

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Emilia-Romagna

BOLLETTINO UFFICIALE

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

Parte seconda - N. 101

Anno 41

14 ottobre 2010

N. 137

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 OTTOBRE 2010, N. 1459

Adozione “Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della Scheda di dimissione ospedaliera” - Revisione Anno 2010

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 OTTOBRE 2010, N. 1459

Adozione “Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della Scheda di dimissione ospedaliera” - Revisione Anno 2010

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

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 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”;

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

Considerato che con determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali 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 n. 9163/2008 il suddetto gruppo è stato modificato nella sua composizione, anche allo scopo specifico di procedere all'aggiornamento delle indicazioni in previsione della introduzione del nuovo sistema di classificazione di cui al DM 18 dicembre 2008 sopra richiamato;

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

Richiamate:

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

- la propria deliberazione n. 1419 del 28 settembre 2009 “Adozione Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera” revisione 2009 con la quale la Regione Emilia-Romagna ha rivisto le linee guida adeguandone il contenuto al nuovo sistema di classificazione, di cui al citato DM del 18 dicembre 2008 e ha definito nuove regole;

Valutato che le modifiche dei protocolli clinici e la varietà degli eventi assistenziali richiedono l'aggiornamento e la ridefinizione della 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, nella versione 2010, allegate alla presente, quali indicazioni vincolanti per i produttori ospedalieri pubblici e privati;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

a voti unanimi e palesi

delibera:

1. di approvare, per le motivazioni esposte in premessa e qui integralmente richiamate, le nuove “Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM, della scheda di dimissione ospedaliera - revisione 2010” 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;
3. di pubblicare il presente provvedimento, comprensivo dell'allegato, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.



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

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

revisione 2010

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)
Barbara Benoldi	Azienda Ospedaliera di Parma
Nazzarena Borciani	Azienda USL di Reggio Emilia
Roberto Franchini	A.I.O.P.
Giuseppina Giugni	I.R.S.T.
Giuseppina Lanciotti	Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali
M. Cristina Magnolo	Azienda USL di Reggio Emilia
Nicoletta Masini	Azienda USL di Forlì
Monica Merlin	Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali
Stefania Parisse	Azienda Ospedaliera di Bologna
Rovena Rubini	I.O.R.
Maria Vizioli	Servizio Presidi Ospedalieri

Si ringraziano per la collaborazione e gli utili suggerimenti

Enrico Amenta	Azienda Ospedaliera di Bologna
Riccardo Bentivegna	Azienda USL Rimini
Enrico Clini	Casa di Cura Villa Pineta
Sergio Concetti	Azienda Ospedaliera di Bologna
Andrea Contini	Azienda Ospedaliera di Parma
Giuseppe Crialesi	Azienda Ospedaliera di Parma
Barbara Dalla Via	Azienda Ospedaliera di Bologna
Mario De Santis	Azienda Ospedaliera di Modena
Daniela Fortuna	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Piercarlo Frasconi	Azienda Usl Forlì
Sonia Gandolfi	Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali
Mauro Gargiulo	Azienda Ospedaliera di Bologna
Stefano Giordani	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Lonardi Roberto	Azienda Ospedaliera di Modena
Luigi Lovato	Azienda Ospedaliera di Bologna
Mirco Lusvardi	Azienda Usl Reggio Emilia
Antonio Marzocchi	Azienda Ospedaliera di Bologna
Laura Melandri	Servizio Presidi Ospedalieri
Rita Melotti	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Piero Mikus	Azienda Ospedaliera di Bologna
Maria Luisa Moro	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Davide Pacini	Azienda Ospedaliera di Bologna
Stefano Reggiani	Casa di Cura Hesperia Hospital
Davide Resi	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Alberto Rinaldi Ceroni	Azienda Ospedaliera di Bologna
Chiara Riva	Azienda Ospedaliera di Modena
Gabriella Salciccia	Azienda Ospedaliera di Modena
Andrea Saletti	Azienda Ospedaliera di Ferrara
Giovanni Sorrenti	Azienda Ospedaliera di Bologna
Franco Stella	Azienda Ospedaliera di Bologna
Antonio Vaccari	Azienda Usl Modena Osp. S. Agostino-Estense
Ugo Ugolotti	Casa di Cura Città di Parma
Gustavo Zanolli	Globe - Università di Ferrara

La Commissione Cardiologica-Cardiochirurgica – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Rischio Infettivo – 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	3
Nota informativa	4
PARTE GENERALE	4
ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA.....	9
CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	10
CARDIOLOGIA.....	13
CHIRURGIA GENERALE.....	15
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	18
CHIRURGIA PLASTICA	19
CHIRURGIA VASCOLARE.....	20
DERMATOLOGIA	22
EMATOLOGIA	23
ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	24
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI.....	25
MALFORMAZIONI CONGENITE.....	27
NEFROLOGIA	28
NEONATOLOGIA	29
NEUROLOGIA	30
OCULISTICA	31
ONCOLOGIA.....	32
ORTOPEDIA	34
OSTETRICA E GINECOLOGIA.....	37
OTORINOLARINGOIATRIA.....	38
PNEUMOLOGIA.....	39
PSICHIATRIA	40
REUMATOLOGIA	41
RIABILITAZIONE.....	42
TERAPIA ANTALGICA.....	44
UROLOGIA E ANDROLOGIA	45
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	46
ALTRI MOTIVI DI RICORSO AI SERVIZI SANITARI (CODICI V).....	47

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 è precisata la codifica dei tentativi terapeutici.

Le discipline maggiormente interessate dalle modifiche sono la Chirurgia Generale (spostamento e regolazione del banding gastrico), la Chirurgia Vascolare (crioplastica, vene varicose trattate con radiofrequenza o laser, valvuloplastica esterna), l'Ortopedia (gel piastrinico, discectomie), l'Oncologia (terapie con iodio per os), la Reumatologia (S. di Sjogren), l'Algologia (neuro stimolazione spinale, epidurolisi).

NOTA INFORMATIVA

Nel sito della SDO al seguente indirizzo

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

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

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

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

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

Copia del volume può essere scaricata dal Sito 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. Qualora vi sia necessità di segnalare più di tre diagnosi secondarie, è possibile ricorrere alla scheda di continuazione.

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.*

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.

BIOPSIE STEREOTASSICA

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

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.

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.

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: V71.4 *Osservazione successiva ad altro incidente*
Altre diagnosi: V07.1 *Necessità di desensibilizzazione ad allergeni.*
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: V71.4 *Osservazione successiva ad altro incidente*
Altre diagnosi: V07.1 *Desensibilizzazione ad allergeni*
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 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*
- arteria bovina 36.39 *Altra rivascolarizzazione cardiaca.*
- **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.*
- Intervento per **altre complicazioni di by-pass aorto-coronarico** (embolia, trombosi, stenosi/occlusione di stent coronarico precedentemente impiantato)
Diagnosi principale: 996.72 *Altre complicazioni da altre protesi, impianti, innesti cardiaci*
Intervento principale: codice di by-pass aortocoronarico.
- Intervento per **altra complicazione da protesi valvolare cardiaca (embolia, trombosi)**
Diagnosi principale: 996.71 *Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*
Intervento principale: codice di sostituzione valvolare.

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.*
- **Infarto perioperatorio**
Diagnosi principale: 410._1 *Infarto miocardico acuto*
Altre diagnosi: 997.1 *Complicazioni cardiache, non classificate altrove.*
- 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.
- **Infarto miocardico pregresso asintomatico**
Si codifica utilizzando il codice 412 *Infarto miocardio pregresso*; il codice 412 non deve essere utilizzato in caso di malattia ischemica attuale (nel qual caso si utilizza il codice 414.8 *Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica*). Il codice 412 dovrebbe essere assegnato, esclusivamente come diagnosi secondaria, nei casi in cui siano assenti sintomi e l'indicazione del pregresso infarto sia significativa per il ricovero attuale.
- **Arresto Cardiaco**
Si sconsiglia l'uso del codice 427.5 *Arresto cardiaco* in diagnosi principale; deve essere utilizzato in diagnosi secondaria solo a condizione che siano state adottate risorse per la rianimazione del paziente.

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**
 Diagnosi principale: codice di patologia
 Procedure: 86.09 *Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo.*
 89.51 *Elettrocardiogramma per lo studio del ritmo.*
 - 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: 416.8 *Altre forme di malattia cardiopolmonare (cuore polmonare cronico secondario).*

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: 278.0_ *Sovrappeso ed obesità*
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: 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 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/mucosectomia rettale secondo **Longo**
Intervento principale: 49.49 *Altri interventi sulle emorroidi*
Altri interventi: 48.79 *Altra riparazione del retto.*
- Emorroidectomia secondo **Hall**
49.49 *Altri interventi sulle 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_ *Simpatectomia.*

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_ *Transessualismo*.
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.

- La codifica della Sepsi 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, 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.

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.
- La malformazione **rilevata alla nascita** viene indicata come diagnosi principale se trattata.

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

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)*.
- **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 endocavitari 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*

Procedure: 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*).
- **Cachessia** neoplastica
 Diagnosi principale: codice di neoplasia
 Altre diagnosi: 799.4 *Cachessia.*

ORTOPEDIA

- **Ernia discale** trattata con **tecnica chirurgica a cielo aperto**
80.51 *Asportazione di disco intervertebrale.*
- **Ernia discale** trattata con **radiofrequenza o laser**
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: 81.83 *Altra riparazione della spalla*
Altri interventi: 81.82 *Riparazione di lussazione ricorrente della spalla*
80.21 *Artroscopia della spalla.*
- **Rottura atraumatica completa** della **cuffia dei rotatori**
Diagnosi principale: 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori*
Intervento principale: 81.83 *Altra riparazione della spalla*
Altri interventi: 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori.*
- **Distorsione e distrazione** della **cuffia dei rotatori**
Diagnosi principale: 840.4 *Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori (capsula)*
Intervento principale: 81.83 *Altra riparazione della spalla*
Altri interventi: 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori.*
- **Entesopatie**
Diagnosi principale: 726.0 *Capsulite adesiva scapolo-omeroale*
Intervento principale: 81.83 *Altra riparazione della spalla.*
- **Protesi di capitello radiale**
81.85 *Altra riparazione del gomito.*
- Si **sconsiglia l'utilizzo dei codici 81.53 e 81.55** nelle revisioni di protesi d'anca e ginocchio perchè aspecifici.
- **Protesi di rotula**
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**
 81.56 *Sostituzione totale della tibio-tarsica.*
 - **Revisione di protesi di caviglia**
 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: 00.93 *Trapianto da cadavere.*
 - 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.*
 - Si **sconsiglia l'utilizzo del codice 78.00** *Innesto osseo, sede non specificata perché aspecifico.*
 - Autoinnesto di **gel piastrinico**
 99.74 *Piastrinoafèresi 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.*

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 **protesi tracheale**

31.99 *Altri interventi sulla trachea.*

- 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.*

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.

ELENCO DEI CODICI V UTILIZZABILI IN DIAGNOSI PRINCIPALE

V08	Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV).
V10._ _	Anamnesi personale di tumore maligno.
V20. 0	Degenza di bambini o neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione.
V20.1	Cure ad altro neonato o bambino sano.
V24.0	Utilizzare per cure immediatamente dopo il parto se questo non avviene in una struttura ospedaliera.
V29._	Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate.
V30-V38	Nati vivi sani secondo il tipo di nascita. Vanno utilizzati per descrivere i neonati sani ospitati al nido, con esclusione del codice V35.
V42.0-V42.8	Organo o tessuto sostituito da trapianto.
V43.21	Dispositivo di assistenza cardiaca.
V43.22	Cuore artificiale completamente impiantabile.
V43.3	Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi.
V43.4	Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi.
V43.6_	Descrivono i pazienti portatori di protesi articolare. Non utilizzare il V43.60 perché aspecifico.
V46.1_	Dipendenza da respiratore (ventilatore).
V50.41/.42	Rimozione profilattica di mammella/ovaio.
V52.0/.1/.4/.8	Collocazione di protesi artificiale.
V53.01/.02/.09	Dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi di senso.
V53.31	Per i soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione di batteria di pace-maker in assenza di una patologia specificata.
V53.32	Per i soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione e sistemazione di defibrillatore in assenza di una patologia specificata.
V53.39	Il codice deve essere utilizzato per descrivere l'espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo.

V53.6	Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari.
V53.7	Da utilizzarsi unicamente nei casi di adattamento di protesi esterna per gli arti e per il tronco.
V54.0_	I codici devono essere utilizzati per l'estrazione o sistemazione di mezzi di fissazione interna.
V54.81	Trattamento ulteriore successivo a sostituzione articolare.
V54.89	Rimozione di dispositivo immobilizzante esterno, compreso il fissatore esterno invasivo, ed ulteriori trattamenti post-frattura. (per gesso, busto, corsetto, valva).
V55.0-8	Da utilizzare unicamente nei casi in cui il paziente necessita di trattamenti specifici per la stomia, in assenza di patologia.
V56.0/.8	Trattamento ulteriore che richiede dialisi.
V56.31/.32	Utilizzare quando il ricovero è finalizzato alla verifica dell'adeguatezza del trattamento dialitico.
V57.0-3/.81-.89	Cure riabilitative.
V58.0	Sessione di radioterapia.
V58.11	Chemioterapia antineoplastica.
V58.12	Immunoterapia antineoplastica.
V58.42-49	Altro trattamento ulteriore postoperatorio.
V58.81	Collocazione e sistemazione di catetere vascolare.
V59.1-6/.8	Da utilizzare solo nei casi di ricoveri di donatori sani.
V64.1/.2/.3	Interventi chirurgici o altra procedura non eseguiti.
V67.09	Osservazione postchirurgica (visita di controllo successiva ad altra chirurgia).
V71. _ _	Casi in cui non venga rilevata la presenza di una patologia o di un sintomo.

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.