

REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento per la Pianificazione Strategica

***Linee Guida per la compilazione e la codifica
delle informazioni cliniche
presenti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera
Versione 2013***

Sommario

| | |
|--|----|
| INTRODUZIONE..... | 3 |
| CAPITOLO 1 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (001-139)..... | 10 |
| CAPITOLO 2 - TUMORI (140-239) | 14 |
| CAPITOLO 3 - MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI (240-279) | 20 |
| CAPITOLO 4 MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI (280-289) | 25 |
| CAPITOLO 5 DISTURBI MENTALI (290-319)..... | 29 |
| CAPITOLO 6 MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI (320-389) | 33 |
| CAPITOLO 7 MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (390 – 459) | 40 |
| CAPITOLO 8 MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (460 – 519) | 50 |
| CAPITOLO 9 - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE (520 – 579)..... | 54 |
| CAPITOLO 10 - MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO (580 – 629) | 60 |
| CAPITOLO 11 - GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO (630 – 677) | 65 |
| CAPITOLO 12 MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (680 – 709) | 69 |
| CAPITOLO 13 MALATTIE OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO (710-739)..... | 71 |
| CAPITOLO 14 - MALFORMAZIONI CONGENITE (740-759) | 78 |
| CAPITOLO 15 – CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE E CODIFICA DEL NEONATO (760 – 779) | 80 |
| CAPITOLO 16 - SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI (780-799) | 83 |
| CAPITOLO 17 - TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI (800 – 899)..... | 84 |
| ALTRI MOTIVI DI RICOESO AI SERVIZI SANITARI (CODICI V)..... | 88 |
| MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA/LUNGODEGENZA..... | 90 |
| CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE (E800 - E899)..... | 92 |

INTRODUZIONE

FINALITA'

Scopo principale di questo documento è il continuo miglioramento della compilazione delle informazioni sanitarie, diagnosi e procedure, contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, attraverso una maggiore omogeneità nei comportamenti di codifica, in modo da potenziarne l'utilizzo ai fini sia amministrativi che epidemiologici.

OBIETTIVI

Le linee guida rappresentano una integrazione ed una maggiore specificazione delle principali fonti per la codifica delle informazioni sanitarie della SDO, che sono costituite dalle regole generali di codifica stabilite con il D.M. 27 ottobre 2000, n. 380, e dal manuale della classificazione ICD-9CM, alle cui indicazioni si deve in ogni caso far riferimento.

I principali obiettivi delle linee guida sono fornire regole generali circa:

- l'utilizzo della classificazione ICD-9-CM, anche in considerazione dell'aggiornamento alla versione 2007;
- la selezione e la codifica della diagnosi principale;
- la selezione e la codifica delle diagnosi secondarie e degli interventi/procedure.
- fornire indicazioni per la soluzione di eventuali problemi di codifica determinati sia da mancanza di chiarezza e specificazione di alcune patologie/procedure sia da difficile interpretazione della classificazione stessa, soprattutto in presenza di situazioni di rilievo o frequentemente oggetto di errori o di comportamenti di codifica non omogenei.

Le linee guida, pertanto, non sono esaustive rispetto al complesso delle problematiche di codifica; tuttavia, è intenzione realizzare successivi aggiornamenti ed integrazioni.

METODOLOGIA

Per la revisione delle linee guida sono state utilizzate fonti bibliografiche ed istituzionali, sia italiane che internazionali. In particolare, si è tenuto conto delle esperienze già realizzate presso alcune regioni italiane. Sono state successivamente analizzate alcune situazioni di codifica selezionate secondo i seguenti criteri di priorità:

- situazioni cliniche frequentemente causa di ricovero, per le quali siano state evidenziate prassi di codifica disomogenee, ad esempio: diabete mellito, ipertensione arteriosa, malattie ischemiche del cuore, demenze, epatiti croniche e loro complicanze, sostituzione di protesi d'anca e/o di ginocchio, malformazioni congenite, traumatismi, stati settici;
- situazioni e prestazioni innovative con particolare riguardo alla chirurgia protesica e interventistica ;
- utilizzo della classificazione supplementare dei codici V (es. trattamento non eseguito).

REGOLE GENERALI PER L'UTILIZZO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD9-CM

Codificare una diagnosi, un sintomo, un intervento chirurgico o una procedura, può rappresentare una operazione difficile: in alcuni settori nosologici, infatti, la classificazione, seppure ricca e articolata, non è esaustiva; inoltre, in alcuni casi la terminologia medica utilizzata nella pratica clinica è diversa da quella utilizzata nella classificazione adoperata. La comprensione dei termini medici e la conoscenza del sistema di codifica consentono, tuttavia, di codificare qualsiasi formulazione diagnostica o terapeutica. Nel caso in cui non si riesca a reperire la formulazione specifica di diagnosi o intervento/procedura nel manuale della classificazione, si tratta di trovare i percorsi appropriati per identificare i codici più adeguati. La codifica delle informazioni cliniche riportate nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) deve essere effettuata da personale sanitario adeguatamente formato e deve, comunque, rispettare fedelmente sia l'ordine sia il contenuto delle formulazioni riportate dal compilatore nella stessa scheda di dimissione, fatta salva la possibilità di effettuare una revisione concordata con il medico compilatore della SDO.

Utilizzo integrato dell'indice alfabetico e dell'elenco sistematico

E' necessario utilizzare sia l'indice alfabetico sia l'elenco sistematico al fine di individuare il codice corretto. L'utilizzo del solo indice alfabetico o del solo elenco sistematico può determinare errori nell'individuazione del codice ed insufficiente specificità nella selezione del codice.

Specificità della codifica

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

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

Codici relativi ad altre condizioni e a condizioni non specificate

I codici identificati con le sigle NIA (non indicato altrove) e SAI (senza altre indicazioni) devono essere utilizzati solo quando la formulazione diagnostica e l'eventuale revisione della documentazione clinica non forniscono informazioni sufficienti per consentire l'utilizzo di un codice più specifico. I codici individuati dalla sigla NIA devono essere utilizzati quando l'informazione disponibile individua una specifica condizione ma nella classificazione ICD non è disponibile un codice specifico per la condizione stessa. I codici identificati dalla sigla SAI devono essere utilizzati quando l'informazione riportata nella SDO non consente l'utilizzo di un codice più specifico. Quando la consultazione dell'indice alfabetico individua un codice identificato dalle sigle NIA e SAI, verificare nell'elenco sistematico la possibilità di utilizzare un codice più specifico.

REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI

Codici combinati

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

Codifica multipla

Quando una formulazione diagnostica non può essere rappresentata da un unico codice, è necessario ricorrere alla codifica multipla, ovvero alla utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi. Il ricorso alla codifica multipla è sollecitato dalle indicazioni "Utilizzare, eventualmente, un codice aggiuntivo", "codificare per primo", che possono essere riportate all'inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria. La nota "codificare per prima la malattia di base" indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, che quello relativo alla manifestazione conseguente. Quest'ultimo non può essere utilizzato come diagnosi principale. La nota "utilizzare un codice aggiuntivo per identificare manifestazioni quali . . ." indica la necessità di utilizzare un ulteriore codice per identificare manifestazioni analoghe agli esempi riportati. Questi codici non possono essere utilizzati come diagnosi principale.

Postumi

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

Condizione "imminente"

Le condizioni descritte al momento della dimissione come "minaccia di" o "imminente" devono essere codificate secondo le seguenti istruzioni:

- individuare nell'indice alfabetico se la condizione ha una sottovoce relativa al termine "imminente" o "minaccia di"; verificare anche il termine principale "minaccia di";
- se sono riportate le sotto-voci "minaccia di" o "imminente", utilizzare il codice corrispondente;
- se non sono riportate delle sotto-voci specifiche, codificare la condizione come esistente.

SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

La selezione della diagnosi principale deve essere effettuata sulla base delle circostanze che determinano e caratterizzano il ricovero ospedaliero. La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse. Salvo che le note dell'elenco sistematico o dell'indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo 16 della Classificazione. Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale. I codici contenuti in parentesi quadra nell'indice alfabetico non devono essere utilizzati come diagnosi principale.

Condizioni acute e croniche

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

Osservazione e valutazione di condizioni sospette

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

Trattamento non eseguito

Quando un ricovero è stato programmato esclusivamente per eseguire un trattamento specifico, generalmente di tipo chirurgico, e questo non viene effettuato per circostanze impreviste, ad esempio per decisione del paziente o per sopraggiunte controindicazioni, va riportato come diagnosi principale il codice V64. "Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti" e come diagnosi secondaria la condizione clinica che avrebbe determinato il trattamento. Nel caso, invece, in cui il trattamento non è stato eseguito per l'insorgenza di un'altra patologia che è stata trattata nel corso del ricovero, quest'ultima va riportata come diagnosi principale e fra le diagnosi secondarie deve essere riportato il codice V64.

Ustioni multiple

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

Traumi multipli

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

Neoplasie

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

Avvelenamenti e intossicazioni

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

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

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

Complicazioni della gravidanza

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

SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico. La corretta individuazione delle diagnosi secondarie compete al medico responsabile dell'assistenza del paziente nel corso del ricovero. Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più di cinque forme morbose, che rispondano ai criteri qui riportati di identificazione delle diagnosi secondarie, devono essere selezionate e codificate quelle che a giudizio del medico che ha formulato la diagnosi possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente. Tra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero.

Condizioni pregresse

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

Condizioni associate alla malattia principale

Le condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale non devono essere riportate e codificate come diagnosi secondarie. Nel caso, invece, in cui siano presenti condizioni che non

sono ordinariamente associate alla diagnosi principale, queste devono essere riportate e codificate solo se influenzano il trattamento erogato nel corso del ricovero.

Risultati anomali

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

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

Codici combinati

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

Codifica multipla

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

Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari

L'esecuzione di più interventi nel corso dello stesso atto operatorio può richiedere la codifica separata, qualora non sia previsto un codice combinato. Esistono codici che segnalano l'esecuzione di un intervento aggiuntivo che avvenga nel corso di un altro: ad esempio: ovariectomia monolaterale e appendicectomia: 65.39 + 47.19. L'espressione "codificare anche" viene utilizzata nel manuale anche per segnalare l'utilizzo di procedure o di strumentazioni complementari o di supporto ad un intervento.

Codifica di interventi bilaterali

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

Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento

In molti casi i codici di procedura individuano specifici approcci per un intervento chirurgico e consentono di distinguere gli interventi a cielo aperto da quelli effettuati per via endoscopica o per via laparoscopica. Nel caso non esista un codice che individui specificamente l'approccio endoscopico o quello laparoscopico, si ricorre alla codifica multipla riportando sia il codice dell'intervento (come principale) che quello dello specifico approccio utilizzato (come codice aggiuntivo).

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

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero. Se nel corso dello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

1. in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, equipe operatoria, ecc.);

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

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

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

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

87.53 colangiografia intraoperatoria

88.52 angiocardigrafia del cuore destro

88.53 angiocardigrafia del cuore sinistro

88.54 angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro

88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo

88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio

88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica

88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo

92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi

92.30 radiocirurgia stereotassica S.A.I.

92.31 radiocirurgia fotonica a sorgente singola

92.32 radiocirurgia fotonica multi-sorgente

92.33 radiocirurgia particolare

92.39 radiocirurgia stereotassica N.I.A.

94.61 riabilitazione da alcool

94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool

94.64 riabilitazione da farmaci

94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci

94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci

94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci

95.04 esame dell'occhio in anestesia

96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata

96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive

96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più

98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica

99.10 iniezione o infusione di agente trombolitico

Biopsie

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

Biopsie chiuse

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

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

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

CAPITOLO 1 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (001-139)

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

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

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

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

TUBERCOLOSI (cat. 010-018)

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

- cod. 01._.0 *non specificato*;
- cod. 01._.1 *esame batteriologico o istologico non eseguito*;
- cod. 01._.2 *esame batteriologico o istologico eseguito, ma con risultato non disponibile*;
- cod. 01._.3 *esame microscopico positivo (in espettorato)*;
- cod. 01._.4 *esame microscopico negativo (in espettorato), ma con esame colturale positivo*;
- cod. 01._.5 *esame batteriologico negativo (in espettorato), ma tubercolosi confermata istologicamente*;
- cod. 01._.6 *esame batteriologico o istologico negativo (in espettorato), ma tubercolosi confermata con altri metodi*.

SETTICEMIA (cat. 038)

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

SETTICEMIA (038._)

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

Altre setticemie sono classificate con:

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

SIRS, SEPSI, SEPSI SEVERA (995. 9_), SHOCK SETTICO

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

• **Sepsi:** SIRS dovuta a infezione . Codificare per prima la patologia di base.

Sepsi severa: sepsi associata a insufficienza acuta d'organo. Codificare prima la patologia di base, es. infezione (038.-, 112.5, etc) o trauma, seguita dalla sottocategoria 995.9 -. La codifica della sepsi severa richiede l'uso di codici aggiuntivi per descrivere l'insufficienza acuta d'organo. Se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il codice 995.92. Quando SIRS, Sepsi o Sepsi severa sono associate ad infezioni localizzate, esempio polmonite, questa deve essere codificata con codici aggiuntivi

SIRS dovuta a processo non infettivo (995.93) (es. trauma) : codificare per prima la malattia di base;

SIRS dovuta a processo non infettivo con disfunzione d'organo acuta (995.94): codificare per prima la patologia di base ed usare un codice aggiuntivo per specificare la disfunzione d'organo acuta.

• **Shock settico (785.52)**

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

Setticemia neonatale (771.81) - utilizzare un codice aggiuntivo per identificare il microrganismo (codici 041.00-041.9).

Infezione da HIV, virus dell'immunodeficienza umana (cod. 042)

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

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

Il cod. 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana* deve essere utilizzato in DP con codici aggiuntivi per indicare tutte le manifestazioni cliniche, a meno che il ricovero avvenga per una patologia del tutto non correlata ad HIV (esempio trauma).

Lo stato di sieropositività asintomatico va descritto con il codice V08._.

Nel caso di pazienti con infezione da HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio, in DP occorre utilizzare il codice 647.6_ ed in diagnosi secondaria il codice 042 per la paziente con HIV sintomatico, o il codice V08._ per la paziente sieropositiva asintomatica.

Esempi:

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

- DP: cod. 540._ Appendicite acuta;
- DS: cod. 042 Infezione da virus dell'immunodeficienza umana;
- DS: cod. 070.54 Epatite C cronica senza coma epatico.

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

- DP: cod. 042 Infezione da virus dell'immunodeficienza umana;
- DS: cod. 176.3 Sarcoma di Kaposi – Tratto gastro-intestinale;
- DS: cod. 540._ Appendicite acuta;
- DS: cod. 070.54 Epatite C cronica senza coma epatico.

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

Febbre del Nilo Occidentale (cod. 066.4_ *Febbre del Nilo Occidentale*) è codificata con codici specifici compresi fra 066.40 e 066.49.

Epatite virale (070.___)

La classificazione ICD-9-CM consente di distinguere le epatiti di origine virale (codici categoria 070.__) rispetto alle altre forme di epatite cronica (codici della categoria 571).

Nella categoria oggetto d'analisi (070.__) la quarta e/o la quinta cifra descrivono l'agente eziologico e/o lo stato clinico; per tale motivo i singoli codici sono completi ed esplicativi delle varie condizioni. La quarta cifra distingue fra epatite A ed epatite B.

Gli altri tipi di epatite devono essere codificati utilizzando i codici previsti nella categoria *altre epatiti specificate* (cod. 070.4 -070.5, a seconda della presenza o meno di coma epatico).

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

Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata (041. __ Batteriche e 079. __ da Virus e Chlamydiae) -

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

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

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

Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio

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

Esempi:

- a) In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con rosolia:
 - DP: cod. 647.5_ Rosolia;
 - DS: eventuali ulteriori complicazioni mediante codici aggiuntivi
- b) In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con epatite virale:
 - DP: cod. 647.6_ Altre malattie virali;
 - DS: eventuali ulteriori complicazioni mediante codici aggiuntivi
- c) In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con setticemia si segnalano i seguenti codici:
 - **Setticemia nel corso del travaglio:**
 - DP: cod. 659.3_ Infezione generalizzata durante il travaglio
 - **Setticemia successiva ad aborto e gravidanza ectopica o molare:**
 - DP: cod. 639.0 Infezione del tratto genitale e della pelvi, Setticemia SAI
 - **Setticemia postpartum, puerperale:**
 - DP: cod. 670.04 Infezioni puerperali maggiori, condizione o complicazione postpartum
 - **Setticemia in corso di gravidanza:**
 - DP: cod. 647.83 Altre malattie infettive e parassitarie, condizione o complicazione antepartum

Postumi delle malattie infettive e parassitarie

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

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

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

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

Esempio:

Artropatia in postumi di poliomielite acuta:

- DP: cod. 716.8_ Altra artropatia non specificata;
- DS: cod. 138 Postumi della poliomielite acuta.

Stato di portatore o portatore sospetto di malattie infettive

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

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

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

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

CAPITOLO 2 - TUMORI (140-239)

I codici da attribuire alle diagnosi di tumore sono riportati:

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

Questo capitolo suddivide i tumori in:

- TUMORI MALIGNI PRIMITIVI: 140.0 - 195.8
- TUMORI METASTATICI: 196.0 -198.89 e si utilizzano per codificare le patologia neoplastiche che si estendono oltre la sede di origine o per diretta estensione o attraverso metastasi a distanza
- TUMORI SENZA INDICAZIONE DELLA SEDE: 199.0 - 199.1
- TUMORI MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED EMOPOIETICO: 200.00 - 208.9. Vedere capitolo quattro
- TUMORI BENIGNI: 210 - 229.9
- CARCINOMI IN SITU: 230 - 234.9
- TUMORI A COMPORTAMENTO INCERTO: 235._ - 238.9
- TUMORI DI NATURA NON SPECIFICATA: 239._. Questa categoria deve essere utilizzata nei rari casi in cui non è possibile una diagnosi definitiva né clinica né morfologica. È necessario porre attenzione a non confondere tali situazioni con le neoplasie di comportamento incerto.

Regole generali per la selezione e codifica della diagnosi principale:

- Quando il ricovero è finalizzato a trattare una neoplasia maligna, quest'ultima deve essere selezionata come diagnosi principale salvo che il ricovero sia finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia (V58. 0) o la chemioterapia/immunoterapia (V58. 1_): in tali casi la neoplasia maligna deve essere codificata come diagnosi secondaria, la diagnosi principale deve essere codificata con i codici V58. 0 o V58.1_.
- Quando un paziente è ricoverato per eseguire prevalentemente la radioterapia o la chemioterapia e nel corso del ricovero si sviluppano delle complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione, deve essere indicata quale diagnosi principale la radioterapia (V58.0) o la chemioterapia/immunoterapia (V58. 1_).
- Quando il ricovero comporta la rimozione chirurgica di una neoplasia maligna, primitiva o secondaria, seguita da chemioterapia o radioterapia, deve essere selezionata quale diagnosi principale la neoplasia maligna.
- Quando il ricovero è finalizzato a determinare la stadiazione della neoplasia deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia, anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia.
- Qualunque estensione per contiguità o a distanza deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasa; quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia pregressa deve essere segnalata utilizzando il codice V10.
- Quando un paziente è ricoverato a causa di una neoplasia primitiva metastatizzata e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale anche se la forma primitiva fosse ancora presente; se, invece, il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma secondaria, la diagnosi principale deve esser codificata con V58. 0 o V58. 1_.

TUMORI MALIGNI PRIMITIVI

Nella sezione dei tumori maligni primitivi (da 140 a 195) la quarta cifra indica la parte anatomica dell'organo interessato dal tumore (esempio: cod. 162 Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni, cod. 162.2 Tumori maligni del bronco principale).

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

I sarcomi sono compresi nel capitolo dei tumori maligni delle ossa, del tessuto connettivo, della cute e mammella (da 170.0 a 176.9); i codici dei sarcomi di altri organi specifici vanno ricercati nei capitoli riguardanti i tumori maligni di vari organi e apparati.

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

Per alcune situazioni cliniche relativamente frequenti di displasia epiteliale di grado grave o severo, istologicamente accertata, si ricorre all'uso dei codici 230-234 *Carcinomi in situ*. Esempio a tale riguardo è costituito dalla displasia grave/severa su polipi dell'apparato digerente o genitourinario.

Tumori di comportamento incerto

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

Tumori di natura non specificata

I codici relativi alla categoria Tumori di natura non specificata (239._) sono da utilizzare solamente per tutte quelle situazioni per cui non sia possibile una diagnosi definitiva né clinica né morfologica.

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

Quando la neoplasia primitiva non è più presente si utilizza il codice V10._ :

- Il codice V10 ._ può essere utilizzato come diagnosi principale nel caso follow-up di una neoplasia non più presente, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo, quali TAC, endoscopie, scintigrafie, ecc.

Esempio:

Anamnesi di neoplasia ricovero per rivalutazione con assenza di lesioni neoplastiche.

Diagnosi principale: Anamnesi di tumore (codice V10._).

Diagnosi secondaria: Eventuali copatologie solo se richiedono trattamento specifico.

Procedura: Eventuali procedure endoscopiche, radiologiche o altre.

- Il codice V10 ._ può essere utilizzato come diagnosi secondaria nel caso di ricoveri effettuati a causa di una complicanza o problema specifico legato alla pregressa neoplasia.

Esempio: Neoplasia asportata in un precedente ricovero. Durante il ricovero vengono effettuate procedure correlate alla neoplasia.

Diagnosi principale: Complicanza o problema specifico che ha portato al ricovero.

Diagnosi secondaria: cod. V10 relativo alla neoplasia asportata.

Procedura: Procedura effettuate.

Sede di insorgenza incerta

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

Incertezza sul tumore maligno primitivo o secondario

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

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

Coesistenza di due o più tumori primitivi

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

Tumore interessante più sedi confinanti

Nel caso di tumori maligni estesi interessanti più organi, il cui punto di origine non può essere identificato, si utilizzano i codici della categoria 195 (esempio neoplasia interessante gli organi intratoracici cod. 195.1, Tumori maligni del torace)

Tumori funzionalmente attivi

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

Cachessia neoplastica

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

Diagnosi casuale di tumore

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

Recidiva locale successiva a trattamento medico o chirurgico limitato a una parte dell'organo sede della neoplasia principale

- DP: il cod. della neoplasia primitiva

Metastasi senza recidiva locale della neoplasia

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

Trattamento chirurgico per l'allargamento di un precedente intervento

Nel caso particolare in cui il trattamento chirurgico consista nell'allargamento di un precedente intervento in cui sia stata asportata una neoplasia ad elevato grado di microinvasività:

- DP: la neoplasia stessa;
- DS: V58.42 trattamento ulteriore successivo a chirurgia per neoplasia

Radioterapia, Chemioterapia e Immunoterapia

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

- DP: cod. V58.0 Radioterapia; oppure V58.11 Chemioterapia antineoplastica; V58.12 Immunoterapia antineoplastica;
- DS: codice di tumore oppure cod. di metastasi oppure cod. V10 _ se la neoplasia primitiva è stata totalmente eradicata e il trattamento è in adiuvante.

PROCEDURE (I/P)

Utilizzare i codici

- I/P: Cod. 92.2_ Radioterapia;

- I/P: Cod.99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore per la chemioterapia oppure il cod. 99.28 Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici per l'immunoterapia.

Chemioterapia antineoplastica

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

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

Trattamento del dolore

Il ricovero finalizzato al trattamento per il controllo del dolore in paziente neoplastico, deve riportare come diagnosi principale il dolore, cod. 338.3 Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico).

Inserzione/rimozione di "port a cath"

diagnosi principale: V58. 81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare

- procedura impianto:

-86.07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile

- procedura rimozione:

- 86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute o tessuto sottocutaneo

Il codice 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove si usa nel caso di dispositivo non totalmente impiantabile o catetere centrale tunnellizzato (tipo Groshong, Hickman, PIC, Broviac e Quinton). Qualora le procedure di confezionamento di accessi vascolari siano incidentali nel corso di un ricovero per chemioterapia, deve essere assegnato come diagnosi principale il codice V58.11 Chemioterapia.

Esempi:

Carcinoma dell'esofago ricoverato per confezionamento accesso vascolare

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

Carcinoma dell'esofago ricoverato per accesso vascolare e chemioterapia

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

Rimozione per infezione e dislocazione di dispositivo di accesso vascolare

a) Infezione del dispositivo di accesso vascolare va codificata come segue:

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

b) Dislocazione del dispositivo di accesso vascolare va codificata come segue:

- DP: con il cod. 996.1 Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti e innesti vascolari.

Ricovero per brachiterapia o terapie radiometaboliche per neoplasie maligne

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

- diagnosi principale: V58. 0
- diagnosi secondaria: neoplasia maligna
- procedura, a seconda del trattamento effettuato:
 - 92.27 Impianto di elementi radioattivi
 - 92.28 Iniezione di radioisotopi
 - 92.29 Altre procedure radioterapeutiche

Ricovero per embolizzazione/chemioembolizzazione di tumore

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

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

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

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

Esempio:

- DP: il tumore o la metastasi trattata;
- I/P: i seguenti codici:
 - -cod. 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore;
 - -cod. 38.91 Cateterismo arterioso;

Stop-flow metodica

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

In tali casi indicare:

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

RICOVERO PER ABLAZIONE PERCUTANEA DI TUMORI

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

- 32. 24 Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
- 50. 24 Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatici
- 55. 33 Ablazione percutanea di tessuto o lesione renali.

Termoablazione a radiofrequenza di tumore

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

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

-aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore.*

- per neoplasia renale:
 - cod. 55.32 se ablazione aperta;
 - cod. 55.33 se per cutanea;
 - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore.*
- per neoplasia prostatica:
 - cod. 60.61 Asportazione di lesione prostatica;
 - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore.*
- per neoplasia pancreatico:
 - cod. 52.22 Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico;
 - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore.*
- per neoplasia ossea:
 - cod. 77.6_ Asportazione locale di lesione o tessuto osseo (indicare con la 4^a cifra la sede);
 - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore.*
- per neoplasia polmonare:
 - cod. 32.23 se ablazione a cielo aperto;
 - cod. 32.24 *Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare;*
 - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore.*

Ricoveri finalizzati all'esecuzione di specifiche procedure

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

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

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

DIABETE MELLITO

I 40 codici della categoria 250 classificano il diabete mellito.

Con la versione 2007 dell'ICD-9-CM, i quaranta codici della cat. 250_ *Diabete mellito* sono stati sottoposti a revisione della descrizione; in particolare, è stata semplificata la dizione dei codici con l'eliminazione dei termini

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

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

Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate:

- 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

- per diabete con complicazioni non specificate deve essere utilizzato il codice 250.9-

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

0 tipo II o non specificato, non definito se scompensato

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

2 tipo II o non specificato, scompensato

3 tipo I (diabete giovanile), scompensato

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

La presenza di glicosuria, i valori di glicemia e di emoglobina glicata, l'effettuazione di terapia insulinica per via sottocutanea o endovenosa ecc. e, non per ultimo, l'impegno clinico-assistenziale profuso per la gestione del problema diabetologico, sono tutti fattori che devono essere valutati al fine di giustificare l'impiego dei codici di diabete in fase di scompenso.

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

Esempio:

Amputazione in arto con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica: indicare in diagnosi principale il diabete con complicanze circolatorie periferiche (250.7-) e in diagnosi secondaria l'angiopatia periferica (443.81).

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

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

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

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 dei codice 250.0_ in diagnosi principale.

Riassumendo alcune semplici regole di codifica:

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

DS: indicare il codice aggiuntivo che identifica la complicazione

DS: indicare eventualmente il codice aggiuntivo per l'utilizzo associato di insulina a lungo termine

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

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

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

- DP: cod. 250.7_ Diabete con complicanze circolatorie periferiche
 - DS: cod 250.6_ Diabete con complicazioni neurologiche
 - DS: cod. 443.81 Angiopatia periferica in malattie classificate altrove;
 - DS: cod. 357.2 Polineuropatia;
 - DS: cod. V58.67 Uso a lungo termine (in corso) di insulina.

Malfunzionamento di pompa di insulina

In caso di sottodosaggio o sovradosaggio di insulina per malfunzionamento della pompa, riportare in diagnosi principale il codice 996.57 "Complicazioni meccaniche dovute alla pompa di insulina", seguito dai codici che descrivono il quadro clinico.

DIABETE SECONDARIO

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

Diabete provocato da somministrazione di steroidi

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

In caso di coma utilizzare il cod 251.0 *Coma ipoglicemico da iperinsulinismo iatrogeno*.

Coma diabetico dovuto ad incidente terapeutico da insulina

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

Diabete gestazionale, si usa il cod. 648.8_ *Alterata tolleranza al glucosio*:

Gravidanza in diabetica, va utilizzato il codice 648.0_ *Diabete mellito*

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

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

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

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

DISORDINI SPECIFICI DEL METABOLISMO

La deficienza di carnitina si codifica:

- primaria (277.81)
- errori congeniti del metabolismo (277.82),
- iatrogena (ad esempio, da emodialisi o da terapia protratta con acido valproico); (277.83),
- secondaria(277.84).

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

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

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

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

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

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

IPERALDOSTERONISMO

È possibile descrivere i differenti quadri clinici di iperaldosteronismo utilizzando i seguenti 5 codici:

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

IPERPARATIROIDISMO

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

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

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

FIBROSI CISTICA

Il codice che identifica la fibrosi cistica è il cod. 277.0_ *Fibrosi cistica* dove la quinta cifra indica la presenza o meno di ileo da meconio o la sede di presentazione.

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

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

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

Fibrosi cistica con altre manifestazioni si utilizzerà il cod. 277.09

In caso di ricovero per eseguire esami volti a confermare la diagnosi, si utilizzerà il cod. 277.00 *Fibrosi cistica senza ileo da meconio* in DP, se la diagnosi è confermata.

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

TRATTAMENTO INVASIVO DELL'OBESITÀ

I codici da utilizzare in DP sono quelli della categoria 278.0_ ; in diagnosi secondaria deve essere usato un codice aggiuntivo per indicare l'indice di massa corporea (V85.__).

Procedura di bendaggio gastrico regolabile:

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

Inserzione di palloncino gastrico

- I/P: cod. 44.93 Inserzione di bolla gastrica (palloncino).

Rimozione del palloncino gastrico in paziente obeso, si codifica:

- DP: cod. V53.99 Rimozione di altro e non specificato dispositivo;
- DS: cod. 278.01 Obesità grave;

- I/P: cod. 44.94 Rimozione di bolla gastrica (palloncino).

Intervento per obesità grave a cielo aperto di resezione dello stomaco secondo Sleeve (gastroresezione)

- DP: cod. 278.01 obesità grave
 - DS: indice massa corporea V85.__
 - I/P: cod. 43.89 Altra gastrectomia parziale

Intervento per obesità grave per via laparoscopica di gastroplastica verticale

- DP: cod. 278.01 obesità grave
 - DS: indice massa corporea V85.__
 - I/P: cod. 44.68 Gastroplastica laparoscopica

Altri interventi chirurgici per obesità

- cod 44.31 Bypass gastrico alto
- cod 44.32 Gastrodigiunostomia percutanea
- cod 44.38 Gastroenterostomia laparoscopica
- cod 44.39 Altra gastroenterostomia senza gastrectomia
- cod 44.5 Revisione di anastomosi gastrica
- cod. 44.69 Altra riparazione dello stomaco
- cod. 45.90 Anastomosi intestinale SAI
- cod. 45.91 Anastomosi intestinale tenue-tenue
- cod. 45.92 Anastomosi dell'intestino tenue al moncone rettale.

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

Il capitolo presenta i seguenti codici:

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

Anemie emolitiche ereditarie: cod. 282._;

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

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

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

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

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

Anemia complicante gravidanza, parto e puerperio cod. 648.2

Anemia emolitica del neonato cod. 773._

Difetti della coagulazione

- cod. 286.5 *Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti intrinseci*
- cod. V58.61 *Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti*.
- cod. V58.66 *Uso a lungo termine (in corso) di aspirina*.
- Il cod. 964.2 è riservato per *l'Avvelenamento da anticoagulanti* (assunzione errata o dose eccessiva);
- se il deficit di coagulazione determina emorragia antepartum utilizzare il cod. 641.3_ *Perdita ematica (emorragia) antepartum con difetti di coagulazione*;

- per i difetti della coagulazione post partum utilizzare il cod. 666.3_.
- cod. 649.3_ Deficit di coagulazione complicante la gravidanza il parto o il puerperio (senza emorragia in corso); usare un codice aggiuntivo per individuare lo specifico deficit di coagulazione (286.0 - 286.9).

Per la **Porpora ed altre manifestazioni emorragiche** utilizzare i cod. 287._ _ ; il codice 287.0 *Porpora allergica* include la vasculite allergica, la porpora idiopatica e la porpora vascolare di Schoenlein-Henoch.

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

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

Neutropenia: sottocategoria cod. **288.0_**:

- cod. 288.01 *Neutropenia congenita*;
- cod. 288.02 *Neutropenia ciclica*;
- cod. 288.03 *Neutropenia indotta da farmaci (es. da chemioterapia)*;
- cod. 288.04 *Neutropenia dovuta ad infezione*;
- cod. 288.09 *Altre neutropenie*.

Utilizzare il codice aggiuntivo 780.6 (febbre) in caso di associazione con quest'ultima.

Categoria 289._ _ *Altre malattie del sangue e degli organi emopoietici* :

- cod. 289.0 *policitemia secondaria*
- cod. 289.4 *Splenomegalia*
- cod. 289.52 *Sequestro splenico* Codificare per prima la malattia a cellule falciformi in crisi (282.42, 282.62, 282.64, 282.69)
- cod. 289.53 *Splenomegalia neutropenica*;
- cod. 289.81 *Stato ipercoagulativo primario*;
- cod. 289.82 *Stato ipercoagulativo secondario*;
- cod. 289.83 *Mielofibrosi*;
- cod. 289.89 *Altre malattie del sangue e degli organi Ematopoietici (iperammaglobulinemia, deficit di pseudocolinesterasi)*.

Linfadenite

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

Linfadenomegalia (linfadenopatia, ghiandole gonfie):

DP: cod. 785.6 *Linfadenomegalia*;

Categoria 238.7 Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici:

- cod.238.71 *Trombocitemia essenziale*
- cod. 238.72 *Sindrome mielodisplasica con lesioni a basso grado*
- cod. 238.73 *Sindrome mielodisplasica con lesioni ad alto grado*
- cod. 238.74 *Sindrome mielodisplasica con delezione 5q*
- cod. 238.75 *Sindrome mielodisplasica non specificata*
- cod. 238.76 *Mielofibrosi con metaplasia mieloide*.

TUMORI MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED EMOPOIETICO

Questo blocco comprende i codici da 200 a 208.

Nella classificazione per le categorie da 200 a 202 la quinta cifra identifica il sito sede della malattia:

- _0 sito non specificato, organi solidi o siti extranodali
- _1 linfonodi della testa o del collo
- _2 linfonodi intratoracici, mediastinici
- _3 linfonodi intraddominali
- _4 linfonodi ascellari e dell'arto superiore
- _5 linfonodi inguinali e dell'arto inferiore
- _6 linfonodi pelvici
- _7 milza
- _8 linfonodi di siti multipli

Nella classificazione per le categorie da 203 a 208 la quinta cifra indica la malattia:

- _0 senza remissione
- _1 in remissione.

Categoria 200 : Linfosarcoma e reticolosarcoma

Categoria 201: Malattia di Hodgkin

Categoria 202: Altre neoplasie maligne del tessuto linfatico ed istiocitario

- cod. 202.0_ Linfoma nodulare
- cod. 202.1_ Micosi fungoide
- cod. 202.8_ Altri linfomi

Categoria 203: Mieloma multiplo e neoplasie immuno proliferative

Categoria 204: Leucemia linfoide

Categoria 205: Leucemia mieloide

Categoria 206: Leucemia monocitica

Le metastasi linfonodali da tumore solido sono indicate con i cod. 196.0 -196.9; le metastasi spleniche con il cod.197.8.

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P)

Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali

- Il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali è descritto dallo stesso gruppo di codici, da 41. 00 a 41.09.
- Il codice 41.00 Trapianto di midollo osseo NAS non dovrebbe essere utilizzato in quanto poco specifico.
- Si richiamano le regole già evidenziate dal manuale ICD-9-CM per i trapianti allogenici, soprattutto la necessità di differenziare le forme con purging (codici 41.02 e 41.08), da quelle senza purging (codici 41.03 e 41.05).
- L'aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto è codificata con il codice 41.91 (sia per autotrapianto che per allotrapianto).
- Il prelievo di cellule staminali è codificato con il codice 99.79 sia per autotrapianto che per allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi).

Trasfusione sostitutiva:

Con il cod. 99.01 *Exanguino trasfusione*, detta anche, si intende una serie continua di trasfusioni volta ad ottenere il ricambio pressoché completo del sangue del ricevente con quello del donatore; nella maggior parte di casi si applica nella eritroblastosi fetale o del neonato (cod. 773.2) (anemia emolitica isomune

che colpisce i neonati per incompatibilità Rh-0 in alcuni casi di iperbilirubinemia ereditaria ad esordio neonatale).

CAPITOLO 5 DISTURBI MENTALI (290-319)

STATI PSICOTICI ORGANICI (290-294)

La demenza da infarti multipli (multinfartuale) si codifica, secondo le indicazioni del manuale, ponendo come diagnosi principale la demenza stessa (290.4) e utilizzando come codice aggiuntivo quello delle "Altre e mal definite vasculopatie cerebrali" (437._).

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

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

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

Disturbi psicotici associati all'alcool, possono essere segnalati in DP impiegando la specifica categoria di codici 291._ *Disturbi mentali indotti dall'alcool*, sempre che tali condizioni rispondano ai criteri di selezione della DP.

Per la sindrome da astinenza da farmaci e quella da droghe indicare contemporaneamente in:

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

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

ai codici della categoria 327 e 780.5

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

Stato confusionale acuto non riconducibile ad alcuna patologia, si descrive con il cod. 293.0 *Delirium da condizioni patologiche classificate altrove*, codificare in DP la patologia di base come richiesto dalla nota.

Il cod. 294.1 Demenza in condizioni patologiche classificate altrove si indica in DS e richiede in DP la codifica della malattia di base, come:

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

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

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

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

ALTRE PSICOSI (295-299)

Nella codifica delle psicosi classificabili con i codici da 295 a 298 bisogna utilizzare un codice aggiuntivo per identificare ogni malattia fisica, trauma o stato morboso cerebrale associato.

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

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

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

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

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

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

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

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

Per segnalare **l'attacco/stato di panico**, invece, occorre utilizzare il cod. 300.01 *Disturbo di panico senza agorafobia*; in caso il *Disturbo di panico con agorafobia* va impiegato invece il cod. 300.21. Si tenga presente, inoltre, che **l'ansia dovuta a reazione acuta da stress** e la **nevrastenia** si indicano, rispettivamente, con il codice 308.0 *Disturbi predominanti dell'emotività*", e con il cod. 300.5 *Nevrastenia*.

Trasformazione di sesso indicare come:

- DP: cod. 302.5_ Transsessualismo.

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

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

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

Complicazioni somatiche dell'alcolismo quali:

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

Inoltre la quinta cifra specifica il grado di dipendenza:

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

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

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

Il codice 305._ va utilizzato qualora non si riscontri dipendenza e comprende i casi in cui una persona, per la quale non è possibile alcuna altra diagnosi, è pervenuta all'attenzione medica in conseguenza degli **effetti mal adattativi di una droga** di cui non è dipendente e che ha assunto di propria iniziativa, con detrimento della propria salute e del proprio rendimento sociale.

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

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

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

In caso di ricovero per **disintossicazione/riabilitazione** da alcool e/o sostanze va posto in DP, a seconda dei casi, un codice delle categorie 303._ _ *Sindrome di dipendenza da alcool*, o 304._ _ *Dipendenza da sostanze*. La **cefalea** inquadabile nella sottocategoria *Cefalea tensiva*, sia essa episodica o cronica, va codificata con 307.81.

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

RITARDO MENTALE (317-319)

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

ASPETTI PARTICOLARI

Anomalie cromosomiche

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

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

Tentativo di suicidio

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

- DP - va posta la condizione morbosa che si è rilevata responsabile del ricovero (ad esempio avvelenamento, trauma, ecc.) sempre che tale condizione risponda ai criteri di selezione della DP;
- DS - va posta la diagnosi psichiatrica e il cod. 300.9 Disturbo mentale non psicotico, non specificato. In taluni casi specifici la Diagnosi psichiatrica può coincidere con la DP: ad es. nel caso di un paziente che non ha riportato danni fisici evidenti e che viene ricoverato per osservazione dello stato psichico ed accertamenti viene aggiunto il cod. V62.84 Ideazione suicida.

Esempio:

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

N.B. Nella SDO, , oltre alle informazioni relative alle diagnosi, deve essere compilata anche il campo traumatismi e intossicazioni, specificando con il codice "5" l'autolesione od il tentato suicidio (indipendentemente dal luogo dove questo sia avvenuto)

Interventi sui disabili psichici

In caso di ricovero per utenti con patologia psichiatria a cui viene effettuata una procedura chirurgica, per la selezione della diagnosi principale:

- nei ricoveri ordinari occorre valutare la patologia che ha comportato il maggior assorbimento di risorse tenendo in debita considerazione la durata della degenza;
- nei ricoveri in DH deve essere riportata la patologia che ha determinato l'esecuzione dell'intervento (o procedura) e tra le diagnosi secondarie si può riportare la patologia psichiatrica solo nel caso in cui abbia determinato assorbimento di risorse.

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

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

- Capitolo 1 – Malattie infettive e parassitarie
- Capitolo 2 – Tumori
- Capitolo 5 – Disturbi psichici
- Capitolo 6 – Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
- Capitolo 7 – Malattie del sistema circolatorio
- Capitolo 13 – Malattie osteomuscolari e connettivo
- Capitolo 16 – Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti

Talvolta la stessa voce può comparire in capitoli diversi come ad esempio l'emiplegia:

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

MALATTIE INFIAMMATORIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (320-326)

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

Per i codici relativi alla Encefalite ed alla Mielite (cod. 323.0_, 323.1, 323.2, 323.4_, 323.6_ e 323.7_) occorre codificare per prima la patologia di base;

- cod. 323.4_ Altre encefaliti, mieliti ed encefalomieliti da infezioni classificate altrove;
- In presenza del cod. 323.5_ Encefalite, mielite ed encefalomielite successive a procedure di immunizzazione, indicare facoltativamente un codice "E" aggiuntivo per identificare il vaccino.
- cod. 323.6_ Encefalite, mielite ed encefalomielite, postinfettiva;
- cod. 323.7_ Encefalite, mielite ed encefalomielite tossiche;
- cod. 323.8_ Altre cause di encefalite, mielite ed encefalomielite;

DISTURBI ORGANICI DEL SONNO (327)

Nel caso di utilizzo dei seguenti codici, va codificata per prima la patologia di base:

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

N.B. I disturbi del sonno sono individuabili come Sintomi cod. 780.5_ secondo le specifiche previste nel Capitolo 16 – Sintomi e segni mal definiti.

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

Malattia di Alzheimer:

- DP: cod. 331.0 Malattia di Alzheimer.

Demenze degenerative non dovute a malattie di Alzheimer:

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

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

Degenerazione cerebrale:

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

- DP: malattia di base:
 - cod. 303.0-303.9 Alcolismo;
 - cod. 265.0 Beriberi;
 - cod. 266._ Deficit di componenti del complesso B;
 - cod. 741.0-742.3 Idrocefalo congenito;
 - cod. 430-438 Malattia cerebrovascolare;
 - cod. 140.0-239.9 Malattia neoplastica;
 - cod. 244.0-244.9 Mixedema;
- DS: cod. 331.7 Degenerazione cerebrale in malattie classificate altrove.

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

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

Ricovero per motivi familiari o sociali di pazienti con demenza; si utilizzano:

- DP: i cod. da V60._ a V63._;
 - DS: il cod. 331.0 Malattia di Alzheimer oppure il cod. 331.2 Degenerazione senile dell'encefalo.

N.B. per le altre particolarità relative alle demenze si faccia riferimento al Capitolo 5 – Disturbi mentali

Sindrome del seno carotideo:

- DP: cod. 337.0 Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo.

Atassia cerebellare causata da infezioni ad esordio acuto-subacuto, alcolismo, neoplasie, patologie vascolari, malattie carenziali, etc, si descrive indicando:

- DP: la malattia di base (ad es. Alcolismo cod. 303.0-303.9; Mixedema cod. 244.0-244.9);
 - DS: il cod. 334.4 Atassia cerebellare in malattie classificate altrove.

In caso di atassia cerebellare dovuta a reazione tossica da farmaci, solventi, metalli ed agenti fisici, bisognerà segnalare:

- DP: cod. 334.3 Altre atassie cerebellari.
Utilizzare facoltativamente un cod. "E" per identificare il farmaco, se farmaco indotta.

DOLORE (338)

I codici della categoria 338, per la codifica del dolore, possono essere utilizzati come diagnosi principale quando il trattamento del dolore sia motivo principale/esclusivo del ricovero, o nel caso in cui non sia stata individuata la diagnosi relativa alla patologia di base.

- **Dolore post-operatorio di grado medio alto (elastomeri, PCA, PCEA)**

Procedure:

03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*

99.29 *Iniezione o Infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.*

- **Dolore cronico**

Procedure:

Dispositivo antalgico esterno alla cute:

03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*

Pompa totalmente impiantabile con formazione di tasca sottocutanea:

03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*

86.06 *Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile*

- **Paziente portatore di pompa di infusione totalmente impiantabile** che continua il trattamento antalgico

Diagnosi principale:

V58.89 Altro trattamento ulteriore specificato

ALTRI DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (340-349)

Epilessie (345)

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

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

0 -senza menzione di epilessia non trattabile

1 -con epilessia non trattabile

Epilessia refrattaria alla terapia farmacologica, trattata con neurostimolatore vagale:

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

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

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

DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (350-359)

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

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

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

Idrocefalo acquisito:

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

Somministrazione intratecale di farmaci citotossici:

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

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

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

- DP: riportare la sintomatologia per la quale viene effettuato il trattamento (disfagia, spasmo,

paralisi del facciale);

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

Angioplastica percutanea ed inserzione di stent sui vasi cerebrali e precerebrali

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

IMPIANTO/SOSTITUZIONE/RIMOZIONE DI NEUROSTIMOLATORE

Nei ricoveri per impianto, sostituzione o rimozione di neurostimolatore occorre riportare in diagnosi principale il cod. V53.02 (collocazione e sistemazione di neuropacemaker).

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

- DP:
 - cod. 356.8 *Altre specificate neuropatie periferiche idiopatiche*
 - cod. 788.32 Incontinenza urinaria da sforzo nel maschio;
 - cod. 625.6 Incontinenza urinaria da sforzo nella donna,**oppure:**
 - cod.597.81 Sindrome uretrale SAI,
 - cod.788.0 Dolore del sistema urinario,
 - cod.788.20 Ritenzione urinaria,
 - cod.788.9 Dolore vescicale,

altre patologie concomitanti o complicanze della malattia principale.

- I/P cod. 04.19 Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli.

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

- DP: V53.02 Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale);
 - I/P:i cod. da 86.94 a 86.98: Inserzione del generatore di impulsi associato con il cod. 03.93 Impianto definitivo o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.

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

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

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

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

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

- DP: cod. 996.63 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema

nervoso;

- DS: cod. V53.02 Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale);
- I/P: cod. 03.94 Rimozione di elettrodo/i e/o cod. 86.05 Generatore di neurostimolatore spinale.

Collocazione di impianto definitivo o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore intracranico:

- DP: cod.V53.02 Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale);
- I/P: cod. 02.93 Collocazione di impianto definitivo o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore intracranico; codificare anche l'eventuale Inserzione del generatore di impulsi del neurostimolatore: cod. da 86.94 a 86.98.

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

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

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

- DP: cod.V53.02 Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale);
- I/P: cod. 04.92 Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neuro stimolatore dei nervi periferici; codificare anche l'eventuale Inserzione del generatore di impulsi del neurostimolatore: cod. da 86.94 a cod. 86.98.

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

- DP: cod. V53.02 Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale);
- I/P: cod. 04.93 Rimozione di elettrodo/i di neurostimolatore dei nervi periferici ; codificare anche l'eventuale Rimozione del generatore di impulsi del neurostimolatore: cod. 86.05.

Radiofrequenza pulsata periferica (RFP):

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

Radiofrequenza pulsata centrale (RFC):

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

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

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

- DP: va codificato per primo il cod. 250.5_ Diabete con complicazioni oculari.

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

Esempi:

Cataratta diabetica:

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

Cataratta senile in paziente diabetico:

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

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

Cataratta

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

- cod. 13.3 *Estrazione extracapsulare del cristallino intraoculare con tecnica di aspirazione semplice;*
- cod. 13.71 *Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea.*

Rimozione e contemporanea sostituzione di lenti oculari protesiche impiantate

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

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

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

- DP: cod. 996.79 *Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni.*

in entrambi i casi va riportato in:

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

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

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

Per la codifica degli interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo *di palpebra e sopracciglia utilizzare i codici 08.01-08.99.*

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

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

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

Interventi oculistici di innesto di limbus e di innesto di membrana amniotica

I codici di procedura raccomandati per descrivere il trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore sono: 11.61 per l'autotrapianto e 11.62 per il trapianto da altro donatore .

In presenza di un innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale il codice di procedura raccomandato è 11.62.

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

Malattia di Meniere / vertigini di Meniere:

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

Vertigini periferiche:

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

Vertigini di origine centrale:

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

Vertigine post-traumatica acuta funzionale:

- DP: cod. 310.2 Sindrome post-commotiva,
 - DS: cod. 386._ Vertigini.

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

- DP: cod. 951.5 Traumatismo del nervo acustico;
 - DS: cod. 386.19 Altre vertigini periferiche.

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

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

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

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

Vertigine tossica labirintica si codifica :

- DP: cod. 386.34 Labirintite tossica.

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

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

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

- I/P: cod. 95.4_Procedure diagnostiche non operatorie correlate all'udito.

Asportazione di neurinoma del nervo acustico:

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

Per la codifica degli interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo dell' orecchio esterno vanno utilizzati i codici 18.01-18.9.

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

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
 - cod. 31.0 Iniezione di materiale inerte nella laringe o nelle corde vocali
 - cod. 30.09 Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe se viene effettuato lo stripping.

Altri I/P:

- cod. 31.1 *Tracheostomia temporanea*
- cod. 76.91 *Innesto osseo su ossa facciali*
- cod. 86.74 *Trasferimento di innesco peduncolato a lembo in altre sedi*
- cod. 39.29 *Altri anastomosi o bypass vascolari (periferici)*
- cod. 77.79 *Prelievo di altre ossa per innesto*
- cod. 86.91 *Asportazione di cute per innesto*

Settoplastica:

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

CAPITOLO 7 MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (390 – 459)

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

- di quelle riferite a condizioni ostetriche, descritte nel capitolo 11
- di quelle riferite a patologie congenite, descritte nel capitolo 14.

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

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

EDEMA POLMONARE ACUTO

Porre attenzione a questa patologia che:

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

In presenza di edema polmonare acuto da valvulopatia, codificare:

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

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, i tre codici relativi alla forma: maligna (0), benigna (1) e non specificata (9).

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

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.

CARDIOPATIA IPERTENSIVA (402._ _)

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

Ad esempio :

-malattia cardiaca congestizia dovuta a ipertensione: 402.91

-malattia cardiaca ipertensiva con insufficienza cardiaca congestizia: 402 .91

(Nelle diagnosi secondarie codificare il tipo di insufficienza cardiaca (cod. 428.0-428.43).

-malattia cardiaca congestizia con ipertensione: 428._ + 401.9

NEFROPATIA IPERTENSIVA CRONICA (cod. 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.-) per identificare lo stadio della malattia.

CARDIONEFROPATIA IPERTENSIVA (cod. 404. __)

Comprende le condizioni in cui sono presenti:

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

Il quinto carattere della categoria identifica:

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

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

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

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

Nelle diagnosi secondarie codificare:

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

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE (410-414)

Il capitolo delle Malattie ischemiche del cuore comprende le categorie:

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

Utilizzare un codice aggiuntivo per indicare la presenza dell'ipertensione (401.0 - 405.9)

INFARTO MIOCARDICO ACUTO

Il cod. 410.__ che va usato nel caso di INFARTO MIOCARDIO ACUTO è completato da una quarta e da una quinta cifra.

La quarta cifra identifica la sede anatomica dell'infarto e precisamente:

IMA con sopraslivellamento ST (STEMI):

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

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

IMA con sottoslivellamento del tratto ST (NSTEMI)

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

Se un NSTEMI evolve in STEMI, codificare come STEMI; nel caso in cui uno STEMI evolva in NSTEMI, a seguito di terapia trombolitica, codificare come STEMI.

La quinta cifra distingue l'episodio di assistenza:

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

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

Quinta cifra = 2: episodio successivo di assistenza per lo stesso infarto. Tale valore va utilizzato per i ricoveri successivi all'episodio iniziale di assistenza se effettuati entro le otto settimane dall'evento acuto. Va quindi usato per i pazienti che vengono nuovamente ricoverati per valutazioni, osservazioni o trattamenti relativi a un infarto miocardico acuto per il quale hanno già avuto un ricovero entro le 8 settimane precedenti, e che si sia concluso o con la dimissione o con il trasferimento a una 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.

Infarto miocardico pregresso asintomatico (412)

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

Altre forme di cardiopatia ischemica cronica (cod. 414)

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

È giustificato il loro utilizzo in diagnosi principale negli episodi di ricovero effettuati per svolgere:

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

Esempi:

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

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

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

Cardiopatia ischemica cronica non specificata (cod. 414.9)

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

- un cod. della categoria 411_ Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica, oppure
- un cod. della categoria 413_ Angina pectoris, a seconda del quadro clinico, riportando in diagnosi secondaria l'ischemia cardiaca cronica.

Arresto cardiaco – arresto cardiorespiratorio (cod. 427.5)

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

MALATTIE CEREBROVASCOLARI (430-437)

Le malattie cerebrovascolari acute sono codificate con le categorie comprese tra 430 e 437; i postumi delle stesse malattie sono codificate con la categoria 438._.

Ciascun aspetto patologico di una diagnosi relativa ad una malattia cerebrovascolare deve essere codificato singolarmente (codifica multipla) a meno che l'indice alfabetico o l'elenco sistematico non indichino diversamente, es.: aterosclerosi cerebrovascolare con emorragia subaracnoidea dovuta a rottura di un aneurisma saccolare: cod. 430 *Emorragia subaracnoidea* + cod. 437.0 *Aterosclerosi cerebrale*.

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

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

La presenza di infarto deve essere documentata in cartella e non riportata in via presuntiva. Il codice 436 "Vasculopatie cerebrali acute maldefinite" dovrebbe essere utilizzato come diagnosi principale solo nei casi in cui non vi siano ulteriori e più specifiche informazioni.

Ictus cerebrale ischemico

I codici da utilizzare sono i seguenti:

- cod. 434.01 Trombosi cerebrale con infarto cerebrale,
- cod. 434.11 Embolia cerebrale con infarto cerebrale,
- cod. 434.91 Occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale, ponendo attenzione all'appropriato utilizzo del codice 434.91 che va riservato ai casi in cui il medico non abbia specificato la natura trombotica o embolica dell'ictus ischemico.

Ischemia cerebrale transitoria

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

- Il cod. 435._ Ischemia cerebrale transitoria, la quarta cifra descrive la sede dell'arteria colpita e include anche la condizione di spasmo delle arterie cerebrali; il cod. 435.8 si deve utilizzare nel caso in cui l'arteria interessata non è menzionata nei codici da 435.0 a 435.3; il cod. 435.9 è da riservare ai soli casi in cui la formulazione diagnostica non identifica la sede dell'arteria colpita.

Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali

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

Postumi delle malattie cerebrovascolari

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

Altre malattie vascolari periferiche

- cod. 443.2 Altre dissezioni di arterie escluso dissezione dell'aorta (441.00 - 441.03) e dissezione delle arterie coronariche (414.12);
- cod. 443.21 Dissezione dell'arteria carotide
- cod. 443.22 Dissezione dell'arteria iliaca
- cod. 443.23 Dissezione dell'arteria renale
- cod. 443.24 Dissezione dell'arteria vertebrale
- cod. 443.29 Dissezione di un'altra arteria

MALATTIE DELLE VENE E DEI VASI LINFATICI ED ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (451- 459)

cod. 453._ Embolia e trombosi di altre vene.

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

Ipotensione

cod. 458.2_ *Ipotensione iatrogena*

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

Altri disturbi del sistema circolatorio

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

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

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

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

Codici di categoria V nelle malattie del sistema circolatorio

I codici di questa categoria servono:

- per codificare **PROBLEMI CLINICI** che influenzano lo stato di salute del paziente, ma che non sono una malattia o un traumatismo (es. cod. V45.01 *Stimolatore cardiaco in situ*). In tali casi lo specifico problema clinico deve essere riportato nella SDO e codificato con i codici V solo se esercita un'effettiva influenza sul trattamento erogato al paziente nel corso del ricovero;
- per codificare **SERVIZI EROGATI** in circostanze, diverse da malattie e traumatismi, che tuttavia possono determinare un ricovero; un tipico esempio è rappresentato dal ricovero per impianto, controllo, sostituzione, regolazione, esaurimento della batteria del pacemaker (es. cod. V53.3_ *Collocazione e sistemazione del dispositivo cardiaco*).
- per codificare **ALTRE CIRCOSTANZE** diverse dai problemi clinici o dai servizi erogati, che influenzano comunque l'andamento del ricovero; ad es. intervento chirurgico non eseguito per controindicazione (cod. V64.1 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione).

Tali codici V si possono utilizzare in **DIAGNOSI PRINCIPALE** nel caso di paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura pregressi ed in diagnosi secondaria nei casi di ricovero per altra patologia.

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

INTERVENTI/PROCEDURE (I/P) SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE

Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore:

indicare entrambi i seguenti codici di intervento:

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

Impianto, sostituzione, rimozione di dispositivi cardiaci (pace maker / defibrillatore)

Nei ricoveri finalizzati all' impianto, sostituzione, rimozione di dispositivi cardiaci per la codifica della diagnosi principale si ricorre ai codici V53.3_

L'impianto iniziale del pace-maker prevede l'utilizzo di codici combinati, relativi all'inserzione degli elettrodi (37.7_) e del Pace-Maker (cod. 37.8_ *Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di pace-maker cardiaco*).

La rubrica cod. 00.5_ *Altre procedure cardiovascolari*, introdotta dalla classificazione ICD-9-CM 2007 descrive l'impianto o la sostituzione di pace-maker o defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca:

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

L'impianto o la sostituzione del **defibrillatore cardiaco a permanenza**, viene descritto con i codici dal 37.94 al 37.98.

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

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

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

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

Espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo:

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

Complicazioni nei portatori di defibrillatore o di pacemaker:

- Nei ricoveri per decubito della tasca o infezione utilizzare in DP: cod. 996.61: Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci oppure con il cod. 996.72 Altra complicazione di altre protesi, impianti e innesti cardiaci.
- Nei ricoveri per cattivo funzionamento del pace-maker il codice da utilizzare per la DP è il cod. 996.01 Complicazioni meccaniche da pace-maker cardiaco (elettrodo).

Angioplastica percutanea e inserzione di stent

• Vasi coronarici

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

• Vasi cerebrali o precerebrali :

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

• Altri vasi

L'angioplastica di altri vasi si codifica con il codice 39.50 seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40 -00.44). L'eventuale inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi: uno per specificare il tipo di stent utilizzato (medicato cod. 36.05, non medicato cod. 39.90), l'altro il numero di stent inseriti (codici 00.45 -00.48) .

N.B. nella versione italiana del Manuale ICD-9CM 2007 mancano i codici 00.46 Inserzione di due stent vascolari; cod. 00.47 Inserzione di tre stent vascolari; cod. 00.48 Inserzione di quattro o più stent vascolari che comunque devono essere utilizzati per una corretta codifica.

Codificare anche 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico* e 36.04 *Infusione trombolitica nell'arteria coronarica*, quando effettuate.

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

indicare i seguenti codici intervento:

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

Riparazione endovascolare di vasi

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

Altri interventi di cardiologia interventistica

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

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

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

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

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

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

CARDIOCHIRURGIA

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

Interventi sui vasi coronarici (bypass)

By-pass aortocoronarico

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

- DP: la patologia cardiaca motivo dell'intervento,
 - I/P: cod. 36.1_ By-pass per rivascolarizzazione cardiaca.

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

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

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

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

By-pass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca

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

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

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

Interventi sulle valvole cardiache

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

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

Intervento secondo Bentall:

- I/P: cod. 35.22 Altra sostituzione di valvola aortica con protesi,
- I/P: cod. 38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione,
- I/P: cod. 36.99 Altri interventi sui vasi del cuore, per indicare il reimpianto delle arterie coronariche,

se impiegata aggiungere C.E.C.: cod. 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore *aperto* (C.E.C.).

Se nel corso di **intervento secondo Bentall** viene eseguita anche l'inserzione di **endoprotesi aortica**, questa deve essere descritta con un codice aggiuntivo:

- cod. 39.71 *Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale* oppure
- cod. 39.73 *Impianto di graft endovascolare nell'arteria toracica.*

Intervento secondo David:

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

Intervento di Yacoub per il rimodellamento della radice aortica:

- DP: fa riferimento ad una patologia aneurismatica della radice aortica con o senza insufficienza valvolare aortica, per es.: cod. 441.01 Dissezione dell'aorta toracica; 441.2 Aneurisma toracico senza menzione di rottura.

- I/P: cod. 38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione.

Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione

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

Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica endovascolare:

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

Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica transapicale:

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

Arresto di circolo concomitante a ipotermia profonda:

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

Altri Interventi cardio-vascolari

Sostituzione di arco aortico con tubo valvolato:

Va descritto con i seguenti codici:

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

Rimodellamento ventricolare:

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

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

Trapianto di cuore:

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

Impianto di sistemi di assistenza cardiaca e circolazione assistita

Impianto di pompa centrifuga con cannule percutanee (pVAD):

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

Impianto di VAD paracorporeo o pompa centrifuga impiantato mediante sternotomia:

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

Impianto di VAD intracorporeo nel quadrante superiore sinistro della cavità peritoneale:

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

Impianti di ossigenatore:

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

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

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

Impianto di cuore artificiale si codifica:

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

Reinterventi di cardiocirurgia

Reintervento per complicazione meccanica di by-pass aorto-coronarico

- DP: cod. 996.03 Complicazioni meccaniche di innesto di by-pass coronarico

- I/P: cod. By-pass aortocoronarico, codifica specifica.

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

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

- DP: cod. 996.72 Altre complicazioni da altre protesi, impianti, innesti cardiaci,
 - I/P: cod. di By-pass aortocoronarico, codifica specifica. Può essere ricompreso in questo codice la restenosi/occlusione di stent coronarico precedentemente impiantato.

Reintervento per complicazione meccanica di protesi valvolare cardiaca

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

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

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

Infarto perioperatorio

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

Infezione e complicazione postoperatorie

Mediastinite

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

Infezione della ferita chirurgica e conseguente toilette

- DP: cod. 998.59 Altra infezione postoperatoria, N.B.: utilizzare codice aggiuntivo per identificare l'infezione.
 - I/P: cod. 86.22 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione; se applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) cod. 86.89 Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.

Deiscenza della ferita sternale e conseguente risutura:

- DP: cod. 998.3_ Rottura di ferita chirurgica;
 - I/P: cod. 78.11 Applicazione di fissatore esterno di scapola, clavicola e torace;

Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria

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

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

ASMA

I diversi quadri clinici di asma vengono classificati alla categoria 493._ _I codici 493.0_ e 493.1_ indicano asma estrinseco e asma intrinseco. Esiste uno specifico codice per la descrizione del broncospasmo acuto (cod. 519.11 *Broncospasmo acuto*) in paziente non asmatico.

BRONCHITE E BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA

E' codificata con i codici 491.2_ Bronchite cronic-ostruttiva e 492._ Enfisema.

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

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

La compresenza di bronchite cronica ed enfisema deve essere codificata con 491.2_, la compresenza di asma e BPCO con 493.2_.

BRONCHITE

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

EDEMA POLMONARE

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

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

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

Edema acuto del polmone

- cod. 518.4 Edema polmonare acuto, non specificato.

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E POLMONARE

Con l'introduzione dell'ICD-9-CM 2007, l'insufficienza respiratoria deve essere codificata con la quinta cifra del codice 518.8_.

Più correttamente con i seguenti codici:

- cod. 518.81 Insufficienza respiratoria acuta;
- cod. 518.83 Insufficienza respiratoria cronica;
- cod. 518.84 Insufficienza respiratoria acuta e cronica (insufficienza respiratoria acuta su cronica).

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

L'insufficienza respiratoria deve essere segnalata sulla base di alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi (PaO₂, PaCO₂, pH e bicarbonato).

Dovranno inoltre essere correttamente riportati in cartella clinica e nella SDO gli interventi terapeutici effettuati con particolare attenzione ai codici che segnalano le terapie ventilatorie/ossigenoterapia .

Il codice 518.82 va riservato a particolari forme di insufficienza polmonare, quali ad esempio il distress respiratorio nei soggetti adulti, qualora esse non siano dovute a cause classificate altrove .

Quando la causa della insufficienza polmonare è costituita da shock, traumi o interventi chirurgici, è assegnato il codice 518.5.

TERAPIA VENTILATORIA INVASIVA

La terapia ventilatoria:

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

PLEURITE

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

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

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

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

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

Per descrivere il versamento pleurico maligno utilizzare il codice di neoplasia: es.: 197.2 *Tumori maligni secondari della pleura*.

Per quanto riguarda l'**emotorace** si distinguono i seguenti casi:

- emotorace batterico cod. 511.8
- emotorace tubercolare cod. 012.0_
- emotorace traumatico cod. 860.2
- emotorace traumatico con ferita aperta cod. 860.3
- pneumoemotorace cod. 860.4
- pneumoemotorace con ferita aperta cod. 860.5

POLMONITI

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

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

Codifica con un codice unico esempi:

Polmoniti virali cod. 480._:

- cod. 480.0 *Polmonite da Adenovirus*,
- cod. 480.1 *Polmonite da virus respiratorio sinciziale*,
- cod. 480.2 *Polmonite da virus parainfluenzale*,
- cod. 480.3 *Polmonite da SARS -Coronavirus associato*.

Polmoniti batteriche:

- cod. 481 *Polmonite pneumococcica*,
- cod. 482._ *Altre polmoniti batteriche*,
- cod. 482.0 *Polmonite da Klebsiella pneumoniae*,
- cod. 482.1 *Polmonite da Pseudomonas*,
- cod. 482.2 *Polmonite da Haemophilus Influenzae*,
- cod. 482.31 *Polmonite da Streptococco, gruppo A*,

- cod. 482.4 Polmonite da Stafilococco,
- cod. 482.81 Polmonite da anaerobi,
- cod. 482.82 Polmonite da Escherichia coli (E.coli).

Polmoniti da altri organismi specificati :

- cod. 483.0 Polmonite da Mycoplasma Pneumoniae,
- cod. 483.1 Polmonite da Clamidia.
- cod. 482.84 Malattia dei legionari (legionellosi)

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

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

Codifica con un codice multiplo: indicare

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

Esempio: Polmonite da Cytomegalovirus:

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

Polmonite da Candida:

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

Polmonite in aspergillosi

- DP: cod. 117.3 Aspergillosi
 - DS: cod. 484.6 Polmonite in aspergillosi

Sindrome influenzale complicata da polmonite si indica con il:

- cod. 487.0 *Influenza con polmonite*; usare un codice aggiuntivo per identificare il tipo di polmonite (480.0 - 489.0, 481, 482.0 - 482.9, ecc.).

La categoria 770._ comprende i codici per le malattie respiratorie del feto e del neonato.

Polmonite infettiva contratta prima della nascita si segnala con il:

- cod. 770.0 Polmonite congenita, ad eccezione della polmonite congenita rubeolica che deve essere descritta con il cod. 771.0 Rosolia congenita.

La Sindrome da distress respiratorio neonatale è indentificata dal cod. 769.

Polmonite eosinofila: cod. 518.3

Polmonite reumatoide: cod. 714.81

Ascesso del polmone: cod. 513.0

Ascesso del mediastino: cod. 513.1

POLMONITI DA ASPIRAZIONE

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

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

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

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

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

SINTOMI RELATIVI ALL'APPARATO RESPIRATORIO ED ALTRI SINTOMI TORACICI

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

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

Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto polmonare:

- cod. 32.23 Ablazione a cielo aperto di lesione o tessuto polmonare
- cod. 32.24 Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
- cod. 32.25 Ablazione per via toracoscopica di lesione o tessuto polmonare
- cod. 32.26 Altra e non specificata ablazione di lesione o tessuto polmonare

Inserzione endoscopica, sostituzione o rimozione di sostanze o dispositivi terapeutici in bronchi o polmone

Le procedure, per via endoscopica, di inserzione, sostituzione o rimozione di dispositivo terapeutico o sostanze nei bronchi o nei polmoni sono individuate dal quarto carattere del codice 33.7:

- cod. 33.71 Inserzione endoscopica o sostituzione di valvola bronchiale
- cod. 33.78 Rimozione endoscopica o sostituzione di valvola bronchiale
- cod. 33.79 Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali

L'**inserzione di stent tracheale** è identificata dal codice 96.05

Chiusura della tracheostomia,

- DP: cod. V55.0 Controllo di tracheostomia;
- I/P: cod. 31.72 Chiusura di fistola esterna della trachea.

Svezamento di pazienti tracheostomizzati

- DP: cod. V55.0 Controllo di tracheostomia.

Complicazioni della tracheotomia

- DP: cod. 519.0_ Complicazioni della tracheotomia, con l'utilizzo della specifica quinta cifra.

Distruzione o escissione di lesione tracheale

- I/P: cod. 31.5 Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea. Se contestualmente viene inserita una protesi tracheale, l'intervento va codificato con il codice 31.99 Altri interventi sulla trachea.

Asportazione di lesione bronchiale:

- I/P: codice da utilizzare negli spazi riservati agli interventi è il 32.01 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi. Se contestualmente viene inserita una protesi bronchiale, in aggiunta va utilizzato il cod. 33.79 Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali.

Laserterapia disostruttiva/fotodinamica su lesioni bronchiali utilizzare:

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

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

- I/P: cod. 32.01 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi; in tutti gli altri casi:
- I/P: cod. 32.09 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dei bronchi .

Ablazione lesione polmonare in radiofrequenza utilizzare il codice d'introduzione:

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

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

Complicanze da esofagostomia, enterostomia e colostomia:

- cod. 530.86 *Infezione dell'esofagostomia*;
- cod. 530.87 *Complicazione meccanica dell'esofagostomia* ad es. mal funzionamento;
- cod. 536.4_ *Complicazioni di gastrostomia*
- cod. 569.6_ *Complicanza di colostomia ed enterostomia*
- cod. 569.60 *Complicanza non specificata da colostomia ed enterostomia*;
- cod. 569.61 *Infezione di colostomia ed enterostomia*;
- cod. 569.62 *Complicanza meccaniche di colostomia ed enterostomia*;
- cod. 569.69 *Altra complicanza..* (ad es. fistola, erniazione o prolasso);

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

Emorragia gastro-intestinale

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

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

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

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

Esofagite con emorragia e varici esofagee

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

Esempi :

-varici esofagee con sanguinamento: 456.0

-varici esofagee senza menzione di sanguinamento: 456.1

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

Esempi:

-sanguinamento da varici esofagee con cirrosi epatica: 571.-+ 456.20

-sanguinamento da varici esofagee in ipertensione portale: 572.3 + 456.20

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

Esofagite ed ulcera esofagea

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

Ulcera peptica

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

- cod. 531 *Ulcera gastrica*;
- cod. 532 *Ulcera duodenale*;
- cod. 533 *Ulcera peptica* (cercare di evitare l'utilizzo data l'aspecificità della descrizione)

- cod. 534 *Ulcera gastrodigiunale*.

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

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

Ernie della cavità addominale (cod. 550 – 553)

Per la classificazione delle ernie occorre utilizzare un codice di sottoclassificazione, dove la 4^a cifra indica la complicazione (es. ostruzione e/o gangrena), la 5^a cifra indica la mono/bilateralità e la recidiva.

Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (cod. 555 – 558)

Per la descrizione del **Morbo di Crohn** è necessario indicare, a seconda della localizzazione, uno dei seguenti codici:

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

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

DS: cod. 565.1 *Fistola anale.*

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

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

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

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

- cod. 556.6 *Pancolite ulcerosa.*

Per la segnalazione delle forme di colite (infiammatoria cronica) non determinata utilizzare il codice aspecifico 556.9

Peritonite ed altre infezioni retroperitoneali (cod. 560 – 569)

Sono stati introdotti i seguenti codici per la descrizione di alcuni specifici quadri clinici di peritonite e di infezione retroperitoneali:

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

Calcolosi della colecisti

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

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

La sindrome post-colecistectomia è una condizione in cui sono presenti sintomi suggestivi di una patologia delle vie biliari, persistente o insorta a seguito di colecistectomia: tale sindrome si indica con il Cod. 576.0 *Sindrome postcolecistectomia*.

Eventuali **complicanze post-operatorie** devono, invece, essere descritte con i codici delle categorie 996-999.

Cirrosi epatica

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

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

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

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

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

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

Epatite

La classificazione ICD-9-CM 2007 distingue le epatiti di origine virale (codici della categoria 070, *Epatite virale*) rispetto alle altre forme di epatite: codici della categoria 571, *Malattia epatica cronica e cirrosi* quali, ad esempio, la *Epatite acuta alcolica* (cod. 571.1), oppure la *Epatite cronica persistente* (cod. 571.41). Nella categoria 571 sono inoltre comprese le diverse forme di cirrosi, tra cui quella post-epatitica (571.5). La positività sierologica verso i virus epatici, evidenziata nel corso del ricovero ma che non impegna ulteriori risorse in termini di indagini diagnostiche e/o di laboratorio e/o di trattamento specifico, si segnala tra le DS come **condizione di positività** impiegando uno o più tra i codici della sottocategoria V02.6_

Insufficienza epatica

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

Steatosi epatica

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

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

Codifica di alcune forme di displasia di organi digerenti

Per alcune situazioni cliniche relativamente frequenti di displasia epiteliale di grado grave o severo, istologicamente accertata, si ricorre all'uso dei codici della categoria 230 (carcinomi in situ degli organi

digerenti). Esempi a tale riguardo sono costituiti dalla displasia grave/severa su polipèi adenomatosi dell'apparato digerente o su ulcera gastrica o quando associate a retto colite ulcerosa o a morbo di Crohn.

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P)

Chemoembolizzazione e alcolizzazione

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

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

Stop-flow metodica

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

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

Riparazione di rettocele con protesi

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

Proctopessi addominale con protesi

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

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

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

Riparazione rettocele

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

Reservoir rettale con J-pouch colica

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

Reservoir rettale con colonplastica trasversale (stritturoplastica colica)

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

Emorroidectomia secondo Longo (Procedure for Prolapse Haemorrhoids)

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

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon

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

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto

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

Impianto e revisione di protesi dello sfintere anale

Codificare:

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

Inserzione di protesi metallica esofagea

- I/P: cod. 42.89 Altra riparazione dell'esofago associato al cod. 42.23 Altra esofagoscopia.

Inserzione di protesi metallica duodenale

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

Plicatura endoscopica di ernia iatale

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

Funduplicatio con tecnica laparoscopica

- I/P: cod. 44.67 Procedura laparoscopica per la creazione dello sfintere esofagogastrico.

Video endoscopia diagnostica con capsula

- I/P: cod. 45.19 Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue per indicare le procedure diagnostiche eseguite sul tratto gastrointestinale (intestino tenue).

Microchirurgia endoscopica transanale (TEM)

Per descrivere la TEM, procedura adottata per l'asportazione di adenomi villosi del retto o di tumori del retto in stadio iniziale, utilizzare in:

- I/P: cod. 48.36 Polipectomia (endoscopica) del retto.

Trapianto di intestino isolato

- I/P: cod. 46.97 Trapianto di intestino; codificare anche il tipo di donatore (da 00.91 a 00.93).

Trapianto multiviscerale

Codificare:

- DP: la patologia di base
 - I/P: cod. 46.97 Trapianto di intestino; altre procedure: cod. 43.99 Altra gastrectomia totale, cod. 52.83 Trapianto eterologo di pancreas, cod. 50.59 Altro trapianto di fegato. Codificare anche il tipo di donatore (da 00.91 a 00.93).

Trapianto di fegato split

- I/P: cod. 50.59 Altro trapianto di fegato in associazione al cod. 51.39 Altra anastomosi del dotto biliare.

Ricovero per asportazione di fegato da donatore vivente

Codificare:

- DP: cod. V59.6 Donatori di fegato;
 - I/P: cod. 50.22 Epatectomia parziale.

Trattamento per l'obesità

Vedi capitolo 3 (Trattamento invasivo dell'obesità).

Intervento di TIPS per shunt venoso intraaddominale per via per cutanea

Indicare i codici di procedura: 39.1 (anastomosi arteria cava e polmonare) + 38.93 (altro cateterismo venoso non classificato altrove).

CAPITOLO 10 - MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO (580 – 629)

Questo capitolo comprende le malattie dell'apparato genito-urinario così suddivise:

- NEFRITE, SINDROME NEFROSICA E NEFROSI: 580 -589
- ALTRE PATOLOGIE DEL SISTEMA URINARIO: 590 -599
- PATOLOGIE DEGLI ORGANI GENITALI MASCHILI: 600 -608
- DISTURBI DELLA MAMMELLA: 610 - 611
- MALATTIE INFIAMMATORIE DEGLI ORGANI PELVICI FEMMINILI: 614 -616
- ALTRE MALATTIE DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE: 617 – 629

Insufficienza renale

L'Insufficienza renale va codificata come DP solo se a tale patologia è stata riservata la maggior quota assistenziale. Se un paziente, ricoverato per altro motivo, presenta una condizione di insufficienza renale che richiede un trattamento (per esempio dialisi o emofiltrazione) o che comunque comporta un aggravio assistenziale che determina un prolungamento della degenza, l'Insufficienza renale deve essere indicata fra le DS utilizzando i codici specifici di:

- cod. 584._ *Insufficienza renale acuta,*
- cod. 585._ *Malattia renale cronica.*

da evitare l'uso del cod. 586: *Insufficienza renale non specificata.*

Per la ricerca dei codici attraverso l'indice alfabetico utilizzare il termine principale:

- defaillance per l'insufficienza renale acuta;
- malattie rene per l'insufficienza renale cronica.

In caso di riacutizzazione utilizzare:

- DP: cod. 584._ *Insufficienza renale acuta;*
 - DS: cod. 585._ *Malattia renale cronica.*

Malattia renale cronica (585)

La malattia renale cronica viene classificata sulla base dello stadio di gravità (stadi I-V). Gli stadi da II a IV corrispondono, rispettivamente, a malattia renale cronica di grado lieve, moderato e severo. Il codice 585.6 identifica la malattia in stadio terminale. I pazienti sottoposti a trapianto di rene potrebbero ancora manifestare qualche grado di disfunzione renale, perché il rene trapiantato potrebbe non aver ancora pienamente ripristinato la funzionalità renale. La sola presenza di malattia renale cronica non costituisce quindi una complicazione del trapianto. In questi casi occorre codificare con il codice 585._, seguito dal codice V42.0 che identifica lo status di trapianto renale.

Nefropatia ipertensiva o cardionefropatia ipertensiva.

Vedere capitolo sette.

Nefropatia diabetica o Malattia renale da diabete mellito

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

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

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

DS: V58.67 Utilizzo associato (in corso) di insulina a lungo termine (se il paziente è sotto trattamento insulinico).

Glomerulonefrite acuta e Sindrome nefrosica

Per codificare:

- la *Glomerulonefrite acuta* si utilizzano i codici della categoria 580._;
- la *Sindrome nefrosica* si utilizzano i codici della categoria 581._;

la quarta cifra delle due categorie indica la descrizione istologica delle patologie.

Se la natura istologica non è conosciuta o non è descritta codificare con il cod. 580.9 *Glomerulonefrite acuta, con lesioni istologiche non specificate* e cod. 581.9 *Sindrome nefrosica, con lesioni istologiche non specificate*.

Infezioni Urinarie

L'infezione urinaria deve essere codificata solo nei casi in cui siano stati eseguiti gli esami colturali e sia stata trattata con terapia antibiotica mirata.

Codici indicati per le seguenti patologie:

- cod. 595.0 *Cistite acuta*;
- cod. 599.0 *Infezione del sistema urinario, sito non specificato* (diagnosi generica da utilizzare in assenza di causa organica nota e localizzata); utilizzare un codice aggiuntivo per codificare eventuali microorganismi ad es. E. Coli (cod. 041.4);
- cod. 590.1_ *Pielonefrite acuta*;
- cod. 590.00 *Pielonefrite cronica, senza necrosi midollare* (codificare per prima la malattia di base es.: l'eventuale malformazione delle vie urinarie e l'eventuale reflusso ureterale associato).

Ematuria

- DP: il cod. 599.7 Ematuria (benigna) (essenziale)

deve essere indicata in diagnosi principale quando, al termine del ricovero, non si identifica la patologia che la sostiene; se è espressione di una complicazione post-chirurgica tale da richiedere uno specifico trattamento diagnostico-terapeutico, il codice da utilizzare è da ricercare tra le categorie 996 - 999 (complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove).

Colica Renale

Per codificare la colica renale, in assenza di calcolosi documentata, utilizzare:

- DP: cod. 788.0 Colica renale.

Per codificare la colica renale, in presenza di calcolosi documentata, indicare:

- DP: cod. 592._ Calcolosi renale ed ureterale, e non è necessario codificare il sintomo colica renale.

Dialisi

La dialisi in corso di IRC (insufficienza renale cronica) è un trattamento ambulatoriale e i ricoveri dei pazienti dializzati sono per lo più determinati da complicanze della patologia di base (Insufficienza Renale Cronica) o del trattamento dialitico stesso. Per tale motivo come DP del ricovero non è appropriata la codifica di Insufficienza Renale Cronica, ma va indicata:

- DP: la patologia che ha determinato il ricovero
 - DS: la condizione di dializzato con i seguenti codici:
 - cod. V45.1 Stato postchirurgico di dialisi renale se non viene eseguito trattamento dialitico;
 - cod. V56.0 Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea;
 - I/P cod. 39.95 Emodialisi, se viene eseguita emodialisi;
 - DS: cod. V56.8 Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi;
 - I/P cod. 54.98 Dialisi peritoneale, se viene eseguita dialisi peritoneale.

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P)

Accessi vascolari per emodialisi

Nel paziente che si sottopone al primo intervento di preparazione di Fistola Artero-Venosa (FAV) per l'emodialisi porre:

- DP cod. V58.89 (altro trattamento ulteriore specificato)
 - I/P cod. 39.27 Arteriovenostomia per dialisi renale.

Nel caso di utilizzo di stent per la costruzione di un accesso vascolare, aggiungere il cod. 39.90 *Inserzione di stent non medicato in vaso periferico*.

In caso di reintervento per complicanze correlate alla FAV preesistente, indicare:

- DP:
 - cod. 996.1 *Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti o innesti vascolari*;
 - oppure** cod. 996.62 *Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti o innesti vascolari*;
 - IP: cod. 39.42 *Revisione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale*.

Come nel caso di primo intervento, l'utilizzo di stent per la costruzione di un accesso vascolare va segnalato con il codice aggiuntivo: cod. 39.90 *Inserzione di stent non medicato in vaso periferico*.

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

Accesso per dialisi peritoneale

a) Posizionamento di catetere peritoneale per dialisi, segnalare:

- DP cod. V56.2 *Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi*
 - I/P: cod. 54.93 *Creazione di fistola cutaneoperitoneale*.

b) Complicanze relative al catetere peritoneale:

- DP: -cod. 996.56 *Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale*,
-o cod. 996.68 *Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale*,
 - DS:
 - cod. V45.1 *Stato postchirurgico di dialisi renale* se il paziente non effettua dialisi,
 - cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi* se effettua la dialisi peritoneale;
 - cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea* se viene eseguita emodialisi;
 - cod. V56.2 *Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi*.

c) Rimozione del catetere utilizzare i codici:

- I/P: se procedura non operatoria: cod. 97.82 *Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale*
- I/P: se procedura operatoria: cod. 54.92 *Rimozione di corpo estraneo della cavità peritoneale*;

Trapianto renale

In caso di trapianto renale utilizzare in:

DP: cod. 585._ *Malattia Renale Cronica*

- I/P: cod. 55.69 *Eterotrapianto di rene (indipendentemente da cadavere o da vivente)*, descrivere in aggiunta il tipo di donatore con i codici di procedura da 00.91 a 00.93).

Complicanze del trapianto renale

- DP: cod. 996.81 Complicazioni di trapianto di rene,
 - DS: codificare la patologia specifica.

Se invece la patologia che determina il ricovero è indipendente dal precedente trapianto (per esempio: appendicite acuta) segnalare lo stato di trapiantato solo se ha assorbito risorse in diagnosi secondaria, il codice da utilizzare è il V42.0 (*Rene sostituito da trapianto*).

Varicocele

L'intervento tradizionale di correzione di varicocele mediante legatura dei vasi spermatici è identificato dal codice 63.1 (Asportazione di varicocele). Tecniche innovative eseguite mediante sclerosi per via anterograda o retrograda sono identificate dall'uso combinato dei seguenti codici: 63.1 (Asportazione di varicocele) + 99.29 (Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche); la via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione del codice di procedura 88.67 (Flebografia con m.d.c. di altre sedi specificate).

Idrocele

- DP: utilizzare un cod. della categoria 603._ Idrocele.
 - In caso di chiusura del dotto peritoneo-vaginale associato o non ad eversione della tunica vaginale, utilizzare il cod. 61.2 -Asportazione di idrocele (della tunica vaginale) come intervento chirurgico principale.

Interventi sullo scroto

Nei casi di intervento sullo scroto per asportazione di lipomi, cisti, etc., codificare:

- DP: l'aspetto patologico
 - I/P: cod. 61.3 Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale.

Criptorchidismo

Per codificare il criptorchidismo indicare:

- DP: cod. 752.51 Testicolo non disceso oppure cod. 752.52 Testicolo retrattile;
 - I/P: cod. 62.5 Orchiopessi.

Fimosi

La fimosi deve essere codificata utilizzando:

- DP: cod. 60.5 Prepuzio esuberante e fimosi;
 - I/P: cod. 64.0 Circoncisione.

Da evitare l'utilizzo improprio del codice 64.93 (liberazione di sinechie peniene) . Le plastiche di slittamento del prepuzio devono essere codificate con il codice 64.91.

Condilomi urogenitali

Per l'asportazione di Condilomi urogenitali:

- DP: privilegiare la sede dell'infezione o dell'infezione
 - DS; 078.1_ se di origine virale;
 - I/P: Asportazione o demolizione per sede.

Esempio:

Per l'asportazione di Condilomi acuminati della cervice uterina o della vagina indicare:

- DP: i codici della categoria 616._ Malattia infiammatoria della cervice, della vagina e della vulva;
 - DS: cod. 078.1 Condiloma acuminato ;
 - I/P: cod. 67.3_ Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice;
 - oppure il cod. 70.3_ Asportazione di lesione locale della vagina;
 - oppure il cod. 71.3 Altra asportazione di lesione locale dalla vulva.

Ipertrofia prostatica

Va utilizzato:

- DP: cod. 600.___ Iperplasia della prostata.

Per la codifica dell'intervento chirurgico per via transuretrale va utilizzato:

- I/P: cod. 60.2_ Prostatectomia transuretrale.

Reflusso vescico-ureterale

Per il reflusso vescico-ureterale indicare:

- DP: cod. 593.7_ Reflusso vescico-ureterale
 - I/P: per la correzione del reflusso vescico-ureterale:
 - a cielo aperto: cod. 56.74 *Uretero-neocistostomia diretta, con plastica antireflusso o con flap vescicale,*
 - per via endoscopica: cod. 56.99 *Altri interventi sull'uretere + cod. procedura endoscopica*

Impianto di pace-maker neurale o elettrostimolatore neuro-urologico (vedere capitolo 6)

Impianto di protesi sfinteriali uretrali

- I/P: cod. 58.93 Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali.

Deinfibulazione

- DP: cod. 624.4 Pregressa lacerazione o cicatrice vulvare,
 - I/P: I cod. 71.01 Lisi di aderenze vulvari associato al cod. 71.09 Altra incisione della vulva e del perineo.

CAPITOLO 11 - GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO (630 – 677)

Questo capitolo comprende le diagnosi relative all'apparato genito-urinario femminile così suddivise:

- GRAVIDANZA E MOLA VESCICOLARE: 630 -633
- ALTRE GRAVIDANZE CON ESITO ABORTIVO: 634 -639
- COMPLICAZIONI PRINCIPALMENTE CORRELATE ALLA GRAVIDANZA: 640 -649
- PARTO NORMALE E ALTRE INDICAZIONI PER RICOVERO IN GRAVIDANZA, TRAVAGLIO E PARTO: 650 – 659
- COMPLICAZIONI CHE AVVENGONO PRINCIPALMENTE NEL CORSO DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO: 660 669
- COMPLICAZIONI DEL PUERPERIO: 670 – 677

Nello specifico le suddette diagnosi:

- descrivono condizioni o complicazioni della madre che non possono essere utilizzate nella scheda nosologica del neonato;
- devono essere utilizzate, salvo casi eccezionali, per la codifica della DP di tutte le schede di dimissione ospedaliera dei dimessi dai reparti di ostetricia specificando eventuali ulteriori condizioni/complicanze, sulla base di quanto previsto nel manuale ICD9-CM

Esempio:

- DP: 648.23 - Anemia, condizione o complicazione antepartum
 - DS: 280.0 – Anemia da carenza di ferro secondaria a perdita ematica (cronica).

Viceversa nei casi in cui non esiste un codice specifico per l'identificazione della condizione della donna in gravidanza, per la codifica si deve utilizzare in DP il codice generico 648.9_ - Altre manifestazioni altrimenti classificabili.

Esempio:

- DP: 648.92- Altre manifestazioni altrimenti classificabili, parto, con menzione della condizione antepartum
 - DS: 491.21 – Bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta).

Si precisa, inoltre, che la **classificazione a livello della quinta cifra deve essere usata nell'ambito delle categorie 640-676 per connotare l'attuale ricovero rispetto al ricovero in cui avviene il parto**. In particolare:

- i codici con lo 0 alla quinta cifra non devono **mai** essere utilizzati in quanto identificano episodi di cura non specificati;
- i codici con le cifre 1 o 2 alla quinta cifra devono essere utilizzati se il ricovero si conclude con il parto;
- i codici con il 3 alla quinta cifra devono essere utilizzati se il ricovero non si conclude con il parto (condizione o complicazione antepartum);
- i codici con il 4 alla quinta cifra devono essere utilizzati se il ricovero è successivo all'evento parto.

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.

Le **categorie da 630 a 633** descrivono **gravidanze ectopiche e molari**

Le **categorie da 634 a 638** descrivono **complicazioni successive ad aborto**, utilizzando:

- la quarta cifra per indicare la presenza o meno di complicazione avvenuta nel corso di ricovero per aborto;
- la quinta cifra per identificare l'aborto non specificato (se completo o incompleto), incompleto o completo.

Complicazione successiva all'evento abortivo

I codici della categoria 639._ possono essere utilizzati esclusivamente per codificare complicazioni

classificabili al livello delle sottocategorie a quattro cifre 634-638:

- in DP per indicare complicazioni di aborto/gravidanza ectopica e molari responsabili di episodio di cura successive al ricovero in cui si è verificato l'evento;
 - in DS per indicare eventuali condizioni / complicità di DP afferente alle categorie 630-633

Le categorie da 640 a 649 descrivono:

Minaccia di aborto

- DP: cod. 640.0_ Minaccia di aborto se prima della conclusione della 22^a settimana di gestazione.

Minaccia o travaglio di parto precoce

DP: cod. 644.0_ Minaccia di travaglio prematuro (fra la 22^a e la 37^a settimana di gestazione)

DP: cod. 644.1_ Altra minaccia di travaglio dopo la 37^a settimana.

DP: cod. 644.2_ Inizio di parto precoce prima della fine della 37^a settimana

La quinta cifra sarà solo indicativa di eventuali condizioni morbose dell'antepartum.

Manifestazioni infettive e parassitarie nella madre classificabili altrove ma complicanti la gravidanza, parto o puerperio:

Per le patologie infettive si rimanda alle indicazioni dell'elenco sistematico alla categoria 647. __.

Se la paziente è HIV sieropositiva asintomatica:

- DP: cod. 647.6_ Altre malattie virali
 - DS: cod. V08 Stato infettivo HIV asintomatico

Se la paziente presenta la Sindrome da immunodeficienza acquisita:

- DP: cod. 647.6_ Altre malattie virali
 - DS: cod. 042 Infezione da virus HIV sintomatica

Il **Parto normale** (codice 650) deve essere usato come diagnosi singola (ovvero non va associato con i codici dell'intervallo 630-676) in donne che non presentano nessuna complicazione legata o meno alla gravidanza, come indicato nella nota esplicativa del manuale ICD-9-CM posta sotto al codice ovvero: "Parto spontaneo, cefalico, vaginale, a termine, di feto singolo e vitale che richiede poca o nessuna assistenza con o senza episiotomia, senza intervento manuale sul feto (es. rotazione) o strumentale (es. forcipe)".

Unica eccezione a questa regola, per indisponibilità di codifica alternativa, è il parto vaginale in donna con pregresso taglio cesareo.

In questo caso la codifica da adottare è la seguente:

- DP: cod. 650 Parto normale
 - DS: cod. 654.21 Pregresso cesareo complicante la gravidanza, il parto ed il puerperio, parto, con o senza menzione della condizione antepartum.

Negli episodi di ricovero in cui è avvenuto il parto occorre sempre utilizzare in DS un codice aggiuntivo per indicare l'esito del parto (V27._)

Riscontro casuale di gravidanza in una donna ricoveratasi per altri motivi

- DS: cod. V22.2 Reperto accidentale di gravidanza.

Paziente partorienti fuori dalla struttura ospedaliera con necessità di ricovero per trattamenti successivi al parto senza complicazioni

- DP: cod. V24.0 Cure ed esami postpartum subito dopo il parto (non va riportato il cod. V27._ Esito del parto, in quanto occorso fuori dalla struttura Ospedaliera);

se invece sono presenti complicazioni, fare riferimento ai codici specifici presenti in questo capitolo.

Taglio cesareo - nel caso di taglio cesareo in DP occorre specificare la condizione che ha determinato

l'intervento:

Esempio:

- DP: 656.31 (Sofferenza fetale) o 651.01 (Gravidanza gemellare) o 653.41 (sproporzione feto pelvica)

Inoltre, qualora la donna sia precesarizzata occorre indicare obbligatoriamente in DS il cod. 654.21 (pregresso parto cesareo).

Qualora il pregresso parto cesareo rappresenti l'unico motivo per cui è stato effettuato l'intervento, indicare in diagnosi principale il cod. 654.21

Esclusivamente nel caso in cui non vi è stata alcuna indicazione al taglio cesareo e lo stesso viene esclusivamente eseguito per precisa volontà della donna si deve adottare la seguente codifica:

- DP 669.71 – Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum

La codifica del **parto indolore** mediante anestesia peridurale viene descritta in I/P dal cod. 03.91 *Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia* e con il cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*.

L'assistenza al parto, anche a quelli non operativi, deve essere riportata ,e specificamente codificata nel campo relativo all'intervento chirurgico principale.

Il prelievo di cellule staminali da cordone ombelicale non va codificato nella scheda di dimissione ospedaliera.

Interruzione volontaria di gravidanza

In caso di raschiamento per interruzione di gravidanza indotta legalmente va utilizzato:

- DP: un cod. della categoria 635.___ Aborto indotto legalmente, dove la quarta cifra identifica eventuali complicazioni e la quinta cifra consente di specificare se l'aborto indotto legalmente è completo o incompleto;
 - I/P: cod. 69.01 Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza
- o
 - I/P: cod. 69.51 Raschiamento dell'utero mediante aspirazione per interruzione di gravidanza.

Nel caso in cui la donna chieda di utilizzare la procedura di dimissione volontaria prima di aver eseguito l'intervento di raschiamento, in diagnosi principale indicare il cod. V64.2 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguita per decisione del paziente ed omettendo di riportare tra le diagnosi secondarie il codice 635.___ (Aborto indotto legalmente) in quanto l'IVG non è stata eseguita.

Interruzione volontaria farmacologica di gravidanza (RU 486)

- DP: cod. 635.___ aborto indotto legalmente;
 - I/P: cod. 99.24 Iniezione di altri ormoni per la prima ed eventuale seconda somministrazione per os;
 - I/P: cod. 96.49 Altra instillazione genitourinaria qualora venga effettuata una seconda somministrazione per via vaginale oltre al cod. 99.24.

Nel caso in cui la donna chieda di utilizzare la procedura di dimissione volontaria dopo la somministrazione del farmaco occorre indicare in DP il codice 635.91 *Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, incompleto* ed il codice 5 *dimissione volontaria*. Qualora la donna si ripresenti per la prosecuzione del trattamento occorre indicare in DP il codice 635.92 *Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, completo*.

Aborto spontaneo

In caso di raschiamento a seguito di aborto spontaneo va utilizzato:

- DP: un cod. della categoria 634._ Aborto spontaneo, dove la quarta cifra identifica eventuali complicazioni e la quinta cifra consente di specificare se l'aborto è completo o incompleto;
 - I/P: cod. 69.02 Dilatazione o raschiamento a seguito di parto o aborto.
- o
 - I/P: cod. 69.52 raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di gravidanza o aborto.

Aborto ritenuto

In caso di raschiamento a seguito di aborto con ritenzione del prodotto del concepimento va utilizzato:

- DP: cod. 632 Aborto ritenuto;
 - I/P: cod. 69.02 Dilatazione o raschiamento a seguito di parto o aborto.
- o
 - I/P: cod. 69.52 raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di gravidanza o aborto.

Gravidanza tubarica

Il ricovero di una paziente con gravidanza tubarica, nel corso del quale venga eseguito un intervento laparoscopico di salpingotomia con rimozione del prodotto del concepimento, lasciando la tuba in sede, va descritto ponendo:

- DP: cod. 633.1_ Gravidanza tubarica;
 - I/P: cod. 66.01 Salpingotomia;
 - I/P: cod. 54.21 Laparoscopia.

L'eventuale esecuzione di una salpingoplastica si descrive con il:

- I/P: cod. 66.79 Salpingoplastica.

CAPITOLO 12 MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (680 – 709)

Questo dodicesimo capitolo del manuale ICD-9-CM comprende le categorie dalla 680 alla 709, le principali sono:

- Infezioni della cute e del tessuto sottocutaneo (680 – 686);
- Altre manifestazioni infiammatorie della cute e del tessuto sottocutaneo (690 – 698);
- Ulcerazione cronica della cute (707).

Cellulite

La cellulite intesa come infezione acuta e diffusa della cute e dei tessuti molli, in genere causata da un'abrasione, una puntura o lesione di continuo, deve essere descritta, impiegando i codici a 5 caratteri delle categorie sotto riportate:

- DP:
 - cod. 681 Flemmone e ascesso delle dita delle mani e delle dita dei piedi
 - cod. 682 Altri flemmoni o ascessi
- DS: indicare un codice aggiuntivo per l'agente patogeno responsabile dell'infezione.

Qualora la **cellulite** rappresenti una complicanza precoce o tardiva **post-chirurgica**, indicare:

- DP: l'infezione post-operatoria;
- DS: la cellulite assieme al codice aggiuntivo che identifica l'agente patogeno.

Dermatiti iatrogene

Per indicare le dermatiti causate da farmaci ad uso topico, si deve utilizzare:

- cod. 692.3 Dermatite da contatto con farmaci e medicinali o presidi per uso topico.

Dermatiti da farmaci per via sistemica correttamente somministrati

- cod. 693.0 Dermatite da farmaci e medicinali o presidi per via sistemica, in caso di sostanze appropriate e correttamente somministrate (reazione allergica o effetto indesiderato in genere).

Dermatite per una sostanza somministrata in modo non congruo

- DP: uno dei codici afferenti al blocco 960-979, avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici;
- DS: si segnalerà l'effetto nocivo ossia la dermatite (tossicità o avvelenamento).

Orticaria

Per indicare le diverse varianti cliniche di orticaria occorre utilizzare uno dei codici afferenti alla **categoria 708_**.

Per la porpora allergica vedi Capitolo 4.

Psoriasi

Per la descrizione della malattia psoriasica sono previsti i seguenti specifici codici:

- cod. 696.0 Artropatia psoriasica;
- cod. 696.1 Altre psoriasi.

Ulcere da decubito

A seguito dell'aggiornamento della sottocategoria relativa all'ulcerazione da decubito, il cod. 707.0_ *Ulcerazione da decubito* deve essere necessariamente utilizzato con la quinta cifra.

In caso di ricovero finalizzato al trattamento chirurgico dell'ulcera da decubito di un paziente immobilizzato in conseguenza, ad esempio, di un accidente cerebrovascolare, in DP andrà riportata l'ulcera da decubito cod. 707.0_ *Ulcerazione da decubito* e non l'emiplegia o la patologia vascolare.

Metastasi cutanea di neoplasia a partenza non nota

In accordo alle regole generali di codifica delle neoplasie, in caso di ricovero finalizzato prevalentemente alla diagnosi e al trattamento di una metastasi cutanea, questa va segnalata:

- DP: cod.198.2 Tumori maligni secondari della cute.

Quando la neoplasia primitiva sia stata asportata nel corso di un precedente ricovero deve essere segnalata utilizzando un codice della categoria V10._ .

Se la neoplasia primitiva è a sede sconosciuta e pertanto il trattamento è rivolto solo alla metastasi utilizzare :

- DS: cod. 199.1 Altri tumori maligni senza indicazione della sede.

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P)

E' importante sottolineare come le categorie 86 (Interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo) **escludono** le procedure effettuate sulla cute e sottocute nelle sedi seguenti:

- 08.01 -08.99 Palpebra e sopracciglia
- 18.01 -18.9 Orecchio
- 21.00 -21.99 Naso
- 27.0 -27.99 Labbra e bocca
- 49.01 -49.99 Ano
- 61.0 -61.99 Scroto
- 64.0 -64.99 Pene
- 71.01 -71.09 Perineo femminile e vulva
- 85.0 -85.99 Mammella

Gli interventi chirurgici devono essere codificati ricorrendo ai codici specifici per sede, tipo ed estensione dell'intervento.

Il cod. 86.4 Asportazione radicale di lesione della cute deve essere utilizzato esclusivamente nei casi in cui venga eseguita l'asportazione larga di una lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti. E' opportuno codificare anche l'eventuale asportazione linfonodale (cod. 40.3 – cod. 40.5). Tali casi si verificano prevalentemente con patologie neoplastiche (melanomi, epitelomi estesi) o in presenza di cheloidi molto estesi.

In caso di patologie benigne, quali, ad esempio, nevi o fibromi che non richiedano asportazioni estese e profonde, va utilizzato il cod. 86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo.

- Il cod. 86.22 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione, comprende la rimozione per mezzo di asportazione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa di tessuto necrotico.
- -Il cod. 86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione, comprende rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante brushing, irrigazione sotto pressione, washing o scrubbing.

Asportazione di neof ormazione cutanea con tecnica di Mohs

- DP: codice patologia;
- I/P: cod. 86.24 Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs

CAPITOLO 13 MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO (710-739)

Il capitolo raggruppa le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, con esclusione delle patologie neoplastiche, infettive e traumatiche, trattate nei rispettivi capitoli.

Le varie patologie sono divise in 4 blocchi:

ARTROPATIE (710 – 719)

DORSOPATIE (720 – 724)

REUMATISMO (725 – 729)

OSTEOPATIE, CONDROPATIE E DEFORMITA' ACQUISITE (730 – 739)

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

0 – sede non specificata

1 – spalla

2 – gomito

3 – polso

4 – mano

5 – anca

6 – ginocchio

7 – ossa della caviglia e del piede

8 – altre sedi specificate

9 – sedi multiple

ARTROPATIE E DISTURBI CORRELATI (710 – 719)

Il blocco comprende, oltre alle malattie diffuse del connettivo, patologie di diversa origine (infettive, infiammatorie, degenerative, associate a malattie sistemiche) e sintomi articolari (versamento articolare, dolore articolare, ecc.).

Malattie diffuse del Connettivo 710

Include le malattie diffuse del connettivo i cui effetti però non sono confinati al singolo sistema es. LES, Dermatomiosite, Sclerosi Sistemica; non comprende le manifestazioni che riguardano principalmente il sistema cardiovascolare (es. poliarterite nodosa e manifestazioni analoghe: 446._).

Artropatie da agenti infettivi 711

Artrite da piogeni:

- DP: cod. 711.0 _ Artrite;
 - DS: il microrganismo infettante cod. 041.0_ -041.8_.

Artrite associata ad altre patologie infettive:

- DP: codificare prima la malattia di base;
 - DS: l'artrite cod. 711.1_ – 711.8 _.

L'artrite da salmonella (003.23), la gonococcica (098.50), la meningococcica (036.82), quella da rosolia (056.71) hanno una propria specifica codifica.

Artrite infettiva non specificata:

- DP: cod. 711.9 _ Artrite infettiva non specificata.

Artropatie da microcristalli 712

L'artropatia gottosa è esclusa da questa categoria ed è codificata con il codice 274.0

Per le condrocalinosi il codice 712._ va utilizzato in DS mentre in DP deve essere indicata la malattia di base: 275.4 (disordini del metabolismo del calcio).

Artropatia associata ad altri disturbi classificati altrove 713

- DP: la malattia di base.

➤ DS: 713._

Artrite reumatoide ed altre poliartropatie infiammatorie 714

Artrosi 715

Include sinonimi come osteoartrosi, poliartrosi, artrite o poliartrite degenerativa o ipertrofica. Distinta in generalizzata o localizzata, primaria o secondaria. Esclusa artrosi della colonna, compresa nelle dorsopatie (cat. 721).

Altre artropatie non specificate 716

- cod. 716.1_ *Artropatia traumatica*;
- cod. 716.2_ *Artrite allergica*;
- cod. 716.3_ *Artrite post-climaterica*.

Lesioni interne del ginocchio 717 La categoria include le lesioni inveterate (degenerazione, rottura, strappo) dell'articolazione del ginocchio nelle sue varie componenti (cartilagine articolare, menischi, legamenti, rotula), mentre sono escluse le lesioni traumatiche acute (836.0 – 836.6), le anchilosi (718.5 _), le contratture (718.4 _), le deformità acquisite (736.4 – 736.6).

Altre lesioni articolari 718

- cod. 718.1_ *Corpo libero endoarticolare*
- cod. 718.2_ *Lussazione patologica (non traumatica)*
- cod. 718.3_ *Lussazioni recidivanti o abituali*
- cod. 718.4_ *Rigidità articolari*
- cod. 718.5_ *Anchilosi articolari*

Altre e non specificate patologie articolari 719

- cod. 719.0_ *Versamento articolare*
- cod. 719.1_ *Emartro*
- cod. 719.2_ *Sinovite villonodulare*
- cod. 719.4_ *Dolore articolare*

DORSOPATIE (720 – 724)

Il blocco raccoglie varie patologie/sintomi di diversa eziologia che interessano la colonna vertebrale, escluse le deviazioni della colonna (cat. 737) e l'osteochondrosi della colonna vertebrale (cat.732).

Discite

a) se spontanea indicare:

- DP: cod. 722.9_ *Altre e non specificate patologie del disco, (la quinta cifra identifica la sede);*
 - DS: se presente infezione cod. 041._ _ *Infezioni batteriche in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata.*

b) se TBC della colonna vertebrale indicare:

- DP: cod. 015.0_ *Tubercolosi della colonna vertebrale;*
 - DS: cod. 722.9_ *Altre e non specificate patologie del disco.*

c) se post-operatoria indicare:

- DP: cod. 998.59 *Altra infezione post-operatoria;*
 - DS: cod. 722.9_ *Altre e non specificate patologie del disco.*

Lombalgia -Sciatalgia

Se la lombalgia e/o la sciatalgia sono causate da ernia del disco si codifica cod. 722.10 *Ernia del disco intervertebrale lombare senza mielopatia* (compresa compressione radicolare da ernia discale lombare). Se la lombalgia e/o la sciatalgia non sono correlate a patologia del disco usare il cod. 724.2 *Lombalgia*, cod. 724.3 *Sciatalgia*, cod. 724.5 *Dorsalgia*.

REUMATISMO, ESCLUSE LE FORME DORSALI (725 – 729)

Il blocco comprende numerose e diffuse patologie/sintomi dei tessuti molli dell'apparato osteomuscolare (muscoli, tendini, inserzioni muscolari, membrane sinoviali, borse, rotture non traumatiche di m. sinoviali e tendini).

Polimialgia reumatica 725

Entesopatie e sindromi analoghe 726

- cod. 726.1_ Sindrome della cuffia dei rotatori e disturbi associati
- cod. 726.32 Epicondilitis

Altri disturbi delle membrane sinoviali, dei tendini e delle borse 727

- cod. 727.0_ Sinovite e tenosinovite
- cod. 727.4_ Gangli e cisti delle membrane sinoviali, dei tendini e delle borse

Patologie del muscolo 728

Sindrome ipocinetica

- cod. 728.2 Atrofia muscolare da inattività non classificata altrove senza ulteriori complicanze.

Sindrome da immobilizzazione:

- cod. 728.3 Altri specifici disturbi muscolari.

Debolezza muscolare

- cod. 728.87 Debolezza muscolare (generalizzata).

OSTEOPATIE, CONDROPATIE e DEFORMITA' ACQUISITE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE (730-739)

Osteomielite (730)

La codifica dell'osteomielite, in forma acuta (730.00-730.09) o cronica (730.10-730.19), va distinta per sede e richiede se possibile un codice aggiuntivo specificante l'eziologia.

Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove (731)

- cod. 731.0 Malattia delle ossa di Paget.

Osteocondropatie (732)

- cod. 732.0 -732.6 Osteocondrosi giovanile
- cod. 732.7 Osteocondrite dissecante

Altri disturbi delle ossa e delle cartilagini (733)

- cod. 733.0_ Osteoporosi;
- cod. 733.1_ Fratture patologiche.
Codice utilizzabile in DP solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura, indicando in diagnosi secondaria la patologia di base (es. cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo*);
- cod. 733.4_ Necrosi asettica delle ossa;
- cod. 733.7 Atrofia Sudeck;
- cod. 733.81 e cod. 733.82 Viziosa e mancata saldatura di frattura;
- cod. 733.93, 733.94, 733.95 Frattura da stress.

Deformazioni acquisite delle dita del piede (735)

- cod. 735.0 Alluce valgo (acquisito)
- cod. 735.1 Alluce varo (acquisito)
- cod. 735.5 Dita del piede ad artiglio

Deviazioni della Colonna Vertebrale (737)

- cod. 737.0 – 737.39 Cifosi, lordosi, cifoscoliosi e scoliosi. Nelle deviazioni della colonna associate ad altre manifestazioni morbose (cod. 737.40 – cod. 737.9), codificare per prima la malattia di base (es. cod. 138 Poliomielite, cod. 015.0 Tbc della colonna vertebrale (Morbo di Pott)).

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P)

Interventi sulla spalla

Esempi:

- DP: cod. 718.31 Lussazione recidivante o abituale della spalla;
 - I/P: cod. 81.82 Riparazione di lussazione ricorrente della spalla.

- DP: cod. 727.61 Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori;
 - I/P: cod. 83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori.

Acromionplastica

- I/P: cod. 81.83 Altra riparazione della spalla.

L'asportazione di tessuto o lesione ossea deve essere codificata utilizzando la sottocategoria 77.6_ *Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo*; i codici della sottocategoria 77.4_ *Biopsia dell'osso* vanno riservati alle biopsie ossee e osteomidollari.

Intervento chirurgico di revisione e di sostituzione di protesi di anca o di ginocchio

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

- 00.70-00.73 per la revisione di protesi di anca
- 00.80-00.84 per la revisione di protesi del ginocchio

Si sconsiglia l'utilizzo dei codici 81.53 e 81.55 relativi alla revisione, rispettivamente, di protesi dell'anca e del ginocchio non altrimenti specificata .

Si deve codificare anche l'eventuale cod. 84.57 Rimozione di spaziatore di cemento e, nel caso dell'anca, anche la superficie d'appoggio (00.74 - 00.77).

Questi codici comprendono sia la revisione che la contemporanea sostituzione e sono di conseguenza sufficienti per descrivere l'intervento complessivo di revisione e sostituzione.

Revisione della protesi conseguente a mobilizzazione asettica

- DP: cod. 996.4_ Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni;
 - DS: utilizzare un codice aggiuntivo per identificare la protesi articolare con complicazioni meccaniche (V43.60-V43.69).

Meniscectomia in artroscopia

Nel caso di rimozione di menisco in artroscopia occorre segnalare i seguenti codici di:

- I/P: cod. 80.6 Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio;
- I/P: cod. 80.26 Artroscopia del ginocchio.

Shaving cartilagineo

Intervento di pulizia della cartilagine articolare del ginocchio (shaving cartilagineo):

- I/P: cod. 80.86 Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del ginocchio.

Protesi di rotula

La protesi di rotula va considerata come sostituzione di ginocchio:

- I/P: cod. 81.54 Sostituzione totale del ginocchio.

Revisione di protesi di caviglia

La revisione con sostituzione di protesi di caviglia va descritta:

- I/P: cod. 81.56 Sostituzione totale della tibio-tarsica. Quando si esegue la sola revisione va impiegato:
- I/P: cod. 81.59 Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificato altrove.

Intervento di autotrapianto di cartilagine

Per il ricovero in cui si effettua il prelievo di cartilagine dal paziente:

- DP: codificare la patologia che richiede l'autotrapianto;
 - I/P: cod. 80.9_ Altra asportazione dell'articolazione;

- I/P: cod. 80.2_ Artroscopia.

Per il successivo ricovero, in cui si effettua l'autotrapianto indicare :

- DP: la patologia che richiede l'autotrapianto;
 - DS: cod. V42.89 Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto;
 - I/P: cod. 81.4_ Altra riparazione dell'articolazione delle estremità inferiori ;
 - I/P: cod. 80.2_ Artroscopia.

Vertebroplastica

Nei casi di intervento per vertebroplastica utilizzare:

- I/P: cod. 81.65 Vertebroplastica.

Cifoplastica:

- I/P: cod. 81.66 Cifoplastica.

Sostituzione di disco vertebrale

L'inserzione di protesi artificiale del disco vertebrale e la revisione o sostituzione va descritta:

- I/P: cod. 84.6_ Sostituzione di disco vertebrale.

Impianto di altri dispositivi o materiali muscolo scheletrici (84.5_)

L'inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali (cambre a "C", cage, gabbie, chiodi ossei filettati) va descritta con il codice:

- I/P: cod. 84.51 Inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali.

Inserzione di spaziatore (articolare) in cemento:

- I/P: cod. 84.56 Inserzione di spaziatore di cemento.

Rimozione di spaziatore (articolare) in cemento:

- I/P: cod. 84.57 Rimozione spaziatore di cemento.

Inserzione di spaziatore interspinoso:

- I/P: cod. 84.58 Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso.

Inserzione di altri dispositivi senza fusione tra i corpi vertebrali:

- I/P: cod. 84.59 Inserzione di altri dispositivi spinali.

Nucleoplastica a radiofrequenza

L'intervento di nucleoplastica a radiofrequenza per il trattamento dell'ernia del disco va descritta;

- I/P: cod. 80.59 Altra distruzione del disco intervertebrale.

Trapianto di osso

I casi di Trapianto di osso vanno codificati nel modo seguente:

- DP: codificare la patologia che richiede il trapianto;
 - DS: cod. V42.4 Osso sostituito da trapianto;
 - I/P: cod. 78.0_ Innesto osseo.

Si precisa che il cod. 78.00 *Innesto osseo, sede non specificata* non deve essere mai utilizzato in quanto aspecifico. Quando si ricorre a un codice della categoria 78.0_ *Innesto osseo* occorre codificare anche l'eventuale prelievo di osso per innesto (77.70 -77.79).

Trapianto di tendine da cadavere (escluso quello associato ad artroplastica)

Deve essere descritto:

- DP: codificare la patologia che richiede il trapianto;
 - DS: cod. V42.89 Altro organo o tessuto sostituito da trapianto;
 - I/P: cod. 83.75 Trasposizione o trapianto di tendini.

Inserimento o trapianto o impianto o innesto di sostituto osteocondrale di articolazione

Per i ricoveri che prevedono interventi a cielo aperto di ricostruzione articolare di ginocchio, spalla e caviglia in cui venga utilizzato un sostituto osteoarticolare biologico di ampie dimensioni il codice da indicare è:

- cod. 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio*, nella accezione di unicompartimentale (emiarticolare)
- cod. 81.56 *Sostituzione totale della tibiotarsica*;
- cod. 81.80 *Sostituzione totale della spalla con protesi sintetica*;
- cod. 81.81 *Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)*;

Qualora si tratti di trapianto da donatore cadavere aggiungere cod. 00.93 *Trapianto da cadavere*.

Trattamenti ortopedici ulteriori

I pazienti sottoposti a riduzione di una frattura generalmente presentano la necessità di ulteriori cure, ad esempio per la rimozione di protesi metalliche, placche o apparecchi di fissazione esterna. Per la descrizione di questi specifici casi sono previsti i codici V della categoria V54. __ *Altro trattamento ortopedico ulteriore* suddivisi nelle seguenti sottocategorie:

- cod. V54.0_ *Trattamento ulteriore per dispositivo di fissazione interna*;
- cod. V54.1_ *Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica*;
- cod. V54.2_ *Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica*;
- cod. V54.8_ *Altro trattamento ortopedico ulteriore*;

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

cod. diagnosi è:

V53.7 *Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici*.

Nell'eventualità di un malfunzionamento di un dispositivo ortopedico (ad esempio, impianto esterno con viti, impianto interno con placche, innesto osseo), occorrerà segnalare uno dei codici 996.4_ *Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni*; invece ulteriori e altre complicazioni potranno essere codificate impiegando gli specifici codici delle sottocategorie 996.6_ *Infezioni e reazioni infiammatorie da protesi, impianti e innesti interni* e 996.7_ *Altre complicazioni di protesi, impianti e innesti interni*.

Sindrome dello Stretto Toracico

In presenza di Sindrome dello Stretto Toracico vanno utilizzati i seguenti codici:

- DP: cod. 353.0 Lesioni del plesso brachiale;
 - I/P: cod.77.91 Ostectomia totale della scapola, della clavicola, del torace (coste e sterno).

Biopsia ossea e osteomidollare

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

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

Biopsia dell'osso (cielo aperto o cielo chiuso)

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

Conversione a cielo aperto

Se l'intervento in artroscopia viene convertito a cielo aperto:

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

Cifoplastica in caso di viziosa o mancata saldatura di frattura patologica vertebrale

In caso di viziosa o mancata saldatura di frattura con presenza di frattura patologica vertebrale ed intervento di Cifoplastica, è indicata la seguente codifica:

- DP: cod. 733.81/82 Mancata e viziosa saldatura di frattura;
 - DS: cod. V54.27 Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica di vertebra
 - I/P: cod. 81.66 Cifoplastica (compresa tecnica con palloncino).

Fratture patologiche

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

Frattura patologica del collo del femore:

- DP: cod. 733.14 Frattura patologica del collo del femore;
 - DS: cod. 198.5 Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo;
 - I/P: cod. della procedura eseguita.

Interventi per ernia discale

L'utilizzo dei codici 80.51 e 80.59 è indicato esclusivamente per gli approcci chirurgici, sia classici che mini-invasivi . In caso di iniezione locale di sostanze terapeutiche, senza intervento cruento, deve essere utilizzato il codice 80.52.

CAPITOLO 14 - MALFORMAZIONI CONGENITE (740-759)

Le malformazioni congenite sono classificate nel capitolo XIV (740-759) della ICD-9-CM. Altre condizioni di origine perinatale, comprese alcune condizioni specificate come congenite, sono descritte nel capitolo XV (760-779), che include anche i traumi ostetrici classificati con la categoria 767.

La distinzione tra condizioni congenite ed acquisite è indicata nell'indice alfabetico attraverso l'utilizzo di modificatori. Alcune condizioni sono congenite per definizione, altre sono sempre considerate acquisite; per altre non vi è alcuna distinzione. Le malformazioni congenite sono classificate sulla base del sistema o dell'apparato coinvolto; alcune sono classificate con codici specifici, altre sono raggruppate nell'ambito di un termine generico. Nei casi in cui non sia previsto un codice specifico, dovrebbero essere indicati eventuali ulteriori codici aggiuntivi per le manifestazioni. L'età del paziente non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo XIV; le patologie descritte in tale capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età.

Alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita. Inoltre, molte condizioni non possono essere risolte, permanendo per tutta la vita del paziente. La malformazione rilevata alla nascita viene indicata come diagnosi principale nella SDO del neonato se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza. Le diagnosi secondarie debbono essere segnalate sulla SDO solo quando esse siano significative, cioè influenzino il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.

Si sconsiglia di utilizzare i codici 758.9 (manifestazione dovute ad anomalie cromosomiche non specificate) e 759.9 (anomalie congenite non specificate) in diagnosi principale; questi codici possono essere utilizzati tra le diagnosi secondarie per completare la descrizione del caso, riportando invece come diagnosi principale la malformazione più rilevante.

ad esempio:

- neonato sottoposto, durante il ricovero per l'evento nascita, ad intervento chirurgico per patologia malformativa congenita o patologia intercorrente, in tal caso la DP deve riportare la patologia trattata chirurgicamente, la DS deve riportare il codice da V30.__ a V39.__
- Per il neonato con piede torto diagnosticato alla nascita senza trattamento conseguente deve essere utilizzata solo la codifica del neonato sano per cui va indicato:
 - DP: un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 Nati vivi secondo il tipo di nascita.
- Per il neonato con soffio cardiaco non associato a malformazione indicare:
 - DP: solo un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 Nati vivi secondo il tipo di nascita.

Ipertensione polmonare persistente e primitiva del neonato

Nella versione ICD9-CM 2007 è stato introdotto il cod. 747.83 *Circolazione fetale persistente*, che include l'ipertensione polmonare persistente e primitiva del neonato.

Malformazione arterovenosa cerebrospinale congenita

In caso di ricovero per trattamento chirurgico di malformazione arterovenosa (MAV) congenita indicare

se cerebrale:

- DP: cod. 747.81 Anomalie del sistema cerebrovascolare;
 - I/P: cod. 38.81 Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici;
- oppure**
- I/P: cod. 38.61 Altra asportazione di vasi intracranici

se vasi spinali:

- DP: cod. 747.82 Anomalie dei vasi spinali;
 - I/P: cod. 38.80 Altra occlusione chirurgica di vasi, sede non specificata;

oppure

- I/P: cod. 38.60 Altra asportazione di vasi, sede non specificata.

Criptorchidismo

In caso di criptorchidismo indicare:

- DP: cod. 752.51 Testicolo non disceso o il cod. 752.52 Testicolo retrattile;

- I/P: cod. 62.5 Orchiopessi

Altre anomalie degli organi genitali

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

- cod. 752.81 *Trasposizione dello scroto;*
- cod. 752.89 *Altre anomalie specificate degli organi genitali.*

Intervento di raddrizzamento del pene secondo NESBIT

In caso di ricovero per intervento di raddrizzamento del pene secondo NESBIT indicare:

se la deviazione è congenita:

- DP: cod. 752.63 Curvatura anormale, congenita del pene
- I/P: cod. 64.92 Incisione del pene.

Malformazioni muscoloscheletriche di origine meccanica avvenute durante la gestazione

Alcune malformazioni muscolo-scheletriche di origine meccanica avvenute durante la gestazione (ad es. malposizione uterina) sono classificate nella categoria 754; se invece l'anomalia è legata a traumi alla nascita, occorre utilizzare i codici della categoria 767 (Traumi ostetrici) del Capitolo 15 dedicato alle *Condizioni morbose del periodo perinatale*.

Anomalie cromosomiche

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

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

CODIFICA DEL NEONATO E CAPITOLO 15 – CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE (760 – 779)

Codifica del neonato sano

I codici da V30 a V39, devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale nella SDO del neonato sano; 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 non trattate.

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

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

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

I codici delle categorie 760 -763 (cause materne di morbosità e mortalità perinatale) possono essere utilizzati come diagnosi secondarie sulla SDO del neonato (e solo su di essa) esclusivamente quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato. Tali codici non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia determinare un'influenza sul trattamento del neonato.

Nato morto

I codici:

- 768.0 (morte fetale da asfissia o anossia prima dell'inizio del travaglio o in un momento non specificato)
- 768.1 (morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio)
- 779.6 (interruzione della gravidanza – riferita al feto)

non devono essere utilizzati in quanto riferiti al feto per il quale non deve essere compilata la SDO (e quindi non si apre una cartella clinica). Parimenti, il codice V35 (Altro parto multiplo -tre o più- tutti nati morti) non deve essere utilizzato.

Vanno invece utilizzati sulla SDO materna i codici V27.__ corrispondenti:

- V27.1 (parto semplice: nato morto)
- V27.4 (parto gemellare: entrambi nati morti)
- V27.7 (altro parto multiplo: tutti nati morti)

Neonato ricoverato per patologia (ricovero successivo)

Nel caso di un ricovero per patologia, successivo a quello della nascita, non si devono usare in diagnosi principale i codici da V30. __ a V39. __, bensì utilizzare, ove si trovi riscontro, un codice da 760 a 779 che ci riporta all'MDC 15 (condizioni morbose di origine perinatali).

Se non si identifica un codice ricompreso nei codici perinatali, utilizzare in diagnosi principale il codice 779.89 (altre manifestazioni specifiche che hanno origine nel periodo perinatale) e in diagnosi secondaria la patologia riscontrata.

Osservazione dopo terapia intensiva neonatale

Il ricovero finalizzato all'osservazione del neonato successiva alla dimissione dalla terapia intensiva neonatale, va descritto ponendo in DP il cod. V66.5 (convalescenza successiva ad altro trattamento).

Il codice V20.1 (cure ad altro neonato o bambino sano) va utilizzato in DP per descrivere i ricoveri successivi a quelli relativi alla nascita, per supervisione sanitaria del neonato sano in caso di cattive manifestazioni socio – economiche familiari o malattia materna fisica o psichica.

Il codice V20.0 (controllo della salute del neonato o del bambino abbandonato) può essere utilizzato per il neonato abbandonato e per giustificare la degenza di bambini o neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione:

- DP: V3 _ _ _
 - DS: V20.0

Ricovero per osservazione di condizioni morbose sospette

Nel caso di un nuovo ricovero entro i primi 28 giorno di vita per sospetto diagnostico, poi non confermato, la diagnosi principale deve essere V29._ (osservazione di neonati per sospetto di condizione morbosa ...).

Se il ricovero avviene dopo i 28 giorni, la diagnosi deve essere V71._ (osservazione e valutazione per sospetto...).

Disturbi della crescita e del peso alla nascita

Prestare attenzione alle specificazioni presenti nel sistema di classificazione circa il livello di immaturità/prematurità ed il relativo peso alla nascita (codici da 764._ “ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale”) a 765._ (“problemi relativi a bassa età gestazionale e peso basso alla nascita”).

Poiché esistono grosse differenze tra il trattamento di un prematuro a basso peso rispetto ad un neonato con lo stesso grado di prematurità ma con peso più elevato, è stata introdotta la quinta cifra per la descrizione del peso alla nascita, precisando che per il neonato di basso peso senza particolari problemi assistenziali occorre indicare solo il codice V3._ _ in diagnosi principale.

Ipossia intrauterina e problemi respiratori neonatali

Sofferenza fetale (codici da 768.2 a 768.4): indicare solo se ha influenzato l'impegno clinico assistenziale rivolto al neonato.

Asfissia grave alla nascita (codici da 768.5 a 768.9): tiene conto della differenza di coinvolgimento delle condizioni neurologiche

Sindrome da stress respiratorio neonatale (769): in considerazione della gravità della patologia, che richiede per lo più ventilazione assistita o CPAP, deve essere riservato a:

- malattia delle membrane ialine di terzo e quarto stadio
- sindrome da ipoperfusione polmonare
- severa sindrome da distress respiratorio

Il **distress respiratorio lieve o moderato** si codifica con il codice 770.84 (insufficienza respiratoria del neonato).

Nato da madre positiva per infezione (nascita)

Neonato sano e con accertamenti negativi

- DP: V3 _ _ _
 - DS: nessuna

Neonato asintomatico ma positivo agli accertamenti culturali e sierologici

- DP: V3 _ _ _
 - DS2: codice da V02.0 a V02.9 per indicare lo stato di portatore o portatore sospetto di malattia infettiva

Neonato asintomatico con accertamenti positivi ma non ancora dirimenti circa la possibile trasmissione dell'infezione

- DP: V3 _ _ _

- DS: codici da V01.0 a V01.89 (contatto o esposizione a ...)

Neonato da madre diabetica

Per il neonato sano da madre diabetica utilizzare la seguente codifica:

- DP: V3_._._
- DS: nessuna.

CAPITOLO 16 - SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI (780-799)

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

Questo settore include sintomi, segni, risultati anomali di laboratorio o altre indagini, nonché manifestazioni mal definite che non possono essere classificate negli altri settori.

I segni o i sintomi che si riferiscono in modo abbastanza definito ad una specifica malattia sono stati assegnati in altri settori della classificazione.

In generale le **categorie 780-796** comprendono:

- manifestazioni morbose poco definite;
- sintomi che possono riguardare con uguale probabilità due o più malattie o apparati.

Le circostanze nelle quali è opportuno utilizzare i codici compresi nelle categorie 780-796 sono le seguenti:

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

Pertanto i codici compresi in questo capitolo possono essere utilizzati:

- **in diagnosi principale** solo in assenza di un'indicazione diagnostica più precisa. Si tratta di solito di patologie "ad etiopatogenesi non determinata" o "transitorie" o "non altrimenti specificate" che rimangono tali dopo esami approfonditi oppure perché il paziente viene trasferito altrove o muore prima del completamento delle indagini.
- **In diagnosi secondaria** possono essere riportati se rappresentano manifestazioni rilevanti e non costantemente associati alla patologia di base e la loro presenza comporta una differenza nella gravità della patologia del paziente e/o nella condotta terapeutica / assistenziale (786.3 emottisi).

CAPITOLO 17 - TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI (800 – 999)

Il capitolo comprende traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici, complicazioni di cure mediche, postumi degli stessi.

Si ricorda che in caso di ricovero per traumatismi/avvelenamenti, è obbligatorio compilare, oltre ai campi riguardanti diagnosi/interventi, anche i campi “traumatismi o intossicazioni” e “causa esterna”, presenti nella SDO, che specificano la causa del trauma/avvelenamento (vedi pag. 91).

Per la compilazione del campo “traumatismi o intossicazioni” i codici da utilizzare, a un carattere, sono i seguenti:

- (1) infortunio sul lavoro;
- (2) infortunio in ambiente domestico;
- (3) incidente stradale;
- (4) violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);
- (5) autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);
- (9) altro tipo di incidente o intossicazione.

Il campo è da utilizzare in presenza dei codici del capitolo 17 Traumatismi ed avvelenamenti:

- categorie codici 800 – 904 Traumatismi
- categorie codici 910 – 957 Altri traumatismi e ustioni
- categorie codici 959 – 995 Altri traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici.

N.B. si ricorda che il campo “traumatismi o intossicazioni” va compilato solo per il primo ricovero in regime ordinario.

TRAUMATISMI

In caso di traumatismi multipli, si usano i codici combinati in tutti i casi ove previsto (es. cod.828.0 *Fratture multiple interessanti ambedue gli arti inferiori, l'arto inferiore con quello superiore e l'arto inferiore con le costole e lo sterno, chiusa*); negli altri casi si codificano separatamente i singoli traumatismi. Il termine “dita” include anche il pollice.

Alcune fratture multiple sono specificate tra le fratture degli arti (ad es. cat. 817, 819, 827, 828, 829).

Traumatismi cranici

Particolare attenzione va posta al corretto utilizzo dei codici che identificano i traumatismi cranici evitandone l'uso per i casi clinici in cui i traumatismi esterni non si accompagnano a sintomi o segni di interessamento cerebrale.

Le fratture sono classificate secondo la sede nelle categorie 800 -804. Il quarto carattere del codice indica se la frattura è aperta o chiusa, se è associata a trauma intracranico ed il tipo del trauma intracranico. Fa eccezione la categoria 802 per la quale il quarto ed il quinto carattere identificano la sede della, frattura.

I traumi intracranici non associati a frattura sono classificati con le categorie 850 -854; il quarto carattere del codice indica il tipo di trauma e l'eventuale associazione con una ferita aperta.

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

- 0 -stato di coscienza non specificato
- 1 -senza perdita di coscienza
- 2 -con perdita di coscienza di durata <1h
- 3 -con perdita di coscienza di durata compresa tra 1 e 24h
- 4 -con perdita di coscienza di durata sup. alle 24h e recupero dello stato di coscienza preesistente

- 5 -con perdita di coscienza di durata sup. alle 24h senza recupero dello stato di coscienza preesistente (paz. incosciente che muore prima di riacquistare la coscienza)
- 6 -con perdita di coscienza di durata non specificata
- 9 -con stato commotivo non specificato.

Per la categoria 850 "Concussione", l'informazione relativa allo stato di coscienza è riportata con diverse modalità nella quarta cifra. Nel solo caso di breve perdita di coscienza, occorre specificarne la durata con la quinta cifra (850.1_).

La sindrome post-commotiva (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 trauma cranico sia ulteriormente descritto come lacerazione cerebrale o contusione cerebrale (851.8_) o quando sia associato ad emorragia subdurale, subaracnoidea o ad altra emorragia intracranica o ad altra specifica condizione classificabile nelle categorie 851 -854, non deve essere assegnato il codice della concussione.

I traumatismi esterni o superficiali della faccia e del cuoio capelluto devono essere codificati secondo specifici codici, ad esempio quelli appartenenti alle categorie 910, 920, ecc.

FERITE DELL'ARTO SUPERIORE e DELL'ARTO INFERIORE (880 – 897)

Comprendono le amputazioni traumatiche.

TRAUMATISMI SUPERFICIALI (910 – 919)

Comprendono le voci di abrasione, vescicola, corpo estraneo superficiale (scheggia).

Puntura d'insetto non velenoso senza o con infezione, senza reazione tossica e allergica generalizzata:

- DP: si codifica come traumatismo (910.4, 910.5).

Puntura o morso di animale che provoca reazione tossica:

- DP: cod. 989.5 Effetti tossici di veleno di origine animale.

Shock anafilattico:

- DP: cod. 995.0 Altro shock anafilattico non classificato altrove;
 - DS: cod. 985.9. Effetti tossici di veleno di origine animale.

USTIONI (940 – 949)

Sono comprese le ustioni:

- da alta temperatura (fuoco, oggetti o liquidi surriscaldati),
- da elettricità,
- da fulmini
- da radiazioni
- da sostanze chimiche.

Le categorie **940 – 947** classificano le ustioni **per sede**; per le categorie **941-946** la IV cifra le distingue per gravità (non specificata, I, II, III grado e III grado profondo senza e con perdita di sostanza).

I codici della categoria **948** le classificano **per estensione** della superficie corporea interessata e vanno usati in:

- DP: se non è specificata la sede, oppure in caso di ustioni molto estese, per le quali non è possibile codificare separatamente le varie sedi;

oppure in:

- DS: in aggiunta alle categorie 940 – 946 per le ustioni di III grado per specificare la percentuale di superficie corporea interessata.

Ustione solare o eritema solare si codifica con il codice della sottocategoria:

cod. 692.7_ *Dermatiti da radiazioni solari* distinte in I, II, III grado.

Il colpo di calore o colpo di sole è classificato tra gli effetti da cause esterne con il:
cod. 992.0 Colpo di calore o colpo di sole.

Ustioni di organi interni sono classificati nella categoria cod. 947 che comprende anche le **ustioni chimiche da ingestione di caustici**.

POSTUMI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI ED ALTRE CAUSE ESTERNE (905 – 909)

Categorie utilizzate per indicare i postumi delle patologie del cap. 17 (cat. da 800 a 999).

I postumi sono effetti causati da malattia/traumatismo che permangono dopo che la fase acuta della malattia/traumatismo è terminata, pertanto in caso di utilizzo di tali codici non vanno compilati i campi “traumatismi o intossicazioni” e “causa esterna”, presenti nella SDO; si impiegano quindi nei ricoveri successivi a quello in cui è stato trattato l’episodio acuto. Il postumo può essere relativamente precoce come negli accidenti cerebrovascolari o può verificarsi dopo mesi o anni come nel caso dei traumatismi. Non vi è limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato.

La codifica dei postumi prevede l’uso di 2 codici indicando:

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

Esempio A: DP: cod. 733.81 *Viziosa saldatura di frattura*; DS: cod. 905.4 *Postumi di frattura arti inferiori*.

Per ulteriori dettagli si rimanda al capitolo MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA / LUNGODEGENZA

AVVELENAMENTO DA FARMACI, MEDICAMENTI E PRODOTTI BIOLOGICI (960 – 979)

Per avvelenamento sono da intendersi gli effetti nocivi derivanti da dosi eccessive delle sostanze elencate o dalle stesse sostanze somministrate o assunte per errore.

Avvelenamento, si usa la **codifica multipla**:

un codice va utilizzato per indicare la **tipologia** dell’avvelenamento (es. cod. 964.2 *Avvelenamento da anticoagulanti*);

altri codici vanno utilizzati per evidenziare gli **effetti/manifestazione** clinica conseguente (es. cod. 599.7 *Ematuria*).

In linea generale indicare:

- DP: il codice relativo all’avvelenamento;
 - DS: la descrizione delle manifestazioni.

Esempio:

Coma diabetico da errato dosaggio di insulina:

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

Sono esclusi da queste categorie e codificati altrove:

- gli effetti nocivi (es. reazioni avverse) di sostanze appropriate e correttamente somministrate che sono codificati secondo la natura dell’effetto nocivo (es. cod. 535.4 *Gastrite da aspirina*, cod. 692.9 *Dermatite da contatto*);
- cod. 304.0 – 304.9 *Farmacodipendenza*;
- cod. 305.0 – 305.9 *Abuso di farmaci senza dipendenza*.

EFFETTI TOSSICI DI SOSTANZE DI ORIGINE PRINCIPALMENTE NON MEDICAMENTOSA (980 – 989)

Si intendono gli effetti causati da sostanze non medicamentose.

In linea generale indicare:

- DP: il codice dell’effetto tossico;
 - DS: il codice che descrive la manifestazione clinica (vedi anche nota in “Avvelenamenti”).

Si evidenziano tra gli effetti tossici:

- cod. 980.0 *Effetti tossici dell’alcool etilico*. Questo codice va usato solo per intossicazione acuta accidentale (es. in bambino).
- cod. 989.5 *Effetti tossici di veleni di origine animale (serpenti, ragni)*;
- cod. 989.84 *Effetti tossici del tabacco*.

Sono esclusi:

- cod. 506.0 – 508.9 gli effetti tossici respiratori da agenti esterni, descritti in “altre malattie del polmone”;
- le reazioni allergiche a sostanze ingerite come alimenti.

COMPLICAZIONI DI CURE MEDICHE E CHIRURGICHE NON CLASSIFICATE ALTROVE (996 – 999)

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

Il blocco comprende complicazioni in gran parte post-chirurgiche, soprattutto a carico di dispositivi, impianti, innesti, protesi e complicazioni di cure mediche non classificate altrove.

E' molto importante un'attenta lettura dei criteri di esclusione/inclusione poiché numerose complicanze sono elencate altrove.

In linea generale sono esclusi:

- l'avvelenamento ed effetti tossici da farmaci o sostanze chimiche già elencati tra gli avvelenamenti (960 – 979), e gli effetti tossici (980 – 989), altri effetti avversi da farmaci (995.0 – 995.9);
- le complicazioni della malattia per cui è eseguito l'intervento;
- le complicazioni di interventi di interesse ostetrico (aborto, travaglio, parto) riportate nell'apposito capitolo.

Complicazioni peculiari di alcuni interventi specificati (996)

La categoria raggruppa le complicanze meccaniche di dispositivi, impianti ed innesti cardiaci, vascolari, ortopedici, ed altri impianti (sottocategorie 996.0 – 996.5) e le infezioni e reazioni infiammatorie da protesi, impianti e innesti interni (sottocategoria 996.6).

Si ricorda che nella sottocategoria 996.4 di interesse ortopedico sono elencati i codici che precisano con la quinta cifra specifiche complicazioni meccaniche delle protesi articolari (dislocazione, usura, frattura, ecc.).

Le altre sottocategorie sono:

- cod. 996.7_ Altre complicazioni di protesi, impianti e innesti interni (biologici) (sintetici);
- cod. 996.8_ Complicazioni di trapianto di organo.

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.

Altre complicazioni di interventi non classificati altrove (998)

La categoria comprende alcune complicanze chirurgiche non elencate altrove come:

- cod. 998.0 Shock post-operatorio;
- cod. 998.11 Emorragia complicante l'intervento;
- cod. 998.3_ Rottura (deiscenza, apertura) di ferita chirurgica
- cod. 998.4 Corpo estraneo lasciato accidentalmente durante un intervento;
- cod. 998.5_ Infezione post-operatoria;
- cod. 998.6 Fistola post-operatoria.

Complicazioni di cure mediche non classificate altrove (999)

Comprende:

- cod. 999.1 Embolia gassosa;
- cod. 998.2 Flebite;
- cod. 999.4 Shock anafilattico da siero;
- cod. 999.6 – 999.8 Reazioni trasfusionali.

ALTRI MOTIVI DI RICORSO AI SERVIZI SANITARI (CODICI V)

Ricerca dei codici V

Devono essere ricercati nell'indice alfabetico delle diagnosi utilizzando i seguenti termini principali: ammissione, esame, storia, osservazione, neonato, persona, problema, screening, anamnesi, assistenza, controllo, sorveglianza, verifica, chemioterapia .

Utilizzo dei codici V

Si utilizzano per descrivere quelle circostanze, diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie e/o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute di paziente.

Possono essere utilizzati come **diagnosi principale** nei seguenti casi:

- paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura 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;

Possono essere utilizzati come **diagnosi secondaria**:

- per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che hanno influenzato il trattamento del paziente ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma.

Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi

Per il ricovero di pazienti per trattamenti specifici in relazione a cure pregresse si devono utilizzare come diagnosi principale i codici appartenenti alle categorie V51-V58. Tali codici non devono essere utilizzati nel caso di trattamento di un problema attuale acuto. A tale regola fanno eccezione i ricoveri per dialisi (V56._), chemioterapia (V58.1_) e radioterapia (V58.0).

Nel caso in cui il ricovero sia stato effettuato selettivamente per eseguire sia la chemioterapia che la radioterapia, entrambi i codici V devono essere riportati individuando la diagnosi principale secondo le regole generali di selezione della diagnosi principale.

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

Le categorie V10-V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti; i codici di tali categorie devono essere riportati, tra le diagnosi secondarie, solo quando tale condizione ha comportato l'esecuzione di esami/indagini nel corso dell'episodio di cura attuale.

Tuttavia il codice V10._ può essere utilizzato come diagnosi principale nel caso di controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo, quali TAC, endoscopie, scintigrafie, etc. Se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, riportare in diagnosi principale il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi.

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

Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi (codici V42 e V43).

Questi codici possono essere utilizzati in diagnosi principale solo per descrivere i ricoveri effettuati per terminare la convalescenza o per il follow up del paziente, negli altri casi possono essere riportati tra le altre diagnosi.

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

Quando viene compilata una SDO di nato vivo sano, relativa all'episodio di assistenza per la nascita, occorre sempre compilare il campo della diagnosi principale con uno dei codici delle categorie da V30._ a V39._.

Per i neonati sani **di norma non deve essere riportata nessuna altra diagnosi.**

Nei ricoveri successivi all'evento nascita ed entro i primi 28 giorni di vita, in cui un neonato viene valutato per una condizione patologica sospetta non confermata dopo gli opportuni approfondimenti, si deve utilizzare il codice V29._. (Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate)

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

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

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

Altro trattamento ortopedico ulteriore (V54)

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

Controllo di aperture artificiali (V55)

Tale categoria può essere utilizzata in diagnosi principale (o secondaria) per la chiusura di una stomia, esempio: ricovero per chiusura di tracheostomia DP V55.0, Intervento 31.72 (chiusura di fistola esterna della trachea).

Trattamento di pazienti in dialisi (V56)

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

Donatori di organi o tessuti (V59.1–V59.8)

Questi codici possono essere utilizzati, in diagnosi principale, solo quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organi.

Gli interventi eseguiti dovranno essere segnalati mediante i codici ICD-9-CM negli spazi della SDO riservati agli interventi chirurgici.

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

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

Nel caso in cui il trattamento non è eseguito per l'insorgenza di altra patologia quest'ultima va riportata come diagnosi principale se trattata nel ricovero ed il codice V64.1 deve essere riportato come diagnosi secondaria. Rientra in questa categoria anche la segnalazione dei casi chirurgici iniziati per via laparoscopica e convertiti in interventi a cielo aperto (cod. V64.4_).

Ricovero per cure palliative (V66. 7)

Il codice V66.7 si può utilizzare come diagnosi principale per ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative, utilizzando la diagnosi di tumore come secondaria.

Osservazione e valutazione per sospetto di manifestazioni morbose (V71)

Nei ricoveri per sospetto di condizioni patologiche, non confermate dalle indagini eseguite in diagnosi principale si può utilizzare la categoria V71

MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA/LUNGODEGENZA

In considerazione del diverso assorbimento di risorse, è necessario distinguere l'**attività riabilitativa post-acuzie**, in diretta connessione con l'evento acuto, dai **ricoveri elettivi per attività riabilitativa**, effettuati in una fase successiva all'evento che ha scatenato il bisogno assistenziale riabilitativo.

Conseguentemente i pazienti potranno afferire ai reparti di riabilitazione:

- da un reparto di acuzie o di lungodegenza di una struttura pubblica o privata;
- dal proprio domicilio con richiesta del medico curante.

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 in riabilitazione e la dimissione da una U.O. per acuti o lungodegenza. La diagnosi principale deve essere coerente con il **progetto riabilitativo**. I codici utilizzati:

- DP: un codice di postumo o, se non disponibile, un codice di patologia o in sua assenza un codice di segno o sintomo;
 - DS: cod. V57.___ Cure riabilitative (dove previsto utilizzare la quinta cifra).

Per i ricoveri in Lungodegenza (codice disciplina 60), il codice di riabilitazione V57.___ *Cure riabilitative* va obbligatoriamente segnalato tra le diagnosi secondarie, solo nel caso sia stato messo in atto un progetto riabilitativo individuale con attività estensive.

RICOVERI ELETTIVI PER ATTIVITA' RIABILITATIVA

Per i ricoveri di riabilitazione (codice disciplina 56) che non sono in diretta connessione con l'evento acuto e con 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.

Fanno eccezione a questa regola generale i ricoveri presso le Unità Operative di Alta Specialità Riabilitativa (codice disciplina 28), nel rispetto dei requisiti di appropriatezza del ricovero previsti in merito dalla normativa vigente.

Esempi:

Trattamenti riabilitativi per sostituzione di articolazione

- DP: cod. V43.6_ Articolazione sostituita con altri mezzi;
 - DS: codice della patologia che ha determinato l'intervento chirurgico;
 - DS: cod. V57.___ Cure riabilitative.

Traumatismi operati

- DP: cod. 905._ Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo oppure cod.907._ Postumi di traumatismi del sistema nervoso.

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

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

Malattie cerebrovascolari

- DP: cod. 438._ Postumi delle malattie cerebrovascolari.

- DS: i codici che identificano la tipologia del danno cerebrovascolare, ad es.:
- ✓ **per gli ictus e le vasculopatie cerebrali:**
 - cod.430 *Emorragia sub aracnoidea;*
 - cod.431 *Emorragia cerebrale;*
 - cod.434.__ *Occlusione delle arterie cerebrali;*

Malattie polmonari croniche

Nella riabilitazione delle malattie polmonari croniche (es. BPCO) la finestra temporale 0-30 si applica tra l'evento acuto (riacutizzazione), ed il ricovero riabilitativo; la riacutizzazione non sempre dà luogo a ricovero, ma deve essere in ogni caso dettagliatamente documentata in cartella clinica: in questo caso saranno utilizzati i seguenti codici:

- DP: codice patologia
 - DS: codice V57.__

In assenza di detta documentazione i codici devono essere:

- DP: codice V57.0
 - DS: codice patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo

Codifica delle procedure

Si precisa che per una più completa descrizione dell'attività riabilitativa svolta devono essere indicati i codici ICD-9-CM delle procedure eseguite.

Vanno segnalate anche le altre procedure ritenute significative sul piano clinico e/o del consumo di risorse (es. rimozione tracheotomia, posizionamento o rimozione PEG ecc.).

CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE (E800 - E899)

Al fine di descrivere eventi, circostanze e condizioni che rappresentano le cause di traumatismo, avvelenamento o altro effetto avverso, è previsto l'uso di un codice aggiuntivo "E" (Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo ed avvelenamento). Non si utilizza nella sezione diagnosi ma in un campo apposito. Aumenta il contenuto informativo della SDO descrivendo l'agente causale di un traumatismo o avvelenamento, il luogo dove si è verificato e l'intenzionalità (accidentale o intenzionale).

- INCIDENTI FERROVIARI (E800-E807)
- INCIDENTE DA TRAFFICO DI VEICOLO A MOTORE (E810-E819)
- INCIDENTE NON DA TRAFFICO DEI VEICOLI A MOTORE (E820-E825)
- ALTRI INCIDENTI DI VEICOLI STRADALI (E826-E829)
- INCIDENTE DA TRASPORTO SU ACQUA (E830-E838)
- INCIDENTI LEGATI AL TRASPORTO AEREO E SPAZIALE (E840-E845). La quarta cifra individua la persona infortunata.
- INCIDENTI LEGATI A VEICOLO NON CLASSIFICABILE ALTROVE (E846-E849). La quarta cifra della categoria E849_ individua il luogo ove è avvenuto il traumatismo o l'avvelenamento.
- INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA DROGHE, SOSTANZE MEDICINALI E SOSTANZE BIOLOGICHE (E850-E858). La quarta cifra individua specifiche sostanze medicinali e biologiche.
- AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA ALTRE SOSTANZE SOLIDE E LIQUIDE, GAS E VAPORI (E 860-E 869).La quarta cifra individua specifiche sostanze.
- INCIDENTI IN PAZIENTI DURANTE CURE CHIRURGICHE E MEDICHE (E870-E876). La quarta cifra individua specifiche cure mediche e chirurgiche causa di traumatismo
- PROCEDURE CHIRURGICHE E MEDICHE COME CAUSA DI REAZIONE ANOMALA NEL PAZIENTE O DI UN SUCCESSIVO INCIDENTE, SENZA EVIDENZA DI INCIDENTE AL MOMENTO DELLA PROCEDURA (E878-E879). La quarta cifra individua, specifiche procedure
- CADUTE ACCIDENTALI (E880-E888). La quarta cifra individua il luogo e/o la modalità e/o la causa della caduta
- INCIDENTE CAUSATI DA FUOCO E FIAMME (E890-E899). La quarta cifra individua modalità di sviluppo e fonte del fuoco
- INCIDENTE DOVUTI A FATTORI NATURALI E AMBIENTALI (E900-E909). La quarta cifra individua specifici fattori naturali e ambientali
- INCIDENTI CAUSATI DA IMMERSIONE, SOFFOCAMENTO E CORPI ESTRANEI (E910-E915). La quarta cifra individua il luogo e/o la modalità e/o la causa dell'incidente
- ALTRI INCIDENTI (E916-E928). La quarta cifra individua il luogo e/o la modalità e/o la causa dell'incidente
- POSTUMI DI TRAUMATISMI ACCIDENTALI (E929). La quarta cifra individua il tipo di incidente causa di disabilità
- FARMACI, SOSTANZE BIOLOGICHE E MEDICAMENTI IL CUI USO TERAPEUTICO PUO' PROVOCARE EVENTI AVVERSI (E930-E949). La quarta cifra individua classi di farmaci, sostanze biologiche e medicinali causa di eventi avversi
- SUICIDIO E LESIONI AUTOINFLITTE (E950-E959). La quarta cifra individua il luogo e/o la modalità e/o la causa dell'evento
- OMICIDIO E LESIONI VOLUTAMENTE INFLITTE DA ALTRE PERSONE (E960-E969). La quarta cifra individua la modalità e/o la causa dell'incidente e/o l'esecutore dell'aggressione o dell'omicidio
- INTERVENTI LEGALI (E970-E978). Per le suddette categorie non è prevista un'ulteriore specificazione con la quarta cifra.
- TERRORISMO (E979). La quarta cifra individua modalità e/o situazioni dell'evento
- TRAUMATISMO NON SPECIFICATIO SE INFLITTO ACCIDENTALMENTE O DI PROPOSITO (E980-E989). La quarta cifra individua il luogo e/o la modalità e/o la causa e/o la situazione dell'incidente
- TRAUMA DERIVANTE DA OPERAZIONI DI GUERRA (E990-E999). La quarta cifra individua, per le suddette categorie, la modalità e/o la causa del trauma.