

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Emilia-Romagna

BOLLETTINO UFFICIALE

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA

Parte seconda - N. 131

Euro 2,05

Anno 40

15 ottobre 2009

N. 177

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre
2009, n. 1419

**Adozione “Linee guida per la compilazione e la co-
difica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospe-
daliera” revisione 2009**

DELIBERAZIONI REGIONALI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2009, n. 1419

Adozione "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera" revisione 2009

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- l'art. 8-sexies DLgs 502/92 e successive modificazioni il quale al comma 5 stabilisce che vengano individuati i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione;
- l'art. 8-octies del DLgs 502/92 e successive modificazioni con il quale viene stabilito l'obbligo da parte della Regione e delle Aziende sanitarie di attivare un sistema di controllo in merito alla appropriatezza e alla congruità delle prestazioni erogate dagli ospedali accreditati, privati e pubblici;

visto il DM del 27 ottobre 2000 n. 380 "Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati" che prevede l'applicazione della versione italiana 1997 della International Classification of Diseases-9th revision-Clinical Modification (ICD9CM) e dei suoi successivi aggiornamenti per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, quali la diagnosi principale di dimissione, le diagnosi secondarie, l'intervento chirurgico principale o parto, gli altri interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche;

preso atto che, in applicazione del sopraccitato DM 380/00 sono state emanate le "Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO)" di cui al repertorio atti n. 1457 della Conferenza Stato-Regioni del 6 giugno 2002;

visto il DM del 21 novembre 2005 che prevede all'art. 3 che «Il sistema di classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche ed il sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere che vi fa riferimento sono aggiornati con periodicità biennale a decorrere dall'1 gennaio 2006»;

dato atto che il DM del 18 dicembre 2008 prevede l'adozione a decorrere dall'1 gennaio 2009 della versione italiana 2007 ICD-9-CM allineata alla versione 24 del sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere Diagnosis Related Groups (DRG);

considerato che con determinazione del Direttore generale Sanità e Politiche sociali 9817/05 è stato istituito un gruppo di lavoro denominato "Gruppo regionale per il controllo di qualità della codifica della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)" al fine di supervisione e monitoraggio rispetto ai problemi di codi-

fica della scheda nosologica, anche in riferimento alla descrizione dei casi trattati in regime di degenza ospedaliera, con l'obiettivo di realizzare l'uniformità nei comportamenti delle organizzazioni in merito alle regole di codifica delle SDO;

atteso che con successiva determinazione 9163/08 il suddetto gruppo è stato modificato nella sua composizione, anche allo scopo specifico di procedere all'aggiornamento delle indicazioni in previsione della introduzione del nuovo sistema di classificazione di cui al DM 18 dicembre 2008 sopra richiamato;

considerato che con determinazione del Direttore generale Sanità e Politiche sociali, 13491/08 è stato istituito un gruppo tecnico multidisciplinare, articolato in diversi settori in relazione ad aree e problematiche specifiche, per l'aggiornamento della funzione di controllo delle prestazioni sanitarie complessivamente intese e che i relativi sottogruppi "Codifica opportunistica", "Appropriatezza organizzativa" e "Percorsi di verifica", hanno individuato, in maniera congiunta, quale priorità di lavoro -così come risultante dalla relazione del 3/11/2008 agli atti del Servizio Presidi ospedalieri - l'elaborazione di nuove linee guida per il controllo in ambito di ricovero al fine di garantire la corretta certificazione delle prestazioni prevenendo comportamenti opportunistici;

richiamata la propria deliberazione n. 1171 del 27 luglio 2009 "Definizione delle linee di indirizzo regionali per l'attività di controllo in materia di ricovero" che, definendo i principi e le modalità da seguire nelle attività di controllo sui produttori pubblici e privati accreditati di prestazioni di ricovero nella regione Emilia-Romagna, indica come base imprescindibile per l'attività di controllo la corretta descrizione dei casi trattati e la puntuale corrispondenza fra i contenuti della cartella clinica e la scheda nosologica, anche ai fini della attribuzione del caso e alla puntuale determinazione degli importi tariffari;

atteso che l'effettiva introduzione, a partire dall'1 gennaio 2009, della nuova classificazione ha comportato l'implementazione di nuovi codici di diagnosi e intervento/procedura, rendendo indifferibile l'adozione di nuove regole che tengano conto dell'affinamento di descrizione della casistica ospedaliera;

ritenuto pertanto necessario adottare le Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM, revisione 2009 della scheda di dimissione ospedaliera allegate alla presente quali indicazioni vincolanti per i produttori ospedalieri pubblici e privati;

dato atto del parere allegato;

su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

a voti unanimi e palesi, delibera:

1) di approvare, per le motivazioni esposte in premessa e qui integralmente richiamate, le nuove "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM, revisione 2009" della scheda di dimissione ospedaliera allegate al presente atto, quale parte integrante e sostanziale;

2) di pubblicare il presente provvedimento, comprensivo dell'allegato, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

(segue allegato fotografato)



Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

**Linee guida per la compilazione
e la codifica ICD-9-CM della scheda
di dimissione ospedaliera**

revisione 2009

La redazione del volume è stata curata dal Gruppo regionale per il controllo di qualità della codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera

Cristiano Visser	Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali – Assessorato Politiche per la Salute (coordinatore del gruppo di lavoro)
Barbara Benoldi	Azienda Ospedaliera di Parma
Nazzarena Borciani	Azienda USL di Reggio Emilia
Roberto Franchini	A.I.O.P.
Giuseppina Giugni	I.R.S.T.
Giuseppina Lanciotti	Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali – Assessorato Politiche per la Salute
M. Cristina Magnolo	Azienda USL di Reggio Emilia
Nicoletta Masini	Azienda USL di Forlì
Monica Merlin	Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali – Assessorato Politiche per la Salute
Stefania Parisse	Azienda Ospedaliera di Bologna
Rovena Rubini	I.O.R.
Maria Vizioli	Servizio Presidi Ospedalieri – Assessorato Politiche per la Salute
Luisa Frontali	Segreteria

Si ringraziano per la collaborazione e gli utili suggerimenti

Enrico Amenta	Azienda Ospedaliera di Bologna
Riccardo Bentivegna	Azienda USL Rimini
Enrico Clini	Casa di Cura Villa Pineta
Sergio Concetti	Azienda Ospedaliera di Bologna
Andrea Contini	Azienda Ospedaliera di Parma
Giuseppe Crialesi	Azienda Ospedaliera di Parma
Barbara Dalla Via	Azienda Ospedaliera di Bologna
Daniela Fortuna	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Piercarlo Frasconi	Azienda Usl Forlì
Mauro Gargiulo	Azienda Ospedaliera di Bologna
Stefano Giordani	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Mirco Lusvardi	Azienda Usl Reggio Emilia
Antonio Marzocchi	Azienda Ospedaliera di Bologna
Laura Melandri	Servizio Presidi Ospedalieri – Assessorato Politiche per la Salute
Rita Melotti	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Piero Mikus	Azienda Ospedaliera di Bologna
Maria Luisa Moro	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Davide Pacini	Azienda Ospedaliera di Bologna
Stefano Reggiani	Casa di Cura Hesperia Hospital
Davide Resi	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Alberto Rinaldi Ceroni	Azienda Ospedaliera di Bologna
Chiara Riva	Azienda Ospedaliera di Modena
Gabriella Salciccia	Azienda Ospedaliera di Modena
Giovanni Sorrenti	Azienda Ospedaliera di Bologna
Franco Stella	Azienda Ospedaliera di Bologna
Antonio Vaccari	Azienda Usl Modena Osp. S. Agostino-Estense
Lonardi Roberto	Azienda Ospedaliera di Modena
Gustavo Zanolì	Globe - Università di Ferrara
La Commissione Cardiologica-Cardiochirurgica	– Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Rischio Infettivo	– Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Editing a cura di

Luisa Frontali, Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali – Assessorato Politiche per la Salute

Stampa, Centro Stampa Giunta regionale, Bologna, agosto 2009

Copia del volume può essere scaricata dal Sito internet

http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere_circ/lineecod/index.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare o duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte

INDICE

<u>INDICE.....</u>	5
<u>Le principali novità</u>	8
<u>Introduzione al Manuale ICD-9-CM.....</u>	11
<u>Linee guida generali alla selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche.....</u>	14
<u>Diagnosi.....</u>	14
<u>Interventi e Procedure.....</u>	16
<u>ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA.....</u>	19
<u>CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA.....</u>	20
<u>CARDIOLOGIA.....</u>	25
<u>CHIRURGIA GENERALE.....</u>	29
<u>CHIRURGIA DELLA MAMMELLA</u>	
.....	32
<u>CHIRURGIA PLASTICA.....</u>	33
<u>CHIRURGIA TORACICA.....</u>	34
<u>CHIRURGIA VASCOLARE.....</u>	35
<u>DERMATOLOGIA.....</u>	37
<u>EMATOLOGIA</u>	38
<u>ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA.....</u>	39
<u>GASTROENTEROLOGIA ED EPATOLOGIA.....</u>	41
<u>MALATTIE CEREBROVASCOLARI.....</u>	42
<u>MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI.....</u>	43
<u>MALFORMAZIONI CONGENITE.....</u>	45
<u>NEFROLOGIA.....</u>	46
<u>NEONATOLOGIA.....</u>	47
<u>NEUROLOGIA</u>	
.....	49
<u>OCULISTICA</u>	
.....	50
<u>ONCOLOGIA E CHIRURGIA ONCOLOGICA.....</u>	51
<u>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.....</u>	55
<u>OSTETRICIA E GINECOLOGIA.....</u>	59
<u>OTORINOLARINGOIATRIA.....</u>	61
<u>PNEUMOLOGIA.....</u>	63
<u>PSICHIATRIA</u>	
.....	64
<u>REUMATOLOGIA</u>	
.....	65

<u>RIABILITAZIONE.....</u>	66
<u>TERAPIA ANTALGICA.....</u>	70
<u>TRAUMATISMI.....</u>	72
<u>UROLOGIA E ANDROLOGIA</u>	
<u>.....</u>	74
<u>SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI.....</u>	76
<u>ALTRI MOTIVI DI RICORSO AI SERVIZI SANITARI (CODICI V).....</u>	77

Presentazione

Con il decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 18 dicembre 2008 si è introdotto, a livello nazionale, l'aggiornamento del sistema di classificazione utilizzato per la codifica delle diagnosi e delle procedure inserite nella scheda di dimissione ospedaliera e del sistema utilizzato per la classificazione della casistica ospedaliera ai fini sia della descrizione e valutazione del case-mix trattato, che della remunerazione dei ricoveri.

I due sistemi, in vigore dal primo gennaio 2009, sono la versione italiana 2007 della International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM) e la versione 24.0 del sistema Diagnosis Related Groups (DRG).

Il Manuale ICD-9-CM è lo strumento essenziale per la compilazione e la codifica delle variabili cliniche della scheda di dimissione ospedaliera: la variabilità della casistica medico-chirurgica, l'affinamento di cure sempre meno invasive, l'aggiornamento tecnologico e il progresso della ricerca scientifica, propongono protocolli assistenziali che, per strutturazione o complessità, richiedono una capacità descrittiva articolata e versatile, non sempre propria del naturale schematismo di ogni logica classificatoria.

Lo scopo delle linee-guida è quello di affiancare il Manuale di riferimento, nell'intento di migliorare la qualità delle informazioni cliniche della SDO e conseguire una elevata omogeneità di codifica di diagnosi, interventi e procedure, nel rispetto delle regole generali di codifica riportate nel D.M. n. 380 del 27/10/2000.

La Regione Emilia-Romagna ha partecipato ai lavori del gruppo nazionale costituitosi per aggiornare i sistemi di classificazione, sia come coordinatore nazionale con il Ministero in continuità con il Progetto Mattoni, che come responsabile di più linee di attività fra cui la redazione delle nuove linee-guida nazionali delle cui indicazioni si è tenuto conto nella stesura di questo volume.

In generale, l'edizione 2007 della classificazione ICD-9-CM italiana si arricchisce di un capitolo nuovo di procedure, e di una sezione supplementare costituita dai codici E "Classificazione delle cause esterne di traumatismo ed avvelenamento".

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

Va rilevato che nel passaggio dalla versione 2002 alla 2007 della classificazione sono stati inseriti più di 950 codici, dato rilevante rispetto alle variazioni fra versioni 1997 e 2002 in cui si movimentavano poco più di 290 codici, aumentando fortemente la capacità descrittiva dello strumento.

Rispetto alla precedente versione delle linee-guida, è stata rivista la struttura del volume per migliorare la coerenza espositiva e facilitare la ricerca di specifiche informazioni; per tale motivo le indicazioni di codifica sono state sistematizzate per disciplina clinica e non ordinate per capitolo ICD-9-CM come nella precedente edizione.

Molte indicazioni di codifica nascono dalle richieste di chiarimento pervenute dagli Operatori delle Aziende Sanitarie, cui sarà dedicata una specifica attività di formazione periodica, indispensabile per realizzare l'uniformità dei comportamenti rispetto alle regole di codifica della scheda nosologica.

LE PRINCIPALI NOVITÀ

Nel manuale ICD-9-CM 2007 è stata inserita la classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codici E), nella sola parte sistematica, al momento non utilizzabile per la compilazione della SDO.

La nuova rubrica 00 "Procedure ed Interventi non classificati altrove", raggruppa una serie di pratiche diagnostico-terapeutiche appartenenti a varie discipline, tra cui le angioplastiche dei vasi coronarici, precerebrali e cerebrali e l'impianto o la sostituzione di Pace-Maker o Defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca, che trovano nuove codifiche specifiche. Anche la revisione di protesi di anca e ginocchio si avvale di nuovi codici appartenenti alla rubrica 00.

Le discipline maggiormente interessate dalle modifiche sono la Cardiocirurgia (sostituzione valvolare cardiaca con tecnica transapicale), la Chirurgia Generale (gastroplastica verticale laparoscopica, rimozione laparoscopica di banding gastrico), le Malattie Infettive (sepsi, sindrome da risposta infiammatoria sistemica), Oncologia (ablazione percutanea di neoplasie).

In Ortopedia sono stati introdotti, oltre ad indicazioni per le revisioni di protesi di anca e ginocchio, nuovi codici utili a descrivere l'inserzione di protesi di disco intervertebrale, la vertebroplastica, la cifoplastica e l'inserzione e rimozione di spaziatore interspinoso, mentre in Terapia del Dolore si trovano ora rappresentati il dolore acuto e cronico, neoplastico e postoperatorio, nonché una codifica più puntuale per l'impianto del neurostimolatore spinale.

Nota informativa

Nel sito della SDO al seguente indirizzo

<http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/faq.htm>

sono disponibili le FAQ aggiornate e ordinate per categoria, con possibilità di proporre quesiti compilando l'apposito modulo.

E' stata inoltre inserita, nella sezione ICD-9-CM 2007 Grouper 24

<http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/icd9cm24.htm>

l'errata corrige del Manuale di Classificazione da considerarsi non esaustiva, vista la dinamica del processo di verifica.

Linee Guida SDO Ministero della Salute repertorio atti n. 1457 del 6.6.2002

• **Finalità**

Uniformare la codifica di diagnosi, interventi e procedure in modo da migliorarne l'utilizzo ai fini sia amministrativi che epidemiologici.

• **Obiettivi**

1. Fornire regole generali circa:
 - l'utilizzo della classificazione ICD-9-CM
 - la selezione e la codifica della diagnosi principale
 - la selezione e la codifica delle diagnosi secondarie e degli interventi/procedure
2. Fornire indicazioni per la soluzione di eventuali situazioni di rilievo in quanto di difficile codifica (interpretazione della classificazione o codifica di patologie/interventi/procedure non chiaramente identificabili) o perché 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 del Ministero della salute realizzare successivi aggiornamenti ed integrazioni.
3. Le linee guida presenti non sostituiscono né il manuale ICD-9-CM, alle cui indicazioni si deve in ogni caso far riferimento, né le regole generali di codifica stabilite con il D.M. 27 ottobre 2000, n. 380. Rispetto a tali fonti, le presenti linee guida rappresentano una integrazione ed una maggiore specificazione.

• **Metodologia**

Sono state utilizzate fonti bibliografiche ed istituzionali, sia italiane che estere.

In particolare, si è tenuto conto delle esperienze già realizzate presso alcune regioni italiane.

La bozza di linee guida è sottoposta alla verifica e al parere degli esperti regionali.

La bozza di linee guida è stata messa a disposizione anche delle società medico-scientifiche che si occupano di problematiche inerenti a quanto trattato, che hanno espresso commenti e suggerimenti che sono stati esaminati e ove possibile recepiti dal gruppo di lavoro.

Nella presente prima edizione delle linee guida sono state analizzate situazioni di codifica scelte secondo i seguenti criteri di priorità:

- Situazioni cliniche frequentemente causa di ricovero, per le quali siano state evidenziate prassi di codifica disomogenee, 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.
- Situazioni e prestazioni innovative con particolare riguardo all'oncologia, alla cardiologia, gastroenterologia, oftalmologia.
- Utilizzo dei codici V.

INTRODUZIONE AL MANUALE ICD-9-CM

La Classificazione Internazionale delle Malattie ICD-9-CM versione 2007 (volume unico) rappresenta lo strumento di lavoro fondamentale per la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o delle procedure diagnostiche e terapeutiche per la corretta compilazione delle schede nosologiche dei pazienti dimessi dagli Istituti di cura.

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

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

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

Il manuale è così strutturato:

- Indice alfabetico delle malattie
- Elenco sistematico delle malattie
- Indice alfabetico delle procedure
- Elenco sistematico delle procedure

L'indice alfabetico e l'elenco sistematico delle due classificazioni sono concepiti per integrarsi reciprocamente.

L'indice alfabetico consente la ricerca della singola voce.

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

L'INDICE ALFABETICO DELLE MALATTIE E DEI TRAUMATISMI

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

Comprende inoltre, classificazioni specifiche per:

- Tumori
- Ipertensione arteriosa.

Organizzazione dell'indice alfabetico

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

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

un sostantivo "generico": shock, vertigine, paralisi;

un sostantivo "specifico": otite, polmonite, pleurite;

un aggettivo: piatto(a), acuta, gialla;

un nome proprio (eponimo): Hodgking, Pick, Alzheimer.

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

L'ELENCO SISTEMATICO DELLE MALATTIE E DEI TRAUMATISMI

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

L'elenco sistematico comprende:

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

1. *Classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi*

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

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

La classificazione è composta da codici alfanumerici che iniziano con la lettera "V". Sono usati per descrivere le circostanze, diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso ai servizi sanitari o che comunque influenzano le condizioni di salute del paziente.

3. *Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo ed avvelenamento (codici E)*

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

La classificazione dei codici E, non deve essere utilizzata, per la codifica delle cause esterne di traumatismo ed avvelenamento, sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Organizzazione dell'elenco sistematico

Ciascuno dei 17 capitoli è articolato in:

- **Blocco:** insieme di condizioni tra loro strettamente correlate (es.: Tubercolosi 010-018)
- **Categorie:** codici a tre caratteri, alcuni dei quali molto specifici e non ulteriormente suddivisibili (es.: 024 Morva, 463 Tonsillite acuta), mentre altri (la maggior parte) sono ulteriormente suddivisi a quattro o a cinque caratteri.
- **Sottocategorie:** codici a quattro caratteri; il quarto carattere fornisce specificità o informazione
- relativamente ad eziologia, localizzazione o manifestazione clinica.
- **Sottoclassificazioni:** codici a cinque caratteri; anche questi forniscono maggiore specificità alla categoria di riferimento.

LA CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

La classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche contiene l'indice alfabetico e l'elenco sistematico.

È articolata in **rubriche:**

00 procedure ed interventi non classificati altrove,

01 e 86 interventi chirurgici maggiori, endoscopie e biopsie. Queste rubriche sono raggruppate in 15 sezioni, identificate sulla base del criterio anatomico.

87 e 99 altre procedure diagnostiche e terapeutiche; e sono raggruppate sulla base della tipologia della procedura.

Il sistema dei codici utilizzato è articolato in quattro caratteri numerici, dei quali i primi due identificano generalmente un organo, mentre il terzo e il quarto specificano la sede e il tipo di intervento. In alcuni casi i codici sono soltanto a tre caratteri.

Il terzo e il quarto carattere sono separati dai primi due con punto decimale.

Anche per questa classificazione l'indice alfabetico deve essere utilizzato per primo, ed il codice

scelto deve essere controllato nell'elenco sistematico che contiene le note relative alle condizioni di inclusione ed esclusione.

SIMBOLOGIA CONVENZIONALE

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

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

1. Simbologia convenzionale nell'indice alfabetico

1.1 Modificatori

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

Esistono due tipi di modificatori:

Essenziali sono riportati al di sotto di ciascun termine principale, in ordine alfabetico e rientranti e devono essere utilizzati solo quando siano esplicitamente riportati nella formulazione diagnostica.

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

1.2 Riferimenti incrociati

I riferimenti incrociati, riportati solo nell'indice alfabetico aiutano a localizzare il codice e sono di tre tipi:

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

v. anche (vedi anche), fornisce al codificatore la possibilità di verificare un ulteriore termine principale nell'indice alfabetico. Es.: Arnold-Chiari (v. anche spina bifida);

v. seguito dall'indicazione di una categoria, che rimanda all'elenco sistematico.

Es.: Parto completamente normale - v. categoria 650;

Osteolisi - v. categoria 78.4.

1.3 Note

L'indice alfabetico contiene delle note che definiscono termini, forniscono istruzioni alla codifica od illustrano eventuali sottoclassificazioni.

1.4 Codici racchiusi in parentesi quadra

I codici racchiusi in parentesi quadra non devono essere utilizzati in diagnosi principale, ma soltanto tra le diagnosi secondarie, Es: nefropatia diabetica 250.4 [583.81].

2. Simbologia convenzionale nell'elenco sistematico

2.1 Segni di interpunzione

Nell'elenco sistematico sono utilizzati quattro tipi di segni:

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

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

{ la **parentesi graffa** racchiude una serie di termini, ognuno dei quali è modificato dalla informazione riportata alla destra della parentesi stessa.

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

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

DIAGNOSI

DEFINIZIONE DI DIAGNOSI PRINCIPALE

La **diagnosi principale di dimissione** è la condizione morbosa, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

Quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, per la codifica della diagnosi principale possono essere utilizzati i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel Capitolo 16 Sintomi, Segni e Stati Morbosi Mal Definiti, (cod. 780-799).

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

DIAGNOSI SECONDARIE

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

La corretta individuazione delle diagnosi secondarie compete al medico responsabile dell'assistenza al paziente nel corso del ricovero.

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più condizioni morbose, che rispondano ai criteri sopradescritti di identificazione delle diagnosi secondarie, devono essere selezionate e codificate quelle che a giudizio del medico che ha formulato la diagnosi possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente. Qualora vi sia necessità di segnalare più di tre diagnosi secondarie, è possibile ricorrere alla scheda di continuazione.

CONDIZIONI ACUTE E CRONICHE

Quando la stessa condizione è descritta sia come acuta (o subacuta) che come cronica e nell'indice alfabetico sono riportati specifici codici 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, richieda una specifica valutazione e al termine del ricovero risulti essere non confermata.

TRATTAMENTO NON ESEGUITO

Quando un ricovero sia stato programmato per eseguire un particolare trattamento e questo non venga eseguito per circostanze impreviste, va riportato come diagnosi principale il codice V64._ e come diagnosi secondarie la condizione che avrebbe determinato il trattamento.

AVVELENAMENTI E INTOSSICAZIONI

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

COMPLICAZIONE DI TRATTAMENTI CHIRURGICI O DI ALTRI TRATTAMENTI MEDICI

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, 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 specificare la natura della complicazione.

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

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 limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato.

Per la ricerca dei codici di postumo è consigliabile consultare l'indice alfabetico con il termine principale "tardivo".

USTIONI

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.

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.

Si ricorda che:

- L'uso dei codici V in diagnosi principale deve avvenire solamente per quelli contenuti nell'elenco appositamente predisposto. I rimanenti codici V, possono essere utilizzati solo per la compilazione delle diagnosi secondarie.
- Il codice prescelto per la descrizione delle diagnosi deve essere a cinque cifre in tutti i casi in cui ne è prevista la possibilità, e la quinta cifra zero non va utilizzata, in quanto aspecifica, quando sono presenti sottoclassificazioni più specifiche.

INTERVENTI E PROCEDURE

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

Il D.M. n. 380 del 27.10.2000 specifica le regole generali per la codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

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

- a) in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato un maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse in termini di uso di sala operatoria, équipe operatoria, medico anestesista, ecc.;
- b) nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
- c) quando nella cartella clinica vengono riportati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei campi previsti dalla SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque presente il seguente ordine decrescente di priorità:
 - interventi chirurgici a cielo aperto;
 - interventi per via endoscopica e/o laparoscopica
 - procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica);
 - procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nella rubrica 00 o da 01 a 86, ad es. gastroscopia oppure procedure che determinano DRG specifici: 00.10 impianto di agenti chemioterapici e 00.15 infusione di interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2);
 - altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nelle rubriche da 87 a 99, dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, NMR, litotripsia, radioterapia, ecc.).

Di seguito vengono riportate alcune procedure, previste nella "Miscellanea", 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 radiochirurgia stereotassica S.A.I.
- 92.31 radiochirurgia fotonica a sorgente singola
- 92.32 radiochirurgia fotonica multi-sorgente
- 92.33 radiochirurgia articolata
- 92.39 radiochirurgia stereotassica S.A.I.
- 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

Ad integrazione di tali regole, si precisano alcuni aspetti frequentemente oggetto di problemi inerenti il corretto utilizzo della classificazione ICD-9-CM. Per brevità, le espressioni di seguito utilizzate per "interventi" si intendono riferite sia agli interventi chirurgici che alle procedure.

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: Parto con forcipe alto, con episiotomia: 72.31

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 nei soli casi in cui la completa descrizione ha rilevanza sul processo di cura o sul consumo delle risorse; essa non è appropriata per i casi di procedure minori (ad esempio: escissioni di lesioni cutanee).

DESCRIZIONE DELL'APPROCCIO CHIRURGICO ALL'INTERVENTO

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

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

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

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

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

BIOPSIA OSTEOMIDOLLARE O CAROTIZZAZIONE OSSEA

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

Il codice 77.40 non dovrebbe mai essere utilizzato in quanto poco specifico.

BIOPSIE STEREOTASSICA

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

ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA

- La **desensibilizzazione di un soggetto allergico al veleno animale** viene descritta utilizzando in diagnosi principale il codice V71.4 *Osservazione successiva ad altro incidente*, e in diagnosi secondaria il codice V07.1 *Necessità di desensibilizzazione ad allergeni*; nel caso in cui si manifesti, nel corso dello stesso ricovero, una reazione al desensibilizzante, in diagnosi principale va segnalata la reazione con il codice 989.5 *Effetti tossici da veleni di origine animale*.
- Per la **desensibilizzazione di un soggetto allergico a farmaci o altre sostanze** si utilizzi in diagnosi principale il codice V71.4 *Osservazione successiva ad altro incidente*, e in diagnosi secondaria il codice V07.1 *Desensibilizzazione ad allergeni* in aggiunta al codice V14._ *Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali*; se si manifesta, nel corso dello stesso ricovero, una reazione al desensibilizzante, in diagnosi principale si troverà il codice 995.2 *Effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici non classificati altrove*.

CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

IMPIANTO SISTEMI DI CIRCOLAZIONE ASSISTITA

Impianto di pompa centrifuga con canule percutanee (pVAD)

37.68 *Inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo.*

Impianto di VAD paracorporeo o pompa centrifuga impiantato mediante sternotomia

37.65 *Impianto di sistema di assistenza cardiaca esterno.*

Impianto di VAD intracorporeo

37.66 *Inserzione di sistema di assistenza cardiaca impiantabile.*

Utilizzare il codice 39.65 *Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO)* qualora si impianti l'ossigenatore.

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)

37.62 *Impianto di altri sistemi di circolazione assistita* associato al codice 39.65 *Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO)*.

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

BY-PASS AORTOCORONARICO

- **By-pass aortocoronarico.** E' indicata la seguente codifica:
 Intervento principale: 36.15 *By-pass singolo di mammaria interna- arteria coronaria*
 Altro intervento: 36.1_ *By- pass aortocoronarico*
 se eseguita C.E.C.: 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).*

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

- a) arteria gastroepiploica 36.17 *By-pass dell'arteria coronaria addominale*
 - b) arteria radiale 36.19 *Altro by-pass per rivascolarizzazione cardiaca*
 - c) doppia arteria mammaria o mammaria sinistra con anastomosi multiple (sequenziale) 36.16 *By-pass doppio mammaria interna arteria coronaria*
 - d) arteria bovina 36.39 *Altra rivascolarizzazione cardiaca.*
- **By-pass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca**
 Intervento principale 36.1_ *By-pass aortocoronarico*
 Altro intervento: 37.32 *Asportazione di aneurisma del cuore*
 Altro intervento: 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore Aperto (C.E.C.).*
 - **Rivascolarizzazione cardiaca con tecnica laser.** E' indicata la seguente codifica:
 Intervento principale: 36.3_ *Altra rivascolarizzazione cardiaca.*
 - I casi di **endoarteriectomia** di un vaso coronarico eseguita in corso di altro intervento cardiocirurgico devono essere segnalati utilizzando il codice 38.10 *Endoarteriectomia, sede non specificata.*

INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE

- **Intervento di chirurgia riparativa della mitrale con l'utilizzo dell'anello di Carpentier:**
 Intervento principale: 35.12 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione*
 Altro intervento: 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).*
- **Intervento secondo Bentall:**
 Intervento principale: 35.22 *Altra sostituzione di valvola aortica con protesi*
 Altro intervento: 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*
 Altro intervento: 36.99 *Altri interventi sui vasi del cuore, per indicare il reimpianto delle arterie coronariche*
 se eseguita C.E.C.: 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto(C.E.C.).*

L'eventuale inserzione di **endoprotesi aortica**, in corso di intervento secondo Bentall, deve essere descritta con un codice aggiuntivo:

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

- **Intervento secondo David:**

- Intervento Principale: 35.11 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione*
- Altro intervento: 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*
- Altro intervento: 36.99 *Altri interventi sui vasi del cuore;*
- se eseguita C.E.C.: 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)*

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

- Intervento Principale: 35.2_ *Sostituzione di valvola cardiaca*
- Altro intervento: 38.91 *Cateterismo arterioso.*

- **Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica transapicale:**

- Intervento Principale: 35.21 *Sostituzione di valvola aortica con bioprotesi*
- Altro intervento: 37.11 *Cardiotomia*
- Altro intervento: 38.91 *Cateterismo arterioso.*

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

ALTRI INTERVENTI CARDIO VASCOLARI

- L'intervento di **sostituzione di arco aortico con tubo valvolato** va descritto con i seguenti codici:

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

- L'intervento di **rimodellamento ventricolare**, che può conseguire a diversi interventi cardiocirurgici, deve essere descritto con il codice:

- 37.35 *Asportazione parziale di ventricolo*

N.B.: Le procedure interventistiche eseguite con tecnica endovascolare si trovano in chirurgia vascolare.

INTERVENTI PER VIA PERCUTANEA SUI VASI

- **Interventi di angioplastica o aterectomia**

00.62 *Angioplastica percutanea o aterectomia dei vasi intracranici*

Codificare anche eventuale:

- inserzione percutanea di stent intracranici (00.65)
- iniezione o infusione di agente trombolitico (99.10)
- numero di stent vascolari inseriti (00.45-00.48)
- numero di vasi trattati (00.40-00.43)
- procedure sulla biforcazione dei vasi (00.44)

00.61 *Angioplastica percutanea o aterectomia di vasi precerebrali extracranici (Basilare, Carotide, Vertebrale)*

Codificare anche eventuale:

- inserzione percutanea di stent nell'arteria carotidea (00.63)
- inserzione percutanea di stent in altre arterie precerebrali (00.64)
- iniezione o infusione di agente trombolitico (99.10)
- numero di stent vascolari inseriti (00.45-00.48)
- numero di vasi trattati (00.40-00.43)
- procedure sulla biforcazione dei vasi (00.44)

0.66 *Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica
Angioplastica con palloncino delle arterie coronarie, Atereectomia coronarica
Angioplastica coronarica percutanea SAI, PTCA SAI*

Codificare anche eventuale:

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

39.50 *Angioplastica o aterectomia di altro vaso non coronarico
Vasi delle estremità inferiori, superiori, arteria mesenterica, arteria renale*

Codificare anche eventuale:

- inserzione di stent non medicato in vaso periferico (39.90)
- inserzione di stent medicati in vasi periferici (00.55)
- iniezione o infusione di agente trombolitico (99.10)
- numero di stent vascolari inseriti (00.45-00.48)
- numero di vasi trattati (00.40-00.43)
- procedura su biforcazione vascolare (00.44)

- L'intervento di **chiusura del dotto di Botallo per via percutanea**, va descritto con i seguenti codici:

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

- L'intervento di **chiusura del difetto interatriale (DIA) per via percutanea**, va descritto con il seguente codice:

- 35.52 *Riparazione di difetto del setto atriale con sutura diretta*

REINTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA

- **Reintervento per complicazione meccanica di by-pass aorto-coronarico**
Diagnosi principale: 996.03 *Complicazioni meccaniche di innesto di by-pass coronarico*
Intervento principale: codice di *By-pass aortocoronarico*, codifica specifica.
- **Reintervento per altre complicazioni di by-pass aorto-coronarico (embolia, trombosi)**
Diagnosi principale: 996.72 *Altre complicazioni da altre protesi, impianti, innesti cardiaci*
Intervento principale: codice di *By-pass aortocoronarico*, codifica specifica.
Può essere ricompreso in questo codice la ristenosi/occlusione di stent coronarico precedentemente impiantato.
- **Reintervento per complicazione meccanica di protesi valvolare cardiaca**
Diagnosi principale: 996.02 *Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca*
Intervento principale: codice di *Sostituzione valvolare*.
- **Reintervento per altra complicazione da protesi valvolare cardiaca (embolia, trombosi)**
Diagnosi principale: 996.71 *Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*
Intervento principale: codice di *Sostituzione valvolare*.
- **Infarto perioperatorio**
Si utilizzi il codice 410._ 1 *Infarto miocardico acuto* in associazione al codice 997.1 *Complicazioni cardiache, non classificate altrove*.

INFEZIONE E COMPLICAZIONE POSTOPERATORIE

- **Mediastinite**
Diagnosi principale: 998.59 *Altra Infezione postoperatoria*
Diagnosi secondaria: 519.2 *Mediastinite*
Intervento principale: 34.3 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino*
se applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure)
86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo*.
- **Infezione della ferita chirurgica e conseguente toilette**
Diagnosi principale: 998.59 *Altra infezione postoperatoria*
Intervento principale: 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*
se applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure)
86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo*.
- **Rericovero per deiscenza della ferita sternale e conseguente risutura**
Diagnosi principale: 998.3_ *Rottura di ferita chirurgica*
Intervento principale: 78.11 *Applicazione di fissatore esterno di scapola, clavicola e torace*.
- **Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria**
Codice di procedura 39.41 *Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare*.

CARDIOLOGIA

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE

Il capitolo delle Malattie ischemiche del cuore comprende le categorie 410 *Infarto miocardico acuto*, 411 *Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica*, 412 *Infarto miocardico progressivo*, 413 *Angina pectoris*, 414 *Altre forme di cardiopatia ischemica cronica*.

- **Infarto miocardico acuto (410._ _)**

La nota riportata nell'elenco sistematico precisa il carattere numerico che deve essere utilizzato come quinta cifra per identificare se si tratta di episodio iniziale di assistenza (1) o successivo per lo stesso infarto (2), oppure di episodio di assistenza non specificato (0). Nella definizione di episodio iniziale di assistenza (quinto carattere 1) 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 es. per dimissione ordinaria al domicilio o per trasferimento in istituti non per acuti): in tali casi, si utilizza, invece, il quinto carattere 2.

NB.: Non deve mai essere utilizzata per la codifica di Infarto la quinta cifra uguale a zero, sia per l'episodio iniziale che per l'episodio successivo di assistenza.

- **L'infarto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI)** nel tracciato elettrocardiografico deve essere codificato con specificazione della sede, descritta dalla quarta cifra del codice.

L'infarto senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) (subendocardico - non Q) va codificato utilizzando in diagnosi principale il codice della categoria 410.7_ *Infarto subendocardico - Infarto non transmurale*.

- Quando il successivo ricovero 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*, in presenza di sintomatologia.
- 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 progressivo asintomatico**
Si codifica utilizzando il codice 412 *Infarto miocardio progressivo*; il codice 412 non deve essere utilizzato in caso di malattia ischemica attuale (nel qual caso si utilizza il codice 414.8 *Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica*). Il codice 412 dovrebbe essere assegnato esclusivamente come diagnosi secondaria nei casi in cui siano assenti sintomi e l'indicazione del progressivo infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale.

Nelle patologie di natura ischemica, riveste particolare importanza la somministrazione per via sistemica di agenti trombolitici e di inibitori piastrinici; questi farmaci devono essere codificati con i seguenti codici:

- 99.10 Iniezione o infusione di agente trombolitico
- 99.20 Iniezione o infusione di inibitore piastrinico

IMPIANTO DI PACE-MAKER / DEFIBRILLATORE

- **L'impianto o la sostituzione di pace-maker o defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca** si descrive con la nuova rubrica 00.5 *Altre procedure cardiovascolari*, introdotta dalla classificazione ICD-9-CM 2007.
- **L'impianto iniziale del pace-maker** prevede l'utilizzo di codici combinati, relativi all'inserzione degli elettrodi (37.7_) e del Pace-Maker (37.8_ generatore).
- **L'impianto o la sostituzione del defibrillatore cardiaco a permanenza**, viene descritto con i codici dal 37.94 al 37.98.
- Per l'impianto di pace-maker in caso di **sindrome del seno carotideo** è prevista la seguente codifica:

Diagnosi principale:	427.89	<i>Altre aritmie cardiache specificate</i>
Altre diagnosi:	337.0	<i>Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo</i>
Intervento principale:	37.7_	<i>Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di elettrodi.</i>
Altro intervento:	37.8	<i>Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di PM cardiaco.</i>

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

Diagnosi principale:	337.0	<i>Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo</i>
Intervento principale:	39.8	<i>Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari.</i>

- Il codice V53.31 *Collocazione e sistemazione di dispositivo cardiaco* deve essere utilizzato, in diagnosi principale, solo nei **casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione di batterie di pace-maker in assenza di una patologia specificata**.
- Per i pazienti sottoposti ad impianto di **registratore ciclico** per lo studio del ritmo cardiaco, in diagnosi principale codificare la patologia di base e fra i codici delle procedure utilizzare entrambi i seguenti codici:

86.09	<i>Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo.</i>
89.51	<i>Elettrocardiogramma per lo studio del ritmo.</i>

- Per descrivere l'**espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo** utilizzare in diagnosi principale il codice V53.39 *Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco*.
- **I decubiti della tasca nei portatori di defibrillatore o di pacemaker** vanno descritti con il codice 996.61 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci* oppure con il codice 996.72 *Altra complicazione di altre protesi, impianti e innesti cardiaci*.

INTERVENTI PER IL TRATTAMENTO DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

- Il trattamento ablativo della **fibrillazione atriale** può essere eseguito per via percutanea (in laboratorio elettrofisiologico), o con tecnica chirurgica (in sala operatoria):
 - Ablazione transcatetere per cutanea, codice 37.34 *Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesione del cuore, altro approccio*;
 - nei casi con tecnica chirurgica utilizzare il codice 37.33 *Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio a cielo aperto*.

IPERTENSIONE ARTERIOSA

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

Se l'ipertensione è secondaria, generalmente è indicato per primo il codice della malattia di base che ne è causa; in caso di l'ipertensione 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.

- **La categoria 402 Cardiopatia ipertensiva**, comprende, con codici combinati, sia condizioni in cui l'ipertensione è causa diretta della cardiopatia, sia condizioni in cui essa vi è implicata, ma non è causa diretta.

Se c'è causa diretta tra ipertensione e cardiopatia, il codice di categoria da utilizzare è il 402; qualora vi sia associato insufficienza cardiaca la codifica richiesta è quella multipla, ad esempio:

402._1 cardiopatia ipertensiva con insufficienza cardiaca, più un codice da 428.0 a 428.43 per specificare il tipo di insufficienza cardiaca.

Quando non vi sia relazione diretta tra malattia ipertensiva e insufficienza cardiaca o cardiopatia si utilizzeranno codici separati (es. 401 ipertensione essenziale, 428 insufficienza cardiaca o altro), per indicare ogni singola patologia.

- **La categoria 403 Nefropatia ipertensiva**, 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.

- **La categoria 404 Cardionefropatia ipertensiva**, comprende le condizioni in cui sono presenti sia la malattia cardiaca ipertensiva, sia la patologia renale cronica.

Per la corretta espressione di tutte le componenti patologiche, fare attenzione alla specifica indicazione del 5° carattere del codice.

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 428.0-428.43, e la malattia renale cronica 585.- per identificare lo stadio.

- **L'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio** deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 *Altra ipertensione preesistente complicante la gravidanza, il parto e il puerperio*.
- I casi di **cuore polmonare cronico scompensato** vanno descritti ponendo in diagnosi principale il codice 428.0 *Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)* che identifica lo scompenso cardiaco congestizio, e in diagnosi secondaria il codice 416.8 *Altre forme di malattia cardiopolmonare* (cuore polmonare cronico secondario).
- **Arresto Cardiaco**
Si sconsiglia l'uso del codice 427.5 *Arresto cardiaco* in diagnosi principale; deve essere utilizzato in diagnosi secondaria solo a condizione che siano state adottate risorse per la rianimazione del paziente.

CHIRURGIA GENERALE

- In caso di ricovero per **sanguinamento di varici esofagee** e relativo controllo di emorragia effettuato per via endoscopica, utilizzare come intervento principale il codice 42.33 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo.*
- Le **complicazioni meccaniche o infettive di gastro-enterostomie** sono descritte con i codici

530.86 o 530.87	<i>Infezioni e complicazioni meccaniche dell'esofagostomia</i>
536.4_	<i>Complicazioni di gastrostomia</i>
569.6_	<i>Complicazioni di colostomie ed enterostomia</i>
- **Riparazione di rettocele con protesi**
utilizzare i codici di correzione del rettocele unitamente al codice 48.79 *Altra riparazione del retto.*
- **Proctopessi addominale con protesi**
utilizzare i codici di procedura 48.75 *Proctopessi addominale* e 46.79 *Altra riparazione dell'intestino.*
- **Resezione di prolasso del retto per via transanale (intervento di Starr)**
utilizzare il codice di procedura 48.69 *Altra resezione del retto.*
- **Reservoir rettale con J-pouch colica**
utilizzare il codice di procedure 45.95 *Anastomosi dell'ano.*
- **Reservoir rettale con coloplastica trasversale (stritturoplastica colica)**
utilizzare il codice 45.03 *Altra incisione dell'intestino crasso.*
- **Emorroidectomia/mucosectomia rettale secondo Longo**
utilizzare il codice di procedura 49.49 *Altri interventi sulle emorroidi* unitamente al codice 48.79 *Altra riparazione del retto.*
- **Emorroidectomia secondo Hall**
utilizzare il codice di procedura 49.49 *Altri interventi sulle emorroidi.*
- **Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon**
utilizzare i codici di procedura 46.79 *Altra riparazione dell'intestino* e codice 45.23 *Colonscopia con endoscopia flessibile.*
- **Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto**
utilizzare i codici 48.79 *Altra riparazione del retto* e 48.23 *Altra proctosigmoidoscopia con endoscopia rigido.*
- **Impianto e revisione di protesi dello sfintere anale**
Diagnosi principale: 787.6 *Incontinenza fecale,*
Intervento principale: 49.75 *Impianto o revisione dello sfintere anale artificiale.*
Qualora vi sia la necessità di rimuovere lo sfintere anale si utilizzi il codice 49.76.
- **Intervento di diversione biliopancreatica (BPD)**
Diagnosi principale: 278.0_ *Obesità*
Intervento principale: 43.7 *Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale,*
Altro intervento: 45.51 *Anastomosi intestinale tenue-tenue*
se eseguita 51.22 *Colecistectomia.*

- **Intervento di resezione dello stomaco secondo Sleeve (gastrorestrizione)**
 Diagnosi principale: 278.0_ *Obesità*
 Intervento principale: 43.89 *Altra gastrectomia parziale (resezione di Sleeve dello stomaco)*
 Altro intervento: 44.99 *Altri interventi sullo stomaco.*
- **Intervento di gastroplastica verticale per via laparoscopica**
 Diagnosi principale: 278.0_ *Obesità*
 Intervento principale: 44.68 *Gastroplastica laparoscopica*
 Codificare anche eventuale sincrona gastroenterostomia laparoscopica (44.38).
- **Intervento di banding gastrico**
 Diagnosi principale: 278.0_ *Obesità*
 Intervento principale: 44.95 *Procedura laparoscopica di restrizione gastrica.*
- **Deiscenza della gastroplastica verticale e sua riparazione**
 Diagnosi principale: 278.0_ *Obesità*
 Altre diagnosi: 997.4 *Complicazioni gastrointestinali non classificate altrove*
 Intervento principale: 44.96 *Revisione di gastroplastica.*
- **Spostamento, scivolamento del banding o del dispositivo sottocutaneo di regolazione (port) e riparazione laparoscopica**
 Diagnosi principale: 278.0_ *Obesità*
 Altre diagnosi: 996.59 *Complicazioni meccaniche di altri dispositivi interni.*
 Intervento principale: 44.97 *Rimozione laparoscopica di dispositivo di restrizione gastrica ,*
 oppure 44.98 *Regolazione di misura (laparoscopica) del dispositivo di restrizione gastrica regolabile.*
- **Stenosi dell'outlet o neopiloro e riparazione per via laparotomia o laparoscopica**
 Diagnosi principale: 996.79 *Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni.*
 Intervento principale: 44.99 *Altri interventi sullo stomaco.*
- **Inserimento per via endoscopica di pallone bariatrico intragastrico per il trattamento dell'obesità**
 Diagnosi principale: 278.0_ *Obesità*
 Intervento principale: 44.93 *Inserzione di bolla gastrica (palloncino).*
- **Inserzione di protesi metallica esofagea**
 utilizzare il codice di procedura 42.89 *Altra riparazione dell'esofago* associato al codice 42.23 *Altra esofagoscopia.*
- **Inserzione di protesi metallica duodenale**
 utilizzare il codice 46.79 *Altra riparazione dell'intestino* associato al codice 45.13 *Altra endoscopia dell'intestino tenue.*
- **Plicatura endoscopica di ernia iatale**
 utilizzare il codice di procedura 44.66 *Altri interventi per la creazione di sfintere esofago gastrico* associato al codice 44.13 *Altra gastroscopia.*
- **Funduplicatio con tecnica laparoscopica**
 utilizzare il codice 44.67 *procedura laparoscopica per la creazione dello sfintere esofagogastrico.*
- **Video endoscopia diagnostica con capsula** utilizzare il codice 45.19 *Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue* per indicare le procedure diagnostiche eseguite sul tratto gastrointestinale (intestino tenue).

- **Microchirurgia endoscopica transanale (TEM)**
utilizzare il codice 48.36 *Polipectomia (endoscopica) del retto*.
- **Trapianto di intestino isolato**
utilizzare il codice 46.97 *Trapianto di intestino*; codificare anche il tipo di donatore (da 00.91 a 00.93).
- **Trapianto multiviscerale** in diagnosi principale codificare la patologia di base; come codice intervento utilizzare 46.97 *Trapianto di intestino*
In aggiunta al suddetto codice, deve essere segnalato almeno uno dei seguenti:
 - 43.99 *Altra gastrectomia totale*
 - 52.83 *Trapianto eterologo di pancreas*
 - 50.59 *Altro trapianto di fegato*.Codificare anche il tipo di donatore (da 00.91 a 00.93).
- **Trapianto di fegato split**
utilizzare il codice 50.59 *Altro trapianto di fegato* in associazione al codice 51.39 *Altra anastomosi del dotto biliare*.
- **Ricovero per asportazione di fegato da donatore sano** in diagnosi principale utilizzare il codice V59.6 *Donatori di fegato* e quale codice di intervento indicare il codice 50.22 *Epatectomia parziale*.

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- **Inserimento di protesi o espansore nella mammella in paziente mastectomizzata per neoplasia maligna**
utilizzare in diagnosi principale il codice V52.4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario* e in diagnosi secondaria il codice V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*; negli spazi relativi agli interventi e/o procedure segnalare il codice che descrive l'intervento di protesi mammaria.
- **L'asportazione del linfonodo Sentinella effettuata in corso di ricovero finalizzato alla rimozione del tumore**, deve essere descritta nel campo "altro intervento" con i codici della categoria 40.2_ *Asportazione semplice di strutture linfatiche*; codificare anche la linfografia eseguita (88.34 arto superiore, 88.36 arto inferiore).
Se il linfonodo risultasse positivo, fra le diagnosi secondarie aggiungere il codice di metastasi linfonodale (categoria 196 *Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi*).
- Il ricovero per **l'asportazione del solo linfonodo sentinella che risulta negativo**, deve essere descritto in diagnosi principale con il codice di anamnesi della neoplasia maligna primitiva precedentemente asportata, V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno* e nelle procedure con i codici della categoria 40._ _ *Interventi sul sistema linfatico*.
Qualora il linfonodo sia positivo, indicare in diagnosi principale il codice che descrive la metastasi (categoria 196 *Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi*) e fra le diagnosi secondarie il codice di anamnesi della neoplasia primitiva precedentemente asportata. Nelle procedure codificare l'asportazione dei linfonodi (cod. 40._ _ *Interventi sul sistema linfatico*).
- **Rimozione profilattica della mammella o dell'ovaio**
utilizzare in diagnosi principale i seguenti codici:
V50.41 *Rimozione profilattica della mammella*
V50.42 *Rimozione profilattica dell'ovaio*.
- **Ricostruzione chirurgica della mammella con tecniche diverse dall'impianto di protesi** (es.: ricostruzione del capezzolo, intervento con lembo)
utilizzare come diagnosi principale il codice V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*; nelle procedure indicare i codici che descrivono l'intervento eseguito.

CHIRURGIA PLASTICA

- **Interventi per la modifica dei caratteri sessuali**

in tutti i casi di trasformazione di sesso indicare come diagnosi principale il codice 302.5_ *Transessualismo*.

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

- **Trattamento della lipodistrofia localizzata in pazienti con HIV sintomatico**

Trattamento ricostruttivo del volto con:

a) Lipofilling secondo la tecnica di Coleman

Diagnosi Principale: 701.8 *Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche specificate della cute*

Diagnosi Secondaria: 042 *Malattie da virus dell'immunodeficienza umana*

Intervento Principale: 86.81 *Riparazione di difetti del viso.*

b) Filler riassorbibili.

Diagnosi Principale: 701.8 *Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche specificate della cute*

Diagnosi Secondaria: 042 *Malattie da virus dell'immunodeficienza umana*

Intervento Principale: 86.02 *Iniezione o tatuaggi o di lesioni o difetti della cute.*

Lipoaspirazione o lipectomia

Diagnosi Principale: 701.8 *Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche specificate della cute*

Diagnosi Secondaria: 042 *Malattie da virus dell'immunodeficienza umana*

Intervento Principale: 86.83 *Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza.*

Mammoplastica riduttiva

Diagnosi Principale: 611.1 *Ipertrofia del seno*

Diagnosi Secondaria: 042 *Malattie da virus dell'immunodeficienza umana*

Intervento Principale: 85.32 *Mammoplastica riduttiva bilaterale.*

Addominoplastica

Diagnosi Principale: 701.9 *Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche non specificate della cute*

Diagnosi Secondaria: 042 *Malattie da virus dell'immunodeficienza umana*

Intervento Principale: 86.83 *Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza.*

CHIRURGIA TORACICA

- Il **linfocele o chilotorace post-chirurgico** viene descritto con i seguenti codici:

Diagnosi principale	998.89	<i>Altre complicazioni specificate di interventi, non classificati altrove</i>
Altre diagnosi	457.8	<i>Altri disturbi non infettivi dei vasi linfatici.</i>

CHIRURGIA VASCOLARE

- **Riparazione di aneurisma aortico (toracico o addominale) mediante inserimento di protesi endovascolare**

39.73 *Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica, o il codice 39.71 Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale.*

- **Riparazione di aneurisma dell'arteria iliaca o femorale mediante inserimento di protesi endovascolare**

39.79 *Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi.*

- **Pseudoaneurisma secondario a procedura di chirurgia vascolare (es. PTCA, FAV ecc.)**

997.79 *Complicazioni vascolari di altri vasi sanguigni.*

- Quando venga eseguito un intervento di **crioplastica**, adottato nella malattia ostruttiva vascolare per la riparazione di una stenosi successiva a trattamento chirurgico, utilizzare il codice 39.50 *Angioplastica o aterectomia di vaso non coronario*, ponendo attenzione alla nota d'uso del codice.

- **Il trattamento delle arteriopatie ostruttive degli arti inferiori con impianto di neurostimolatore spinale**, si descrive con i seguenti codici:

440.2_ *Arteriosclerosi delle arterie native degli arti* per la diagnosi principale; tra gli interventi utilizzare il codice 86.96 *inserzione o sostituzione do altro generatore di impulsi di neurostimolatore* in combinazione con il codice 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.*

- **Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore**

38.59 *Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore*

38.69 *Altra asportazione di vene dell'arto inferiore.*

- **Legatura endoscopica di perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)**

38.59 *Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore*

83.09 *Altra incisione dei tessuti molli.*

- **Trattamento vene varicose con radiofrequenza**

38.89 *Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore con o senza associazione del codice di stripping.*

- **Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare**

38.59 *Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore*

- **Valvuloplastica esterna per il trattamento di varici dell'arto inferiore**

39.99 *Altri interventi sui vasi.*

- **Intervento di TIPSS (Transjugular Intrahepatic Porto-systemic Shunt Stent), shunt venoso intraddominale per via endoscopica**

39.1 *Anastomosi venosa intraddominale*

38.93 *Altro cateterismo venoso non classificato altrove.*

- **Metodica "stop flow"**

è utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico; prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale e l'attivazione della circolazione extracorporea; indicare in diagnosi principale il codice V58.11 e nei campi intervento i codici:

- 38.08 *Incisione di arterie dell'arto inferiore*
- 38.91 *Cateterismo arterioso*
- 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove*
- 39.97 *altra perfusione.*

- **Inserimento di port a cath**

è descritto attraverso l'uso, in diagnosi principale, del codice V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare* e del codice 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile* nelle procedure.

- **Inserimento di catetere venoso centrale tunnellizzato**

è descritto attraverso l'uso, in diagnosi principale, del codice V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare* e del codice 38.93 *Altro catetere venoso non classificato altrove* nelle procedure.

- **Interventi per dissezione dell'aorta**

La dissezione aortica può essere trattata con tecnica di Bentall (vedi cardiocirurgia) o con la sola sostituzione dell'aorta (cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*). Nel caso sia indicata l'inserzione di endoprotesi aortica aggiungere i codici 39.71 *Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale*, oppure 39.73 *Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica..*

DERMATOLOGIA

- **Asportazione di neoformazione cutanea con tecnica di Mohs**

Diagnosi Principale: codice patologia

Intervento Principale: 86.4 *Asportazione radicale di lesione della cute.*

Altro intervento: 86.24 *Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs.*

- **Asportazione di lesione cutanea e sottocutanea neoplastica a carico del naso**

Diagnosi Principale: codice patologia

Intervento Principale: 86.3 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo*

Oppure

86.4 *Asportazione radicale di lesione della cute.*

- **Autoinnesto di gel piastrinico per il trattamento delle ulcere**

utilizzare il codice 86.69 *Altro innesto di cute su altre sedi* unitamente al codice 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione* o al codice 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione* a seconda che venga o meno effettuata la toilette chirurgica dell'ulcera.

EMATOLOGIA

- **La Sindrome mielodisplasica o Mielodisplasia** va codificata utilizzando uno dei codici 238.7_ *Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici*.
- **L'aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto** è da codificare con il codice 41.91 *Aspirazione di midollo da donatore per trapianto* (sia per autotrapianto che per allotrapianto).
- **Il prelievo di cellule staminali** (da sangue periferico) è rappresentato con il codice 99.79 *Altre aferesi terapeutiche* (sia per autotrapianto che per allotrapianto).
- **Trapianto di cellule staminali loco regionale (qualsiasi sede)** utilizzare il codice 41.92 *Iniezione (nel) di midollo osseo*.

ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA

DIABETE

- **Diabete mellito 250**

Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza. Queste ultime, descritte nel capitolo 11, devono essere codificate utilizzando i codici 648.0_ *Diabete mellito complicante la gravidanza parto o puerperio*, o 648.8_ *Alterata tolleranza al glucosio complicante gravidanza parto o puerperio*.

- **Diabete senza menzione di complicazioni**

250.0_ *Diabete mellito senza menzione di complicazioni.*

- **Complicazioni metaboliche acute:**

250.1_ *Diabete con chetoacidosi*

250.2_ *Diabete con iperosmolarità*

250.3_ *Diabete con altri tipi di coma.*

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

250.4_ *Diabete con complicanze renali*

250.5_ *Diabete con complicanze oculari*

250.6_ *Diabete con complicanze neurologiche*

250.7_ *Diabete con complicanze circolatorie periferiche*

250.8_ *Diabete con altre complicanze specificate.*

- **Diabete con complicazioni non specificate**

250.9_.

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

0 - tipo II o non specificato, non definito se scompensato, senza menzione di complicazioni.

1 - tipo I (diabete giovanile), non definito se scompensato, senza menzione di complicazioni.

2 - tipo II o non specificato, scompensato, senza menzione di complicazioni.

3 - tipo I (diabete giovanile), scompensato.

Per tutti i codici con 5° cifra 3, utilizzare un codice aggiuntivo per l'uso associato (in corso) di insulina a lungo termine V58.67.

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

- **Nel diabete con complicazioni a lungo termine o croniche** devono essere indicati anche i codici relativi a ciascuna manifestazione. Qualora la complicazione sia ad eziologia mista vascolare e neurologica in diagnosi principale indicare il diabete con complicanze circolatorie periferiche (250.7_) e in diagnosi secondaria l'angiopatia periferica (443.81) e la neuropatia.

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

Esempi:

cataratta senile in diabetico senza complicazioni oculari: utilizzare il codice 366.1_ *Cataratta senile* in diagnosi principale e il codice di Diabete in diagnosi secondaria.

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

- **Piede diabetico (paziente diabetico con ulcere)**

La codifica prevede l'uso del codice 250.8_ *Diabete con altre complicanze specificate*, associato al codice 707.1_ *Ulcere degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito*.

- Se la patologia diabetica presenta **molteplici complicanze croniche**, ciascuna di esse deve essere opportunamente codificata secondo le regole di selezione della diagnosi principale.

Si raccomanda, per la descrizione di questi casi, di individuare con accuratezza i corrispondenti specifici codici (da 250.4_ a 250.8_).

- Il **diabete provocato da somministrazione di steroidi** deve essere codificato con il codice 251.8 *Altri disturbi della secrezione interna pancreaticata* in diagnosi principale; l'eventuale presenza di scompenso può essere descritta attraverso la codifica specifica della complicanza, utilizzando un codice della categoria 251._ (es. 251.0 *Coma ipoglicemico*).
- Qualora si determini un **coma diabetico dovuto ad incidente terapeutico da insulina**, il codice da porre in diagnosi principale è il 962.3 *Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici* ed in diagnosi secondaria il codice 250.3_ *Diabete con altri tipi di coma*.

GASTROENTEROLOGIA ED EPATOLOGIA

- **La riacutizzazione o la cronicità dell'enterite regionale** va codificata con i codici delle sotto-categorie 555._.
- **La riacutizzazione o la cronicità della rettocolite ulcerosa** va codificata con i codici delle sottocategorie 556._ , con i quali si specifica la sede.

MALATTIE CEREBROVASCOLARI

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

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

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

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

- **Ictus cerebrale ischemico (434)**

I codici da utilizzare sono i seguenti: 434.01 *Trombosi cerebrale con infarto cerebrale*, 434.11 *Embolia cerebrale con infarto cerebrale* e 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 (435)**

Per codificare correttamente tale diagnosi si deve utilizzare la sottocategoria 435. _ *Ischemia cerebrale transitoria*. Il codice 435. _ *Ischemia cerebrale transitoria* con la quarta cifra descrive la sede dell'arteria colpita e include anche la condizione di spasmo delle arterie cerebrali. La sottocategoria 435.9 *Ischemia cerebrale transitoria non specificata* comprende l'attacco ischemico transitorio (TIA).

- **Postumi delle malattie cerebrovascolari**

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

MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

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

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

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

Il codice 042 deve essere utilizzato in **diagnosi principale** con codici aggiuntivi per indicare tutte le manifestazioni cliniche, a meno che il ricovero avvenga per una patologia del tutto non correlata ad HIV (esempio trauma).

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

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

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

I trattamenti per **lipodistrofia localizzata** in pazienti affetti da **HIV sintomatico**, sono descritti in Chirurgia Plastica.

SETTICEMIA, SIRS, SEPSI, SEPSI SEVERA, SHOCK SETTICO

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.

N.B.: 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*

SIRS (995.9_), (sindrome da risposta infiammatoria sistemica): risposta dovuta a infezione, trauma/ustione o altro danno (es. neoplasia o pancreatite), caratterizzata da febbre, tachicardia, tachipnea e leucocitosi.

Sepsi (995.91): SIRS dovuta a infezione.

Sepsi severa (995.92): sepsi associata a insufficienza acuta d'organo.

La codifica della Sepsis severa richiede l'uso di codici aggiuntivi per l'insufficienza acuta d'organo.

Se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il codice 995.92.

Quando SIRS, Sepsis o Sepsis severa sono associate ad infezione localizzata, es. polmonite o cellulite, queste devono essere codificate con codici aggiuntivi.

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

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

- Il ricovero del **neonato**, nato da madre affetta da malattie infettive, come ad esempio HIV, epatite, toxoplasmosi, che avvenga entro il primo anno di vita, va descritto utilizzando in diagnosi principale il codice 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato* ed in diagnosi secondaria il codice che descrive lo specifico stato infettivo (per HIV V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana*, per epatite V02.6_ *Portatore o portatore sospetto di epatite virale*, per la toxoplasmosi V02.9 *Portatore o portatore sospetto di altro microrganismo specificato*).

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

- **I trattamenti con farmaci antiretrovirali** si descrivono con il codice di procedura 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.
- Per il trattamento di **condilomi acuminati** (uretra, tessuto periuretrale, organi genitali etc.), vedere branche specifiche.

MALFORMAZIONI CONGENITE

- **L'età del paziente** non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo 14; 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.
- **Codici introdotti dalla versione ICD-9CM 2007:**
 - 747.83 *Circolazione fetale persistente*
 - 752.81 *Trasposizione dello scroto*
 - 752.89 *Altre anomalie specificate degli organi genitali*
 - 758.31 *Sindrome del Cri-du-chat*
 - 758.32 *Sindrome Velo-cardio-facciale*
 - 758.33 *Altre microdelezioni*
 - 758.39 *Altre delezioni autosomiche*

NEFROLOGIA

- **Insufficienza o malattia renale**

Per la ricerca dei codici, attraverso l'indice alfabetico, utilizzare il termine principale "defaillance" per l'insufficienza renale acuta; per la cronica utilizzare "malattia rene".

- In caso di **trombosi artero-venosa in dializzato**, utilizzare il codice 996.74 *Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti vascolari*, anzichè la sottocategoria 444. *Embolie e trombosi arteriose*; in diagnosi secondaria usare il codice V56.0 *Dialisi extracorporea* se il paziente effettua la seduta di dialisi.

- **Impianto di catetere venoso a permanenza per emodialisi (Dialock)**, in pazienti ad alto rischio vascolare, cioè non idonei alla costruzione della fistola artero-venosa:

Diagnosi principale: 585. *Malattia renale cronica*

Intervento principale: 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile*

Altro intervento: 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione.*

- **Impianto di Fistola artero-venosa protesica per dialisi renale**

39.93 *Inserzione di cannula intervasale.*

- **I ricoveri dei pazienti dializzati** sono di regola determinati da complicità della patologia di base (Insufficienza Renale Cronica) o del trattamento dialitico stesso. In tali casi la complicità che ha determinato il ricovero va segnalata come diagnosi principale e la condizione di dializzato come diagnosi secondaria:

V45.1 *Stato postchirurgico di dialisi renale* se non viene eseguito trattamento dialitico

V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea* se viene eseguita emodialisi (codice intervento 39.95)

V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi* se viene eseguita dialisi peritoneale (codice intervento 54.98).

NEONATOLOGIA

I codici diagnostici di questa disciplina possono essere utilizzati per ricoveri di bambini entro il primo anno di vita.

- I codici delle sottocategorie **760._ - 763._** (*Cause Materne di Morbilità e Mortalità Perinatale*), possono essere utilizzati come diagnosi secondarie, sulla SDO del neonato (e solo su essa), esclusivamente **quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o ha determinato un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato**. Tali codici non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia influenzare il trattamento del neonato.
Quando la condizione della madre ha provocato nel neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle sottocategorie 760._ - 763._ ; ad esempio, se il diabete materno ha provocato un'ipoglicemia nel neonato, quest'ultima viene codificata con il codice 775.0 *Sindrome del neonato di madre diabetica*.
- **I codici 768.0 Morte fetale da asfissia o anossia prima dell'inizio del travaglio o in un momento non specificato, 768.1 Morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio e 779.6 Interruzione della gravidanza – riferita al feto non devono essere utilizzati.**
Gli altri codici della categoria 768._ riguardano l'asfissia alla nascita: è preferibile utilizzare 768.5 *Asfissia grave alla nascita* e 768.6 *Asfissia lieve o moderata alla nascita* rispettivamente nelle asfissie gravi e moderate. Le quarte cifre .2, .3, .4, si riferiscono a problemi legati al travaglio ed al momento espulsivo: in caso di ricovero saranno sempre associati ad altre patologie.
- **Il ricovero del neonato, nato da madre affetta da malattie infettive**, come ad esempio HIV, epatite, toxoplasmosi, che avvenga *entro il primo anno di vita*, va descritto utilizzando in diagnosi principale il codice 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato* ed in diagnosi secondaria il codice che descrive lo specifico stato infettivo (per HIV V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana*, per epatite V02.6_ *Portatore o portatore sospetto di epatite virale*, per la toxoplasmosi V02.9 *Portatore o portatore sospetto di altro microrganismo specificato*).
Se invece il neonato è affetto da infezioni congenite, vanno utilizzati in diagnosi principale i codici della categoria 771._ *Infezioni specifiche del periodo perinatale*, ed in diagnosi secondaria il codice della malattia (esempio per epatite 070._ _ , per HIV 042, per toxoplasmosi 130._).
- All'interno della categoria 764 *Ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale*, il codice che meglio definisce il **difetto di crescita fetale è il 764.1_ Neonato di basso peso per l'età gestazionale con segni di malnutrizione fetale**.
- In caso di **prematùrità**, il codice 764.1_ *Neonato di basso peso per l'età gestazionale, con segni di malnutrizione fetale* potrà essere associato al 765._ _ *Disturbi relativi a gestazione breve e a basso peso alla nascita non specificato*, a cui si darà la priorità nella selezione della diagnosi principale (in entrambi i codici la 5° cifra, espressione del peso, sarà uguale).
- Il codice **769 Sindrome da distress respiratorio neonatale** descrive una grave patologia respiratoria neonatale che necessita di elevato livello assistenziale (ventilazione assistita) e pertanto deve essere riservato alle seguenti condizioni:
 - Malattia delle Membrane Ialine di terzo e quarto stadio;
 - Ipertensione Polmonare Primitiva;
 - Severa Sindrome da Distress Respiratorio (RDS).

Per i distress respiratori lievi o moderati (ad esclusione della Tachipnea transitoria o Sindrome del Polmone Bagnato codificabile con il 770.6 *Tachipnea transitoria del neonato*), si consiglia di utilizzare il codice 770.84 *Insufficienza respiratoria del neonato*.

Per motivi statistici ed epidemiologici si propone di usare il codice 769 come diagnosi principale nella Malattia delle Membrane Ialine di terzo e quarto stadio e come diagnosi secondaria in tutti gli altri casi.

- L'utilizzo dei codici **765.0_ Immaturità estrema del neonato** e **765.1_ Disturbi relativi ad altri neonati pretermine**, richiede la codifica aggiuntiva per indicare le settimane di gestazione (765.20-765.29).

- **Codifica del neonato sano**

I codici da V30 a V39 in diagnosi principale, identificano tutte le nascite avvenute in ospedale o immediatamente prima del ricovero. Non si utilizzano nei successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture per specifiche cure) né sulla SDO della madre.

Si sconsiglia l'utilizzo delle categorie V33, V37 e V39 in quanto non specifiche.

Il codice V35 Altro parto multiplo (tre o più) tutti nati morti non deve essere utilizzato.

NB: Si ricorda che se il neonato nasce morto la SDO non deve essere compilata.

Coerentemente con le regole generali di codifica, l'individuazione di condizioni cliniche sulla SDO del neonato deve avvenire solo quando queste siano significative; non devono essere codificate le condizioni non rilevanti, o segni o sintomi che si risolvono senza specifico trattamento diagnostico-terapeutico.

- **L'esecuzione di vaccinazioni o di screening sui neonati sani** (ad esempio screening tiroideo o per la fenilchetonuria) non comporta l'assegnazione di ulteriori codici oltre a quelli delle categorie V30-V39, né 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 mamma non richiede la compilazione della SDO; le eventuali annotazioni che lo riguardano possono essere documentate nella cartella clinica della mamma.

NEUROLOGIA

- **Epilessie (categoria 345)**

- I codici 345.4_ , 345.5_ e 345.7_ riguardano l'epilessia e sindromi epilettiche con crisi parziali complesse o semplici; i codici 345.0_ e 345.1_ l'epilessia generalizzata; i codici 345.2 e 345.3 lo stato di male; il codice 345.6_ gli spasmi infantili; i codici 345.8_ e 345.9_ identificano rispettivamente altre forme di epilessia, crisi ricorrenti e l'epilessia non specificata.
- Nei 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**

codice di procedura 04.92 *Impianto o sostituzione di elettrodo del neurostimolatore dei nervi periferici; utilizzare anche eventuale inserzione del generatore di impulsi del neuro stimolatore (86.94-86.98).*

- **Per classificare l'episodio convulsivo isolato**, al di fuori della malattia epilettica, si utilizzano i codici:

- 780.31 *Convulsioni febbrili (semplici) non specificati*
- 780.32 *Convulsioni febbrili complesse*
- 780.39 *Altre convulsioni.*

- **Trattamento chirurgico dell'iperidrosi**

- Diagnosi principale: 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del S.N.A*
- Altre diagnosi: 780.8 *Iperidrosi,*
oppure 705.2_ *Iperidrosi focale.*
- Intervento chirurgico: 05.2_ *Simpatectomia.*

- Procedura di **blocco continuo perinervoso**

05.89 *Altri interventi su nervi simpatici.*

- Il codice **342.9_ Emiplegia, non specificata** è da utilizzarsi in diagnosi principale solo nei casi in cui l'emiplegia è di natura non specificata, e non come espressione di patologia progressiva.

OCULISTICA

- Il codice **10.91 Iniezione sottocongiuntivale** non può essere utilizzato per indicare la procedura di anestesia locale pre-intervento e i trattamenti di profilassi antibiotica e/o antinfiammatoria in corso di intervento chirurgico.
I codici che identificano i trattamenti di profilassi sono da ricercarsi nelle sottocategorie 99.2_ *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.
- **Iniezione di cortisonici endovitreali**
in diagnosi principale indicare il codice della patologia e tra i codici di procedura utilizzare:
14.79 *Altri interventi sul corpo vitreo*
99.23 *Iniezione di steroidi*.
- **Iniezione intravitreale di farmaci per la cura delle maculopatie**
in diagnosi principale indicare il codice della patologia e tra i codici di procedura utilizzare:
14.29 *Altro trattamento di lesione corioretinica*
99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.
- **Interventi oculistici di innesto di limbus e di innesto di membrana amniotica**
 - Trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore:
11.61 *Cheratoplastica lamellare autologa* per l'autotrapianto e 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare* per il trapianto di altro donatore.
 - Innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale: 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare*.
- **Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto**
in diagnosi principale indicare la patologia specifica; nei campi relativi agli interventi i codici: 12.65 *Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia* oppure 12.69 *Altri interventi di fistolizzazione della sclera*. In aggiunta, per identificare l'impianto di collagene o sostanza reticolare derivata dall'acido ialuronico utilizzare il codice 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.
- **Impianto di lipociti per gravi retinopatie**
in diagnosi principale indicare il codice della patologia retinica e tra i codici di procedura:
12.89 *Altri interventi sulla sclera*
86.69 *Altro innesto di cute su altre sedi*.
- **Impianto di rete contenitiva per il cristallino**
13.90 *Interventi sul cristallino, non classificati altrove*.
- **Lussazione di cristallino artificiale (IOL)**
996.53 *Complicazioni meccaniche di lenti oculari proteiche*.
- **Trattamento con tossina botulinica**
99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.
- Esame **vestibolare otofunzionale con videoculografia computerizzata (V.O.G.)** 95.44
Esame clinico della funzionalità vestibolare.

ONCOLOGIA E CHIRURGIA ONCOLOGICA

Nella parte alfabetica del manuale ICD-9-CM 2007, alla voce neoplasia/neoplastico si trova la **tavola sinottica** nella quale le neoplasie sono elencate in ordine alfabetico e per sede; inoltre sono elencati i codici che differenziano

- Tumori maligni in: primitivi, secondari, carcinomi in situ
- Tumori benigni
- Tumori di comportamento incerto
- Tumori di natura non specificata.

Questa tavola è particolarmente utile in quanto presenta contemporaneamente tutti gli stadi istologici del tumore e consente una ricerca rapida del codice.

- I codici della categoria **239 Tumori di natura non specificata**, sono da usare nei rari casi in cui non sia possibile indicare la sede specifica e/o la morfologia del tumore.
- Quando il tumore primitivo interessa **più sedi dello stesso organo e non è possibile identificare il punto di origine**, si deve usare la quarta cifra 8.

Nella Classificazione ICD-9-CM 2007 i sarcomi sono compresi nel capitolo dei tumori maligni del tessuto connettivo, dei tumori molli e delle ossa. I codici dei sarcomi di altri specifici organi vanno ricercati nei capitoli riguardanti i tumori maligni dei vari organi e apparati.

Esempi:

- **Leiomioma gastrico: 151._.** L'anamnesi personale di leiomioma gastrico è descritto dal codice V10.04.

- **Neuroblastoma retroperitoneale: 158._.** L'anamnesi personale di neuroblastoma retroperitoneale è descritto dal codice V10.09.

- 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.
- 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._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*.
- Nel caso di un paziente 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. La neoplasia primitiva o l'anamnesi di neoplasia, va indicata fra le diagnosi secondarie.
- Se il ricovero è finalizzato a determinare la **stadiazione o ristadiazione medica o chirurgica** della neoplasia, deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia se presente, oppure il codice V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*.
- Quando un paziente viene sottoposto ad **accertamenti diagnostici che non conducono alla diagnosi di tumore**, utilizzare in diagnosi principale, in assenza di segni o sintomi specificati, il codice V71.1 *Osservazione per sospetto di tumore maligno*. Qualora il paziente fosse stato in passato portatore di tumore, utilizzare in diagnosi secondaria il codice di Anamnesi personale di tumore maligno.
- Se un ricovero è finalizzato al **trattamento di una complicanza** (ostruzione, compressione, anemia, neutropenia, disidratazione, da intervento chirurgico, ecc.), questa va codificata come diagnosi principale; la neoplasia primitiva o secondaria o l'anamnesi di neoplasia, va indicata fra le diagnosi secondarie.
- Il ricovero finalizzato al **trattamento per il controllo del dolore** in paziente neoplastico, deve riportare come diagnosi principale il dolore, codice 338.3 *Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico)*.

- Quando un paziente viene ricoverato per effettuare **cicli di chemioterapia e/o immunoterapia** per via sistemica:

Diagnosi principale: V58.11 *Chemioterapia antineoplastica; oppure*
V58.12 *Immunoterapia antineoplastica*

Altre diagnosi: codice di tumore (se non asportato), oppure codice di metastasi se presenti.

In assenza di tumore primitivo o assenza di metastasi, in diagnosi secondaria utilizzare il codice V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno.*

Negli spazi relativi alle procedure utilizzare i codici:

99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore; oppure*

99.28 *Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici,*

oppure

0.15 *Infusione di interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2)*

- Quando il paziente è sottoposto a **ciclo di radioterapia associato a chemioterapia antiblastica**, la codifica è la seguente:

Diagnosi principale: V58.0 *Sessione di radioterapia;*

Altre diagnosi: V58.11 *Chemioterapia antineoplastica;*

Tra le altre diagnosi codificare anche il tumore primitivo se presente, oppure eventuali metastasi o il codice V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno.*

Negli spazi relativi alle procedure utilizzare i codici:

92.2_ *Radiologia terapeutica e medicina nucleare;*

99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore.*

- Quando un paziente è ricoverato per eseguire la **chemioterapia o chemioterapia associata a radioterapia e nel corso del ricovero si sviluppano complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione**, queste ultime devono essere indicate in diagnosi secondaria.
- **Il codice V58.11 va utilizzato anche nei casi di ricovero per terapie endocavitarie peritoneali, intrapleuriche, intravescicali (compreso BCG), intrarachidee.**
- **Radioterapia intraoperatoria (IORT)**
Si utilizzi tra le procedure il codice 92.2_ *Radiologia terapeutica e medicina nucleare* e in diagnosi secondaria il codice V58.0 *Sessione di radioterapia.*
- **Metodica "stop flow"**
è utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico; prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale e l'attivazione della circolazione extracorporea; va indicato in diagnosi principale il codice V58.11 e le seguenti procedure:
 - 38.08 *Incisione di arterie dell'arto inferiore*
 - 38.91 *Cateterismo arterioso*
 - 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove*
 - 39.97 *Altra perfusione.*
- **Inserimento di port a cath**
l'inserimento di port a cath è descritto attraverso l'uso in diagnosi principale del codice V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare* e del codice 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile* nelle procedure.

- **Inserimento di catetere venoso centrale tunnellizzato**

l'inserimento di catetere venoso centrale tunnellizzato è descritto attraverso l'uso, in diagnosi principale, del codice V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare* e del codice 38.93 *Altro catetere venoso non classificato altrove* nelle procedure.

- **Ricovero per ablazione percutanea di tumori**

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

32.24 Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare

50.24 Ablazione percutanea di lesione o tessuto epatico

55.33 Ablazione percutanea di lesione o tessuto renale.

- **Ricovero per brachiterapia o per terapie radiometaboliche**

Diagnosi principale: V58.0 trattamento o ricovero per radioterapia

Altre diagnosi: codice di tumore (se non asportato), oppure codice di metastasi se presenti

In assenza di tumore primitivo o assenza di metastasi, in diagnosi secondaria utilizzare il codice V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*.

Codificare la procedura a seconda del trattamento effettuato con i codici:

92.27 *Impianto o inserzione di elementi radioattivi*

92.28 *Iniezione o instillazione di radioisotopi (Iodio-131, Ittrio-90)*

92.29 *Altre procedure radioterapiche.*

Qualora la terapia radiometabolica venga effettuata per via loco regionale al codice 92.28 aggiungere 03.92 *Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale per neoplasie cerebrali* oppure 54.97 *Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale per neoplasia peritoneale*.

- **Trattamento di chemioembolizzazione**

indicare come diagnosi principale il tumore o la metastasi se presenti, oppure il codice V10._ *anamnesi personale di tumore maligno*, oppure la cisti aneurismatica dell'osso.

Negli spazi riservati alle procedure codificare come segue:

99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove;*

38.91 *Cateterismo arterioso.*

- **Trattamento di embolizzazione di tumore**

indicare come diagnosi principale il tumore o la metastasi trattata o la cisti aneurismatica dell'osso.

Negli spazi riservati alle procedure codificare come segue:

99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze;*

38.91 *Cateterismo arterioso.*

- **Prelievo preventivo di ovociti** al fine di una eventuale successiva fecondazione assistita, in paziente che necessita di trattamento radio-chemioterapico

Diagnosi principale: Patologia presente

(es. neoplasia maligna, malattia degenerativa ecc.)

Intervento principale: 65.91 *Aspirazione dell'ovaio.*

- **Cachessia neoplastica**

dovuta a neoplasia maligna primitiva o secondaria, deve essere codificata in diagnosi principale con i codici contenuti nel capitolo tumori (140-239); ed in diagnosi secondaria il codice 799.4.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- **Fratture patologiche**

Coerentemente alle regole generali di selezione della diagnosi principale, il codice della frattura patologica (733.1-) deve essere utilizzato in diagnosi principale solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura patologica. Data la natura poco specifica del codice si deve associare ad esso il codice relativo alla patologia di base.

- **In caso di viziosa o mancata saldatura di frattura con presenza di frattura patologica vertebrale ed intervento di Cifoplastica**, è indicata la seguente codifica:

Diagnosi principale:	733.81/82	<i>mancata e viziosa saldatura di frattura</i>
Altra diagnosi:	V54.27	<i>trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica di vertebra</i>
Intervento principale:	81.66	<i>Cifoplastica (compresa tecnica con palloncino)</i>

- **Vertebroplastica**

81.65 *Vertebroplastica*

- **Cifoplastica**

81.66 *Cifoplastica*

- **L'inserzione di protesi artificiale del disco vertebrale e la revisione o sostituzione** va descritta con i codici dal 84.60-84.69.

- **L'inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali** (cambre a "C", cage, gabbie, chiodi ossei filettati) va descritta con il codice 84.51 *Inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali*.

- **L'inserzione di altri dispositivi senza fusione tra i corpi vertebrali**, va descritta con il codice 84.59 *Inserzione di altri dispositivi spinali*.

- **L'inserzione di spaziatore in silicone interspinoso (DIAMM)**, va descritto con il codice 84.58 *Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso*.

- **L'intervento di nucleoplastica a radiofrequenza per il trattamento dell'ernia del disco** si descrive con il codice 80.59 *Altra distruzione del disco intervertebrale*.

- La **protesi d'anca** va descritta con i seguenti codici:

- 81.51 *Sostituzione totale dell'anca*
- 81.52 *Sostituzione parziale dell'anca*.

- Il **rivestimento totale di anca, acetabolo o testa del femore**, viene descritto con i codici 00.85-00.87.

- La classificazione ICD-9-CM 2007 si avvale dei codici 00.70-0073 per identificare la **revisione di protesi d'anca**, e dei codici 00.80-00.84 per la **revisione di protesi di ginocchio**.

Tali codici identificano specificatamente la componente protesica revisionata. Si sconsiglia l'utilizzo dei codici 81.53 e 81.55 in quanto non specifici.

Per l'utilizzo dei codici di revisione di protesi si consiglia di porre attenzione alle note d'uso dei singoli codici.

- La **protesi del gomito** va descritta con i seguenti codici:

- 81.84 *Sostituzione totale del gomito*
- 81.97 *Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore.*

- La **protesi di capitello radiale** va descritta con il seguente codice
81.85 *Altra riparazione del gomito.*
- La **protesi della spalla** va descritta con i seguenti codici:
81.80 *Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)*
81.81 *Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica).*
- La **protesi di rotula** va considerata come sostituzione parziale di ginocchio, pertanto il codice da utilizzare è 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio; bicompartimentale, tricompartmentale, unicompartimentale (emiarticolare).*
- La **revisione con sostituzione di protesi di caviglia** va descritta con il codice 81.56 *Sostituzione totale della tibio-tarsica*; il codice 81.59 *Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificato altrove*, va impiegato quando si esegue la sola revisione.
- L'intervento di **inserzione di spaziatore (articolare) in cemento** va descritto con il codice 84.56, mentre la **rimozione** è descritta con il codice 84.57.
- La **revisione della protesi della spalla** va descritto con i seguenti codici:
81.97 *Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore (parziale o totale, rimozione di spaziatore in cemento)*
81.80 *Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)*
oppure
81.81 *Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica).*
- **Lussazione recidivante della Spalla**
Diagnosi principale: 718.31 *Lussazione recidivante della spalla*
Intervento principale: 81.83 *Altra riparazione della spalla*
Altri interventi: 81.82 *Riparazione di lussazione ricorrente della spalla*
Altri interventi: 80.21 *Artroscopia della spalla.*
- **Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori**
Diagnosi principale: 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori*
Intervento principale: 81.83 *Altra riparazione della spalla*
Altri interventi: 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori.*
- **Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori**
Diagnosi principale: 840.4 *Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori (capsula)*
Intervento principale: 81.83 *Altra riparazione della spalla*
Altri interventi: 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori.*
- **Entesopatie periferiche e sindromi analoghe**
Diagnosi principale: 726.0 *Capsulite adesiva scapolo-omeroale*
Intervento principale: 81.83 *Altra riparazione della spalla.*
- **Rigidità o "blocco di spalla"**
Diagnosi principale: 718.41 *Rigidità articolare della spalla*
Intervento principale: 81.92 *Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento (lavaggio spalla)*
Altri interventi: 93.26 *Rottura manuale di aderenze articolari (sblocco spalla).*
- Procedura di **blocco continuo perinervoso**
Utilizzare il codice 05.89 *Altri interventi su nervi simpatici*. Qualora sia necessario un successivo ricovero finalizzato alla mobilizzazione dell'articolazione o al trattamento del dolore articolare, il codice da utilizzare in diagnosi principale è 338.29 *Altro dolore cronico.*

- **Impianto di biomateriale per condropatia della rotula**
 Diagnosi principale: 717.7 *Condromalacia della rotula*
 Intervento principale: 78.46 *Altri interventi di riparazione e plastica della rotula*
 Altri interventi: 99.86 *Installazione non invasiva di stimolatore di accrescimento osseo.*
- **Intervento di pulizia della cartilagine articolare totale o parziale (shaving cartilagineo)**
 Intervento principale: 80.8- *Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione*
 Tale codice può essere associato ad altri codici chirurgici.
- **Sindrome della plica del ginocchio** trattata con asportazione artroscopica
 Diagnosi principale: 727.83 *Sindrome della plica*
 Intervento principale: 80.76 *Sinoviectomia del ginocchio*
 Altri interventi: 80.26 *Artroscopia del ginocchio.*
- **Trapianto di tendine da cadavere**
 Deve essere descritto con il codice 83.75 *Trasposizione o trapianto di tendini.* Tra le diagnosi secondarie inserire il codice V42.89 *Altro organo o tessuto sostituito da trapianto.*
- **Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine**
 1° RICOVERO
 Diagnosi principale: codificare la patologia che richiede l'autotrapianto
 Intervento principale: 80.9_ *Altra asportazione dell'articolazione*
 Altri interventi: 80.2_ *Artroscopia.*
 2° RICOVERO
 Diagnosi principale: codificare la patologia che richiede l'autotrapianto
 Altra diagnosi: V42.89 *Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto*
 Intervento principale: 81.4_ *Altra riparazione di articolazioni degli arti inferiori*
 Altri interventi: 80.2_ *Artroscopia.*
- **Trapianto di osso** con finalità di supporto strutturale sostitutivo, ove siano state asportate strutture ossee di notevoli dimensioni, codificare nel modo seguente:
 Diagnosi principale: codificare la patologia che richiede il trapianto
 Altra diagnosi: V42.4 *Ossso sostituito da trapianto.*

Negli spazi degli interventi utilizzare un codice della sottocategoria 78.0_ *Innesto osseo* (ad esclusione di 78.04 *Innesto osseo del carpo e del metacarpo*, 78.06 *Innesto osseo della rotula*, 78.08 *Innesto osseo del tarso e del metatarso*).
Si precisa che la sottocategoria 78.00 *Innesto osseo, sede non specificata* non dovrebbe essere mai utilizzata in quanto aspecifica.
- L'intervento di **chemioembolizzazione di cisti aneurismatica dell'osso** va descritto ponendo in diagnosi principale il codice 733.22 *Cisti aneurismatica dell'osso*, e negli spazi relativi agli interventi il codice 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove* ed il codice 38.91 *Cateterismo arterioso.*
- L'asportazione di tessuto o lesione ossea deve essere codificata utilizzando la sottocategoria 77.6_ *Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo* (che comprendono la biopsia); non utilizzare i codici della sottocategoria 77.4_ *Biopsia dell'osso.*

- **Interventi di chirurgia della Mano**

Diagnosi principale: 728.85 *Contrattura muscolare*

Altra diagnosi: 342.1 *Emiplegia spastica*

(escluso dovuta a postumi di accidente cerebro vascolare 438.20-438.22, congenita 343.1 e infantile SAI 343.4)

oppure

altra diagnosi: 344.0 *Tetraplegia non altrimenti classificata*

Intervento chirurgico: 82.57 *Trasposizione tendine mano*

oppure

Intervento chirurgico: 82.56 *Altro trasferimento o trapianto di tendine*

e/o

Intervento chirurgico: 83.19 *Tenotomia o miotomia*

e/o

Intervento chirurgico: 83.85 *Allungamento tendineo.*

- **Interventi di reimpianto dita mano per traumatismo**

utilizzare in diagnosi principale i seguenti codici a seconda della sede e tipo di lesione:

885.0 *Amputazione traumatica del pollice (completa) (parziale) senza menzione di complicazioni*

885.1 *Amputazione traumatica del pollice (completa) (parziale) con complicazioni*

oppure

886.0 *Amputazione traumatica delle altra dita della mano (completa) (parziale) senza menzione di complicazioni*

886.1 *Amputazione traumatica delle altra dita della mano (completa) (parziale) con complicazioni*

in associazione ai seguenti codici di intervento:

84.21 *Reimpianto del pollice della mano*

oppure

84.22 *Reimpianto di dita della mano.*

NB: in caso di reimpianto multiplo il codice della procedura dovrà essere ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate.

- **Sindrome ipocinetica**

728.2 *Atrofia muscolare da inattività non classificata altrove.*

- **Sindrome da immobilizzazione**

728.3 *Altri specifici disturbi muscolari.*

- **Debolezza muscolare (generalizzata)**

728.87 *Debolezza muscolare.*

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

- Le categorie da **630 a 633** descrivono gravidanze ectopiche e molari. Come indicato nella nota iniziale, qualsiasi complicazione deve essere descritta con un codice aggiuntivo appartenente alla categoria 639 *Complicazioni successive ad aborto e gravidanze ectopiche e molari*.
- Le categorie da **634 a 638** descrivono complicazioni successive ad aborto. Nel caso in cui la complicazione venga trattata in un ricovero successivo all'evento abortivo e gravidanze ectopiche e molari, utilizzare in diagnosi principale i codici della categoria 639 *Complicazioni successive all'aborto e gravidanze ectopiche e molari*.
- Per le categorie **634-637** prestare attenzione alla scelta della quinta cifra che distingue se l'aborto è completo o incompleto.
- **Interruzione volontaria farmacologia di gravidanza (RU 486)**
diagnosi principale: 635.__ *Aborto indotto legalmente*
procedura: 99.24 *Iniezione di altri ormoni (prima ed eventuale seconda somministrazione per os)*.
Qualora venga effettuata la seconda somministrazione per via vaginale, si utilizzi, oltre al codice 99.24, il codice 96.49 *Altra instillazione genitourinaria*.
- Il codice **650** individua il parto normale in pazienti che non presentano nessuna complicazione legata o meno alla gravidanza. Questo codice va usato come diagnosi singola e non deve essere usato insieme ad alcun altro codice dell'intervallo 630-676.
- Per le categorie **640-649, 651-659, 660-669, 670-676**, la quinta cifra zero non descrive la condizione o l'episodio di cura e non va utilizzata per codificare la SDO.
- Le categorie dal **651 al 669** descrivono le condizioni o le complicazioni del parto che devono essere riportate in diagnosi principale.
- Nelle categorie **652.__** *Posizione e presentazione anomale del feto*, **653.__** *Sproporzione*, **654.__** *Anomalie degli organi e dei tessuti molli della pelvi*, è presente la nota "Codificare per prima ogni associazione con ostacolo del travaglio", che rimanda rispettivamente ai codici 660.0__, 660.1__, 660.2__.
- Per le categorie **651-676** le quinte cifre **1** e **2** identificano il ricovero con parto consentendo di distinguere esclusivamente il momento in cui è stata fatta la diagnosi di complicazione.
- Per **altre condizioni morbose in atto della madre, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio** (anemia, diabete mellito, psicosi, malattie cardiovascolari congenite, ecc.) fare riferimento ai codici della categoria **648** *Altre condizioni morbose in atto della madre classificate altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio*.
- Il codice **648.9** *Altre manifestazioni altrimenti classificabili altrove*, deve essere utilizzato in diagnosi principale, in quanto la classificazione non prevede codice specifico, e tra le diagnosi secondarie indicare le condizioni particolari come: gravidanza ad alto rischio (V23), retinopatie (362) etc..
- Si **sconsiglia l'utilizzo del codice 669.71** *Taglio cesareo senza menzione dell'indicazione* in quanto poco specifico.
- La categoria **649** *Altre manifestazioni in atto della madre complicante la gravidanza, parto, puerperio* ricomprende alcune condizioni complicanti la gravidanza (epilessia, obesità, chirurgia bariatrica, etc.).
- I codici della sottocategoria **674.5** *Cardiomiopatia peripartum* esprimono una cardiomiopatia peri e postpartum.
- I ricoveri per **gravidanza, parto o puerperio** di pazienti con **HIV**, vanno descritti indicando in diagnosi principale il codice 647.6 *Altre malattie virali* e in diagnosi secondaria il codice 042 in caso di HIV sintomatico, o il codice V08 per la paziente sieropositiva asintomatica.

- **Per i casi in cui la paziente partorisce fuori dalla struttura ospedaliera** e necessita di ricovero per trattamenti successivi al parto, senza complicazioni, in diagnosi principale utilizzare il codice V24.0 *Cure ed esami postpartum subito dopo il parto*; se sono presenti complicazioni, fare riferimento ai codici del capitolo 11 ICD-9-CM "Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio".
- **Taglio cesareo secondo Stark:** utilizzare il codice 74.4 *Taglio cesareo specificato*.
- **L'aborto terapeutico mediante isterotomia** è rappresentato dal codice 74.91 *Isterotomia per interruzione di gravidanza*.
- Si ricorda **che tutti i parti**, anche se non operativi, devono essere riportati e specificamente codificati nel campo relativo all'intervento chirurgico principale.
- **Ogni ricovero che esiti in parto** deve essere descritto riportando tra le diagnosi secondarie il codice V27._ che ne segnala l'esito.
- La codifica del parto indolore mediante anestesia epidurale viene descritta dal codice **03.91** *Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia*.
- **Deinfibulazione**

Diagnosi principale:	629.2-	<i>Mutilazione genitali femminili</i>
Intervento chirurgico:	71.01	<i>Lisi di aderenze vulvari</i>
associato al codice	71.09	<i>Altra incisione della vulva e del perineo</i>
- Per **asportazione di condilomi acuminati della cervice uterina o della vagina**, si utilizzano i codici della categoria 616 *Malattia infiammatoria della cervice, della vagina e della vulva* per indicare la diagnosi principale e il codice di condiloma acuminato per indicare la diagnosi secondaria. Per descrivere l'intervento utilizzare il codice 67.3_ *Asportazione di lesione locale dalla cervice* o il codice 70.3_ *Asportazione di lesione locale della vagina* o il codice 71.3 *Altra asportazione di lesione locale dalla vulva*.
- **Prelievo preventivo di ovociti** al fine di una eventuale successiva fecondazione assistita, in paziente che necessita di trattamento radio-chemioterapico

Diagnosi principale:	Patologia presente (es. neoplasia maligna, malattia degenerativa ecc.)
Intervento:	65.91 <i>Aspirazione dell'ovaio</i>

OTORINOLARINGOIATRIA

- **Chirurgia endoscopica dei seni paranasali**
Associare al codice dell'intervento primario il codice 22.51 *Etmoidotomia*.

- Nel caso di pazienti con **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:
 Diagnosi principale: 478.32 *Paralisi della corda vocale unilaterale completa*
 Intervento chirurgico: 31.69 *Altra riparazione della laringe*
 associato ai codici 31.0 *Iniezione di materiale nella laringe o nelle corde vocali*
 30.9 *Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe* (codice da utilizzare solo nel caso venga effettuato lo stripping).

- **Nei pazienti laringectomizzati ricoverati per l'inserimento di protesi fonatoria**, vanno utilizzati i seguenti codici:
 Diagnosi principale: 478.79 *Altre malattie della laringe*
 Altra diagnosi: V10.21 *Anamnesi personale di tumore maligno della laringe*
 Intervento chirurgico: 31.69 *Altra riparazione della laringe*.

- **Interventi per neoplasie primitive a carico del cavo orale, faringe, laringe con ricostruzione mediante lembi e/o innesti ossei**
 Diagnosi principale: codice di neoplasia maligna
 Intervento principale: codice di demolizione della neoplasia
 Altri interventi: codice di tracheostomia per assistenza ventilatoria
 31.1 *Tracheostomia temporanea*
 codice di eventuale innesto osseo
 76.91 *Innesto osseo su ossa facciali*
 codice di ricostruzione con lembo libero rivascolarizzato
 86.74 *Trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi*
 codice di microanastomosi vascolari
 39.29 *Altri anastomosi o bypass vascolari (periferici)*
 codice di prelievo osseo da cresta iliaca
 77.79 *Prelievo di altre ossa per innesto*
 codice di prelievo di lembo
 86.91 *Asportazione di cute per innesto*.

- La **Sindrome dell'apnea notturna** viene descritta utilizzando come codice di diagnosi 327.23 *Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)*.

La procedura di **sleep endoscopy** prevede l'uso combinato dei codici:

29.11 *Faringoscopia*

31.42 *Laringoscopia e altra tracheoscopia*.

La correzione chirurgica deve essere descritta in relazione alla tecnica applicata:

Intervento di **ugulofaringoplastica**

Intervento principale: 27.99 *Altri interventi sulla cavità orale*.

Se contemporaneamente vengono effettuati anche interventi di sospensione Ioidea e/o linguale, devono essere descritti utilizzando un unico codice aggiuntivo:

29.4 *Intervento di plastica sul faringe*

segnalando, fra le diagnosi secondarie, il codice:

529.8 *Altre manifestazioni morbose specificate della lingua*.

Trattamento con **radiofrequenza (RFVR)**

Intervento principale: 27.49 *Altra asportazione della bocca*

oppure

29.39 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe*

oppure

21.69 *Altra turbinectomia*

oppure

28.99 *Altri interventi su tonsille e adenoidi*.

NB: I codici: 780.51 *Insonnia con apnea del sonno*, 780.53 *Ipersonnia con apnea del sonno*, 780.57 *Altra e non specificata apnea del sonno*, devono essere utilizzati solo per descrivere l'apnea notturna di natura non organica (segno/sintomo).

PNEUMOLOGIA

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E POLMONARE

L'insufficienza respiratoria deve essere segnalata sulla base di alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi (PaO₂, PaCO₂, pH e bicarbonati), come già indicato in precedenti edizioni delle Linee Guida di Codifica SDO della Regione Emilia Romagna.

Dovranno inoltre essere 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 dell'insufficienza polmonare è costituita da shock, traumi o interventi chirurgici, è assegnato il codice 518.5.

- Le **condizioni morbose respiratorie da agenti esterni** sono correttamente descritte utilizzando in prima diagnosi i codici da 506._ a 508._ .
- Lo **svezzamento** di pazienti **tracheostomizzati** va codificato con il codice V55.0 *Controllo di tracheostomia*.
- Nel caso di ricovero finalizzato alla **chiusura di tracheotomia**, utilizzare in diagnosi principale il codice V55.0 e negli spazi relativi agli interventi il codice 31.72 *Chiusura di fistola esterna della trachea*.
- Per la **distruzione o escissione di lesione tracheale** il codice di procedura da utilizzare è 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*.
- L' **asportazione di lesione bronchiale** va descritta con il codice 32.01 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi*. Se viene inserita una protesi bronchiale, in aggiunta va utilizzato il codice 33.79 *inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali*.
- La **sindrome dell'apnea notturna** viene descritta utilizzando come codice di diagnosi il 327.23 *Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)*; i codici: 780.51 *Insonnia con apnea del sonno*, 780.53 *Ipersonnia con apnea del sonno*, 780.57 *Altra e non specificata apnea del sonno*, devono essere utilizzati solo per descrivere l'apnea notturna di natura non organica (segno/sintomo).
Per la correzione chirurgica vedere ORL.

PSICHIATRIA

- La descrizione dei casi di pazienti affetti da **sindrome di dipendenza da alcool** è la seguente: in diagnosi principale utilizzare il codice 303._ *Sindrome di dipendenza da alcool* e tra le altre diagnosi utilizzare un codice per descrivere ogni condizione associata (vedi nota esplicativa posta sotto la categoria 303). Per descrivere i **casi di abuso di alcool senza dipendenza** utilizzare i codici a cinque cifre della sottocategoria 305.0_ *Abuso di alcool*.
- La **riabilitazione e disintossicazione da alcool** negli alcolisti cronici va codificata utilizzando i codici di procedura che descrivono tale attività (vedere i codici 94.6_ *Riabilitazione e disintossicazione da alcool e farmaci*).
- Lo **stato confusionale acuto**, non riconducibile ad alcuna patologia, si descrive con il codice 293.0 *Delirium acuto* che può essere utilizzato anche in diagnosi principale, indipendentemente dalla nota riportata nel manuale (Codificare per prima la malattia di base).

REUMATOLOGIA

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

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

Diagnosi principale: cod. 527.7 *Disturbi della secrezione salivare*

Diagnosi secondaria: cod. 710.2 *M. di Sjogren*

Procedure: cod. 26.11 se con biopsia chiusa (agobiopsia)

cod. 26.12 se con biopsia a cielo aperto.

RIABILITAZIONE

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 di mantenimento effettuati in una fase successiva all'evento che ha scatenato il bisogno assistenziale riabilitativo.

In funzione di quanto sopra si ritiene di fornire le seguenti indicazioni:

1. RICOVERI DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE

Per i casi in cui la riabilitazione post-acuzie avvenga in un ricovero successivo a quello relativo all'evento acuto, si è definita una finestra temporale massima di 0-30 giorni tra i due ricoveri. La descrizione di tali casi prevede l'utilizzo, di norma, del codice di postumo in diagnosi principale; quando non sia possibile disporre di un codice di postumo si utilizza un codice di patologia. Tra le diagnosi secondarie va segnalato il codice di riabilitazione V57._ _ (dove previsto utilizzare la quinta cifra). Nel caso in cui la fase acuta e quella riabilitativa rientrano in un unico ricovero, la descrizione di tali casi prevede l'utilizzo del codice di patologia acuta in diagnosi principale e tra le secondarie il codice V57._ _ di riabilitazione.

2. RICOVERI ELETTIVI DI MANTENIMENTO PER L'ATTIVITÀ RIABILITATIVA

Per questi casi che non sono in diretta connessione con l'evento acuto e l'intervallo temporale tra i due ricoveri (ricovero acuto - ricovero riabilitativo) è superiore a 30 giorni, la codifica è la seguente: codice V57._ _ in diagnosi principale e in diagnosi secondaria il codice di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo.

Si precisa che per una più completa descrizione dell'attività riabilitativa svolta devono essere utilizzati, negli spazi relativi alle procedure, anche i codici ICD-9-CM 2007 di procedura.

Di seguito si riportano i codici di postumo ed altri codici che assumono la stessa valenza da utilizzare in diagnosi principale per la descrizione dei casi trattati durante il ricovero di riabilitazione post-acuzie di cui al punto 1:

- **Malattie infettive e parassitarie**

137._ *Postumi della tubercolosi*

138 *Postumi della poliomielite acuta*

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

- **Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi**

326 *Postumi di ascesso o di infezione da piogeni intracranici.*

- **Riabilitazione post-chirurgica per asportazione di lesione a carico del SNC**

349.89 *Altri specificati disturbi del Sistema Nervoso.*

- **Malattie del sistema circolatorio**

438._ _ *Postumi di malattie cerebrovascolari*

410._2 *Infarto miocardico acuto, tale codice va utilizzato per descrivere i casi di riabilitazione cardiologica post-IMA, entro le otto settimane.*

412 *Infarto miocardico progressivo, tale codice va utilizzato per descrivere i casi di riabilitazione cardiologica post-IMA, dopo le otto settimane.*

- **Riabilitazione cardiologica post-chirurgica:**

V42.2 *Valvola cardiaca sostituita da trapianto*

V43.3 *Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi*

V43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi. Tale codice va utilizzato per i casi di bypass per rivascolarizzazione cardiaca.*

- **Malattie dell'apparato respiratorio**

518.5 *Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico*
Questo codice va utilizzato per la riabilitazione respiratoria post-intervento chirurgico.

V55.0 *Controllo di tracheostomia*

Questo codice va utilizzato per la riabilitazione in pazienti che hanno subito un intervento di tracheostomia.

La riabilitazione effettuata per le patologie polmonari croniche prevede l'utilizzo dei rispettivi codici di patologia.

- **Terapia fisica riabilitativa**

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

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

- **Riabilitazione post-chirurgica per sostituzione di protesi articolare:**

V43.6_ *Articolazione sostituita con altri mezzi.*

Si riportano di seguito alcuni esempi di codifica esplicativi per i Ricoveri di Riabilitazione Post-Acuzie, di cui al punto 1:

A) Ricovero per trattamento riabilitativo post-acuto, finestra temporale 0-30 giorni, per un paziente con **pregresso ictus o emorragia cerebrale**.

Diagnosi principale: 438._ _ *Postumi di malattia cerebrovascolare* (completare il codice con la 4° o 5° cifra)

altra diagnosi: V57._ _ *Cure riabilitative* (completare il codice con 4ª o 5ª cifra)

altra diagnosi: *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*

intervento/procedura 93._ _ *Trattamento Riabilitativo* (completare con 3ª e 4ª cifra).

Si ricorda che il tipo di trattamento riabilitativo deve essere indicato negli appositi campi interventi/procedure della SDO; utilizzando i codici della rubrica 93 che indicano i trattamenti riabilitativi e procedure correlate (completare i codici con la quarta cifra).

B) Ricovero per trattamento riabilitativo post-intervento chirurgico di **sostituzione di valvola cardiaca**, finestra temporale 0-30 giorni.

Diagnosi principale: V42.2 *Valvola cardiaca sostituita da trapianto (biologica)*

Oppure V43.3 *Valvola cardiaca sostituita da altri mezzi (sintetica)*

altra diagnosi: V57._ _ *Cure riabilitative* (completare il codice con 4ª o 5ª cifra)

altra diagnosi: *codice di eventuale danno residuale o sequela*

altra diagnosi: *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*

intervento/procedura: 93._ _ *Trattamento Riabilitativo* (completare con 3ª e 4ª cifra).

C) Ricovero per trattamento riabilitativo post intervento chirurgico di **by-pass aortocoronarico o di sostituzione di altro vaso arterioso** (aorta), finestra temporale 0-30 giorni.

Diagnosi principale: V43.4 *Vaso sostituito con altri mezzi*

altra diagnosi: V57._ _ *Cure riabilitative* (completare il codice con 4ª o 5ª cifra)

altra diagnosi: *codice di eventuale danno residuale o sequela*

altra diagnosi: *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*

Intervento/procedura: 93._ _ *Trattamento Riabilitativo* (completare con 3ª e 4ª cifra).

D) Ricovero per trattamento riabilitativo *post- trauma del sistema osteomuscolare o del sistema nervoso*, finestra temporale 0-30 giorni.

Diagnosi principale: 905._ *Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo* (completare il codice con la 4^a cifra)
 oppure 907._ *Postumi di traumatismi del sistema nervoso* (completare il codice con la 4^a cifra)
 altra diagnosi: V57._ *Cure riabilitative* (completare il codice con 4^a o 5^a cifra)
 altra diagnosi *codice di eventuale danno residuale o sequela*
 altra diagnosi *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
 intervento/procedura 93._ *Trattamento Riabilitativo* (completare con 3^a e 4^a cifra).

E) Ricovero per trattamento riabilitativo post intervento chirurgico di *sostituzione di protesi articolare*, finestra temporale 0-30 giorni.

Diagnosi principale: V43.6_ *Organo o tessuto sostituito con altro mezzi* (protesi articolare:completare il codice con la quinta cifra)
 altra diagnosi: V57._ *Cure riabilitative* (completare il codice con 4^a o 5^a cifra)
 altra diagnosi: *codice di eventuale danno residuale o sequela*
 altra diagnosi: *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
 intervento/procedura 93._ *Trattamento Riabilitativo* (completare con 3^a e 4^a cifra).

F) Ricovero per trattamento riabilitativo di tipo respiratorio *post- intervento chirurgico o post trauma degli organi dell'apparato respiratorio*, finestra temporale 0-30 giorni.

Diagnosi principale: 518.5 *Insufficienza polmonare post-trauma o post- intervento chirurgico*
 altra diagnosi: V57._ *Cure riabilitative* (completare il codice con 4^a o 5^a cifra)
 altra diagnosi: *codice di eventuale danno residuale o sequela*
 altra diagnosi: *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
 intervento/procedura: 93._ *Trattamento Riabilitativo* (completare con 4^a e 5^a cifra).

G) Ricovero per trattamento riabilitativo in paziente *tracheostomizzato*, finestra temporale 0 – 30 giorni.

Diagnosi principale: V55.0 *Controllo di tracheostomia*
 altra diagnosi: V57._ *Cure riabilitative* (completare il codice con 4^a o 5^a cifra)
 altra diagnosi: *codice di altra eventuale condizione morbosa*
 intervento/procedura: 93._ *Trattamento Riabilitativo* (completare con 3^a e 4^a cifra).

H) Ricovero per trattamento riabilitativo *post-asportazione di meningioma cerebrale (o altre lesioni a carico del SNC)*, finestra temporale 0-30 giorni.

Diagnosi principale: 349.89 *Altri specificati disturbi del Sistema Nervoso*
 altra diagnosi: V57._ *Cure riabilitative* (completare il codice con 4^a o 5^a cifra)
 altra diagnosi: *codice di eventuale danno residuale o sequela*
 altra diagnosi: *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
 intervento/procedura: 93._ *Trattamento Riabilitativo* (completare con 3^a e 4^a cifra).

NB: nei rari casi in cui l'aspetto patologico da codificare non rientri negli esempi sopra riportati, il codice da utilizzare in diagnosi principale sarà quello della patologia acuta.

LA RIABILITAZIONE PER MALATTIE POLMONARI CRONICHE

Per quanto riguarda **LA RIABILITAZIONE PER 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 da luogo a ricovero, ma deve essere in ogni caso dettagliatamente documentata in cartella clinica: in questo caso sarà utilizzato il codice di patologia in diagnosi principale ed il codice V57._ _ (da completare con 4^a o 5^a cifra) in diagnosi secondaria. In assenza di detta documentazione, la codifica è la seguente: codice V57._ _ (da completare con 4^a o 5^a cifra) in diagnosi principale, e in diagnosi secondaria il codice di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo.

La codifica della diagnosi principale, per i ricoveri di riabilitazione in fase di mantenimento, quando cioè l'intervallo temporale tra i due ricoveri ha superato i 30 giorni, deve essere: **codice V57._ _ Cure riabilitative**, come da punto 2.

Si ricorda che il **tipo di trattamento riabilitativo** deve essere indicato negli appositi campi interventi/procedure della SDO, utilizzando i codici della rubrica 93 che indicano i trattamenti riabilitativi e procedure correlate (completare i codici con la quarta cifra).

Esempio:

ricovero per trattamento riabilitativo di mantenimento, finestra temporale > 30 giorni, per un paziente con **pregresso ictus o emorragia cerebrale**.

Diagnosi principale	V57._ _	Cure riabilitative (completare il codice con 4 ^a o 5 ^a cifra)
altra diagnosi	438._ _	Postumi di malattia cerebrovascolare (completare il codice con 4 ^a o 5 ^a cifra)
altra diagnosi		codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero
intervento/procedura	93._ _	Trattamento Riabilitativo (completare con 3 ^a e 4 ^a cifra).

TERAPIA ANTALGICA

La classificazione ICD9CM 2007 riporta codici specifici (categoria 338), per la codifica del dolore; tali codici 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.

CODIFICA DELLE PROCEDURE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE:

- **Dolore post-operatorio di grado medio alto**

Al fine della codifica dell'utilizzo dei dispositivi medici antalgici (elastomeri, PCA, PCEA, ect.) utilizzare il codice 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative* associato al codice 99.29 *Iniezione o Infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

- **Dolore cronico**

In caso di ricovero per la terapia del dolore cronico, utilizzare il codice 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative* se il dispositivo medico antalgico è esterno alla cute; il codice 86.06 *Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile* va impiegato in caso di impianto di pompa totalmente impiantabile con formazione di tasca sottocutanea.

N.B: In caso di ricovero successivo a quello di impianto della pompa (codice 86.06), si deve utilizzare esclusivamente il codice V58.82 *Collocazione e sistemazione di catetere non vascolare non classificato altrove*, in diagnosi secondaria, per segnalare la continuità del trattamento antalgico.

IMPIANTO O SOSTITUZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE

- **Ischemia cardiaca o angina pectoris** refrattaria alla terapia medica convenzionale o per i casi già sottoposti ad intervento chirurgico di rivascolarizzazione o comunque non operabili

Diagnosi principale:	Codice di patologia	
Intervento principale:	86.96	<i>Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore ,</i>
Altro intervento:	03.93	<i>Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.</i>

- **Angiodermite ulcerativa**

Diagnosi principale:	443.89	<i>Altre malattie vascolari periferiche,</i>
Altra diagnosi:	707.1_	<i>Ulcera degli arti inferiori</i>
Intervento principale:	86.96	<i>Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore</i>
Altro intervento:	03.93	<i>Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.</i>

- **Arteriopatie ostruttive degli arti inferiori**

Diagnosi principale:	440.2_	<i>Arteriosclerosi delle arterie native degli arti,</i>
Intervento principale:	86.96	<i>Inserzione o sostituzione do altro generatore di impulsi di neurostimolatore</i>
Altro intervento:	03.93	<i>Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.</i>

- **Patologie del rachide**

Diagnosi principale:	Codice di patologia
Intervento principale:	86.96 <i>Inserzione o sostituzione do altro generatore di impulsi di neurostimolatore</i>
Altro intervento:	03.93 <i>Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.</i>

- In caso di **sostituzione di generatore o elettrodo (o entrambi) di neurostimolatore spinale**, in diagnosi principale utilizzare il codice V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*, e tra le procedure utilizzare uno dei codici dal 86.94-86.98 e/o 03.93.
- In caso di **rimozione di neurostimolatore spinale (generatore ed elettrodo)**, in diagnosi principale utilizzare il codice V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*, e tra le procedure utilizzare il solo codice 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo.*

TRAUMATISMI

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.

TRAUMATISMI CRANICI

I traumi cranici associati a frattura sono classificati secondo la sede nelle categorie 800-804. Il quarto carattere del codice indica se la frattura è aperta o chiusa, se 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 800-804 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 (paziente incosciente che muore prima di riacquistare la coscienza)

6 - con perdita di coscienza di durata non specificata

9 - con stato commotivo non specificato.

Nei casi in cui il paziente viene trattato per sindrome post-commotiva entro 24-48 ore dall'evento traumatico, ove la concussione sia ancora presente, si dovrà codificare la concussione stessa (850.__) e non la sindrome post-commotiva. Normalmente il codice 310.2 non viene assegnato in relazione al ricovero iniziale per il trattamento della concussione.

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.

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, ad altra emorragia intracranica o ad altra specifica condizione classificabile nelle categorie 851-854, non deve essere assegnato il codice della concussione.

TRAUMATISMI SUPERFICIALI

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..

Codifica della causa esterna dei traumatismi

Ove il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione, è necessario compilare, oltre alle informazioni relative alle diagnosi, come previsto dal D.M. 380/2000, anche l'informazione *Traumatismi o intossicazioni* che specifica la causa del trauma.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. infortunio sul lavoro;

2. infortunio in ambiente domestico;

3. incidente stradale;

4. violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);

5. autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);

6. altro tipo di incidente o di intossicazione.

Le categorie di codici di traumatismo/intossicazione da incrociare con il campo SDO "trauma o intossicazione" sono:

- categorie codici 800-904 *Traumatismi*
- categorie codici 910-957 *Traumatismi superficiali*
- categorie codici 959-995 *Altri traumatismi*.

NB: compilare il campo "trauma" solamente per il primo ricovero in regime ordinario.

UROLOGIA E ANDROLOGIA

- **Ematuria**

L'ematuria spesso rappresenta la diagnosi di ammissione, ma la diagnosi principale di dimissione deve descrivere la condizione clinica effettivamente trattata o diagnosticata nel corso del ricovero.

Ad esempio: se non si identifica attraverso indagini strumentali, al termine del ricovero, una specifica patologia che sostiene l'ematuria, il codice 599.7 *Ematuria* viene indicato in diagnosi principale; nel caso in cui l'ematuria sia una manifestazione di complicazione post chirurgica, il codice da utilizzare per la diagnosi principale è da ricercare tra le categorie 996 - 999 *Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove*.

- **Intervento per la correzione del varicocele**

L'intervento tradizionale di correzione di varicocele mediante legatura dei vasi spermatici è identificato dal codice 63.1 *Asportazione di varicocele* e in diagnosi principale dal codice 456.4 *Varicocele*.

Tecniche eseguite mediante sclerosi per via retrograda sono identificate dall'uso combinato dei seguenti codici:

63.1 *Asportazione di varicocele* e 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche*; la via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione del codice di procedura 88.67 *Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate*.

- Nei casi di intervento sullo **scroto per asportazione di lipomi, cisti**, etc. codificare in diagnosi principale l'aspetto patologico e come intervento utilizzare il codice 61.3 *Asportazione o demolizione di parte del tessuti scrotale*.

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

Diagnosi principale:	codice di patologia
Intervento principale:	58.31 <i>Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra</i>
Oppure	58.39 <i>Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra (che contempla anche l'eventuale uretrectomia)</i> .

- Per la **correzione del reflusso vescico-ureterale con tecnica di iniezione di collagene in cistoscopia**, si utilizzano i seguenti codici:

Diagnosi principale:	593.7_	<i>Reflusso vescico-ureterale</i>
Intervento principale:	59.72	<i>Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale</i> .

- Per l'**incontinenza urinaria maschile o femminile** si utilizzano i seguenti codici:

Diagnosi principale:	codice di patologia
Intervento principale:	59.72 <i>Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale</i> .

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

Diagnosi principale:	598._	<i>Stenosi uretrale</i>
Altre diagnosi:	utilizzare un codice per indicare l'incontinenza urinaria (625.6, 788.30-788.39) o la ritenzione urinaria (788.2 _)	
Intervento chirurgico:	58.6	<i>Dilatazione uretrale</i> .

- In caso di **impianto di pace-maker neurale o elettrostimolatore neuro-urologico** per il trattamento di:

ritenzione urinaria (codice diagnosi principale 788.2_)
incontinenza urinaria (codice diagnosi principale 788.3_)
pollachiuria o poliuria (codice diagnosi principale 788.41, 788.42)

sia nel caso in cui si tratti di un elettrodo temporaneo per la stimolazione del nervo sacrale, che nel caso in cui, con test positivo, venga inserito il pace-maker neurale definitivo, utilizzare negli spazi relativi agli interventi uno dei codici:

86.94 – 86.98 *Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore* ,
in combinazione con il codice 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*.

- L'**impianto di protesi sfinteriali uretrali** va descritto col codice 58.93 *Impianto di sfinteri artificiali urinari, compresa rimozione con sostituzione*.
- L'**impianto di dispositivo periureterale** per l'incontinenza urinaria, prevede l'associazione dei codici 58.99 *Altri interventi sull'uretra e sul tessuto peri uretrale* ed 59.72 *Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale*.
- **Prostatectomia eseguita con tecnica HiFu (High Focused Ultrasound)**
Va descritta con il codice 60.62 *Prostatectomia perineale*.

SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI

I codici compresi in questo capitolo del manuale di classificazione ICD-9-CM 2007 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. 780.31 *Convulsioni febbrili (semplici) non specificati*.

ALTRI MOTIVI DI RICORSO AI SERVIZI SANITARI (CODICI V)

• Ricerca dei codici V

I codici V devono essere ricercati nell'indice alfabetico delle diagnosi utilizzando i seguenti termini principali: ammissione, esame, storia, osservazione, problema, screening, anamnesi, assistenza, controllo, sorveglianza, verifica, chemioterapia, ed altri.

• Utilizzo dei codici V

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

Possono essere utilizzati come **diagnosi principale** nei seguenti casi:

- paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura pregressi come, ad esempio, chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico; in questi casi, deve essere indicata come diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse;
- pazienti ricoverati come donatori (V59._ *Donatori*);
- persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche, o consulenza;
- per indicare lo stato o l'osservazione di neonato (V29._) in assenza di segni o sintomi.

Possono essere utilizzati come **diagnosi secondaria** nei seguenti casi:

- per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che possono influenzare il trattamento del paziente ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma.

ELENCO DEI CODICI V UTILIZZABILI IN DIAGNOSI PRINCIPALE

Codice	Descrizione
V08	Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV).
V10._._	Codici di categoria di Anamnesi personale di tumore maligno.
V20. 0	Risulta necessario abilitarlo per giustificare la degenza di bambini o neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione.
V20. 1	Cure ad altro neonato o bambino sano.
V24. 0	Utilizzare per cure immediatamente dopo il parto se questo non avviene in una struttura ospedaliera.
V29._	Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate.
V30-V39	Nati vivi sani secondo il tipo di nascita. Escluso il codice V35 in quanto non pertinente Tali codici vanno utilizzati per descrivere i neonati sani ospitati al nido (utilizzare la quinta cifra quando prevista).
V42.0-V42.8	Organo o tessuto sostituito da trapianto.
V43.21	Dispositivo di assistenza cardiaca
V43.22	Cuore artificiale completamente impiantabile
V43.3	Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi.
V43.4	Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi.
V43.6_	Organo o tessuto sostituito con altri mezzi – Articolazione. Tali codici vanno utilizzato per descrivere i pazienti portatori di protesi (anca, spalla, ecc.); ad eccezione del codice V43.60 da non utilizzare in diagnosi principale perché aspecifico.
V46.11/.12/.13/.14	Dipendenza da respiratore (ventilatore).
V50.41/.42	Rimozione profilattica della mammella/ovaio.
V52.0/.1/.4/.8/.9	Collocazione di protesi artificiale.
V53.01/.02/.09	Dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi dei sensi. Il codice V52.02 deve essere utilizzato nei casi di sostituzione o rimozione del generatore o dell'elettrodo del neurostimolatore.
V53.31	Collocazione e sistemazione di dispositivo cardiaco. Il codice deve essere utilizzato nei soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione di batteria di pace-maker in assenza di una patologia specificata.

- V53.32** Collocazione e sistemazione di defibrillatore cardiaco automatico impiantabile. Il codice deve essere utilizzato nei soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione e sistemazione di defibrillatore in assenza di una patologia specificata.
- V53.39** Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco. Il codice deve essere utilizzato per descrivere l'espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo.
- V53.6** Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari.
- V53.7** Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici. Da utilizzarsi unicamente nei casi di adattamento di protesi esterna per gli arti e per il tronco.
- V54.01/.02/.09** Trattamento ulteriore per dispositivo di fissazione interna. I codici devono essere utilizzati per l'estrazione o sistemazione di mezzi di fissazione interna.
- V54.81** Trattamento ulteriore successivo a sostituzione articolare, usare un codice aggiuntivo per identificare la sede della sostituzione articolare (V43.60-V43.69)
- V54.89** Altri trattamenti ortopedici ulteriori. Rimozione di dispositivo immobilizzante esterno, compreso il fissatore esterno invasivo. Ed ulteriori trattamenti post-frattura. (per gesso, busto, corsetto, valva)
- V55.0/.1/.2/.3/.4/.5/.6/.7/.8** Controllo di aperture artificiali. Da utilizzare unicamente nei casi in cui il paziente necessita di trattamenti specifici per la stomia, in assenza di patologia.
- V56.0/.8** Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente.
- V56.31/.32** Emodialisi / dialisi peritoneale, utilizzare quando il ricovero è finalizzato alla verifica dell'adeguatezza del trattamento.
- V57.0/.1/.21/.22/.3/.81/.89** Cure che richiedono l'impiego di procedimenti di riabilitazione.
- V58.0** Sessione di radioterapia.
- V58.11** Chemioterapia antineoplastica
- V58.12** Immunoterapia antineoplastica
- V58.41/.42/.43/.44/.49** Altro trattamento ulteriore postoperatorio.
- V58.81** Collocazione e sistemazione di catetere vascolare.
- V59.1/.2/.3/.4/.5/.6/.8** Donatori. Da utilizzare solo nei casi di ricoveri di donatori sani.
- V64.1/.2/.3** Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi chirurgici non eseguiti.
- V67.09** Osservazione post chirurgica (visita di controllo successiva ad altra chirurgia.)
- V71. _** Codici di categoria di Osservazione e valutazione per sospetto di condizioni morbose. Si ricorda che, l'uso di tale categoria di codici é da preferire per i soli casi in cui non venga rilevata la presenza di una patologia o di un sintomo.

- **Codici che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente**

Le categorie V10 - V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti; i codici di tali categorie devono essere riportati, tra le diagnosi secondarie, solo quando tale condizione ha rivestito qualche significato nel corso dell'episodio di cura attuale. A tale regola possono far eccezione le situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno. Ad esempio, il codice V10.__ (anamnesi personale di tumore maligno) può essere utilizzato come diagnosi principale nel caso di controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero non vengano effettuati trattamenti antineoplastici ma solo procedure diagnostiche e chirurgiche di controllo. Se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, mettere in prima diagnosi il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi.

I codici V di queste categorie non devono essere utilizzati nel caso in cui il codice della diagnosi già indichi la presenza dello stato del paziente (es. nel caso di *complicazioni di trapianto di rene* (996.81), il codice V42.0 *rene sostituito da trapianto* non deve essere indicato).

- **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 o tessuti. Gli interventi eseguiti devono essere segnalati negli spazi della SDO riservati agli interventi chirurgici.

- **Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti**

I codici **V64.1, V64.2 e V64.3** si impiegano in diagnosi principale per i ricoveri relativi a interventi chirurgici programmati che però non vengono eseguiti per sopraggiunte controindicazioni V64.1 o per decisione del paziente V64.2 o per altre ragioni V64.3. 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.

COMUNICATO REDAZIONALE

Si comunica che con Legge regionale 6 luglio 2009, n. 7 (pubblicata nel BUR n. 117 del 7 luglio 2009) il Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna, dall'1 gennaio 2010, sarà redatto esclusivamente in forma digitale e consultabile on line.

La Regione Emilia-Romagna garantisce l'accesso libero e gratuito a tutti i cittadini interessati tramite il proprio sito www.regione.emilia-romagna.it.

La consultazione gratuita del BURERT dall'1 gennaio 2010 sarà garantita anche presso gli uffici relazioni con il pubblico e le biblioteche della Regione e degli Enti Locali.

Presso i Comuni della regione sarà inoltre disponibile in visione gratuita almeno una copia stampata dell'ultimo numero.

Sarà sempre possibile richiedere alla Redazione del BURERT l'invio a mezzo posta di una stampa della pubblicazione dietro apposito pagamento in contrassegno .

SCADENZA TERMINI DI RICHIESTA CREDENZIALI

Con lettera prot. PG 196112 del 7/9/2009 è stato richiesto agli Enti inserzionisti di comunicare all'indirizzo di posta elettronica certificata segiunta@postacert.regione.emilia-romagna.it i nominativi degli utenti da autorizzare al **sistema Inserzioni del BURERT** al fine di predisporre le indispensabili credenziali informatiche necessarie per il rilascio delle autorizzazioni al sistema informativo Inserzioni on line al BURERT.

Si ricorda che la scadenza per le richieste è stata fissata al 15 ottobre 2009.

Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito web www.regione.emilia-romagna.it al link Bollettino Ufficiale

LIBRERIE CONVENZIONATE PER LA VENDITA AL PUBBLICO

Edicola Libreria Cavalieri – Piazza Mazzini n. 1/A – 44011 Argenta (FE)

Libreria Incontri – Piazza Libertà n. 29 – 41049 Sassuolo (MO)

Nuova Tipografia Delmaino S.n.c. – Via IV Novembre n. 160 – 29100 Piacenza

A partire dall'1 gennaio 1996 tutti i Bollettini Ufficiali sono consultabili gratuitamente collegandosi al sito Internet della Regione Emilia-Romagna <http://www.regione.emilia-romagna.it/>

Indirizzo di posta certificata: bollettinoufficiale@postacert.regione.emilia-romagna.it

Il Bollettino Ufficiale si divide in 3 parti:

– Nella parte prima sono pubblicate: leggi e regolamenti della Regione Emilia-Romagna; circolari esplicative delle leggi regionali, nonché atti di organi della Regione contenenti indirizzi interessanti, con carattere di generalità, amministrazioni pubbliche, privati, categorie e soggetti; richieste di referendum regionali e proclamazione dei relativi risultati; dispositivi delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relativi a leggi della Regione Emilia-Romagna, a conflitti di attribuzione aventi come parte la Regione stessa, nonché ordinanze con cui organi giurisdizionali abbiano sollevato questioni di legittimità costituzionale di leggi regionali. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 18,08.**

– Nella parte seconda sono pubblicati: deliberazioni del Consiglio e della Giunta regionale (ove espressamente previsto da legge o da regolamento regionale); decreti del Presidente della Giunta regionale, atti di Enti locali, di enti pubblici e di altri enti o organi; su specifica determinazione del Presidente della Giunta regionale ovvero su deliberazione del Consiglio regionale, atti di organi statali che abbiano rilevanza per la Regione Emilia-Romagna, nonché comunicati o informazioni sull'attività degli organi regionali od ogni altro atto di cui sia prescritta in generale la pubblicazione. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 33,57.**

– Nella parte terza sono pubblicati: annunci legali; avvisi di pubblici concorsi; atti che possono essere pubblicati su determinazione del Presidente della Giunta regionale, a richiesta di enti o amministrazioni interessate; altri atti di particolare rilievo la cui pubblicazione non sia prescritta da legge o regolamento regionale. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 20,66.**

L'abbonamento annuale cumulativo al Bollettino Ufficiale è fissato in Euro 72,30 - Il prezzo di ogni singolo Bollettino è fissato in Euro 0,41) per 16 pagine o frazione di sedicesimo.

L'abbonamento si effettua esclusivamente a mezzo di versamento sul c/c postale n. 239400 intestato a Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna (Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna) – Si declina ogni responsabilità derivante da disguidi e ritardi postali. Copie del Bollettino Ufficiale potranno comunque essere richieste avvalendosi del citato c/c postale.

La data di scadenza dell'abbonamento è riportata nel talloncino dell'indirizzo di spedizione. Al fine di evitare interruzioni nell'invio delle copie del Bollettino Ufficiale si consiglia di provvedere al rinnovo dell'abbonamento, effettuando il versamento del relativo importo, un mese prima della sua scadenza.

In caso di mancata consegna inviare a Ufficio BO-CMP per la restituzione al mittente che si impegna a versare la dovuta tassa.