

ASL 1
NP.2011/ 0021168

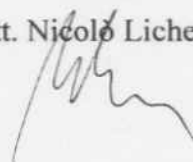
del 15/09/2011

Sassari, li _____

Fascicolo 2011/2 1/105

**Ai Direttori dei P.O. di Sassari, Alghero e Ozieri****Al Responsabile dei Servizi Informativi****LORO SEDI****Oggetto: Invio Determinazione Regionale n° 899 del 12/9/2011.**

Si trasmette per gli adempimenti di competenza la Determinazione in oggetto recante il "Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 Agosto 1997, n° 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente l'aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato Regioni del 6 Giugno 2002, rep. Atti n. 1457, approvato nella seduta del 29 aprile 2010 della Conferenza Stato Regioni."

IL DIRETTORE SANITARIO**(Dott. Nicolò Licheri)**

Dott.ssa G. Salaris



ASL n. 1
Prot. 2011/ 0058964 del 14/09/2011

MINISTERO DELLA SANITÀ DELLA REGIONE DELLA SARDEGNA
ASSISTENZA OSPEDALIERA ASSISTENZA SOCIALE

Fascicolo



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della Sanità

Servizio dell'assistenza ospedaliera ed autorizzazioni e accreditamenti delle strutture sanitarie e socio sanitarie

Regione Autonoma della Sardegna
Direzione Generale della Sanità
Prot Uscita del 12/09/2011
nr 0020570
Classifica XV 3 1

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali

LORO SEDI



Al Presidente AIOP Regione

899 12 SET 2011

Oggetto Determinazione n del recante "Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'art 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente l'aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato Regioni del 6 giugno 2002, rep Atti n 1457, approvato nella seduta del 29 aprile 2010 della Conferenza Stato Regioni"

Si trasmette per opportuna conoscenza e per gli adempimenti di competenza la determinazione di cui all'oggetto Tenuto conto che le Linee Guida di cui all'Accordo costituiscono indicazioni a tutti gli effetti vincolanti per le Aziende Sanitarie Regionali si invitano i Responsabili in indirizzo a darne la massima diffusione

Il Direttore Generale
Dott Massimo Temussi



AC/ coord sett 3 1



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale della Sanita

Regione Autonoma della Sardegna
Direzione Generale della Sanita'
Prot Uscita del 12/09/2011
nr 0020568/Det/899
Classifica XV 3 1

DETERMINAZIONE N DEL



Oggetto Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'art 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente l'aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato Regioni del 6 giugno 2002, rep Atti n 1457, approvato nella seduta del 29 aprile 2010 della Conferenza Stato Regioni

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTO lo Statuto Speciale per la Sardegna, approvato con legge Costituzionale n 3 del 26 febbraio 1948 e le relative norme di attuazione,
- VISTA la L R 13 novembre 1998, n 31 concernente la "Disciplina del personale regionale e dell'organizzazione degli uffici della Regione" e successive modificazioni ed integrazioni,
- VISTA il Decreto dell'Assessore degli Affari Generali, Personale e Riforma della Regione n 6517/13 del 5 marzo 2010, con il quale il Dottor Massimo Temussi e stato nominato Direttore Generale della Sanita,
- VISTO 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,
- VISTO 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",



899

12 SET 2011

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale della Sanita

VALUTATO che le modifiche dei protocolli clinici e la varieta 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,

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'art 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sottoscritto in data 29 aprile 2010, concernente l'aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche delle Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato Regioni del 6 giugno 2002, rep Atti n 1457,

TENUTO CONTO che con il succitato Accordo si e inteso adottare un utile strumento per il continuo miglioramento della compilazione delle informazioni sanitarie, diagnosi e procedure, contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, attraverso una maggiore omogeneita nei comportamenti di codifica, in modo da potenziarne l'utilizzo ai fini sia amministrativi che epidemiologici,

RITENUTO nelle more dell'adozione delle Linee Guida Regionali che siano piu aderenti alle esigenze della realta locale, di dover recepire integralmente l'Accordo, ai sensi dell'art 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sottoscritto in data 29 aprile 2010,

VALUTATA l'opportunita, pertanto, di istituire presso l'Assessorato un Gruppo tecnico di lavoro costituito da rappresentanti delle Aziende sanitarie e da un rappresentante dell'AIOP, con l'obiettivo di fornire supporto agli Uffici nella definizione delle Linee guida regionali per la codifica delle informazioni cliniche delle Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO),

D E T E R M I N A

ART 1 per le motivazioni indicate in premessa e nelle more dell'adozione delle Linee Guida Regionali che siano piu aderenti alle esigenze della realta locale, di recepire integralmente l'Accordo, ai sensi dell'art 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente l'aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche delle Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato Regioni del 6 giugno 2002, rep Atti n 1457,



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

899

12 SET 2011

Direzione generale della Sanita

approvato nella seduta del 29 aprile 2010 della Conferenza Stato Regioni, allegato al presente atto, quale parte integrante e sostanziale,

ART 2 di stabilire che tali Linee Guida costituiscono indicazioni a tutti gli effetti vincolanti per le Aziende Sanitarie Regionali e per le Case di Cura private,

ART 3 di provvedere all'istituzione di un Gruppo tecnico di lavoro costituito da rappresentanti delle Aziende sanitarie e da un rappresentante dell'AIOP, con l'obiettivo di fornire supporto agli Uffici nella definizione delle Linee guida regionali per la codifica delle informazioni cliniche delle Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO),

ART 4 di rinviare ad un successivo provvedimento di Giunta l'adozione di Linee Guida regionali piu rispondenti alle esigenze della realta locale,

ART 5 copia della presente determinazione viene trasmessa all'Assessore, ai sensi dell'art 21 della L R n 31/1998

Direttore Generale
Dott. Massimo Temussi



AC/coord sett 31
DC/dir 3° serv ff 31



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

899

12 SET 2011



Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002, rep atti n 1457

Rep Atti n 64/ESR del 29 aprile 2010

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 29 aprile 2010

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune,

VISTO l'Accordo sancito in data 6 giugno 2002 (Rep atti n 1457) recante approvazione delle Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO),

VISTO il documento trasmesso dal Ministero della salute con nota in data 18 gennaio 2010, recante "Aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)",

VISTA la lettera in data 19 gennaio 2010 con la quale il documento in parola è stato diramato alle Regioni e Province autonome,

VISTA la lettera in data 1 febbraio 2010 con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso l'avviso tecnico favorevole,

VISTA la lettera in data 28 aprile 2010 con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha comunicato di non avere osservazioni da formulare al riguardo,

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome sul più volte richiamato documento concernente "Aggiornamento delle



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)", che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante (Allegato sub A),

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nei termini di cui all'allegato sub A, richiamato in premessa, parte integrante del presente atto

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

Allegato A

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

"AGGIORNAMENTO DELLE LINEE GUIDA PER LA CODIFICA
DELLE INFORMAZIONI CLINICHE
DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)"

11
11

AUTORI

Paola Cacciatore, Francesco Copello, Fulvia Marina Formigaro,
Antonio Fortino, Rosa Ghioldi, Massimo Gianolino Peraldo, Luisa
Varetto, Cristiano Visser, Maria Vizioli

Ringraziamenti

La predisposizione della revisione delle linee guida, di cui all'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002, per la corretta codifica delle informazioni cliniche presenti sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è stata resa possibile grazie all'impegno e al coinvolgimento del Gruppo di lavoro per l'aggiornamento dei sistemi di classificazione ICD-9-CM e DRG, nato dalla proficua collaborazione fra Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della Salute e le Regioni, che ha unanimemente condiviso la necessità di introdurre l'aggiornamento delle linee guida tra gli obiettivi del gruppo anche a sostegno dell'adozione della nuova versione del sistema di codifica ICD-9-CM 2007.

Si ringraziano pertanto tutti i componenti del gruppo di lavoro, costituito dagli autori delle presenti linee guida e da Giuliana Alessandrini, Laura Arcangeli, Rosetta Cardone, Egidio Celentano, Susanna Ciampalini, Gaetano Antonio Di Pietro, Pietro Granella, Giuseppina Lanciotti, Sergio Lodato ed i coordinatori Lucia Lispi ed Alessandro Ghirardini (Ministero della Salute) ed Eleonora Verdini (Regione Emilia Romagna) per il sostegno e la rilevanza data al progetto.

Un particolare ringraziamento va a Rosa Ghioldi (Regione Lombardia) e Cristiano Visser (Regione Emilia Romagna) che hanno coordinato con impegno e autorevolezza le attività di revisione delle linee guida seguite con entusiasmo e partecipazione da un sottogruppo di esperti regionali e aziendali in materia di linee guida alla codifica.

Si ringraziano inoltre le Società medico-scientifiche che attraverso suggerimenti e problematiche proposte hanno contribuito ad arricchire il

FF

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

materiale di lavoro e a fornire spunti di discussione oltre che utili indicazioni per la codifica

Questo lavoro, frutto delle attività del Gruppo di Lavoro per l'aggiornamento dei sistemi di classificazione ICD-9-CM e DRG, svolto in stretta collaborazione con le Regioni e alcune Aziende Sanitarie, è dedicato a Massimo Peraldo, medico dell'Area di Coordinamento Sanità della Regione Toscana, che ha partecipato alle attività del gruppo con 'spirito e presenza', condividendo esperienze e conoscenze con entusiasmo e professionalità, ma soprattutto mettendo a disposizione il proprio, prezioso e insostituibile, tempo

MP

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

INDICE

INTRODUZIONE	5
REGOLE GENERALI PER L'UTILIZZO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM	6
REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI	7
SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE	8
SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE	10
REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI / PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	11
SELEZIONE E CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	11
Capitolo I - Malattie infettive e parassitarie (001-139)	14
Capitolo II - Tumori (140-239)	15
Capitolo III - Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari (240-279)	17
Capitolo V - Disturbi mentali (290-319)	18
Capitolo VI - Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (320-389)	18
Interventi/procedure	19
Capitolo VII - Malattie del sistema circolatorio (390-459)	19
Interventi/procedure	22
Capitolo VIII - Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	23
Interventi/procedure	23
Capitolo IX - Malattie dell'apparato digerente (520-579)	24
Interventi/procedure	24
Capitolo X - Malattie del sistema genitourinario (580-629)	25
Interventi/procedure	25
Capitolo XI - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	25
Capitolo XIII - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	26
Interventi/procedure	26
Capitolo XIV - Malformazioni congenite (740-759)	27
Capitolo XV - Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779) e codifica del neonato sano	28
Capitolo XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (780-799)	29
Capitolo XVII - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)	29
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V)	30

RT

INTRODUZIONE

Finalità

Scopo principale del documento di revisione delle linee guida di cui all'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002 è il continuo miglioramento della compilazione delle informazioni sanitarie, diagnosi e procedure, contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, attraverso una maggiore omogeneità nei comportamenti di codifica, in modo da potenziarne l'utilizzo ai fini sia amministrativi che epidemiologici

Obiettivi

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

I principali obiettivi delle linee guida sono

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

Le linee guida, pertanto, non sono esaustive rispetto al complesso delle problematiche di codifica, tuttavia, è intenzione del Ministero realizzare, con il concorso delle Regioni e delle Province autonome, successivi aggiornamenti ed integrazioni

Metodologia

Per la revisione delle linee guida sono state utilizzate fonti bibliografiche ed istituzionali, sia italiane che internazionali. In particolare, si è tenuto conto delle esperienze già realizzate presso alcune regioni italiane

La bozza di linee guida è stata sottoposta alla verifica e al parere degli esperti regionali. In alcuni settori specifici, inoltre, il documento è stato integrato con i commenti e i suggerimenti espressi dalle Società medico-scientifiche, previa valutazione del gruppo di lavoro

Nella presente revisione delle linee guida sono state contestualizzate nei capitoli di appartenenza le tecniche chirurgiche presentate nel capitolo delle "Prestazioni innovative" della prima edizione

Il gruppo di lavoro ha quindi individuato i codici di nuova introduzione nell'aggiornamento alla versione 2007 dell'ICD-9-CM, per i quali dare indicazioni tecniche peculiari o modificare regole precedentemente adottate, al fine di una maggiore specificità di descrizione

Sono state successivamente analizzate alcune situazioni di codifica selezionate secondo i seguenti criteri di priorità.

- situazioni cliniche frequentemente causa di ricovero, per le quali siano state evidenziate prassi di codifica disomogenee, ad esempio diabete mellito, ipertensione arteriosa, malattie ischemiche del cuore, demenze, epatiti

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

- croniche e loro complicanze, sostituzione di protesi d'anca e/o di ginocchio, malformazioni congenite, traumatismi, stati settici,
- situazioni e prestazioni innovative con particolare riguardo alla chirurgia protesica e interventistica,
 - utilizzo della classificazione supplementare dei codici V (es. trattamento non eseguito)

REGOLE GENERALI PER L'UTILIZZO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM

Codificare una diagnosi, un sintomo, un intervento chirurgico o una procedura, può rappresentare una operazione difficile: in alcuni settori nosologici, infatti, la classificazione, seppure ricca e articolata, non è esaustiva, inoltre, in alcuni casi la terminologia medica utilizzata nella pratica clinica è diversa da quella utilizzata nella classificazione adoperata

La **comprensione dei termini medici** e la **conoscenza del sistema di codifica** consentono, tuttavia, di codificare qualsiasi formulazione diagnostica o terapeutica. Nel caso in cui non si riesca a reperire la formulazione specifica di diagnosi o intervento/procedura nel manuale della classificazione, si tratta di trovare i percorsi appropriati per identificare i codici più adeguati

La codifica delle informazioni cliniche riportate nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) deve essere effettuata da personale sanitario adeguatamente formato e deve, comunque, rispettare fedelmente sia l'ordine sia il contenuto delle formulazioni riportate dal compilatore nella stessa scheda di dimissione, fatta salva la possibilità di effettuare una revisione concordata con il medico compilatore della SDO

Utilizzo integrato dell'indice alfabetico e dell'elenco sistematico

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

Specificità della codifica

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

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

Codici relativi ad altre condizioni e a condizioni non specificate

I codici identificati con le sigle NIA (non indicato altrove) e SAI (senza altre indicazioni) devono essere utilizzati solo quando la formulazione diagnostica e l'eventuale revisione della documentazione clinica non forniscono informazioni sufficienti per consentire l'utilizzo di un codice più specifico

BT

6 7.

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

I codici individuati dalla sigla NIA devono essere utilizzati quando l'informazione disponibile individua una specifica condizione ma nella classificazione ICD non è disponibile un codice specifico per la condizione stessa

I codici identificati dalla sigla SAI devono essere utilizzati quando l'informazione riportata nella SDO non consente l'utilizzo di un codice più specifico

Quando la consultazione dell'indice alfabetico individua un codice identificato dalle sigle NIA e SAI, verificare nell'elenco sistematico la possibilità di utilizzare un codice più specifico.

REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI

Codici combinati

Un codice utilizzato per classificare simultaneamente due diagnosi oppure una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata oppure una diagnosi insieme ad una complicazione associata è definito "codice combinato". I codici combinati sono riportati come sotto-voci nell'indice alfabetico e come note di inclusione nell'elenco sistematico

Si deve utilizzare il codice combinato quando esso identifica pienamente tutte le condizioni riportate o quando l'indice alfabetico lo richiede esplicitamente. Se il codice combinato descrive tutti gli elementi riportati nella formulazione diagnostica, non devono essere utilizzati ulteriori codici. Quando il codice combinato non è in grado di descrivere tutte le manifestazioni o complicazioni riportate nella formulazione diagnostica, può essere utilizzato insieme al codice combinato un codice aggiuntivo

Codifica multipla

Quando una formulazione diagnostica non può essere rappresentata da un unico codice, è necessario ricorrere alla codifica multipla, ovvero alla utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi

Il ricorso alla codifica multipla è sollecitato dalle indicazioni "Utilizzare, eventualmente, un codice aggiuntivo", "codificare per primo", che possono essere riportate all'inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria

La nota "codificare per prima la malattia di base" indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, che quello relativo alla manifestazione conseguente. Quest'ultimo non può essere utilizzato come diagnosi principale

La nota "utilizzare un codice aggiuntivo per identificare manifestazioni quali" indica la necessità di utilizzare un ulteriore codice per identificare manifestazioni analoghe agli esempi riportati. Questi codici non possono essere utilizzati come diagnosi principale

Postumi

Un postumo è un effetto causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo è terminata. Non vi è un limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato. Il postumo può essere relativamente precoce come negli incidenti cerebrovascolari o può verificarsi dopo mesi o anni come nel caso dei

BT
7

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

traumatismi. Per codificare i postumi sono necessari due codici, uno relativo alla condizione residua o alla natura del postumo, l'altro relativo alla causa del postumo. Il codice relativo alla **natura** del postumo deve essere riportato per primo, il codice relativo alla **causa** del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

Condizione "imminente"

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

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

SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

La selezione della diagnosi principale deve essere effettuata sulla base delle circostanze che determinano e caratterizzano il ricovero ospedaliero.

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

Salvo che le note dell'elenco sistematico o dell'indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo 16 della Classificazione. Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.

I codici contenuti in parentesi quadra nell'indice alfabetico non devono essere utilizzati come diagnosi principale.

Condizioni acute e croniche

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

Osservazione e valutazione di condizioni sospette

I codici compresi fra V71.0 e V71.9 devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale quando si sospetta una condizione anomala la quale, in


8

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

assenza di segni o sintomi, richiede una specifica valutazione e al termine del ricovero risulta essere non confermata

Trattamento non eseguito

Quando un ricovero è stato programmato esclusivamente per eseguire un trattamento specifico, generalmente di tipo chirurgico, e questo non viene effettuato per circostanze impreviste, ad esempio per decisione del paziente o per sopraggiunte controindicazioni, va riportato come diagnosi principale il codice V64 - "Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti" e come diagnosi secondaria la condizione clinica che avrebbe determinato il trattamento

Nel caso, invece, in cui il trattamento non è stato eseguito per l'insorgenza di un'altra patologia che è stata trattata nel corso del ricovero, quest'ultima va riportata come diagnosi principale e fra le diagnosi secondarie deve essere riportato il codice V64 -

Ustioni multiple

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

Traumi multipli

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

Neoplasie

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

Avvelenamenti e intossicazioni

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

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

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

Complicazioni della gravidanza

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

9

SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

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

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più di cinque forme morbose, che rispondano ai criteri qui riportati di identificazione delle diagnosi secondarie, devono essere selezionate e codificate quelle che a giudizio del medico che ha formulato la diagnosi possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

Tra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero.

Condizioni pregresse

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

Condizioni associate alla malattia principale

Le condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale non devono essere riportate e codificate come diagnosi secondarie. Nel caso, invece, in cui siano presenti condizioni che non sono ordinariamente associate alla diagnosi principale, queste devono essere riportate e codificate solo se influenzano il trattamento erogato nel corso del ricovero.

Risultati anomali

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

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

Codici combinati

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

Codifica multipla

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

Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari

L'esecuzione di più interventi nel corso dello stesso atto operatorio può richiedere la codifica separata, qualora non sia previsto un codice combinato. Esistono codici che segnalano l'esecuzione di un intervento aggiuntivo che avvenga nel corso di un altro: ad esempio: ovariectomia monolaterale e appendicectomia 65.39 + 47.19.

L'espressione "codificare anche" viene utilizzata nel manuale anche per segnalare l'utilizzo di procedure o di strumentazioni complementari o di supporto ad un intervento.

Codifica di interventi bilaterali

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

Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento

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

Nel caso non esista un codice che individui specificamente l'approccio endoscopico o quello laparoscopico, si ricorre alla codifica multipla riportando sia il codice dell'intervento (come principale) che quello dello specifico approccio utilizzato (come codice aggiuntivo).

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

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero.

Se nel corso dello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

- 1 in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.);
- 2 nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici,
- 3 quando nella cartella clinica vengano indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità
 - **interventi chirurgici a cielo aperto**
 - **interventi per via endoscopica e/o laparoscopica**
 - **procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche**
 - **procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nei capitoli 0-15 (codici da 00 - a 86 -)**
 - **altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel capitolo 16.- Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche (codici da 87 - a 99 -)**

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

- 87 53 colangiografia intraoperatoria
- 88 52 angiocardigrafia del cuore destro
- 88 53 angiocardigrafia del cuore sinistro
- 88 54 angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro
- 88 55 arteriografia coronarica con catetere singolo
- 88 56 arteriografia coronarica con catetere doppio
- 88 57 altra e non specificata arteriografia coronarica
- 88 58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
- 92 27 impianto o inserzione di elementi radioattivi
- 92 30 radiocirurgia stereotassica S A I
- 92 31 radiocirurgia fotonica a sorgente singola
- 92 32 radiocirurgia fotonica multi-sorgente
- 92 33 radiocirurgia particolata
- 92 39 radiocirurgia stereotassica N I A
- 94 61 riabilitazione da alcool
- 94 63 disintossicazione e riabilitazione da alcool
- 94 64 riabilitazione da farmaci
- 94 66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci
- 94 67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci
- 94 69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
- 95 04 esame dell'occhio in anestesia
- 96 70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
- 96 71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
- 96 72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
- 98 51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica
- 99 10 iniezione o infusione di agente trombolitico

Biopsie

Il prelievo e l'analisi di materiale istologico prelevato nel corso di un intervento chirurgico non richiede la codifica aggiuntiva di biopsia

La codifica di biopsia è invece necessaria, come codice aggiuntivo, nei casi in cui nel corso di un intervento, sia effettuata una biopsia il cui risultato si attende per poter definire il tipo e l'estensione dell'intervento in corso

Sono parimenti da codificare le biopsie effettuate nel corso di un intervento su organi diversi da quello cui è rivolto l'intervento principale

BT

Biopsie chiuse

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

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

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

Capitolo I - Malattie infettive e parassitarie (001-139)

♦ **Infezione da HIV (042)**

Nella Classificazione ICD-9-CM l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana viene descritta con un unico codice 042 che comprende.

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

Il codice 042 deve essere utilizzato in diagnosi principale, con codici aggiuntivi per indicare tutte le manifestazioni, a meno che il ricovero avvenga per una patologia del tutto non correlata a HIV

- Lo stato di sieropositività asintomatico va descritto con il codice V08
- Nel caso di pazienti con infezione da HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio, in diagnosi principale occorre utilizzare il cod 647.6- e in diagnosi secondaria il cod 042, per la paziente con HIV sintomatico, o il cod V08 per la paziente sieropositiva asintomatica

♦ **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, sepsi, sepsi severa (995.9-)**

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

Sepsi: SIRS dovuta a infezione

Sepsi severa: sepsi associata a insufficienza acuta d'organo

Codificare prima la patologia di base, es infezione (038 -, 112.5, etc) o trauma, seguita dalla sottocategoria 995.9-

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

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

Quando SIRS, sepsi o sepsi severa sono associate a infezione localizzata, es polmonite o cellulite, questa deve essere codificata con codici aggiuntivi

• **Shock settico (785.52)**

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

♦ **Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata (041 batteriche e 079 da virus e Chlamydiae)**

Sono diagnosi aggiuntive che possono essere utilizzate per indicare l'agente patogeno responsabile (es Prostatite acuta da streptococco A cod 601 0 + cod 041 01)

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

Capitolo II - Tumori (140-239)

♦ Regole generali per la selezione e codifica della diagnosi principale

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

Interventi/procedure

♦ **Ricovero per ablazione percutanea di tumori**

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

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

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

◆ **Ricovero per embolizzazione/chemioembolizzazione di tumore**

I trattamenti di embolizzazione sono identificati dalla seguente combinazione di codici

- 99 29 Iniezione o infusione di altre sostanze
- 38 91 Cateterismo arterioso

I trattamenti di chemioembolizzazione sono identificati dalla seguente combinazione di codici

- 99 25 Iniezione o infusione di sostanza chemioterapica per tumore
- 38 91 Cateterismo arterioso

◆ **Ricovero per brachiterapia o terapie radiometaboliche per neoplasie maligne**

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

- diagnosi principale. V58.0
- diagnosi secondaria neoplasia maligna
- procedura, a seconda del trattamento effettuato
 - 92 27 Impianto di elementi radioattivi
 - 92.28 Iniezione di radioisotopi
 - 92 29 Altre procedure radioterapeutiche

◆ **Ricovero per cicli di immunoterapia**

- diagnosi principale V58 12 Immunoterapia antineoplastica
- procedure 99 28 Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici (immunoterapia antineoplastica)

◆ **Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali**

- Il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali è descritto dallo stesso gruppo di codici, da 41 00 a 41 09
- Il codice 41 00 Trapianto di midollo osseo NAS non dovrebbe essere utilizzato in quanto poco specifico
- Si richiamano le regole già evidenziate dal manuale ICD-9-CM per i trapianti allogenici, soprattutto la necessità di differenziare le forme con purging (codici 41 02 e 41 08), da quelle senza purging (codici 41 03 e 41 05)
- L'aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto è codificata con il codice 41 91 (sia per autotrapianto che per allotrapianto)
- Il prelievo di cellule staminali è codificato con il codice 99 79 sia per autotrapianto che per allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi).

◆ **Inserzione/rimozione di "port a cath"**

- diagnosi principale V58 81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare
- procedura impianto
 - 86 07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
- procedura rimozione.

16 L

- 86 05 Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute o tessuto sottocutaneo

Capitolo III - Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari (240-279)

♦ **Diabete mellito (250.-)**

- Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza (descritte nel capitolo 11, che devono essere codificate utilizzando i codici 648 0- Diabete mellito complicante la gravidanza parto o puerperio, o 648 8- Alterata tolleranza al glucosio complicante gravidanza parto o puerperio):
 - diabete senza menzione di complicanze 250 0
 - complicazioni metaboliche acute
 - 250 1- Diabete con chetoacidosi
 - 250 2- Diabete con iperosmolarità
 - 250 3- Diabete con altri tipi di coma
 - complicazioni croniche o a lungo termine.
 - 250 4- Diabete con complicanze renali
 - 250 5- Diabete con complicanze oculari
 - 250 6- Diabete con complicanze neurologiche
 - 250 7- Diabete con complicanze circolatorie periferiche
 - 250 8- Diabete con altre complicanze specificate
 - per diabete con complicazioni non specificate deve essere utilizzato il codice 250 9-
- il quinto carattere del codice identifica il tipo di diabete e se è controllato o scompensato.
 - 0 tipo II o non specificato, non definito se scompensato
 - 1 tipo I (diabete giovanile), non definito se scompensato
 - 2 tipo II o non specificato, scompensato
 - 3 tipo I (diabete giovanile), scompensato

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

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

Ad esempio

Amputazione in arto con predomanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica.

In diagnosi principale indicare il diabete con complicanze circolatorie periferiche (250 7-) e in diagnosi secondaria l'angiopatia periferica (443 81).

In caso di paziente diabetico affetto da cataratta, è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica (codice 366 41), rispetto a quella della cataratta senile in paziente diabetico (codice 366 1-). In quest'ultimo caso, l'individuazione della corretta sequenza dei codici di diagnosi segue le regole generali: la diagnosi principale può essere costituita sia dal diabete



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

mellito (250 0-) sia dalla cataratta senile (366 1-) Ad esempio, nel caso di ricovero di paziente diabetico per asportazione della cataratta senile, la corretta sequenza di codici di diagnosi è la seguente 366 1- + 250 0-

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

- Si raccomanda, per la descrizione dei casi di diabete con complicanze, di individuare con accuratezza i corrispondenti specifici codici (da 250 4- a 250 8-), evitando l'uso improprio e generico del codice 250 0- in diagnosi principale
- **Malfunzionamento di pompa di insulina**
In caso di sottodosaggio o sovradosaggio di insulina per malfunzionamento della pompa, riportare in diagnosi principale il codice 996 57 "Complicazioni meccaniche dovute alla pompa di insulina", seguito dai codici che descrivono il quadro clinico

Capitolo V – Disturbi mentali (290-319)

◆ **Demenze**

- La demenza dovuta a malattia di Alzheimer si codifica, secondo le indicazioni riportate nel manuale, ponendo come principale la malattia di base (codice 331 0) e come diagnosi secondaria la demenza (294 1)
- La demenza da infarti multipli (multinfartuale) si codifica, secondo le indicazioni del manuale, ponendo come diagnosi principale la demenza stessa (290 4) e utilizzando come codice aggiuntivo quello delle "Altre e mal definite vasculopatie cerebrali" (437 -).

Capitolo VI – Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (320-389)

◆ **Dolore (338.-)**

I codici di questa categoria possono essere utilizzati come diagnosi principale quando il trattamento del dolore sia il motivo principale/esclusivo del ricovero o nel caso in cui non sia stata individuata una diagnosi relativa alla patologia di base

Ad esempio, in caso di inserzione di pompa per terapia antalgica

- diagnosi principale 338 -
- procedura 86 06 (inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile)

◆ **Impianto/sostituzione/rimozione di Neurostimolatore**

Nei ricoveri per impianto di neurostimolatore occorre riportare in diagnosi principale la patologia di base; nei ricoveri per sostituzione o rimozione del dispositivo, utilizzare come diagnosi principale il cod V53 02 (collocazione e sistemazione di neuropacemaker)

18

♦ **Epilessie (345)**

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

Per i codici 345 0, 345 1, 345 4-345 9 il quinto carattere identifica la resistenza alla terapia

0 - senza menzione di epilessia non trattabile
1 - con epilessia non trattabile

Si utilizza il codice 780 39 per classificare l'episodio convulsivo isolato, al di fuori della malattia epilettica

Interventi/procedure

♦ **Angioplastica percutanea ed inserzione di stent sui vasi cerebrali e precerebrali**

I codici da 00 61 a 00.65 identificano le procedure di angioplastica o atrectomia o inserzione di stent sui vasi cerebrali e precerebrali. Occorre sempre specificare anche il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00 40 - 00 44) e il numero di stent inseriti (codici 00 45 - 00 48)

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

I codici di procedura raccomandati per descrivere il trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore sono 11 61 per l'autotrapianto e 11 62 per il trapianto da altro donatore

In presenza di un innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale il codice di procedura raccomandato è 11 62

Capitolo VII - Malattie del sistema circolatorio (390-459)

Le malattie relative al sistema circolatorio sono descritte nel capitolo VII (categorie 390-459) ad eccezione di quelle riferite a condizioni ostetriche, descritte nel capitolo XI, e a patologie congenite, descritte nel capitolo XIV

Il capitolo VII comprende situazioni complesse, spesso intercorrelate. Pertanto, ai fini della corretta codifica è di particolare importanza porre attenzione a tutte le note presenti nell'indice alfabetico e nell'elenco sistematico

♦ **Ipertensione arteriosa**

- è opportuno consultare nell'indice alfabetico delle diagnosi la tabella che indica, per ciascuna condizione clinica legata all'ipertensione arteriosa, i tre codici relativi alla forma maligna, benigna o non specificata,
- ove l'ipertensione sia secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice della malattia di base che causa l'ipertensione,
- dove l'ipertensione sia associata ad altre patologie, devono essere indicati sia il codice della patologia, sia quello relativo all'ipertensione, la sequenza dei codici segue le regole generali per la selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie.

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

- l'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 (capitolo XI)

- ♦ **Cardiopatía ipertensiva (402)**
Comprende con codici combinati sia condizioni in cui l'ipertensione è causa diretta della cardiopatía, sia condizioni in cui essa vi è implicata
Se la diagnosi clinica menziona sia l'ipertensione sia la malattia cardiaca ma non indica una relazione causale tra loro, si devono assegnare codici separati. Ad esempio:
 - malattia cardiaca congestizia dovuta a ipertensione 402 91
 - malattia cardiaca ipertensiva con insufficienza cardiaca congestizia 402 91
 - malattia cardiaca congestizia con ipertensione. 428 0 + 401 9

- ♦ **Nefropatia ipertensiva cronica (403)**
Descrive le situazioni cliniche in cui sono presenti sia ipertensione che nefropatia cronica (condizioni classificabili alle categorie 585-587) L'ICD-9-CM presuppone una relazione causa/effetto tra loro e classifica la malattia renale cronica con ipertensione come nefropatia ipertensiva cronica

Il quinto carattere della categoria raggruppa in due classi gli stadi della malattia renale
0 - stadi I - IV o stadio non specificato
1 - stadio V o terminale
Come diagnosi secondaria deve essere codificata la malattia renale cronica (585.-) per identificare lo stadio della malattia

- ♦ **Cardioneftropatia ipertensiva cronica (404)**
Comprende le condizioni in cui sono presenti sia la malattia cardiaca ipertensiva, sia la nefropatia ipertensiva cronica
Il quinto carattere della categoria identifica
0 - senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato
1 - con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato
2 - senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale
3 - con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale
Nelle diagnosi secondarie codificare il tipo di insufficienza cardiaca (cod 428 -), ove presente, e la malattia renale cronica (585 -) per identificarne lo stadio.

- ♦ **Malattie ischemiche del cuore (410-414)**
Il capitolo delle Malattie ischemiche del cuore comprende le categorie 410 (infarto miocardico acuto), 411 (altre forme acute e subacute di cardiopatía ischemica), 412 (infarto miocardico pregresso), 413 (angina pectoris), 414 (altre forme di cardiopatía ischemica cronica)

- **Infarto miocardico acuto, IMA (410)**
Le sottocategorie da 410 0 a 410 6 e 410 8 identificano i casi di IMA con sovrastivellamento del tratto ST (STEMI) La sottocategoria 410 7, infarto

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

subendocardico, identifica i casi di IMA con sottoslivellamento del tratto ST (NSTEMI) e di infarto non transmurale

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

La nota riportata nell'elenco sistematico del manuale 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), ovvero di episodio di assistenza non specificato (0)

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

La quinta cifra 0 (episodio di cura non specificato) non dovrebbe essere mai utilizzata in quanto la documentazione clinica deve sempre contenere le informazioni necessarie per la descrizione precisa del caso

Ove il successivo ricovero avvenga oltre le otto settimane dall'infarto non deve essere utilizzata la categoria 410 _ ma il codice 414 8 (Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica)

Se nel corso del ricovero l'infarto evolve verso complicanze quali aritmie, fibrillazione, shock, è opportuno che queste ultime siano codificate tra le diagnosi secondarie con codici aggiuntivi

Se nel corso del ricovero per infarto si verifica un secondo infarto in una sede differente, entrambe le diagnosi devono essere codificate, ciascuna secondo la propria sede, utilizzando come quinto carattere 1

• **Infarto miocardico pregresso asintomatico (412)**

Il codice 412 non deve essere utilizzato in caso di malattia ischemica attuale (nel qual caso si utilizza il codice 414 8) Il codice 412 dovrebbe essere assegnato esclusivamente come diagnosi secondaria nei casi in cui siano assenti sintomi e l'indicazione del pregresso infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale

♦ **Malattie cerebrovascolari**

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

Ciascun componente di una diagnosi relativa ad una malattia cerebrovascolare deve essere codificato singolarmente (codifica multipla) a meno che l'indice alfabetico o l'elenco sistematico non indichino diversamente

ad esempio, nel caso di arteriosclerosi cerebrovascolare con emorragia subaracnoidea dovuta a rottura di un aneurisma saccolare 430 + 437 0

Per le categorie 433 e 434 è previsto l'utilizzo di un quinto carattere che indica la presenza di infarto cerebrale

0 - senza menzione di infarto cerebrale

1 - con infarto cerebrale

La presenza di infarto deve essere documentata in cartella e non riportata in via presuntiva

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

Il codice 436 "Vasculopatie cerebrali acute maldefinite" dovrebbe essere utilizzato come diagnosi principale solo nei casi in cui non vi siano ulteriori e più specifiche informazioni

♦ **Ictus cerebrale ischemico**

I codici da utilizzare sono i seguenti 434 01, 434 11 e 434 91, ponendo attenzione all'appropriato utilizzo del codice 434 91 che va riservato ai casi in cui il medico non abbia specificato la natura trombotica o embolica dell'ictus ischemico

♦ **Ischemia cerebrale transitoria**

Per codificare correttamente tale diagnosi, si deve utilizzare la categoria 435 evitando l'improprio utilizzo di codici relativi ad altre condizioni cliniche (ad esempio amnesia globale transitoria, codice 437 7)

♦ **Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali**

I codici di questa categoria possono essere utilizzati per individuare, tra l'altro, alcune condizioni cliniche relativamente frequenti quali la "encefalopatia multi-infartuale" (437 1) o lo "stato lacunare" (437 8)

Interventi/procedure

♦ **Angioplastica percutanea e inserzione di stent**

• **Vasi coronarici**

L'angioplastica coronarica si codifica con il codice 00 66 seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00 40 - 00 44). L'eventuale inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi uno per specificare il tipo di stent utilizzato (medicato cod 36 07, non medicato cod 36 06), l'altro il numero di stent inseriti (codici 00 45 - 00 48)

• **Vasi cerebrali o precerebrali:**

I codici da 00 61 a 00 65 identificano le procedure di angioplastica o aterectomia o inserzione di stent. Occorre sempre specificare anche il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00 40 - 00 44) e il numero di stent inseriti (codici 00 45 - 00 48)

• **Altri vasi**

L'angioplastica di altri vasi si codifica con il codice 39 50 seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00 40 - 00 44). L'eventuale inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi uno per specificare il tipo di stent utilizzato (medicato cod 00 55, non medicato cod 39 90), l'altro il numero di stent inseriti (codici 00 45 - 00 48)

♦ **Riparazione endovascolare di vasi**

La categoria 39.7- prevede voci specifiche per procedure endovascolari sui vasi del capo e del collo (codici 39 72 e 39 74), sull'aorta addominale e toracica (codici 39 71 e 39.73), e su altri vasi (cod 39 79)

- ◆ **Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore**
Indicare entrambi i seguenti codici intervento
38 59 legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
38 69 altra asportazione di vene dell'arto inferiore

- ◆ **Legatura endoscopica di vene perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)**
Indicare i seguenti codici intervento
38 59 legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
83 09 altra incisione di tessuti molli

Capitolo VIII - Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)

- ◆ **BPCO**
E' codificata con i codici 491 2- Bronchite cronico-ostruttiva e 492 - Enfisema
La compresenza di bronchite cronica ed enfisema deve essere codificata con 491 2-; la compresenza di asma e BPCO con 493 2-
La bronchite acuta in BPCO deve essere codificata con 491 22
La presenza di insufficienza respiratoria acuta (518 81) o cronica (518 83) deve essere codificata, quando rigorosamente definita e documentata

- ◆ **Insufficienza respiratoria e polmonare (518.-)**
L'insufficienza respiratoria deve essere segnalata sulla base di alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi (PaO₂, PaCO₂, pH e bicarbonato)
Dovranno inoltre essere correttamente riportati in cartella clinica e nella SDO gli interventi terapeutici effettuati con particolare attenzione ai codici che segnalano le terapie ventilatorie/ossigenoterapia

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

Quando la causa della insufficienza polmonare è costituita da shock, traumi o interventi chirurgici, è assegnato il codice 518 5

Interventi/procedure

- ◆ Le procedure, per via endoscopica, di inserzione, sostituzione o rimozione di dispositivo terapeutico o sostanze nei bronchi o nei polmoni sono individuate dal quarto carattere del codice 33 7

- ◆ L'inserzione di stent tracheale è identificata dal codice 96 05

- ◆ L'ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del polmone è identificata dal codice 32 24

Capitolo IX - Malattie dell'apparato digerente (520-579)

◆ **Epatite cronica, cirrosi e complicanze**

Si ponga attenzione al fatto che la classificazione ICD-9-CM consente di distinguere le epatiti croniche di origine virale (codici categoria 070 -) rispetto alle altre forme di epatite cronica (codici categoria 571)

Nella categoria 571 sono inoltre comprese le diverse forme di cirrosi, tra cui quella post-epatitica (571 5)

◆ **Esofagite con emorragia e varici esofagee**

L'emorragia esofagea deve essere codificata con il codice 530 82 salvo che sia causata da varici esofagee. Le varici esofagee sono codificate come malattie del sistema circolatorio (capitolo VII)

Esempi:

- varici esofagee con sanguinamento 456 0
- varici esofagee senza menzione di sanguinamento 456 1

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

Esempi:

- sanguinamento da varici esofagee con cirrosi epatica 571 - + 456 20
- sanguinamento da varici esofagee in ipertensione portale 572 3 + 456 20

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

◆ **Codifica di alcune forme di displasia di organi digerenti**

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

Esempi a tale riguardo sono costituiti dalla displasia grave/severa su polipi adenomatosi dell'apparato digerente o su ulcera gastrica o quando associata a rettocolite ulcerosa o a morbo di Crohn

◆ **Complicazioni infettive o meccaniche di stomie**

Sono specificamente individuate le complicazioni da

- gastrostomia (536 4-)
- colostomia ed enterostomia (569 6-)

Interventi/procedure

- ◆ L'ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del fegato è identificata dal codice 50 24

◆ **Metodica "stop flow"**

E' una metodica utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico che prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale e l'attivazione della circolazione extracorporea, indicare le seguenti procedure 38 08 (incisione di arterie dell'arto inferiore) + 38 91 (cateterismo arterioso) + 99 25 (iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove) + 39 97 (altra perfusione)

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

♦ **Intervento di TIPS per shunt venoso intraaddominale per via percutanea**

Indicare i codici di procedura 39 1 (anastomosi arteria cava e polmonare) + 38 93 (altro cateterismo venoso non classificato altrove)

♦ **Tecniche per l'intervento di emorroidectomia**

Per segnalare l'intervento di emorroidectomia eseguito secondo la tecnica "di Longo", utilizzare il codice di procedura 49 49 (altri interventi sulle emorroidi)

Capitolo X - Malattie del sistema genitourinario (580-629)

♦ **Malattia renale cronica (585)**

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

Interventi/procedure

- ♦ L'ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del rene è identificata dal cod 55 33
- ♦ **Fimosi**
L'intervento chirurgico di correzione di fimosi, circoncisione, deve essere codificato con il codice 64.0 evitando l'utilizzo improprio del codice 64 93 (liberazione di sinechie peniene). Le plastiche di slittamento del prepuzio devono essere codificate con il codice 64 91
- ♦ **Intervento per la correzione del varicocele**
L'intervento tradizionale di correzione di varicocele mediante legatura dei vasi spermatici è identificato dal codice 63 1 (Asportazione di varicocele)
Tecniche innovative eseguite mediante sclerosi per via anterograda o retrograda sono identificate dall'uso combinato dei seguenti codici 63 1 (Asportazione di varicocele) + 99 29 (Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche), la via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione del codice di procedura 88 67 (Flebografia con m d c di altre sedi specificate)

Capitolo XI - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)

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

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

- ◆ Per i casi in cui la paziente partorisce fuori dalla struttura ospedaliera e necessita di ricovero per trattamenti successivi al parto, senza complicazioni, in diagnosi principale utilizzare il codice **V24.0 Cure ed esami postpartum subito dopo il parto**, se invece sono presenti complicazioni, fare riferimento ai codici specifici presenti in questo capitolo
- ◆ Il parto con **anestesia epidurale** viene descritto riportando nelle procedure il codice 03 91 "iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia"

Capitolo XIII - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)

Molte delle categorie del sistema muscoloscheletrico richiedono l'utilizzo della codifica a 5 caratteri. Il quinto carattere dei codici indica la sede coinvolta

- 0 - sede non specificata
- 1 - spalla
- 2 - gomito
- 3 - polso
- 4 - mano
- 5 - anca
- 6 - ginocchio
- 7 - ossa della caviglia e del piede
- 8 - altre sedi specificate
- 9 - sedi multiple

◆ **Fratture patologiche**

Coerentemente alle regole generali di selezione della diagnosi principale, il codice della frattura patologica (733 1-) deve essere utilizzato in diagnosi principale solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura patologica. Data la natura poco specifica del codice si deve associare ad esso il codice relativo alla patologia di base (ad esempio neoplasia, osteoporosi, etc.) se conforme ai criteri di selezione delle diagnosi secondarie

Interventi/procedure

◆ **Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio**

La revisione di protesi di anca o di ginocchio, prevede l'utilizzo di codici specifici per identificare le diverse componenti

- 00 70-00 73 per la revisione di protesi di anca
- 00 80-00 84 per la revisione di protesi del ginocchio

Si sconsiglia l'utilizzo dei codici 81 53 e 81 55 relativi alla revisione, rispettivamente, di protesi dell'anca e del ginocchio non altrimenti specificata.

◆ **Inserimento (o impianto, trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione**

Per i ricoveri che prevedono interventi di ricostruzione articolare di ginocchio, spalla e caviglia, in cui venga utilizzato un sostituto osteoarticolare biologico di ampie dimensioni utilizzare il codice di procedura 81 54 (Sostituzione totale del ginocchio) nella accezione di unicompartimentale (emiarticolare), i codici 81 80 e 81 81 (sostituzione totale e parziale di spalla), il codice 81 56 (sostituzione di caviglia)

E' opportuno associare il codice aggiuntivo 00 93, qualora si tratti di trapianto da donatore cadavere

JS

♦ **Vertebroplastica**

La procedura è identificata dal codice 81 65

♦ **Cifoplastica**

La procedura è identificata dal codice 81 66

♦ **Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine**

Per il ricovero in cui si effettua il prelievo di cartilagine, indicare i seguenti codici di procedura 80 9- (altra asportazione dell'articolazione) + 80 26 (artroscopia)

Per il successivo ricovero, in cui si effettua l'autotrapianto, indicare i seguenti codici di procedura 81 4- (altra riparazione di articolazioni degli arti inferiori) + 80 26 (artroscopia).

♦ **Interventi per ernia discale**

L'utilizzo dei codici 80 51 e 80 59 è indicato esclusivamente per gli approcci chirurgici, sia classici che mini-invasivi. In caso di iniezione locale di sostanze terapeutiche, senza intervento cruento, deve essere utilizzato il codice 80 52

Capitolo XIV - Malformazioni congenite (740-759)

Le malformazioni congenite sono classificate nel capitolo XIV (740-759) della ICD-9-CM. Altre condizioni di origine perinatale, comprese alcune condizioni specificate come congenite, sono descritte nel capitolo XV (760-779), che include anche i traumi ostetrici classificati con la categoria 767

La distinzione tra condizioni congenite ed acquisite è indicata nell'indice alfabetico attraverso l'utilizzo di modificatori. Alcune condizioni sono congenite per definizione, altre sono sempre considerate acquisite, per altre non vi è alcuna distinzione

Le malformazioni congenite sono classificate sulla base del sistema o dell'apparato coinvolto, alcune sono classificate con codici specifici, altre sono raggruppate nell'ambito di un termine generico. Nei casi in cui non sia previsto un codice specifico, dovrebbero essere indicati eventuali ulteriori codici aggiuntivi per le manifestazioni

L'età del paziente non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo XIV; le patologie descritte in tale capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età. Alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita. Inoltre, molte condizioni non possono essere risolte, permanendo per tutta la vita del paziente

La malformazione rilevata alla nascita viene indicata come diagnosi principale nella SDO del neonato se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza. Le diagnosi secondarie debbono essere segnalate sulla SDO solo quando esse siano significative, cioè influenzino il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza

Si sconsiglia di utilizzare i codici 758 9 e 759 9 in diagnosi principale, questi codici possono essere utilizzati tra le diagnosi secondarie per completare la descrizione del caso, riportando invece come diagnosi principale la malformazione più rilevante

Capitolo XV - Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779) e codifica del neonato sano

Le malattie classificate nel capitolo 15 hanno origine nel periodo perinatale (intrauterino e nei 28 giorni successivi alla nascita), ma possono manifestarsi anche in epoche successive

- ◆ I codici delle categorie 760-763 (cause materne di morbosità e mortalità perinatale) possono essere utilizzati come diagnosi secondarie sulla SDO del neonato (e solo su di essa) esclusivamente quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato
Tali codici non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia determinare un'influenza sul trattamento del neonato
Quando la condizione della madre ha provocato in un neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle categorie 760-763, ad esempio, se il diabete materno ha provocato un'ipoglicemia nel neonato, quest'ultima viene codificata con il codice 775.0
- ◆ 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, in quanto riferiti al feto per il quale non deve essere compilata la scheda di dimissione
- ◆ **Infezioni neonatali (771)**
 - **Sepsi del neonato (771.81)**
Il codice 771 81, setticemia (sepsi) del neonato, deve essere accompagnato dal codice aggiuntivo 041 - per identificare il microrganismo. Non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi (995 91 o 995 92)
 - Nel caso di manifestazioni a lungo termine delle **infezioni connatali** identificate con i codici 771 0, 771 1, 771 2 e 760 2 si sconsiglia di utilizzare questi codici in diagnosi principale, riportando invece come diagnosi principale la manifestazione clinica più rilevante. Gli stessi codici possono essere utilizzati, per completare la descrizione del caso, tra le diagnosi secondarie
- ◆ **Codifica del neonato sano**
I codici da V30 a V39 riportati come diagnosi principale, devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale nella SDO del neonato sano ospitato nel nido, non devono essere riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture per specifiche cure) né sulla SDO della madre
Si sconsiglia l'utilizzo dei codici V33, V37 e V39 in quanto non specifici
- ◆ Il codice V35 (Altro parto multiplo (tre o più) tutti nati morti) non deve essere utilizzato, in quanto riferito al feto per il quale non deve essere compilata la scheda di dimissione

Coerentemente con le regole generali di codifica, l'individuazione di condizioni cliniche sulla SDO del neonato deve avvenire solo quando queste siano significative, non devono essere codificate le condizioni non rilevanti o segni o sintomi che si risolvono senza specifico trattamento (ad esempio ittero fisiologico neonatale)

L'esecuzione di vaccinazioni o di screening sui neonati sani (ad esempio screening tiroideo o per la fenilchetonuria) non comporta l'assegnazione di ulteriori codici oltre a quelli delle categorie V30-V39, né come diagnosi principale né tra le diagnosi secondarie; si tratta, infatti, di prestazioni facenti parte costitutiva dell'assistenza al neonato

Il neonato sano non ospitato per l'episodio della nascita ma presente in ospedale a causa di un ricovero della madre non richiede la compilazione della SDO, le eventuali annotazioni che lo riguardano possono essere documentate nella cartella clinica della madre

Capitolo XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (780-799)

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

Capitolo XVII - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)

♦ Traumatismi cranici

- Particolare attenzione va posta al corretto utilizzo dei codici che identificano i traumatismi cranici evitandone l'uso per i casi clinici in cui i traumatismi esterni non si accompagnano a sintomi o segni di interessamento cerebrale
- Le fratture sono classificate secondo la sede nelle categorie 800-804. Il quarto carattere del codice indica se la frattura è aperta o chiusa, se è associata a trauma intracranico ed il tipo del trauma intracranico. Fa eccezione la categoria 802 per la quale il quarto ed il quinto carattere identificano la sede della frattura
- I traumi intracranici non associati a frattura sono classificati con le categorie 850-854, il quarto carattere del codice indica il tipo di trauma e l'eventuale associazione con una ferita aperta
- Per le categorie 800, 801, 803, 804 e 851-854 il quinto carattere del codice indica l'eventuale perdita di coscienza, la durata di tale perdita e se vi è il ritorno al preesistente stato di coscienza
 - 0 - stato di coscienza non specificato
 - 1 - senza perdita di coscienza
 - 2 - con perdita di coscienza di durata <1h
 - 3 - con perdita di coscienza di durata compresa tra 1 e 24h
 - 4 - con perdita di coscienza di durata sup alle 24h e recupero dello stato di coscienza preesistente
 - 5 - con perdita di coscienza di durata sup alle 24h senza recupero dello stato di coscienza preesistente (paz incosciente che muore prima di riacquistare la coscienza)

- 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 (come, ad esempio, chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico), in questi casi, può essere indicata come diagnosi
 - 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
- Possono essere utilizzati come diagnosi secondaria nei seguenti casi
 - Per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che possono influenzare il trattamento del paziente ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma

♦ **Ricerca dei codici V**

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

♦ **Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura**

~~pregresse~~ Ricovero di pazienti per trattamenti specifici in relazione a cure pregresse si devono utilizzare come diagnosi principale i codici appartenenti alle categorie V51 - V58. Tali codici non devono essere utilizzati nel caso di trattamento di un problema attuale acuto. A tale regola fanno eccezione i ricoveri per dialisi (V56 _), chemioterapia (V58 1) e radioterapia (V58.0). Nel caso in cui il ricovero sia stato effettuato selettivamente per eseguire sia la chemioterapia che la radioterapia, entrambi i codici V devono essere riportati individuando la diagnosi principale secondo le regole generali di selezione della diagnosi principale.

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

- Le categorie V10 - V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti, i codici di tali categorie devono essere riportati, tra le diagnosi secondarie, solo quando tale condizione ha 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, diagnostiche di controllo, quali TAC, endoscopie, scintigrafie, ecc. Se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, riportare in diagnosi principale il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi.
- 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

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

- 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" (996 81), il codice V42.0 "rene sostituito da trapianto" non deve essere indicato)
- ◆ **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 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 - V59.8)**
Questi codici possono essere utilizzati, in diagnosi principale, solo quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organi. Gli interventi eseguiti dovranno essere segnalati mediante i codici ICD-9-CM negli spazi della SDO riservati agli interventi chirurgici
- ◆ **Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti (V64)**
Tipici casi in cui si ricorre ai codici di questa categoria in diagnosi principale sono i ricoveri per interventi chirurgici programmati che però non vengono eseguiti per sopraggiunte controindicazioni (V64 1) o per decisione del paziente (V64 2) o per altre ragioni (V64 3)
Nel caso in cui il trattamento non è eseguito per l'insorgenza di altra patologia quest'ultima va riportata come diagnosi principale se trattata nel ricovero
Rientra in questa categoria anche la segnalazione dei casi chirurgici iniziati per via laparoscopica e convertiti in interventi a cielo aperto (V64 4)
- ◆ **Ricovero per cure palliative (V66.7)**
Il codice V66 7 si può utilizzare come diagnosi principale per ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative, utilizzando la diagnosi di tumore come secondaria