

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Emilia-Romagna

BOLLETTINO UFFICIALE

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

Parte seconda - N. 8

Anno 43

16 gennaio 2012

N. 10

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
22 DICEMBRE 2011, N. 16688

**Adozione "Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della Scheda
di dimissione ospedaliera" - Revisione Anno 2011**

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI 22 DICEMBRE 2011, N. 16688

Adozione "Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della Scheda di dimissione ospedaliera" - Revisione Anno 2011

IL DIRETTORE

Richiamati:

- l'art. 8-sexies DLgs 502/92 e successive modificazioni il quale al comma 5 stabilisce che vengano individuati i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione;

- l'art. 8-octies del DLgs 502/92 e successive modificazioni con il quale viene stabilito l'obbligo da parte della Regione e delle Aziende sanitarie di attivare un sistema di controllo in merito alla appropriatezza e alla congruità delle prestazioni erogate dagli ospedali accreditati, privati e pubblici;

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 380/00 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";

Considerato che con determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 9817/2005 è stato istituito un gruppo di lavoro denominato "Gruppo regionale per il controllo di qualità della codifica della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)" al fine di supervisione e monitoraggio rispetto ai problemi di 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;

Atteso che con successiva determinazione 13405/11 il suddetto gruppo è stato modificato nella sua composizione, anche allo scopo specifico di procedere all'aggiornamento delle indicazioni in previsione della introduzione del nuovo sistema di classificazione di cui al DM 18 dicembre 2008 sopra richiamato;

Richiamate:

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

- la deliberazione della Giunta Regionale n. 1459 del 7 ottobre 2010 "Adozione Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera" revisione 2010 con la quale la Regione Emilia-Romagna ha rivisto le linee guida adeguandone le regole di rappresentazione della casistica ospedaliera;

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, allegate alla presente, quali indicazioni vincolanti per i produttori ospedalieri pubblici e privati;

Dato atto dell'istruttoria svolta dal competente Responsabile del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali;

Ritenuto di approvare le sopraccitate Linee guida allegate alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

Viste:

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

- la deliberazione della Giunta Regionale n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/08. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/07" e successive modificazioni;

Dato atto del parere allegato

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 2011" 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, a partire dal 1 gennaio 2012;

3. che le risposte fornite dalla Regione ai quesiti posti tramite le F.A.Q. presenti sul sito della SDO, all'indirizzo internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/faq.htm>, costituiscono indicazioni a tutti gli effetti vincolanti per i produttori ospedalieri pubblici e privati;

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

IL DIRETTORE GENERALE

Mariella Martini



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

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

revisione 2011

La redazione del volume è stata curata dal Gruppo Regionale per il Controllo di Qualità della Codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera

Cristiano Visser	Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali (coordinatore del gruppo di lavoro)
Rosanna Balzani	Azienda USL di Cesena
Claudia Bassi	Azienda USL di Forlì
Barbara Benoldi	Azienda Ospedaliera di Parma
Nazzarena Borciani	Azienda USL di Reggio Emilia
Agatina Fadda	Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari
Loredana Fornelli	Azienda USL di Modena
Roberto Franchini	C.d.C. Villa Regina di Bologna
Franco Guerzoni	Azienda Ospedaliera di Ferrara
Giuseppina Lanciotti	Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali
M. Cristina Magnolo	Azienda USL di Reggio Emilia
Nicoletta Masini	Azienda USL di Forlì
Monica Merlin	Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali
Mirella Morgagni	Azienda USL di Ravenna
Stefania Parisse	Azienda Ospedaliera di Bologna
Daniela Turin	Azienda USL di Bologna
Angela Villa	Azienda USL di Piacenza
Maria Vizioli	Servizio Presidi Ospedalieri

Si ringraziano per la collaborazione e gli utili suggerimenti tutti i Clinici delle Aziende Sanitarie interpellati, La Commissione Cardiologica-Cardiochirurgica e il Rischio Infettivo dell’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

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

INDICE

Presentazione	3
Le principali novità.....	4
Nota informativa	4
PARTE GENERALE	5
ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA	10
CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA.....	11
CARDIOLOGIA.....	14
CHIRURGIA GENERALE	16
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA.....	19
CHIRURGIA PLASTICA	20
CHIRURGIA VASCOLARE.....	21
DERMATOLOGIA	23
EMATOLOGIA.....	24
ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	25
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI.....	26
MALFORMAZIONI CONGENITE.....	28
NEFROLOGIA	29
NEONATOLOGIA	30
NEUROLOGIA	31
OCULISTICA	32
ONCOLOGIA	33
ORTOPEDIA.....	36
OSTETRICA E GINECOLOGIA.....	39
OTORINOLARINGOIATRIA.....	40
PNEUMOLOGIA.....	42
PSICHIATRIA.....	43
REUMATOLOGIA	44
RIABILITAZIONE.....	45
TERAPIA ANTALGICA	47
UROLOGIA E ANDROLOGIA	49
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI.....	50
ALTRI MOTIVI DI RICORSO AI SERVIZI SANITARI (CODICI V).....	51

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 riportate nel D.M. n. 380 del 27/10/2000.

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, recentemente 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 a potenzialmente rischio di inappropriatazza, 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

Nella parte generale si sono inserite le principali regole di impiego dei codici E e la codifica degli ematomi "spontanei"; inoltre si è scelto di abilitare in diagnosi principale tutti i codici V.

- Le discipline maggiormente interessate dalle modifiche sono la Allergologia (desensibilizzazione di soggetti allergici), la Cardiologia (registratore ciclico), la Chirurgia Generale (deiscenza di gastroplastica e stenosi dell'outlet, emorroidectomia), l'Oncologia (ablazione percutanea di tumori, elettrochemioterapia), l'Otorinolaringoiatria (rinoplastica), l'Oculistica (rimozione di xantelasma palpebrale), l'Ortopedia (revisione di sostituzione di protesi di gomito, patologie della spalla), la Pneumologia (inserzione di stent tracheale) e l'Urologia (Prostatectomia eseguita con tecnica HiFu).

NOTA INFORMATIVA

Nel sito della SDO al seguente indirizzo:

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

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

E' stata inserita, in questa sezione del sito:

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

l'errata corrige del Manuale di Classificazione ICD-9-M 2007 non esaustiva, vista la dinamica del processo di verifica. Inoltre sono reperibili l'indice alfabetico e la Tavola Farmaci e Prodotti Chimici dei codici E.

Copia del volume può essere scaricata da Internet:

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

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.

INTERVENTI E PROCEDURE

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

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

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

- a) in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato un maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse in termini di uso di sala operatoria, équipe operatoria, medico anestesista;
- b) nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
- c) quando nella cartella clinica vengono riportati interventi o procedure in numero superiore ai sei campi previsti dalla SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque presente il seguente ordine decrescente di priorità:

- interventi chirurgici a cielo aperto;
- interventi per via endoscopica o laparoscopica

- procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica);
- procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nella rubrica 00 o da 01 a 86, ad es. gastroscopia oppure procedure che determinano DRG specifici: 00.10 *Impianto di agenti chemioterapici* e 00.15 *Infusione di interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2)*;
- altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nelle rubriche da 87 a 99, dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (es. TAC, RMN, litotripsia, radioterapia).

Di seguito vengono riportate alcune procedure, previste nella rubrica "Miscellanea", che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):

87.53 *Colangiografia intraoperatoria*
 88.52 *Angiocardiografia del cuore destro*
 88.53 *Angiocardiografia del cuore sinistro*
 88.54 *Angiocardiografia 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.*

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 più correlato alla diagnosi principale;
- I codici E di postumo sono associabili ai codici di postumo da 905 a 909.

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.

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

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

Il codice 77.40 non dovrebbe mai essere utilizzato 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 ha rilevanza sul processo di cura o sul consumo delle risorse; essa non è appropriata per i casi di procedure minori (ad esempio: escissioni di lesioni cutanee).

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'utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi. L'espressione "codificare anche", indica la necessità di utilizzare un codice aggiuntivo per identificare le diverse componenti di un intervento.

COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA

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

COMPLICAZIONE DI TRATTAMENTI CHIRURGICI O DI ALTRI TRATTAMENTI MEDICI

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, il codice relativo alla complicazione deve essere selezionato come diagnosi principale. Se la complicazione è classificata con i codici compresi fra 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo per specificare la natura della complicazione.

CONDIZIONI 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 o artroscopica.

Nel caso non esista un codice che individui specificamente l'approccio endoscopico, quello laparoscopico o artroscopico, 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.

EMATOMI "SPONTANEI"

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

OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE DI CONDIZIONI SOSPETTE

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

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. 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.

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.

ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA

- Desensibilizzazione di soggetto **allergico al veleno animale**

Diagnosi principale: V07.1 *Necessità di desensibilizzazione ad allergeni.*
Altre diagnosi: V15.06 *Anamnesi personale di allergia agli insetti.*

Se si verifica effetto avverso

Diagnosi principale: 989.5 *Effetti tossici di veleno di origine animale.*

- Desensibilizzazione di soggetto **allergico a farmaci o altre sostanze**

Diagnosi principale: V07.1 *necessità di desensibilizzazione ad allergeni.*
Altre diagnosi: V14._ *Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali.*

Se si verifica effetto avverso

Diagnosi principale: 995.2_ *Altri effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici.*

CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

IMPIANTO SISTEMI DI CIRCOLAZIONE ASSISTITA

- Impianto di **pompa centrifuga con canule percutanee (pVAD)**
37.68 *Inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo.*
- Impianto di **VAD paracorporeo o pompa centrifuga** impiantato mediante sternotomia
37.65 *Impianto di sistema di assistenza cardiaca esterno.*
- Impianto di **VAD intracorporeo**
37.66 *Inserzione di sistema di assistenza cardiaca impiantabile.*
* Utilizzare 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**
Altre diagnosi: V46.8 *Dipendenza da altri apparecchi.*

BY-PASS AORTOCORONARICO

- **By-pass aortocoronarico**
Intervento principale: 36.15 *By-pass singolo di mammaria interna- arteria coronaria*
Altri interventi: 36.1_ *By-pass aortocoronarico.*
Se eseguita C.E.C. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).*

Se si impiegano altri vasi arteriosi
- arteria gastroepiploica 36.17 *By-pass dell'arteria coronaria addominale;*
- arteria radiale o bovina 36.19 *Altro by-pass per rivascolarizzazione cardiaca;*
- doppia arteria mammaria o mammaria sinistra con anastomosi multiple (sequenziale) 36.16 *By-pass doppio mammaria interna arteria coronaria.*
- **By-pass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca**
Intervento principale 36.1_ *By-pass aortocoronarico*
Altri interventi: 37.32 *Asportazione di aneurisma del cuore*
39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore Aperto (C.E.C.).*
- **Rivascolarizzazione cardiaca con tecnica laser**
Intervento principale: 36.3_ *Altra rivascolarizzazione cardiaca.*

INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE

- Chirurgia riparativa della **mitrale** con l'utilizzo dell'**anello di Carpentier**:
 Intervento principale: 35.12 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione*
 Altri interventi: 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).*

- Intervento secondo **Bentall**:
 Intervento principale: 35.22 *Altra sostituzione di valvola aortica con protesi*
 Altri interventi: 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*
 36.99 *Altri interventi sui vasi del cuore, per indicare il reimpianto delle arterie coronariche.*
 Se eseguita C.E.C. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).*
 Se applicata endoprotesi aortica 39.71 *Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale*
 oppure
 39.73 *Impianto di graft endovascolare nell'arteria toracica.*

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

- Sostituzione di valvola cardiaca con **tecnica endovascolare**:
 Intervento Principale: 35.2_ *Sostituzione di valvola cardiaca*
 Altri interventi: 38.91 *Cateterismo arterioso.*

- Sostituzione di valvola cardiaca con **tecnica transapicale**:
 Intervento Principale: 35.21 *Sostituzione di valvola aortica con bioprotesi*
 Altri interventi: 37.11 *Cardiotomia*
 38.91 *Cateterismo arterioso.*

INTERVENTI PER VIA PERCUTANEA

- Chiusura del **dotto di Botallo per via percutanea**
 Intervento principale: 38.85 *Altra occlusione chirurgica di altri vasi toracici*
 Altri interventi: 37.23 *Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro.*

- Chiusura del **difetto interatriale (DIA) per via percutanea**
 35.52 *Riparazione di difetto del setto atriale con sutura diretta.*

ALTRI INTERVENTI CARDIOVASCOLARI

- Sostituzione di **arco aortico con tubo valvolato**
 Intervento principale: 35.21 *Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi*
 oppure
 35.22 *Altra sostituzione di valvola aortica con protesi*
 Altri interventi: 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione.*
- **Rimodellamento ventricolare**
 37.35 *Asportazione parziale di ventricolo.*

INFEZIONI E COMPLICAZIONI OPERATORIE O POSTOPERATORIE

- **Mediastinite**
 Diagnosi principale: 998.59 *Altra Infezione postoperatoria*
 Altre diagnosi: 519.2 *Mediastinite*
 Intervento principale: 34.3 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino.*
 Se applicato dispositivo V.A.C. 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.*
- **Toilette di ferita chirurgica infetta**
 Diagnosi principale: 998.59 *Altra infezione postoperatoria*
 Intervento principale: 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione.*
 Se applicato dispositivo V.A.C. 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.*
- **Arresto di circolo** indotto da **ipotermia profonda**
 39.62 *Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto.*
- Sutura di **deiscenza di ferita sternale**
 Diagnosi principale: 998.3_ *Rottura di ferita chirurgica, non classificata altrove*
 Intervento principale: 78.11 *Applicazione di fissatore esterno di scapola, clavicola e torace.*
- Intervento per **controllo di emorragia post-operatoria**
 Procedura: 39.41 *Controllo di emorragia a seguito di 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.

ANOMALIE DEL RITMO CARDIACO

- **Fibrillazione atriale**

Ablazione transcateretere 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 pace-maker per **sindrome del seno carotideo**

Diagnosi principale: 427.89 *Altre aritmie cardiache specificate*

Altre diagnosi: 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo*

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

Altri interventi: 37.8 *Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di PM cardiaco.*

- Impianto di **pace-maker sul globo carotideo**

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

Intervento principale: 39.8 *Interventi sul globo carotideo e su altri glomi vascolari.*

- Ricovero programmato per la **sola sostituzione di batterie di pace-maker**
Diagnosi principale: V53.31 *Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco.*
- Impianto di **registratore ciclico**
37.79 *Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco.*
- Espianto di **catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo**
Diagnosi principale: V53.39 *Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco.*
- **Decubiti della tasca** in portatore di defibrillatore o di pacemaker
Diagnosi principale: 996.61 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci*
oppure
996.72 *Altra complicazione di altre protesi, impianti e innesti cardiaci.*

IPERTENSIONE ARTERIOSA

E' 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.

- **Cuore polmonare cronico scompensato**
Diagnosi principale: 428.0 *Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)*
Altre diagnosi: 416.9 *Malattia cardiopolmonare cronica, non specificata.*

CHIRURGIA GENERALE

- Controllo di **emorragia per varici esofagee** effettuato per via endoscopica
42.33 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo.*
- Intervento di **diversione biliopancreatica (BPD)**
Diagnosi principale: 278.0_ *Sovrappeso ed obesità*
Intervento principale: 43.7 *Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale,*
Altri interventi: 45.91 *Anastomosi intestinale tenue-tenue.*
- Intervento di **resezione dello stomaco secondo Sleeve (gastrorestrizione)**
Diagnosi principale: 278.0_ *Sovrappeso ed obesità*
Intervento principale: 43.89 *Altra gastrectomia parziale*
Altri interventi: 44.99 *Altri interventi sullo stomaco.*
- Intervento di **gastroplastica verticale per via laparoscopica**
Diagnosi principale: 278.0_ *Sovrappeso ed obesità*
Intervento principale: 44.68 *Gastroplastica laparoscopica.*
- Intervento di **banding gastrico**
Diagnosi principale: 278.0_ *Sovrappeso ed obesità*
Intervento principale: 44.95 *Procedura laparoscopica di restrizione gastrica.*
- Riparazione di **deiscenza di gastroplastica verticale**
Diagnosi principale: V58.49 *Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato*
Altre diagnosi: 997.4 *Complicazioni gastrointestinali, non classificate altrove*
Intervento principale: 44.96 *Revisione laparoscopica della procedura gastrica restrittiva.*
- Riparazione o regolazione laparoscopica di **spostamento, scivolamento del banding gastrico o del dispositivo sottocutaneo di regolazione (port)**
Diagnosi principale: V58.49 *Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato*
Intervento principale: 44.97 *Rimozione laparoscopica di dispositivo/i di restrizione gastrica*
oppure
44.98 *Regolazione di misura (laparoscopica) del dispositivo di restrizione gastrica regolabile.*
- Riparazione di **stenosi dell'outlet o neopiloro**
Diagnosi principale: V58.49 *Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato*
Altre diagnosi: 996.79 *Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni*
Intervento principale: 44.99 *Altri interventi sullo stomaco.*
- Inserimento per via endoscopica di **pallone bariatrico intragastrico**
Diagnosi principale: 278.0_ *Sovrappeso ed obesità*
Intervento principale: 44.93 *Inserzione di bolla gastrica (palloncino).*
- Inserzione di **protesi metallica esofagea**
Intervento principale: 42.89 *Altra riparazione dell'esofago*
Altri interventi: 42.23 *Altra esofagoscopia.*

- Inserzione di **protesi metallica duodenale**
Intervento principale: 46.79 *Altra riparazione dell'intestino*
Altri interventi: 45.13 *Altra endoscopia dell'intestino tenue.*
- **Plicatura endoscopica di ernia iatale**
Intervento principale: 44.66 *Altri interventi per la creazione di sfintere esofagogastrico*
Altri interventi: 44.13 *Altra gastroscopia.*
- **Funduplicatio con tecnica laparoscopica**
44.67 *Procedure laparoscopiche per la creazione dello sfintere esofagogastrico.*
- Riparazione di **rettocele con protesi**
Intervento principale: codice di intervento
Altri interventi: 48.79 *Altra riparazione del retto.*
- **Proctopessi addominale con protesi**
Intervento principale: 48.75 *Proctopessi addominale*
Altri interventi: 46.79 *Altra riparazione dell'intestino.*
- Resezione a tutto spessore di **prolasso del retto per via transanale (intervento di Starr)**
48.69 *Altra resezione del retto.*
- Reservoir rettale con **J-pouch colica**
45.95 *Anastomosi dell'ano.*
- Reservoir rettale con **coloplastica trasversale (stritturoplastica colica)**
45.03 *Incisione dell'intestino crasso.*
- **Emorroidectomia (qualsiasi tecnica) / mucosectomia rettale**
49.46 *Asportazione delle emorroidi.*
- Endoprotesi per la **dilatazione intestinale del colon**
Intervento principale: 46.79 *Altra riparazione dell'intestino*
Altri interventi: 45.23 *Colonscopia con endoscopio flessibile.*
- Endoprotesi per la **dilatazione intestinale del retto**
Intervento principale: 48.79 *Altra riparazione del retto*
Altri interventi: 48.23 *Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido.*
- Impianto e revisione di **protesi dello sfintere anale**
Diagnosi principale: 787.6 *Incontinenza fecale*
Intervento principale: 49.75 *Impianto o revisione di sfintere anale artificiale.*
- **Microchirurgia endoscopica transanale (TEM)**
48.36 *Polipectomia [endoscopica] del retto.*
- **Trapianto multiviscerale**
Diagnosi principale: codice di patologia
Intervento principale: 46.97 *Trapianto dell'intestino*
associato ad almeno uno
dei seguenti codici 43.99 *Altra gastrectomia totale*
52.83 *Trapianto eterologo di pancreas*
50.59 *Altro trapianto del fegato*
Procedura: 00.93 *Trapianto da cadavere.*

- **Linfocele o chilotorace post-chirurgico**

Diagnosi principale: 998.89 *Altre complicazioni specificate di interventi, non classificate altrove*

Altre diagnosi: 457.8 *Altri disturbi non infettivi dei vasi linfatici.*

- **Trattamento chirurgico dell'iperidrosi**

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

Altre diagnosi: 780.8 *Iperidrosi generalizzata*

oppure

705.2_ *Iperidrosi focale*

Intervento principale: 05.2_ *Simpatetomia.*

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- Inserimento di **protesi o espansore** nella mammella in paziente mastectomizzata per neoplasia maligna
 Diagnosi principale: V52.4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario*
 Altre diagnosi: V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*
 Intervento principale: codice di intervento.
- Asportazione di **linfonodo sentinella (negativo) effettuata in corso di rimozione di tumore**
 Altri interventi: 40.2_ *Asportazione semplice di strutture linfatiche*
 88.34 *Linfografia arto superiore*
 oppure
 88.36 *Linfografia arto inferiore.*
- Asportazione di **linfonodo sentinella (positivo) effettuata in corso di rimozione di tumore**
 Altre diagnosi: 196._ *Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi.*
 Altri interventi: 40.2_ *Asportazione semplice di strutture linfatiche*
 88.34 *Linfografia arto superiore*
 oppure
 88.36 *Linfografia arto inferiore.*
- Asportazione di **solo linfonodo sentinella (negativo) effettuata dopo rimozione di tumore**
 Diagnosi principale: V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*
 Intervento principale: 40.2 _ *Asportazione semplice di strutture linfatiche.*
- Asportazione di **solo linfonodo sentinella (positivo) effettuata dopo rimozione di tumore**
 Diagnosi principale: 196._ *Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi*
 Altre diagnosi: V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*
 Intervento principale: 40.2 _ *Asportazione semplice di strutture linfatiche.*
- Ricostruzione chirurgica della mammella con **tecniche diverse dall'impianto di protesi (ricostruzione del capezzolo, intervento con lembo)**
 Diagnosi principale: V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*
 Intervento principale: codice di intervento.

CHIRURGIA PLASTICA

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

Diagnosi principale 302.5_ *Transsessualismo*.
Indicare come principale l'intervento più rilevante.

- **Lipodistrofia localizzata** in pazienti con **HIV sintomatico**

Trattamento ricostruttivo del volto

- Lipofilling secondo la tecnica di Coleman

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

Altre diagnosi: 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana*

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

- Filler riassorbibili

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

Altre diagnosi: 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana*

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

Lipoaspirazione o lipectomia

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

Altre diagnosi: 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana*

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

Mammoplastica riduttiva

Diagnosi Principale: 611.1 *Ipertrofia del seno*

Altre diagnosi: 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana*

Intervento Principale: 85.32 *Mammoplastica riduttiva bilaterale*.

Addominoplastica

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

Altre diagnosi: 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana*

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

CHIRURGIA VASCOLARE

- Riparazione di **aneurisma aortico** (toracico o addominale) con inserimento di **protesi endovascolare**
 - 39.73 *Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica*
 - oppure
 - 39.71 *Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale.*

- Interventi per **dissezione dell'aorta**
 - Intervento principale: Tecnica di Bentall (vedi cardiocirurgia)
 - oppure
 - 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione.*
 - Se impiantata endoprotesi 39.71 *Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale*
 - oppure
 - 39.73 *Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica.*

- Riparazione di **aneurisma dell'arteria iliaca o femorale** con inserimento di protesi endovascolare
 - 39.79 *Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi.*

- **Pseudoaneurisma** secondario a procedura di chirurgia vascolare (es. PTCA, FAV)
 - 997.79 *Complicazioni vascolari di altri vasi sanguigni.*

- **Crossing** associato a **stripping di vene varicose dell'arto inferiore**
 - Intervento principale: 38.59 *Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore*
 - Altri interventi: 38.69 *Altra asportazione di vene dell'arto inferiore.*

- Legatura endoscopica di **perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)**
 - Intervento principale: 38.59 *Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore*
 - Altri interventi: 83.09 *Altra incisione dei tessuti molli.*

- Trattamento vene varicose con **laserterapia endovascolare** o **radiofrequenza**
 - 38.59 *Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore.*

- **Valvuloplastica esterna** per il trattamento di varici dell'arto inferiore
 - 38.49 *Resezione di vene dell'arto inferiore con sostituzione.*

- Intervento di **TIPSS (Transjugular Intrahepatic Porto-systemic Shunt Stent)**
 - Intervento principale: 39.1 *Anastomosi venosa intraddominale*
 - Procedura: 38.93 *Altro cateterismo venoso non classificato altrove.*

- Metodica "**stop flow**"
Diagnosi principale: V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*

Intervento principale: 38.08 *Incisione di arterie dell'arto inferiore*
Procedure: 38.91 *Cateterismo arterioso*
99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*
39.97 *Altra perfusione.*

- Inserimento di "**port a cath**"
Diagnosi principale: V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*

Procedura: 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile.*

- Inserimento di **catetere venoso centrale tunnellizzato**
Diagnosi principale: V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*

Procedura: 38.93 *Altro cateterismo venoso non classificato altrove.*

DERMATOLOGIA

- Asportazione di **lesione cutanea e sottocutanea neoplastica a carico del naso**
Diagnosi Principale: codice di patologia
Intervento Principale: 86.3 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo*
oppure
86.4 *Asportazione radicale di lesione della cute.*
- Autoinnesto di **gel piastrinico** per il trattamento delle ulcere
99.74 *Piastrinoaferesi terapeutica.*

EMATOLOGIA

- Prelievo di **cellule staminali** da sangue periferico (sia per autotrapianto che per allotrapianto)
99.79 *Altre aferesi terapeutiche.*
- Trapianto **loco-regionale di cellule staminali** (qualsiasi sede)
41.92 *Iniezione (nel) di midollo osseo.*

ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA

DIABETE

- **Cataratta diabetica e cataratta senile**

Cataratta senile in diabetico senza complicazioni oculari

Diagnosi principale: 366.1_ *Cataratta senile*

Altre diagnosi: codice di diabete.

Cataratta diabetica

Diagnosi principale: 250.5_ *Diabete con complicazioni oculari*

Altre diagnosi: 366.41 *Cataratta diabetica.*

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

Diagnosi principale: 250.8_ *Diabete con altre complicanze specificate*

Altre diagnosi: 707.1_ *Ulcere degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito.*

- Diabete **da somministrazione di steroidi**

251.8 *Altri disturbi della secrezione insulinare.*

- **Coma diabetico** dovuto a **incidente terapeutico da insulina**

Diagnosi principale: 962.3 *Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici*

Altre diagnosi: 250.3_ *Diabete con altri tipi di coma.*

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**
 Diagnosi principale: 647.6_ *Altre malattie virali*
 Altre diagnosi: 042 *Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)*
 oppure
 V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV).*
- I trattamenti con **farmaci antiretrovirali**
 Procedura: 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.*
- Il ricovero del **neonato nato da madre affetta da malattie infettive**
 Diagnosi principale: 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato*
 Altre diagnosi: 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.*
 Se neonato ha infezione congenita
 Diagnosi principale: 771._ *Infezioni specifiche del periodo perinatale*
 Altre diagnosi: 070._ *Epatite virale*
 oppure
 042 *Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)*
 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.

- Codificare prima la patologia di base, es. infezione (0.38._ , 112.5 , etc.) o trauma, seguita dalla sottocategoria 995.9_.
- La codifica della Sepsis severa richiede l'uso di codici aggiuntivi per l'insufficienza acuta d'organo.
- Se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il codice 995.92.
- Quando SIRS, Sepsis o Sepsis severa sono associate ad infezione localizzata, es. polmonite o cellulite, queste devono essere codificate con codici aggiuntivi.
- 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.

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

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.

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

39.93 *Inserzione di cannula intervasale.*

- **Trombosi di fistola artero-venosa** in dializzato

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.**
- In caso di **prematùrità** il codice 764.1_ *Neonato di basso peso per l'età gestazionale, con segni di malnutrizione fetale*, potrà essere associato ad un codice della categoria 765 *Problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita*, che sarà utilizzato in diagnosi principale.
- Il codice **769** *Sindrome da distress respiratorio neonatale* 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. Non si utilizzano nei successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture) né sulla SDO della madre.
* Si sconsiglia l'utilizzo delle categorie V33, V37 e V39 in quanto non specifiche.
** Se il neonato nasce morto la SDO non deve essere compilata.
- L'esecuzione di **vaccinazioni o di screening sui neonati sani** non comporta l'assegnazione di codici oltre a quelli delle categorie V30-V39.
- 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**

Intervento principale:

04.92 Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici

Altri interventi:

86.94 - 86.98 Impianto o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore.

OCULISTICA

- Iniezione di **cortisonici endovitreali**
 Intervento principale: 14.79 *Altri interventi sul corpo vitreo*
 Procedura: 99.23 *Iniezione di steroidi.*
- Iniezione **intravitreale di farmaci per la cura delle maculopatie**
 Intervento principale: 14.29 *Altro trattamento di lesione corioretinica*
 Procedura: 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.*
- **Innesto di limbus**
 Intervento principale: 11.61 *Cheratoplastica lamellare autologa se da donatore*
 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare.*
- **Innesto di membrana amniotica**
 Intervento principale: 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare.*
- Trattamento del **glaucoma cronico ad angolo aperto**
 Intervento principale: 12.65 *Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia oppure*
 12.69 *Altri interventi di fistolizzazione della sclera.*
- Impianto di **lipociti per gravi retinopatie**
 Intervento principale: 12.89 *Altri interventi sulla sclera*
 Altri interventi: 86.69 *Altro innesto di cute su altre sedi.*
- Impianto di **rete contenitiva per il cristallino**
 Intervento principale: 13.90 *Interventi sul cristallino, non classificati altrove.*
- Lussazione di **cristallino artificiale (IOL)**
 Diagnosi Principale: 996.53 *Complicazioni meccaniche di lenti oculari protesiche.*
- Asportazione di **xantelasma palpebrale**
 Diagnosi Principale: 374.51 *Xantelasma*
 Intervento principale: 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.

- I codici della categoria **239 Tumori di natura non specificata**, sono da usare nei rari casi in cui non sia possibile indicare la sede specifica e/o la morfologia del tumore.
- Quando il tumore primitivo interessa **più sedi dello stesso organo e non è possibile identificare il punto di origine**, si deve usare la **quarta cifra 8**.
- 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 invasa; quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia progressa deve essere segnalata utilizzando il codice V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*.
- Nel caso di un paziente ricoverato a causa di una **neoplasia primitiva metastatizzata** e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale. La neoplasia primitiva o l'anamnesi di neoplasia, va indicata fra le diagnosi secondarie.
- Se il ricovero è finalizzato a determinare la **stadiazione o ristadiazione medica o chirurgica** della neoplasia, deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia se presente, oppure il codice V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*.
- Quando un paziente viene sottoposto ad **accertamenti diagnostici che non conducono alla diagnosi di tumore**, utilizzare in diagnosi principale, in assenza di segni o sintomi specificati, il codice V71.1 *Osservazione per sospetto di tumore maligno*. Qualora il paziente fosse stato in passato portatore di tumore, utilizzare in diagnosi secondaria il codice di anamnesi personale di tumore maligno.
- Se un ricovero è finalizzato al trattamento **di una complicanza** (ostruzione, compressione, anemia, neutropenia, disidratazione, da intervento chirurgico), 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)*.
- **Ablazione percutanea di tumori**
Il trattamento di ablazione percutanea di tumori con radiofrequenza, microonde, crioterapia, alcolizzazione, laser, ecc. è identificato con specifici codici:
32.24 *Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare*
50.24 *Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatica*
55.33 *Ablazione percutanea di tessuto o lesione renali*.
- **Chemoembolizzazione di tumore**
Diagnosi principale: codice di patologia neoplastica
Procedure: 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*
38.91 *Cateterismo arterioso*.

- **Embolizzazione** di tumore
 Diagnosi principale: codice di patologia neoplastica
 Procedure: 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*
 38.91 *Cateterismo arterioso.*

- **Chemioterapia e/o immunoterapia** per via sistemica:
 Diagnosi principale: V58.11 *Chemioterapia antineoplastica;*
 oppure
 V58.12 *Immunoterapia antineoplastica*
 Altre diagnosi: codice di tumore
 oppure
 codice di metastasi
 oppure
 V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*

Procedura: 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).*

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

- **Ciclo di radioterapia associato a chemioterapia antineoplastica,**
 Diagnosi principale: V58.0 *Sessione di radioterapia*
 Altre diagnosi: V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*
 codice di tumore
 oppure
 codice di metastasi
 oppure
 V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*

Procedura: 92.2_ *Radiologia terapeutica e medicina nucleare*
 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore.*

- **Brachiterapia o terapie radiometaboliche**
 Diagnosi principale: V58.0 *Sessione di radioterapia*
 Altre diagnosi: codice di tumore
 oppure
 codice di metastasi
 oppure
 V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno.*

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

* 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*).

- **Elettrochemioterapia**

Diagnosi principale:	codice di neoplasia
Altre diagnosi:	V58.11 <i>Chemioterapia antineoplastica</i>
Intervento principale:	codice di asportazione o demolizione locale di lesione
	86.3 (cute)
	oppure
	77.6_ (osso)
Procedura:	99.25 <i>Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore.</i>

- **Cachessia** neoplastica

Diagnosi principale:	codice di neoplasia
Altre diagnosi:	799.4 <i>Cachessia.</i>

ORTOPEDIA

- **Ernia discale** trattata con **tecnica chirurgica a cielo aperto**
80.51 *Asportazione di disco intervertebrale.*
 - **Ernia discale** trattata con **radiofrequenza o laser o altra tecnica percutanea**
80.59 *Altra distruzione di disco intervertebrale.*
 - **Ernia discale** trattata con **ozono, gel o altra sostanza**
80.52 *Chemionucleolisi intervertebrale.*
- *Il codice 80.50 non deve essere utilizzato.
- **Revisione di protesi di spalla**
Intervento principale: 81.97 *Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore*
Altri interventi: 81.80 *Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)*
oppure
81.81 *Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica).*
 - **Lussazione recidivante di Spalla**
Diagnosi principale: 718.31 *Lussazione recidivante o abituale della spalla*
Intervento principale: 81.82 *Riparazione di lussazione ricorrente della spalla.*
*omettere eventuale codice di artroscopia.
 - **Rottura atraumatica completa** della **cuffia dei rotatori**
Diagnosi principale: 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori*
Intervento principale: 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori.*
* omettere eventuale codice di artroscopia.
 - **Distorsione e distrazione** della **cuffia dei rotatori**
Diagnosi principale: 840.4 *Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori (capsula)*
Intervento principale: 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori.*
* omettere eventuale codice di artroscopia.
 - **Tendinopatie e sindromi analoghe**
Diagnosi principale: 726.0 *Capsulite adesiva scapolo-omerale*
Intervento principale: 80.41 *Incisione capsula articolare, legamenti e cartilagine della spalla*
* omettere eventuale codice di artroscopia.
 - **Protesi di capitello radiale**
Intervento principale: 81.85 *Altra riparazione del gomito.*
 - **Revisione di sostituzione di protesi di gomito**
Intervento principale: 81.97 *Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore*
Altri interventi: 81.84 *Sostituzione totale del gomito*
oppure
81.85 *Sostituzione parziale della gomito con protesi sintetica.*

- **Protesi di anca o di ginocchio**
I codici 81.53 e 81.55 non devono essere utilizzati.
 - **Protesi di rotula**
Intervento principale: 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio.*
 - Impianto di **biomateriale** per **condropatia della rotula**
Diagnosi principale: 717.7 *Condromalacia della rotula*
Intervento principale: 78.46 *Altri interventi di riparazione o plastica sulla rotula*
Altri interventi: 84.52 *Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti.*
 - **Revisione con sostituzione di protesi di caviglia**
Intervento principale: 81.56 *Sostituzione totale della tibio-tarsica.*
Altri interventi: 81.59 *Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove.*
 - **Revisione senza sostituzione di protesi di caviglia**
Intervento principale: 81.59 *Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove.*
 - **Trapianto di tendine da cadavere**
Altre diagnosi: V42.89 *Altro organo o tessuto sostituito da trapianto*
Intervento principale: 83.75 *Trasposizione o trapianto di tendini.*
 - Impianto (trapianto, innesto) di **sostituto osteocondrale di articolazione**
Diagnosi principale: codice di patologia
Intervento principale: 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio*
oppure
81.80 o 81.81 *Sostituzione totale e parziale di spalla*
oppure
81.56 *Sostituzione totale della tibiotarsica.*
Procedura (opzionale): 00.93 *Trapianto da cadavere.*
- *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
Diagnosi principale: codice di patologia
Intervento principale: 80.9_ *Altra asportazione dell'articolazione*
Altri interventi: 80.2_ *Artroscopia.*
2° RICOVERO
Diagnosi principale: codice di patologia
Altre diagnosi: V42.89 *Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto*
Intervento principale: 81.4_ *Altra riparazione di articolazioni delle estremità inferiori*
Altri interventi: 80.2_ *Artroscopia.*
 - Il codice **78.00** *Innesto osseo, sede non specificata* non deve essere utilizzato.

- Autoinnesto di **gel piastrinico** 99.74 *Piastrinoaferesi terapeutica.*
- Asportazione di **tessuto o lesione ossea** 77.6 _ *Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo*.*
 - * Comprende la biopsia.
- **Chemoembolizzazione di cisti aneurismatica dell'osso**
 - Diagnosi principale: 733.22 *Cisti aneurismatica dell'osso*
 - Procedure: 38.91 *Cateterismo arterioso*
 - 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*
 - oppure
 - 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.*
- **Chirurgia della mano per emiplegia o tetraplegia**
 - Diagnosi principale: 728.85 *Contrattura muscolare*
 - Altre diagnosi: 342.1_ *Emiplegia spastica*
 - oppure
 - 344.0_ *Quadriplegia e tetraparesi*
 - Intervento chirurgico: 82.57 *Altra trasposizione di tendini della mano*
 - oppure
 - 82.56 *Altro trasferimento o trapianto di tendini della mano.*
- **Sindrome ipocinetica** 728.2 *Atrofia muscolare da inattività non classificata altrove.*
- **Sindrome da immobilizzazione** 728.3 *Altri specifici disturbi muscolari.*

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

- Nelle categorie **640-649, 651-659, 660-669, 670-676**, la **quinta cifra zero** non descrive la condizione o l'episodio di cura e **non deve essere utilizzata**.
- La codifica del **parto indolore** mediante anestesia epidurale viene descritta dal codice 03.91 *Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia*.
- Parto avvenuto **fuori dalla struttura ospedaliera senza complicazioni**
Diagnosi principale: V24.0 *Cure ed esami postpartum subito dopo il parto.*
- **Taglio cesareo** secondo Stark:
74.4 *Taglio cesareo specificato.*
- Si **sconsiglia l'utilizzo del codice 669.71** *Taglio cesareo senza menzione dell'indicazione perchè aspecifico.*
- **Interruzione volontaria farmacologia di gravidanza (RU 486)**
Diagnosi principale: 635._ _ *Aborto indotto legalmente*
Prima ed eventuale seconda somministrazione per os
Procedura: 99.24 *Iniezione di altri ormoni.*
Se effettuata seconda somministrazione vaginale
Procedura: 96.49 *Altra instillazione genitourinaria.*
- **Deinfibulazione**
Diagnosi principale: 629.2_ *Mutilazione genitale femminile*
Intervento chirurgico: 71.01 *Lisi di aderenze vulvari*
Altri Interventi: 71.09 *Altra incisione della vulva e del perineo.*
- Asportazione di **condilomi acuminati della cervice uterina o della vagina**
Diagnosi principale: 616._ _ *Malattia infiammatoria della cervice, della vagina e della vulva*
Altre diagnosi: 078.11 *Condiloma acuminato*
Intervento principale: 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.*

OTORINOLARINGOIATRIA

- **Chirurgia endoscopica dei seni paranasali**
 Intervento principale: codice di intervento
 Altro intervento: 22.51 *Etmoidotomia.*

- Intervento per **paralisi di corda vocale**
 Diagnosi principale: 478.32 *Paralisi delle corde vocali unilaterale completa*
 Intervento principale: 31.69 *Altra riparazione della laringe*
 Altri interventi: 31.0 *Iniezione della laringe.*
 Se eseguito stripping 30.09 *Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe.*

- Inserimento di **protesi fonatoria in laringectomizzati**
 Diagnosi principale: 478.79 *Altre malattie della laringe*
 Altre diagnosi: V10.21 *Anamnesi personale di tumore maligno della laringe*
 Intervento principale: 31.69 *Altra riparazione della laringe.*

- Intervento di **ugulofaringoplastica** per **sindrome dell'apnea notturna**
 Diagnosi principale: 327.23 *Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)*
 Intervento principale: 27.99 *Altri interventi sulla cavità orale.*
 Se effettuata anche sospensione ioidea-linguale
 Diagnosi principale: 327.23 *Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)*
 Altre diagnosi: 529.8 *Altre manifestazioni morbose specificate della lingua*
 Intervento principale: 27.99 *Altri interventi sulla cavità orale.*
 Altri interventi: 29.4 *Intervento di plastica sul faringe.*

- Trattamento con **radiofrequenza (RFVR)** per **sindrome dell'apnea notturna**
 Diagnosi principale: 327.23 *Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)*
 Intervento principale: 27.49 *Altra asportazione della bocca*
 oppure
 29.39 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe*
 oppure
 21.69 *Altra turbinectomia*
 oppure
 28.99 *Altri interventi su tonsille e adenoidi.*

- **L'apnea notturna di natura non organica** si descrive con i codici 780.51 *Insonnia con apnea del sonno, non specificata*, 780.53 *Ipersonnia con apnea del sonno, non specificata*, 780.57 *Non specificata apnea del sonno.*

- Correzione funzionale di deviazione, deformità o deformazione del naso (**Rinoplastica**)
 Acquisita:
 Diagnosi principale: 470 *Deviazione del setto nasale (setto)*
 oppure
 738.0 *Deformazioni acquisite del naso (cartilagine).*
 Congenita:
 Diagnosi principale: 748.1 *Altre anomalie del naso.*

* 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 (PaO₂, PaCO₂, pH e bicarbonati).

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

- **Svezzamento da tracheostomia**

V55.0 *Controllo di tracheostomia*

- Impianto di **stent tracheale**

96.05 *Altra intubazione del tratto respiratorio.*

- Impianto di **protesi bronchiale**

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**• Malattia di Sjogren**

Diagnosi principale:

Procedura:

710.2 *Malattia di Sjogren*

26.11 (biopsia chiusa o aperta)

RIABILITAZIONE

In considerazione del diverso assorbimento di risorse, è necessario distinguere l'attività **riabilitativa intensiva, erogata entro 30 giorni dall'evento acuto**, da quella di mantenimento o estensiva, caratterizzata da un intervallo temporale superiore a 30 giorni dall'evento acuto.

RIABILITAZIONE INTENSIVA

Diagnosi principale: codice di postumo*
 Altre diagnosi: V57.___.
 Nel caso in cui la fase acuta e quella riabilitativa coesistano
 Diagnosi principale: codice di patologia
 Altre diagnosi: V57.___.
 Procedura: codice di procedura

RIABILITAZIONE ESTENSIVA

Diagnosi principale: codice V57.___
 Altre diagnosi: codice di patologia.
 Procedura: codice di procedura

* Di seguito si riportano i codici da utilizzare in diagnosi principale nella riabilitazione intensiva. 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*
 - 410._2 *Infarto miocardico acuto**
 - 412 *Infarto miocardico pregresso.***

* Riabilitazione cardiologica post-IMA, entro le otto settimane.
 ** Riabilitazione cardiologica post-IMA, dopo le otto settimane.
- Riabilitazione **cardiologica post-chirurgica**
 - V42.2 *Valvola cardiaca sostituita da trapianto*
 - V43.3 *Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi*
 - V43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi*.*

* Riabilitazione dopo bypass per rivascolarizzazione cardiaca.
- 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.*

LA 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 da luogo a ricovero, ma deve essere in ogni caso *dettagliatamente documentata in cartella clinica*: in questo caso sarà utilizzato il codice di patologia in diagnosi principale ed il codice V57._ _ 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, possono essere utilizzati come diagnosi principale quando il trattamento del dolore sia motivo principale/esclusivo del ricovero, o nel caso in cui non sia stata individuata la diagnosi relativa alla patologia di base.

- **Dolore post-operatorio di grado medio alto (elastomeri, PCA, PCEA)**
 Procedure: 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*
 99.29 *Iniezione o Infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.*

- **Dolore cronico**
 Procedure: 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative**
 86.06 *Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile.***
 * Dispositivo antalgico esterno alla cute
 ** Pompa totalmente impiantabile con formazione di tasca sottocutanea.

- **Paziente portatore di pompa di infusione totalmente impiantabile** che continua il trattamento antalgico
 Altre diagnosi: V58.82 *Collocazione e sistemazione di catetere non vascolare non classificato.*

- **Epidurolisi** endoscopica
 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative.*

- Impianto o sostituzione di **neurostimolatore spinale o vescicale**
 E' composto da
 - *Generatore* (canale singolo, doppio, ricaricabile): codice 86.96
 - *Elettrodo*: codice 03.93

Primo ricovero (fase test: impianto di solo elettrodo)
 Diagnosi principale: codice di patologia
 Intervento principale: 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.*
 * Omettere la codifica del generatore che è dispositivo esterno e temporaneo.

Secondo ricovero (impianto definitivo: impianto di solo generatore)
 Diagnosi principale: codice di patologia
 Intervento principale: 86.96 *Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neuro stimolatore.*
 * Se viene sostituito l'elettrodo indicare il codice 03.93.

- **Sostituzione di generatore o elettrodo (o entrambi)** di neurostimolatore spinale
 Diagnosi principale: V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*
 Intervento principale: 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)
Diagnosi principale: V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*
Procedura: 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo.*

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**

Diagnosi principale: 456.4 *Varicocele*
 Intervento principale: 63.1 *Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico.*
 Se eseguita sclerosi retrograda 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.*
 88.67 *Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate.*

- Asportazione di **condilomi acuminati dall'uretra o dal tessuto periuretrale**

Diagnosi principale: codice di patologia
 Intervento principale: 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**

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

- Impianto di **dispositivo periureterale** per **l'incontinenza urinaria**

Intervento principale: 58.99 *Altri interventi sull'uretra e sul tessuto peri uretrale*
 Altri interventi: 59.72 *Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale.*

- Inserimento di **protesi per stenosi uretrale**

Diagnosi principale: 598._ *Stenosi uretrale*
 Intervento chirurgico: 58.6 *Dilatazione uretrale.*

- Impianto di **pace-maker neurale o elettrostimolatore neuro-urologico**

Diagnosi principale: codice di patologia
 Intervento principale: 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.*

- **Prostatectomia eseguita con tecnica HiFu (High Focused Ultrasound)**

Intervento principale: 60.61 *Asportazione di lesione prostatica*
 Altri interventi: 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore.*

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.

Altro trattamento ortopedico ulteriore (V54)

L'uso di tale codice è consentito in diagnosi principale per specifiche ed appropriate esigenze di ricovero, ad esempio per la rimozione di placche o di viti; in tali casi non deve essere indicata la patologia di base.

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_).