

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE CURA DELLA PERSONA,  
SALUTE E WELFARE 29 MAGGIO 2018, N. 8005

**Linee guida per la compilazione e la codifica della scheda di dimissione ospedaliera -  
Revisione anno 2018** 2

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE CURA DELLA PERSONA,  
SALUTE E WELFARE 29 MAGGIO 2018, N. 8104

**Piano annuale dei controlli (PAC) ex delibera di Giunta regionale n. 354/2012 -  
Anno 2018** 101

## REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE 29 MAGGIO 2018, N. 8005

**Linee guida per la compilazione e la codifica della scheda di dimissione ospedaliera - Revisione anno 2018**

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati:

- l'art. 8-sexies D.Lgs 502/1992 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 D.Lgs 502/1992 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;

Visti:

- il DM 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;

- il DM 8 luglio 2010 n. 135 "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380";

Preso atto che, in applicazione del sopraccitato DM n. 380/2000 sono state aggiornate le "Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO)" con l'accordo di cui al repertorio atti n. 64 della Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010, in sostituzione del precedente atto di cui al repertorio n. 1457 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 dal 1 gennaio 2006";

Visto il DM 261 del 7 dicembre 2016, Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera;

Considerato che con determinazione del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 4801 del 30 marzo 2017 è stato costituito il Gruppo Regionale sistema di classificazione e codifica delle prestazioni sanitarie, controlli dell'attività sanitaria e governo delle liste di attesa dei ricoveri ospedalieri programmati, il cui sottogruppo Codifica SDO ha la funzione di supervisione e monitoraggio rispetto ai problemi di codifica 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 e di provvedere a formulare a questa Direzione proposte in ordine alla revisione e aggiornamento delle linee-guida di codifica SDO;

Richiamate:

- la deliberazione della Giunta regionale n. 354 del 26 marzo 2012 "Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna. Aggiornamento";

- la determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 676 del 23 gennaio 2014 con la quale sono state approvate le "Linee guida per la compilazione e la codifica della scheda di dimissione ospedaliera - revisione 2014" valide dal 1 gennaio 2014;

Valutato che le modifiche dei protocolli clinici e la varietà degli eventi assistenziali richiedono l'aggiornamento e la ridefinizione della codifica, al fine di migliorare la rappresentazione della casistica, e che l'affinamento delle regole sia funzionale alle esigenze di appropriatezza e di ottimizzazione delle risorse;

Ritenuto pertanto necessario aggiornare le Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera, quali indicazioni vincolanti per i produttori ospedalieri pubblici e privati;

Dato atto dell'istruttoria svolta dal competente Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera;

Richiamata la propria determinazione 14835 del 21/9/2017 con la quale è stato costituito il Gruppo di Lavoro regionale incaricato di dare seguito all'audit svolto da questa amministrazione, conclusosi nell'anno 2015, sulle cartelle cliniche relative agli interventi di artrodesi vertebrale effettuati negli ospedali pubblici e privati della Regione; per quanto riguarda i criteri di codifica delle procedure tale audit ha rilevato che quelli utilizzati dal panel di esperti differiscono sensibilmente da quelli rilevati nell'audit, e pertanto meritano una attenta valutazione da parte del Gruppo Regionale di Codifica SDO, anche per gli aspetti legati alla corretta remunerazione dei ricoveri;

Visti:

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 2416 del 29 dicembre 2008 relativa agli "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e ss.mm.;

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni" e ss.mm.ii.;

- la deliberazione della Giunta regionale n. 468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG72017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;

- la deliberazione della Giunta regionale n. 93 del 29 gennaio 2018 di “Approvazione Piano triennale di prevenzione della corruzione. Aggiornamento 2018-2020”, ed in particolare l'allegato B) “Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2018-2020”;

Richiamate infine le deliberazioni della Giunta regionale n. 193/2015, n. 516/2015, n. 628/2015, n. 1026/2015, n. 2185/2015, n. 2189/2015, n. 56/2016, n. 106/2016, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n. 1681/2016, n. 2123/2016, n. 2344/2016, n. 3/2017, n. 161/2017, n. 477/2017 e n. 578/2017 relative alla riorganizzazione dell'Ente Regione e alle competenze dirigenziali;

Dato atto che il Responsabile del Procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Attestato che il sottoscritto dirigente non si trova in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Su proposta del Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera Dott. Anselmo Campagna;

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto;  
determina:

1. di approvare, per le motivazioni esposte in premessa e qui integralmente richiamate, le “Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM, della scheda di dimissione ospedaliera - revisione 2018” allegate al presente atto, quale parte integrante e sostanziale;

2. che tali Linee guida costituiscono indicazioni a tutti gli effetti vincolanti per i produttori ospedalieri pubblici e privati dal 1 gennaio 2018;

3. di rimandare al sito della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) presente nel portale del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/sdo/faq>, per quanto riguarda quesiti e chiarimenti, cui viene data risposta attraverso le F.A.Q.; queste ultime, in quanto esplicazioni del contenuto delle presenti linee guida, costituiscono indicazioni a tutti gli effetti vincolanti per i produttori ospedalieri pubblici e privati;

4. di stabilire che al termine dei lavori del Gruppo Artrodesi vertebrale, di cui alla propria determinazione 14835 del 21/9/2017, le analisi dallo stesso effettuate verranno messe a disposizione del Gruppo Regionale di Codifica SDO, al fine dei successivi adeguamenti dei documenti e atti di programmazione specifici;

5. di dare mandato alle Aziende USL di portare a conoscenza del presente provvedimento le strutture private accreditate del proprio territorio di competenza;

6. di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;

7. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna (B.U.R.E.R.T.).

Il Direttore generale  
Kyriakoula Petropulacos



Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

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

**Revisione 2018**

## INDICE

### Sommario

<b>INDICE</b>	<b>II</b>
<b>PRESENTAZIONE</b>	<b>1</b>
<b>LE PRINCIPALI NOVITÀ</b>	<b>3</b>
<b>NOTA INFORMATIVA</b>	<b>4</b>
<b>PARTE GENERALE</b>	<b>5</b>
<b>Diagnosi</b>	<b>5</b>
Definizione di diagnosi principale	5
Diagnosi secondarie	5
Diagnosi presente all'ammissione	5
<b>Codici E</b>	<b>5</b>
<b>Interventi e procedure</b>	<b>6</b>
Selezione e codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche	6
<b>Indicazioni generali</b>	<b>8</b>
Biopsie	8
Biopsie chiuse	8
Biopsia osteomidollare o carotizzazione ossea	8
Codici combinati	8
Codifica di interventi bilaterali	8
Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari	9
Codifica multipla	9
Complicazioni della gravidanza	9
Complicazione di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici	9
Avvelenamenti e intossicazioni	9
Condizioni acute e croniche	9
Condizioni pregresse	10
Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento	10
Chirurgia robotica ( <i>Robotic Assisted Surgery</i> )	10
Ematomi "spontanei"	10
Postumi	10
Tentativi terapeutici	10
Trattamento non eseguito	11
Traumi multipli	11
Ustioni	11
Rilevazione del dolore	11
Stadiazione condensata	11
<b>ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA</b>	<b>13</b>

<b>Desensibilizzazione di soggetto allergico al veleno animale</b>	<b>13</b>
<b>Desensibilizzazione di soggetto allergico a farmaci o altre sostanze</b>	<b>13</b>
<b>CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA</b>	<b>14</b>
<b>Impianto di sistemi di circolazione assistita</b>	<b>14</b>
Impianto di pompa centrifuga con canule percutanee (pVAD)	14
Impianto di VAD paracorporeo o pompa centrifuga impiantato mediante sternotomia	14
Impianto di VAD intracorporeo	14
Assistenza cardiocircolatoria ventricolare destra con pompa centrifuga più ossigenatore	14
Portatore di contropulsatore aortico, VAD, o altri supporti circolatori	14
<b>By-pass aortocoronarico</b>	<b>14</b>
By-pass aortocoronarico	14
By-pass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca	14
Rivascolarizzazione cardiaca con tecnica laser	15
<b>Sostituzione valvolare aortica con protesi sutureless</b>	<b>15</b>
<b>Intervento secondo Bentall:</b>	<b>15</b>
<b>Intervento secondo David:</b>	<b>15</b>
<b>Sostituzione transcateretere della valvola aortica</b>	<b>15</b>
Valvola aortica nativa	15
TAVI - Impianto di protesi valvolare aortica biologica transcateretere	16
Protesi valvolare aortica degenerata	16
<b>VIV aortica - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata</b>	<b>16</b>
VIV transfemorale o per via succlavia	16
VIV transapicale o transaortica	16
<b>Chirurgia riparativa della mitrale con anuloplastica</b>	<b>17</b>
<b>Chirurgia riparativa della mitrale con l'utilizzo dell'anello di Carpentier:</b>	<b>17</b>
<b>Correzione di insufficienza della mitrale da rottura di corde tendinee</b>	<b>17</b>
<b>Sostituzione transcateretere della valvola mitralica</b>	<b>17</b>
Impianto di protesi valvolare mitralica biologica transcateretere	18
Valvuloplastica transcateretere	18
Protesi valvolare mitralica biologica degenerata	18
VIV mitralica - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata	19
<b>Sostituzione transcateretere della valvola tricuspide</b>	<b>19</b>
Valvola tricuspide nativa	19
Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere per via venosa femorale o giugulare	19
Valvuloplastica transcateretere con Clip o anuloplastica	19
Protesi valvolare biologica degenerata	19
VIV tricuspide - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata	19
VIV per via venosa transfemorale o transgiugulare	20
VIV con toracotomia e accesso transatriale dx	20
<b>Sostituzione transcateretere della valvola polmonare</b>	<b>20</b>
Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere per via venosa femorale	20
VIV polmonare - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata	20
<b>Rimodellamento ventricolare</b>	<b>21</b>
<b>Ventricoloplastica per aneurisma ventricolare sinistro</b>	<b>21</b>
<b>Chiusura del dotto di Botallo per via percutanea</b>	<b>21</b>
<b>Chiusura del difetto interatriale (DIA) per via percutanea</b>	<b>21</b>
<b>Procedure per la prevenzione dell'embolia cardiogena</b>	<b>21</b>
Esclusione dell'auricola sinistra dal circolo ematico:	21
Occlusione del setto interatriale:	21
<b>Debranching [senza arresto di circolo] in aneurisma dell'arco aortico</b>	<b>21</b>

<b>Sostituzione di arco aortico con tubo valvolato</b>	<b>22</b>
<b>Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare</b>	<b>22</b>
<b>Arresto di circolo indotto da ipotermia profonda</b>	<b>22</b>
<b>Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare</b>	<b>22</b>
<b>CARDIOLOGIA</b>	<b>23</b>
<b>Malattie ischemiche del cuore</b>	<b>23</b>
Infarto miocardico acuto (410.___)	23
<b>Disostruzione coronarica</b>	<b>23</b>
Angioplastica progressiva con palloni di dimensioni crescenti	23
<b>Ipertensione arteriosa</b>	<b>24</b>
<b>Denervazione arteria renale (DAR) per il controllo dell'ipertensione arteriosa refrattaria al trattamento farmacologico</b>	<b>24</b>
<b>Cuore polmonare cronico scompensato</b>	<b>24</b>
<b>Terapia dello scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro, con utilizzo di dispositivi impiantabili</b>	<b>24</b>
Re sincronizzazione cardiaca con ICD (CRT-D):	24
Re sincronizzazione cardiaca con pacemaker (CRT-P):	25
Stimolazione endoventricolare sinistra (associata a re sincronizzazione cardiaca con CRT-D o CRT-P)	25
Stimolazione endoventricolare sinistra LEADLESS, impianto per via transaortica	25
<b>Posizionamento di dispositivi impiantabili in pazienti con scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro, per la prevenzione della morte improvvisa</b>	<b>25</b>
Impianto di ICD transvenoso o sottocutaneo o ibrido sottocutaneo	25
Impianto di ICD LEADLESS	25
Pacemaker miniaturizzato senza elettrocateri (LEADLESS), impiantabile per via transvenosa	26
<b>Barostimolazione carotidea in pazienti con scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro</b>	<b>26</b>
<b>Stimolazione vagale in pazienti con neuropatia periferica idiopatica e scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro</b>	<b>26</b>
<b>Monitoraggio (diagnostico) di pazienti con scompenso cardiaco</b>	<b>26</b>
Monitoraggio non invasivo (cintura multisensore per diagnostica integrata)	26
Monitoraggio invasivo: inserzione di misuratore di pressione atriale sinistra	26
Monitoraggio invasivo: sistema di monitoraggio sottocutaneo	27
<b>Trattamento delle bradi-aritmie</b>	<b>27</b>
Pacemaker AAIR	27
Pacemaker DDD/R	27
Upgrade a pacemaker DDD/R	27
Pacemaker DDD o VDD	27
Upgrade a pacemaker DDD	27
Pacemaker VVI/R	28
Pacemaker VVI/R LEADLESS	28
<b>Ablazione di fibrillazione atriale</b>	<b>28</b>
Ablazione percutanea:	28
Tecnica chirurgica:	28
<b>Impianto di defibrillatore per degenerazione ventricolare del cuore</b>	<b>28</b>
<b>Impianto di pace-maker per sindrome del seno carotideo</b>	<b>28</b>
<b>Impianto di pace-maker sul glomo carotideo</b>	<b>28</b>
<b>Ricovero programmato per la sola sostituzione di batterie di pace-maker</b>	<b>29</b>
<b>Utilizzo di envelope antibatterico in riapertura della tasca del dispositivo</b>	<b>29</b>
<b>Revisione / sostituzione di elettrocaterere [complicanza non infettiva]</b>	<b>29</b>
Riposizionamento dello stesso elettrocaterere:	29
Posizionamento di nuovo elettrocaterere e rimozione* del non funzionante:	29
Posizionamento di nuovo elettrocaterere ed estrazione* del non funzionante:	29
Sostituzione di elettrocaterere rotto:	30

<b>Impianto di device con finalità diagnostiche</b>	<b>30</b>
LOOP recorder esterno	30
Monitor cardiaco a patches adesivi	30
TILT UP test	30
<b>Studio elettrofisiologico diagnostico</b>	<b>30</b>
SEF con mappatura / ricostruzione 3D	30
<b>Revisione della tasca [infezione]</b>	<b>30</b>
Rimozione del sistema in toto [pacemaker]	31
Estrazione del sistema in toto [apparecchi e catetere ICD e CRT-D]	31
<b>Revisione della tasca [decubito]</b>	<b>31</b>
Plastica della tasca del generatore	31
<b>Revisione della tasca [ematoma con segni di ischemia cutanea]</b>	<b>31</b>
<b>Espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo</b>	<b>31</b>
<b>CHIRURGIA GENERALE</b>	<b>32</b>
<b>Controllo di emorragia per varici esofagee effettuato per via endoscopica</b>	<b>32</b>
<b>Inserzione di protesi metallica esofagea</b>	<b>32</b>
<b>Inserimento per via endoscopica di pallone bariatrico intragastrico</b>	<b>32</b>
<b>Intervento di banding gastrico</b>	<b>32</b>
<b>Intervento di resezione dello stomaco secondo Sleeve (gastrorestrizione)</b>	<b>32</b>
<b>Intervento di diversione biliopancreatica (BPD)</b>	<b>32</b>
<b>Intervento di gastroplastica verticale per via laparoscopica</b>	<b>33</b>
<b>Riparazione di deiscenza di gastroplastica verticale</b>	<b>33</b>
<b>Rimozione, riparazione o regolazione laparoscopica di spostamento, scivolamento del banding gastrico o del dispositivo sottocutaneo di regolazione (port)</b>	<b>33</b>
<b>Funduplicatio con tecnica laparoscopica</b>	<b>33</b>
<b>Riparazione di stenosi dell'outlet o neopiloro</b>	<b>33</b>
<b>Inserzione di protesi metallica duodenale</b>	<b>33</b>
<b>Plicatura endoscopica di ernia iatale</b>	<b>34</b>
<b>Reservoir rettale con coloplastica trasversale (stritturoplastica colica)</b>	<b>34</b>
<b>Chiusura di enterostomia</b>	<b>34</b>
<b>Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon</b>	<b>34</b>
<b>Riparazione di rettocele con protesi</b>	<b>34</b>
<b>Reservoir rettale con J-pouch colica</b>	<b>34</b>
<b>Proctopessi addominale con protesi</b>	<b>34</b>
<b>Dearterializzazione di prolasso muco emorroidario associata a proctopessi</b>	<b>35</b>
<b>Resezione a tutto spessore di prolasso del retto per via transanale (intervento di Starr)</b>	<b>35</b>
<b>Emorroidectomia (qualsiasi tecnica) / mucosectomia rettale</b>	<b>35</b>
<b>Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto</b>	<b>35</b>
<b>Impianto e revisione di protesi dello sfintere anale</b>	<b>35</b>
<b>Microchirurgia endoscopica transanale (TEM)</b>	<b>35</b>
<b>Ascesso e fistola anale</b>	<b>35</b>
<b>Trapianto multiviscerale</b>	<b>35</b>
<b>Linfocele o chilotorace post-chirurgico</b>	<b>36</b>
<b>Trattamento chirurgico dell'iperidrosi</b>	<b>36</b>
<b>CHIRURGIA PLASTICA</b>	<b>37</b>

<b>Interventi per la modifica dei caratteri sessuali</b>	<b>37</b>
<b>Lipodistrofia localizzata in pazienti con HIV sintomatico</b>	<b>37</b>
Trattamento ricostruttivo del volto: lipofilling secondo la tecnica di Coleman	37
Trattamento ricostruttivo del volto con filler riassorbibili	37
Lipoaspirazione o lipectomia	37
Mammoplastica riduttiva	37
Addominoplastica	38
<b>Ricostruzione chirurgica della mammella con tecniche diverse dall'impianto di protesi (ricostruzione del capezzolo, intervento con lembo)</b>	<b>38</b>
<b>Trattamento dell'addome pendulo da lassità cutanea in esiti di chirurgia bariatrica o di importanti dimagrimenti</b>	<b>38</b>
<b>Innesto di lembo peduncolato nel padiglione auricolare</b>	<b>38</b>
<b>CHIRURGIA VASCOLARE</b>	<b>39</b>
<b>Disostruzione delle grandi vie venose toraciche [succlavia, anonima, cava]</b>	<b>39</b>
Venoplastica progressiva con palloni di dimensioni crescenti	39
<b>Riparazione di aneurisma dell'arco aortico e dell'aorta toracica discendente ["Frozen"]</b>	<b>39</b>
<b>Aneurisma dell'aorta toracica</b>	<b>39</b>
<b>Aneurisma dell'aorta addominale</b>	<b>40</b>
<b>Aneurisma dell'aorta addominale - graft + branch</b>	<b>40</b>
<b>Aneurisma dell'aorta addominale - intervento di Chimney</b>	<b>40</b>
<b>Aneurisma dell'aorta addominale - impianto di protesi fenestrata</b>	<b>41</b>
<b>Debranching [senza arresto di circolo] in aneurisma dell'aorta toraco-addominale</b>	<b>41</b>
<b>Dissezione dell'aorta</b>	<b>41</b>
<b>Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare</b>	<b>42</b>
<b>Embolizzazione di sacca aneurismatica</b>	<b>42</b>
<b>Riparazione di aneurisma dell'arteria iliaca o femorale con inserimento di protesi endovascolare</b>	<b>42</b>
<b>Pseudoaneurisma secondario a procedura di chirurgia vascolare (es. PTCA, FAV)</b>	<b>42</b>
<b>Descrizione degli stent vascolari periferici</b>	<b>42</b>
<b>Angioplastica e atrectomia non coronarica</b>	<b>43</b>
<b>Angioplastica e atrectomia con pallone a rilascio</b>	<b>43</b>
<b>Trattamento di vene varicose con laserterapia endovascolare o radiofrequenza</b>	<b>43</b>
<b>Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore</b>	<b>43</b>
<b>Legatura endoscopica di perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)</b>	<b>43</b>
<b>Valvuloplastica esterna per il trattamento di varici dell'arto inferiore</b>	<b>43</b>
<b>Intervento di TIPSS (Transjugular Intrahepatic Porto-systemic Shunt Stent)</b>	<b>43</b>
<b>Metodica "stop flow"</b>	<b>44</b>
<b>Inserimento di "port a cath"</b>	<b>44</b>
<b>Inserimento di catetere venoso centrale tunnellizzato</b>	<b>44</b>
<b>DERMATOLOGIA</b>	<b>45</b>
<b>Asportazione di lesione cutanea e sottocutanea neoplastica a carico del naso</b>	<b>45</b>
<b>Autoinnesto di gel piastrinico per il trattamento delle ulcere</b>	<b>45</b>
<b>EMATOLOGIA</b>	<b>46</b>
<b>Prelievo di cellule staminali da sangue periferico (sia per autotrapianto che per allotrapianto)</b>	<b>46</b>
<b>Trapianto loco-regionale di cellule staminali (qualsiasi sede)</b>	<b>46</b>

Reinfusione di cellule dendritiche autologhe	46
<b>ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA</b>	<b>47</b>
Cataratta senile in diabetico, senza complicazioni oculari	47
Cataratta diabetica	47
Diabete da somministrazione di steroidi	47
Coma diabetico dovuto a incidente terapeutico da insulina	47
<b>GASTROENTEROLOGIA</b>	<b>48</b>
Eco-endoscopia dell'apparato digerente per la diagnostica delle patologie del pancreas e delle vie biliari	48
POEM (Per-Oral Endoscopic Miotomy)	48
<b>INFEZIONI E COMPLICAZIONI OPERATORIE O POSTOPERATORIE</b>	<b>49</b>
Dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closur)	49
Mediastinite	49
Toilette di ferita chirurgica infetta	49
Sutura di deiscenza di ferita sternale	49
Intervento per controllo di emorragia post-operatoria	49
<b>MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI</b>	<b>50</b>
Infezione da HIV, virus dell'immunodeficienza umana	50
Pazienti con HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio	50
Ricovero di neonato nato da madre affetta da malattie infettive	50
Ricovero di neonato con infezione congenita	50
Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico	50
Shock settico	51
Setticemia neonatale	51
<b>MALFORMAZIONI CONGENITE</b>	<b>52</b>
Impressione-invaginazione basilare determinante compressione bulbo- midollare e tetraplegia ingravescente	52
<b>NEFROLOGIA</b>	<b>53</b>
Insufficienza o malattia renale	53
Impianto di fistola artero-venosa protesica per dialisi renale	53
Trombosi di fistola artero-venosa in dializzato	53
<b>NEONATOLOGIA</b>	<b>54</b>
Prematurità	54
Sindrome da Distress Respiratorio	54
Neonato sano	54
Ricoveri per i quali non deve essere compilata la SDO	55
<b>NEUROLOGIA</b>	<b>56</b>
Impianto di neurostimolatore vagale per la terapia dell'epilessia refrattaria alla terapia farmacologica	56

<b>OCULISTICA</b>	<b>57</b>
Iniezione di cortisonici endovitreali	57
Iniezione intravitreale di farmaci per la cura delle maculopatie	57
Innesto di limbus	57
Innesto di membrana amniotica	57
Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto	57
Impianto di lipociti per gravi retinopatie	57
Impianto di rete contenitiva per il cristallino	57
Lussazione di cristallino artificiale (IOL)	58
Asportazione di xantelasma palpebrale	58
<b>ONCOLOGIA</b>	<b>59</b>
Chemioterapia e/o immunoterapia per via sistemica:	59
Ciclo di radioterapia associato a chemioterapia antiblastica	60
Brachiterapia o terapie radiometaboliche	60
Chemoembolizzazione di tumore	60
Chemoembolizzazione di tumore con radiofarmaco	61
Embolizzazione di tumore	61
Elettrochemioterapia	61
Inserimento di protesi o espansore nella mammella in paziente mastectomizzata per neoplasia maligna	61
Prelievo preventivo di ovociti al fine di una eventuale successiva fecondazione assistita in paziente che necessita di trattamento radio-chemioterapico	62
Gamma Knife	62
Tumorectomia con tecnica HiFu (High Focused Ultrasound)	62
<b>ORTOPEDIA</b>	<b>63</b>
<b>Ernia discale</b>	<b>63</b>
Tecnica chirurgica a cielo aperto	63
Radiofrequenza, laser o altra tecnica percutanea	63
Ozono, gel o altra sostanza	63
<b>Inserzione di dispositivi senza fusione tra i corpi vertebrali</b>	<b>63</b>
<b>Riposizionamento di cage intersomatica vertebrale mantenuta con barra in titanio</b>	<b>63</b>
<b>Revisione di protesi di spalla</b>	<b>63</b>
<b>Lussazione recidivante di spalla</b>	<b>64</b>
<b>Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori</b>	<b>64</b>
<b>Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori</b>	<b>64</b>
<b>Tendinopatie e sindromi analoghe</b>	<b>64</b>
<b>Protesi di capitello radiale</b>	<b>64</b>
<b>Revisione di sostituzione di protesi di gomito</b>	<b>64</b>
<b>Revisione di protesi di anca o di ginocchio con sostituzione</b>	<b>65</b>
<b>Revisione di protesi senza sostituzione</b>	<b>65</b>
<b>Sostituzione di spaziatore antibiodato</b>	<b>65</b>
<b>Protesi di rotula</b>	<b>65</b>
<b>Impianto di biomateriale per condropatia della rotula</b>	<b>66</b>
<b>Revisione con sostituzione di protesi di caviglia</b>	<b>66</b>
<b>Trapianto di tendine da cadavere</b>	<b>66</b>

<b>Autotrapianto osteo-cartilagineo del condilo femorale mediale del ginocchio in artroscopia</b>	<b>66</b>
<b>Impianto (trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione</b>	<b>66</b>
<b>Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine</b>	<b>67</b>
1° ricovero	67
2° ricovero	67
<b>Trapianto di menisco da banca</b>	<b>67</b>
<b>Autoinnesto di gel piastrinico</b>	<b>67</b>
<b>Asportazione di tessuto o lesione ossea</b>	<b>67</b>
<b>Chirurgia della mano per emiplegia o tetraplegia</b>	<b>68</b>
<b>Rimozione dei mezzi di sintesi</b>	<b>68</b>
Rimozione programmata	68
Dinamizzazione di mezzi di sintesi	68
Per intolleranza, mobilizzazione, rottura o altra complicanza meccanica	68
<b>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>	<b>69</b>
<b>Parto indolore mediante anestesia epidurale</b>	<b>69</b>
<b>Parto avvenuto fuori dalla struttura ospedaliera senza complicazioni</b>	<b>69</b>
<b>Interruzione volontaria farmacologia di gravidanza (RU 486)</b>	<b>69</b>
<b>Deinfibulazione</b>	<b>69</b>
<b>Asportazione di condilomi acuminati della cervice uterina o della vagina</b>	<b>69</b>
<b>Raccolta di sangue dal cordone ombelicale ai fini della donazione per il trapianto delle cellule staminali</b>	<b>70</b>
<b>OTORINOLARINGOIATRIA</b>	<b>71</b>
<b>Chirurgia endoscopica dei seni paranasali</b>	<b>71</b>
<b>Intervento per paralisi di corda vocale</b>	<b>71</b>
<b>Inserimento di protesi fonatoria in laringectomizzati</b>	<b>71</b>
<b>Intervento di ugulofaringoplastica per sindrome dell'apnea notturna</b>	<b>71</b>
<b>Intervento di ugulofaringoplastica per sindrome dell'apnea notturna con sospensione ioidea-linguale</b>	<b>71</b>
<b>Trattamento con radiofrequenza (RFVR) per sindrome dell'apnea notturna</b>	<b>72</b>
<b>Apnea notturna di natura non organica</b>	<b>72</b>
<b>Correzione funzionale di deviazione, deformità o deformazione del naso (Rinoplastica)</b>	<b>72</b>
Acquisita:	72
Congenita:	72
<b>PNEUMOLOGIA</b>	<b>73</b>
<b>Insufficienza respiratoria</b>	<b>73</b>
<b>NIMV (Ventilazione Meccanica Non Invasiva) eseguita con maschera facciale o casco</b>	<b>73</b>
<b>Svezzamento da tracheostomia</b>	<b>73</b>
<b>Impianto di stent tracheale</b>	<b>73</b>
<b>Impianto di protesi bronchiale</b>	<b>73</b>
<b>PSICHIATRIA</b>	<b>74</b>
<b>REUMATOLOGIA</b>	<b>75</b>
<b>Biopsia delle ghiandole salivari in malattia di Sjogren</b>	<b>75</b>

<b>RIABILITAZIONE</b>	<b>76</b>
<b>Attività riabilitativa post-acuzie</b>	<b>76</b>
Riabilitazione da malattie infettive e parassitarie	76
Riabilitazione da malattie del sistema nervoso	76
Riabilitazione post-chirurgica per asportazione di lesione a carico del SNC	76
Riabilitazione da malattie del sistema cardiocircolatorio	76
Riabilitazione cardiologica post-IMA, entro le otto settimane.	76
Riabilitazione cardiologica post-IMA, dopo le otto settimane.	77
Riabilitazione cardiologica post-chirurgica	77
Riabilitazione dopo bypass per rivascularizzazione cardiaca	77
Riabilitazione respiratoria post-chirurgica	77
Riabilitazione post-tracheostomia	77
Riabilitazione post-traumatica	77
Riabilitazione post-chirurgica per sostituzione di protesi articolare	77
Sindrome ipocinetica	77
Sindrome da immobilizzazione	77
<b>Ricoveri elettivi di mantenimento per l'attività riabilitativa</b>	<b>77</b>
<b>Riabilitazione per malattie polmonari croniche</b>	<b>77</b>
<b>TERAPIA ANTALGICA</b>	<b>78</b>
<b>Dolore post-operatorio di grado medio-alto (elastomeri, PCA, PCEA)</b>	<b>78</b>
Analgesia continua con catetere epidurale	78
Blocco di parete e analgesia continua con catetere perineurale	78
Analgesia continua per via endovenosa	78
<b>Dolore cronico</b>	<b>78</b>
Dispositivo antalgico esterno alla cute	78
Pompa totalmente impiantabile con formazione di tasca sottocutanea.	78
<b>Paziente portatore di pompa di infusione totalmente impiantabile che continua il trattamento antalgico</b>	<b>78</b>
<b>Impianto o sostituzione di neurostimolatore spinale o vescicale</b>	<b>79</b>
Primo ricovero ( <i>fase test: impianto di solo elettrodo</i> )	79
Secondo ricovero ( <i>impianto definitivo: impianto di solo generatore</i> )	79
<b>Sostituzione di generatore o elettrodo (o entrambi) di neurostimolatore spinale</b>	<b>79</b>
<b>Rimozione di neurostimolatore spinale (generatore ed elettrodo)</b>	<b>79</b>
<b>Neuromodulazione di strutture nervose con radiofrequenza continua o pulsata</b>	<b>80</b>
<b>Blocco continuo perinervoso</b>	<b>80</b>
<b>Epidurolisi attraverso periduroscopia</b>	<b>80</b>
<b>UROLOGIA E ANDROLOGIA</b>	<b>81</b>
<b>Ematuria</b>	<b>81</b>
<b>Varicocele</b>	<b>81</b>
<b>Asportazione di condilomi acuminati dall'uretra o dal tessuto periuretrale</b>	<b>81</b>
<b>Iniezione di collagene in cistoscopia per la correzione di reflusso vescico-ureterale o incontinenza urinaria</b>	<b>81</b>
<b>Impianto di dispositivo periuretrale per l'incontinenza urinaria</b>	<b>81</b>
<b>Inserimento di protesi per stenosi uretrale</b>	<b>81</b>
<b>Impianto di pace-maker neurale o elettrostimolatore neuro-urologico</b>	<b>82</b>
<b>SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI</b>	<b>83</b>
<b>ALTRI MOTIVI DI RICORSO AI SERVIZI SANITARI (CODICI V)</b>	<b>84</b>

<b>Ricerca dei codici V</b>	<b>84</b>
<b>Utilizzo dei codici V</b>	<b>84</b>
<b>Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi</b>	<b>84</b>
<b>Codici che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente</b>	<b>84</b>
<b>Nati vivi sani secondo il tipo di nascita (V30/V39)</b>	<b>85</b>
<b>Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi (V52 e V53)</b>	<b>85</b>
<b>Trattamento di pazienti in dialisi (V56)</b>	<b>85</b>
<b>Donatori di organi o tessuti (V59.1–V59.9)</b>	<b>85</b>
<b>Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti (V64)</b>	<b>85</b>

## PRESENTAZIONE

La variabilità della casistica medico-chirurgica, l'affinamento di tecniche e procedure, 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 ICD-9-CM, 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 allegate al D.M. n. 380 del 27/10/2000 e dell'accordo del 29 aprile 2010 della conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano inerente lo "Aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)".

La Regione Emilia-Romagna ha avuto, con il Ministero della Salute, il coordinamento nazionale del progetto di aggiornamento dei sistemi di classificazione ICD-9-CM e DRG e la responsabilità di più linee di attività, tra cui la redazione delle linee-guida di codifica SDO nazionali, approvate in Conferenza Stato Regioni (rep. Atti 64/CSR del 29 aprile 2010), le cui indicazioni sono state recepite e arricchite in questa edizione delle linee-guida regionali.

Oltre alla consultazione dei clinici e degli operatori delle Aziende Sanitarie, ci si è avvalsi dell'esperienza maturata al tavolo della mobilità nazionale in cui si sono stabiliti ambiti e tempi di consultazione e confronto con i rappresentanti delle Regioni, al fine di condividere esperienze e metodi in ordine ai percorsi di miglioramento della qualità di compilazione della SDO, ma anche valutazioni di appropriatezza riferite alla ottimizzazione dell'efficienza erogativa.

La partecipazione ai gruppi tecnici multidisciplinari istituiti dalla Regione Emilia-Romagna per la definizione dei criteri e gli indirizzi in materia di controllo delle prestazioni sanitarie, consente una lettura approfondita dei fenomeni potenzialmente a rischio di inappropriata, facilitandone il monitoraggio e la sorveglianza anche attraverso la definizione di regole tempestive.

Sono state eliminate alcune codifiche perché ormai entrate nel lessico comune e altre che, pur riferendosi a prestazioni eseguibili in un percorso di ricovero, per loro natura e classificazione sono proprie dell'attività ambulatoriale. Tale criterio, pur non identificando uno strumento classificatorio con la scelta di un setting assistenziale, esprime l'esigenza di dare la massima attenzione al corretto uso delle risorse disponibili.

Le regole e il loro controllo si integreranno con la formazione regionale ripensata e aggiornata, per realizzare l'uniformità dei comportamenti, requisito indispensabile per l'ottenimento di informazioni di valore.



## LE PRINCIPALI NOVITÀ

Le discipline maggiormente interessate dalle modifiche sono la Cardiologia, la Cardiochirurgia e la Chirurgia Vascolare, oggetto di una revisione sistematica recentemente pubblicata.

È stata definita una codifica convenzionale per la chirurgia robotica e per alcune prestazioni di radiologia interventiva ed è stata ampliata la sezione relativa alla terapia antalgica. Infine, a seguito dell'aggiornamento della normativa relativa alla SDO operato dal Decreto Ministeriale 261/2016 e dalla Circolare Regionale 6/2016, si è ritenuto necessario integrare le linee guida con indicazioni relative al significato ed alle modalità di compilazione di alcune *informazioni aggiuntive* che integrano il debito informativo correlato alle condizioni oggetto di trattamento ed alle prestazioni erogate.

## NOTA INFORMATIVA

Nel sito web del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali <http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts>, può essere scaricata copia del presente volume e dell'aggiornamento sistematico dell'area cardiovascolare; inoltre, sono disponibili FAQ aggiornate e ordinate per categoria e data di inserimento, che hanno il carattere vincolante delle linee guida.

Le Aziende possono avanzare quesiti sulla codifica delle diagnosi e delle procedure inviando una mail all'indirizzo [qualitàcodificaSDO@regione.emilia-romagna.it](mailto:qualitàcodificaSDO@regione.emilia-romagna.it).  
Allo stesso indirizzo è consultabile l'errata corrige del manuale di classificazione ICD9CM, l'indice alfabetico e la tavola "Farmaci e prodotti chimici" dei codici E.

## PARTE GENERALE

### 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 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 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.

#### Diagnosi presente all'ammissione

Per ciascun codice diagnosi registrato sulla SDO, è necessario specificare se la condizione descritta era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente, deve essere classificata come "Presente all'ammissione".

Qualsiasi evento che abbia origine all'interno del ricovero deve essere classificato come "Non presente all'ammissione".

### Codici E

Si tratta di codici alfanumerici aggiuntivi che permettono di classificare le cause esterne di traumatismo, avvelenamento e altri effetti avversi. Si possono utilizzare per qualsiasi condizione patologica dovuta a causa esterna, ricercandoli attraverso la consultazione degli indici alfabetico e analitico.

L'indice alfabetico è reperibile, insieme alla Tavola Farmaci e Prodotti Chimici, nel sito della SDO alla voce "documentazione" e "ICD-9-CM 2007-Group 24".

Nella codifica:

- scegliere, quando possibile, il codice più specifico (quarta cifra);
- assegnare il codice E solo per il primo ricovero;
- quando sia possibile utilizzare due codici E, riportare quello maggiormente correlato alla diagnosi principale.

I codici E di postumo sono associabili ai codici di postumo da 905 a 909.

### Interventi e procedure

Nella S.D.O. possono essere riportati:

- un intervento principale, inteso come la procedura effettuata nel corso del ricovero e individuata come quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione, ossia quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.)
- al massimo dieci ulteriori procedure oltre all'intervento principale.

### 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:

- 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;
- nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
- quando nella cartella clinica vengono riportati interventi o procedure in numero superiore ai 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 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 (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 (es. TAC, RMN, litotripsia, radioterapia).

Di seguito vengono riportate alcune procedure, previste nella rubrica "Miscellanea" e nel capitolo "00-Procedure ed interventi non classificati altrove", che possono determinare l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):

- 00.15 Infusione di Interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2)*
- 87.53 Colangiografia intraoperatoria*
- 88.52 Angiocardigrafia del cuore destro*
- 88.53 Angiocardigrafia del cuore sinistro*
- 88.54 Angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro*
- 88.55 Arteriografia coronarica con catetere singolo*
- 88.56 Arteriografia coronarica con catetere doppio*
- 88.57 Altra e non specificata arteriografia coronarica*
- 88.58 Roentgenografia cardiaca con contrasto negativo*
- 92.27 Impianto o inserzione di elementi radioattivi*
- 92.30 Radiochirurgia stereotassica SAI*
- 92.31 Radiochirurgia fotonica a sorgente singola*
- 92.32 Radiochirurgia fotonica multi-sorgente*
- 92.33 Radiochirurgia articolata*
- 92.39 Radiochirurgia stereotassica NIA*
- 94.61 Riabilitazione da alcool*
- 94.63 Disintossicazione e riabilitazione da alcool*
- 94.64 Riabilitazione da farmaci*
- 94.66 Disintossicazione e riabilitazione da farmaci*
- 94.67 Riabilitazione combinata da alcool e farmaci*
- 94.69 Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci*
- 95.04 Esame dell'occhio 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.*

## Indicazioni generali

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

### Biopsia osteomidollare o carotizzazione ossea

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 deve mai essere utilizzato perché aspecifico.

### 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 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 abbia rilevanza sul processo di cura o sul consumo delle risorse; non è appropriata per i casi di procedure minori (ad esempio: escissioni di lesioni cutanee).

I codici ripetuti dovranno riportare la lateralità destra e sinistra, evitando il valore "bilaterale".

**Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari**

L'esecuzione di più interventi nel corso dello stesso atto operatorio può richiedere la codifica separata, se non è previsto un codice combinato. Ad esempio: ovariectomia monolaterale e appendicectomia: 65.39 associato a 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 multipla**

La completa descrizione di un intervento può comportare l'impiego 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.

**Complicazioni della gravidanza**

Quando una paziente è ricoverata a causa di una condizione che complica la gravidanza oppure conseguente 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.

Descrivendo tali condizioni è necessario prestare estrema attenzione nella definizione dell'episodio indice in relazione all'evento parto, evitando l'impiego della quinta cifra 0, non specifica.

**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.

**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 della manifestazione.

**Condizioni acute e croniche**

Quando la stessa condizione è descritta sia come acuta (o subacuta) che come cronica e nell'indice alfabetico sono riportati codici specifici, devono essere riportati entrambi,

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

### **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.

### **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 indica la specifica procedura laparoscopica, si utilizza il codice 54.21 *Laparoscopia* anche per sedi diverse dall'addome.

### **Chirurgia robotica (*Robotic Assisted Surgery*)**

La chirurgia con assistenza robotica è convenzionalmente descritta con il codice procedura 00.35 *Chirurgia computer-assistita con dataset multipli*, da associare al codice descrittivo dell'intervento eseguito.

### **Ematomi "spontanei"**

La codifica prevede l'utilizzo dei codici di contusione senza soluzione di continuo (920-924).

### **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".

### **Tentativi terapeutici**

Quando è impossibile portare a termine un intervento chirurgico o una procedura, tale intervento o procedura non deve essere codificato. Devono comunque essere rappresentate le manovre effettuate (es. cateterismo per angioplastica non eseguita).

**Trattamento non eseguito**

Quando un ricovero sia stato programmato per eseguire un particolare trattamento e questo non venga eseguito per circostanze impreviste, vanno riportati come diagnosi principale i codici V64.1, V64.2 o V64.3 e come diagnosi secondaria la patologia che avrebbe determinato il trattamento.

Se il rinvio dell'intervento è causale all'insorgenza di altra patologia, quest'ultima va riportata come diagnosi principale se trattata nel ricovero.

**Traumi multipli**

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

**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.

**Rilevazione del dolore**

Con il Decreto Ministeriale 261/2016 è stata posta indicazione di dichiarare se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero. In ottemperanza alle indicazioni normative vigenti, "All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica analgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato analgico conseguito."<sup>1</sup>

**Stadiazione condensata**

Con il Decreto Ministeriale 261/2016 è stata posta indicazione di dichiarare lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione principale (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1), utilizzando la seguente classificazione:

- 1 = Tumore localizzato, confinato all'organo di origine
- 2 = Infiltrazione locale extraorgano
- 3 = Metastasi ai linfonodi regionali
- 4 = Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali
- 5 = Metastasi a distanza
- 6 = Metastasi ai linfonodi non regionali
- 7 = Non confinato all'organo di origine (ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6)
- 8 = Nessuna invasione degli organi distanti (ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4)
- 9 = Ignoto

---

<sup>1</sup> Art. 7, comma 1, dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010.



## ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA

### Desensibilizzazione di soggetto allergico al veleno animale

**Codici diagnosi:**

V07.1 Necessità di desensibilizzazione ad allergeni associato a  
V15.06 Anamnesi personale di allergia agli insetti

**Annotazioni:**

Se si verifica effetto avverso inserire in diagnosi principale il codice:  
989.5 Effetti tossici di veleno di origine animale.

### Desensibilizzazione di soggetto allergico a farmaci o altre sostanze

**Codici diagnosi:**

V07.1 Necessità di desensibilizzazione ad allergeni.  
V14.\_ Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali.

**Annotazioni:**

Se si verifica effetto avverso inserire in diagnosi principale il codice  
995.2\_ Altri effetti avversi non specificati di farmaci, medicamenti e prodotti biologici.

## CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

### Impianto di 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

#### Annotazione:

Utilizzare 39.65 Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO) se si impianta l'ossigenatore.

#### Assistenza cardiocircolatoria ventricolare destra con pompa centrifuga più ossigenatore

37.62 Impianto di altri sistemi di circolazione assistita

39.65 Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO).

#### Portatore di contropulsatore aortico, VAD, o altri supporti circolatori

V46.8 Dipendenza da altri apparecchi.

### By-pass aortocoronarico

#### By-pass aortocoronarico

36.15 By-pass singolo di mammaria interna- arteria coronaria *associato a*

36.1\_ By-pass aortocoronarico.

#### Annotazione:

Se eseguita C.E.C., codificare anche:

39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)

In caso di impiego di altri vasi arteriosi:

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

#### By-pass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca

- 36.1\_ By-pass aortocoronarico *associato a*  
 37.32 Asportazione di aneurisma del cuore *associato a*  
 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore Aperto (C.E.C.).

#### **Rivascolarizzazione cardiaca con tecnica laser**

- 36.3\_ Altra rivascolarizzazione cardiaca.

#### **Sostituzione valvolare aortica con protesi sutureless**

##### **Codice diagnosi:**

- 424.1 Disturbi della valvola aortica

##### **Codice intervento:**

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi

#### **Intervento secondo Bentall:**

##### **Codici intervento:**

- 35.22 Altra sostituzione di valvola aortica con protesi *associato a*  
 38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione *associato a*  
 36.99 Altri *interventi sui vasi del cuore* (per indicare il reimpianto delle arterie coronariche)

##### **Annotazioni:**

Se eseguita C.E.C., utilizzare anche 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).

Se applicata endoprotesi aortica associare

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

#### **Intervento secondo David:**

##### **Codici intervento:**

- 35.11 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione *associato a*  
 38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione *associato a*  
 36.99 Altri interventi sui vasi del cuore

##### **Annotazioni:**

Se eseguita C.E.C., utilizzare anche 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).

#### **Sostituzione transcateretere della valvola aortica**

##### **Valvola aortica nativa**

- 424.1 Disturbi della valvola aortica *oppure*  
 395.0 Stenosi aortica reumatica *oppure*

- 395.1 Insufficienza aortica reumatica *oppure*
- 395.2 Steno-insufficienza aortica reumatica *oppure*
- 395.9 Altre e non specificate malattie reumatiche dell'aorta *oppure*

#### **TAVI - Impianto di protesi valvolare aortica biologica transcateretere**

##### **TAVI transfemorale o per via succlavia**

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

##### **TAVI transapicale o transaortica**

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 37.11 Cardiotomia

##### **Annotazioni:**

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcateretere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere utilizzato in procedure cardiocirurgiche non transcateretere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

<><><>

#### **Protesi valvolare aortica degenerata**

- 996.02 Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca *oppure*
- 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci *oppure*
- 996.71 Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache

#### **VIV aortica - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata**

##### **VIV transfemorale o per via succlavia**

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

##### **VIV transapicale o transaortica**

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 37.11 Cardiotomia

##### **Annotazioni:**

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcateretere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere

utilizzato in procedure cardiocirurgiche non transcateretere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

### Chirurgia riparativa della mitrale con anuloplastica

**Codice diagnosi:**

424.0 Disturbi della valvola mitrale

**Codici intervento:**

35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione

35.33 Anuloplastica

39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)

### Chirurgia riparativa della mitrale con l'utilizzo dell'anello di Carpentier:

**Codici intervento:**

35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione

39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).

### Correzione di insufficienza della mitrale da rottura di corde tendinee

**Codici diagnosi:**

424.0 Disturbi della valvola mitrale

429.5 Rottura di corda tendinea

**Codici intervento:**

35.32 Interventi sulle corde tendinee

37.11 Cardiotomia

**Annotazioni:**

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

### Sostituzione transcateretere della valvola mitralica

**Valvola mitralica nativa**

424.0 Disturbi della valvola mitrale *oppure*

394.0 Stenosi mitralica *oppure*

394.1 Insufficienza mitralica reumatica *oppure*

394.2 Steno-insufficienza mitralica *oppure*

394.9 Altre e non specificate malattie della valvola mitrale *oppure*

396.0 Stenosi della valvola mitrale e della valvola aortica *oppure*

396.1 Stenosi della valvola mitrale e insufficienza della valvola aortica *oppure*

396.2 Insufficienza della valvola mitrale e stenosi della valvola aortica *oppure*

396.3 Insufficienza della valvola mitrale e della valvola aortica *oppure*

396.8 Interessamento multiplo della valvola mitrale e della valvola aortica *oppure*

396.9 Malattie della valvola mitrale e della valvola aortica, non specificate

**Impianto di protesi valvolare mitralica biologica transcateretere****Impianto per via venosa femorale e transettale**

- 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

**Impianto transapicale**

- 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 37.11 Cardiotomia

**Annotazioni:**

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcateretere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere utilizzato in procedure cardiologiche non transcateretere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

**Valvuloplastica transcateretere****Valvuloplastica con MitraClip**

- 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
- 38.91 Cateterismo arterioso

**Sistema di riduzione dell'anello valvolare**

- 35.33 Annuloplastica
- 38.91 Cateterismo arterioso

**Impianto transapicale di neo corde**

- 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
- 35.32 Interventi sulle corde tendinee
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 37.11 Cardiotomia

**Annotazioni:**

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcateretere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere utilizzato in procedure cardiologiche non transcateretere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

<><><>

**Protesi valvolare mitralica biologica degenerata**

- 996.02 Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca *oppure*
- 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci *oppure*

996.71 Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache

**VIV mitralica - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata**

**VIV venosa femorale - transettale**

- 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

**VIV transapicale**

- 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 37.11 Cardiotomia

**Annotazioni:**

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcateretere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere utilizzato in procedure cardiologiche non transcateretere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

**Sostituzione transcateretere della valvola tricuspide**

**Valvola tricuspide nativa**

- 424.0 Disturbi della valvola mitrale *oppure*
- 397.0 Malattie della valvola tricuspide

**Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere per via venosa femorale o giugulare**

- 35.27 Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

**Valvuloplastica transcateretere con Clip o anuloplastica**

- 35.14 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione
- 38.91 Cateterismo arterioso

<><><>

**Protesi valvolare biologica degenerata**

- 996.02 Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca *oppure*
- 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci *oppure*
- 996.71 Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache

**VIV tricuspide - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata**

**VIV per via venosa transfemorale o transgiugulare**

- 35.27 Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

**VIV con toracotomia e accesso transatriale dx**

- 35.27 Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 37.11 Cardiotomia

**Annotazioni:**

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcateretere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere utilizzato in procedure cardiocirurgiche non transcateretere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

**Sostituzione transcateretere della valvola polmonare****Valvola polmonare nativa**

- 424.3 Disturbi della valvola polmonare *oppure*
- 397.1 Malattie reumatiche della valvola polmonare

**Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere per via venosa femorale**

- 35.25 Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

&lt;&gt;&lt;&gt;&lt;&gt;

**Protesi valvolare polmonare biologica degenerata**

- 996.02 Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca *oppure*
- 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci *oppure*
- 996.71 Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache

**VIV polmonare - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata****VIV polmonare per via venosa femorale**

- 35.25 Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

**Annotazioni:**

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcateretere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere utilizzato in procedure cardiocirurgiche non transcateretere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

#### Rimodellamento ventricolare

**Codice intervento:**

37.35 Asportazione parziale di ventricolo

#### Ventricoloplastica per aneurisma ventricolare sinistro

**Codice diagnosi:**

414.10 Aneurisma cardiaco (parete)

**Codici intervento:**

37.32 Asportazione di aneurisma del cuore  
 37.35 Asportazione parziale di ventricolo  
 37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro

**Annotazioni:**

Il codice procedura 37.35 viene utilizzato per descrivere il rimodellamento del ventricolo

#### Chiusura del dotto di Botallo per via percutanea

**Codici intervento:**

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

#### Chiusura del difetto interatriale (DIA) per via percutanea

**Codice intervento:**

35.52 Riparazione di difetto del setto atriale con sutura diretta.

#### Procedure per la prevenzione dell'embolia cardiogena

**Esclusione dell'auricola sinistra dal circolo ematico:**

37.90 Inserzione di dispositivo nell'appendice atriale sinistra *oppure*  
 37.99 Altri interventi sul cuore e sul pericardio [*procedura con accesso toracotomico*]

**Occlusione del setto interatriale:**

35.52 Riparazione di difetto del setto interatriale con sutura diretta

Se utilizzato, codificare anche:

00.39 Altra chirurgia computer-assistita

#### Debranching [senza arresto di circolo] in aneurisma dell'arco aortico

**Codici diagnosi:**

441.01 Dissezione dell'aorta, toracica *oppure*

- 441.1 Rottura di aneurisma toracico *oppure*
- 441.2 Aneurisma toracico senza menzione di rottura

**Codici intervento:**

- 39.22 Bypass aorto-succlavio-carotideo
- 39.23 Altra anastomosi o bypass vascolare intratoracico

**Annotazioni:**

I codici procedura 39.22 e 39.23 possono essere utilizzati singolarmente o in associazione, in relazione al distretto anatomico interessato dalla lesione e sede di trattamento.

La descrizione dell'intervento può essere completata dalle seguenti procedure, quando eseguite e/o quando si renda necessario l'arresto di circolo:

- 39.73 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica
- 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)
- 39.63 Cardioplegia

**Sostituzione di arco aortico con tubo valvolato****Codici intervento:**

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi *oppure*
- 35.22 Altra sostituzione di valvola aortica con protesi  
*associato a*
- 38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione

**Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare****Codici intervento:**

- 38.6\_ Altra asportazione di vasi  
*oppure*
- 38.4\_ Resezione di vasi con sostituzione  
*associato a*
- 38.91 Cateterismo arterioso

**Arresto di circolo indotto da ipotermia profonda****Codice intervento:**

- 39.62 Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto

**Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare**

La codifica è descritta nel paragrafo relativo alla Chirurgia Vascolare

## CARDIOLOGIA

### Malattie ischemiche del cuore

#### 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 (per dimissione ordinaria al domicilio o per trasferimento in istituti non per acuti); in tali casi si utilizza il quinto carattere 2.

Non deve mai essere utilizzata 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)** deve essere codificato con indicazione 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*.

Quando il successivo ricovero avviene oltre le otto settimane **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.

**Le complicanze** dell'infarto, quali aritmie, fibrillazione o shock devono essere codificate tra le diagnosi secondarie.

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.

### Disostruzione coronarica

#### Codice diagnosi:

414.01 Aterosclerosi coronarica di arteria coronarica nativa

#### Angioplastica progressiva con palloni di dimensioni crescenti

00.66 Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica

#### Codifica anche:

- iniezione o infusione di agenti trombolitici (99.10)
- inserzione di stent nell'arteria coronarica (36.06-36.07)

- 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)

### Ipertensione arteriosa

È opportuno consultare la **tabella** dedicata nell'indice alfabetico delle diagnosi.  
Se l'ipertensione è **secondaria**, si deve indicare per primo il codice della malattia 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.

### Denervazione arteria renale (DAR) per il controllo dell'ipertensione arteriosa refrattaria al trattamento farmacologico

**Codice intervento:**

05.25 Simpatiectomia periarteriosa.

### Cuore polmonare cronico scompensato

**Codici diagnosi:**

- 428.0 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato) *associato a*  
416.9 Malattia cardiopolmonare cronica, non specificata.

### Terapia dello scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro, con utilizzo di dispositivi impiantabili

L'indicazione al trattamento è motivata dal contestuale riscontro di una delle seguenti condizioni [da descrivere in diagnosi secondaria]:

- 426.\_ Disturbi della conduzione (426.2-Emiblocco di branca sinistra; 426.3-Altro blocco completo di branca sinistra; 426.5\_-Altro e non specificato blocco di branca)  
425.4 Altre cardiomiopatie primitive  
425.9 Cardiomiopatia secondaria, non specificata

**Re sincronizzazione cardiaca con ICD (CRT-D):**

- 00.51 Impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca, sistema totale (CRT-D)

Se eseguiti, codificare anche:

- 37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro  
37.74 Inserzione o riposizionamento di elettrodo epicardico nell'epicardio

**Annotazioni:**

Il codice 00.51 descrive sia il primo impianto che l'upgrade da ICD a CRT-D

**Re sincronizzazione cardiaca con pacemaker (CRT-P):**

00.50 Impianto di pacemaker per la risincronizzazione cardiaca senza menzione di defibrillazione, sistema totale (CRT-P)

Se eseguite, codificare anche una o più delle seguenti manovre:

37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro

37.23 Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro

35.41 Allargamento di difetto esistente del setto atriale (*accesso con puntura trans-settale*)

37.11 Cardiotomia (*accesso trans-apicale*)

**Annotazioni:**

Il codice 00.50 descrive sia il primo impianto che l'upgrade da ICD a CRT-P

**Stimolazione endoventricolare sinistra (associata a re sincronizzazione cardiaca con CRT-D o CRT-P)**

37.23 Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro (*cateterismo combinato per ottimizzazione della terapia farmacologica dello scompenso*)

**Stimolazione endoventricolare sinistra LEADLESS, impianto per via transaortica**

37.67 Impianto di sistema di cardiostimolazione (*Posizionamento di sonda a ultrasuoni tra i muscoli intercostali + stimolatore sottocutaneo*)

**Posizionamento di dispositivi impiantabili in pazienti con scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro, per la prevenzione della morte improvvisa**

**Impianto di ICD transvenoso o sottocutaneo o ibrido sottocutaneo**

37.94 Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [AICD]

Se eseguito, codificare anche:

37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro

**Annotazioni:**

Il codice 37.94 descrive sia il primo impianto che l'upgrade a ICD.

Non esiste la possibilità di differenziare l'ICD sottocutaneo.

**Impianto di ICD LEADLESS**

37.94 Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [AICD]

38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

Se eseguito, codificare anche:

37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro

### **Pacemaker miniaturizzato senza elettrocateri (LEADLESS), impiantabile per via transvenosa**

- 37.82 Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta
- 37.71 Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo
- 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

### **Barostimolazione carotidea in pazienti con scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro**

Quando presenti, descrivere in posizione di diagnosi secondaria:

- 425.\_ Cardiomiopatie
- 427.3\_ Fibrillazione e flutter atriale

#### **Codice intervento:**

- 39.8 Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari

### **Stimolazione vagale in pazienti con neuropatia periferica idiopatica e scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro**

#### **Codici diagnosi:**

- 337.0 Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo
- 428.\_\_ Scompenso cardiaco

#### **Codici intervento:**

- 86.96 Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore *oppure*
- 86.97 Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo ricaricabile

#### **Annotazioni:**

Codificare anche l'eventuale elettrodo associato (04.92)

### **Monitoraggio (diagnostico) di pazienti con scompenso cardiaco**

#### **Codice diagnosi:**

- 428.\_\_ Scompenso cardiaco

#### **Monitoraggio non invasivo (cintura multisensore per diagnostica integrata)**

- 89.68 Monitoraggio della gettata cardiaca mediante altre tecniche
- 89.59 Altre misure cardiovascolari non invasive

#### **Monitoraggio invasivo: inserzione di misuratore di pressione atriale sinistra**

- 00.56 Inserzione o sostituzione di elettrodi a pressione impiantabili per il monitoraggio emodinamico intracardiaco

**Monitoraggio invasivo: sistema di monitoraggio sottocutaneo**

00.57 Impianto o sostituzione di dispositivo sottocutanei per il monitoraggio emodinamico intracardiaco

Se eseguito, codificare anche:

37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro

35.41 Allargamento di difetto esistente del setto atriale (*accesso con puntura trans-settale*)

**Trattamento delle bradi-aritmie**

I codici descritti di seguito sono identificabili attraverso la consultazione del manuale dei codici ICD9CM; l'elencazione che segue ha il significato di facilitare e uniformare la codifica dei diversi device.

**Pacemaker AAIR**

37.82 Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta *in associazione con*

37.73 Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nell'atrio *oppure*

37.74 Inserzione o riposizionamento di elettrodo epicardico nell'epicardio

**Pacemaker DDD/R**

37.83 Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia, apparecchio sequenziale atrio-ventricolo *in associazione con*

37.72 Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi nell'atrio e nel ventricolo *oppure*

37.74 Inserzione o riposizionamento di elettrodo epicardico nell'epicardio

**Upgrade a pacemaker DDD/R**

37.87 Sostituzione di eventuale apparecchio di pace-maker con camera doppia *in associazione con*

37.76 Riposizionamento di elettrodo transvenoso atriale e/o ventricolare

**Pacemaker DDD o VDD**

37.83 Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia, apparecchio sequenziale atrio-ventricolo *in associazione con*

37.72 Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi nell'atrio e nel ventricolo *oppure*

37.74 Inserzione o riposizionamento di elettrodo epicardico nell'epicardio

**Upgrade a pacemaker DDD**

37.87 Sostituzione di eventuale apparecchio di pace-maker con camera doppia *in associazione con*

37.76 Riposizionamento di elettrodo transvenoso atriale e/o ventricolare

**Pacemaker VVI/R**

- 37.82 Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta *in associazione con*  
 37.71 Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo

**Pacemaker VVI/R LEADLESS**

- 37.82 Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta  
 37.71 Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo  
 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

**Ablazione di fibrillazione atriale****Codice diagnosi:**

- 427.31 Fibrillazione atriale

**Ablazione percutanea:**

- 37.34 Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesione del cuore, altro approccio.

**Tecnica chirurgica:**

- 37.33 Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio aperto.

**Impianto di defibrillatore per degenerazione ventricolare del cuore****Codici diagnosi:**

- 429.1 Degenerazione ventricolare *associato a*  
 427.\_ Aritmie cardiache

**Codice intervento:**

- 37.94 Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [AICD].

**Impianto di pace-maker per sindrome del seno carotideo****Codici diagnosi:**

- 427.89 Altre aritmie cardiache specificate *associato a*  
 337.0 Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo

**Codici intervento:**

- 37.7\_ Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di elettrodi  
 37.8 Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di PM cardiaco

**Impianto di pace-maker sul glomo carotideo****Codice diagnosi:**

- 337.0 Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo

**Codice intervento:**

39.8 Interventi sul globo carotideo e su altri glomi vascolari

#### **Ricovero programmato per la sola sostituzione di batterie di pace-maker**

**Codice diagnosi:**

V53.31 Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco.

#### **Utilizzo di envelope antibatterico in riapertura della tasca del dispositivo**

**Codice diagnosi secondaria:**

V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata

**Annotazioni:**

Nel caso specifico, la descrizione di questa procedura *accessoria* avviene attraverso dell'utilizzo del codice diagnosi V07.8.

#### **Revisione / sostituzione di elettrocattetero [complicanza non infettiva]**

**Codice diagnosi:**

996.01 Complicazioni meccaniche da pacemaker cardiaco (elettrodo)

**Riposizionamento dello stesso elettrocattetero:**

37.75 Revisione di elettrodo

Se utilizzato, codificare anche l'envelope antibatterico:

V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata

**Posizionamento di nuovo elettrocattetero e rimozione\* del non funzionante:**

37.76 Riposizionamento di elettrodo transvenoso atriale e/o ventricolare

Se utilizzato, codificare anche l'envelope antibatterico:

V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata

**Annotazioni:**

Il termine "*rimozione*" fa riferimento ad una manovra non supportata da ausili di potenziamento e generalmente eseguita all'interno di una finestra temporale inferiore ai 24 mesi.

**Posizionamento di nuovo elettrocattetero ed estrazione\* del non funzionante:**

37.76 Riposizionamento di elettrodo transvenoso atriale e/o ventricolare

Se utilizzato, codificare anche l'envelope antibatterico:

V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata

Descrivere l'eventuale ricorso ad ausili di potenziamento per facilitare l'estrazione:

- 37.34 Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesioni del cuore, altro approccio (*estrazione laser-assistita*)
- 37.33 Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio aperto (*approccio toracotomico*)

**Annotazioni:**

Il termine “*estrazione*” fa riferimento ad una manovra che richiede l’impiego di ausili di potenziamento e, generalmente, viene eseguita all’esterno della finestra temporale precedentemente definita.

**Sostituzione di elettrocatetere rotto:**

- 00.52 Impianto o sostituzione di elettrodi transvenosi nel sistema venoso coronarico del ventricolo sinistro *oppure*
- 37.97 Sostituzione del solo elettrodo del defibrillatore automatico

Se utilizzato, codificare anche l’envelope antibatterico:

- V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata

Descrivere l’eventuale ricorso ad ausili di potenziamento per facilitare l’estrazione:

- 37.34 Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesioni del cuore, altro approccio (*estrazione laser-assistita*)
- 37.33 Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio aperto (*approccio toracotomico*)

### Impianto di device con finalità diagnostiche

**LOOP recorder esterno**

- 37.79 Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco

**Monitor cardiaco a patches adesivi**

- 37.79 Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco

**TILT UP test**

- 89.59 Altre misure cardiovascolari non invasive

### Studio elettrofisiologico diagnostico

**SEF con mappatura / ricostruzione 3D**

- 37.26 Test invasivo elettrofisiologico con cateterismo
- 37.27 Mappatura del cuore

### Revisione della tasca [infezione]

**Codice diagnosi:**

- 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci

**Rimozione del sistema in toto [pacemaker]**

- 37.89 Revisione o rimozione di pace-maker
- 37.77 Rimozione di elettrodo senza riposizionamento (*eventuale*)

**Estrazione del sistema in toto [apparecchi e catetere ICD e CRT-D]**

- 37.99 Altri interventi sul cuore e sul pericardio
- 37.34 Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesioni del cuore, altro approccio (*estrazione laser-assistita*)
- 37.33 Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio aperto (*approccio toracotomico*)

**Annotazioni:**

Il termine “*rimozione*” fa riferimento ad una manovra non supportata da ausili di potenziamento e generalmente eseguita all’interno di una finestra temporale inferiore ai 24 mesi; Il termine “*estrazione*” fa riferimento ad una manovra che richiede l’impiego di ausili di potenziamento e, generalmente, viene eseguita all’esterno della finestra temporale precedentemente definita

**Revisione della tasca [decubito]****Codici diagnosi:**

- 996.72 Altra complicazione di altre protesi, impianti e innesti cardiaci
- V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata [*envelope antibatterico*]

**Plastica della tasca del generatore**

- 37.79 Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco
- 86.22 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione

**Revisione della tasca [ematoma con segni di ischemia cutanea]****Codici diagnosi:**

- 998.12 Ematoma complicante un intervento
- V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata [*envelope antibatterico*]

**Svuotamento ematoma e controllo del sanguinamento:**

- 37.79 Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco
- 39.98 Controllo di emorragia, SAI

**Espiato di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo****Codice diagnosi:**

- V53.39 Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco

**Codice intervento:**

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

## CHIRURGIA GENERALE

### Controllo di emorragia per varici esofagee effettuato per via endoscopica

**Codice intervento:**

42.33 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo.

### Inserzione di protesi metallica esofagea

**Codici intervento:**

42.89 Altra riparazione dell'esofago *associato a*

42.23 Altra esofagoscopia

### Inserimento per via endoscopica di pallone bariatrico intragastrico

**Codice diagnosi:**

278.0\_ Sovrappeso ed obesità

**Codice intervento:**

44.93 Inserzione di bolla gastrica (palloncino)

### Intervento di banding gastrico

**Codice diagnosi:**

278.0\_ Sovrappeso ed obesità

**Codice intervento:**

44.95 Procedura laparoscopica di restrizione gastrica

### Intervento di resezione dello stomaco secondo Sleeve (gastrorestrizione)

**Codice diagnosi:**

278.0\_ Sovrappeso ed obesità

**Codici intervento:**

43.89 Altra gastrectomia *associato a*

44.99 Altri interventi sullo stomaco

### Intervento di diversione biliopancreatica (BPD)

**Codice diagnosi:**

278.0\_ Sovrappeso ed obesità

**Codici intervento:**

43.7 Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale *associato a*

45.91 Anastomosi intestinale tenue-tenue.

**Intervento di gastroplastica verticale per via laparoscopica****Codice diagnosi:**

278.0\_ Sovrappeso ed obesità

**Codice intervento:**

44.68 Gastroplastica laparoscopica

**Riparazione di deiscenza di gastroplastica verticale****Codici diagnosi:**

V58.49 Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato *associato a*  
997.4 Complicazioni gastrointestinali, non classificate altrove

**Codice intervento:**

44.96 Revisione laparoscopica della procedura gastrica restrittiva.

**Rimozione, riparazione o regolazione laparoscopica di spostamento, scivolamento del banding gastrico o del dispositivo sottocutaneo di regolazione (port)****Codice diagnosi:**

V58.49 Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato

**Codici intervento:**

44.97 Rimozione laparoscopica di dispositivo/i di restrizione gastrica  
*oppure*  
44.98 Regolazione di misura (laparoscopica) del dispositivo di restrizione gastrica regolabile

**Funduplicatio con tecnica laparoscopica****Codice intervento:**

44.67 Procedure laparoscopiche per la creazione dello sfintere esofagogastrico

**Riparazione di stenosi dell'outlet o neopiloro****Codici diagnosi:**

V58.49 Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato *associato a*  
996.79 Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni

**Codice intervento:**

44.99 Altri interventi sullo stomaco

**Inserzione di protesi metallica duodenale****Codici intervento:**

46.79 Altra riparazione dell'intestino *associato a*

45.13 Altra endoscopia dell'intestino tenue

#### Plicatura endoscopica di ernia iatale

**Codici intervento:**

- 44.66 Altri interventi per la creazione di sfintere esofagogastrico *associato a*
- 44.13 Altra gastroscopia

#### Reservoir rettale con coloplastica trasversale (stritturoplastica colica)

**Codice intervento:**

- 45.03 Incisione dell'intestino crasso

#### Chiusura di enterostomia

**Codice diagnosi:**

- V55.\_ Controllo di aperture artificiali

**Codice intervento:**

- 46.5\_ Chiusura di orifizio intestinale artificiale

#### Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon

**Codici intervento:**

- 46.79 Altra riparazione dell'intestino *associato a*
- 45.23 Colonscopia con endoscopio flessibile

#### Riparazione di rettocele con protesi

**Codici intervento:**

- codice di intervento
- associato a*
- 48.79 Altra riparazione del retto

#### Reservoir rettale con J-pouch colica

**Codice intervento:**

- 45.95 Anastomosi dell'ano

#### Proctopessi addominale con protesi

**Codici intervento:**

- 48.75 Proctopessi addominale *associato a*
- 46.79 Altra riparazione dell'intestino

**Dearterializzazione di prolasso muco emorroidario associata a proctopessi****Codici intervento:**

- 49.46 Asportazione delle emorroidi *associato a*
- 48.99 Altri interventi sul retto e sui tessuti perirettali

**Resezione a tutto spessore di prolasso del retto per via transanale (intervento di Starr)****Codice intervento:**

- 48.69 Altra resezione del retto

**Emorroidectomia (qualsiasi tecnica) / mucosectomia rettale****Codice intervento:**

- 49.46 Asportazione delle emorroidi

**Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto****Codici intervento:**

- 48.79 Altra riparazione del retto *associato a*
- 48.23 Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido.

**Impianto e revisione di protesi dello sfintere anale****Diagnosi principale:**

- 787.6 Incontinenza fecale

**Codice intervento:**

- 49.75 Impianto o revisione di sfintere anale artificiale

**Microchirurgia endoscopica transanale (TEM)****Codice intervento:**

- 48.36 Polipectomia [endoscopica] del retto

**Ascesso e fistola anale****Codice diagnosi:**

- 566 Ascesso anale e rettale *associato a*
- 565.1 Fistola anale

**Trapianto multiviscerale****Codice diagnosi:**

codice di patologia

**Codici intervento:**

- 46.97 Trapianto dell'intestino

*associato ad almeno dei seguenti codici:*

- 43.99 Altra gastrectomia totale
- 52.83 Trapianto eterologo di pancreas
- 50.59 Altro trapianto del fegato
- 00.93 Trapianto da cadavere

### **Linfocele o chilotorace post-chirurgico**

**Codici diagnosi:**

- 998.89 Altre complicazioni specificate di interventi, non classificate altrove *associato a*
- 457.8 Altri disturbi non infettivi dei vasi linfatici.

### **Trattamento chirurgico dell'iperidrosi**

**Codici diagnosi:**

- 337.0 Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo *associato a*
- 780.8 Iperidrosi generalizzata
- oppure*
- 705.2\_ Iperidrosi focale

**Codice intervento:**

- 05.2\_ Simpatectomia

## CHIRURGIA PLASTICA

### Interventi per la modifica dei caratteri sessuali

**Codice diagnosi:**

302.5\_ Transessualismo

**Codici intervento:**

Indicare come principale l'intervento più rilevante

### Lipodistrofia localizzata in pazienti con HIV sintomatico

**Trattamento ricostruttivo del volto: lipofilling secondo la tecnica di Coleman****Codici diagnosi:**

701.8 Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche specificate della cute

042 Infezione da virus dell'immunodeficienza umana

**Codice intervento:**

86.81 Riparazione di difetti del viso

**Trattamento ricostruttivo del volto con filler riassorbibili****Codici diagnosi:**

701.8 Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche specificate della cute

042 Infezione da virus dell'immunodeficienza umana

**Codice intervento:**

86.02 Iniezione o tatuaggi o di lesioni o difetti della

**Lipoaspirazione o lipectomia****Codici diagnosi:**

701.8 Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche specificate della cute

042 Infezione da virus dell'immunodeficienza umana

**Codice intervento:**

86.83 Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

**Mammoplastica riduttiva****Codici diagnosi:**

611.1 Ipertrofia del seno

042 Infezione da virus dell'immunodeficienza umana

**Codice intervento:**

85.32 Mammoplastica riduttiva bilaterale

**Addominoplastica****Codici diagnosi:**

701.9 Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche non specificate della cute

042 Infezione da virus dell'immunodeficienza umana

**Codice intervento:**

86.83 Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

**Ricostruzione chirurgica della mammella con tecniche diverse dall'impianto di protesi (ricostruzione del capezzolo, intervento con lembo)****Codice diagnosi:**

V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica

**Codice intervento:**

codice di intervento

**Trattamento dell'addome pendulo da lassità cutanea in esiti di chirurgia bariatrica o di importanti dimagrimenti****Codice diagnosi:**

V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica

**Codice intervento:**

86.83 Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

**Innesto di lembo peduncolato nel padiglione auricolare****Codice intervento:**

86.7\_ Impianto di lembo peduncolato

## CHIRURGIA VASCOLARE

### Disostruzione delle grandi vie venose toraciche [succlavia, anonima, cava]

#### Codice diagnosi:

459.2 Compressione venosa

#### Venoplastica progressiva con palloni di dimensioni crescenti

39.50 Angioplastica o aterectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i

#### Codificare anche:

- iniezione o infusione di agente trombolitico (99.10)
- inserzione di stent non coronarici (39.90)
- numero di stent vascolari inseriti (00.45-00.48)
- numero di vasi trattati (00.40-00.43)
- procedura su biforcazione vascolare (00.44)

### Riparazione di aneurisma dell'arco aortico e dell'aorta toracica discendente ["Frozen"]

#### Codici diagnosi:

- 441.01 Dissezione dell'aorta, toracica *oppure*  
 441.1 Rottura di aneurisma toracico *oppure*  
 441.2 Aneurisma toracico senza menzione di rottura

#### Codici intervento:

- 38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione  
 39.62 Ipotermia  
 39.73 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica  
 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)  
 39.63 Arresto cardiocircolatorio

#### Annotazioni:

Il codice procedura 38.45 descrive la sostituzione dell'arco

### Aneurisma dell'aorta toracica

#### Codici diagnosi:

- 441.01 Dissezione dell'aorta, toracica *oppure*  
 441.1 Rottura di aneurisma toracico *oppure*  
 441.2 Aneurisma toracico senza menzione di rottura

#### Codice intervento:

39.73 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica

#### Annotazioni:

Il codice intervento 39.73 può essere ripetuto nel caso in cui, in relazione alle dimensioni del segmento vascolare da protesizzare, si renda necessario impiantare un numero di protesi superiore a uno.

### Aneurisma dell'aorta addominale

#### Codici diagnosi:

- 441.02 Dissezione dell'aorta, addominale *oppure*
- 441.3 Rottura di aneurisma addominale *oppure*
- 441.4 Aneurisma addominale senza menzione di rottura

#### Codice intervento:

- 39.71 Impianto di graft endovascolare nell'aorta addominale

#### Annotazioni:

Il codice intervento 39.71 non può essere ripetuto; la necessità di un impianto che combini più elementi sarà descritta attraverso l'impiego dei codici descritti di seguito.

### Aneurisma dell'aorta addominale - graft + branch

#### Codici diagnosi:

- 441.02 Dissezione dell'aorta, addominale *oppure*
- 441.3 Rottura di aneurisma addominale *oppure*
- 441.4 Aneurisma addominale senza menzione di rottura

#### Codici intervento:

- 39.71 Impianto di graft endovascolare nell'aorta addominale *associato a*
- 00.44 Procedure sulla biforcazione dei vasi (codice ripetibile)

#### Annotazioni:

In questo specifico frangente, il codice procedura 00.44 si estranea dal significato originale e, convenzionalmente, viene utilizzato per indicare ogni singolo branch impiantato a valle della protesi aortica-bisiliaca e potrà essere utilizzato più volte, una per ciascuna biforcazione protesica aggiuntiva impiantata.

La presente indicazione supera quanto espressamente descritto all'interno del manuale ICD-9-CM, che recita: "... *non descrive uno specifico stent di una biforcazione. Utilizzare questo codice solo una volta per episodio chirurgico, indipendentemente dal numero di biforcazioni dei vasi*".

### Aneurisma dell'aorta addominale - intervento di Chimney

#### Codici diagnosi:

- 441.02 Dissezione dell'aorta, addominale *oppure*
- 441.3 Rottura di aneurisma addominale *oppure*
- 441.4 Aneurisma addominale senza menzione di rottura

#### Codici intervento:

- 39.71 Impianto di graft endovascolare nell'aorta addominale *associato a*
- 39.90 Inserzione di stent non medicato in vaso periferico *associato a*
- 00.45 Inserzione di uno stent vascolare *oppure*
- 00.46 Inserzione di due stent vascolari *oppure*
- 00.47 Inserzione di tre stent vascolari *oppure*
- 00.48 Inserzione di quattro o più stent vascolari

**Annotazioni:**

La codifica completa è composta da 3 codici: 39.71 + 39.90 + un codice del raggruppamento 00.45-00.48.

### Aneurisma dell'aorta addominale - impianto di protesi fenestrata

**Codici diagnosi:**

- 441.02 Dissezione dell'aorta, addominale *oppure*
- 441.3 Rottura di aneurisma addominale *oppure*
- 441.4 Aneurisma addominale senza menzione di rottura

**Codici intervento:**

- 39.71 Impianto di graft endovascolare nell'aorta addominale *associato a*
- 00.55 Inserzione di stent medicati in vasi periferici *associato a*
  
- 00.40 Procedure su un singolo vaso *oppure*
- 00.41 Procedure su due vasi *oppure*
- 00.42 Procedure su tre vasi *oppure*
- 00.43 Procedure su quattro o più vasi

**Annotazioni:**

La codifica completa è composta da 3 codici: 39.71 + 00.55 + un codice del raggruppamento 00.40-00.43.

### Debranching [senza arresto di circolo] in aneurisma dell'aorta toraco-addominale

**Codici diagnosi:**

- 441.03 Dissezione dell'aorta toracoaddominale *oppure*
- 441.6 Rottura di aneurisma toracoaddominale *oppure*
- 441.7 Aneurisma toracoaddominale senza menzione di rottura

**Codice intervento:**

- 39.26 Altri anastomosi o bypass vascolari intra-addominali

**Annotazioni:**

Al codice procedura 39.26 possono essere associate le seguenti procedure, quando eseguite:

- 39.73 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica
- 39.71 Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale
- 38.44 Resezione dell'aorta addominale, con sostituzione [aorto-aortica]
- 38.45 Resezione di altri vasi toracici, con sostituzione
- 38.46 Resezione di arterie addominali, con sostituzione [aorto-bisiliaca]

### Dissezione dell'aorta

**Codice intervento:**

- 38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione

**Annotazioni:**

Se viene impiantata un'endoprotesi codificare anche:

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

La tecnica di Bentall è descritta nel paragrafo relativo alla cardiocirurgia

### Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare

**Codici intervento:**

- 38.6\_ Altra asportazione di vasi *oppure*  
 38.4\_ Resezione di vasi con sostituzione  
*associato a*  
 38.91 Cateterismo arterioso

### Embolizzazione di sacca aneurismatica

**Codice intervento:**

- 39.79 Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi

**Annotazioni:**

La prestazione indice è complementare ad altre tecniche; quando eseguita, il codice 39.79 dovrà essere utilizzato in aggiunta alle combinazioni precedentemente descritte.

### Riparazione di aneurisma dell'arteria iliaca o femorale con inserimento di protesi endovascolare

**Codice intervento:**

- 39.79 Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi

### Pseudoaneurisma secondario a procedura di chirurgia vascolare (es. PTCA, FAV)

**Codice diagnosi:**

- 997.79 Complicazioni vascolari di altri vasi sanguigni

### Descrizione degli stent vascolari periferici

**Codici procedura:**

- 39.90 Inserzione di stent non medicato in vaso periferico *oppure*  
 00.55 Inserzione di stent medicati in vasi periferici

**Annotazioni:**

- il codice 39.90 deve essere utilizzato per descrivere l'impiego di **stent non ricoperto**, indipendentemente dal fatto che sia rivestito o meno di farmaco;
- il codice 00.55 deve essere utilizzato per descrivere l'impiego di **stent ricoperto**, indipendentemente dal fatto che sia rivestito o meno di farmaco

- Quando non specificato diversamente (ad es. Intervento di Chimney) a questi codici va associato il codice 39.50

#### **Angioplastica e aterectomia non coronarica**

##### **Codice intervento:**

39.50 Angioplastica o aterectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i

#### **Angioplastica e aterectomia con pallone a rilascio**

##### **Codice intervento:**

39.50 Angioplastica o aterectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i *associato a*

##### **Codice diagnosi secondaria:**

V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata

##### **Annotazioni:**

In questo specifico caso, la descrizione della procedura si avvale anche della contemporanea presenza del codice diagnosi V07.8.

#### **Trattamento di vene varicose con laserterapia endovascolare o radiofrequenza**

##### **Codice intervento:**

38.59 Trattamento vene varicose con laserterapia endovascolare o radiofrequenza

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

##### **Codici intervento:**

38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore

38.69 Altra asportazione di vene dell'arto inferiore

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

##### **Codici intervento:**

38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore

83.09 Altra incisione dei tessuti molli

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

##### **Codice intervento:**

38.49 Resezione di vene dell'arto inferiore con sostituzione.

#### **Intervento di TIPSS (Transjugular Intrahepatic Porto-systemic Shunt Stent)**

##### **Codici intervento:**

39.1 Anastomosi venosa intraddominale

38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

**Metodica “stop flow”****Codice diagnosi:**

V58.11 Chemioterapia antineoplastica

**Codici intervento:**

38.08 Incisione di arterie dell'arto inferiore

38.91 Cateterismo arterioso

99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

39.97 Altra perfusione

**Inserimento di “port a cath”****Codice diagnosi:**

V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare

**Codice procedura:**

86.07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile

**Inserimento di catetere venoso centrale tunnellizzato****Codice diagnosi:**

V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare

**Codice procedura:**

38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

## DERMATOLOGIA

### Asportazione di lesione cutanea e sottocutanea neoplastica a carico del naso

**Codice diagnosi:**

codice di patologia

**Codici intervento:**

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

**Codice procedura:**

99.74 Piastrinoaferesi terapeutica

## EMATOLOGIA

### Prelievo di cellule staminali da sangue periferico (sia per autotrapianto che per allotrapianto)

**Codice procedura:**

99.79 Altre aferesi terapeutiche

### Trapianto loco-regionale di cellule staminali (qualsiasi sede)

**Codice procedura:**

41.92 Iniezione (nel) di midollo osseo

### Reinfusione di cellule dendritiche autologhe

**Codice diagnosi:**

codice di patologia

**Codici procedura:**

41.04 Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione

99.59 Altre vaccinazioni ed inoculazioni

## ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA

### Cataratta senile in diabetico, senza complicazioni oculari

**Codici diagnosi:**

- 366.1\_ Cataratta senile  
*associato a*
- 250.\_\_\_ Diabete

### Cataratta diabetica

**Codici diagnosi:**

- 250.5\_ Diabete con complicazioni oculari  
*associato a*
- 366.41 Cataratta diabetica

### Diabete da somministrazione di steroidi

**Codice diagnosi:**

- 251.8 Altri disturbi della secrezione insulinare

### Coma diabetico dovuto a incidente terapeutico da insulina

**Codici diagnosi:**

- 962.3 Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici  
*associato a*
- 250.3\_ Diabete con altri tipi di coma

## GASTROENTEROLOGIA

### Eco-endoscopia dell'apparato digerente per la diagnostica delle patologie del pancreas e delle vie biliari

**Codici procedura:**

- 88.74 Diagnostica ecografica dell'apparato digerente *associato a*
- 45.13 Altra endoscopia dell'intestino tenue

### POEM (Per-Oral Endoscopic Miotomy)

**Codici diagnosi:**

- 530.0 Acalasia del cardias

**Codici procedura:**

- 42.7 Esofagomiotomia
- 42.23 Altra esofagoscopia

## INFEZIONI E COMPLICAZIONI OPERATORIE O POSTOPERATORIE

### Dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closur)

**Codice intervento:**

86.89 Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo

### Mediastinite

**Codici diagnosi:**

998.59 Altra Infezione postoperatoria *associato a*

519.2 Mediastinite

**Codice intervento:**

34.3 Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino.

**Annotazioni:**

Se applicato dispositivo V.A.C. utilizzare 86.89 Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.

### Toilette di ferita chirurgica infetta

**Codice diagnosi:**

998.59 Altra Infezione postoperatoria

**Codici intervento:**

86.22 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione *oppure*

86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione

**Annotazioni:**

Se applicato dispositivo V.A.C. utilizzare 86.89 Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.

### Sutura di deiscenza di ferita sternale

**Codice diagnosi:**

998.3\_ Rottura di ferita chirurgica

**Codice intervento:**

78.11 Applicazione di fissatore esterno di scapola, clavicola e torace.

### Intervento per controllo di emorragia post-operatoria

**Codice intervento:**

39.41 Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare

## MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

### Infezione da HIV, virus dell'immunodeficienza umana

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).

### Pazienti con HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio

#### Codici diagnosi:

- 647.6\_ Altre malattie virali *associato a*
- 042 Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV) *oppure*
- V08 Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)

### Ricovero di neonato nato da madre affetta da malattie infettive

#### Codici diagnosi:

- 760.2 Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato *associato a*
- V08 Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV) *oppure*
- V02.6\_ Portatore o portatore sospetto di epatite virale *oppure*
- V02.9 Portatore o portatore sospetto di altro organismo infettivo specificato

### Ricovero di neonato con infezione congenita

#### Codici diagnosi:

- 771.2 Infezioni specifiche del periodo perinatale *associato a*
- 070.\_ Epatite virale *oppure*
- 042 Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV) *oppure*
- 130.\_ Toxoplasmosi

### 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.  
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 corretta sequenza dei codici prevede, innanzitutto, la descrizione della patologia di base, quale l'infezione (038.\_, 112.5, etc.) o il trauma; successivamente, deve essere registrato un codice della sottocategoria 995.9\_.

La codifica della sepsi severa richiede l'uso di codici aggiuntivi per la descrizione dell'insufficienza acuta d'organo. Se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il codice 995.92.

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

Il codice 995.90 *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica, non specificata*, non deve essere utilizzato, perché aspecifico.

### **Shock settico**

Il codice 785.52, deve essere impiegato come codice aggiuntivo in caso di sepsi severa e non può mai essere descritto come diagnosi principale.

### **Setticemia neonatale**

Con il codice 771.81 *Setticemia (sepsi) del neonato* non si deve utilizzare il codice aggiuntivo di sepsi (995.91 o 995.92), ma deve essere identificato il microrganismo (categoria 041).

## MALFORMAZIONI CONGENITE

**L'età del paziente** non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo 14; alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita.

In caso di ricovero per trattamento chirurgico di una malformazione facente parte di una sindrome malformativa, in diagnosi principale dovrà essere registrata la condizione oggetto di trattamento e non la sindrome di cui è portatore il paziente.

### Impressione-invaginazione basilare determinante compressione bulbo- midollare e tetraplegia ingravescente

**Codici diagnosi:**

- 348.4 Compressione dell'encefalo *associato a*
- 756.0 Anomalie del cranio e delle ossa della faccia *associato a*
- 344.0\_ Quadriplegia e tetraparesi

**Codice intervento:**

- 01.24 Altra craniotomia *associato a*
- 01.6 Asportazione di lesione osso base cranica *associato a*
- 77.69 Asportazione locale di lesione o tessuto di altre ossa, escluse quelle facciali" (se presente la malformazione dell'atlante)

## NEFROLOGIA

### Insufficienza o malattia renale

Nell'indice alfabetico l'insufficienza renale acuta si individua con il termine "*defaillance*"; la forma cronica con il termine "malattia rene".

### Impianto di fistola artero-venosa protesica per dialisi renale

**Codice intervento:**

39.93 Inserzione di cannula intervasale.

### Trombosi di fistola artero-venosa in dializzato

**Codice intervento:**

996.73 Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale.

## 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 morbosità e mortalità perinatale*, possono essere utilizzati **solo sulla SDO del neonato, esclusivamente quando la condizione materna ha influenzato il trattamento rivolto al neonato.**

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.**

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.**

### Prematurità

#### Codici diagnosi:

- 765.\_ Problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita associato a
- 764.1\_ Neonato di basso peso per l'età gestazionale, con segni di malnutrizione fetale

### Sindrome da Distress Respiratorio

#### Codice diagnosi:

- 769 *Sindrome da distress respiratorio neonatale*

#### Annotazioni:

Il codice 769 deve essere utilizzato in diagnosi principale nelle seguenti patologie:

- malattia delle membrane ialine di terzo e quarto stadio;
- ipertensione polmonare primitiva;
- **severa** sindrome da distress respiratorio (RDS).

Il distress respiratorio **lieve** o **moderato** si codifica con il codice 770.84 *Insufficienza respiratoria del neonato.*

### Neonato sano

Le categorie da V30 a V39 in diagnosi principale, identificano tutte le nascite avvenute in ospedale o immediatamente prima del ricovero. Tali codici non devono essere utilizzati nei successivi ricoveri del neonato, compreso il ricovero per trasferimento da altre strutture, né sulla SDO della madre.

Le categorie V33, V37 e V39 non devono essere utilizzate, in quanto non specifiche.

L'esecuzione di **vaccinazioni o di screening sui neonati sani** non comporta l'assegnazione di codici oltre a quelli delle categorie V30-V39.

#### **Ricoveri per i quali non deve essere compilata la SDO**

Se il neonato nasce morto, la SDO non deve essere compilata.

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

### Impianto di neurostimolatore vagale per la terapia dell'epilessia refrattaria alla terapia farmacologica

**Codici intervento:**

- 04.92 Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici  
*associato a*
- 86.94 Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo, non specificato se ricaricabile  
*oppure*
- 86.95 Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio, non specificato se ricaricabile  
*oppure*
- 86.96 Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore  
*oppure*
- 86.97 Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo ricaricabile  
*oppure*
- 86.98 Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio ricaricabile

## OCULISTICA

### Iniezione di cortisonici endovitreali

**Codici intervento:**

- 14.79 Altri interventi sul corpo vitreo *associato a*
- 99.23 Iniezione di steroidi

### Iniezione intravitreale di farmaci per la cura delle maculopatie

**Codici intervento:**

- 14.29 Altro trattamento di lesione corioretinica *associato a*
- 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

### Innesto di limbus

**Codici intervento:**

- 11.61 Cheratoplastica lamellare autologa  
*se da donatore:*
- 11.62 Altra cheratoplastica lamellare

### Innesto di membrana amniotica

**Codice intervento:**

- 11.62 Altra cheratoplastica lamellare

### Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto

**Codici intervento:**

- 12.65 Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia  
*oppure*
- 12.69 Altri interventi di fistolizzazione della sclera

### Impianto di lipociti per gravi retinopatie

**Codici intervento:**

- 12.89 Altri interventi sulla sclera *associato a*
- 86.69 Altro innesto di cute su altre sedi

### Impianto di rete contenitiva per il cristallino

**Codice intervento:**

- 13.90 Interventi sul cristallino, non classificati altrove

**Lussazione di cristallino artificiale (IOL)****Codice diagnosi:**

996.53 Complicazioni meccaniche di lenti oculari protesiche

**Asportazione di xantelasma palpebrale****Codice diagnosi:**

374.51 Xantelasma

**Codice intervento:**

08.23 Asportazione di lesione estesa della palpebra non a tutto spessore

## ONCOLOGIA

Nella parte alfabetica del manuale ICD-9-CM, alla voce “neoplasia” si trova la **tavola sinottica** che consente una ricerca rapida del codice.

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**.

Quando il ricovero comporta la **rimozione chirurgica** di una neoplasia maligna, primitiva o secondaria, **seguita da chemioterapia o radioterapia**, deve essere selezionata in diagnosi principale la neoplasia maligna.

Qualunque **estensione per contiguità o a distanza** deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasiva; 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.

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*.

Se un ricovero è finalizzato al trattamento **di una complicanza** (ostruzione, anemia, compressione, neutropenia, disidratazione, da intervento chirurgico), 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)*.

### Chemioterapia e/o immunoterapia per via sistemica:

#### Codici diagnosi:

V58.11 Chemioterapia antineoplastica  
*oppure*

V58.12 Immunoterapia antineoplastica  
*associato a*

codice di tumore *oppure*  
codice di metastasi *oppure*

V10.\_ *Anamnesi personale di tumore maligno*

**Codici intervento:**

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

**Annotazioni:**

Il codice V58.11 descrive anche terapie endocavitarie peritoneali, intrapleuriche, intravescicali (compreso BCG) e intrarachidee

### Ciclo di radioterapia associato a chemioterapia antineoplastica

**Codici diagnosi:**

- V58.0 Sessione di radioterapia *associato a*
- V58.11 Chemioterapia antineoplastica *associato a*  
codice di tumore *oppure*  
codice di metastasi *oppure*
- V10.\_ Anamnesi personale di tumore maligno

**Codici intervento:**

- 92.2\_ Radiologia terapeutica e medicina nucleare
- 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

### Brachiterapia o terapie radiometaboliche

**Codici diagnosi:**

- V58.0 Sessione di radioterapia *associato a*  
codice di tumore *oppure*  
codice di metastasi *oppure*
- V10.\_ Anamnesi personale di tumore maligno

**Codici intervento:**

- 92.27 Impianto o inserzione di elementi radioattivi (brachiterapia)  
*oppure*
- 92.28 Iniezione o instillazione di radioisotopi (t. radiometabolica, es. Itrio-90\*)  
*oppure*
- 92.29 Altre procedure radioterapiche (es. Iodio 131 per os)

**Annotazioni:**

\*Se loco-regionale è possibile specificare la sede (es. 03.92 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale oppure 54.97 Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale)

### Chemoembolizzazione di tumore

**Codice diagnosi:**

codice di patologia neoplastica

**Codici procedura:**

- 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore
- 38.91 Cateterismo arterioso

**Chemoembolizzazione di tumore con radiofarmaco****Codice diagnosi:**

- V58.0 Sessione di radioterapia *associato a*  
codice di patologia neoplastica

**Codici procedura:**

- 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore *associato a*
- 38.91 Cateterismo arterioso

**Embolizzazione di tumore****Codice diagnosi:**

codice di patologia neoplastica

**Codici procedura:**

- 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche *associato a*
- 38.91 Cateterismo arterioso.

**Elettrochemioterapia****Codici diagnosi:**

- codice di neoplasia *associato a*
- V58.11 Chemioterapia antineoplastica

**Codici intervento:** codice di asportazione o demolizione locale di lesione; ad esempio:

- 86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo *oppure*
- 77.6\_ Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo *associato a*
- 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

**Inserimento di protesi o espansore nella mammella in paziente mastectomizzata per neoplasia maligna****Codici diagnosi:**

- V52.4 Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario *associato a*
- V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella

**Codice intervento:**

codice di intervento

**Prelievo preventivo di ovociti al fine di una eventuale successiva fecondazione assistita in paziente che necessita di trattamento radio-chemioterapico****Codici diagnosi:**V26.8 Altra misura procreativa specificata *associato a*

V10.\_ Anamnesi personale di tumore

**Gamma Knife****Codice intervento:**92.32 Radiochirurgia fotonica multi-sorgente *associato a*

93.59 Altra immobilizzazione, pressione e cura per ferita

**Annotazioni:**

Il codice 93.59 identifica l'applicazione del casco

**Tumorectomia con tecnica HiFu (High Focused Ultrasound)****Prostatectomia**60.61 Asportazione di lesione prostatica *associato a*

99.85 Ipertermia per il trattamento di tumore

**Asportazione di mioma uterino**68.29 Altra asportazione o demolizione di lesione dell'utero *associato a*68.12 Isteroscopia *associato a*

99.85 Ipertermia per il trattamento di tumore

## ORTOPEDIA

**La via di accesso artroscopica** (codici 80.2 \_) non deve essere codificata.

### Ernia discale

**Tecnica chirurgica a cielo aperto**

80.51 Asportazione di disco intervertebrale.

**Radiofrequenza, laser o altra tecnica percutanea**

80.59 Altra distruzione di disco intervertebrale.

**Ozono, gel o altra sostanza**

80.52 Chemionucleolisi intervertebrale.

**Annotazioni:**

Il codice 80.50 non deve essere utilizzato, in quanto non specifico.

### Inserzione di dispositivi senza fusione tra i corpi vertebrali

**Codice intervento:**

84.59 Inserzione di altri dispositivi spinali

### Riposizionamento di cage intersomatica vertebrale mantenuta con barra in titanio

**Codice diagnosi:**

996.49 Altre complicazioni meccaniche di altri dispositivi ortopedici interni, impianti e innesti

**Codice intervento:**

78.59 Fissazione interna di altro osso, senza riduzione di frattura

### Revisione di protesi di spalla

**Codici intervento:**

81.97 Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore *associato a*

81.80 Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)  
*oppure*

81.81 Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)

**Lussazione recidivante di spalla****Codice diagnosi:**

718.31 Lussazione recidivante o abituale della spalla

**Codice intervento:**

81.82 Riparazione di lussazione ricorrente della spalla

**Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori****Codice diagnosi:**

727.61 Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori

**Codice intervento:**

83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori

**Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori****Codice diagnosi:**

840.4 Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori (capsula)

**Codice intervento:**

83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori

**Tendinopatie e sindromi analoghe****Codice diagnosi:**

726.0 Capsulite adesiva scapolo-omerale

**Codice intervento:**

80.41 Incisione capsula articolare, legamenti e cartilagine della spalla

**Annotazioni:**

I codici di procedura ricomprendono anche l'eventuale riparazione articolare (es. acromionoplastica), come regolarizzazione della superficie acromiale che, conseguentemente, non deve essere codificata

**Protesi di capitello radiale****Codice intervento:**

81.85 Altra riparazione del gomito.

**Revisione di sostituzione di protesi di gomito****Codici intervento:**

81.97 Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore *associato a*

81.84 Sostituzione totale del gomito  
*oppure*

81.85 Sostituzione parziale del gomito con protesi sintetica

### Revisione di protesi di anca o di ginocchio con sostituzione

I codici 81.53 Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificata e 81.55 Revisione di sostituzione del ginocchio, non altrimenti specificata, devono essere utilizzati per descrivere l'intervento di revisione **senza sostituzione**.

Per la descrizione della revisione delle protesi utilizzare i codici della categoria 00.7\_ e 00.8\_:

#### Codici intervento:

- 00.70 Revisione di protesi d'anca, sia acetabolare che dei componenti femorali
- 00.71 Revisione della protesi d'anca, componente acetabolare
- 00.72 Revisione della protesi d'anca, componente femorale
- 00.73 Revisione della protesi d'anca, inserto acetabolare e/o della sola testa del femore
  
- 00.80 Revisione della protesi di ginocchio, totale (tutti i componenti)
- 00.81 Revisione della protesi di ginocchio, componente tibiale
- 00.82 Revisione della protesi di ginocchio, componente femorale
- 00.83 Revisione della protesi di ginocchio, componente patellare
- 00.84 Revisione della protesi di ginocchio, inserto tibiale

### Revisione di protesi senza sostituzione

#### Anca:

- 81.53 Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificata

#### Ginocchio:

- 81.55 Revisione di sostituzione del ginocchio, non altrimenti specificata

#### Caviglia:

- 81.59 Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove

### Sostituzione di spaziatore antibiodato

#### Codice intervento:

- 80.1\_ Altra artrotomia
- 84.57 Rimozione spaziatore di cemento
- 84.56 Inserzione spaziatore di cemento

### Protesi di rotula

#### Codice intervento:

- 81.54 Sostituzione totale del ginocchio

### Impianto di biomateriale per condropatia della rotula

**Codice diagnosi:**

717.7 Condromalacia della rotula

**Codici intervento:**

78.46 Altri interventi di riparazione o plastica sulla rotula *associato a*

84.52 Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti

### Revisione con sostituzione di protesi di caviglia

**Codici intervento:**

81.56 Sostituzione totale della tibio-tarsica *associato a*

81.59 Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove

### Trapianto di tendine da cadavere

**Codice diagnosi:**

V42.89 Altro organo o tessuto sostituito da trapianto

**Codice intervento:**

83.75 Trasposizione o trapianto di tendini

### Autotrapianto osteo-cartilagineo del condilo femorale mediale del ginocchio in artroscopia

**Codice diagnosi:**

codice di patologia

**Codici intervento:**

81.47 Altra riparazione del ginocchio

77.75 Prelievo di osso del femore per innesto

### Impianto (trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione

**Codice diagnosi:**

codice di patologia

**Codice intervento:**

81.54 Sostituzione totale del ginocchio

*oppure*

81.80 Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)

*oppure*

81.81 Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)

*oppure*

81.56 Sostituzione totale della tibiotarsica

**Codice procedura opzionale:**

00.93 Trapianto da cadavere.

**Annotazioni:**

La presente regola, ripresa dalle Linee-guida SDO nazionali (Accordo Conferenza Stato-regioni del 29 aprile 2010), si riferisce ai casi in cui ci sia un trapianto/impianto totale o parziale **almeno unicompartimentale (emiarticolare) di articolazione**.

In caso di correzione di lesioni osteocondrali, **anche di grado elevato, non assimilabili alle sostituzioni articolari**, con sostituti osteocondrali biologici o sintetici, la codifica prevede l'uso del codice 84.52 "Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti", associato ai codici di riparazione articolare specifici per sede (81.47 ginocchio, 81.83 spalla, 81.49 caviglia).

### Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine

**1° ricovero****Codice diagnosi:**

codice di patologia

**Codice intervento:**

80.9\_ Altra asportazione dell'articolazione

**2° ricovero****Codici diagnosi:**codice di patologia *associato a*

V42.89 Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto

**Codice intervento:**

81.4\_ Altra riparazione di articolazioni delle estremità inferiori.

Il codice 78.00 Innesto osseo, sede non specificata non deve essere utilizzato.

### Trapianto di menisco da banca

**Codice intervento:**

81.47 Altra riparazione del ginocchio

### Autoinnesto di gel piastrinico

**Codice intervento:**

99.74 Piastrinoafèresi terapeutica

### Asportazione di tessuto o lesione ossea

**Codice intervento:**

77.6 \_ Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo\*.

**Annotazioni:**

Comprende la biopsia

**Chirurgia della mano per emiplegia o tetraplegia****Codici diagnosi:**

728.85 Contrattura muscolare *associato a*  
342.1\_ Emiplegia spastica *oppure*  
344.0\_ Quadriplegia e tetraparesi

**Codice intervento:**

82.57 Altra trasposizione di tendini della mano  
*oppure*  
82.56 Altro trasferimento o trapianto di tendini della mano  
*oppure*  
83.19 Altra sezione dei tessuti molli (*tenotomia o miotomia*)  
*oppure*  
83.85 Altri cambiamenti di lunghezza di muscoli e tendini

**Rimozione dei mezzi di sintesi****Rimozione programmata****Codice diagnosi**

V54.01 Trattamento per rimozione di dispositivo di fissazione interna

**Dinamizzazione di mezzi di sintesi****Codice diagnosi**

V54.09 Altro trattamento ulteriore relativo a dispositivo di fissazione interna

**Per intolleranza, mobilizzazione, rottura o altra complicanza meccanica****Codice diagnosi**

996.4\_ Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni

## OSTETRICIA E GINECOLOGIA

### Parto indolore mediante anestesia epidurale

**Codice intervento:**

03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia

### Parto avvenuto fuori dalla struttura ospedaliera senza complicazioni

**Codice diagnosi:**

V24.0 Cure ed esami postpartum subito dopo il parto

### Interruzione volontaria farmacologia di gravidanza (RU 486)

**Codice diagnosi:**

635.\_ Aborto indotto legalmente

**Codice intervento per la prima ed eventuale seconda somministrazione per os:**

99.24 Iniezione di altri ormoni

**Codice intervento per la seconda eventuale somministrazione vaginale:**

96.49 Altra instillazione genitourinaria

### Deinfibulazione

**Codice diagnosi:**

629.2\_ Mutilazione genitale femminile

**Codici intervento:**

71.01 Lisi di aderenze vulvari *associato a*

71.09 Altra incisione della vulva e del perineo

### Asportazione di condilomi acuminati della cervice uterina o della vagina

**Codici diagnosi:**

616.\_ \_ Malattia infiammatoria della cervice, della vagina e della vulva *associato a*

078.11 Condiloma acuminato

**Codice intervento:**

67.3\_ Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice  
*Oppure*

70.3\_ Asportazione o demolizione locale della vagina e del cul-de-sac  
*oppure*

71.3 Altra asportazione o demolizione locale della vulva e del perineo

**Raccolta di sangue dal cordone ombelicale ai fini della donazione per il trapianto delle cellule staminali****Codice diagnosi:**

V59.02 Donatori di sangue, cellule staminali

**Annotazione:**

Il codice va registrato nella scheda nosologica della madre, fra le diagnosi secondarie.

## OTORINOLARINGOIATRIA

### Chirurgia endoscopica dei seni paranasali

**Codici intervento:**

codice di intervento *associato a*  
22.51 Etmoidotomia

### Intervento per paralisi di corda vocale

**Codice diagnosi:**

478.32 Paralisi delle corde vocali unilaterale completa

**Codici intervento:**

31.69 Altra riparazione della laringe  
31.0 Iniezione della laringe

**Annotazioni:**

Se eseguito stripping, utilizzare il codice 30.09 Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe

### Inserimento di protesi fonatoria in laringectomizzati

**Codici diagnosi:**

478.79 Altre malattie della laringe  
V10.21 Anamnesi personale di tumore maligno della laringe

**Codice intervento:**

31.69 Altra riparazione della laringe

### Intervento di ugulofaringoplastica per sindrome dell'apnea notturna

**Codice diagnosi:**

327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)

**Codice intervento:**

27.99 Altri interventi sulla cavità orale

### Intervento di ugulofaringoplastica per sindrome dell'apnea notturna con sospensione ioidea-linguale

**Codici diagnosi:**

327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica) *associato a*  
529.8 Altre manifestazioni morbose specificate della lingua

**Codici intervento:**

27.99 Altri interventi sulla cavità orale  
29.4 Intervento di plastica sul faringe

**Trattamento con radiofrequenza (RFVR) per sindrome dell'apnea notturna****Codice diagnosi:**

327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)

**Codice intervento:**

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.

**Apnea notturna di natura non organica****Codice diagnosi:**

780.51 Insonnia con apnea del sonno, non specificata *oppure*

780.53 Ipersonnia con apnea del sonno, non specificata *oppure*

780.57 Non specificata apnea del sonno.

**Correzione funzionale di deviazione, deformità o deformazione del naso  
(Rinoplastica)****Acquisita:**

470 Deviazione del setto nasale (setto)

*oppure*

738.0 Deformazioni acquisite del naso (cartilagine)

**Congenita:**

748.1 Altre anomalie del naso.

**Annotazione:**

Il codice 754.0 *Malformazioni congenite del cranio, della faccia e della mascella* può essere impiegato unicamente in un contesto di gravi anomalie congenite del cranio o del massiccio facciale.

## PNEUMOLOGIA

### Insufficienza respiratoria

L'insufficienza respiratoria deve essere documentata da alterazione dei parametri emogasanalitici arteriosi (PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, pH e bicarbonati).

Dovranno essere indicati gli interventi terapeutici effettuati, con particolare attenzione ai codici che segnalano terapie ventilatorie e ossigenoterapia.

### NIMV (Ventilazione Meccanica Non Invasiva) eseguita con maschera facciale o casco

**Codice procedura:**

93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)

### Svezzamento da tracheostomia

**Codice diagnosi:**

V55.0 Controllo di tracheostomia

### Impianto di stent tracheale

**Codice procedura:**

96.05 Altra intubazione del tratto respiratorio

### Impianto di protesi bronchiale

**Codice intervento:**

33.79 Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali.

## PSICHIATRIA

Lo **stato confusionale acuto non riconducibile ad alcuna patologia** si descrive con il codice 293.0 *Delirium da condizioni patologiche classificate altrove*, utilizzabile anche in diagnosi principale.

## REUMATOLOGIA

### Biopsia delle ghiandole salivari in malattia di Sjogren

**Codice diagnosi:**

710.2 Malattia di Sjogren

**Codice intervento:**

26.11 Biopsia [agobiopsia] di ghiandola o dotto salivare

**Annotazione:**

Il codice 21.11 deve essere utilizzato anche per descrivere la biopsia a cielo aperto di ghiandola o dotto salivare.

## 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. attività riabilitativa post-acuzie

Per i casi in cui la riabilitazione post-acuzie avvenga entro 30 giorni dal termine dell'episodio di ricovero relativo all'evento acuto, la codifica 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).

### 2. ricoveri elettivi di mantenimento per l'attività riabilitativa

Per questi casi, per i quali l'intervallo temporale tra il ricovero acuto ed il ricovero riabilitativo è superiore a 30 giorni, il codice V57.\_ deve essere posto in diagnosi principale, mentre in diagnosi secondaria sarà descritto il codice di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo.

### Attività riabilitativa post-acuzie

#### Codici diagnosi:

codice di postumo  
V57.\_ Cure riabilitative

#### Annotazioni:

Di seguito, sono descritti i codici di postumo utilizzabili in diagnosi principale nel ricovero di riabilitazione post acuzie. Se il codice non rientra nell'elenco sotto riportato, utilizzare quello di patologia acuta.

#### Riabilitazione da malattie infettive e parassitarie

137.\_ Postumi della tubercolosi  
138 Postumi della poliomielite acuta  
139.\_ Postumi di altre malattie infettive e parassitarie

#### Riabilitazione da malattie del sistema nervoso

326 Postumi di ascesso intracranico o di infezione da piogeni

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

349.89 Altri specificati disturbi del sistema nervoso.

#### Riabilitazione da malattie del sistema cardiocircolatorio

438.\_ Postumi delle malattie cerebrovascolari

#### Riabilitazione cardiologica post-IMA, entro le otto settimane.

410.\_2 Infarto miocardico acuto

**Riabilitazione cardiologica post-IMA, dopo le otto settimane.**

412 Infarto miocardico pregresso.

**Riabilitazione cardiologica post-chirurgica**

V42.2 Valvola cardiaca sostituita da trapianto

V43.3 Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi

**Riabilitazione dopo bypass per rivascolarizzazione cardiaca**

V43.4 Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi

**Riabilitazione respiratoria post-chirurgica**

518.5 Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico

**Riabilitazione post-tracheostomia**

V55.0 Controllo di tracheostomia.

**Riabilitazione post-traumatica**

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

**Sindrome ipocinetica**

728.2 Atrofia muscolare da inattività non classificata altrove

**Sindrome da immobilizzazione**

728.3 Altri specifici disturbi muscolari

**Ricoveri elettivi di mantenimento per l'attività riabilitativa****Codici diagnosi:**V57.\_ Cure riabilitative  
codice di patologia**Riabilitazione per malattie polmonari croniche**

Nella riabilitazione delle malattie polmonari croniche (es. BPCO) la finestra temporale 0-30 si applica tra l'evento acuto (riacutizzazione), ed il ricovero riabilitativo; la riacutizzazione non sempre dà luogo a ricovero, ma deve essere in ogni caso *dettagliatamente documentata in cartella clinica*: in questo caso sarà utilizzato il codice di patologia in diagnosi principale ed il codice V57.\_ in diagnosi secondaria.

In assenza di detta documentazione, la codifica è la seguente: codice V57.\_ in diagnosi principale, e in diagnosi secondaria il codice di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo.

## TERAPIA ANTALGICA

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

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

#### Analgesia continua con catetere epidurale

##### Codici intervento:

- 03.90 Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative *associato a*
- 99.29 Iniezione o Infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

#### Blocco di parete e analgesia continua con catetere perineurale

##### Codici intervento:

- 04.81 Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia *associato a*
- 99.29 Iniezione o Infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

#### Analgesia continua per via endovenosa

##### Codici intervento:

- 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove *associato a*
- 99.29 Iniezione o Infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

### Dolore cronico

#### Dispositivo antalgico esterno alla cute

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

#### Pompa totalmente impiantabile con formazione di tasca sottocutanea.

- 86.06 Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile

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

##### Codice diagnosi:

- V58.82 Collocazione e sistemazione di catetere non vascolare non classificato

### Impianto o sostituzione di neurostimolatore spinale o vescicale

È composto da:

- Generatore (canale singolo, doppio, ricaricabile): codice 86.96
- Elettrodo: codice 03.93

**Primo ricovero** (*fase test: impianto di solo elettrodo*)

**Codice diagnosi:**

codice di patologia

**Codice intervento:**

03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.

**Annotazioni:**

Omettere la codifica del generatore, che è dispositivo esterno e temporaneo

**Secondo ricovero** (*impianto definitivo: impianto di solo generatore*)

**Codice diagnosi:**

V53.02 Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)

**Codice intervento:**

86.96 Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neuro stimolatore

**Annotazioni:**

Se viene sostituito l'elettrodo indicare il codice 03.93.

### Sostituzione di generatore o elettrodo (o entrambi) di neurostimolatore spinale

**Codice diagnosi:**

V53.02 Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)

**Codici intervento:**

86.96 Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neuro stimolatore  
e/o

03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale

### Rimozione di neurostimolatore spinale (generatore ed elettrodo)

**Codice diagnosi:**

V53.02 Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)

**Codice intervento:**

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

**Neuromodulazione di strutture nervose con radiofrequenza continua o pulsata****Codice intervento:**

04.2 Demolizione di nervi cranici e periferici.

**Blocco continuo perinervoso****Codici intervento:**

05.89 Altri interventi su nervi simpatici

**Epidurolisi attraverso periduroscopia****Codice intervento:**

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

03.92 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale

## UROLOGIA E ANDROLOGIA

### Ematuria

Deve essere indicata in diagnosi principale quando, al termine del ricovero, non si identifica la patologia che la sostiene; se è espressione di una complicazione post-chirurgica, il codice da utilizzare in diagnosi principale è da ricercare tra le categorie 996 - 999 *Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove*.

### Varicocele

**Codice diagnosi:**

456.4 Varicocele

**Codice intervento:**

63.1 Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico.

**Annotazioni:**

Se viene eseguita sclerosi retrograda aggiungere:

99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche *associato a*

88.67 Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate

### Asportazione di condilomi acuminati dall'uretra o dal tessuto periuretrale

**Codice intervento:**

58.31 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra  
*oppure*

58.39 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra

### Iniezione di collagene in cistoscopia per la correzione di reflusso vescico-ureterale o incontinenza urinaria

**Codice intervento:**

59.72 Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale

### Impianto di dispositivo periuretrale per l'incontinenza urinaria

**Codici intervento:**

58.99 Altri interventi sull'uretra e sul tessuto periuretrale *associato a*

59.72 Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale

### Inserimento di protesi per stenosi uretrale

**Codice diagnosi:**

598.\_ Stenosi uretrale

**Codice intervento:**

58.6 Dilatazione uretrale

**Impianto di pace-maker neurale o elettrostimolatore neuro-urologico****Codici intervento:**03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale  
e/o

86.96 Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neuro stimolatore

## **SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI**

I codici compresi in questo capitolo possono essere utilizzati in diagnosi principale quando **non c'è un'indicazione diagnostica più precisa** o quando la manifestazione clinica **si identifica con il sintomo stesso** (es. 780.31 *Convulsioni febbrili semplici, non specificate*).

## ALTRI MOTIVI DI RICORSO AI SERVIZI SANITARI (CODICI V)

### Ricerca dei codici V

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

### Utilizzo dei codici V

Si utilizzano per descrivere quelle circostanze, diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie 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**:

- 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.

### Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi

Per il ricovero di pazienti per trattamenti specifici in relazione a cure pregresse si devono utilizzare come diagnosi principale i codici appartenenti alle categorie V51-V58.

Tali codici non devono essere utilizzati nel caso di trattamento di un problema attuale acuto. A tale regola fanno eccezione i ricoveri per dialisi (V56.\_), chemioterapia (V58.1) e radioterapia (V58.0).

### 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.\_ può essere utilizzato come diagnosi principale nel caso di controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero,

non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo, quali TAC, endoscopie, scintigrafie, etc. Se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, riportare in diagnosi principale il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi.

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

Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi (codici V42 e V43). Questi codici possono essere utilizzati in diagnosi principale solo per descrivere i ricoveri effettuati per terminare la convalescenza o per il follow up del paziente.

#### **Nati vivi sani secondo il tipo di nascita (V30/V39)**

Quando viene compilata una SDO di nato vivo sano, relativa all'episodio di assistenza per la nascita, occorre sempre compilare il campo della **diagnosi principale** con uno dei codici delle categorie da V30.\_ a V39.\_.

#### **Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi (V52 e V53)**

I codici V52.\_ e V53.\_ devono essere utilizzati in diagnosi principale per descrivere i ricoveri finalizzati a posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi; si tratta di attività programmate da tener distinte rispetto ai malfunzionamenti che vanno invece codificati con le categorie 996 e 997.

Un ricovero per il solo impianto di protesi della mammella deve essere identificato dal codice V52.4 in diagnosi principale.

#### **Trattamento di pazienti in dialisi (V56)**

Con il codice V56.\_ è possibile descrivere le diverse procedure relative ai trattamenti dialitici e alla loro valutazione funzionale.

#### **Donatori di organi o tessuti (V59.1–V59.9)**

Questi codici possono essere utilizzati, in diagnosi principale, solo quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organi.

#### **Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti (V64)**

Tipici casi in cui si ricorre ai codici di questa categoria in diagnosi principale sono i ricoveri per interventi chirurgici programmati, che però non vengono eseguiti per sopraggiunte controindicazioni (cod. V64.1) o per decisione del paziente (cod. V64.2) o per altre ragioni (cod. V64.3).

Nel caso in cui il trattamento non è eseguito per l'insorgenza di altra patologia quest'ultima va riportata come diagnosi principale se trattata nel ricovero. Rientra in questa categoria anche la segnalazione dei casi chirurgici iniziati per via laparoscopica e convertiti in interventi a cielo aperto (cod. V64.4\_).

## REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE 29 MAGGIO 2018, N. 8104

**Piano annuale dei controlli (PAC) ex delibera di Giunta regionale n. 354/2012 - Anno 2018**

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati:

- l'art. 8-octies del D.lgs. 502/1992 e successive modificazioni che:

- § al comma 1, pone in capo alla Regione e alle Aziende Sanitarie l'attivazione, tra l'altro, di un sistema di controllo in merito alla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dai produttori accreditati, privati e pubblici;
- § al comma 3, stabilisce che la Regione deve assicurare la funzione di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate dalle strutture, nonché i criteri per la risoluzione delle eventuali contestazioni e le relative penalizzazioni;
- § al comma 4, si stabilisce la necessità di individuare i criteri per la verifica della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;

- l'art. 79, comma 1-septies del D.L. 112/2008 convertito con la legge n. 133/2008, che modifica sia quantitativamente che qualitativamente i controlli già previsti dall'art. 88, comma 2 della Legge 388/2000;

Richiamata la deliberazione di Giunta regionale n. 354/2012 con la quale sono state definite le linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna, la quale prevede, tra l'altro, la costituzione del Nucleo regionale di controllo (NCR), tra le cui funzioni rientra la predisposizione del Piano Annuale dei Controlli (PAC), dando mandato al Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di determinarne l'adozione con atto successivo (punto 4 del dispositivo);

Dato atto che con propria determinazione dirigenziale n. 4801 del 30 marzo 2017 è stato costituito il Gruppo Regionale sistema di classificazione e codifica delle prestazioni sanitarie, controlli dell'attività sanitaria e governo delle liste di attesa dei ricoveri ospedalieri programmati, il cui sottogruppo Controlli svolge funzione di Nucleo Regionale di Controllo di cui alla DGR N. 354/2012, come disposto dalla determinazione di cui si tratta;

Dato atto altresì che con propria determinazione n. 6151/2014 è stato adottato il Piano Annuale dei Controlli(PAC) ai sensi della delibera di Giunta regionale n. 354/2012, valido per tutto il 2014;

Considerato che il NCR ha predisposto il Piano Annuale dei Controlli (PAC) valido per l'anno 2018, allegato parte integrante alla presente determinazione, che in particolare indica:

- § gli obiettivi da perseguire in termini di contenuto e modalità organizzative dei controlli ed esplicita le azioni generali e specifiche da intraprendere per l'ottimizzazione della pianificazione e dell'esecuzione dell'attività di controllo;
- § l'ambito, i volumi, le casistiche, le modalità e la tempistica dei controlli che rappresentano la parte minima obbligatoria dell'attività di controllo da realizzare;

Valutata la coerenza del Piano annuale di controllo con le linee di indirizzo regionali stabilite dalla deliberazione di Giunta

regionale n. 354/2012 e gli obiettivi di pianificazione e programmazione regionali;

Preso atto che tale PAC è stato illustrato e condiviso il 12 marzo 2018 nell'ambito dei lavori della Commissione Paritetica AIOP/Regione costituita con determinazione dirigenziale n. 2559 del 23/2/2017;

Vista e richiamata la L.R. 26.11.2001 n. 43;

Richiamate altresì le deliberazioni della Giunta regionale:

- n. 2416 del 29 dicembre 2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007", e successive modifiche;

- le deliberazioni della Giunta regionale n. 193/2015, n. 516/2015, n. 628/2015, n. 1026/2015, n. 2185/2015, n. 2189/2015, n. 56/2016, n. 106/2016, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n. 1681/2016, n. 2123/2016, n. 2344/2016, n. 3/2017, n. 161/2017, n. 477/2017 e n. 578/2017 relative alla riorganizzazione dell'Ente Regione e alle competenze dirigenziali;

- n. 468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG72017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;

- n. 93 del 29 gennaio 2018 di "Approvazione Piano triennale di prevenzione della corruzione. Aggiornamento 2018-2020", ed in particolare l'allegato B) "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2018-2020";

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento;

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Attestato che il sottoscritto dirigente non si trova in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Su proposta del Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera;

determina:

1. di adottare il Piano Annuale dei Controlli(PAC) ai sensi della delibera di Giunta regionale n. 354 del 26/3/2012 allegato parte integrante e sostanziale della presente determinazione;

2. che la validità del presente Piano decorre dal 1 gennaio 2018 al 31 dicembre 2018;

3. di dare mandato alle Aziende USL di portare a conoscenza del presente provvedimento le strutture private accreditate del proprio territorio di competenza;

4. di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;

5. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna (B.U.R.E.R.T.).

Il Direttore generale  
Kyriakoula Petropulacos



## PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI ANNO 2018 (PAC)

### PREMESSA

A 5 anni dall'uscita della DGR 354/2012, la Regione Emilia-Romagna intende aggiornare gli atti che hanno istituito la rete regionale dei controlli e gli strumenti operativi utilizzati, ritenendo comunque ancora valido l'impianto generale della DGR; questa esigenza nasce, oltre che dall'analisi di esito dei controlli effettuati, anche dal mutato quadro generale: la riorganizzazione regionale e l'esigenza ministeriale di porre un'attenzione particolare alla qualità delle cure, realizzata attraverso specifici indicatori.

Per effetto della riorganizzazione regionale la funzione di controllo è stata ricondotta al Servizio Assistenza Ospedaliera, mentre sul versante ministeriale si è provveduto ad una modifica radicale della scheda di dimissione ospedaliera, che oggi si compone di un numero maggiore di variabili, alcune delle quali di natura clinico-laboratoristica, nonché sulla valutazione di alcune condizioni, quali la lateralità e la presenza o meno delle singole condizioni al momento dell'ammissione del paziente.

Rimane immutata l'attenzione sugli ambiti dell'appropriatezza, anche in relazione all'esigenza di allineare i percorsi assistenziali alla logica inpatient/outpatient, alla luce di livelli di cura di diversa intensità, della continuità assistenziale ospedale-territorio e della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale.

L'analisi dell'attività di controllo sanitario effettuata sul territorio regionale nel triennio 2014-2016 evidenzia che numerose tipologie di controllo presenti nel PAC 2014 sono ancora significative nella loro capacità di discernere possibili inapproprietezze organizzative o di codifica e saranno pertanto mantenute; altre tipologie di casistica, risultate sempre meno significative, non saranno più proposte per le future attività di controllo, anche in virtù del fatto che sono già state oggetto di specifici interventi tariffari.

Dall'analisi dei dati relativi ai controlli esterni condotti nell'anno 2016, si evince che le Aziende controllano in misura crescente fenomeni non presenti tra quelli obbligatori richiesti dal PAC. Pertanto, in attesa di nuove disposizioni tariffarie e nell'intento di uniformare il più possibile l'attività di controllo sul livello regionale, si è tentato di fornire strumenti che facilitino la



condivisione e la definizione delle potenziali criticità rilevate durante l'attività di controllo, nonché la prevenzione di possibili contenziosi futuri.

## **OBIETTIVI DEL PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI**

Il sistema di controllo regionale, al fine di ottimizzare la pianificazione e l'esecuzione dell'attività di controllo sanitario interno ed esterno dei ricoveri ospedalieri, intende perseguire i seguenti obiettivi, comprensivi delle azioni generali e specifiche da realizzare:

- assolvere gli obblighi istituzionali previsti dalla normativa vigente in materia di controlli sanitari sui ricoveri ospedalieri;
- verificare e garantire l'aderenza dell'offerta di prestazioni di ricovero alle indicazioni regionali, valutando il rispetto dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA – DPCM 12 gennaio 2017), degli standard forniti dal Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n° 70 e dalla DGR 2040/2015, dei disallineamenti evidenziati attraverso gli indicatori presenti nel Programma Nazionale Esiti (PNE) per prestazioni risultate critiche;
- garantire la trasparenza e l'omogeneità del sistema di controllo sanitario regionale attraverso la realizzazione di un processo istituzionale strutturato, garantito dall'impegno di operatori sanitari formati e competenti del settore pubblico e privato accreditato;
- fornire autorevole contrasto allo sviluppo di tutto ciò che possa portare ad un utilizzo antieconomico od opportunistico delle risorse assegnate alle strutture accreditate pubbliche e private regionali;
- concentrare l'attenzione sulla qualità della documentazione clinica e stimolare i professionisti alla compilazione corretta ed esaustiva della stessa, finalizzandoli al miglioramento continuo della corretta descrizione e classificazione dei processi assistenziali e clinici e alla fruizione da parte regionale di strumenti pianificatori e programmatori sempre più orientati ai reali bisogni dei pazienti e dei cittadini;
- offrire spunti e suggerimenti in tema di miglioramento e di affinamento dei sistemi informativi regionali;
- introduzione di nuove modalità organizzative ed operative per la definizione, esecuzione e valutazione dell'attività di controllo;
- avvio di un confronto coordinato tra i servizi di committenza delle Aziende territoriali e le strutture accreditate pubbliche e private che insistono sul relativo territorio.



## **CONTROLLI SANITARI E NUCLEI AZIENDALI DI CONTROLLO (NAC)**

Il controllo sanitario consiste in una verifica "ex post" di specifiche tipologie di fenomeni, così come emerge dalla banca dati regionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Tale verifica si riferisce al singolo episodio di cura e deve essere effettuata da personale formato di ruolo sanitario, eventualmente coadiuvato da personale di ruolo amministrativo.

Il suddetto personale dovrà essere identificato ed assegnato formalmente al Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) previa determina o delibera nel caso di Aziende pubbliche oppure attraverso formale assunzione di incarico da parte della Direzione Sanitaria nel caso di strutture private accreditate.

L'esperienza maturata nell'ambito del controllo, da parte dei diversi team regionali, pone in evidenza l'importanza che l'attività di analisi della documentazione e le valutazioni di appropriatezza organizzativa e di codifica si basino su criteri condivisi; tale obiettivo può essere raggiunto solo attraverso un confronto incrociato tra professionisti di unità operative o strutture diverse, sia pubbliche che private, permettendo di limitare l'autoreferenzialità dell'analisi e contribuendo a ridurre al minimo la possibilità di insorgenza di contenziosi tra controllore e controllato.

In tale percorso, così come suggerito dalla normativa vigente, i controlli interni ed esterni assumono pari dignità e l'azienda committente potrà pertanto assumerli come propri, grazie alla condivisione dei criteri utilizzati e all'avvenuta valutazione incrociata.

È evidente che la titolarità della funzione di controllo esterno rimane istituzionalmente di pertinenza esclusiva dell'Azienda Sanitaria territoriale competente e che tale attività viene svolta attraverso la direzione del NAC e mediante i propri operatori.

Il NAC svolge così un ruolo di governance dell'intero sistema di controllo aziendale dei ricoveri mirato a garantire:

- la corrispondenza dei controlli sanitari con quanto esplicitato dal Piano Annuale dei Controlli e con quanto previsto negli accordi di fornitura locali;
- il rispetto delle procedure operative previste dalla 354/2012 e successive modifiche ed integrazioni;
- la rilevazione di fenomeni ritenuti critici o comunque suscettibili di interventi di monitoraggio e valutazione;
- la valutazione della coerenza degli esiti rispetto alle attese;



- La condivisione degli esiti e dei fenomeni con in Nucleo Regionale di Controllo (NRC) e con altri NAC regionali;
- l'attività di formazione.

Il modello proposto, caratterizzato dalla forte integrazione tra le funzioni di committenza e di controllo interno ed esterno, risulta indispensabile per garantire una migliore pianificazione e programmazione delle attività di controllo e per offrire univoche valutazioni delle prestazioni erogate concordate; conseguentemente, è opportuno che gli accordi di fornitura comprendano un apposito capitolo dedicato alle attività di controllo sanitario che espliciti, auspicabilmente, la tipologia e la quantità dei fenomeni da controllare, le modalità di conduzione dei controlli, i criteri di valutazione e gli esiti pattuiti, nonché i parametri concordati tra le parti per la definizione dell'appropriatezza.

Il Nucleo Regionale di Controllo (NRC) verificherà, attraverso incontri periodici pianificati con i rappresentanti dei NAC e dei produttori privati, l'esistenza di criteri di verifica omogenei sul territorio regionale e gli eventuali disallineamenti rispetto agli obiettivi posti.

### **MODALITA' DI REALIZZAZIONE DEI CONTROLLI SANITARI**

L'oggetto del controllo del ricovero ospedaliero è la cartella clinica. Per ciascuna cartella controllata, anche nel caso di casistiche omogenee, deve essere redatto un singolo verbale a seconda della tipologia qualitativa del controllo stesso riguardante la qualità documentale oppure l'appropriatezza organizzativa e di codifica.

Il verbale deve essere compilato anche in caso di controllo interno e deve contenere almeno i seguenti elementi (requisiti formali):

- data del controllo
- sede di svolgimento
- tipologia di controllo definita dal PAC;
- anno e trimestre di riferimento (data di dimissione del paziente);
- identificativo univoco della SDO;
- esito del controllo, comprese eventuali osservazioni riguardanti la qualità di compilazione della cartella clinica in caso di carenze determinanti che non permettano un'adeguata valutazione;



- note esplicative delle condizioni oggetto di contestazione ed eventuali proposte per la ricodifica della SDO;
- firma di un componente del NAC e del rappresentante designato dalla struttura accreditata oggetto di controllo; nel caso dei controlli interni è sufficiente la sottoscrizione del solo rappresentante del NAC.

Nel caso dei controlli esterni, copia del verbale deve essere lasciata alla struttura controllata, mentre il verbale in originale deve essere trattenuto e conservato a cura dell'equipe che ha condotto la verifica, eventualmente anche mediante archivi informatizzati.

A titolo esemplificativo si allegano alcuni modelli di verbale utilizzabili per le differenti tipologie di valutazione, qualità della documentazione sanitaria (Allegati A e B) e appropriatezza organizzativa (Allegati C e D).

Per quanto riguarda le tempistiche dei controlli esterni e la realizzazione del processo di contestazione/controdeduzione si rimanda alle disposizioni contenute nella vigente normativa, dimostratesi adeguate per il completamento efficace dell'intero percorso.

Il controllo sanitario si riferisce ai criteri di appropriatezza generica; eventuali rilievi in merito all'appropriatezza clinica, in relazione alla rilevanza a loro attribuita, potranno divenire oggetto di segnalazione per le rispettive direzioni sanitarie aziendali e stimolare l'organizzazione di specifiche attività di audit clinico strutturato da attuarsi attraverso le aree aziendali deputate al governo clinico. In ogni caso, considerando l'eterogeneità della casistica passibile di controllo, non sarà possibile riferirsi in modo aprioristico alla appropriatezza suggerita da indicazioni o linee guida di particolari società scientifiche o di altre associazioni professionali non prioritariamente definite e condivise tra committente e produttore.

Risulta anche evidente l'opportunità che eventuali modifiche significative della casistica prodotta, quali ad esempio l'introduzione di procedure innovative o la variazione programmata dei volumi produttivi, siano il frutto di un processo di condivisione e di affinamento dell'offerta tra committenza e produttore e siano finalizzate alla realizzazione di risposte sempre più efficaci in ambito di Livelli Essenziali di Assistenza.

A fronte dell'eventuale giudizio di inappropriatazza espresso nei confronti di ricoveri finalizzati al trattamento di condizioni trattabili in regime ambulatoriale, verificata la mancata sussistenza di criteri che possano giustificare la scelta di setting di ricovero, le prestazioni erogate vanno comunque riconosciute attraverso la corresponsione della sommatoria delle corrispondenti tariffe ambulatoriali, se di importo inferiore al corrispettivo DRG, oppure, nel



caso di ricoveri medici di durata 0/1 giorno, della vigente tariffa prevista per l'Osservazione Breve Intensiva.

Le analisi di appropriatezza organizzativa hanno dato evidenza, negli anni, di una serie di elementi che con elevata frequenza possono condizionare il giudizio del valutatore. Tali elementi sono stati raccolti nell'Allegato D) che, oltre a contenere gli elementi minimi richiesti dal verbale di controllo, è costituito da item di valutazione la maggior parte dei quali descrive condizioni che, se non sostenute da altre motivazioni, orientano più frequentemente verso un giudizio di inappropriata organizzativa.

La scheda proposta, anche se non adottata come strumento di lavoro routinario, può comunque rappresentare una base di partenza per l'elaborazione di strumenti condivisi di valutazione.

Nel successivo Box 1 sono identificate alcune tipologie di inappropriata organizzativa che nel passato recente sono risultate oggetto di contenzioso e che allo stato attuale presentano elementi di difficile sostenibilità da parte del produttore:

#### BOX 1 – ELEMENTI DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA DEI RICOVERI

Fenomeno	Oggetto di analisi	Rischio potenziale	Possibile effetto del controllo
Degenza preoperatoria diversa da zero, in caso di ricovero programmato per intervento in elezione	Giornate di degenza preoperatorie - senza evidenza di procedure di rilievo - e/o non motivate da specifiche condizioni del paziente. Non rilevano le indagini preoperatorie.	Variazione tariffaria correlata all'incremento della durata della degenza	Conteggio della durata della degenza, al netto delle giornate preoperatorie non appropriate / giustificate ed eventuale ridefinizione della tariffa.
Degenza postoperatoria	Giornate di degenza successive ad intervento chirurgico <i>semplice</i> (classificabile, in linea di massima, come AHRQ 3) senza evidenza in cartella clinica di: - esecuzione di procedure di rilievo, e/o - condizioni cliniche che abbisognino di monitoraggio clinico, medico o infermieristico	Variazione tariffaria correlata all'incremento della durata della degenza	Conteggio della durata della degenza, al netto delle giornate postoperatorie non appropriate / giustificate ed eventuale ridefinizione della tariffa
Durata della degenza in LPA (Lungodegenza Post-Acuzie)	Durata complessiva dell'episodio di cura che può caratterizzarsi per: - ricovero di breve durata in un reparto per acuti	Utilizzo improprio del setting in LPA determinante un aumento artificioso sia della tariffa	Rivalutazione delle singole giornate di degenza trascorse in LPA; quelle che, in relazione al processo



**Servizio Assistenza Ospedaliera**  
**Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare**

	<p>concluso con trasferimento del paziente in LPA e - ricovero breve in LPA (in linea di massima inferiore a 10 giorni) concluso con dimissione al domicilio del paziente</p>	<p>che del tasso di ospedalizzazione</p>	<p>assistenziale certificato in cartella, si configurano come dimissione precoce dal reparto per acuti, non entreranno nel conteggio dei giorni di ricovero in LPA.</p>
--	---	--	---

Inoltre, al fine di rafforzare l'obiettivo prioritario di ridurre al minimo le potenzialità di conflitto in sede di verifica, si suggerisce, in sede di realizzazione degli accordi locali di fornitura e in tema di prestazioni storicamente risultate oggetto di contenzioso, la opportuna definizione a priori dei volumi prestazionali previsti, della corretta codifica e del setting assistenziale appropriato.

Infine si è compiuto un processo di snellimento e rivisitazione delle tipologie di controllo tenuto conto dell'esperienza emersa dall'analisi dell'attività di controllo effettuata sul campo negli ultimi anni, nonché delle richieste legate agli adempimenti dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza, definiti nel DPCM 12 gennaio 2017) e del Piano Nazionale Esiti (PNE).

Come disposto dalla legislazione vigente per ciascun produttore dovrà essere garantito il controllo annuale di una soglia minima di cartelle pari al 10% della produzione complessiva, cui dovrà aggiungersi la quota prevista dal D.M. 10 dicembre 2009 relativa ai DRG potenzialmente inappropriati (allegato 6/A del DPCM LEA 12/01/2017) e ai DH medici diagnostici; al raggiungimento della casistica complessiva contribuiscono sia i controlli interni che i controlli esterni, compresi quelli relativi al controllo della qualità delle cartelle cliniche.



**Servizio Assistenza Ospedaliera**  
**Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare**

## BOX 2 – TIPOLOGIE DI CONTROLLO SANITARIO INTERNO ED ESTERNO.

<b>Controlli obbligatori:</b>	<b>Dimensione del controllo:</b>
01) DRG Maldefiniti	Tutti i casi
02) DRG Chirurgico CC in DH	Tutti i casi
03) DRG Chirurgico CC in RO (Ricovero Ordinario) 0-1 gg	Tutti i casi
04) DRG con CC in regime ordinario con degenza uguale o inferiore alla degenza media trimmata del DRG omologo	Selezione campionaria
05) Corretta codifica della diagnosi principale di Sepsi	Tutti i casi con diagnosi principale di sepsi
06) RO programmati con deg 0-3 gg e modalità di dimissione=2	Selezione campionaria
07) Outliers (esclusi deceduti-trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75 Pz >= 65 AA)	Selezione campionaria
08) DRG 088 e 429 Ordinari > 1 g programmati (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75)	100% dei casi per controlli interni; non rientrano nel conteggio del 10% (Legge 133/2008)
09) DRG ordinari > 1g (esclusi DRG 088 e 429) programmati potenzialmente inappropriati indicati nel DPCM LEA 12/01/2017 (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75) *	Selezione campionaria del 5%; non rientrano nel conteggio del 10% (Legge 133/2008)
10) DH diagnostici	Selezione campionaria del 5%; non rientrano nel conteggio del 10% (Legge 133/2008)
<b>Controlli sulla qualità di compilazione delle cartelle cliniche</b>	Selezione campionaria del 5% della produzione complessiva
<b>Controlli consigliati, non obbligatori:</b>	
11) PNE (ogni azienda secondo le proprie criticità).	Selezione campionaria
12) Congruenza SDO-Cartella Clinica	Selezione campionaria
13) Audit clinici istituzionali (ad es. audit AGENAS)	Campione inviato
14) Audit clinici locali	Selezione secondo fabbisogni locali
15) Controlli su altre tipologie definite negli accordi locali	Selezione secondo fabbisogni locali
99) Altri controlli	Selezione secondo fabbisogni locali

\*il campionamento potrà tenere conto di eventuali criteri di selezione della casistica aggiuntivi in coerenza con documenti regionali prodotti successivamente e attinenti ai contenuti del PAC

### ITER PER IL CONFEZIONAMENTO DEL CAMPIONE MINIMO OBBLIGATORIO AI FINI DEL RAGGIUNGIMENTO DEL 10%:

- selezionare **TUTTI** i casi con codice tipologia: **01, 02, 03 e 05**.
- controllare la dimensione percentuale così ottenuta rispetto al campione richiesto.
- calcolare la differenza necessaria per arrivare al 5% che costituisce il campione.
- integrare la differenza per arrivare al 5% con la selezione campionaria dei controlli con codice tipologia: **04, 06 e 07**.
- se ancora non si è raggiunta la soglia del 5%, integrare ulteriormente il campione secondo le proprie criticità con i controlli con codice tipologia: **11; 12; e 15**.
- raggiunto il campione del 5% occorre integrarlo con l'aggiunta del 5% dei controlli relativi alla corretta tenuta della documentazione sanitaria (ex DGR 1706/2009).
- al campione complessivo del 10% così ottenuto vanno aggiunti i contingenti relativi alle cartelle con codice tipologia **08** (tutte per controlli interni) e con codice tipologia **09-10**, estratte con selezione campionaria del 2,5%.

**NOTA:** I controlli con codice **13, 14 e 99** non possono essere utilizzati per il completamento del campione minimo richiesto, nè possono sostituire quelli obbligatori, anche se possono completare il campione controllato, sempre oltre il 10%.



## **RUOLO DEL NUCLEO REGIONALE DEI CONTROLLI E CONTESTAZIONI IRRISOLTE**

Nel processo di gestione delle eventuali contestazioni rimaste irrisolte il Nucleo Regionale di Controllo (NRC), costituito ai sensi della DGR 354/2012, espleta la sua attività favorendo un ulteriore momento di confronto tra le parti nel tentativo di dirimerle e non elevandosi al ruolo di decisore finale del conflitto; tale funzione di mediazione, attivata su richiesta formale di entrambe le parti, è finalizzata al raggiungimento di una soluzione condivisa e non si attua attraverso la valutazione delle cartelle cliniche o delle SDO, né si realizza attraverso valutazioni di appropriatezza clinica che prevedano analisi di documentazione sanitaria, bensì valutando le istanze e le analisi a supporto prodotte dalle parti. Ai sensi delle disposizioni vigenti rimane peraltro ferma l'opportunità, in caso di controversia pubblico-privato, di poter adire all'istituto dell'arbitrato.

Allo stesso modo il NRC non risulta titolare della funzione di organizzazione e coordinamento di audit clinici strutturati finalizzati alla valutazione dell'appropriatezza clinica.

## **CAMPIONAMENTO E RITORNO INFORMATIVO**

I casi da sottoporre a controllo sono quelli a carico totale o parziale SSN (con onere degenza pari a 1,2,5,6).

Per ogni singolo ricovero oggetto di verifica si conteggia una sola tipologia di controllo; la rendicontazione dei controlli effettuati pertanto non potrà comprendere la sommatoria di diverse tipologie di controllo eseguite sulla singola cartella, con unica eccezione la valutazione della qualità di compilazione della cartella stessa.

La **compilazione delle cartelle cliniche** deve essere la più completa e corretta possibile ed i dati registrati devono essere leggibili. Una carente qualità e incompletezza di informazioni delle cartelle cliniche può, infatti, limitare una corretta analisi in sede di controllo. Ogni produttore pubblico e privato è tenuto a verificare la documentazione clinica con l'utilizzo delle indicazioni, degli strumenti e delle metodologie individuati dal gruppo di lavoro istituito con Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 15213/2007. I controlli sulla qualità della compilazione della documentazione devono riguardare il 5% almeno della documentazione prodotta da ciascuna unità operativa (DGR 1706/2009) e contribuiscono al raggiungimento dell'obiettivo del 10%.

Al fine di facilitare il campionamento delle cartelle da sottoporre a controllo, a far data dai dimessi del 1 gennaio 2018, il Sistema Informativo regionale renderà disponibile - con il



ritorno informativo mensile alle Aziende USL, alle Aziende Ospedaliere, agli IRCC e alle Case di Cura accreditate - un file contenente la casistica afferente alle differenti tipologie di controllo obbligatorio descritte, ad esclusione della casistica relativa alla qualità della compilazione della cartella ed agli indicatori critici del PNE (Programma Nazionale Esiti). In particolare:

- il file predisposto per le attività di controllo interno, specifico per ciascun produttore, conterrà l'elenco delle SDO selezionate secondo i criteri individuati nel PAC, indipendentemente dalla residenza del paziente;
- il file predisposto per i controlli esterni, reso disponibile alle singole Aziende USL, conterrà l'elenco delle SDO selezionate secondo i criteri definiti dal PAC, relative ai dimessi da tutte le strutture pubbliche e private insistenti all'interno del territorio di competenza.

Unitamente alla casistica selezionata in relazione ai criteri previsti dal PAC, sono trasmessi anche i DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo il DPCM 12 gennaio 2017 all. 6A (con le relative esclusioni, cfr. art 39) per i quali si considera tutta l'attività in regime di ricovero ordinario per le discipline acute.

Per le fattispecie non espressamente previste dal presente PAC o indicate nel box 2 come controlli facoltativi, il campionamento va effettuato dal controllore su base casuale o in relazione a particolari criticità o percorsi specifici.

Le attività di verifica richieste in ambito PNE o LEA, attuate in risposta a specifiche indicazioni regionali o di altre istituzioni centrali (Ministero della Salute, ISS o AGENAS) e riferite ad anni precedenti, non potranno contribuire al raggiungimento della quota minima richiesta del 10 per cento; potranno comunque trovare evidenza nel conteggio annuale dei controlli effettuati e registrati all'interno dell'apposito applicativo regionale nella sezione dedicata agli "altri controlli non censiti".

#### **NOTE INTEGRATIVE FINALI:**

- o Nel caso di dubbi interpretativi sul presente PAC o nell'eventualità di difficoltà operative sarà possibile indirizzare specifiche richieste al NRC, previa nota scritta; le risposte ritenute di interesse rilevante saranno pubblicate sulle cosiddette FAQ (Frequently Asked Questions) nell'apposita Area Controlli del sito regionale.
- o Il presente PAC non fornisce indicazioni sui controlli relativi alle prestazioni specialistiche, per le quali si rimanda alla specifica area nell'ambito delle Cure Primarie.



**Servizio Assistenza Ospedaliera**  
**Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare**

- Il presente PAC non fornisce i criteri di esecuzione degli eventuali controlli sul rispetto dei tempi di attesa richiesti per prestazioni di ricovero programmate, classificate secondo le diverse classi di priorità.



**Servizio Assistenza Ospedaliera**  
**Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare**

## Allegato A

### CHECK-LIST AUDIT CONTROLLI DOCUMENTAZIONE SANITARIA (Ex DGR 1706/2009 - Modificata)

**Auditor**..... **Anno**..... **Trim**.....

**Reparto di dimissione**..... **Numero SDO**.....

Elementi della cartella clinica		Doc. NR <sup>1</sup>	Grado di compilazione			
			1 <sup>2</sup>	2 <sup>3</sup>	3 <sup>4</sup>	4 <sup>5</sup>
1	Frontespizio - Foglio di ingresso		o	o	o	o
2	Anamnesi ed esame obiettivo		o	o	o	o
3	Diario clinico		o	o	o	o
4	Consulenze		o	o	o	o
5	Foglio di terapia farmacologica		o	o	o	o
6	Referti		o	o	o	o
7	Valutazione preoperatoria		o	o	o	o
8	Anamnesi ed esame obiettivo anestesilogico		o	o	o	o
9	Identificazione del paziente e del sito chirurgico		o	o	o	o
10	Referto operatorio		o	o	o	o
11	Consenso informato e relativi fogli informativi		o	o	o	o
12	Foglio di trasferimento		o	o	o	o
13	Documenti relativi a trasfusioni (sangue ed emoderivati, plasma e plasmaderivati)		o	o	o	o
14	Relazione alla dimissione		o	o	o	o
15	SDO		o	o	o	o
16	Documentazione infermieristica		o	o	o	o
17	Check List sala operatoria		o	o	o	o
18	Scheda compilata di rilevazione dolore		o	o	o	o
19	Data di prenotazione intervento compilata		o	o	o	o
20			o	o	o	o

**NOTE:**

---



---



---



---



---

**Data Audit:** ...../...../.....

**Firma Auditor**.....

<sup>1</sup> In caso di mancanza del documento, perché non coerente con il tipo di attività svolta nell'U.O. oggetto dell'audit (es. item prettamente chirurgico in U.O. medica), barrare con una x la casella nella colonna intestata **Doc. NR (Documento Non Richiesto)**.

<sup>2</sup> Per compilazione di grado 1 si intende elemento cartella clinica **non compilato**.

<sup>3</sup> Per compilazione di grado 2 si intende elemento cartella clinica **compilato in modo non del tutto sufficiente**.

<sup>4</sup> Per compilazione di grado 3 si intende elemento cartella clinica **compilato in modo sufficiente**.

<sup>5</sup> Per compilazione di grado 4 si intende elemento cartella clinica **compilato in modo completo**.



Servizio Assistenza Ospedaliera  
Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

## Allegato B

ANALISI DELLA QUALITÀ DELLA COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA [EX DGR 1706/2009]		CODICE A BARRE	
	REPARTO DI DIMISSIONE:	DATA DI DIMISSIONE : ___/___/20___	
	[MOD. 1/2017]	VERBALE ELETTRONICO NAC N° _____	
<b>ANAMNESI, ESAME OBIETTIVO, DIARIO CLINICO E INFERMIERISTICO</b>			
ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO	[A01] ANAMNESI FISIOLÓGICA [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO]	NO	sì
	[A02] ANAMNESI FAMILIARE [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO]	NO	sì
	[A03] ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO]	NO	sì
	[A04] ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA [PUÒ COMPRENDERE VERBALE DI PS E PRECEDENTI LETTERE DI DIMISSIONE]	NO	sì
	[A05] RACCORDO ANAMNISTICO [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA]	NA	NO
	[A06] ESAME OBIETTIVO GENERALE [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO]	NO	sì
	[A07] ESAME OBIETTIVO LOCALE [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO]	NA	NO
	[A08] DATA E FIRMA DELLA RACCOLTA ANAMNISTICA	1	3 5
	[A09] DATA E FIRMA DELL'ESAME OBIETTIVO [DIVERSO DA PRIMA ANNOTAZIONE IN DIARIO CLINICO]	1	3 5
	[A11] TERAPIA DOMICILIARE [CARTELLA “MEDICA”]	NO	sì
	DIARIO CLINICO	[A12] PRESENZA DI ALMENO UN'ANNOTAZIONE AL GIORNO	1
[A13] FIRMA IN CALCE A CIASCUNA ANNOTAZIONE		1	2 3 4 5
[A14] COMPRESIBILITÀ DEL TESTO (FRASI DIRETTE, ACRONIMI NOTI, ...)		1	2 3 4 5
[A15] LEGGIBILITÀ DEL TESTO (GRAFIA)		1	2 3 4 5
[A16] IDENTIFICAZIONE UNIVOCA DEL PAZIENTE SUI SINGOLI FOGLI DI ANAMNESI, ESAME OBIETTIVO E DIARIO CLINICO		F	1 2 3 4 5
DIARIO INFERMIERISTICO	[A17] TERAPIA DOMICILIARE [SCHEDE INFERMIERISTICA]	NO	sì
	[A18] PRESENZA DI ALMENO UNA ANNOTAZIONE PER TURNO	1	2 3 4 5
	[A19] FIRMA DELL'INFERMIERE [ALMENO UNA PER TURNO]	1	2 3 4 5
	[A20] COMPRESIBILITÀ DEL TESTO (FRASI DIRETTE, ACRONIMI NOTI, ...)	1	2 3 4 5
	[A21] LEGGIBILITÀ DEL TESTO (GRAFIA)	1	2 3 4 5
<b>TERAPIA</b>			
<input type="checkbox"/> [B00] NESSUNA SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA			
[B01-B02] ALLERGIE NOTE		<input type="checkbox"/> INDAGATO	<input type="checkbox"/> NON INDAGATO
[B03] ANNOTAZIONE DI AUTOGESTIONE [ANCHE PARZIALE] DELLA TERAPIA DOMICILIARE		NO	sì
FOGLIO UNICO DI TERAPIA [FUT]	PER CIASCUNA PRESCRIZIONE:		
	[B05] DATA DI INIZIO SOMMINISTRAZIONE	1	2 3 4 5
	[B06] LEGGIBILITÀ DEL NOME DEL FARMACO	1	2 3 4 5
	[B07] POSOLOGIA (DOSE, TEMPI E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE)	1	2 3 4 5
	[B08] FIRMA (O SIGLA DEPOSITATA) DEL MEDICO CHE PRESCRIVE L'INIZIO DEL TRATTAMENTO	1	2 3 4 5
	[B09] FIRMA (O SIGLA DEPOSITATA) DELL'INFERMIERE CHE ESEGUE LA SOMMINISTRAZIONE	1	2 3 4 5
	[B10] FIRMA (O SIGLA DEPOSITATA) DEL MEDICO CHE SOSPENDE IL TRATTAMENTO	NA	1 2 3 4 5
	[B11] DATA DI FINE SOMMINISTRAZIONE (SE DIVERSA DALLA DATA DI DIMISSIONE)	NA	1 2 3 4 5
	[B12] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE (SU CIASCUN FOGLIO DI TERAPIA) O CODICE A BARRE	NO	3
	TERAPIA AL BISOGNO	[B14] RIFERIMENTI CLINICI E BIOLOGICI PER DECIDERE LA SOMMINISTRAZIONE	1
[B15] LEGGIBILITÀ NOME FARMACO		1	2 3 4 5
[B16] POSOLOGIA (DOSE, TEMPI E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE)		1	2 3 4 5
[B17] RIPETIBILITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE		1	2 3 4 5
PALM HOSPITAL	[B18] PRESENZA IN CARTELLA DEI FOGLI DI TERAPIA GIORNALIERA	1	2 3 4 5
	[B19] FIRMA DAL MEDICO SU CIASCUN MODULO	1	2 3 4 5
	[B20] ANNOTAZIONE NEL DIARIO INFERMIERISTICO DELL'AVVENUTA SOMMINISTRAZIONE	1	2 3 4 5
<b>PRIVACY</b>			
[C01] PRESENZA MODULO PRIVACY IN CARTELLA		NO	sì
MODULO PRIVACY	[C02] FIRMA DEL PAZIENTE	NO	sì
	[C03] FIRMA DI ALTRA PERSONA SPECIFICARE: <input type="checkbox"/> GENITORE, <input type="checkbox"/> TUTORE LEGALE (CON ATTESTAZIONE IN CARTELLA), <input type="checkbox"/> ALTRO	NO	sì
	[C04] DICHIARAZIONE DI INCAPACITÀ DEL PAZIENTE DI APPORRE LA PROPRIA FIRMA	NO	sì
	[C05] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE	NO	sì
	[C06] PERSONE AUTORIZZATE A RICEVERE INFORMAZIONI [LA SELEZIONE DI CATEGORIE PREDEFINITE VALIDA IL CRITERIO]	NO	sì
	[C07] DATA DELL'INFORMATIVA	NO	sì
	<b>INFUSIONE DI SANGUE E DERIVATI</b>		
MODULO DI CONSENSO ALL'INFUSIONE DI SANGUE E DERIVATI	[D01] FIRMA DEL PAZIENTE	1	2 3 4 5
	[D02] FIRMA DI ALTRA PERSONA SPECIFICARE: <input type="checkbox"/> GENITORE, <input type="checkbox"/> TUTORE LEGALE (CON ATTESTAZIONE IN CARTELLA), <input type="checkbox"/> ALTRO	1	2 3 4 5
	[D03] FIRMA DEL MEDICO	1	2 3 4 5
	[D04] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE	1	2 3 4 5
	[D05] POSSIBILI COMPLICANZE DA INFUSIONE DI SANGUE E DERIVATI	1	2 3 4 5
	[D07] DATA	1	2 3 4 5
	REGISTRAZIONE TRATTAMENTO IN CARTELLA CLINICA [MEDICO]	[D08] INDICAZIONI AL TRATTAMENTO	1
[D09] IDENTIFICAZIONE UNITÀ EMOCOMPONENTE		1	2 3 4 5
[D10] ORA DI INIZIO DEL TRATTAMENTO		1	2 3 4 5
[D11] FIRMA DEL MEDICO CHE AVVIA IL TRATTAMENTO		1	2 3 4 5
[D12] ORA DI TERMINE DEL TRATTAMENTO		1	2 3 4 5
[D13] VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI AVVERSI [O DELL'AVVENUTO TRATTAMENTO SENZA REAZIONI]		1	2 3 4 5
[D14] FIRMA DEL MEDICO A TERMINE TRATTAMENTO		1	2 3 4 5



**Servizio Assistenza Ospedaliera**  
**Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare**

DIARIO INFERMIERISTICO	[D15] REGISTRAZIONE DELL'ATTIVITÀ E DELL'ORA DI INIZIO	1 2 3 4 5
	[D16] REGISTRAZIONE DELL'ORA DI FINE TRATTAMENTO	1 2 3 4 5
	[D17] VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI AVVERSI [O DELL'AVVENUTO TRATTAMENTO SENZA REAZIONI]	1 2 3 4 5
<b>ALTRE PROCEDURE INVASIVE</b>		
INFORMATIVA ALLA PROCEDURA <input type="checkbox"/> NARCOSI, <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA, <input type="checkbox"/> BIOPSIA, <input type="checkbox"/> STENT, <input type="checkbox"/> EMOdinamica, <input type="checkbox"/> CENTESI, <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> ALTRO (ESCLUSO INVIO DA PS)		
[E01] PRESENZA DEL MODULO INFORMATIVO IN CARTELLA		
MODULO DI CONSENSO	[E02] FIRMA DEL PAZIENTE	1 2 3 4 5
	[E03] DICHIARAZIONE (MEDICA) DELLO STATO DI NECESSITÀ / EMERGENZA [IN ASSENZA DI CONSENSO]	1 2 3 4 5
	[E04] FIRMA DEL MEDICO	1 2 3 4 5
	[E05] DICHIARAZIONE DI AVVENUTA ACQUISIZIONE VERBALE DEL CONSENSO [IN ASSENZA DI MODULO IN CARTELLA]	1 2 3 4 5
	[E06] FIRMA DI ALTRA PERSONA SPECIFICARE: <input type="checkbox"/> GENITORE, <input type="checkbox"/> TUTORE LEGALE (CON ATTESTAZIONE IN CARTELLA), <input type="checkbox"/> ALTRO	1 2 3 4 5
	[E07] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE	1 2 3 4 5
	[E11] DATA	1 2 3 4 5
<b>INTERVENTO CHIRURGICO</b>		
[F01] PRESENZA DI MODULO INFORMATIVO E CONSENSO IN CARTELLA		
MODULO DI CONSENSO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO	[F02] FIRMA DEL PAZIENTE	NO 3 sì
	[F03] FIRMA DI ALTRA PERSONA SPECIFICARE: <input type="checkbox"/> GENITORE, <input type="checkbox"/> TUTORE LEGALE (CON ATTESTAZIONE IN CARTELLA), <input type="checkbox"/> ALTRO	NO 3 sì
	[F04] DICHIARAZIONE DELLO STATO DI NECESSITÀ / EMERGENZA [IN ASSENZA DI CONSENSO]	NO 3 sì
	[F05] DICHIARAZIONE DI AVVENUTA ACQUISIZIONE ORALE DEL CONSENSO [IN ASSENZA DI MODULO IN CARTELLA]	NO 3 sì
	[F06] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE	NO 3 sì
	[F07] TIPO DI ANESTESIA	NO 3 sì
	[F11] FIRMA DEL MEDICO	NO 3 sì
	[F12] DATA	NO 3 sì
	[F13] CORRISPONDENZA TRA NUMERO ATTI CHIRURGICI E NUMERO CONSENSI PRESENTI IN CARTELLA	NO sì
	[F14] PRESENZA DEL REFERTO IN CARTELLA	NO 3 sì
[F17] CONSENSO ANESTESIOLOGICO	NO 3 sì	
<b>ALTRE VALUTAZIONI</b>		
REFERTI	[G01] TRACCIATO ECG REFERTATO [LA FIRMA DEL MEDICO SULLA INTERPRETAZIONE DEL SISTEMA VALIDA IL CRITERIO]	1 2 3 4 5
	[G02] TRACCIATO CTG REFERTATO	1 2 3 4 5
DOLORE	[H01] PRESENZA DELLA SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DEL DOLORE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON COMPILATA <input type="checkbox"/> SÌ	1 2 3 4 5
	[H02] COMPILAZIONE DELLA SEZIONE DATI ANAGRAFICI	1 2 3 4 5
	[H03] REGISTRAZIONE DELLA RILEVAZIONE GIORNALIERA	1 2 3 4 5
LETTERA DI DIMISSIONE	[L01] COPIA DELLA LETTERA IN CARTELLA	NO sì
	[L02] FIRMA IN CALCE	NO sì
SDO	[P01] PRESENZA DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA ALL'INTERNO DELLA CARTELLA	NO sì
ALTRE VALUTAZIONI	[R01] PRESENZA DI DOCUMENTI INTESTATI AD ALTRI PAZIENTI	sì NO
	[R02] RISCONTRO DI ANNOTAZIONI A MATITA	sì NO
	[R04] CORREZIONI NON CONFORMI: <input type="checkbox"/> CANCELLAZIONI <input type="checkbox"/> BIANCHETTO <input type="checkbox"/> PENNARELLO <input type="checkbox"/> ALTRO   <input type="checkbox"/> FUT <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> INFERMIERE	sì NO
	[R05] FOTOCOPIA DI DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	NO sì
<b>CARATTERISTICHE DELLA DOCUMENTAZIONE ESAMINATA</b>		
[S06] PRESENZA DI DOCUMENTI NON INERENTI IL RICOVERO INDICE		
CARTELLA IN FORMATO PDF	[S03] DIARIO CLINICO IN SEQUENZA CRONOLOGICA	NO sì
	[S04] DIARIO INFERMIERISTICO IN SEQUENZA CRONOLOGICA	NO sì
	[S05] PAGINE SENZA CONTENUTI INFORMATIVI <input type="checkbox"/> SEPARATORI DI SEZIONE <input type="checkbox"/> DIARIO CLINICO <input type="checkbox"/> DIARIO INFERMIERISTICO	NO sì
<b>NOTE E FIRME</b>		
LUOGO E DATA DELLA VERIFICA: FERRARA,		

LEGENDA: ① MAI (NO, ASSENTE, NESSUNO) ② A VOLTE ③ NELLA METÀ DEI CASI ④ SPESSO ⑤ SEMPRE (SÌ, PRESENTE, TUTTI)



**Servizio Assistenza Ospedaliera**  
**Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare**

## ALLEGATO C

**VERBALE CONTROLLI SANITARI (Ex DGR 354/2012 e successive modifiche)**

**AUDITOR** \_\_\_\_\_ **DATA AUDIT** \_\_\_\_\_

**ANNO** \_\_\_\_\_ **TRIMESTRE**

1	2	3	4
---	---	---	---

**TIPO CONTROLLO:**  **INTERNO**  
 **ESTERNO**

**STABILIMENTO/REPARTO** (come da lista inviata)

\_\_\_\_\_

**N° SDO (10 caratteri)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**TIPOLOGIA CONTROLLO** (Barrare una sola voce come da lista)

<b>Controlli obbligatori:</b>
01) DRG Maldefiniti
02) DRG Chirurgico CC in DH
03) DRG Chirurgico CC in RO (Ricovero Ordinario) 0-1 gg
04) DRG con CC in regime ordinario con degenza uguale o inferiore alla degenza media troncata del DRG omologo
05) Corretta codifica della diagnosi principale di Sepsis
06) RO programmati con deg 0-3 gg e modalità di dimissione=2
07) Outliers (esclusi deceduti-trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75 Pz >= 65 AA)
08) DRG 088 e 429 Ordinari > 1 g programmati (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75)
09) DRG ordinari > 1g programmati potenzialmente inappropriati indicati nel DPCM LEA 12/01/2017 (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75)
10) DH diagnostici
<b>Controlli consigliati, non obbligatori:</b>
11) PNE (ogni azienda secondo le proprie criticità).
12) Congruenza SDO-Cartella Clinica
13) Audit clinici istituzionali (ad es. audit AGENAS)
14) Audit clinici locali
15) Controlli su altre tipologie definite negli accordi locali
99) Altri controlli

**ESITO VALUTAZIONE** (Barrare una sola voce)

- Ricovero Appropriato per Setting/Timing/Codifica**  
 **Inappropriato per Setting**  
 **Inappropriato per Timing**  
 **Inappropriatezza di Codifica**  
 **Cartella non disponibile**

**NOTE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma Auditor**

\_\_\_\_\_

## Allegato D

	TIPO RICOVERO: <input type="checkbox"/> PROGRAMMATO <input type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/> DA ALTRA STRUTTURA TIPO DIMISSIONE: <input type="checkbox"/> DECEDUTO/A <input type="checkbox"/> DOMICILIO <input type="checkbox"/> _____	<b>CODICE A BARRE</b>  _____
	REPARTO DI DIMISSIONE: _____ DATA: ___/___/20___	
LUOGO E DATA DELLA VERIFICA: _____		VERBALE NAC _____ [mod 1/2017]
<b>ACCETTAZIONE:</b>		
<b>TIPOLOGIE SPECIFICHE DI RICOVERO:</b> <input type="checkbox"/> A.L.P. CON FINALITÀ ESTETICA [ONERI A CARICO DEL PAZIENTE] <input type="checkbox"/> TRIAL CLINICO [ONERI A CARICO ENTE TERZO] <input type="checkbox"/> PROGETTO UMANITARIO <input type="checkbox"/> DISPOSTO DALLA PROCURA <input type="checkbox"/> PERNOTTAMENTO DOPO CHIR. IN DH [VALORIZZAZIONE € 0,00] <input type="checkbox"/> INVIATO DA STRUTTURA SPOKE		
<b>CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE:</b> ETÀ DEL PAZIENTE: <input type="checkbox"/> INFERIORE A 3 ANNI <input type="checkbox"/> SUPERIORE A 70 <input type="checkbox"/> MANCANZA DI ASSISTENZA FAMILIARE <input type="checkbox"/> MANCANZA DI ASSISTENZA DOMICILIARE <input type="checkbox"/> POVERTÀ / INDIGENZA <input type="checkbox"/> SENZA FISSA DIMORA <input type="checkbox"/> PAZIENTE "FRAGILE" <input type="checkbox"/> DETENUTO <input type="checkbox"/> LESIONI DA PRESSIONE ALL'INGRESSO [STADIO _____] <input type="checkbox"/> SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE <input type="checkbox"/> DEMENZA <input type="checkbox"/> DELIRIUM <input type="checkbox"/> CONTENZIONE AL LETTO <input type="checkbox"/> RIFERITA PREGRESSA REAZIONE ALLERGICA AD ANESTESIA O MDC <input type="checkbox"/> RICOVERO PER IMA [STEMI] NEI SEI MESI PRECEDENTI <input type="checkbox"/> PREGRESSO BAC, PTCA, STENT, CHIRURGIA CARDIACA <input type="checkbox"/> GRANDE OBESO <input type="checkbox"/> BMI _____ <input type="checkbox"/> BMI NON DICHIARATO		
<b>ACCETTAZIONE</b>		
<input type="checkbox"/> DOLORE NON CONTROLLABILE [RIPORTARE VALORE ALL'INGRESSO _____] [ <input type="checkbox"/> ONCOLOGIA; <input type="checkbox"/> POST-OPERATORIO] <input type="checkbox"/> VIA DI SOMM.NE DELLA TERAPIA ANTALGICA: <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> I.M. <input type="checkbox"/> E.V. VALORI SPECIFICI PER LA REUMATOLOGIA: <input type="checkbox"/> HAQ _____ [<0,5 NORMALE; >1 GIUSTIFICA RICOVERO ORDINARIO] <input type="checkbox"/> DAS28 _____ [<2 BUON CONTROLLO; ≥4 ALTA ATTIVITÀ DI MALATTIA] <input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA ACUTA D'ORGANO [SPECIFICARE: _____] [A1] FREQUENZA CARDIACA < 50 o > 140 (A RIPOSO) [A2] PA SISTOLICA < 90 o > 200 MM HG O DIASTOLICA < 60 o > 120 [A3] FREQUENZA RESPIRATORIA > A 30 AL MINUTO [A4] TEMPERATURA ASCELLARE > 38° C DA ALMENO 5 GIORNI [A7] PRESENZA/SOSPETTO DI ISCHEMIA MIOCARDICA ACUTA [A8] PROBLEMI NEUROLOGICI ACUTI E/O RAPIDAMENTE PROGRESSIVI [A9] TURBE RESPIRATORIE O CIRCOLATORIE ACUTE INVALIDANTI [A10] PERDITA O CALO IMPROVVISO DELLA VISTA O DELL'UDITO [A6] SQUILIBRIO IDROELETROLITICO O ACIDO-BASE METABOLICO [A11] PERDITA ACUTA DELLA CAPACITÀ DI MUOVERE UNA PARTE DEL CORPO <input type="checkbox"/> ANEMIA DA PERDITA ACUTA [Δ HB: DA _____ A _____] [A5] SANGUINAMENTO IN ATTO (O NELLE ULTIME 48 H)		
<b>RICOVERO DISPOSTO DAL PRONTO SOCCORSO PER:</b>  <input type="checkbox"/> RICOVERO RICHIESTO/CONVALIDATO DA CONSULENZA SPECIALISTICA		
<b>INTERVENTO CHIRURGICO:</b>		
TIPO INTERVENTO: <input type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/> PROGRAMMATO VIA DI ACCESSO: <input type="checkbox"/> ASPORTAZ. CUTE <input type="checkbox"/> PERCUTANEA <input type="checkbox"/> ENDOSCOPICA <input type="checkbox"/> INCISIONALE <input type="checkbox"/> IN SCOPIA [ARTRO/LAPARO/TORACO] <input type="checkbox"/> INTERVENTO DI CHIRURGIA ADDOMINALE IN ANESTESIA GENERALE <input type="checkbox"/> INTERVENTO DI CHIRURGIA TORACICA IN ANESTESIA GENERALE <input type="checkbox"/> INTERVENTO DI CHIRURGIA VASCOLARE IN ANESTESIA GENERALE [ESCLUSO VENOSO PERIFERICO] <input type="checkbox"/> DURATA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO INFERIORE A 30 MINUTI [DA INCISIONE A SUTURA] INTERVENTO ESEGUITO:          <input type="checkbox"/> DIMENSIONI DEL PEZZO ANATOMICO: LOSANGHE CUTANEE CM _____ X CM _____ X CM _____		
<input type="checkbox"/> SETTING SUGGERITO DALLE DELIBERE REGIONALI: DGR 599/2000: <input type="checkbox"/> DAY SURGERY <input type="checkbox"/> AMBULATORIO DGR 1108/2011: <input type="checkbox"/> AMBULATORIO		PROCEDURA ICD9CM _____
<input type="checkbox"/> CLASSE ASA: <input type="checkbox"/> ASA 1 <input type="checkbox"/> ASA 2 <input type="checkbox"/> ASA 3 <input type="checkbox"/> ASA 4 <input type="checkbox"/> ASA 5 <input type="checkbox"/> ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIPO DI ANESTESIA: <input type="checkbox"/> GENERALE <input type="checkbox"/> PLESSO <input type="checkbox"/> PERIDURALE <input type="checkbox"/> LOCALE <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> SEDAZIONE PROFONDA		
<b>DEGENZA</b>		
<input type="checkbox"/> COMPLICANZA ARITMICA PERIOPERATORIA <input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO DI PACE MAKER TEMPORANEO <input type="checkbox"/> DEISCENZA DI SUTURA <input type="checkbox"/> INFEZIONE DI FERITA <input type="checkbox"/> SEPSI / SETTICEMIA <input type="checkbox"/> SANGUINAMENTO MASSIVO <input type="checkbox"/> GESTIONE DI DRENAGGI <input type="checkbox"/> RITENZIONE URINARIA [ <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE] <input type="checkbox"/> TROMBOSI VENOSA PERIFERICA <input type="checkbox"/> EMBOLIA POLMONARE <input type="checkbox"/> _____		

SOMM.NE DI CHEMIOTERAPICI: <input type="checkbox"/> ORALE <input type="checkbox"/> SISTEMICA <input type="checkbox"/> ALTE DOSI <input type="checkbox"/> ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA [INFUSIONE ≥24 ORE]			
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONI NON INSERITA NEL TARIFFARIO AMBULATORIALE (SPECIFICARE):			
<input type="checkbox"/> FARMACI CON RIMBORSO (PARZIALE) VINCOLATO AL REGIME DI RICOVERO (SPECIFICARE):			
<input type="checkbox"/> DENUNCIA DI CADUTA A TERRA <input type="checkbox"/> SENZA LESIONI <input type="checkbox"/> CON LESIONI:			
<input type="checkbox"/> RE-INTERVENTO ENTRO LE 24 ORE PER:			
<input type="checkbox"/> RE-INTERVENTO NON PROGRAMMATO OLTRE LE 24 ORE PER:			
INTERVENTO RINVIATO PER MANCANZA DI POSTO LETTO IN TERAPIA INTENSIVA: <input type="checkbox"/> AD ALTRO RICOVERO [V64*] [VALORIZZAZIONE € 0,00] <input type="checkbox"/> POSTICIPATO [STESSO RICOVERO]			
DECORSO:			
GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI [APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA]:			
<input type="checkbox"/> N° GIORNATE PREOPERATORIE IN RICOVERO CHIRURGICO PROGRAMMATO _____			
<input type="checkbox"/> N° GIORNATE DI DEGENZA SENZA PRESTAZIONI / OSSERVAZIONI IN CARTELLA _____			
<input type="checkbox"/> N° GIORNATE PRECEDENTI LA DIMISSIONE [DATA DIMISSIBILITÀ: _____] _____ TOTALE: _____			
DIMISSIONE RITARDATA:			
➤ <b>DIAGNOSTICA</b> <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE <input type="checkbox"/> ATTESA REFERTI <input type="checkbox"/> DIMISSIONE PROTETTA NON ATTIVATA			
➤ <b>MANCANZA POSTO LETTO c/o</b> <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> LPA-RIABILITAZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO OSPEDALE			
➤ <b>RIENTRO IN FAMIGLIA</b> <input type="checkbox"/> RITARDATO <input type="checkbox"/> RESPINTO <input type="checkbox"/>			
➤ <b>ASSISTENZA TERRITORIALE</b> <input type="checkbox"/> RITARDATA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE <input type="checkbox"/>			
➤ <b>TRASPORTO</b> <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE <input type="checkbox"/> NON SOSTENIBILE (€) <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> DIMISSIONE IN ATTESA DI SUCCESSIVA CONVOCAZIONE PER TRATTAMENTO CHIRURGICO			
<input type="checkbox"/> RE-AMMISSIONE PROGRAMMATA PER:			
<input type="checkbox"/> INTERVENTO PRESSO ALTRA UO/AZIENDA <input type="checkbox"/> INTERVENTO IN PRECEDENZA RINVIATO <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA IN PRECEDENZA NON DISPONIBILE			
<input type="checkbox"/> SECONDO TEMPO DI TRATTAMENTO <input type="checkbox"/> PROCEDURA SU ORGANO CONTROLATERALE <input type="checkbox"/> COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO			
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE IN SERVICE <input type="checkbox"/> ALTRO:			
ALTRE OSSERVAZIONI E NOTE DEL VALUTATORE [COMPRESA EVENTUALE SPECIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DA TARIFFARE]:			
<b>VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA:</b>			
<b>1</b> SETTING ASSISTENZIALE SUGGERITO: <input type="checkbox"/> RICOVERO ORDINARIO <input type="checkbox"/> RICOVERO ORDINARIO 0/1 GG <input type="checkbox"/> RICOVERO DIURNO <input type="checkbox"/> AMBULATORIO <input type="checkbox"/> OBI	<b>2</b> GIUDIZIO DI APPROPRIATEZZA: <input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO	<b>3</b> VARIAZIONI ECONOMICHE PROPOSTE: <input type="checkbox"/> VALORIZZAZIONE RO 0/1 GG <input type="checkbox"/> ANNULLAMENTO DELL'IMPORTO <input type="checkbox"/> VALORIZZAZIONE AMBULATORIALE	
<b>FIRME:</b>			

**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, dal 1 gennaio 2010, è 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 **<http://bur.regione.emilia-romagna.it>**

La consultazione gratuita del BURERT dal 1 gennaio 2010 è garantita anche presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico e le Biblioteche della Regione e degli Enti Locali.

Presso i Comuni della Regione è inoltre disponibile in visione gratuita almeno una copia stampata dell'ultimo numero. È sempre possibile richiedere alla Redazione del BURERT l'invio a mezzo posta di una copia della pubblicazione dietro apposito pagamento in contrassegno.