure **646.5**_ per batteriuria asintomatica in gravidanza mentre in diagnosi secondaria sarà codificato l'agente eziologico in causa.

Es.:

Diagnosi principale: assistenza al parto di donna con infezione apparato genitourinario
646.61

Diagnosi secondaria : portatrice di Streptococco gruppo B **V02.51**

Diagnosi secondaria: parto semplice nato vivo **V27.0**

Procedura: monitoraggio fetale **75.34**

Diagnosi principale: assistenza al parto di donna con infezione apparato genitourinario
646.61

Diagnosi secondaria: agente eziologico Streptococco **041.02**

Diagnosi secondaria: parto semplice nato vivo **V27.0**

Procedura: antibioticoterapia intrapartum **99.22**

- **PAZIENTE CON INFEZIONE DA HIV**

*Diagnosi principale: 647.6*_ "altre malattie virali" se la paziente presenta *Sindrome da Immunodeficienza Acquisita*

Diagnosi secondaria: V08 per paziente sieropositiva asintomatica
042 in caso di HIV sintomatico

- **PAZIENTE CON ROSOLIA**

*Diagnosi principale: 647.5*_ "rosolia"

- **PAZIENTE CON EPATITE VIRALE**

*Diagnosi principale: 647.6*_ "altre malattie virali"

- **DIABETE GESTAZIONALE**

Codice **648.8**_ utilizzando la quinta cifra per indicare se la situazione è diagnosticata prima, durante o dopo il parto

▪ **GRAVIDANZA IN DIABETICA**

Codice **648.0**_ utilizzando la quinta cifra per indicare se la patologia è rilevata prima, durante o dopo il parto

▪ **RISCONTRO CASUALE DI GRAVIDANZA**

Nel caso di riscontro casuale di gravidanza in una donna ricoveratasi per altri motivi, può essere utilizzato tra le diagnosi secondarie il codice V22.2 "Reperto accidentale di gravidanza".

▪ **COMPLICAZIONI SUCCESSIVE AD ABORTO O GRAVIDANZE ECTOPICHE**

Quando la complicazione si manifesta successivamente alla dimissione, e diventa causa di un ricovero successivo, utilizzare la categoria 639._ "Complicazioni successive all'aborto e a gravidanza ectopica e molare".

▪ **EFFETTO TARDIVO DELLA COMPLICAZIONE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO, DEL PUERPERIO**

Il codice di categoria 677 "Effetto tardivo della complicazione della gravidanza, del parto, del puerperio", da utilizzare tra le diagnosi secondarie, descrive gli effetti tardivi o sequele di condizioni che hanno origine nella gravidanza, nel parto o nel puerperio e che si possono manifestare in ogni momento dopo il puerperio.

▪ **DILATAZIONE E RASCHIAMENTO DELL'UTERO**

Interruzione di gravidanza: In caso di raschiamento per interruzione di gravidanza va utilizzato in diagnosi principale un codice della categoria 635._, dove la quarta cifra identifica eventuali complicazioni e la quinta cifra consente di specificare se l'aborto indotto legalmente è completo o incompleto.

Negli spazi riservati agli interventi va posto il codice 69.01 "Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza" oppure il codice 69.51 "Raschiamento dell'utero mediante aspirazione per interruzione di gravidanza"

Aborto spontaneo: In caso di raschiamento a seguito di aborto spontaneo va utilizzato in diagnosi principale un codice della categoria 634._, dove la quarta cifra identifica eventuali complicazioni e la quinta cifra consente di specificare se l'aborto è completo o incompleto. Negli spazi riservati agli interventi va posto il codice 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 in diagnosi principale il codice a tre cifre 632, e negli spazi riservati agli interventi va posto il codice 69.02 "Dilatazione o raschiamento a seguito di parto o aborto".

Parto con complicanze del 3° stadio (secondamento): in caso di raschiamento a seguito parto utilizzare in diagnosi i codici da 666._ a 667._ e come codice intervento 69.02 "Dilatazione o raschiamento a seguito di parto o aborto".

MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO

Codici aggiunti:

- 692.84** Dermatite da contatto con forfora animale (cane-gatto)
707.0 Ulcera da decubito
86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo o di dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo

Codici modificati:

- 454.9** Varici degli arti inferiori asintomatiche

Le malattie della cute e del tessuto sottocutaneo si codificano ricorrendo ai codici delle categorie 680-709 della Classificazione delle malattie ICD-9-CM.

Dermatite atopica, da contatto e allergica (codici da 691.0 a 693.9)

In caso di dermatiti iatrogene va utilizzato il codice **692.3** per segnalare la dermatite da contatto con farmaci ad uso topico o il codice **693.0** per segnalare la dermatite causata da farmaci e medicinali o presidi assunti per via sistemica.

In caso di avvelenamento con concomitante dermatite si dovrà indicare in diagnosi principale uno dei codici afferenti al blocco 960-979 "Avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici" e in diagnosi secondaria la dermatite segnalando il codice 693.0.

Orticaria ed angioedema

- 708.0 Orticaria allergica
708.1 Orticaria idiopatica
708.2 Orticaria da caldo e da freddo
708.3 Dermografismo
708.5 Orticaria colinergica
708.8 Orticaria cronica
995.1 Edema angioneurotico non classificato altrove
277.6 Angioedema familiare da carenza di enzimi circolanti non specificati altrove

Procedure diagnostiche per l'accertamento di allergie

Nel caso in cui i test diagnostici cutanei e di sensibilizzazione per la diagnosi di allergie vengano eseguiti in corso di ricovero, devono essere codificati segnalando tra le diagnosi secondarie il codice V72.7 (Prove diagnostiche cutanee e di sensibilizzazione) e tra le procedure il codice 86.19 (Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo).

Vasculiti

- 273.2 Vasculite da crioglobuline
287.0 Porpora di Schoenlein-Henoch
446.1 Malattia di Kawasaki (sindrome mucocutanea linfonodale febbrile acuta)
446.5 Arterite temporale. Malattia di Horton

447.6	Arterite non specificata
695.2	Eritema nodoso

Il codice **287.0 "Porpora allergica"** (vasculite allergica, porpora idiopatica, porpora vascolare di Schoenlein-Henoch) deve essere utilizzato solo quando la diagnosi è confermata con la necessaria accuratezza.

Neoplasie cutanee

Per le regole generali di codifica delle neoplasie si rimanda al capitolo Oncologia delle Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM .

• MELANOMA

Per la codifica del melanoma vanno utilizzati i codici della categoria 172 (Melanoma maligno della cute). La quarta cifra specifica la sede della neoplasia.

172.0	Melanoma maligno delle labbra
172.1	Melanoma maligno della palpebra, compreso l'angolo palpebrale
172.2	Melanoma maligno di orecchio e condotto uditivo esterno
172.3	Melanoma maligno di altre e non specificate parti della faccia
172.4	Melanoma maligno di cuoio capelluto e collo
172.5	Melanoma maligno del tronco, eccetto lo scroto
172.6	Melanoma maligno dell'arto superiore, compresa la spalla
172.7	Melanoma maligno dell'arto inferiore, compresa l'anca
172.8	Melanoma maligno di altre sedi specificate della cute
172.9	Melanoma maligno, sede non specificata

• ALTRI TUMORI MALIGNI DELLA CUTE

Per indicare gli altri tumori maligni della cute (ad esclusione del melanoma e del sarcoma di Kaposi), tra cui i carcinomi baso e spinocellulari e i tumori degli annessi cutanei, bisogna utilizzare i codici a quattro cifre appartenenti alla cat. 173 (Altri tumori maligni della cute).

173.0	Altri tumori maligni della cute delle labbra
173.1	Altri tumori maligni della palpebra, compreso l'angolo palpebrale
173.2	Altri tumori maligni della cute dell'orecchio e del condotto uditivo esterno
173.3	Altri tumori maligni della cute di altre non specificate parti della faccia
173.4	Altri tumori maligni del cuoio capelluto e collo
173.5	Altri tumori maligni della cute del tronco, eccetto lo scroto
173.6	Altri tumori maligni della cute dell'arto superiore, compresa la spalla
173.7	Altri tumori maligni della cute dell'arto inferiore, compresa l'anca
173.8	Altri tumori maligni di altre sedi specificate della cute
173.9	Altri tumori maligni della cute, sede non specificata

• SARCOMA DI KAPOSÌ

176.0	Sarcoma di Kaposi della cute
176.1	Sarcoma di Kaposi dei tessuti molli (fasce, legamenti, muscoli, tessuto connettivo, vasi sanguigni, linfatici non classificati altrove)
176.2	Sarcoma di Kaposi del palato
176.3	Sarcoma di Kaposi di sedi gastrointestinali

- 176.4 Sarcoma di Kaposi del polmone
- 176.5 Sarcoma di Kaposi dei linfonodi
- 176.8 Sarcoma di Kaposi di altre sedi specificate (incluso cavità orale non specificata altrove)
- 176.9 Sarcoma di Kaposi non specificato

- **LINFOMI**

Per la codifica dei linfomi, vanno utilizzati i codici a cinque cifre delle categorie 200 (Linfosarcomi e reticolosarcomi), 201 (Malattia di Hodgkin) e 202 (Altre neoplasie maligne del tessuto linfatico ed istiocitario). La quinta cifra specifica la sede della neoplasia.

Altre codifiche:

- 200.8_ Altre varianti di linfoma (linfoplasmacitoide, linfosarcoma a cellule miste, reticololinfosarcoma, plasmocitoma extramidollare)
- 202.0_ Linfoma nodulare
- 696.2 Parapsoriasi
- 202.1_ Micosi fungoide
- 202.2_ Malattia di Sézary
- 202.3_ Istiocitosi maligna
- 202.5_ Malattia di Letterer Siwe
- 202.6_ Tumori maligni dei mastociti

- **EMANGIOMA CUTANEO E SOTTOCUTANEO**

La categoria 228 "Emangioma e linfangioma, ogni sede" include ogni forma di angioma (benigno, cavernoso, congenito), il nevo cavernoso, il tumore glomico e l'emangioma benigno e congenito. Il trattamento di emangioma della cute o del tessuto sottocutaneo mediante sostanze sclerosanti va indicato utilizzando il codice di procedura 99.29 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche".

Esempio:

Diagnosi:

228.01 Emangioma della cute/sottocutaneo

Procedura:

99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

99.83 Altra fototerapia.

- **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 in diagnosi principale (198.2). La neoplasia primitiva va segnalata in diagnosi secondaria. Se la neoplasia è a sede sconosciuta, utilizzare il codice 199.1.

Patologie autoimmuni

Nel caso di patologie autoimmuni bisogna segnalare la malattia di base in diagnosi principale e le eventuali complicanze d'organo come diagnosi secondarie.

- 695.4 Lupus eritematoso discoide
- 710.0 Lupus eritematoso sistemico

701.0	Sclerodermia circoscritta o localizzata
710.1	Sclerosi sistemica (sclerodermia)
710.3	Dermatomiosite
710.9	Malattie diffuse del connettivo, non specificate (connettivite indifferenziata)
099.3	Malattia di Reiter
694.0	Dermatite erpetiforme di Duhring
646.8_	Herpes gestazionale
694.4	Pemfigo
694.5	Pemfigoide
720.8	Altre spondilopatie infiammatorie

In caso di herpes gestazionale, la quinta cifra è necessaria per specificare se la condizione complica la gravidanza, il parto o il puerperio.

Alcune principali complicanze di organo delle patologie autoimmuni includono le seguenti:

424.91	Endocardite in malattie classificate altrove
581.81	Sindrome nefrosica, in malattie classificate altrove
582.81	Glomerulonefrite cronica, in malattie classificate altrove
583.81	Nefrite e nefropatia, non specificate come acute o croniche, in malattie classificate altrove

Cellulite

La cellulite (infezione acuta e diffusa della pelle e dei tessuti molli, causata da un'abrasione, una puntura o una lesione di continuo) deve essere descritta utilizzando i codici a cinque cifre delle categorie 681 "Flemmone e ascesso delle dita delle mani e delle dita dei piedi" e 682 "Altri flemmoni e ascessi".

L'eventuale presenza di linfangite non deve essere codificata.

La quarta cifra specifica la sede.

Solo nel caso del flemmone o ascesso delle dita della mano o del piede, si dispone della quinta cifra che specifica l'eventuale interessamento dell'unghia.

681.00	Flemmone e ascesso, dita della mano non specificato
681.01	Patereccio, dita della mano
681.02	Flemmone e ascesso delle dita della mano con onichia e paronichia
681.10	Flemmone e ascesso, dita del piede non specificato
682.2	Flemmone e ascesso del torace
682.3	Flemmone e ascesso di braccio o avambraccio
682.4	Flemmone e ascesso della mano eccetto le dita e il pollice

In diagnosi secondaria è opportuno segnalare con un codice aggiuntivo l'agente patogeno responsabile dell'infezione.

Esempio: 041.1 "Infezione stafilococcica in condizioni morbose classificate altrove e di sedi non specificate".

In caso di cellulite di origine traumatica, è necessario codificare anche il tipo di ferita.

In caso di cellulite da complicanza post-chirurgica, occorre segnalare anche il codice 998.59 (Altra infezione post-operatoria).

Ulcere della pelle

La codifica delle ulcere della pelle dipende dalla eziopatogenesi (neurogena, trofica, da decubito, da arteriopatia, diabetica, varicosa) e dalla sede.

Le ulcere croniche della pelle sono classificate nella categoria 707.

707.0_	<u>Ulcere da decubito</u> . La quinta cifra indica la localizzazione della ulcerazione
707.1_	Ulcere degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito (ulcera cronica; neurogena; ulcera trofica). La quinta cifra indica la sede anatomica dell'ulcera. Codificare per prima la malattia di base associata
707.8	Ulcerazioni croniche di altre sedi specificate (ulcera cronica: neurogena; ulcera trofica)
440.23	Aterosclerosi delle arterie native degli arti con ulcerazioni
440.24	Aterosclerosi delle arterie native degli arti con gangrena
454.0	Varici degli arti inferiori con ulcera (ulcere varicose)
454.1	Varici degli arti inferiori con infiammazione
454.2	Varici degli arti inferiori con ulcera e infiammazione
454.9	Varici degli arti inferiori asintomatiche

In caso di ricovero per ulcera diabetica bisognerà indicare in diagnosi principale un codice afferente alla categoria 250 "Diabete" e in diagnosi secondaria il codice 440.23. È opportuno sottolineare che, nel caso si dovesse selezionare un codice afferente alla sottocategoria 250.7_ "Diabete con complicanze circolatorie periferiche", è necessario utilizzare un codice aggiuntivo per indicare la complicazione, ad esempio "Angiopatia diabetica periferica" (443.81) o "Gangrena diabetica" (785.4).

Se la cellulite si sviluppa come complicanza di ulcera cronica della pelle, deve essere indicata con un codice specifico, in quanto i codici della categoria 707 non includono tale condizione.

Ustioni

Le ustioni, ad esclusione di quelle solari e da attrito, sono classificate nelle categorie da 940 - 949.

Le categorie da 940 a 946 includono sottocategorie suddivise in base alla gravità (quarta cifra) e codici specifici per sede dell'ustione (quinta cifra). Se sono presenti contemporaneamente ustioni di grado diverso in una specifica parte del corpo, dovrà essere codificata quella di maggiore gravità.

La categoria 947 classifica le ustioni degli organi interni.

La categoria 948 classifica le ustioni in relazione all'estensione della superficie corporea coinvolta. I codici di questa categoria devono essere utilizzati in caso di ustioni molto estese: come diagnosi principale quando non è specificata la sede delle ustioni, oppure in aggiunta ai codici delle categorie 940-947 quando è specificata la sede. La quarta cifra indica la percentuale di superficie corporea interessata dall'ustione (di qualunque grado), mentre la quinta cifra indica la percentuale interessata da ustioni di terzo grado.

L'ustione da raggi solari deve essere indicata con il codice 692.71 "Ustione solare".

La categoria 949 (Ustione non specificata) è estremamente vaga e non dovrebbe essere utilizzata.

Psoriasi

696.1	Psoriasi
696.0	Artropatia psoriasica

Il codice 696.1 (Altre psoriasi) deve essere utilizzato anche per indicare le forme eritrodermiche di psoriasi nonché l'acrodermatite continua.

Genodermatosi

757.1	Ittiosi congenita
237.71	Neurofibromatosi tipo I (malattia di von Recklinghausen)
759.5	Sclerosi tuberosa

Manifestazioni cutanee in corso di malattie infettive

017.1_	Eritema nodoso con reazione d'ipersensibilità in corso di tubercolosi
031.1	Malattie cutanee da altri micobatteri
039.0	Infezione actinomicotica cutanea
054.0	Eczema erpetico
085.1	Leishmaniosi cutanea secca
085.5	Leishmaniosi mucocutanea (americana)
091.3	Sifilide secondaria della pelle e delle mucose
099.0	Ulcera venerea

Punture di origine animale

Il codice 989.5 "Effetti tossici di veleno di origine animale" deve essere utilizzato per indicare le punture di origine animale con reazione generalizzata, incluso lo shock anafilattico.

Alcuni codici appartenenti alle categorie da 910._ a 919._ (Traumatismi superficiali) vengono utilizzati per segnalare le punture di origine animale senza reazione generalizzata. La categoria è specifica per sede mentre la quarta cifra permette di indicare l'eventuale presenza di infezione.

ESEMPIO

910.4	Puntura d'insetto, non velenoso, senza menzione di infezione, faccia, collo e cuoio capelluto, escluso l'occhio
910.5	Puntura d'insetto, non velenoso, con infezione, faccia, collo e cuoio capelluto, escluso l'occhio
912.4	Puntura d'insetto, non velenoso, senza menzione di infezione, spalla e braccio
912.5	Puntura d'insetto, non velenoso, con infezione, spalla e braccio

Terapia biologica

La terapia biologica, limitatamente all'iniezione di gammaglobuline e all'iniezione di sieri immuni, va segnalata con il codice di procedura 99.14.

Dermatocirurgia

Principali interventi di interesse dermatologico:

86.05	Incisione con rimozione di corpo estraneo o di dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo
86.22	Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione
86.25	Dermoabrasione con laser o mezzo meccanico
86.28	Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione (brushing, washing)
86.3	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo (DTC, criochirurgia, laserterapia)
86.4	Asportazione radicale di lesione della cute
86.6_	Innesto cutaneo libero
86.7_	Impianto di lembi peduncolati
86.84	Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute con plastica a "Z"
86.89	Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo

È 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 che riguardano queste sedi devono quindi essere codificati ricorrendo ai codici specifici per sede, tipo ed estensione dell'intervento.

I codici 86.3 (Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo) e 86.4 (Asportazione radicale di lesione della cute) rappresentano quindi codici da utilizzare in mancanza dei codici specifici per sede.

Il codice 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.

È opportuno codificare anche l'eventuale resezione linfonodale (40.3-40.5). Tali casi si verificano prevalentemente con patologie neoplastiche (melanomi, carcinomi 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 codice 86.3.

Il codice 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. Tale operazione può essere effettuata tramite incisione diretta o laser.

Il codice 86.28 "Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione" comprende rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come brushing, irrigazione sotto pressione, washing o scrubbing.

Innesti cutanei ed impianto di lembi

86.72 Avanzamento di lembo peduncolato

86.74 Trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi

Trasferimento di:

- lembo di avanzamento
- lembo doppiamente peduncolato
- lembo di rotazione
- lembo di scorrimento
- lembo a tubo

86.84 Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute

- Plastica a "Z" della cute senza asportazione di lesione

86.89 Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo **escluso** mentoplastica (76.67-76.68)

Altre procedure

- CHIRURGIA CON TECNICA DI MOHS

Per codificare l'asportazione di neoformazione cutanea con tecnica di Mohs bisogna ricorrere alla doppia segnalazione tra le procedure dei codici 86.4 (Asportazione radicale di lesione della cute) e 86.24 (Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs).

- BIOPSIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO

- 86.11 Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
- 91.6 Esame microscopico di campione di cute e di altri tegumenti
- 91.7 Esame microscopico di campione di ferita operatoria
- 86.59 Chiusura di cute e tessuto sottocutaneo di altre sedi
- 96.59 Pulizia di ferita, irrigazione di ferita

MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO

Codici aggiunti:

- 81.62** Fusione o rifusione di 2-3 vertebre
81.63 Fusione o rifusione di 4-8 vertebre
81.64 Fusione o rifusione di 9 o più vertebre
84.51 Inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali
81.65 Riparazione di frattura vertebrale con iniezione di riempitivo (Vertebroplastica)
81.66 Fissazione interna di fratture vertebrali con iniezione di cemento PMMA, previa inserzione di palloncino gonfiabile o altro dispositivo per la creazione di cavità finalizzata al parziale ripristino dell'altezza del corpo vertebrale patologico o fratturato (Cifoplastica)
00.70 – 00.73 Revisione di protesi d'anca specificata per componenti
00.80 – 00.84 Revisione di protesi di ginocchio specificata per componenti
00.74 – 00.77 Revisione di protesi d'anca specificata per tipo di superficie d'appoggio
da V54.0 a V54.9 Trattamenti ortopedici ulteriori specificati e non specificati

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

1 - FRATTURE PATOLOGICHE

Il codice della frattura patologica (**733.1_**) deve essere utilizzato in diagnosi principale solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura patologica; ad esso si deve associare il codice relativo alla patologia di base, data la natura poco specifica del codice stesso.

Esempio: Frattura patologica del collo del femore:

- Diagnosi principale: **733.14 Frattura patologica del collo del femore**
Altra Diagnosi: **198.5 Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo.**
Procedura: **78.45 Altri interventi di riparazione o plastica sul femore**

2 – L'ARTRODESI VERTEBRALE DORSALE E DORSOLOMBARE CON IMPIANTO DI PROTESI per la correzione di malformazioni congenite della colonna, di cifoscoliosi e scoliosi va descritta utilizzando i seguenti codici:

- Diagnosi principale: **754.2 Malformazione congenita della colonna vertebrale**, oppure:
Diagnosi principale: **737.3_ Cifoscoliosi e scoliosi**
Intervento principale: **81.04 Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore**
Intervento secondario: **78.09 Innesto osseo di altre ossa (se associato)** oppure:
Intervento principale: **81.05 Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore**
Intervento secondario: **78.09 Innesto osseo di altre ossa (se associato)**

In caso di **spondiloliscite** occorre specificare il tipo di infezione:

Diagnosi principale: **015.0_ Tubercolosi della colonna vertebrale**
Diagnosi secondaria: **720.81 Spondilopatie infiammatorie in malattie classificate altrove**
Intervento: **78.49 Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa**

Rifusione della colonna vertebrale:

Intervento: **81.30 Rifusione vertebrale, SAI**
Intervento: **81.31 Rifusione atlanto-epistrofea**
Intervento: **81.32 Altra rifusione cervicale, con approccio anteriore**
Intervento: **81.33 Altra rifusione cervicale, con approccio posteriore**
Intervento: **81.34 Rifusione dorsale e dorsolombare, approccio anteriore**
Intervento: **81.35 Rifusione dorsale e dorsolombare, approccio posteriore**
Intervento: **81.36 Rifusione delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore**
Intervento: **81.37 Rifusione lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi**
Intervento: **81.38 Rifusione lombare e lombosacrale, con approccio posteriore**
Intervento: **81.39 Rifusione della colonna, NIA**
Intervento: **81.62 Fusione o rifusione di 2-3 vertebre**
Intervento: **81.63 Fusione o rifusione di 4-8 vertebre**
Intervento: **81.64 Fusione o rifusione di 9 o più vertebre**
Procedura: **84.51 Inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali**

3 – RIPARAZIONE DI FRATTURE VERTEBRALI

Per la riparazione di fratture vertebrali si possono utilizzare tre codici per intervento principale:

03.53 Riparazione di frattura vertebrale con riduzione
81.65 Riparazione di frattura vertebrale con iniezione di riempitivo (Vertebroplastica)
81.66 Fissazione interna di fratture vertebrali con iniezione di cemento PMMA, previa inserzione di palloncino gonfiabile o altro dispositivo per la creazione di cavità finalizzata al parziale ripristino dell'altezza del corpo vertebrale patologico o fratturato (Cifoplastica)
Procedura: **99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche**

4 – ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DEL DISCO INTERVERTEBRALE (80.50 – 80.59)

- **L'intervento di nucleoplastica a radiofrequenza per il trattamento dell'ernia del disco** si descrive con il codice:

Intervento: **80.59 Altra distruzione di disco intervertebrale.**

- **L'intervento di discectomia mediante ozono:**

Diagnosi principale: **722.1_ Ernia del disco intervertebrale toracico o lombare senza mielopatia**

Diagnosi principale: **722.2 Ernia del disco intervertebrale (sede non specificata) senza mielopatia**

Intervento: **80.59 Altra distruzione di disco intervertebrale**

5 - PROTESI D'ANCA

Il **posizionamento di protesi d'anca** (primo impianto) va descritto con i codici:

Intervento: **81.51 Sostituzione totale dell'anca**

Intervento: **81.52 Sostituzione parziale dell'anca**

Intervento chirurgico di revisione di sostituzione di anca non altrimenti specificata (NIA) (81.53) o di ginocchio NIA (81.55).

In caso di sostituzione di protesi d'anca, il codice di procedura **81.53 o 81.55** comprende sia la revisione che la contemporanea sostituzione ed è sufficiente a descrivere l'intervento complessivo di revisione e sostituzione, quando non specificato in relazione ai componenti sostituiti.

La revisione di protesi d'anca o di ginocchio, quando sono specificati i componenti ossei, prevede l'utilizzo dei codici:

- **00.70 – 00.73 per la revisione di protesi d'anca**
- **00.80 – 00.84 per la revisione di protesi di ginocchio**

Per la revisione di protesi d'anca, quando è specificato il tipo di superficie d'appoggio, utilizzare codici da 00.74 a 00.77.

Revisione di protesi d'anca NIA:

Diagnosi: **996.78 Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni ortopedici**

Intervento: **81.53 Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificati**

Intervento: **78.09 Innesto osseo di altre ossa** (se associato)

Espianto di protesi infetta:

se l'intervento avviene in due tempi codificare:

Diagnosi: **996.66 Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne**

Intervento: **80.95 Altra asportazione dell'articolazione dell'anca**

Diagnosi: **996.66 Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne**

Intervento: **81.53 Revisione di sostituzione dell'anca NIA**

Intervento: **78.09 Innesto osseo di altre ossa** (se associato)

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

Diagnosi: **996.66 Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne**

Intervento: **81.53 Revisione di sostituzione dell'anca NIA**

Intervento: **78.09 Innesto osseo di altre ossa** (se associato)

Le stesse modalità di codifica sono valide per tutte le altre protesi articolari.

6 - CHIRURGIA SPALLA

In diagnosi principale va inserito il codice specifico della patologia trattata.

Esempi:

Interventi sulla spalla "a cielo aperto":

Diagnosi: **718.31 Lussazione recidivante o abituale della spalla**

Intervento: **81.82 Riparazione di lussazione ricorrente della spalla**

Diagnosi: **727.61 Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori**

Intervento: **83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori.**

Interventi sulla spalla in artroscopia:

Diagnosi: **718.31 Lussazione recidivante o abituale della spalla**

Intervento: **80.21 Artroscopia della spalla**

Intervento: **81.82 Riparazione di lussazione ricorrente della spalla**

Diagnosi: **727.61 Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori**

Intervento: **80.21 Artroscopia della spalla**

Intervento: **83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori.**

NOTA BENE: per poter giungere alla corretta attribuzione del DRG si raccomanda di non utilizzare i codici: 80.81 "Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla", 83.13 "Altra tenotomia".

Se effettuato l'intervento di acromionplastica va descritto utilizzando il codice 81.83 "Altra riparazione della spalla".

7 - CHIRURGIA GINOCCHIO

Procedura di artroscopia. E' necessario distinguere l'artroscopia a fine diagnostico dalla prestazione terapeutica: in quest'ultimo caso utilizzare, quando esistente, un codice di procedura aggiuntivo relativo al trattamento terapeutico effettuato.

Diagnosi: **717.1 Lesione corno anteriore menisco interno**

Intervento: **80.26 Artroscopia diagnostica del ginocchio**

Artroscopia non risolutiva per correzione chirurgica del danno anatomico

Diagnosi: **717.1 Lesione corno anteriore menisco interno**
Intervento principale: **80.26 Artroscopia diagnostica del ginocchio**
Intervento secondario: **80.6 Meniscectomia**

Diagnosi: **717.83 Lesione inveterata legamento crociato anteriore**
Intervento principale: **80.26 Artroscopia diagnostica del ginocchio**
Intervento secondario: **81.45 Altra riparazione dei legamenti crociati.**

Distorsione e distrazione del legamento crociato del ginocchio:

Diagnosi: **844.2 Distorsione e distrazione legamento crociato del ginocchio**
Intervento: **80.26 Artroscopia del ginocchio**
Intervento: **81.45 Altra riparazione dei legamenti crociati.**
Intervento: **80.6 Asportazione di menisco del ginocchio se associato.**

Il codice **78.45** (Altri interventi di riparazione o plastica sul femore) non deve essere segnalato poiché la procedura di tunnelizzazione del femore utilizzata per l'ancoraggio del tendine rotuleo rientra nel codice **81.45** (Altra riparazione dei legamenti crociati).

Ipertrofia del corpo di Hoffa e sindrome della plica:

Diagnosi: **727.09 Altre sinoviti e tenosinoviti**
Diagnosi: **729.31 Ipertrofia del corpo adiposo del ginocchio**
Intervento: **80.26 Artroscopia del ginocchio**

Diagnosi: **727.83 Sindrome della plica**
Intervento: **80.26 Artroscopia del ginocchio.**

Per poter giungere ad una corretta attribuzione del DRG si raccomanda di indicare **in diagnosi principale** il codice **727.09** (Altre sinoviti e tenosinoviti) e il codice **729.31** (Ipertrofia del corpo adiposo del ginocchio) **in diagnosi secondaria**.

Escissione di cisti sinoviale:

Diagnosi: **727.51 Cisti del cavo popliteo (cisti di Baker)**
Intervento: **83.39 Asportazione di lesione di altri tessuti molli**

8 - TRATTAMENTI ORTOPEDICI ULTERIORI

In caso di trattamenti ortopedici ulteriori che non è possibile effettuare in regime assistenziale differente dal ricovero, si utilizzano in diagnosi principale i codici da **V54.0** a **V54.9**.

Esempio

Rimozione di mezzi di sintesi interni:

Diagnosi: **V54.01** **Trattamento per rimozione di dispositivo di fissazione interna**
Intervento: **78.60** **Rimozione di dispositivi impiantati da sede non specificata (utilizzare quarta cifra da 1 a 9 per sede specificata)**

MALFORMAZIONI CONGENITE

n. 7 diagnosi aggiunte

- 747.83 Circolazione fetale persistente
- 752.81 Trasposizione dello scroto
- 752.89 Altre anomalie specificate degli organi genitali
- 758.31 Sindrome del Cri-du-chat
- 758.32 Sindrome Velo-cardio-faciale
- 758.33 Altre microdelezioni
- 758.39 Altre delezioni autosomiche

Il termine congenito viene utilizzato per descrivere una condizione anomala già presente alla nascita, ancorché possa manifestarsi clinicamente in età più avanzata. Inoltre molte condizioni congenite non correggibili persistono per tutta la vita e, quindi, l'età del paziente non può essere un fattore determinante nell'assegnazione di questi codici. Le malformazioni congenite sono classificate secondo il sistema/apparato coinvolto ed in base alle localizzazioni d'organo.

Se non è possibile descrivere in maniera specifica una malattia con un solo codice, si possono utilizzare codici aggiuntivi di manifestazione presenti anche in altri settori della classificazione.

La malformazione rilevata alla nascita va riportata in **diagnosi principale**, nella SDO del neonato, solo se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza e risponde ai criteri di selezione della diagnosi principale.

Se la malformazione produce sintomatologia neonatale, questa costituirà la prima diagnosi

Esempio: neonato con ernia diaframmatica e distress respiratorio

diagnosi principale : distress respiratorio

diagnosi secondaria: ernia diaframmatica

La malformazione rilevata alla nascita viene segnalata tra le diagnosi secondarie, nella SDO del neonato, solo se è oggetto di specifici interventi/procedure e determina un effettivo allungamento della degenza.

Ad esempio:

Neonato con piede torto riscontrato alla nascita, senza trattamento: deve essere utilizzata la codifica del neonato sano. In diagnosi principale va riportato, quindi, un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 "Nati vivi secondo il tipo di nascita".

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.

ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE

n. 48 diagnosi aggiunte

- 760.77 Agenti anticonvulsivanti
- 760.78 Agenti antimetabolici
- 763.84 Passaggio di meconio durante il parto
- 765.20 Settimane di gestazione non specificate
- 765.21 Meno di 24 settimane complete di gestazione
- 765.22 24 settimane complete di gestazione
- 765.23 25-26 settimane complete di gestazione
- 765.24 27-28 settimane complete di gestazione
- 765.25 29-30 settimane complete di gestazione
- 765.26 31-32 settimane complete di gestazione
- 765.27 33-34 settimane complete di gestazione
- 765.28 35-36 settimane complete di gestazione
- 765.29 37 o più settimane complete di gestazione
- 766.21 Neonato post termine
- 766.22 Neonato da gravidanza protratta
- 767.11 Emorragia epicranica subaponeurotica (massiva)
- 767.19 Altre lesioni del cuoio capelluto dovute a trauma ostetrico
- 768.7 Encefalopatia ipossico-ischemica
- 770.10 Aspirazione fetale e neonatale, non specificata
- 770.11 Aspirazione di meconio senza sintomi respiratori
- 770.12 Aspirazione di meconio con sintomi respiratori
- 770.13 Aspirazione di liquido amniotico limpido senza sintomi respiratori
- 770.14 Aspirazione di liquido amniotico limpido con sintomi respiratori
- 770.15 Aspirazione di sangue senza sintomi respiratori
- 770.16 Aspirazione di sangue con sintomi respiratori
- 770.17 Altra tipologia di aspirazione fetale e neonatale senza sintomi respiratori
- 770.18 Altro tipo di aspirazione fetale e neonatale con sintomi respiratori
- 770.81 Apnea primaria del neonato
- 770.82 Altra tipologia di apnea del neonato
- 770.83 Crisi di cianosi del neonato
- 770.84 Insufficienza respiratoria del neonato
- 770.85 Aspirazione del contenuto gastrico in fase post-natale senza sintomi respiratori
- 770.86 Aspirazione del contenuto gastrico in fase post-natale con sintomi respiratori
- 770.87 Arresto respiratorio del neonato
- 770.88 Ipossiemia del neonato
- 770.89 Altri problemi respiratori dopo la nascita
- 771.81 Setticiemia (sepsi) del neonato
- 771.82 Infezioni delle vie urinarie del neonato
- 771.83 Batteriemia neonatale
- 771.89 Altre infezioni specifici che del periodo perinatale
- 775.81 Altra tipologia di acidosi del neonato
- 775.89 Disordini del metabolismo aminoacidico descritti come transitori
- 779.81 Bradicardia neonatale
- 779.82 Tachicardia neonatale
- 779.83 Recisione del cordone ombelicale effettuata in ritardo

779.84 Liquido tinto di meconio
779.85 Arresto cardiaco del neonato
779.89 Altre manifestazioni specificate che hanno origine nel pe

La diagnosi principale sarà una diagnosi neonatale che deve ricondurre sempre al MDC XV = "Condizioni originatesi nel periodo perinatale" e deve evidenziare una corrispondenza con le situazioni registrate sulla SDO della madre.

Esempio:

SDO Materna

Diagnosi principale: parto di donna con sofferenza fetale **656.31**

Diagnosi secondaria : parto semplice nato vivo **V27.0**

Intervento principale: taglio cesareo **74.1**

SDO neonato con sintomi

Diagnosi principale: sofferenza fetale **768.3**

SDO neonato senza sintomi

Diagnosi principale: anomalie del battito fetale durante il travaglio **763.821**

Le malattie classificate nel capitolo 15 hanno origine nel periodo perinatale (intrauterino e nei 28 gg. successivi alla nascita), ma possono manifestarsi anche in epoche successive, pertanto i codici diagnostici di questo settore possono essere utilizzati per ricoveri di bambini entro il primo anno di vita.

Se la diagnosi non è riconducibile al MDC 15, in prima diagnosi usare sempre

- V30.00 (=nato singolo in ospedale senza menzione di taglio cesareo);
- 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.

Esempio: nato con piede talo valgo

Diagnosi principale: assistenza alla nascita **V30.00**

Diagnosi secondaria : piede talo valgo **754.60**

I codici delle sottocategorie **760._ 763._** "cause materne di morbilità e mortalità perinatale" possono essere utilizzati come diagnosi secondarie 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.

Nel caso in cui la condizione della madre abbia provocato nel neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle categorie 760._-763._.

Ipoglicemia del neonato: 775.0 "Sindrome del neonato da madre diabetica".

I **codici 768.0** (Morte fetale da asfissia o anossia prima dell'inizio del travaglio o in un momento non specificato), **768.1** (Morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio) e **779.6** (Interruzione della gravidanza – riferita al feto) non devono essere

utilizzati in quanto non si apre una SDO se nato morto. Vanno invece utilizzati sulla SDO materna i corrispondenti codici V27.1 etc.

NEONATO SANO = che non ha richiesto assistenza per condizioni patologiche.

I codici da **V30 a V39** riportati come diagnosi principale identificano tutte le nascite di neonati sani avvenute in ospedale o immediatamente prima del ricovero; non devono essere riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture per specifiche cure) né sulla SDO della madre.

Si sconsiglia l'utilizzo dei codici **V33, V37, e V39** in quanto non specifici.

Coerentemente con le regole generali di codifica l'individuazione di condizioni cliniche sulla SDO del neonato deve avvenire solo quando queste siano significative, non devono essere codificate le condizioni non rilevanti o segni o sintomi che si risolvono senza specifico trattamento.

L'esecuzione di vaccinazioni o di screening su neonati sani (Es: screening tiroideo o per la fenilchetonuria) non comporta l'assegnazione di ulteriori codici oltre a quelli delle categorie **V30, V31, V32, V34, V36**, né come diagnosi principale né tra le diagnosi secondarie; si tratta infatti, di prestazioni facenti parte costitutiva dell'assistenza al neonato sano in diagnosi secondaria devono essere riportate solo le condizioni cliniche rilevate nel neonato, che comportano interventi diagnostici o terapeutici con impegno assistenziale significativo e determinano un effettivo allungamento della degenza.

NEONATO DA TAGLIO CESAREO

763.4 = TC con ripercussioni sul feto o sul neonato.

Si aggiunge in seconda diagnosi quella relativa alla patologia fetale che ha determinato il TC.

Esempio: neonato nato da TC d'urgenza per anomalie del battito fetale

*Diagnosi principale: nato da taglio cesareo **763.4***

*Diagnosi secondaria: anomalia del battito fetale durante il travaglio **763.82***

La diagnosi di patologia neonatale diventa la diagnosi principale se ha richiesto un impegno dell'équipe neonatale maggiore dell'assistenza al TC.

Esempio: neonato nato da TC d'urgenza con polmone umido

*Diagnosi principale: tachipnea transitoria **770.6***

*Diagnosi secondaria: taglio cesareo con ripercussioni sul feto **763.4***

*Procedura: ossigenoterapia **93.96***

NEONATO PREMATURO E POSTMATURO

764.___ ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale

765.___ prematurità, immaturità e basso peso alla nascita

766.___ postmaturità o macrosomia del neonato

Nota: se esiste prematurità è questa a comparire per prima.

ITTERO NEONATALE

Ittero in nato a termine che non richiede trattamento

Diagnosi principale: codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "nati vivi secondo il tipo di nascita";

Diagnosi secondaria: codice **774.6** "ittero fetale e neonatale non specificato"

Ittero che necessita di fototerapia per 24 h accertamenti di tipo eziologico e prolungamenti della degenza

Diagnosi principale: codice della sottocategoria **774.3_** "ittero neonatale da ritardo della coniugazione"

Ittero in prematuro

Diagnosi principale: **774.2** "ittero neonatale associato a parto pretermine"

MALATTIA EMOLITICA DEL NEONATO

Malattia emolitica del neonato anti Rh

In caso di ricovero con necessità di osservazione clinica ripetuta con emocromo e bilirubine seriate: utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "Nati vivi secondo il tipo di nascita" e tra le diagnosi secondarie riportare il codice **760.8** "Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)";

in caso di malattia emolitica del neonato anti Rh, con test di Coombs diretto positivo: utilizzare in diagnosi principale il codice **773.0** "Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione Rh".

Malattia emolitica del neonato anti ABO:

In caso di ricovero con necessità di osservazione clinica ripetuta con emocromo e bilirubine seriate senza ittero e/o emolisi: utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "Nati vivi secondo il tipo di nascita" e tra le diagnosi secondarie riportare il codice **760.8** "altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)";

in caso di malattia emolitica del neonato anti ABO, con test di Coombs diretto positivo: utilizzare in diagnosi principale il codice **773.1** "Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione ABO".

SOFFERENZA FETALE ED ASFISSIA ALLA NASCITA

I codici della categoria 768 riguardano l'asfissia alla nascita: è preferibile utilizzare 768.5 "asfissia grave alla nascita con complicazione neurologica" e 768.6 "asfissia lieve o moderata alla nascita senza menzione di complicazione

neurologica" rispettivamente nelle asfissie gravi e moderate; la quarta cifra .2, .3, .4 si riferisce a problemi legati al travaglio ed al momento espulsivo. In caso di ricovero, questi ultimi codici saranno sempre associati ad altre patologie.

SINDROME DI DIFFICOLTA' RESPIRATORIA

Diagnosi codice 769 "sindrome da distress respiratorio neonatale": descrive una grave patologia respiratoria neonatale che necessita di un elevato livello assistenziale (ventilazione assistita)

procedura codice 96.7_ per ventilazione meccanica continua o **93.90** per respirazione a pressione positiva continua CPAP

Per i distress respiratori lievi si consiglia di utilizzare il codice **770.8** "altri problemi respiratori del neonato (ad esclusione della tachipnea transitoria o sindrome del polmone bagnato codice **770.6**)

NEONATO DA MADRE DIABETICA

A) Ricovero con osservazione e glicemie seriate normali: utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "nati vivi secondo il tipo di nascita" e tra le diagnosi secondarie riportare il codice **760.8** "altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)";

B) Ricovero con glicemie seriate patologiche, ulteriori accertamenti e trattamento: utilizzare in diagnosi il **775.0** "sindrome del neonato di madre diabetica".

NEONATO DA MADRE IPERTESA O ECLAMPTICA

A) Ricovero di neonato asintomatico, senza accertamenti: utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "nati vivi secondo il tipo di nascita";

B) Ricovero di neonato asintomatico, con osservazione clinica, emocromo e coagulazione: utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "nati vivi secondo il tipo di nascita" e tra le diagnosi secondarie riportare il codice **760.8** "altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)";

C) Ricovero di neonato sintomatico: utilizzare un codice di diagnosi specifico per la patologia.

NEONATO DA MADRE IPO/IPERTIROIDEA

A) Ricovero con osservazione clinica ed accertamenti normali: utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "nati vivi secondo il tipo di nascita" e tra le diagnosi secondarie riportare il codice **760.8** "altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)";

B) Ricovero con accertamenti patologici e trattamento: utilizzare un codice specifico per la patologia.

NEONATO NATO DA MADRE AFFETTA DA MALATTIE INFETTIVE

- A) Ricovero senza accertamenti: utilizzare un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "nati vivi secondo il tipo di nascita";
- B) Ricovero con accertamenti sierologici negativi, osservazione/isolamento: utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "nati vivi secondo il tipo di nascita" e tra le diagnosi secondarie riportare il codice **760.8** "altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)";
- C) Ricovero con segni clinici e/o laboratoristici indicativi d'infezione: utilizzare in diagnosi principale un codice della categoria **771.** "infezioni specifiche del periodo perinatale"; se nel corso del ricovero si perviene ad una diagnosi di infezione con identificazione del microrganismo, va riportato tra le diagnosi secondarie anche un codice relativo alla infezione specifica riscontrata (compreso nel primo capitolo dell'ICD-9-CM "malattie infettive e parassitarie").

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".

Nella codifica di questi casi si raccomanda di porre particolare attenzione alle note di inclusione ed esclusione.

SEPSI INTRAUTERINA DEL NEONATO

- A) Ricovero con PCR -, colture negative ripetute: utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "nati vivi secondo il tipo di nascita" e tra le diagnosi secondarie riportare il codice **760.8** "altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)";
- B) Ricovero con PCR e/o colture positive – terapia antibiotica : **771.8** "Altri tipo di infezioni specifiche del periodo perinatale".

NEONATO NATO DA MADRE AFFETTA DA EPATITE

Neonato nato da madre HbsAg positiva.

Se il neonato è negativo per HbsAg, utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "nati vivi secondo il tipo di nascita";

se il neonato è positivo, utilizzare in diagnosi principale il codice **760.2** "malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato" e

tra le diagnosi secondarie riportare inoltre il codice **V02.61** "portatore o portatore sospetto di epatite B".

Neonato nato da madre sieropositiva per epatite C.

Se ricovero con osservazione ed accertamenti sierologici negativi, utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "nati vivi secondo il tipo di nascita";

se ricovero con osservazione, HCV RNA positivo, utilizzare in diagnosi principale il codice **760.2** "malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato" e tra le diagnosi secondarie riportare inoltre il codice **V02.62** "portatore o portatore sospetto di epatite C".

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 dovrà essere assegnato in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "Nati vivi secondo il tipo di nascita" ed in diagnosi secondaria il codice **V01.7** "Contatto con o esposizione ad altre malattie virali", fino a quando il medico non documenti la reale infezione;

se il neonato è stato infettato si deve utilizzare in diagnosi principale il codice **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) e, in diagnosi secondaria il codice **V08** "Stato infettivo asintomatico da virus dell'immunodeficienza umana (HIV)".

NATO DA MADRE CON CMV / TOXOPLASMOSI IN GRAVIDANZA

- A) Ricovero con accertamenti virologici negativi e osservazione clinica: utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "Nati vivi secondo il tipo di nascita" e tra le diagnosi secondarie riportare il codice **760.8** "Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)";
- B) Ricovero con accertamenti virologici positivi: **771.1** "Infezione congenita da virus citomegalico"; **771.2** "Altre infezioni congenite, specifiche del periodoperinatale".

NATO DA MADRE CON TAMPONE POSITIVO PER STREPTOCOCCO GRUPPO B

- A) Ricovero con osservazione clinica, tamponi e PCR negativi utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "Nati vivi secondo il tipo di nascita".
- B) Ricovero con tamponi positivi, monitoraggio infettivologico ed eventuale trattamento utilizzare in diagnosi principale il codice **760.2** "Malattie infettive

o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato” e tra le diagnosi secondarie riportare inoltre il codice **V02.51** “Portatore o portatore sospetto di streptococco Gruppo B”;

- C) Ricovero con segni clinici e/o laboratoristici indicativi d’infezione, trattamento: **771.8_** “Altri tipi di infezioni specifiche del periodo perinatale”.

NEONATO DA MADRE CHE ASSUME SOSTANZE POTENZIALMENTE NOCIVE PER IL FETO (inclusi stupefacenti)

- A) Ricovero senza accertamenti: utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** “Nati vivi secondo il tipo di nascita”;
- B) Ricovero di neonato asintomatico: osservazione, monitoraggio cardiorespiratorio, accertamenti chimico-fisici specifici utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** “Nati vivi secondo il tipo di nascita” e tra le diagnosi secondarie riportare il codice **760.8** “Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)”;
- C) Ricovero di neonato sintomatico: osservazione, monitoraggio cardiorespiratorio, accertamenti chimico-fisici specifici ed eventuale terapia specifica utilizzare in diagnosi principale un codice di diagnosi specifico per la patologia o il disturbo riscontrato ad esempio dispnea, alterazioni del ritmo cardiaco, sintomi neurologici) e tra le diagnosi secondarie riportare un codice della categoria **760.7_** “Malattie del feto o del neonato dovute a sostanze nocive passate attraverso la placenta o il latte materno”.

NEONATO SANO ABBANDONATO

Il codice **V20.0** = “controllo della salute del neonato o del bambino abbandonato neonato sano 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 (**V30.00 + V20.0**).

SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI (capitolo 16)

Questo capitolo comprende le categorie da **780** a **799** e include sintomi, segni, risultati anomali di laboratorio o di altre indagini, nonché manifestazioni mal definite che non possono essere classificate negli altri capitoli.

Per il sintomo "**dolore**" si usano, oltre a quelli presenti nel presente capitolo, anche i codici della categoria 338 (capitolo 6 "malattie del sistema nervoso").

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 desiderano indicare sintomi che rappresentano un **problema importante** nel trattamento medico e che possono essere segnalati insieme alla DP.

MODIFICHE INTRODOTTE NEL PASSAGGIO ALL' ICD9CM 2007

CAPITOLO 16 - SINTOMI , SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI

(n. 44 diagnosi aggiunte)

- 780.32 Convulsioni febbrili complesse
- 780.58 Disturbi del movimento correlati al sonno, non specificati
- 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
- 784.91 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)
- 793.91 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 Test di Papanicolau con anomalie ghiandolari, striscio della cervice uterina, striscio insoddisfacente
- 795.09 Test di Papanicolau dello striscio della cervice uterina con altre anomalie e HPV cervicale non specifiche
- 795.31 Reperti colturali positivi per antrace non specifici
- 795.39 Altra tipologia di reperti colturali positivi non specifici
- 795.81 Antigene carcino embrionario [CEA] elevato
- 795.82 Cancro Antigene 125 [CA125]
- 795.89 Altri markers tumorali anomali
- 796.6 Reperto anomalo in screening neonatale
- 799.01 Asfissia
- 799.02 Ipossiemia
- 799.81 Riduzione della libido
- 799.89 Altri stati morbosi mal definiti

(n. 9 diagnosi modificate)

- 780.31 Convulsioni febbrili (semplici), non specificati
- 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
- 780.8 Iperidrosi generalizzata

- 790.93 Valori elevati degli antigeni prostatici specifici (PSA)

(n. 8 diagnosi eliminate)

- 780.9 Altri sintomi generali
- 784.9 Altri sintomi relativi alla testa e al collo
- 790.2 Curva da carico al glucosio alterata
- 793.9 Reperti anormali non specifici in esami radiologici e in altri esami di altre sedi
- 795.0 Test Papanicolau anormale non specifico, striscio collo utero
- 795.3 Reperti colturali positivi non specificati
- 799.0 Asfissia
- 799.8 Altri stati morbosi mal definiti

CAPITOLO 6 MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

(n. 11 diagnosi aggiunte)

categoria 338 Dolore

- 338.0 Sindrome da dolore centrale
- 338.11 Dolore acuto da trauma
- 338.12 Dolore acuto post-toracotomia
- 338.18 Altri dolori acuti post-operatori
- 338.19 Altri dolori acuti
- 338.21 Dolore cronico da trauma
- 338.22 Dolore cronico post-toracotomia
- 338.28 Altri dolori cronici post-operatori
- 338.29 Altri dolori cronici
- 338.3 Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico)
- 338.4 Sindrome da dolore cronico

TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI

Codici aggiunti:

- 850.11** Concussione con perdita di coscienza di durata inferiore o uguale a 30 minuti
- 850.12** Concussione con perdita di coscienza di durata compresa tra 31 e 59 minuti
- 995.90** SIRS da risposta infiammatoria non specificata
- 995.93** SIRS da processo non infettivo senza disfunzione d'organo acuta
- 995.94** SIRS da processo non infettivo con disfunzione d'organo acuta
- 99640** Complicazioni meccaniche non specificate da dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni
- 99641** Allentamento meccanico della protesi articolare
- 99642** Dislocazione della protesi articolare
- 99643** Fallimento dell'impianto della protesi articolare
- 99644** Frattura peri-protesica intorno alla protesi articolare
- 99645** Osteolisi peri-protesica
- 99646** Usura della superficie articolare della protesi
- 99647** Altre complicazioni meccaniche dell'impianto della protesi articolare
- 99649** Complicazione meccanica di altro dispositivo, impianto e innesto ortopedico interno
- 770.10** Aspirazione fetale e neonatale non specificata
- 770.11** Aspirazione di meconio senza sintomi respiratori
- 770.12** Aspirazione di meconio con sintomi respiratori
- 770.13** Aspirazione di liquido amniotico limpido senza sintomi respiratori
- 770.14** Aspirazione di liquido amniotico limpido con sintomi respiratori
- 770.15** Aspirazione di sangue senza sintomi respiratori
- 770.16** Aspirazione di sangue con sintomi respiratori
- 770.17** Altra tipologia di aspirazione fetale e neonatale senza sintomi respiratori
- 770.18** Altro tipo di aspirazione fetale e neonatale con sintomi respiratori
- 291.82** Disturbi del sonno indotti da alcool
- 292.85** Disturbi del sonno indotti da droghe

Fratture.

Il capitolo riguardante le fratture codifica esclusivamente le fratture da traumatismi. Esse sono distinte sia a seconda della localizzazione, sia del tipo (esposta o chiusa), che delle complicanze. Ciascuna sede di frattura deve essere codificata separatamente quando possibile.

Per le fratture patologiche si veda la regola definita nel capitolo "Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo".

La consolidazione viziosa e la mancata consolidazione di frattura sono codificate, rispettivamente, come 733.81 e 733.82.

In presenza di frattura:

nel **primo ricovero** si deve codificare la sede della frattura e le eventuali prestazioni chirurgiche;

nei **ricoveri successivi**:

- se il ricovero è dovuto al cambio o alla rimozione del gesso, filo di Kirschner, fissatore esterno (escluso il distrattore) utilizzare il codice V54.89 "Altri trattamenti

ortopedici ulteriori". Segnalare inoltre il codice che specifica l'intervento/procedura eseguito/a.

- nel caso di ricovero per rimozione dei mezzi di sintesi interna utilizzare il codice V54.0_ "Trattamento ulteriore per dispositivo di fissazione interna". Segnalare inoltre il codice che specifica l'intervento/procedura eseguito/a.

- nel caso di ricovero dovuto a complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni utilizzare i codici da 996.40 a 996.49; se la rimozione è dovuta a complicazioni infettive utilizzare il codice 996.67 "Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti ortopedici interni"; se la rimozione è dovuta ad altre complicazioni, né meccaniche né infettive, utilizzare i codici 996.77 e 996.78. Segnalare inoltre il codice che specifica l'intervento/procedura eseguito/a.

- gli esiti stabilizzati di frattura si codificano con i codici della categoria 905 "Postumi di traumatismo del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo".

Politraumatismi.

Per il politraumatismo non esiste un codice specifico, per cui si devono codificare separatamente i singoli traumi nell'ordine del peso assistenziale (traumi multipli).

Complicanze precoci di traumatismi.

Le complicanze precoci di traumatismi sono raggruppate alla categoria 958._ "Alcune complicazioni precoci di traumatismi".

Postumi di traumatismi.

Sono considerati postumi di traumatismi (categorie 905-909) le manifestazioni cliniche determinate da un precedente traumatismo ma insorgenti dopo l'esaurimento delle cure per il solo trauma. Si tratta pertanto di codici da impiegare nei ricoveri successivi a quello in cui è stata trattata la lesione traumatica.

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

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.

Traumi cranici.

Particolare attenzione va posta al corretto utilizzo dei codici che identificano i traumatismi cranici evitandone l'uso per i casi clinici in cui i traumatismi esterni non si accompagnano a sintomi o segni di interessamento cerebrale.

I traumi cranici associati a frattura sono classificati secondo la sede nelle categorie 800-804. Il quarto carattere del codice indica se la frattura è esposta o chiusa, se è associata a trauma intracranico ed il tipo di trauma intracranico. Fa eccezione la categoria 802 "Frattura delle ossa della faccia" per la quale il quarto ed il quinto carattere identificano il tipo e la sede della frattura.

I traumi intracranici non associati a frattura sono classificati con le categorie 850-854; il quarto ed il quinto carattere del codice indicano l'eventuale associazione con una ferita intracranica esposta e lo stato di coscienza .

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

0 - stato di coscienza non specificato

1 - senza perdita di coscienza

2 - con perdita di coscienza di durata <1h

3 - con perdita di coscienza di durata compresa tra 1 e 24h

4 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24h e ritorno allo stato di coscienza preesistente

5 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24h senza ritorno allo stato di coscienza preesistente

6 - con perdita di coscienza di durata non specificata

9 - con commozione cerebrale non specificata.

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

Per la categoria 850, che non prevede la quinta cifra, l'informazione relativa allo stato di coscienza è riportata con diverse modalità nella quarta cifra.

La sindrome post-commotiva (310.2) include una grande varietà di sintomi (mal di testa, vertigini, fatica, difficoltà di concentrazione, depressione, ansietà, apatia, palpitazioni cardiache) che talora durano poche settimane. Normalmente il codice 310.2 non viene assegnato in relazione al ricovero iniziale per il trattamento della concussione. Nei casi in cui il paziente viene trattato per sindrome post-commotiva entro 24-48 ore dall'evento traumatico, ove la concussione sia ancora presente si dovrà codificare la concussione stessa (850._) e non la sindrome post-commotiva.

Nei casi in cui il trauma cranico sia ulteriormente descritto come lacerazione cerebrale e contusione senza ferita intracranica esposta (851.8_) o quando sia associato ad emorragia subdurale, subaracnoidea o ad altra emorragia intracranica o ad altra specificata condizione classificabile nelle categorie 851-854, non deve essere assegnato il codice della concussione.

I traumatismi esterni o superficiali della faccia e del cuoio capelluto devono essere codificati secondo specifici codici, ad esempio quelli appartenenti alle categorie da 910 a 919.

Ricoveri per osservazione clinica ed accertamenti diagnostici dopo trauma cranico.

Gli episodi di ricovero per osservazione clinica ed accertamenti diagnostici dopo trauma cranico vanno descritti utilizzando i seguenti codici:

A) ricovero breve di sola osservazione clinica: utilizzare in diagnosi principale un codice della categoria 850 "Concussione".

B) ricovero breve con osservazione clinica ed esecuzione di esami diagnostici (ad esempio TAC del capo) volti allo studio del traumatismo intracranico: utilizzare in diagnosi principale il codice 854.0_ "Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura, senza menzione di ferita intracranica esposta"; negli spazi relativi agli interventi/procedure vanno riportati i codici relativi agli esami diagnostici effettuati (ad esempio 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: riportare tra le diagnosi secondarie il codice 873.0 "Altre ferite del cuoio capelluto senza menzione di complicazioni" e negli spazi relativi agli interventi/procedure selezionare il codice 86.59 "Sutura del cuoio capelluto".

Polmoniti da solidi e liquidi.

Le polmoniti da solidi e liquidi sono specificate alla categoria 507, con esclusione della polmonite da aspirazione fetale e neonatale (codici da 770.10 a 770.18), post-operatoria (997.3), e della sindrome di Mendelson nel corso del travaglio e del parto (668.0_).

Condizioni morbose respiratorie da agenti esterni.

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

In linea generale, il codice relativo all'avvelenamento va riportato in diagnosi principale, riservando alle diagnosi secondarie la descrizione delle manifestazioni respiratorie.

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

Esempio 1

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

Diagnosi principale: 987.6 "Effetti tossici di cloro gassoso" (codice dell'avvelenamento);

Diagnosi secondaria: 506.2 "Infiammazione delle vie respiratorie superiori da fumi e vapori" (codice della manifestazione respiratoria).

Esempio 2

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

Diagnosi principale: 506.1 "Edema polmonare acuto da fumi e vapori" (codice della manifestazione respiratoria);

Diagnosi secondaria. 987.6 "Effetti tossici di cloro gassoso" (codice dell'avvelenamento);

Intervento/Procedura principale: 96.71 "Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive".

Ustioni.

I codici da 940._ a 949._ comprendono le ustioni, specificando le sottocategorie in base alla gravità (I, II, III grado). La quinta cifra indica la sede dell'ustione.

Se sono presenti contemporaneamente ustioni di grado diverso in una parte specifica del corpo dovrà essere codificata quella di maggior gravità. Nel caso di ustioni molto estese, per le quali non sia possibile codificare separatamente le varie sedi, codificare l'estensione della superficie corporea interessata (categoria 948).

Le ustioni da attrito sono codificate alle categorie 910._ e 919._, dove la quarta cifra indica la presenza o meno di infezione.

Per le ustioni solari va utilizzato il codice della sottocategoria 692.7_ "Dermatiti da radiazioni solari", ed in particolare:

692.71 "Ustione solare di primo grado";

692.76 "Ustione solare di secondo grado";

692.77 "Ustione solare di terzo grado".

Ustioni dell'esofago.

Per codificare le ustioni dell'esofago in caso di ingestione di sostanza chimica va posto in diagnosi principale il codice 947.2 "Ustione dell'esofago" e in diagnosi secondaria va riportato il codice 530.19 "Altra esofagite".

Avvelenamenti e intossicazioni da farmaci.

Gli avvelenamenti da farmaci, medicinali e prodotti biologici sono descritti alle categorie 960-979.

Nella definizione di avvelenamento sono compresi gli effetti nocivi derivanti da un uso di dosi eccessive delle sostanze elencate e l'uso di sostanze non appropriate somministrate o prese per errore.

Non rientrano nella definizione di avvelenamento:

- gli effetti nocivi (ipersensibilità, reazioni avverse) di sostanze appropriate correttamente somministrate. Questi casi devono essere codificati secondo la natura degli effetti nocivi;
- 305. "Abuso da droghe senza dipendenza";
- 304. "Dipendenza da sostanze" (es. oppioidi, cocaina, anfetamine etc.);
- 292.2 "Intossicazione patologica da sostanze".

Per codificare i ricoveri per avvelenamento è necessario ricorrere alla codifica multipla e devono essere utilizzati più codici per identificare completamente tutti gli elementi. Un codice va selezionato, infatti, per indicare la tipologia di avvelenamento ed altri codici vanno utilizzati per descrivere le manifestazioni trattate nel corso del ricovero.

In linea generale, il codice relativo all'avvelenamento va riportato in diagnosi principale, riservando alle diagnosi secondarie la descrizione delle manifestazioni.

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

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

Esempio 1

Ricovero di paziente con emorragia gengivale in seguito ad avvelenamento da anticoagulanti:

Diagnosi principale: 964.2 "Avvelenamento da anticoagulanti" (codice dell'avvelenamento);

Diagnosi secondaria: 523.8 "Emorragia della gengiva" (codice della manifestazione).

Esempio 2

Ricovero di paziente con insufficienza respiratoria acuta dovuta a errato dosaggio di morfina (o errata via di somministrazione):

Diagnosi principale: 518.81 "Insufficienza respiratoria acuta" (codice della manifestazione);

Diagnosi secondaria: 965.09 "Avvelenamento da morfina" (codice dell'avvelenamento);

Intervento/Procedura principale: 96.71 "Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive".

Coma diabetico dovuto ad incidente terapeutico da insulina.

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

Diagnosi principale: 962.3 "Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici";

Diagnosi secondaria: 250.3_ "Diabete con altri tipi di coma".

Trombosi arterovenosa in dializzato.

In caso di trombosi di fistola arterovenosa (causata da protesi, impianti o innesti per dialisi renale) in paziente dializzato, utilizzare in diagnosi principale il codice 996.73 "Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale", ed in diagnosi secondaria inserire il codice V56.0 se il paziente effettua la seduta di dialisi.

Complicanze di cure mediche e chirurgiche.

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

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

Va tenuto presente, inoltre, che le complicazioni di cure mediche e chirurgiche, dove presenti, devono essere codificate utilizzando le specifiche categorie numeriche e non i codici V.

Complicazioni da protesi mammarie.

A) In caso di ricovero dovuto a dolori da contrattura capsulare, la diagnosi principale deve essere indicata con il codice 996.79 "Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni".

B) Qualora una paziente richieda la rimozione della protesi di mammella per il timore di insorgenza di eventuali complicanze, la diagnosi principale dovrà essere indicata con il codice V65.8 "Altre ragioni per entrare in contatto con i servizi sanitari", associando come diagnosi secondaria il codice V45.83 "Presenza di impianto rimovibile di mammella".

C) Una eventuale revisione della protesi, comprensiva di rimozione e reinserzione, deve essere indicata con il codice 85.93.

Insufficienza renale acuta postoperatoria.

L'insufficienza renale acuta postoperatoria va descritta con il codice 997.5 "Complicazioni urinarie non classificate altrove".

Complicazioni di trapianto di rene

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

Discite post-operatoria.

- cod. 998.59 "Altra infezione post-operatoria" come diagnosi principale;

- cod. 722.9_ "Altre e non specificate patologie del disco" come diagnosi secondaria.

Rimozione di corpo estraneo.

Riportare negli spazi relativi alle diagnosi i codici appartenenti alle categorie 930-939 "Effetti da corpo estraneo penetrato attraverso un orifizio naturale", oppure, per sedi non previste nelle categorie 930-939, consultare l'elenco alfabetico delle malattie e dei traumatismi alla voce "corpo estraneo".

Negli spazi relativi agli interventi/procedure vanno segnalati i seguenti codici:

Per la rimozione di corpo estraneo senza incisione:

98.0_ "Rimozione di corpo estraneo intraluminale dell'apparato digerente senza incisione";

98.1_ "Rimozione di corpo estraneo intraluminale da altre sedi senza incisione";

98.2_ "Rimozione di altro corpo estraneo senza incisione".

Per la rimozione di corpo estraneo mediante incisione o con uso di altre tecniche:

consultare l'elenco alfabetico degli interventi chirurgici e delle procedure alla voce "rimozione di corpo estraneo".

Rimozione di corpo estraneo in trachea.

In caso di ricovero per rimozione di corpo estraneo in trachea vanno riportati i seguenti codici:

Diagnosi principale: 934._ "Corpo estraneo nella trachea, nei bronchi e nei polmoni";

Intervento/procedura principale: 98.15 "Rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla trachea e bronchi, senza incisione";

Altro intervento/procedura: 33.22 "Broncoscopia con fibre ottiche"; Altro intervento/procedura: 96.04 "Inserzione di tubo endotracheale".

Insufficienza Multi Organo (MOF).

Per l'insufficienza multi organo non esiste un codice specifico, per cui si devono codificare separatamente le singole patologie nell'ordine del peso assistenziale.

Vertigini posttraumatiche.

1) Vertigine post-traumatica acuta, funzionale:

cod. 310.2 "Sindrome post-commotiva" (come diagnosi principale);

cod. 386._ "Vertigini" (come diagnosi secondaria).

2) Vertigine post-traumatica acuta, conseguente a lesione dell'VIII n.c. in assenza di frattura:

cod. 951.5 "Traumatismo del nervo acustico" (come prima diagnosi, se rientra nei criteri di selezione della diagnosi principale);

cod. 386.19 "Altre vertigini periferiche" (come diagnosi secondaria).

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

cod. 386.19 "Altre vertigini periferiche" (come diagnosi principale);

cod. 905.0 "Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia" (come diagnosi secondaria);

cod. 907.1 "Postumi di traumatismi dei nervi cranici" (come diagnosi secondaria).

4) Vertigine post-traumatica cronica, conseguente a lesione dell'VIII n.c. in assenza di frattura del basicranio:

cod. 386.19 "Altre vertigini periferiche" (come diagnosi principale);

cod. 907.1 "Postumi di traumatismi dei nervi cranici" (come diagnosi secondaria).

Manifestazioni cutanee dovute ad assunzione di farmaci, medicinali e prodotti biologici.

Nel caso di ricovero per effetti nocivi dovuti ad una assunzione eccessiva di farmaci, medicinali e prodotti biologici o all'uso di sostanze non appropriate, somministrate o prese per errore, occorre riportare in diagnosi principale il codice della sostanza che ha causato l'avvelenamento (categorie 960-979) (se rientra nei criteri di selezione della diagnosi principale), ponendo in seconda diagnosi la manifestazione cutanea (693.0 "Dermatite da farmaci e medicinali o presidi assunti per via sistemica").

Nel caso invece di effetti nocivi, di sostanza appropriata correttamente somministrata, andrà posta in prima diagnosi la manifestazione cutanea (693._ "Dermatiti da sostanze assunte per via sistemica").

Punture di origine animale.

Per le punture di origine animale senza reazione tossica generalizzata vanno utilizzati i codici da 910._ a 919._ "Traumatismi superficiali", specificando con la quarta cifra la presenza o meno di infezione.

Le punture di origine animale con reazione tossica generalizzata vanno codificate con il codice 989.5 "Effetti tossici di veleno di origine animale".

In presenza di shock anafilattico, il ricovero va descritto ponendo in diagnosi principale il codice 995.0 "Altro shock anafilattico non classificato altrove", e riportando tra le diagnosi secondarie il codice 989.5 "Effetti tossici di veleno di origine animale".

Assunzione di alcool.

In relazione all'assunzione di alcool si segnalano i seguenti codici:

- Psicosi alcoliche è 291._ "Disturbi mentali indotti da alcool";
- Lo stato di alcool-dipendenza è 303._ "Sindrome di dipendenza da alcool", aggiungere eventualmente altri codici per identificare ogni condizione associata;
- L'ubriachezza acuta senza dipendenza è 305.0_ "Abuso di alcool";
- Intossicazione acuta accidentale, avvelenamento, ad esempio nel bambino, è 980.0 "Effetti tossici dell'alcool etilico".

Ricovero per complicazioni infettive post intervento di impianto di rete in un laparocele.

In caso di ricovero per sola rimozione della rete infetta:

il ricovero va descritto utilizzando i seguenti codici:

Diagnosi principale: 998.59 "Altra infezione postoperatoria";

Diagnosi secondaria: V45.89 "Altro stato postchirurgico";

Intervento chirurgico principale: 86.05 "Incisione con rimozione di corpo estraneo o di dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo";

Intervento chirurgico secondario: 83.09 "Altra incisione dei tessuti molli".

In caso di ricovero per rimozione della rete infetta ed esecuzione di nuova plastica erniaria:

il ricovero va descritto utilizzando i seguenti codici:

Diagnosi principale: 998.59 "Altra infezione postoperatoria";

Diagnosi secondaria: V45.89 "Altro stato postchirurgico";

Intervento chirurgico principale: 53.59 "Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore";

Intervento chirurgico secondario: 86.05 "Incisione con rimozione di corpo estraneo o di dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo".

SIRS da processi non infettivi (995.93, 995.94)

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

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

La classificazione supplementare dei Codici V è utilizzata per descrivere una serie di condizioni o stati e procedure che, indipendentemente dalla presenza di malattie in atto, possono determinare il ricorso a prestazioni sanitarie o che comunque influenzano le condizioni di salute del paziente.

Ricerca dei codici V.

L' *Indice alfabetico* riporta un'ampia terminologia riferita alle diagnosi espresse con i codici V: ammissione, impianto (rigetto), anamnesi (personale) di, applicazione di, assistenza di, consigli NIA, contatto per, controllo di, donatore, esame(generale) di routine) (di) (per), follow-up (visita) (routine) (controllo), osservazione (per), problema (con), screening (per), sorveglianza di, status (post-), terapia, test, trapianto (trapiantato), trattamento ulteriore, verifica di, ed altri.

Utilizzo dei codici V.

Si utilizzano per descrivere le circostanze diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute di paziente. Non devono essere utilizzati per indicare complicanze delle precedenti cure mediche o chirurgiche, le quali, se presenti, devono essere codificate con le specifiche categorie numeriche.

Possono essere utilizzati come diagnosi principale nei seguenti casi:

- paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura pregressi come, ad esempio, chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico; in questi casi, deve essere indicata come diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse;
- pazienti ricoverati come donatori (V59._ Donatori);
- persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche, o consulenza;
- per indicare lo stato o l'osservazione di neonato (V29._) in assenza di segni o sintomi.

Possono essere utilizzati come diagnosi secondaria, per esempio, nei seguenti casi:

- per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che possono influenzare il trattamento del paziente ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma;
- per segnalare l'esito del parto come diagnosi secondaria nella SDO di una donna che ha partorito in ospedale (V27._ usato obbligatoriamente);
- per segnalare il contatto o il sospetto di contatto con microrganismi vari (V01.7 "contatto o esposizione ad altre malattie virali", V02.6_ "portatore o portatore sospetto di epatite virale", V02.9 "portatore o portatore sospetto di altro microrganismo specificato");
- per descrivere la resistenza ai farmaci in condizioni infettive specificate: V09 "infezioni da microrganismi resistenti ai farmaci";
- per codificare prestazioni strumentali erogate da parte di un presidio ospedaliero diverso da quello in cui il paziente è ricoverato (codice V63.8 "altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici").

Elenco dei codici V utilizzabili in diagnosi principale

V02._ "Portatore o portatore sospetto di malattie infettive" in assenza di altre manifestazioni cliniche.

V07.1 "Necessità di desensibilizzazione ad allergeni" va utilizzato come diagnosi principale in caso di ricovero finalizzato.

V08 Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV). Il contatto o l'esposizione al virus dell'immunodeficienza umana va descritto con il codice V01. 7 "Contatto con o esposizione ad altre malattie virali", ma tale codice non va utilizzato in diagnosi principale.

V10 - V15 Codici che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente. Le categorie V10 - V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti; i codici di tali categorie devono essere riportati, tra le diagnosi secondarie, solo quando tale condizione ha rivestito qualche significato nel corso dell'episodio di cura attuale. A tale regola possono far eccezione le situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno. Ad esempio, il codice V10._ _ (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 prima diagnosi 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 complicazioni di trapianto di rene (996.81), 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"; V15. 0 "Anamnesi personale di allergia distinta da quella provocata da sostanze medicinali, con rischio di malattia").

V20.0 Controllo della salute di neonato o bambino abbandonato. Risulta necessario usarlo per giustificare la degenza di bambini o neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione.

V20.1 Cure ad altro neonato o bambino sano.

V24.0 Paziente partoriente fuori dalla struttura ospedaliera con necessità di ricovero per trattamenti successivi al parto. Utilizzare per cure immediatamente dopo il parto se questo non avviene in una struttura ospedaliera.

V29._ Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate. I codici di questa categoria 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.

V30-V39 Nati vivi sani secondo il tipo di nascita. Escluso il codice 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.

V42.0 - V42.8 Organo o tessuto sostituito da trapianto (per esempio nella riabilitazione cardiaca post-chirurgica: V42.2 "valvola cardiaca sostituita da trapianto", V43.3 "valvola cardiaca sostituita con altri mezzi", V43.4 "vaso sanguigno sostituito con altri mezzi" per i casi di bypass per rivascolarizzazione cardiaca)).

V43.3 Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi.

V43.4 Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi (protesi vascolari).

V43.6_ Organo o tessuto sostituito con altri mezzi - Articolazione. Tali codici vanno utilizzato per descrivere i pazienti portatori di protesi (anca, spalla, ecc.); ad eccezione del codice V43. 60 da non utilizzare in diagnosi principale perché aspecifico.

V44.0 "presenza di tracheotomia" per reparti con codice disciplina 75 o 28 (neuroriabilitazione o unità spinale).

V45.01 Stimolatore cardiaco in situ.

V45.81 Stato post-chirurgico di by-pass aortocoronarico.

V45.83 Presenza di impianto rimovibile di mammella.

V45.89 Rimozione per infezione di neurostimolatore.

V46.1 Dipendenza da respiratore.

V50.2 Circoncisione rituale o di routine. Utilizzato in caso di ricovero per circoncisione rituale o di routine quale diagnosi principale unitamente al codice 64.0 ("Circoncisione") per indicare l'intervento chirurgico principale.

V50.41 Rimozione profilattica della mammella.

V50.42 Rimozione profilattica di ovaio.

V51 Utilizzato come diagnosi principale su pazienti che necessitano di trattamento di chirurgia plastica in seguito ad un intervento avvenuto in un precedente ricovero.

V52.0/.1/.4/.8/.9 Collocazione di protesi artificiale. Un ricovero per solo impianto di protesi della mammella può essere identificato dal codice V52. 4 in diagnosi principale se il tumore è stato precedentemente asportato.

V53.01/.02/.09 Dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi dei sensi. I codici devono essere utilizzati anche nei casi di sostituzione o rimozione del generatore del

neurostimolatore. In caso di rimozione per infezione usare il codice V45. 89 (vedi) ed indicare come diagnosi secondaria l'infezione (cod. 996.63); la procedura è indicata dal codice 03.94.

V53.31 Collocazione e sistemazione di dispositivo cardiaco. Il codice deve essere utilizzato nei soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione di batteria di pace-maker in assenza di una patologia specificata.

V53.32 Collocazione e sistemazione di defibrillatore cardiaco automatico impiantabile. Il codice deve essere utilizzato nei soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione e sistemazione di defibrillatore in assenza di una patologia specificata.

V53.39 Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco. Il codice deve essere utilizzato per descrivere l'espanto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo.

V53.7 Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici. Da utilizzarsi unicamente nei casi di adattamento di protesi esterna per gli arti e per il tronco.

V54.0 Trattamento ulteriore per l'estrazione di una placca, di viti o di altro dispositivo di fissazione interna; segnalare tra le diagnosi secondarie il codice della frattura pregressa

V55.0 "controllo di tracheotomia" utilizzato per descrivere la riabilitazione in pazienti tracheotomizzati.

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.

V54.9 Ricovero successivo per controllo di apparecchio gessato: segnalare inoltre il codice che specifica l'intervento o la procedura eseguito/a.

V55.0/.1/.2/.3/.4/.5/.6/.7/.8 Controllo di aperture artificiali. Da utilizzare unicamente nei casi in cui il paziente necessita di trattamenti specifici per la stomia, in assenza di patologia.

V56.0 , V56.8 Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente.

V56.1 Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi.

V56.2 Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi.

V57.1/.21/.22/.3/.81/.89/.9 Cure che richiedono l'impiego di procedimenti di riabilitazione.

V58.0 Sessione di radioterapia.

V58.11 Chemioterapia di mantenimento. Utilizzato anche nei ricoveri per terapie endocavitari peritoneali, intrapleuriche, intrarachidee e intavescicali (compreso BCG).

V58.49 Altro trattamento ulteriore postoperatorio. Utilizzato in caso di ricovero di paziente operato, per osservazione ed eventuale terapia post-intervento chirurgico.

V58.69 Uso a lungo termine in corso di altre cure – cure ad alto rischio utilizzato in caso di ricovero per terapia del dolore cronico, al quale si aggiunge la procedura idonea a descrivere l’inserimento del catetere (es. 03.90 – inserzione di catetere nel canale vertebrale).

V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare, al quale si aggiunge la procedura idonea a descrivere l’inserimento del catetere.

V58.82 Collocazione di catetere non vascolare non classificato altrove, al quale si aggiunge la procedura idonea a descrivere l’inserimento del catetere.

V59.1 / .2/ .3/ .4/ .5/ .6/ .8 Donatori di organi o tessuti. Da utilizzare solo nei casi di ricoveri di donatori sani. Gli interventi/procedure eseguiti dovranno essere segnalati mediante i codici ICD-9-CM 2002 negli spazi delle SDO riservati agli interventi chirurgici.

V64.1/ .2/ .3 Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi chirurgici non eseguiti. Nel caso in cui il trattamento non venisse eseguito per l’insorgenza di altra patologia, quest’ultima va riportata come diagnosi principale; negli altri casi si deve usare uno dei codici V64 (Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti) nei seguenti modi:

- La condizione che al termine del ricovero non programmato è risultata essere il motivo dello stesso deve essere selezionata come diagnosi principale anche quando il relativo trattamento non è stato praticato; in tali casi fra le diagnosi secondarie deve essere riportato uno dei codici V64.
- Quando un ricovero è stato *programmato* per eseguire un particolare trattamento e questo non viene eseguito, per motivi organizzativi o per decisione del paziente, va riportato come diagnosi principale uno dei codici V64 e come diagnosi secondaria la condizione che avrebbe determinato il trattamento. In caso di ricovero *urgente* invece la condizione che al termine del ricovero è risultata essere il motivo dello stesso deve essere selezionata come diagnosi principale e fra le diagnosi secondarie deve essere riportato uno dei codici V64.

V64.4 Codice da utilizzare quando un intervento chirurgico, inizialmente chiuso, viene successivamente convertito a cielo aperto. In tal caso l’intervento deve essere codificato utilizzando il codice relativo alla procedura a cielo aperto, mentre tra le diagnosi secondarie deve essere riportato il codice V64.41 “Intervento chirurgico per via laparoscopica convertito in intervento a cielo aperto” o V64.42 “Intervento chirurgico per via toracoscopica convertito in intervento a cielo aperto” o V64.43 “Intervento chirurgico per via artroscopica convertito in intervento a cielo aperto”.

V65.8 Codice da utilizzare qualora una paziente richieda la rimozione della protesi di mammella per il timore di insorgenza di eventuali complicanze, associando come diagnosi secondaria il codice V45. 83 "Presenza di impianto rimovibile di mammella".

V66.7 Codice da utilizzare come diagnosi principale per ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative, utilizzando la diagnosi di tumore come secondaria. In caso di ricovero per l’esecuzione di cure palliative invasive (toracentesi - codice procedura 34.91-, paracentesi - codice procedura 54.91-, ecc.) va utilizzato in diagnosi

principale il codice relativo alla patologia trattata, mentre il codice della neoplasia primitiva, se presente, o metastatica va inserito tra le diagnosi secondarie.

V67.09 Osservazione post chirurgica (visita di controllo successiva ad altra chirurgia.)

V71. Codici di categoria di Osservazione e valutazione per sospetto di condizioni morbose. Si ricorda che, l'uso di tale categoria di codici é da preferire per i soli casi in cui non venga rilevata la presenza di una patologia o di un sintomo. Per esempio il codice V71.1 (osservazione per sospetto di tumore) si utilizza come diagnosi principale quando le indagini effettuate nel corso del ricovero non consentono di formulare una diagnosi di tumore.

MODIFICHE INTRODOTTE NEL PASSAGGIO ALL' ICD9CM 2007

(n. 160 diagnosi aggiunte)

- V01.71 Contatto con o esposizione a varicella
- V01.79 Contatto con o esposizione ad altre malattie virali
- V01.81 Contatto con o esposizione ad antrace
- V01.82 Contatto con o esposizione a coronavirus associato a SARS
- V01.83 Contatto con o esposizione ad Escherichia coli (E. coli)
- V01.84 Contatto con o esposizione a Meningococco
- V01.89 Contatto con o esposizione ad altre malattie trasmissibili
- V04.81 Necessità di vaccinazione e inoculazioni profilattiche contro l'influenza
- V04.82 Necessità di vaccinazione e inoculazioni profilattiche contro il virus respiratorio sinciziale (RSV)
- V04.89 Necessità di vaccinazione e inoculazioni profilattiche contro altre patologie virali
- V12.42 Anamnesi personale di infezioni del sistema nervoso centrale
- V12.60 Anamnesi personale di malattia non specificata del sistema respiratorio
- V12.61 Anamnesi personale di polmonite (ricorrente)
- V12.69 Anamnesi personale di altre patologie del sistema respiratorio
- V13.02 Anamnesi personale di infezione urinaria (del tratto)
- V13.03 Anamnesi personale di sindrome nefrosica
- V13.21 Anamnesi personale di travaglio pre-termine
- V13.29 Anamnesi personale di altri disturbi ostetrici e dell'apparato genitale
- V15.87 Anamnesi personale di Ossigenazione Extracorporea a Membrana (ECMO)
- V15.88 Anamnesi personale di caduta
- V17.81 Anamnesi familiare di osteoporosi
- V17.89 Anamnesi familiare di altre malattie osteomuscolari
- V18.51 Anamnesi familiare di polipi del colon
- V18.59 Anamnesi familiare di altri disturbi digestivi
- V18.9 Anamnesi familiare di portatore di malattia genetica
- V23.41 Gravidanza con storia di travaglio pretermine
- V23.49 Gravidanza con altra anamnesi ostetrica patologica
- V25.03 Consigli e prescrizione di contraccettivi in emergenza
- V26.31 Test nella donna per la verifica della condizione di portatore di malattia genetica
- V26.32 Altri test genetici nella donna
- V26.33 Counseling genetico

- V26.34 Test nell'uomo per la verifica della condizione di portatore di malattia genetica
- V26.35 Test nel partner maschile che rendono conto di aborti ricorrenti
- V26.39 Altri test genetici nell'uomo
- V43.21 Dispositivo di assistenza cardiaca
- V43.22 Cuore artificiale completamente impiantabile
- V45.85 Altre Patologie successive a interventi chirurgici o procedure, Presenza di pompa d'insulina
- V45.86 Altre Patologie successive a interventi chirurgici o procedure, Condizione successiva a chirurgia bariatrica
- V46.11 Stato di dipendenza da respiratore
- V46.12 Insufficiente funzionamento di respiratore
- V46.13 Distacco di respiratore [ventilatore]
- V46.14 Problemi meccanici del respiratore (ventilatore)
- V46.2 Dipendenza da altri apparecchi, ossigeno supplementare
- V49.83 Attesa di trapianto di organo
- V49.84 Condizione di allettamento
- V53.90 Collocazione e sistemazione dispositivo non specificato
- V53.91 Collocazione e sistemazione di pompa d'insulina
- V53.99 Collocazione e sistemazione altro dispositivo
- V54.01 Trattamento per rimozione di dispositivo di fissazione interna
- V54.02 Trattamento per l'allungamento/sistemazione di barra di Harrington
- V54.09 Altro trattamento ulteriore relativo a dispositivo di fissazione interna
- V54.10 Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica dell'arto superiore, non specificato
- V54.11 Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica della parte superiore dell'arto superiore
- V54.12 Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica della parte inferiore dell'arto superiore
- V54.13 Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica dell'anca
- V54.14 Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica dell'arto inferiore, non specificato
- V54.15 Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica della parte superiore dell'arto inferiore
- V54.16 Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica della parte inferiore dell'arto inferiore
- V54.17 Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica di vertebra
- V54.19 Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica di altre ossa
- V54.20 Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica dell'arto superiore, non specificato
- V54.21 Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica della parte superiore dell'arto superiore
- V54.22 Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica della parte inferiore dell'arto superiore
- V54.23 Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica dell'anca
- V54.24 Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica dell'arto inferiore, non specificato
- V54.25 Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica della parte superiore dell'arto inferiore
- V54.26 Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica della parte inferiore dell'arto inferiore
- V54.27 Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica di vertebra

- V54.29 Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica di altre ossa
- V54.81 Trattamento ulteriore successivo a sostituzione articolare
- V54.89 Trattamento ortopedico ulteriore
- V58.11 Chemioterapia antineoplastica
- V58.12 Immunoterapia antineoplastica
- V58.30 Sostituzione o rimozione di ferita non chirurgica
- V58.31 Sostituzione o rimozione di fasciatura di ferita chirurgica
- V58.32 Rimozione di suture
- V58.42 Trattamento ulteriore successivo a chirurgia per neoplasia
- V58.43 Trattamento ulteriore successivo a chirurgia per trauma o incidente
- V58.44 Trattamento ulteriore successivo a trapianto d'organo
- V58.63 Uso a lungo termine (in corso) di antitrombotici/antiaggreganti
- V58.64 Uso a lungo termine (in corso) di antinfiammatori non steroidei (NSAID)
- V58.65 Uso a lungo termine (in corso) di steroidi
- V58.66 Uso a lungo termine (in corso) di aspirina
- V58.67 Uso a lungo termine (in corso) di insulina
- V58.71 Trattamento ulteriore successivo a chirurgia degli organi di senso NIA
- V58.72 Trattamento ulteriore successivo a chirurgia del sistema nervoso NIA
- V58.73 Trattamento ulteriore successivo a chirurgia del sistema circolatorio NIA
- V58.74 Trattamento ulteriore successivo a chirurgia del sistema respiratorio NIA
- V58.75 Trattamento ulteriore successivo a chirurgia dei denti, della cavità orale e del sistema digerente NIA
- V58.76 Trattamento ulteriore successivo a chirurgia del sistema genitourinario NIA
- V58.77 Trattamento ulteriore successivo a chirurgia della cute e del tessuto sottocutaneo NIA
- V58.78 Trattamento ulteriore successivo a chirurgia del sistema muscoloscheletrico NIA
- V59.70 Donatore non specificato di ovociti
- V59.71 Donatore di ovociti di età inferiore ai 35 anni, ricevente anonimo
- V59.72 Donatore di ovociti di età inferiore ai 35 anni, ricevente designato
- V59.73 Donatore di ovociti di età pari o superiore a 35 anni, ricevente anonimo
- V59.74 Donatore di ovociti di età pari o superiore a 35 anni, ricevente designato
- V62.84 Ideazione suicida
- V64.00 Vaccinazione non eseguita per motivi non specificati
- V64.01 Vaccinazione non eseguita per malattia acuta
- V64.02 Vaccinazione non eseguita per malattia o condizione cronica
- V64.03 Vaccinazione non eseguita per la presenza di sistema immunitario compromesso
- V64.04 Vaccinazione non eseguita per allergia al vaccino o ai suoi componenti
- V64.05 Vaccinazione non eseguita per rifiuto della persona che si prende cura del paziente
- V64.06 Vaccinazione non eseguita per rifiuto del paziente
- V64.07 Vaccinazione non eseguita per motivi religiosi
- V64.08 Vaccinazione non eseguita per la contemporanea presenza della malattia cui è rivolta la vaccinazione
- V64.09 Vaccinazione non eseguita per altri motivi
- V64.41 Intervento chirurgico per via laparoscopica convertito in intervento a cielo aperto
- V64.42 Intervento chirurgico per via toracoscopia convertito in intervento a cielo aperto

- V64.43 Intervento chirurgico per via artroscopica convertito in intervento a cielo aperto
- V65.11 Visita pediatrica prenatale per mamma in attesa
- V65.19 Altra persona che entra in contatto con i servizi sanitari per conto di un'altra persona
- V65.46 Addestramento all'uso di pompa insulinica
- V69.4 Mancanza di sonno
- V69.5 Insonnia comportamentale dell'infanzia
- V71.82 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione ad antrace
- V71.83 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione ad altri agenti biologici
- V72.11 Valutazione della funzione uditiva successiva ad esame dell'udito alterato
- V72.19 Altro esame dell'orecchio e dell'udito
- V72.31 Visita ginecologica di routine
- V72.32 Colloquio con paziente per il rilievo di uno striscio cervicale di Papanocolau normale che fa seguito a precedente test anormale
- V72.40 Visita o prova per la diagnosi di gravidanza, gravidanza non confermata
- V72.41 Visita o prova per la diagnosi di gravidanza, risultato negativo
- V72.42 Visita o prova per la diagnosi di gravidanza, risultato positivo
- V72.86 Esame per la determinazione del gruppo sanguigno
- V82.71 Screening per l'individuazione di portatore di malattia genetica
- V82.79 Altro screening genetico
- V83.81 Screening per l'individuazione di osteoporosi
- V83.89 Screening per l'individuazione di altre manifestazioni morbose specificate
- V84.01 Suscettibilità genetica al tumore maligno della mammella
- V84.02 Suscettibilità genetica al tumore maligno dell'ovaio
- V84.03 Suscettibilità genetica al tumore maligno della prostata
- V84.04 Suscettibilità genetica al tumore maligno dell'endometrio
- V84.09 Suscettibilità genetica al tumore maligno in altre sedi
- V84.8 Suscettibilità genetica ad altre malattie
- V85.0 Indice di massa corporea inferiore a 19, adulti
- V85.1 Indice di massa corporea tra 19 e 24, adulti
- V85.21 Indice di massa corporea tra 25.0 e 25.9, adulti
- V85.22 Indice di massa corporea tra 26.0 e 26.9, adulti
- V85.23 Indice di massa corporea tra 27 e 27.9, adulti
- V85.24 Indice di massa corporea tra 28 e 28.9, adulti
- V85.25 Indice di massa corporea tra 29 e 29.9, adulti
- V85.30 Indice di massa corporea tra 30.0 e 30.9, adulti
- V85.31 Indice di massa corporea tra 31.0 e 31.9, adulti
- V85.32 Indice di massa corporea tra 32.0 e 32.9, adulti
- V85.33 Indice di massa corporea tra 33.0 e 33.9, adulti
- V85.34 Indice di massa corporea tra 34.0 e 34.9, adulti
- V85.35 Indice di massa corporea tra 35.0 e 35.9, adulti
- V85.36 Indice di massa corporea tra 36.0 e 36.9, adulti
- V85.37 Indice di massa corporea tra 37.0 e 37.9, adulti
- V85.38 Indice di massa corporea tra 38.0 e 38.9, adulti
- V85.39 Indice di massa corporea tra 39.0 e 39.9, adulti
- V85.4 Indice di massa corporea pari o superiore a 40, adulti
- V85.51 Indice di massa corporea, pediatrico, inferiore al 5° percentile per età

- V85.52 Indice di massa corporea, pediatrico, dal 5° percentile all'84° percentile per età
- V85.53 Indice di massa corporea, pediatrico, dall'85° percentile al 94° percentile per età
- V85.54 Indice di massa corporea, pediatrico, uguale o superiore al 95° percentile per età
- V86.0 Positività dei recettori degli estrogeni [ER+]
- V86.1 Negatività dei recettori degli estrogeni [ER-]

(n. 4 diagnosi modificate)

- V06.1 Necessità di vaccinazione profilattica con vaccino misto difterite-tetano-pertosse (DTP) (DTaP)
- V06.5 Necessità di vaccinazione e inoculazioni profilattiche contro tetano e difterite (Td) (DT)
- V07.4 Terapia ormonale sostitutiva (postmenopausa)
- V49.81 Stato postmenopausale asintomatico (correlato all'età) (naturale)

(n. 22 diagnosi eliminate)

- V01.7 Contatto con o esposizione ad altre malattie virali
- V01.8 Contatto con o esposizione di altre malattie trasmissibili
- V04.8 Necessità di vaccinazione e inoculazioni profilattiche contro l'influenza
- V12.6 Anamnesi personale di malattie dell'apparato respiratorio
- V13.2 Anamnesi personale di altri disturbi ostetrici e dell'apparato genitale
- V17.8 Anamnesi familiare di alter malattie osteomuscolari
- V18.5 Anamnesi familiare di disturbi digestivi
- V23.4 Controllo di gravidanza ad alto rischio con altra anamnesi ostetrica patologica
- V26.3 Consigli e test di genetica
- V43.2 Cuore sostituito con altri mezzi
- V46.1 Dipendenza da respiratore
- V53.9 Collocazione e sistemazione di altro e non specificato dispositivo
- V54.0 Trattamento ulteriore per l'estrazione di una placca o di altro dispositivo di fissazione interna
- V54.8 Altro trattamento ortopedico ulteriore
- V58.1 Chemioterapia
- V58.3 Controllo di fasciature chirurgiche e suture
- V64.0 Vaccinazione non eseguita per controindicazione
- V64.4 Intervento chirurgico per via laparoscopica convertito in intervento a cielo aperto
- V65.1 Persona che entra in contatto con I servizi sanitari per conto di un'altra persona
- V72.1 Esame dell'orecchio e dell'udito
- V72.3 Visita ginecologica
- V72.4 Visita o prova della diagnosi di gravidanza, gravidanza non confermata

RIABILITAZIONE

INTRODUZIONE

Il presente paragrafo è stato elaborato tenendo conto degli indirizzi regionali in materia di riabilitazione.

Lo scopo è quello di affiancare delle *regole generali di compilazione* a quelle del Manuale ICD9-CM nell'intento di:

conseguire un'elevata omogeneità di codifica di diagnosi, interventi e procedure
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.

I destinatari di queste regole generali sono i reparti con i seguenti codici:

56 Medicina Fisica e Riabilitativa, Pneumologia o Cardiologia riabilitativa con mandato di Recupero e Rieducazione Funzionale intensiva in post-acuzie

60 Lungodegenza ospedaliera o Cure intermedie o Medicina a Indirizzo riabilitativo con mandato di stabilizzazione delle complicanze in post-acuzie e riabilitazione finalizzata alla prevenzione della sindrome da immobilizzazione e con l'obiettivo di permettere il trasferimento in riabilitazione intensiva o estensiva o l'affidamento alle cure domiciliari ¹².

In attesa della strutturazione della rete regionale per gli esiti di gravi cerebrolesioni, le strutture degenziali regionali che non sono state inserite nell'alta specialità ma che hanno continuato ad utilizzare il codice 75, dovranno, per omogeneità di classificazione, transitoriamente adottare il codice 56³.

Le regole generali saranno indirizzate a chiarire ed a rendere più omogenei i seguenti aspetti di compilazione della SDO:

- 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

Lo strumento adottato con il presente documento potrà venire ulteriormente perfezionato sulla base delle indicazioni che verranno offerte dai risultati dell'attuale sperimentazione multicentrica di "indicatori di processo esito in riabilitazione"

¹ D.C.R. n. 29 del 8/8/2006 "Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza – linee di indirizzo, criteri, modalità e termini di realizzazione" pag. 10.

² D.C.R. n. 8 del 28/2/2008 "Stralcio del piano sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza. Accorpamento e nuova definizione di alcune aziende sanitarie" (Medicina a orientamento riabilitativo pag. 50)

³ D.G.R. n. 786 del 4/7/2008 "Adeguamento delle tariffe per i codici hsp 75 alla tariffa unica convenzionale interregionale. Individuazione di unità per le cerebrolesioni acquisite".

promosso dall'Agenda Regionale Sanitaria in collaborazione con le Strutture di Medicina Fisica e Riabilitativa liguri ⁴.

Nel presente paragrafo 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 o CURE INTERMEDIE o MEDICINA A INDIRIZZO RIABILITATIVO

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.

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 ospedaliera o Cure Intermedie o *Medicina a Indirizzo riabilitativo* con codice disciplina 60⁵ il codice di riabilitazione V57.__ _ *Cure*

⁴ Determinazione Direttore Generale Agenzia Sanitaria Regionale n.62 del 23/12/2008

⁵ D.C.R. n. 22 del 30/9/2009 – "Piano socio sanitario Regionale 2009-2011" (Rete riabilitativa per le fragilità: i percorsi pag. 106)

riabilitative va obbligatoriamente segnalato tra le diagnosi secondarie, solo nel caso sia stato messo in atto un progetto riabilitativo individuale con attività estensive.

N.B.: L'eventuale presenza di complicazioni direttamente correlate all'evento morboso che ha determinato la richiesta di ricovero o di complicazioni generali va indicata ponendo tra le diagnosi secondarie il codice della patologia che caratterizza la complicanza.

Fanno eccezione a questa regola generale:

- i ricoveri verso le Unità Operative di Alta Specialità Riabilitativa (codice disciplina 28 e 75), 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;

RICOVERI ELETTIVI PER RIABILITAZIONE

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.

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 al presente documento; 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.).

CODIFICA DELLE PROCEDURE PER CASI SPECIFICI:

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 diagnosi secondarie 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

Postumi di traumatismi si codificano:

- 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

In diagnosi principale 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.*

Tra le diagnosi secondarie, inoltre, 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 cardiocirurgia

Riabilitazione per rivascularizzazione cardiaca con bypass:

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

Tab.1: 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.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Per la riabilitazione intensiva 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 dimissione da reparto per acuti o cod. disciplina 60.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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	<ul style="list-style-type: none"> ➤ I ricoveri verso le Unità Operative di Alta Specialità Riabilitativa (cod. disciplina 28 e 75), quando rispettano i requisiti di appropriatezza della normativa vigente; ➤ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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.

	<p>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;</p> <p>➤ i ricoveri di pazienti, dimessi da oltre 30 gg. da reparti per acuti chirurgici (es. ortopedia) ed in attesa di concessione del carico.</p>	
<p>R.4.</p> <p>Codici da utilizzare per descrivere le procedure riabilitative effettuate</p>	<p>➤ cod. 93.11 <i>Esercizi assistiti</i>;</p> <p>➤ cod. 93.22 <i>Training del passo</i>;</p> <p>➤ cod. 93.24 <i>Addestramento all'uso della protesi o apparecchi ortesici</i>;</p> <p>➤ cod. 93.31 <i>Esercizi assistiti in piscina</i>;</p> <p>▪ cod. 93.39 <i>Terapia fisica strumentale</i>;</p> <p>▪ cod. 93.75 <i>Training del linguaggio e terapia</i>;</p> <p>▪ cod. 93.83 <i>Terapia occupazionale</i>;</p> <p>cod. 93.9_ <i>Terapia respiratoria</i>;</p> <p>cod. 94.08 <i>Valutazione e test psicologici</i>.</p>	<p>Devono essere utilizzati, negli spazi relativi alle procedure, anche i codici ICD-9-CM di procedura fino a un massimo di 6;</p> <p>Porre la data di inizio della procedura che si intende poi eseguita nel corso del ricovero.</p>