Codice A1414E
D.D. 24 dicembre 2024, n. 992
Aggiornamento delle Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con il sistema di Classificazione internazionale ICD-9-CM 2007.

REGIONE PIEMONTE

ATTO DD 992/A1400B/2024 DEL 24/12/2024

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE
A1400B - SANITA'

OGGETTO: Aggiornamento delle Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con il sistema di Classificazione internazionale ICD-9-CM 2007.

Premesso che:

il D.M. 28.12.1991 istituisce la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) quale parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale;
la Scheda di dimissione ospedaliera contiene le informazioni necessarie per l'attribuzione dei ricoveri ai Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG) e per l'individuazione della tariffa relativa a ciascun episodio di ricovero;
la compilazione deve avvenire nel rispetto delle indicazioni definite in ambito ministeriale, regionale e delle linee guida adottate dalla Regione Piemonte in merito alla corretta codifica delle informazioni cliniche;

con D.G.R. n. 4-10568 del 12.1.2009 la Giunta Regionale ha adottato con decorrenza 1.1.2009 il sistema di classificazione delle SDO della International Classification of Diseases 9th revision Clinical modification (ICD9CM) nella versione 2007, prevedendo l'utilizzo del grouper 24 per l'attribuzione dei ricoveri ai Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG);

con D.G.R. n. 17-2559 del 5.9.2011 la Regione Piemonte ha recepito l'Accordo del 29.4.2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di "Aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera";

con D.G.R. n. 46–7637del 21.5.2014 sono state approvate le linee guida regionali per la corretta codifica delle SDO, con il documento " Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con il sistema di Classificazione internazione ICD-9-CM 2007 - Revisione 2014";

con D.G.R n. 24 –918 del 19.1.2015 sono state modificate ed integrate le linee guida regionali sopracitate.

Visto l'art. 4 comma 4 del D.L. 158/2012 il quale dispone che le Regioni debbano promuovere un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, finalizzato a verificare la qualità delle prestazioni delle singole unità assistenziali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, in raccordo con il Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE) dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali;

Vista l'introduzione del nuovo tracciato SDO in applicazione del decreto del Ministero della Salute del 7.12.2016 n. 261 " *Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera* ", a seguito del quale, con D.G.R. n. 12 -5131 del 5.6.2017, sono state approvate le linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con il sistema di Classificazione internazione ICD-9-CM 2007 - Revisione 2017.

Visto il D.M. 26.9.2023, n. 165 "*Regolamento recante integrazioni al decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera*", con cui sono state definite le specifiche tecniche dei nuovi campi di contenuto riabilitativo del flusso SDO previsti dal Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 "*Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri*".

Considerato;

- che la revisione del contenuto informativo della Scheda di Dimissione Ospedaliera ha tra le sue finalità il rafforzamento del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità a supporto, sia dei processi di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria che della rilevazione sistematica a scopi epidemiologici e che pertanto è necessario che la raccolta delle informazioni avvenga in modo omogeneo ai fini della validità e comparabilità dei dati;

- che al fine di continuare l'attività sopradescritta è necessario predisporre indicazioni che portino a definire la casistica osservata con gli stessi criteri e gli stessi livelli di completezza e qualità in tutti i centri;

- che è opportuno integrare le disposizioni in materia di codificazione delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla D.G.R. n. 12 - 5131 del 5.6.2017 per consentire la piena coerenza delle regole di codifica alle modificazioni introdotte dai documenti ministeriali sopracitati e tenuto conto della valenza della SDO nella definizione degli indicatori del PNE.

A tal fine, con il supporto della Commissione tecnica regionale per la valutazione della corretta codifica delle SDO e monitoraggio dell'attività di ricovero prevista dalla D.D. 266 del 8.4.2011, la cui composizione è stata aggiornata con la D.D. 233 del 2.4.2024, è stato predisposto un documento di aggiornamento e integrazione delle disposizioni in materia di codificazione delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla D.G.R. n. 12 - 5131 del 5.6.2017, al fine di fornire chiarimenti in relazione a codifiche di prestazioni dove sono state evidenziate criticità dai Nuclei di Controllo e precisamente:

- L'inserimento delle specifiche per la codifica dei casi Covid-19.
- Nel capitolo sui tumori è stato ulteriormente precisato quando usare il codice di tumore maligno.
- Sono state dettagliate meglio le codifiche del coma diabetico e degli "esiti" degli interventi per cataratta.
- Viene indicata la codifica per le medicazioni delle piaghe con gel piastrinico.

- Sono state fatte alcune modifiche-precisazioni per la SDO neonatale per armonizzare con i controlli automatici di I-II livello e quelli di terzo livello.
- Sono state integrate alcune codifiche in ambito cardiologico (Ablazione circonferenziale delle vene polmonari per fibrillazione atriale - Pacemaker Leadless - Sindrome di Brugada) in ambito ortopedico (Dispositivo di fissazione posteriore interspinosa non peduncolare – Impianto di sostituto osteocondrale di articolazione) – in ambito urologico (intervento per stenosi del collo vescicale). Al riguardo si precisa che tali integrazioni di codifica, come indicato nel paragrafo successivo, sono principalmente frutto di risposte fornite dalla Commissione Regionale SDO insieme a gruppi di esperti per specifiche discipline, a richieste pervenute dai Nuclei di Controllo in relazione a codifiche dove sono state evidenziate criticità, pertanto hanno una funzione chiarificatrice e non costituiscono una innovazione o una modifica di una codifica preesistente. Piuttosto, invece, rappresentano una specificazione delle regole generali applicate nella prassi corrente.
- Sono state recepite le linee guida nazionali sulla SDO riabilitativa.
- Non potendo più essere usati i codici V57__ nell'ambito della riabilitazione, sono stati inseriti suggerimenti riguardo le patologie neuropsichiatriche, le dipendenze e i disturbi del comportamento alimentare.
- È stato riformulato il capitoletto sulla disciplina 60 – lungodegenza.

Ritenuto, pertanto di approvare le "*Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera (SDO) con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007 - Aggiornamento 2024"*, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con valore anche di ratifica per l'anno 2024 di tutti i chiarimenti adottati in materia, che costituisce documento tecnico di supporto alle attività dei predetti Nuclei di Controllo;

Attestato che il presente provvedimento non comporta oneri, in quanto definisce mere azioni operative a carico delle Aziende Sanitarie;

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento, ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024;

IL DIRETTORE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- Decreto del Ministro della Sanità del 27.10.2000 n. 380;
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome del 29.4.2010;
- Legge regionale 1 agosto 2024, n. 20;
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 46-117 del 2 agosto 2024;

determina

1) di approvare le "*Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera (SDO) con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007 - Aggiornamento 2024"*, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che costituisce documento tecnico di supporto alle attività dei Nuclei di

Controllo delle aziende sanitarie;

2) di stabilire che le presenti Linee Guida sono il riferimento per il monitoraggio e controllo dell'attività di ricovero da parte della Direzione Sanità della Regione Piemonte, per le finalità di cui al decreto del Ministro della Salute 7 dicembre 2016 n. 261 e s. m. i., la cui ottemperanza è posta in capo ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie e ai Legali rappresentanti di tutti gli Istituti di ricovero eroganti prestazioni per il S.S.N.;

3) che il presente provvedimento non comporta oneri, come in premessa attestato.

La presente determina sarà pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/

IL DIRETTORE (A1400B - SANITA')
Firmato digitalmente da Antonino Sottile

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire [1], archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. Linee_guida_SDO_2024.pdf
Allegato 

1 L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

Linee guida SDO

Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD9CM versione 2007. Aggiornamento 2024.

Indice

INTEGRAZIONI RISPETTO ALLA VERSIONE PRECEDENTE **13**

INTRODUZIONE **13**

ASPETTI GIURIDICO-NORMATIVI **14**

COMPITI E RESPONSABILITÀ **15**

Compilazione della SDO 15
Verifiche e controlli 15
Conclusioni 15

CONCETTI FONDAMENTALI **17**

SDO 17
Trasferimenti interni 17
Il manuale ICD-9-CM 17
Struttura dei codici diagnosi 17
Struttura dei codici intervento 18
Punto tipografico 18
Diagnosi principale 18
Diagnosi secondarie 18
Lateralità della diagnosi 19
Stadiazione condensata 19
Intervento principale 19
Gerarchia dei codici intervento 19
Interventi secondari 20
Lateralità intervento 21
Inizio intervento 21
Codici fiscali anestesista e operatori 21
Ricerca dei codici diagnosi 21
Codici combinati 22
Codifica multipla 22
Ricerca dei codici intervento 22
Via di accesso 22
Robot 23
DRG 23
Codici V 23
Codici E 23

PROBLEMI COMUNI **24**

Accessi vascolari 24
Inserimento *24*
Rimozione *24*
Anamnesi 24
Avvelenamento e intossicazione da farmaci 24
Biopsie 24
Biopsie endoscopiche *24*
Biopsie per spazzolamento (brush) o per aspirazione *25*
Biopsie in corso di intervento chirurgico *25*
Biopsia osteomidollare *25*

Chirurgia plastica dopo altro intervento....25
Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi....25
Condizioni imminenti....25
Controllo di aperture artificiali (V55._)....25
Conversione in cielo aperto....25
Cure palliative (V66.7)....26
Narcosi per DH diagnostici....26
Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi....26
Postumi....26
Prelievo di sangue....26
Prestazioni in altro ospedale....26
Resistenza agli antibiotici....27
Risultati anomali....27
Terapie ripetute....27
Trattamento non eseguito (V64.1 - V64.2 - V64.3)....27
Ricoveri programmati – mancata effettuazione intervento programmato....27
Ricovero ordinario urgente – mancata effettuazione intervento....28
Trattamento ortopedico ulteriore (V54)....28

MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE, SETTICEMIA E SEPSI....29

Stato di portatore o portatore sospetto di malattie infettive....29

INFEZIONE DA HIV, VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA UMANA....29

Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio....29
Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico....29
Setticemia o sepsi....30
Sepsi severa (SIRS da infezione)....30
Shock settico....30
Esempi di setticemia e/o sepsi....30
SIRS non da infezione....32
Senza disfunzione d'organo....32
Con disfunzione d'organo....32
Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata (041 batteriche e 079 da virus e Clamidia)....32
Infezioni nel neonato....32
Covid-19 (SARS-Cov-2)....32
Ricovero di acuzie....33
Esempio 1 – Polmonite in covid-19....34
Esempio 2 – Polmonite in covid-19 con necessità CPAP....34
Esempio 3 – Bronchite o bronchiolite acuta in covid-19....34
Esempio 4 – ARDS in covid-19....34
Esempio 5 – covid-19 non dell'apparato respiratorio....35
Esempio 6 – sepsi in covid-19 senza disfunzione d'organo....35
Esempio 7 – sepsi in covid-19 con disfunzione d'organo....35
Esempio 8 –covid-19 paucisintomatico e asintomatico....36
Esempio 9 –ricovero per altra patologia e presenza di covid-19 paucisintomatico o asintomatico....36
Esempio 10 –sospetto di patologia da covid-19 non confermato....36
Esempio 11 –ricovero precauzionale in anamnesi di covid-19....37
Esempio 12 –comparsa di covid-19 in paziente ricoverato in post acuzie....37
Esempio 13 –riabilitazione respiratoria dopo covid-19....37
Esempio 14 – riabilitazione per neuropatia critica dopo covid-19....38
Esempio 15 – riabilitazione per miopatia critica dopo covid-19....38
Esempio 16 – convalescenza dopo covid-19....38

TUMORI....39

Quando usare il codice di tumore....39
Criteri generali....39
Tumori di natura non specificata....39
Tumori di comportamento incerto....39
Osservazione per sospetto di neoplasia....40
Ricovero per diagnosi o stadiazione....40
Ricovero finalizzato al follow-up del paziente oncologico....40
Ricovero per intervento o procedura invasiva....40
Radioterapia e/o chemioterapia....40
Ricovero per cicli di immunoterapia....40
Ricovero per brachiterapia o per terapie radiometaboliche....40
Chemioembolizzazione, alcolizzazione, termoablazione....41
Chemioembolizzazione....41
Alcolizzazione....41
Termoablazione....41
Radiofrequenza....41
Metodica "stop flow"....41
Ricovero per inserimento di "accesso vascolare"....42
Ricovero per il trattamento di una complicanza....42
Ricovero per patologia acuta in paziente neoplastico....42
Estensione per contiguità o a distanza (metastasi)....42
Ricovero per cure palliative....42
Recidiva neoplastica....42
Linfoma....43
Sindrome mielodisplastica....43
Tumori della mammella....43
Ricostruzione chirurgica della mammella in paziente mastectomizzata....43
Linfonodo sentinella....43
Stato dei recettori....44
ROLL ESNOL....44
Radicalizzazioni....44
Melanoma....44
Altre neoplasie....45
Prostata....45

DIABETOLOGIA....46

Diabete mellito e complicazioni del diabete....46
Tipo di diabete....46
Complicazioni a lungo termine o croniche....46
Diabete latente....47
Diabete provocato da terapia con steroidi....47
Diabete gestazionale....47
Gravidanza in donna diabetica....47
Malfunzionamento della pompa di insulina....47
Coma diabetico da dose eccessiva di insulina o antidiabetici os....47
Recentazione necrosi diabetica e rimozione frammenti ossei necrotici....48
Asportazione di tessuto o frammento osseo in piede diabetico....48
Asportazione di tessuto necrotico (intervento in sala operatoria)....48
Asportazione di tessuto necrotico [non in sala operatoria] mediante brushing, washing, scrubbing, ecc.....49

EMATOLOGIA....50

Anemia....50
Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali....51
Ricovero per donazione di midollo osseo o di cellule staminali....51

Prelievo di midollo osseo *51*
Prelievo di cellule staminali *51*
DIFETTI DELLA COAGULAZIONE 51
Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti *51*
Trattamento con anticoagulanti senza problemi emorragici *51*
Tempo di protrombina prolungato *51*
INFUSIONE DI LINFOCITI (AUTOTRASFUSIONE) 52

DISTURBI MENTALI 53

DEMENZE 53
Demenza da m. di Alzheimer *53*
Demenza degenerativa non da Alzheimer *53*
Decadimento cognitivo esito di ictus *53*
Demenza multi-infartuale *53*
Demenza presenile "organica" *53*
Demenza senile "organica" *53*
Demenza da trauma cranico *53*
Demenza – ricovero per motivi socio-familiari *53*

TERAPIA ANTALGICA 54

INSERZIONE DI POMPA TOTALMENTE IMPIANTABILE PER INFUSIONE SPINALE 54
SOSTITUZIONE O RIMOZIONE POMPA PER INFUSIONE SPINALE 54
DENERVAZIONE E INFILTRAZIONE DELLE FACCETTE ARTICOLARI 54
RADIOFREQUENZA 54
TERMORIZOTOMIA RETRO GASSERIANA 54
DENERVAZIONE E RIMODULAZIONE A RADIOFREQUENZA 55
BLOCCHI SPINALI 55
EPIDUROLISI 55
EPIDUROSCOPIA 55
PNE TEST 55
NEUROSTIMOLAZIONE SPINALE 56
Impianto provvisorio *56*
Impianto definitivo *56*
Reimpianto *56*
Rimozione neurostimolatore *56*
NEUROSTIMOLAZIONE NERVO PERIFERICO 56
EPIDURALE SELETTIVA 57
INFILTRAZIONE NEUROLITICA 57
ANGINA PECTORIS 57

NEUROLOGIA 58

EPILESSIE 58
EMIPLEGIA E ALTRE SINDROMI PARALITICHE 58
SINCOPE 58
SCLEROSI MULTIPLA 58
Bolo cortisonico *59*
Gilenya *59*
Terapia immunosoppressiva *59*
BIOPSIA PERCUTANEA DI LESIONE CEREBRALE 59
IPERIDROSI (TRATTAMENTO CHIRURGICO) 59

OCULISTICA 60

ANESTESIA 60
INIEZIONE INTRAVITREALE 60
INNESTO DI LIMBUS E INNESTO DI MEMBRANA AMNIOTICA 60
TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA CRONICO AD ANGOLO APERTO 60

Impianto di lipociti per gravi retinopatie ... 60
Impianto di rete contenitiva per il cristallino ... 60
Interventi sul corpo vitreo ... 60
Cataratta ... 61
Problematiche IOL impiantato ... 61

CARDIOLOGIA ... 62

Infarto miocardico acuto (IMA) ... 62
IMA con sopra slivellamento ST (STEMI) ... 62
IMA senza sopra slivellamento ST (NSTEMI) ... 62
IMA STEMI in BBS o PM o DF ... 62
Re-infarto o estensione della lesione necrotica ... 62
(Re) infarto da occlusione dello stent ... 63
Stent impiantato in un ricovero precedente ... 63
Stesso ricovero, dopo alcune ore dall'impianto dello stent per IMA ... 63
Infarto perioperatorio (periprocedurale) ... 63
Angina instabile ... 64
Danno miocardico da causa non specificata (troponinosi) ... 64
Malattia coronarica cronica senza infarto ... 64
Durata superiore alle otto settimane ... 64
Complicazioni ... 64
Comorbidità ... 65
Infarto miocardico pregresso ... 65
PCI ... 65
Angioplastica coronarica ... 65
Angioplastica primaria e stadiata ... 65
Pacemaker ... 65
Defibrillatori ... 67
Loop recorder ... 67
Ablazione circonferenziale delle vene polmonari per fibrillazione atriale ... 68
Insufficienza cardiaca ... 68
Codifica dell'insufficienza cardiaca ... 69
Comorbidità ... 69
Ipertensione arteriosa ... 70
Ipertensione essenziale ... 70
Cardiopatia ipertensiva ... 70
Malattia cardiaca congestizia dovuta a ipertensione maligna (non controllata) ... 70
Malattia cardiaca ipertensiva maligna (non controllata) con insufficienza cardiaca congestizia ... 70
Malattia cardiaca congestizia con ipertensione benigna (controllata) ... 71
Nefropatia cronica ipertensiva ... 71
Cardio-nefropatia cronica ipertensiva ... 71
Cerebrovasculopatia ipertensiva ... 71
Retinopatia ipertensiva ... 71
Ipertensione transitoria ... 71
Ipertensione non controllata ... 71
Interventi percutanei sulle valvole ... 71
Valvola aortica – TAVI ... 71
Valvola mitrale ... 72
Valvola tricuspide ... 72
Valvola polmonare ... 73

CARDIOCHIRURGIA ... 74

Difetti settali ... 74
Chiusura percutanea difetto interatriale ... 74
Chiusura forame ovale ... 74

FOLLOW-UP - CONVALESCENZA PER INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO 74

CHIRURGIA VASCOLARE 75

ANGIOPLASTICA VASI PERIFERICI 75
Vasi cerebrali o pre-cerebrali *75*
Altri vasi *75*
TRATTAMENTO VARICI 75
Crossing *75*
Laserterapia endovascolare *75*
SEPS *75*
TIPSS 75
BRACHITERAPIA 75
RE INTERVENTO PER CONTROLLO DI EMORRAGIA POST-OPERATORIA 76
PORTATORI DI BY-PASS, PROTESI VALVOLARI, PACEMAKER 76
VAC THERAPY 76

PNEUMOLOGIA 77

BPCO 77
INSERIMENTO DI PROTESI FONATORIA IN PAZIENTI LARINGECTOMIZZATI 77
SOSTITUZIONE DI PROTESI FONATORIA IN PAZIENTI LARINGECTOMIZZATI 77
TERAPIA VENTILATORIA 77
Gestione dell'Insufficienza Respiratoria *78*
PROCEDURE ENDOSCOPICHE 78
Tracheali *79*
Bronchiali *79*
Ablazione percutanea *80*

OTORINOLARINGOIATRIA 81

TONSILLECTOMIA E ADENOIDECTOMIA 81
SINDROME APNEA OSTRUTTIVA NEI BAMBINI 81
TONSILLITE BATTERICA ACUTA RICORRENTE 82
OSAS 82
POLISONNOGRAFIA A 5 CANALI 82
POLISONNOGRAFIA A 7 CANALI 82
DEVIAZIONE DEL SETTO NASALE 83
Settoplastica (21.88) *83*
Rinosetto-plastica (21.84) *83*
Deviazione del setto nasale acquisita *83*
Deviazione del setto nasale congenita *83*
FRATTURA NASALE 83
EPISTASSI 84
VERTIGINI 84
LESIONI DELLE CORDE VOCALI 84

APPARATO DIGERENTE E ADDOME 85

COLICA ADDOMINALE 85
DISPLASIA DEGLI ORGANI DIGERENTI 85
ESOFAGITE CON EMORRAGIA E VARICI ESOFAGEE 85
PROTESI METALLICA ESOFAGEA 85
CHIRURGIA BARIATRICA 85
VIDEOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA CON CAPSULA 86
COMPLICAZIONI DA COLOSTOMIA ED ENTEROSTOMIA 86
ENDOPROTESI PER LA DILATAZIONE INTESTINALE DEL COLON 86
ENDOPROTESI PER LA DILATAZIONE INTESTINALE DEL RETTO 86
EMORROIDECTOMIA 86
Intervento di Starr *86*

Protesi dello sfintere anale ... 86
Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del fegato ... 87
Ernie addominali ... 87

NEFROLOGIA ... 88

Insufficienze renali acute e croniche ... 88
Malattia renale cronica ... 88
Disfunzione renale in trapiantato ... 88
Accesso venoso per dializzati ... 88

UROLOGIA ... 90

Colica renale ... 90
Idronefrosi ... 90
Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del rene ... 90
ESWL ... 90
Ematuria ... 90
Stenosi ureterale ... 90
Stenosi uretrale ... 91
Intervento per stenosi del collo vescicale ... 91
Incontinenza urinaria ... 91
Impianto di pacemaker neurali ... 91
Mapping prostatico ... 92
Intervento per la correzione del varicocele ... 92
Fimosi e frenulo breve ... 92

GRAVIDANZA, PARTO, PUERPERIO ... 93

Note generali sulla SDO materna ... 93
Parto fisiologico ... 94
Gravidanza multipla ... 94
Condizioni complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio ... 94
Condizioni infettive complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio ... 94
Parto di donna portatrice di streptococco B ... 95
Parto di donna con infezione da streptococco B ... 95
Analgesia per il travaglio di parto ... 95
Taglio cesareo ... 95
Parto non avvenuto in ospedale ... 96
Riospedalizzazione di mamma in allattamento ... 96
Ri-ospedalizzazione del neonato ... 96
Prolungamento del ricovero per nascita ... 96
Ricovero per patologia materna ... 96
IVG farmacologico ... 96
Scheda ISTAT ... 97

DERMATOLOGIA ... 98

Lesioni da decubito ... 98
Gel piastrinico ... 98
Asportazione di lesioni cutanee ... 98
Terapia fotodinamica ... 106

ORTOPEDIA ... 107

Fratture patologiche ... 107
Vertebroplastica e cifoplastica ... 107
Intervento per via endoscopica ... 107
Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio ... 107
Inserzione di Kine-spring ... 107
Legamenti crociati del ginocchio ... 107

Impianto (trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione....107
Primo intervento per autoinnesto....108
Altre patologie del ginocchio....108
Interventi sulla spalla....108
Rottura della cuffia dei rotatori....108
Lussazione ricorrente della spalla....108
Sindrome del tunnel carpale....109
Aponeurolisi percutanea (con collagene)....109
Interventi per ernia discale....109
Tecnica chirurgica a cielo aperto....109
Radiofrequenza o laser....109
Iniezione locale sostanze terapeutiche....109
Rimozione di mezzi di fissazione....109
Rimozione di mezzi di fissazione interni....109
Rimozione di filo di Kirschner o chiodo Steinmann....109
Rimozione di altro fissatore esterno....110
Rimozione di gesso o ferula....110
Metodiche rigenerative....110
Dispositivo di fissazione posteriore interspinosa non in combinazione con dispositivo di fusione intersomatica....110

MALFORMAZIONI CONGENITE....111

Regole specifiche di codifica....111

NEONATOLOGIA – PEDIATRIA....112

Note generali SDO neonato (fino a 28 giorni di vita)....112
Evento nascita....112
Diagnosi principale....112
Diagnosi secondarie....112
Vaccinazioni e screening....113
Nato morto....113
Ricovero di neonato successivamente all'evento nascita....113
Neonato sano che accompagna la madre....113
Neonato sano, nato fuori dall'ospedale e ricoverato con la madre....113
Neonato ricoverato per patologia (ricovero successivo)....113
Ricovero per osservazione di condizioni morbose sospette....113
Cause materne di morbilità e mortalità perinatale....113
Infezioni neonatali....114
Disturbi della crescita e del peso alla nascita....114
Traumi ostetrici....114
Ipossia intrauterina e problemi respiratori neonatali....114
Sofferenza fetale....114
Asfissia grave....114
Sindrome da distress respiratorio neonatale....114
Nato da madre positiva per infezione (nascita)....114
Neonato sano e con accertamenti negativi....114
Neonato asintomatico ma positivo agli accertamenti colturali e sierologici....115
Neonato sintomatico....115
Neonato asintomatico con accertamenti positivi ma non ancora dirimenti circa la possibile trasmissione dell'infezione....115
Neonato nato da madre con rottura prematura delle membrane....115
Malattia emolitica del neonato anti Rh o anti ABo....115
Ittero neonatale....115
Ittero neonatale fisiologico....116
Iperbilirubinemia con necessità di accertamenti o causa di patologia....116

Iperbilirubinemia con necessità di fototerapia ... *116*
NEONATO DA MADRE DIABETICA (NASCITA) ... 116
NATO DA MADRE CHE ASSUME SOSTANZE POTENZIALMENTE TOSSICHE ... 116
NEONATI TRASFERITI ... 117
SDO centro nascita inviante ... *117*
SDO TIN ... *117*
SDO centro nascita ricevente ... *117*

SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI ... 118

TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI ... 119

CODICI E ... 119
COMPLICAZIONI DI TRAPIANTO DI RENE ... 119
SIRS DA PROCESSI NON INFETTIVI ... 119
AVVELENAMENTO E INTOSSICAZIONE DA FARMACI ... 119

CODICI V ... 120

RICERCA DEI CODICI V ... 120

RICOVERI RIABILITATIVI DISCIPLINE 28, 56, 75 ... 121

PREMESSA ... 121
SCHEMA LOGICO ... 121
SCELTA DEI CODICI DIAGNOSI ... 121
Codici v57__ ... *121*
Diagnosi principale ... *121*
Diagnosi secondarie ... *122*
Cardinalità ... *122*
ESEMPI ... 122
MDC 1 – Sistema nervoso ... *122*
MDC 4 – Apparato respiratorio ... *123*
MDC 5 – Apparato cardiovascolare ... *123*
MDC 8 – Apparato muscolo-scheletrico ... *124*
RIABILITAZIONE PATOLOGIE NEUROPSICHIATRICHE ... 124
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE ... 124

LUNGODEGENZA (DISCIPLINA 60) ... 125

IN ALLEGATO LE TABELLE DI RIFERIMENTO ... 125

ALLEGATO LINEE GUIDA SDO 2024 – TABELLE PER SDO RIABILITATIVA ... 126

Tabelle di riferimento ... *126*
TABELLA 1 – CODICI DI PRIMA SCELTA PER SINDROME FUNZIONALE (DIAGNOSI PRINCIPALE) ... 127
TABELLA 2 – CODICI DA NON UTILIZZARE PER SINDROME FUNZIONALE (DIAGNOSI PRINCIPALE) ... 139
TABELLA 3 – CODICI V UTILIZZABILI COME DIAGNOSI EZIOLOGICA ... 140
TABELLA 4 – CODICI DA UTILIZZARE COME MARCATORI DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE ... 142
TABELLA 5 – ABBINAMENTO CODICI PROCEDURA-ESECUTORE ... 147
TABELLA 6 – ESEMPI DI PROCEDURE COMPLESSE O AD ELEVATO ASSORBIMENTO DI RISORSE ... 149
TABELLA 7 – PROCEDURE RIABILITATIVE COMPLESSE O AD ALTA TECNOLOGIA ... 151
TABELLA 8 – ESEMPI DI PROCEDURE PROXY DI OUTCOME ... 152
TABELLA 9 – PROVENIENZA ASSISTITO ... 153
TABELLA 10 – MODALITÀ DI DIMISSIONE ... 154
TABELLA 11 - SCALE DI VALUTAZIONE PER RICOVERI RIABILITATIVI DI DISCIPLINA CODICE 56 ... 155
TABELLA 12 - SCALE DI VALUTAZIONE PER RICOVERI RIABILITATIVI DI DISCIPLINA CODICE 28 ... 156
TABELLA 13 - SCALE DI VALUTAZIONE PER RICOVERI RIABILITATIVI DI DISCIPLINA CODICE 75 ... 157
TABELLA 14 – PROPOSTA DI PERCORSO RIABILITATIVO INDIVIDUALE ... 158

Integrazioni rispetto alla versione precedente

Le principali integrazioni rispetto alla versione precedente riguardano:

- L'inserimento delle specifiche per la codifica dei casi Covid-19.
- Nel capitolo sui tumori è stato ulteriormente precisato quando usare il codice di tumore maligno.
- Sono state dettagliate meglio le codifiche del coma diabetico e degli "esiti" degli interventi per cataratta.
- Viene indicata la codifica per le medicazioni delle piaghe con gel piastrinico.
- Sono state fatte alcune modifiche-precisazioni per la SDO neonatale per armonizzare con i controlli automatici di I-II livello e quelli di terzo livello.
- Sono state integrate alcune codifiche in ambito cardiologico (Ablazione circonferenziale delle vene polmonari per fibrillazione atriale - Pacemaker Leadless - Sindrome di Brugada) in ambito ortopedico (Dispositivo di fissazione posteriore interspinosa non peduncolare – Impianto di sostituto osteocondrale di articolazione) – in ambito urologico (intervento per stenosi del collo vescicale). Al riguardo si precisa che tali integrazioni di codifica, come indicato nel paragrafo successivo, sono principalmente frutto di risposte fornite dalla Commissione Regionale SDO insieme a gruppi di esperti per specifiche discipline, a richieste pervenute dai Nuclei di Controllo in relazione a codifiche dove sono state evidenziate criticità, pertanto hanno una funzione chiarificatrice e non costituiscono una innovazione o una modifica di una codifica preesistente. Piuttosto, invece, rappresentano una specificazione delle regole generali applicate nella prassi corrente.
- Sono state recepite le linee guida nazionali sulla SDO riabilitativa.
- Non potendo più essere usati i codici V57__ nell'ambito della riabilitazione, sono stati inseriti suggerimenti riguardo le patologie neuropsichiatriche, le dipendenze e i disturbi del comportamento alimentare.
- È stato riformulato il capitoletto sulla disciplina 60 – lungodegenza.

Introduzione

La Regione Piemonte ha svolto nel tempo studi e verifiche finalizzate a valutare e sostenere gli istituti di cura nella ricerca della più corretta identificazione e selezione dei codici di ICD9CM. Nel corso delle operazioni di verifica e controllo sulla corretta codificazione delle SDO effettuate negli ultimi anni, sono state evidenziate alcune difficoltà nell'interpretazione delle regole di codificazione, soprattutto in relazione alla corretta rappresentazione di alcuni interventi chirurgici e di procedure innovative. Pertanto sono state elaborate ulteriori indicazioni con la collaborazione di gruppi di esperti per specifiche discipline quali cardiologia, ortopedia e traumatologia, urologia, otorinolaringoiatria, anestesia e rianimazione (terapia del dolore) per facilitare la corretta codifica.

In queste linee guida sono contenute:

- le **regole generali** per individuare i codici delle diagnosi e degli interventi-procedure da inserire nella scheda di dimissione ospedaliera;
- le **regole specifiche** per codificare particolari situazioni cliniche.

Queste linee guida rappresentano, pertanto, un'integrazione e una maggiore specificazione delle principali fonti per la codifica delle informazioni sanitarie della SDO con particolare riferimento all'accordo tra il Governo e le Regioni, concernente l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche delle SDO del 29.4.2010 (rep. Atti 64/esr).

Il presente documento costituisce un aggiornamento delle precedenti linee guida, sia della parte generale che di quella per gruppi di patologie e sostituisce quelle precedenti.

Esse vanno quindi utilizzate e applicate per le dimissioni di tutti gli Istituti di ricovero del Piemonte.

Aspetti giuridico-normativi

In base ai decreti ministeriali 28 dicembre 1991 e 27 ottobre 2000 n. 380 (come modificato dal DM 7 dicembre 2016 n. 261)

- la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale, comprensive dell'obbligo di conservazione della documentazione cartacea o di suo equivalente documento digitale;
- tutte le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera devono trovare valida e completa documentazione analitica nelle corrispondenti cartelle cliniche.

La compilazione della SDO, la codifica e il controllo delle informazioni in essa contenute devono essere effettuate nel rigoroso rispetto delle linee guida nazionali e regionali.

I dati raccolti mediante la SDO devono essere funzionali a:

- supportare i processi di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, (come individuato all'articolo 85, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196);
- perseguire le finalità relative ai trattamenti effettuati per scopi statistici dai soggetti pubblici che fanno parte del SISTAN e ai trattamenti effettuati per scopi scientifici (articolo 98, comma 1, lettere b) e c) del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196);
- consentire una rilevazione sistematica a scopi epidemiologici.

Il DM 7 dicembre 2016 n. 261 conferma i seguenti punti:

- La SDO deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati, compresi i neonati.
- La SDO è parte integrante della cartella clinica di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.
- La cartella clinica ospedaliera costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti, che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente.
- Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura; essa, conseguentemente, coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno dell'istituto di cura ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura.
- L'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura. Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.
- In caso di ricovero diurno, la cartella clinica, e la corrispondente SDO, devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero ciclo di trattamento; ogni singolo accesso giornaliero del paziente è conteggiato come giornata di degenza e la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo contatto con l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale; la cartella clinica, e la corrispondente SDO, relative ai ricoveri diurni, devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, salvo dar luogo a una nuova cartella, e a una nuova SDO, per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero proseguire l'anno successivo.

- Nel caso di trasferimento del paziente dal regime di ricovero diurno ad altro regime di ricovero, o viceversa, il paziente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova cartella clinica e una nuova SDO.

Compiti e responsabilità

Compilazione della SDO

Secondo il DM 27/10/2000 n. 380

La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dallo stesso medico responsabile della dimissione [...].

Il medico responsabile dell'assistenza e della dimissione è, di norma, il più qualificato nell'identificare i codici e la loro gerarchia, rispondenti all'episodio di ricovero.

La SDO deve essere firmata dallo stesso medico responsabile della dimissione (art. 2 c. 3 del D.M. 380 del 27.10.2000 concernente *Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati*)

Verifiche e controlli

Il **direttore di struttura complessa** è responsabile in vigilando della compilazione e della tenuta della documentazione clinica.

Secondo l'art. 2 c. 4 del D.M. 380 del 27/10/2000

*Il **direttore sanitario dell'istituto di cura** è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.*

Conclusioni

La **corretta rappresentazione della cartella clinica** nella SDO mediante i codici ICD-9-CM è condizione indispensabile per:

- la raccolta delle informazioni sulle modalità dell'assistenza erogata
- gli studi di tipo epidemiologico.
- le valutazioni dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri nel loro complesso

La cartella clinica ospedaliera e la SDO devono **rappresentare l'intero ricovero** del paziente nell'istituto di cura nel medesimo regime assistenziale, **comprendendo eventuali trasferimenti interni**.

Nell'attuale sistema di remunerazione a tariffa l'archivio informatizzato della SDO consente inoltre di **valutare i costi e le scelte programmatiche ai vari livelli regionali e aziendali**, da cui la necessità di una raccolta accurata delle informazioni in base al principio di congruenza e che permettano le necessarie valutazioni da parte degli organismi di controllo.

Il **medico** che compila la SDO deve considerare **l'intero percorso diagnostico e terapeutico** del paziente fin dal momento del suo ricovero, inclusi i referti di procedure diagnostiche (in particolare di anatomia patologica) necessari alla corretta e conclusiva identificazione delle diagnosi e non limitarsi a segnalare i trattamenti e le diagnosi effettuati nel proprio reparto.

L'eventuale **trasferimento interno** del paziente da una struttura organizzativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione, fatto salvo quelli in post-acuzie (riabilitazione-lungodegenza) o per indicazioni specifiche.

Nel caso di **trasferimento del paziente dal regime di ricovero diurno a quello ordinario, o viceversa**, il paziente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova cartella clinica e una nuova SDO.

Concetti fondamentali

SDO

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) è

una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa" (Linee guida ministeriali 17.6.1992 "La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex D.M. 28.12.1991").

In essa le informazioni di carattere clinico sono inserite mediante i codici alfanumerici della classificazione ICD-9-CM.

Nel compilare la SDO deve essere preso in considerazione l'intero percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale e riabilitativo del paziente, dal momento del ricovero alla dimissione e, se si sono verificati trasferimenti interni, anche quanto fatto negli altri reparti.

Trasferimenti interni

Nell'ambito della stessa struttura di ricovero (si fa riferimento al codice struttura HSP11) il trasferimento del paziente tra due raparti di acuzie non deve dar luogo alla chiusura della SDO e alla apertura di una nuova SDO.

È richiesta, invece, la chiusura della SDO (dimissione) e l'apertura di una nuova SDO perché le modalità di remunerazione sono differenti al passaggio

- da regime diurno a ordinario o viceversa
- da acuzie a post acuzie o viceversa
- da riabilitazione a lungodegenza o viceversa
- da riabilitazione II livello a riabilitazione I livello o viceversa

Il manuale ICD-9-CM

Il manuale ICD-9-CM versione 2007, edito dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, è strutturato in cinque parti:

- Indice alfabetico delle diagnosi
- Elenco sistematico delle diagnosi
- Indice alfabetico degli interventi
- Elenco sistematico degli interventi
- Codici E di causa esterna

Struttura dei codici diagnosi

La maggior parte dei codici diagnosi ha cinque cifre, una minoranza quattro, pochissimi solo tre. Poiché si tratta di cifre e non di numeri (codici alfanumerici per gli informatici) gli zeri inziali hanno un significato preciso: 011.01 indica *Tubercolosi del polmone infiltrativa, esame batteriologico o istologico non effettuato* mentre 110.1 si riferisce a *Dermatofitosi dell'unghia*.

Struttura dei codici intervento

La maggior parte dei codici intervento ha quattro cifre, una minoranza solo tre. Per alcuni interventi esiste un codice per la procedura monolaterale ed uno per quella bilaterale. Nel caso di un intervento bilaterale, se non esiste il codice specifico per la bilateralità, si deve inserire due volte il codice monolaterale.

Punto tipografico

Nel manuale ICD-9-CM i codici relativi alle diagnosi e alle procedure contengono dei punti: esempio *574.00 Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, senza menzione di ostruzione*. Tali punti sono solo un espediente tipografico per agevolare la lettura e non devono essere inseriti nella SDO informatica.

Diagnosi principale

La definizione ai sensi del DM 380/2000 di diagnosi principale è la seguente:

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.

Nella SDO la diagnosi principale corrisponde al primo dei sei codici diagnosi inseribili e deve corrispondere alla patologia che ha determinato il maggior consumo di risorse durante il ricovero. Quindi è necessario:

- considerare anche quanto successo in altri reparti, qualora vi siano stati trasferimenti interni;
- non focalizzarsi sulla propria disciplina, perché un reparto di medicina può indicare una patologia chirurgica o viceversa un reparto chirurgico può indicare una patologia medica;
- tenere presente che una sala operatoria o di emodinamica o di radiologia interventistica sono strutture ad alto consumo di risorse.

Gli errori più comuni nell'indicazione della diagnosi principale sono:

- inserire il codice di un segno o di un sintomo anziché la patologia causale (si può fare solo se non esiste alcun'altra informazione);
- inserire il codice di una patologia non coerente con l'intervento chirurgico segnalato nell'apposita sezione della SDO;
- inserire un codice che nel manuale ICD-9-CM parte sistematica (la seconda) è associato a una frase del tipo "codificare prima …";
- usare un codice (di solito finiscono con uno 0 o un 9) riferibile a un quadro clinico aspecifico quando esistono alternative che forniscono un'informazione più circostanziata.

Diagnosi secondarie

I restanti cinque spazi nella SDO, riservati alle diagnosi, servono per indicare le complicazioni e le comorbilità.

Per le seguenti circostanze è obbligatorio inserire un codice nelle diagnosi secondarie:

- esito della nascita nella SDO della madre (es. V27.0 nato singolo vivo)
- infezioni
- codici aggiuntivi che servono a definire meglio la condizione clinica utilizzata come diagnosi principale (nel manuale ICD-9-CM si trova una frase del tipo "codificare anche …")

In tutti gli altri casi nelle diagnosi secondarie si devono indicare le complicazioni e le comorbilità **solo se**

1 la cartella clinica contiene chiara evidenza di maggior consumo di risorse rispetto a un caso normale per:

   1.a diagnostica mirata aggiuntiva

1.b maggiore assistenza medica

1.c maggiore assistenza infermieristica

2 è specificato nelle presenti linee guida

Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate.

Lateralità della diagnosi

Nella classificazione ICD-9-CM per alcune patologie esiste un codice specifico per la condizione bilaterale; in caso contrario è necessario usare due volte il codice relativo alla patologia monolaterale, che non distingue tra destra e sinistra.

Nella nuova SDO ad ogni campo diagnosi è associato un campo dove indicare il lato della patologia, ovviamente se non si tratta di una localizzazione anatomica unica.

Stadiazione condensata

Nella nuova SDO ad ogni campo diagnosi è associato un campo dove indicare lo stadio della neoplasia maligna utilizzando una stadiazione condensata.

Intervento principale

Il primo dei codici intervento inseribile nella SDO è detto intervento principale e deve ospitare:

- il codice dell'eventuale intervento chirurgico
- oppure, se non è stato eseguito alcun intervento chirurgico, l'atto terapeutico o diagnostico più invasivo (es. PTCA, CPRE, ecc.) oppure la terapia o l'esame più oneroso, in termini di costi di struttura, personale, materiale (vedere prospetto con la gerarchia).

Il Grouper, il programma che attribuisce i DRG, identifica l'intervento-procedura a maggior consumo di risorse in base ad una classificazione interna (v. paragrafo successivo) a prescindere dalla posizione in cui è inserito il codice (dalla prima all'undicesima) e lo confronta con la diagnosi principale. Se non riscontra una coerenza logica tra i due codici, assegna un DRG incoerente (468, 470, 476, 477). Nella maggior parte dei casi ciò avviene in presenza di una diagnosi principale medica a fronte di un intervento chirurgico. Se, ad esempio, la diagnosi principale è *482.83 Polmonite da altri batteri gram-negativi* e l'intervento secondario 2 è *81.51 Sostituzione totale dell'anca*, il Grouper assegna il DRG *468 Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale* perché non trova un nesso logico tra polmonite e PTA.

Inserire i codici intervento in ordine decrescente di assorbimento di risorse serve al compilatore per valutare a colpo d'occhio l'appropriatezza del codice diagnosi inserito in posizione principale.

In alcuni casi, specie in presenza di una diagnosi medica grave e responsabile della maggior parte della degenza, è inevitabile l'attribuzione di un DRG incoerente.

Gerarchia dei codici intervento

1 Interventi chirurgici a cielo aperto

2 Interventi per via endoscopica e/o laparoscopica

3 Altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel capitolo 16 – miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche (codici da 87._ a 99._), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, RMN, radioterapia, ecc.). Questo capitolo comprende le procedure elencate a fianco, che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG)

3.a 00.10 — impianto di agenti chemioterapici

3.b 00.15 — infusione di interleuchina – 2 ad alte dosi (IL-2)

3.c 87.53 — colangiografia intraoperatoria

3.d 88.52 — angiocardiografia del cuore destro

3.e 88.53 — angiocardiografia del cuore sinistro

3.f 88.54 — angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro

3.g 88.55 — arteriografia coronarica con catetere singolo

3.h 88.56 — arteriografia coronarica con catetere doppio

3.i 88.57 — altra e non specificata arteriografia coronarica

3.j 88.58 — roentgengrafia cardiaca con contrasto negativo

3.k 92.27 — impianto o inserzione di elementi radioattivi

3.l 92.30 — radiochirurgia stereotassica S.A.I.

3.m 92.31 — radiochirurgia fotonica a sorgente singola

3.n 92.32 — radiochirurgia fotonica multi-sorgente

3.o 92.33 — radiochirurgia particolata

3.p 92.39 — radiochirurgia stereotassica N.I.A.

3.q 94.61 — riabilitazione da alcool

3.r 94.63 — disintossicazione e riabilitazione da alcool

3.s 94.64 — riabilitazione da farmaci

3.t 94.66 — disintossicazione e riabilitazione da farmaci

3.u 94.67 — riabilitazione combinata da alcool e farmaci

3.v 94.69 — riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci

3.w 95.04 — esame dell'occhio in anestesia

3.x 96.70 — ventilazione meccanica continua, durata non specificata ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive

3.y 96.72 — ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più

3.z 98.51 — litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica

3.aa 99.10 — iniezione o infusione di agente trombolitico

4 Procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica).

5 Procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nei capitoli 0 – 15 (codici da 00.__ a 86.__), es. gastroscopia.

Interventi secondari

I restanti spazi per i codici intervento servono a ospitare

- atti chirurgici accessori all'intervento principale (codifica multipla)
- codici relativi a terapie o atti diagnostici meno onerosi-invasivi di quello indicato in posizione principale.

In alcuni casi il manuale ICD-9-CM nella parte sistematica (mai in quella alfabetica) avvisa che è necessario o opportuno utilizzare un codice intervento aggiuntivo, in posizione secondaria, per descrivere meglio quanto fatto.

Lateralità intervento

Per alcuni interventi esiste un codice specifico per la bilateralità; in caso contrario è necessario usare due volte il codice relativo all'intervento monolaterale, che non distingue tra destra e sinistra.

Nella nuova SDO ad ogni campo intervento è associato un campo dove indicare il lato.

Inizio intervento

Per ogni codice intervento nella SDO sono presenti altri quattro campi per inserire data e ora di inizio e data e ora di fine. L'obbligo di inserire tali informazioni esiste solo per un certo numero di interventi (vedere tabella allegata al disciplinare tecnico regionale) appartenenti alla classe 4 AHRQ. Per gli altri si inserisce solo la data di esecuzione (la prima).

La data e ora di inizio dell'intervento sono quelle corrispondenti all'incisione della cute. Se manca la fase di incisione con il bisturi deve essere preso a riferimento l'introduzione del catetere, dell'endoscopio, ecc.

La data e ora di fine intervento sono quelle corrispondenti alla sutura della cute, oppure all'estrazione del catetere o dell'endoscopio, ecc.

Nella SDO, *convenzionalmente*, se un codice intervento secondario fa parte dell'intervento principale, i momenti di inizio e fine devono essere quelli dell'intervento principale, sebbene nel verbale operatorio possano essere più dettagliati.

Codici fiscali anestesista e operatori

Per ogni codice intervento sono presenti quattro campi per inserire i codici fiscali dell'anestesista e di tre operatori. L'obbligo esiste solo per un certo numero di interventi (vedere tabella allegata al disciplinare tecnico regionale) appartenenti alla classe 4 AHRQ.

Nel campo codice fiscale dell'anestesista deve essere inserito il codice fiscale dell'anestesista che pratica l'anestesia. Se nel corso dell'intervento ruotano più anestesisti, si deve inserire il codice fiscale dell'**anestesista che ha seguito per più tempo il paziente**.

Anestesista come operatore: se è l'anestesista a eseguire l'intervento, il suo codice fiscale deve essere inserito nel campo del codice fiscale dell'operatore.

I campi codici fiscali dei chirurghi (o degli operatori) sono riservati ai medici che eseguono l'intervento o la procedura invasiva.

Ricerca dei codici diagnosi

Dalla formulazione diagnostica o descrizione del quadro clinico scegliere un termine da ricercare nella parte alfabetica del manuale ICD-9-CM.

Esempio:

- descrizione del quadro clinico: insufficienza **cardiaca congestizia** in **cardiomiopatia dilatativa**
- patologia **causale**: cardiomiopatia dilatativa
- termine da cercare nella parte alfabetica: cardiomiopatia

Il termine "cardiomiopatia" si trova a pagina 78
della sezione alfabetica abbinato al codice 425.4 con
solo quattro cifre.

Purtroppo, nella parte alfabetica spesso è riportato un codice con quattro cifre anche quando ne esistono a cinque, perché si ferma alla sottocategoria. Quindi, il codice individuato nella parte alfabetica deve essere cercato anche nella parte sistematica.

Riprendendo l'esempio precedente, il codice 425.4 nella parte sistematica si trova a pagina 567 e per esclusione risulta quello più adatto .

Per completare la descrizione del quadro clinico si può cercare nella parte alfabetica il termine "insufficienza" (l'elenco inizia a pagina 214)

Controllando nella parte sistematica il codice 428.0 (pagina 568) finalmente compaiono i termini "cardiaca" e "congestizia" e si scopre che il codice 428.0 (finisce con zero) è aspecifico ed è meglio utilizzare uno di quelli successivi, che precisano se si tratta di una insufficienza sistolica, o diastolica, ecc.
Questo è un classico esempio di quadro clinico che deve essere descritto con due codici diagnosi (codifica multipla).

Codici combinati

I codici combinati (o codifica combinata) sono codici che da soli descrivono quadri clinici complessi. Ad es. 404.01 indica la cardionefropatia ipertensiva maligna (ipertensione non controllata) con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica dallo stadio I allo stadio IV. Quindi non servono i codici dell'ipertensione scompensata né quello dell'insufficienza cardiaca. Bisogna, però, indicare lo stadio di IRC (codici 585.1-585.6 oppure 585.9, che essendo generico e aspecifico sarebbe meglio non usare).

Fenomeno analogo per alcuni codici intervento: ad es. il codice 65.31 indica sia l'ovariectomia monolaterale che l'approccio laparoscopico.

Codifica multipla

In altri casi, all'opposto, per descrivere un quadro clinico o un intervento sono necessari più codici. Tale necessità è sempre indicata nel manuale con frasi del tipo "codificare anche …", "codificare prima …".

Ricerca dei codici intervento

Il meccanismo della ricerca dei codici intervento è analogo a quello delle diagnosi.

Via di accesso

Dal punto di vista della via d'accesso esistono due tipologie di codici intervento:

1 codici specifici per una determinata via d'accesso, ad esempio colecistectomia per via laparotomica (51.22) e colecistectomia per via laparoscopica (51.23);

2 codici generici per i quali è necessario aggiungere in posizione secondaria un codice per specificare l'approccio mini-invasivo, per esempio

2.a artroscopia del ginocchio (80.26) da abbinare al codice della meniscectomia (80.6)

2.b laparoscopia (54.21) da abbinare a una prostatectomia laparoscopica o a una plastica erniaria laparoscopica

2.c toracoscopia (34.21) per un'asportazione di lesione polmonare in toracoscopia.

Robot

Se viene utilizzato un robot per l'effettuazione dell'intervento principale è necessario segnalarlo nel *campo 97* della SDO.

DRG

Le informazioni cliniche sotto forma di codici, insieme ad altri elementi quali il sesso, l'età del paziente, le modalità di dimissione sono utilizzate per classificare ogni ricovero in un raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG, Diagnosys Related Groups).

Il raggruppamento avviene seguendo un criterio di suddivisione apparato-organo e di assorbimento delle risorse (costi) di tutto l'ospedale, mediamente necessarie a trattare casi clinici di quel tipo.

Il sistema DRG, essendo basato sull'assorbimento delle risorse ospedaliere misurate mediante i costi, talora non è sensibile alla gravità clinica.

Codici V

I codici V sono un tipo particolare di codici diagnosi utili a descrivere una serie di circostanze che possono determinare il ricorso a prestazioni sanitarie o che comunque influenzano le condizioni di salute del paziente (vedere capitolo dedicato).

Codici E

Non devono essere inseriti nei campi riservati ai codici diagnosi, bensì nell'apposito e unico campo ad essi dedicato.

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

Problemi comuni

Accessi vascolari

Inserimento

Per il ricovero aperto per eseguire esclusivamente o principalmente per l'inserimento di accesso vascolare, la diagnosi principale deve essere *V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*.

L'inserimento si segnala con uno dei seguenti codici:

- totalmente impiantabile (es. port-a-cath): 86.07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
- non totalmente impiantabile (es. Groshong, Midline, PICC): 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

Rimozione

Se il ricovero è aperto per eseguire esclusivamente o principalmente la rimozione di accesso vascolare, la diagnosi principale deve essere *V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*.

La rimozione si indica con *86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo*.

Anamnesi

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 direttamente il trattamento erogato nel corso del ricovero.

Avvelenamento e intossicazione da farmaci

È un classico caso di codifica multipla:

- codice della sostanza che ha determinato l'avvelenamento o gli effetti tossici (pagina 798 e seguenti del manuale ICD-9-CM)
- codice relativo alle sintomatologie o manifestazioni

Biopsie

Nell'individuare il codice delle biopsie si deve prestare attenzione:

- alla distinzione tra biopsie endoscopiche e biopsie non endoscopiche;
- alle biopsie eseguite nel corso di intervento chirurgico.

Biopsie endoscopiche

- se esiste un codice specifico per la biopsia endoscopica, usare quello;
- se non esiste un codice specifico per la biopsia endoscopica è necessario utilizzare una codifica multipla indicando:
- il codice della endoscopia
- il codice della biopsia generica del tessuto interessato.

Biopsie per spazzolamento (brush) o per aspirazione

Quando si tratta di una biopsia effettuata mediante “brush” o mediante aspirazione, è necessario utilizzare il codice della corrispondente biopsia chiusa.

Biopsie in corso di intervento chirurgico

- biopsia sull’organo oggetto dell’intervento chirurgico: non codificare.
- biopsia su un organo diverso da quello oggetto dell’intervento chirurgico: utilizzare il codice della biopsia a cielo aperto o chiuso a seconda dei casi. 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.

Biopsia osteomidollare

Le biopsie osteomidollari, del midollo osseo, effettuate per via percutanea con agoaspirazione devono essere codificate esclusivamente con il codice *41.31 Biopsia del midollo osseo*.

Chirurgia plastica dopo altro intervento

Per i pazienti che hanno bisogno di chirurgia plastica in seguito ad un intervento avvenuto in un precedente ricovero mettere in diagnosi principale uno dei codici appartenenti alla categoria V51.

Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi

Nel caso dei ricoveri eseguiti per posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi in diagnosi principale inserire un codice appartenente alle categorie V52 e V53.

Se si tratta di un malfunzionamento o di una complicazione scegliere la diagnosi principale tra le categorie 996 e 997.

Un ricovero, se necessario e appropriato, per solo impianto di protesi della mammella come diagnosi principale deve avere il codice V52.4.

Condizioni imminenti

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 primitiva (termine principale) ha una sottovoce relativa al termine “imminente” o “minaccia di”; verificare anche il termine principale “minaccia di”;
- se non sono riportate le voci specifiche, seguire le modalità di codifica generali delle diagnosi, cioè utilizzando il codice della patologia.

Controllo di aperture artificiali (V55._)

L’uso dei codici V è indicato come diagnosi principale per descrivere il ricovero in caso di gestione, chiusura, ecc. di aperture artificiali (stomia).

Conversione in cielo aperto

Se l’intervento dall’approccio mininvasivo passa a quello a “cielo aperto”, in uno dei campi diagnosi secondaria si deve inserire il codice *V64.4_ - intervento per via ... convertito in intervento a cielo aperto*. La quinta cifra indica la via d’accesso mininvasiva di partenza: 1=laparoscopia, 2=toracoscopia, 3=artroscopia.

Cure palliative (V66.7)

Il codice V66.7, *Cure palliative, Assistenza terminale*, si deve utilizzare come diagnosi principale per ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative, utilizzando la diagnosi di tumore, o altra patologia, come secondaria.

Narcosi per DH diagnostici

Per codificare la narcosi o la sedazione durante DH diagnostici, usare convenzionalmente uno dei codici seguenti:

- Narcosi senza intubazione, con maschera: 89.38 Altre misure respiratorie non invasive
- Narcosi con intubazione: 96.05 Altra intubazione del tratto respiratorio
- Sedazione (valium, …): 99.26 Iniezione di tranquillanti

Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi

I codici V42.__ e V43.__ possono essere utilizzati in diagnosi principale solo per descrivere i ricoveri effettuati per terminare la convalescenza o per il follow up del paziente.

Postumi

Un postumo è un effetto causato da una malattia o da un traumatismo che permane dopo la fine della fase acuta. Non vi è un limite di tempo entro il quale il codice riguardante il postumo possa essere utilizzato. Il postumo può essere relativamente precoce come negli accidenti cerebrovascolari o può verificarsi dopo mesi o anni come nel caso dei traumatismi.

Il codice relativo alla **natura del postumo** (ossia l'**esito permanente** dell'evento acuto) deve essere riportato per primo; il codice relativo alla **causa del postumo** stesso, se non già ricompreso nel codice precedente, deve essere riportato come ulteriore diagnosi secondaria, salvo che le note del manuale ICD-9-CM indichino diversamente.

I codici per indicare la causa dei postumi possono essere reperiti nell'indice alfabetico:

- alla voce *Postumi*
- alla voce *Tardivo/i (effetto/i)*
- nelle sotto-voci del termine principale (Tubercolosi, Infarto miocardico, ecc.)

Oppure possono essere ricercati nell'elenco sistematico, sia per apparato sia nella categoria specifica dei postumi (da 905._ in poi). Ad esempio, un difetto di consolidamento di frattura dell'arto inferiore si codifica con:

- 733.81 Viziosa saldatura di frattura [natura del postumo o esito permanente]
- 905.4 Postumi di fratture di arti inferiori [causa del postumo]

Prelievo di sangue

Il prelievo di sangue venoso per eseguire esami ematologici non si codifica, perciò non usare *38.99 Altra puntura di vena*.

Prestazioni in altro ospedale

Se durante il ricovero il paziente viene portato presso un altro ospedale per essere sottoposto a una procedura diagnostica o terapeutica e ritorna nella stessa giornata:

- in uno dei campi diagnosi secondaria è necessario inserire il codice V63.8, altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici;

- in uno dei campi intervento segnalare la procedura eseguita fuori.

Tale prestazione, se eseguita in giornata, non deve comportare l'apertura di un ricovero nella struttura esterna. Se, invece, la prestazione comporta il pernottamento, la struttura inviante deve dimettere il paziente e la struttura esterna che esegue la prestazione deve aprire un ricovero.

Se il paziente viene portato al pronto soccorso, è necessario chiudere la SDO. A questo proposito fare riferimento alla Deliberazione della Giunta Regionale 7 novembre 2016, n. 17-4167.

Resistenza agli antibiotici

Se il ricovero è complicato da una resistenza agli antibiotici, in diagnosi secondaria utilizzare uno dei seguenti codici V:

- V09.0 Infezione da microrganismi resistenti alla penicillina. Infezione da staphylococcus aureus meticillino-resistente (MRSA)
- V09.1 Infezione da microrganismi resistenti alle cefalosporine e ad altri antibiotici B-lattamici
- V09.2 Infezione da microrganismi resistenti ai macrolidi
- V09.3 Infezione da microrganismi resistenti alle tetracicline
- V09.4 Infezione da microrganismi resistenti agli aminoglicosidi
- V09.50 Infezione da microorganismi resistenti a chinoloni e fluorochinoloni **non** multipli
- V09.51 Infezione da microorganismi resistenti a chinoloni e fluorochinoloni multipli
- V09.6 Infezione da microorganismi resistenti a sulfamidici
- V09.70 Infezione da microorganismi resistenti ad altri agenti antimicobatterici specifici senza menzione di resistenza ad agenti antimicobatterici multipli
- V09.71 Infezione da microorganismi resistenti ad altri agenti antimicobatterici specifici con resistenza ad agenti antimicobatterici multipli
- V09.80 Infezione da microorganismi resi- stenti ad altri farmaci specificati sen- za menzione di resistenza a farmaci multipli (es. vancomicina)
- V09.81 Infezione da microorganismi resi- stenti ad altri farmaci specificati con resistenza a farmaci multipli (es. vancomicina)

Risultati anomali

I risultati anomali di esami diagnostici (790.__ — 796.__) non devono essere riportati nella SDO, salvo abbiano una particolare rilevanza clinica e influenzino il ricovero in corso.

Terapie ripetute

Alcune terapie mediche e riabilitative sono ripetute più volte durante il ricovero. È sufficiente menzionarle una sola volta, indicando la data dell'inizio della terapia. Ad esempio, basta un solo codice di infusione di emazie concentrate (99.04) anche se le trasfusioni sono più di una.

Trattamento non eseguito (V64.1 - V64.2 - V64.3)

I codici V64._ servono a indicare la mancata esecuzione dell'intervento programmato; non servono a indicare il rinvio nei giorni successivi nell'ambito dello stesso ricovero.

Ricoveri programmati – mancata effettuazione intervento programmato

Se la causa della mancata esecuzione dell'intervento programmato

1. era rintracciabile mediante la valutazione preoperatoria (fatta alcuni giorni prima o nello stesso giorno del ricovero)
2. è dovuta a problemi di accessibilità-disponibilità della sala operatoria

il ricovero deve essere annullato (purché non vi sia pernottamento). Parimenti deve essere annullato se la mancata esecuzione deriva dalla revoca del consenso.

Il ricovero non deve essere annullato se la controindicazione compare a ridosso dell'intervento (es. deformità tracheale che rende impossibile l'intubazione, aritmia durante l'induzione dell'anestesia, ecc.) o se la revoca del consenso avviene in extremis.

Nel rispetto delle precedenti limitazioni, la mancata esecuzione dell'intervento programmato si indica con uno dei seguenti tre codici diagnosi:

- V64.1 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione
- V64.2 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per decisione del paziente
- V64.3 Procedura non eseguita per altre ragioni

Ricovero ordinario urgente – mancata effettuazione intervento

Nel caso di ricovero ordinario urgente, nell'ambito del quale il necessario intervento chirurgico non viene eseguito per la comparsa di una controindicazione, per il rifiuto del paziente, per altri motivi, le diagnosi devono essere codificate come segue:

- diagnosi principale: codice della patologica causa del ricovero urgente
- diagnosi secondaria 1: V64.1 o V64.2 o V64.3
- diagnosi secondaria 2: codice diagnosi della patologia controindicante oppure di comorbilità o complicanza

N.B. Se l'intervento è semplicemente rimandato nei giorni successivi **senza** interruzione del ricovero, il codice V64._ **non deve essere utilizzato**.

Se la patologia controindicante si trasforma nel problema principale del ricovero, essa diventa la diagnosi principale e non è necessario utilizzare il codice V64.1.

Trattamento ortopedico ulteriore (V54)

Inserire in diagnosi principale un codice della categoria V54 per i ricoveri eseguiti per la rimozione di placche o di viti; in tali casi non deve essere indicata la patologia di base (vedere capitolo "Ortopedia").

Malattie infettive e parassitarie, setticemia e sepsi

Questo primo capitolo del manuale ICD-9-CM comprende le categorie dalla 001 alla 139. Si ricorda che vanno trascritti anche gli zeri iniziali così come riportato nella classificazione.

Stato di portatore o portatore sospetto di malattie infettive

In assenza di manifestazioni cliniche, la condizione di portatore o portatore sospetto di malattie infettive specificate potrà essere segnalata utilizzando il codice appropriato della categoria V02._ - Portatore o portatore sospetto di malattie infettive.

Infezione da HIV, virus dell'immunodeficienza umana

Nella classificazione ICD-9-CM l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana viene descritta con un unico codice, 042, che comprende i seguenti quadri clinici:

- 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; in diagnosi secondaria saranno riportati i codici per indicare tutte le manifestazioni che influenzano l'assistenza erogata al paziente. Fanno eccezione i ricoveri per una patologia non correlata a HIV.

Lo stato di sieropositività asintomatico va descritto con il codice *V08 Stato infettivo asintomatico da virus immunodeficienza umana (HIV)*.

Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio

Per le malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio, deve essere utilizzata la categoria 647. Particolare attenzione va posta nella specificazione della quinta cifra, che indica la relazione con il periodo pre- peri- o post parto.

Nel caso di pazienti con infezione da HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio, in diagnosi principale occorre utilizzare il codice 647.6_ e in diagnosi secondaria il codice 042, per la paziente con HIV sintomatico, o il cod. V08 per la paziente sieropositiva asintomatica. Vedere a tale proposito anche il capitolo "Gravidanza, parto e puerperio".

Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico

Nel 1991, la American College of Chest Physicians e la American Society of Critical Care Medicine pubblicarono le definizioni di SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) e sepsi.

Quadro clinico	Descrizione
SIRS	Devono essere presenti due o più dei seguenti criteri • Ipotermia (<36°) o ipertermia (>38°)

Quadro clinico	Descrizione
	• Tachicardia (>90 battiti al minuto) • Tachipnea (>20 respiri al minuto) o tensione CO2<32 mmHG • Leucopenia (<4000 mm^3) o leucocitosi (>12000 mm^3)
Sepsi	SIRS dovuta a infezione
Sepsi severa	Sepsi con evidenze d'ipoperfusione d'organo
Shock settico	Sepsi severa con ipotensione (sistolica <90 mmHg) nonostante la terapia

Setticemia o sepsi

È necessario utilizzare una codifica multipla:

- per primo si deve inserire il codice della setticemia, ad esempio 038.11 - setticemia da stafilococco aureo. Se non esiste un codice di setticemia specifico per il microrganismo causale, usare il codice 038.8 - altre forme di setticemie.
- quindi si deve inserire il codice 995.91 - sepsi (SIRS da processo infettivo).
- inoltre deve essere sempre specificata la patologia che ha causato la setticemia-sepsi (es. influenza con polmonite 487.0).
- in caso di setticemia postoperatoria mettere in diagnosi secondaria anche il codice 998.59 Altra infezione postoperatoria (ascesso, postoperatorio, setticemia postoperatoria).

Sepsi severa (SIRS da infezione)

La sepsi severa si codifica con tre codici (codifica multipla):

- codice della setticemia (es. 038.3)
- 995.92 - sepsi severa
- codice/i per la disfunzione d'organo acuta (es. 518.81 - insufficienza respiratoria acuta) [vedere pag. 808 dell'elenco sistematico].

Shock settico

Lo shock settico si codifica con una serie di codici (codifica multipla):

- codice della setticemia
- 995.92 - sepsi severa
- codice/i per la disfunzione d'organo acuta (es. 518.81 - insufficienza respiratoria acuta) [vedere pag. 808 dell'elenco sistematico]
- 785.52 - shock settico.

Esempi di setticemia e/o sepsi

Qui di seguito si riportano alcuni esempi di codifica della setticemia-sepsi. Negli esempi in cui è presente il codice della sepsi si suggerisce anche un codice E di esempio. Si ricorda che i codici E devono essere inseriti nell'apposito campo e non nei campi delle diagnosi.

Quadro clinico	Esempio di codifica
Setticemia da infezione di tracheostomia (es. da Staf. aureus)	• 038.11 Setticemia da Staf. Aureus • 519.01 Infezioni della tracheostomia
Setticemia da infezione di colostomia o enterostomia	• 038._ setticemia da ... • 569.61 infezione di colostomia-enterostomia

Quadro clinico	Esempio di codifica
Setticemia da catetere vascolare	• 038._ Setticemia da ... • 996.62 Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti vascolari • Esempio E8728 Fallimento delle precauzioni per garantire la sterilità durante una procedura - Altre procedure specificate
Setticemia da catetere urinario (es. da Staf. aureus)	• 038.11 Setticemia da stafilococ-co aureo • 996.64 infezione e reazione infiammatoria da dispositivo interno • Esempio E8796 Proc. senza evid. inc. al momento della proc., come causa di reaz. al paz., o di suc. incidente - Cateterismo urinario
Setticemia da polmonite pneumococcica	• 038.2 Setticemia pneumococcica • 481 Polmonite pneumococcica
Sepsi stafilococcica MRSA complicante una polmonite	• 03811 - setticemia da stafilococco aureo • 4929 - polmonite batterica non specificata • V090 - infezione da microrganismi resistenti alla penicillina • 99591 – sepsi • Esempio E8496 per l'insorgenza in ospedale
Setticemia da infezione vie urinarie da pseudomonas	• 038.43 Setticemia da pseudomonas • 599.0 Infezione del sistema urinario, sito non specificato.
Urosepsi, sepsi secondaria a infezione delle vie urinarie (es. cistite acuta)	• 038.42 Setticemia da E. coli • 995.91 Sepsi • 595.0 Cistite acuta • Esempio E8490 per quadro settico insorto a casa
Sepsi da nadir	• 038.9 Setticemia non specificata (oppure un codice di setticemia più specifico) • 288.03 Neutropenia indotta da farmaci
Sepsi da neutropenia	• 038.9 Setticemia non specificata (oppure un codice di setticemia più specifico) • 288.0_ Neutropenia ...
Influenza complicata da polmonite e shock settico e insufficienza renale acuta.	• 038.9 Setticemia non specificata • 487.0 Influenza con polmonite • 995.92 sepsi severa [con disfunzione d'organo] • 785.52 Shock settico • 584.9 IRA non specificata [come esempio di codice di disfunzione d'organo] • Esempio E8490 per quadro settico insorto a casa
Embolia settica arteriosa	• 038._ Setticemia da ... • codice infezione di base (es. 421.0 Endocardite o 513.0 Ascesso polmonare) • codice sede dell'embolizzazione (433.00-433.91 o 444.0-444.9) • 995.91 Sepsi o 995.92 Sepsi con disfunzione d'organo, se presenti. • Esempio E8112 Inc. traf. veic. mot. rientrante riguard. col. con altro veic. mot. – Motociclista, se il quadro clinico fosse conseguente a un incidente in motocicletta.

Quadro clinico	Esempio di codifica
Embolia polmonare settica	• 038._ Setticemia da ... • 415.19 Altre forme di embolia polmonare e infarto polmonare

SIRS non da infezione

La SIRS non dovuta a infezione (trauma, pancreatite ...) si codifica con 995.93 (senza disfunzione d'organo) o 995.94 (con disfunzione d'organo). I codici della SIRS devono essere preceduti dal codice della malattia causale.

Senza disfunzione d'organo

- Codice patologia causale, es. pancreatite acuta (577.0)
- 995.93 - SIRS senza disfunzione d'organo

Con disfunzione d'organo

- Codice patologia causale, es. pancreatite acuta (577.0)
- 995.94 - SIRS con disfunzione d'organo
- codice/i per la disfunzione d'organo acuta (es. 518.81 - insufficienza respiratoria acuta)

Qualora sia richiesta la presenza di un codice E, se non è possibile identificarne un altro, usare un codice relativo al luogo dell'evento scatenante, ad esempio E849.0 per l'abitazione o E849.7 per l'ospedale [vale solo per i ricoveri ordinari; vedere disciplinare tecnico del flusso SDO].

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

Sono diagnosi aggiuntive che possono essere utilizzate per indicare l'agente patogeno responsabile (es. Prostatite acuta da streptococco A: codice 601.0 + codice 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.

Infezioni nel neonato

Le infezioni specifiche del periodo perinatale (quelle acquisite prima e durante il parto o entro i 28 giorni dalla nascita) sono riportate alla categoria 771 Infezioni specifiche del periodo perinatale.

Nella codifica di questi casi si raccomanda di porre particolare attenzione alle note di inclusione ed esclusione. La scelta di questa codifica deriva dalla necessità di identificare in maniera univoca tutti i ricoveri contestuali alla nascita. Per le condizioni specifiche di infezione neonatali fare riferimento al capitolo "Neonatologia-Pediatria".

Covid-19 (SARS-Cov-2)

I codici diagnosi relativi all'infezione da SARS-Cov-2 sono i seguenti.

Quadro clinico	Virus identificato	Virus non identificato
COVID-19 conclamata	043.11	043.12
COVID-19 paucisintomatica	043.21 [1]	043.22 [1]

COVID-19 asintomatica	043.31 [1]	043.32 [1]
Polmonite in COVID-19	480.41	480.42
Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19	518.91	518.92
Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19	519.71	519.72

[1] Se presenti in diagnosi principale non giustificano il ricovero.

Per virus **identificato** si intende la positività ad almeno uno dei seguenti test: • Tampone nasofaringeo, positivo • Test integrato IgM ELISA e PCR • Test immunocromatografico rapido con immunodosaggio a flusso laterale • Altro test immunologico • Altro test diagnostico specificato	Per virus **non identificato** si intendono le seguenti situazioni: • COVID-19 diagnosticata a livello clinico-epidemiologico • COVID-19 probabile • COVID-19 sospetta

Vi sono, inoltre, i seguenti codici.

Quadro clinico	**Codice**	**Note**
Esposizione a SARS-CoV-2	V01.85	
Necessità di isolamento per rischio collegato a infezione da SARS-CoV-2	V07.00	[2]
Anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)	V12.04	
Osservazione e valutazione per sospetta esposizione a SARS-CoV-2	V71.84	[3]

[2] Ricovero per proteggere l'individuo dal suo ambiente o per isolare l'individuo dopo contatto con malattie infettive.
[3] Questo codice deve essere utilizzato per persone che non presentano segni o sintomi di malattia e che non hanno una precedente diagnosi di malattia, ma che si sospetta abbiano una condizione patologica che però non è confermata dalle indagini eseguite. Questo codice è utilizzato per motivi amministrativi o legali.

Ricovero di acuzie

Le seguenti indicazioni si applicano ai ricoveri per acuti.

Ricovero di acuzie per	**Diagnosi**	**Virus identificato**	**Virus NON identificato**
Polmonite sintomatica con manifestazioni cliniche severe o critiche	Principale	480.41	480.42
Bronchite o infezione delle vie respiratorie inferiori (non polmonite) con manifestazioni cliniche severe o critiche	Principale	519.71	519.72
ARDS (ventilazione invasiva con IOT o tracheostomia) (*)	Principale	518.91 (**)	518.92 (**)
Polmonite con insufficienza respiratoria e ventilazione invasiva (*)	Principale	518.91 (**)	518.92 (**)
	Secondaria	480.41	480.42
Polmonite con insufficienza respiratoria trattata con CPAP (93.90)	Principale	518.81	518.81
	Secondaria	480.41	480.42
Polmonite con insufficienza respiratoria trattata con ossigenoterapia (93.96) [occhialini o maschera]	Principale	480.41	480.42
	Secondaria 1	518.81	518.81
	Secondaria 2	V46.2	V46.2

Altra patologia non respiratoria da SARS-Cov2 con maggior assorbimento di risorse e presenza contemporanea di Covid-19 conclamato	Principale	Codice altra patologia	Codice altra patologia
	Secondaria	043.11	043.12
Altra patologia non respiratoria da SARS-Cov2 con maggior assorbimento di risorse e presenza	Principale	Codice altra patologia	Codice altra patologia
	Secondaria	043.21	043.22

(*) Solo se nella SDO è presente un codice intervento di ventilazione invasiva (96.7_) associato al codice della tracheostomia temporanea (31.1) o a quello della intubazione oro-tracheale (96.04).
(**) Il concetto di insufficienza respiratoria è implicito nel codice e **non si deve usare** il codice aggiuntivo 51881.

Esempio 1 – Polmonite in covid-19

Caso di polmonite in covid-19 senza significativi problemi respiratori (tutt'al più necessità di arricchimento di ossigeno)

Diagnosi	Virus identificato	Virus non identificato
Principale	480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato	480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato
Secondaria	Codici eventuali complicanze e comorbilità	Codici eventuali complicanze e comorbilità

Esempio 2 – Polmonite in covid-19 con necessità CPAP

Caso di polmonite in COVID-19 con necessità di CPAP (insufficienza respiratoria tipo I)

Diagnosi	Virus identificato	Virus non identificato
Principale	518.81Insufficienza respiratoria acuta	518.81Insufficienza respiratoria acuta
Secondaria	480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato	480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato

Il codice intervento per indicare la CPAP è 93.90.

Esempio 3 – Bronchite o bronchiolite acuta in covid-19

Caso di bronchite acuta o di bronchiolite acuta in COVID-19, sintomatico, con manifestazioni cliniche severe o critiche per il quale l'infezione da COVID-19 costituisce il motivo principale del consumo di risorse nel ricovero.

Diagnosi	Virus identificato	Virus non identificato
Principale	519.71 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus identificato	519.72 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato
Secondaria	Codici eventuali complicanze e comorbilità	Codici eventuali complicanze e comorbilità

Esempio 4 – ARDS in covid-19

Caso di sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19

Diagnosi	Virus identificato	Virus non identificato
Principale	518.91 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus identificato	518.92 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus non identificato

	Nota: l'insufficienza respiratoria è implicita nel codice 518.91	Nota: l'insufficienza respiratoria è implicita nel codice 518.92
Secondaria	Codici eventuali complicanze e comorbilità	Codici eventuali complicanze e comorbilità

Si ricordano i seguenti codici intervento:

- Tracheostomia temporanea 31.1
- IOT 96.04
- Ventilazione meccani continua <96 ore 96.71
- Ventilazione meccanica continua >=96 ore 96.72

Esempio 5 – covid-19 non dell'apparato respiratorio

Nel caso di manifestazioni cliniche **non** dell'apparato respiratorio causate dall'infezione COVID-19, codificare come segue.

Diagnosi	**Virus identificato**	**Virus non identificato**
Principale	Codice della patologia non respiratoria causata dal virus SARS-CoV-2	Codice della patologia non respiratoria causata dal virus SARS-CoV-2
Secondaria 1	043.11 COVID-19 conclamata, virus identificato oppure 043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato	043.12 COVID-19 conclamata, virus non identificato oppure 043.22 COVID-19 paucisintomatica, virus non identificato
Secondarie 2-5	Codici eventuali complicanze e comorbilità	Codici eventuali complicanze e comorbilità

Esempio 6 – sepsi in covid-19 senza disfunzione d'organo

Per i casi di sepsi in covid-19 senza disfunzione d'organo codificare come segue.

Diagnosi	**Virus identificato**	**Virus non identificato**
Principale	043.11 COVID-19 conclamata, virus identificato	043.11 COVID-19 conclamata, virus non identificato
Secondaria 1	995.91 Sepsi	995.91 Sepsi

Esempio 7 – sepsi in covid-19 con disfunzione d'organo

Invece, se nella sepsi in covid-19 è presente la disfunzione d'organo codificare come segue.

Diagnosi	**Virus identificato**	**Virus non identificato**
Principale	043.11 COVID-19 conclamata, virus identificato	043.11 COVID-19 conclamata, virus non identificato
Secondaria 1	995.92 Sepsi severa	995.92 Sepsi severa
Secondarie 2-5	Codici relativi alla disfunzione d'organo	Codici relativi alla disfunzione d'organo

Per segnalare la disfunzione d'organo si ricordano i seguenti codici:

- 518.81 Insufficienza respiratoria acuta
- 35981 Miopatia in malattia critica
- 357.82 Polineuropatia in malattia critica
- 286.6 malattia da defibrinazione (CID)

- 348.31 Encefalopatia metabolica
- 570 Necrosi acuta e subacuta del fegato
- 584.5 – 584.9 Insufficienza renale acuta …
- 428.0 – 428.9 Insufficienza cardiaca …
- 785.52 Shock settico.

Nello scegliere quale danno d'organo indicare, non essendovi lo spazio per tutte le possibili condizioni, privilegiare quelle che hanno determinato il maggior consumo di risorse (es. ventilazione meccanica, emodialisi, contro pulsatore aortico, ecc.).

Esempio 8 –covid-19 paucisintomatico e asintomatico

I codici relativi al covid-19 paucisintomatico (043.21 e 043.22) e asintomatico (043.31 e 043.32) in diagnosi principale servono per i ricoveri precauzionali a causa delle altre patologie di cui è affetto il paziente.

Diagnosi	**Virus identificato**	**Virus non identificato**
Principale	043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato	043.22 COVID-19 paucisintomatica, virus non identificato
Secondaria	Codici comorbilità	Codici comorbilità

Diagnosi	**Virus identificato**	**Virus non identificato**
Principale	043.31 COVID-19 asintomatica, virus identificato	043.32 COVID-19 asintomatica, virus non identificato
Secondaria	Codici comorbilità	Codici comorbilità

Esempio 9 –ricovero per altra patologia e presenza di covid-19 paucisintomatico o asintomatico

Se il paziente è ricoverato per trattare una determinata patologia e nel contempo risulta essere affetto da covid-19 paucisintomatico o asintomatico, codificare come segue.

Diagnosi	**Virus identificato**	**Virus non identificato**
Principale	Codice della patologia causa del ricovero	Codice della patologia causa del ricovero
Secondaria 1	043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato	043.22 COVID-19 paucisintomatica, virus non identificato
Secondarie 2-5	Codici eventuali complicanze e comorbilità	Codici eventuali complicanze e comorbilità

Esempio 10 –sospetto di patologia da covid-19 non confermato

Nel caso di una patologia che inizialmente si sospetti sia causata da covid-19 ma che, dopo gli esami diagnostici, non risulti causata da covid-19 (tipico esempio una polmonite risultata essere di eziologia diversa covid-19 alla fine dell'iter diagnostico), codificare come segue.

Diagnosi	**Codifica**
Principale	Codice della patologia
Secondaria 1	• V01.85 Esposizione a SARS-CoV-2 • oppure V71.84 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione a SARS-

Diagnosi	Codifica
	CoV-2 • oppure V07.00 Necessità di isolamento per rischio collegato a infezione da SARS-CoV-2
Secondarie 2-5	Codici eventuali complicanze e comorbilità

Esempio 11 –ricovero precauzionale in anamnesi di covid-19

Nel caso di ricovero per rischi potenziali di malattia in relazione all'anamnesi personale di infezione covid-19, codificare come segue.

Diagnosi	Codifica
Principale	Codice della patologia o condizione a rischio
Secondaria	V12.04 Anamnesi personale di malattia da SARS- CoV-2 (COVID-19)

Esempio 12 –comparsa di covid-19 in paziente ricoverato in post acuzie

Per un paziente già ricoverato in post acuzie e che sviluppa un quadro clinico compatibile con l'infezione covid-19 o risulta positivo ai test codificare come segue.

Diagnosi	Virus identificato	Virus non identificato
Principale	Codice relativo alla sindrome funzionale-disabilità che ha determinato il ricovero in post acuzie (vedere la sezione dedicata alla post acuzie)	Codice relativo alla sindrome funzionale-disabilità che ha determinato il ricovero in post acuzie (vedere la sezione dedicata alla post acuzie)
Secondaria (cardinalità C)	• 043.11 COVID-19 conclamata, virus identificato • oppure 043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato • oppure 043.31 COVID-19 asintomatica, virus identificato • oppure 480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato Nota: il campo presenza all'ammissione deve essere valorizzato con 0 (= No)	• 043.12 COVID-19 conclamata, virus non identificato • oppure 043.22 COVID-19 paucisintomatica, virus non identificato • oppure 043.32 COVID-19 asintomatica, virus non identificato • oppure 480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato Nota: il campo presenza all'ammissione deve essere valorizzato con 0 (= No)

Esempio 13 –riabilitazione respiratoria dopo covid-19

Per i ricoveri in disciplina 28, 56, 75 per riabilitazione respiratoria dopo infezione da covid-19, codificare come segue.

Diagnosi	Virus identificato
Principale	786.09 Altre dispnee e anomalie respiratorie *
Secondaria (cardinalità C)	V12.04 Anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2

* Presente nella tabella 1 delle linee guida ministeriali e afferente alla MDC 4.

Esempio 14 – riabilitazione per neuropatia critica dopo covid-19

Per i ricoveri in disciplina 28, 56, 75 per riabilitazione di neuropatia critica dopo infezione da covid-19, codificare come segue.

Diagnosi	Virus identificato
Principale	357.82 Polineuropatia in malattia critica*
Secondaria (cardinalità C)	V12.04 Anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2

* Non presente nella tabella 1 delle linee guida ministeriali, ma afferente alla MDC 1.

Esempio 15 – riabilitazione per miopatia critica dopo covid-19

Ricovero in disciplina 28, 56, 75 per riabilitazione di miopatia critica dopo infezione da COVID-19dopo infezione da covid-19, codificare come segue.

Diagnosi	Virus identificato
Principale	359.81 Miopatia in malattia critica *
Secondaria (cardinalità C)	V12.04 Anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2

* Non presente nella tabella 1 delle linee guida ministeriali, ma afferente alla MDC 1.

Esempio 16 – convalescenza dopo covid-19

Nel caso di ricovero in lungodegenza (disciplina 60) dopo covid-19 usare la seguente codifica.

Diagnosi	Virus identificato
Principale	V66.5 Convalescenza successiva ad altro trattamento
Secondaria	V12.04 Anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2

In presenza di quadro clinico Covid individuato dalle seguenti codifiche previste dal DM 28 ottobre 2020 (GU n. 26 del 01/02/2021):

043.11, 043.21, 043.31,
480.41, 519.71, 518.91,
043.12, 043.22, 043.32,
480.42, 519.72, 518.92,
V01.85, V07.00, V12.04, V71.84

non è consentito l'utilizzo dei seguenti codici diagnosi:

V07.08, 079.82, 079.89, 078.89,
480.3, 480.8, 484.8,
518.82,
460, 462, 463,
464.00, 464.01, 464.10, 464.11, 464.20, 464.21,
465.0, 465.8, 465.9,
466.0, 466.11, 466.19,
490,
511.1, 511.8, 511.9,513.0
V01.82, V71.83, 519.8, V07.0, V01.79

Tumori

Nella parte alfabetica del manuale ICD-9-CM alla voce neoplasia/neoplastico si trova la tavola sinottica dove le neoplasie sono elencate in ordine alfabetico e per sede (pagg. 270-293).

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

Nella sezione dei tumori maligni primitivi (da 140 a 195) la quarta cifra indica la parte anatomica dell'organo interessato dal tumore (esempio: tumore maligno dello stomaco 151, con sede al cardias, 151.0).

Nella sezione riguardante i tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico (200-208), per le categorie 200-202, la quinta cifra indica la sede interessata (es: micosi fungoide, linfonodi intraddominali, 202.13) mentre per le categorie 203-208 la quinta cifra identifica se si tratta di malattia in remissione o meno.

Se è eseguito l'esame istologico, l'episodio di ricovero andrà considerato concluso soltanto se presente in cartella il referto, in quanto questo solo consente una corretta individuazione del codice diagnosi.

Quando usare il codice di tumore

Criteri generali

Codice di neoplasia in diagnosi principale

Il codice di neoplasia in diagnosi principale, specie se relativo a neoplasie maligne, deve essere utilizzato solo nei seguenti casi:

1. ricovero in cui è stata fatta la diagnosi (tumore primitivo);
2. ricovero durante il quale il tumore è trattato (tumore primitivo);
3. ricovero per trattare la recidiva (tumore recidivo)
4. ricovero per trattare la localizzazione secondaria (tumore metastatico)

Se l'esame istologico sul pezzo operatorio (es. colecisti) rivela una microscopica lesione tumorale maligna, il relativo codice deve essere messo in diagnosi **secondaria**.

Se non ricorrono le circostanze illustrate nei punti 1–4, il codice di neoplasia **non deve** essere messo in diagnosi principale.

Codice neoplasia in diagnosi secondaria

In conformità alle regole generali per l'inserimento di una diagnosi secondaria, il codice di neoplasia in posizione secondaria può essere inserito solo se la neoplasia è presente ed ha determinato un assorbimento di risorse (esami e terapie specifiche).

Tumori di natura non specificata

I codici della categoria 239 Tumori di natura non specificata [benigno/maligno], sono da usare soltanto nei casi in cui il manuale ICD-9-CM indica specificatamente l'uso di tali codici o nei casi in cui non sia stato possibile arrivare ad una diagnosi certa (es. impossibilità di ottenere un riscontro citologico-istologico, trasferimento ad altra struttura prima dell'esecuzione di una biopsia). **Questi codici non servono come escamotage qualora non sia ancora a disposizione il referto anatomopatologico**.

Tumori di comportamento incerto

I tumori di comportamento incerto (dal codice 235.0 al 238.9) sono tumori ben definiti sul piano isto-morfologico, dei quali non può essere previsto, al momento della diagnosi, il successivo comportamento clinico benigno o maligno. **Questi codici non servono come escamotage qualora non sia ancora a disposizione il referto anatomopatologico**.

Osservazione per sospetto di neoplasia

Se non è stata trovata alcuna lesione neoplastica dopo approfondito iter diagnostico e non è possibile identificare alcuna altra patologia (es. flogosi, fibrosi, ecc.), si utilizzerà in DP il codice V71.1. Ad esempio, nel caso di biopsie prostatiche negative per neoplasie con referto istologico di:

- processo prostatitico cronico, la diagnosi principale diventa prostatite cronica, 601.8 (altra prostatite cronica)
- displasia PIN I o II, la diagnosi principale sarà 602.3 (displasia della prostata).

Ricovero per diagnosi o stadiazione

Quando il ricovero è finalizzato alla diagnosi della neoplasia primaria o secondaria, deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia rispettivamente primitiva o secondaria, anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia.

Ricovero finalizzato al follow-up del paziente oncologico

Quando il ricovero ordinario è finalizzato al follow-up del paziente oncologico, si possono verificare le seguenti condizioni:

- follow-up negativo per ripresa di malattia. In tal caso si possono utilizzare i codici della categoria V10.__ Anamnesi personale di tumore maligno;
- follow-up positivo per recidiva e/o metastasi. In tal caso si codifica in diagnosi principale la recidiva o la metastasi.

Ricovero per intervento o procedura invasiva

Se il ricovero comporta l'intervento chirurgico o altra procedura invasiva per una neoplasia, primitiva o secondaria, seguita da chemioterapia o radioterapia, deve essere selezionata quale diagnosi principale la neoplasia primitiva o secondaria.

Per l'inserzione di dispositivi necessari al trattamento vedere capitolo "Problemi comuni a tutte le specialità".

Radioterapia e/o chemioterapia

Premesso che la radioterapia e la chemioterapia sono prestazioni da eseguirsi in generale in regime ambulatoriale, nel caso in cui sia necessario il ricovero (ordinario o day hospital) devono essere specificate in cartella le motivazioni che giustificano il ricovero. Quando un paziente è ricoverato per eseguire prevalentemente o esclusivamente la radioterapia o la chemioterapia, anche se nel corso del ricovero (ordinario o diurno) 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 (V58.11).

Ricovero per cicli di immunoterapia

Utilizzare i seguenti codici:

- diagnosi principale: V58.12 Immunoterapia antineoplastica
- procedure: 99.28 Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici (immunoterapia antineoplastica).

Ricovero per brachiterapia o per terapie radiometaboliche

Per il ricovero finalizzato all'esecuzione di brachiterapia o di terapie radiometaboliche per neoplasie maligne, codificare nel modo seguente:

- Diagnosi principale: V58.0 - radioterapia
- Diagnosi secondaria: codice della neoplasia maligna
- Intervento principale: 92.2_ - (la quarta cifra varia in base al trattamento radioterapico; vedere pag. 1105 del manuale ICD-9-CM)

Il codice 92.27 impianto e inserzione elementi radioattivi deve essere utilizzato solo per la brachiterapia invasiva, codificando anche la sede di incisione. Mentre per l'iniezione, l'instillazione o l'endocavitaria si utilizza il codice 92.28.

Chemioembolizzazione, alcolizzazione, termoablazione

Per il trattamento di chemioembolizzazione, di alcolizzazione o di termoablazione di tumore indicare come diagnosi principale il tumore o la metastasi trattata. Per la codifica delle procedure utilizzare (per alcune metodiche si utilizza la codifica multipla).

Chemioembolizzazione

Chemioembolizzazione del fegato

- Intervento principale: 50.94 Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato
- Intervento secondario: 38.91 Cateterismo arterioso

Chemioembolizzazione di altri organi

- Intervento principale: 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

Alcolizzazione

Alcolizzazione del fegato

- Intervento principale: 50.94 Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato
- Intervento secondario: 38.91 Cateterismo arterioso

Alcolizzazione di altri organi

- Intervento principale: 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche
- Intervento secondario: 38.91 Cateterismo arterioso

Termoablazione

- Intervento: 99.85 Ipertermia per il trattamento di tumore

Radiofrequenza

- Polmone: 32.24 Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
- Fegato: 50.24 Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatica
- Rene: 55.33 Ablazione percutanea di tessuto o lesione renali
- Prostata: 60.97 Ablazione percutanea di tessuto o lesione prostatica

Metodica "stop flow"

È 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
- 99.29 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove

- 39.97 Altra perfusione.

Ricovero per inserimento di “accesso vascolare"

Vedere capitolo “Problemi comuni a tutte le specialità”.

Ricovero per il trattamento di una complicanza

Quando il ricovero è finalizzato soltanto al trattamento di una complicanza dovuta al tumore stesso, la complicanza va codificata come diagnosi principale (ostruzione, compressione, anemia, neutropenia, complicanza da intervento chirurgico, ecc.) e la neoplasia come diagnosi secondaria.

Ricovero per patologia acuta in paziente neoplastico

In caso di ricovero per altra patologia acuta in paziente neoplastico si utilizza come diagnosi principale quella della patologia acuta. Ad esempio una polmonite acuta in portatore di adenocarcinoma della prostata si codifica così:

- Diagnosi principale: 480.0 Polmonite acuta non specificata (se si conosce l’eziologia usare un codice più specifico)
- Diagnosi secondaria: 185 Tumori maligni della prostata

Si ricorda che il codice di neoplasia in diagnosi secondaria può essere indicato solo se la neoplasia è attiva e/o influenza l’assorbimento di risorse durante il ricovero.

Estensione per contiguità o a distanza (metastasi)

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

Quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia pregressa deve essere segnalata utilizzando il codice V10.__ in diagnosi secondaria.

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 esser codificata con V58.0 o V58.11.

Ricovero per cure palliative

In caso di ricovero esclusivamente per cure palliative la diagnosi principale deve essere codificata con il codice V66.7 Cure palliative mentre la diagnosi secondaria segue le regole della codifica. Il codice V66.7 deve essere utilizzato come diagnosi principale anche se è praticata una chemioterapia “palliativa”.

Recidiva neoplastica

La recidiva di tumore viene codificata come tumore primario salvo vi siano codici specifici. Esempi:

- recidiva di carcinoma gastrico in sede pilorica: 151.1 - Tumori maligni del piloro
- recidiva cutanea di tumore della mammella operata: 198.2 - Tumori maligni secondari della cute

Linfoma

Se la diagnosi è di linfoma di sede specificata extra nodale, a es. linfoma gastrico, utilizzare il codice di linfoma specificandone il tipo anziché codificarlo come tumore gastrico. Esempio: linfoma gastrico di Malt (Maltoma gastrico) utilizzare come diagnosi principale il codice 200.10 Linfosarcoma, sito non specificato, organi solidi o sito extranodale.

Sindrome mielodisplastica

Per la sindrome mielodisplastica si devono utilizzare i codici previsti nella sottocategoria 238.7_ della versione 2007 del Manuale ICD-9-CM utilizzando sempre la quinta cifra.

Tumori della mammella

Ricostruzione chirurgica della mammella in paziente mastectomizzata

In caso di ricovero per sola ricostruzione chirurgica della mammella in paziente precedentemente mastectomizzata vanno indicati i seguenti codici:

- se l'intervento ricostruttivo prevede l'impianto di protesi la diagnosi principale sarà: V52.4 Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario;
- se l'intervento ricostruttivo non prevede l'impianto di protesi (ad esempio ricostruzione del capezzolo), la diagnosi principale diventa V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica.

In entrambi i casi deve essere riportato in diagnosi secondaria il codice V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella.

Non trascurare mai di codificare anche l'intervento chirurgico eseguito, scegliendo il codice appropriato all'interno del capitolo 15 "Interventi sui tegumenti" della classificazione degli interventi chirurgici del manuale ICD9CM.

Linfonodo sentinella

Asportazione durante la rimozione di tumore

Nel caso di asportazione del linfonodo sentinella nell'ambito dell'intervento di asportazione del tumore codificare come segue.

Linfonodo sentinella negativo

Campo	**Codifica**
Diagnosi principale	Codice tumore
Diagnosi secondaria	V86.0 Positività dei recettori degli estrogeni [ER+] oppure V86.1 Negatività dei recettori degli estrogeni [ER-]
Diagnosi secondaria	V63.8 se la scintigrafia è eseguita presso un altro ospedale
Intervento principale	Codice asportazione tumore
Intervento secondario	40.2_ per l'asportazione del linfonodo
Intervento secondario	92.16 Scintigrafia del sistema linfatico

Linfonodo sentinella positivo

Campo	Codifica
Diagnosi principale	Codice tumore
Diagnosi secondaria	196.3 per la localizzazione linfonodale ascellare
Diagnosi secondaria	V86.0 Positività dei recettori degli estrogeni [ER+] oppure V86.1 Negatività dei recettori degli estrogeni [ER-]
Diagnosi secondaria	V63.8 se la scintigrafia è eseguita presso un altro ospedale
Intervento principale	Codice asportazione tumore
Intervento secondario	40.2_ per l'asportazione del linfonodo
Intervento secondario	92.16 Scintigrafia del sistema linfatico

Asportazione successiva alla rimozione di tumore

Nel caso di asportazione del linfonodo sentinella in un intervento successivo a quello dell'asportazione del tumore la codifica è la seguente.

Linfonodo sentinella negativo

- Diagnosi principale: V10._ Anamnesi di tumore
- Intervento principale: 40.2_

Linfonodo sentinella positivo

- Diagnosi principale: 196.3 per la localizzazione linfonodale ascellare
- Diagnosi secondaria: V10._ Anamnesi di tumore
- Intervento principale: 40.2_

Stato dei recettori

In diagnosi secondaria ricordarsi di indicare lo stato dei recettori mediante i codici:

- V86.0 Positività dei recettori degli estrogeni [ER+]
- V86.1 Negatività dei recettori degli estrogeni [ER-]

ROLL ESNOL

L'individuazione del nodulo tumorale occulto si codifica con 92.19 Scintigrafia di altre sedi, mentre la localizzazione del linfonodo sentinella con 92.16 Scintigrafia del sistema linfatico. Per le indicazioni riguardo ai codici diagnosi vedere i paragrafi precedenti.

Radicalizzazioni

Melanoma

In caso di ricovero successivo ad asportazione di neo, risultato positivo per diagnosi di melanoma, per exeresi estensiva peri-neoplasia, la corretta codifica è la seguente.

Istologico negativo

Campo	Codifica
Diagnosi principale	V58.49 altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato

Diagnosi secondaria	V10.82 anamnesi personale di melanoma maligno della pelle
Diagnosi secondaria	
Diagnosi secondaria	
Intervento principale	86.4 asportazione radicale di lesione della cute
Intervento secondario	86.74 trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi [se eseguito]
Intervento secondario	40.3 asportazione di linfonodi regionali [se eseguito]

Istologico positivo

Campo	**Codifica**
Diagnosi principale	172._ Melanoma maligno …
Intervento principale	86.4 asportazione radicale di lesione della cute
Intervento secondario	86.74 trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi [se eseguito]
Intervento secondario	40.3 asportazione di linfonodi regionali [se eseguito]

Altre neoplasie

Lo stesso schema logico di codifica deve essere utilizzato anche per altre radicalizzazioni:

Campo	**Codifica con istologico negativo**	**Codifica con istologico positivo**
Diagnosi principale	V58.49 altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato	codice della neoplasia primitiva
Diagnosi secondaria	V10.__ anamnesi personale di tumore …;	

Prostata

Vedere capitolo riguardante l'apparato genito-urinario.

Diabetologia

Tali patologie sono codificabili in generale con i codici delle categorie 240- 279 ma per alcuni trattamenti o situazioni occorre selezionare codici di altre categorie.

Diabete mellito e complicazioni del diabete

Le linee guida nazionali (Allegato 1 dell'Accordo Stato Regioni del 6 giugno 2002 e aggiornamento 29 aprile 2010) specificano che:

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 (ossia il diabete complicato, N.d.R.) come diagnosi principale e la complicazione tra le diagnosi secondarie.

Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza (descritte nel capitolo "Gravidanza, parto e puerperio" del manuale ICD-9-CM).

1. Diabete senza menzione di complicanze: 250.0_
2. Complicazioni metaboliche acute
    - 2.a 250.1_ Diabete con chetoacidosi
    - 2.b 250.2_ Diabete con iperosmolarità
    - 2.c 250.3_ Diabete con altri tipi di coma
3. Complicazioni croniche o a lungo termine
    - 3.a 250.4_ Diabete con complicanze renali
    - 3.b 250.5_ Diabete con complicanze oculari
    - 3.c 250.6_ Diabete con complicanze neurologiche
    - 3.d 250.7_ Diabete con complicanze circolatorie periferiche
    - 3.e 250.8_ Diabete con altre complicanze specificate
4. Complicazioni non specificate. Per il diabete con complicazioni non specificate deve essere utilizzato il codice 250.9_

Tipo di diabete

Il quinto carattere del codice identifica il tipo di diabete e se è controllato o scompensato come illustrato nel seguente prospetto:

Tipo	Compensato	Scompensato
I	1	3
II	0	2

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

Complicazioni a lungo termine o croniche

Nel caso di diabete con complicazioni a lungo termine o croniche devono essere indicati, oltre al codice specifico del diabete complicato in diagnosi principale, anche i codici relativi a ciascuna manifestazione. Ad esempio, l'amputazione in arto con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica si codifica così:

- Diagnosi principale: 250.82 Diabete di tipo II o non specificato, scompensato, con altre complicazioni specificate
- Diagnosi secondaria: 707.15 Ulcera di altre parti del piede

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_).

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.

Diabete latente

In caso di diabete latente, usare il codice 790.22 Alterazioni del test da carico orale di glucosio, con esclusione delle complicazioni di gravidanza, parto o puerperio (648.8_).

Diabete provocato da terapia con steroidi

Per codificare tale condizione deve essere utilizzato il codice 251.8 Altri disturbi della secrezione insulare. Salvo che il diabete sia stato provocato da dosi eccessive assunte per errore (962.0 Avvelenamento da adrenocorticosteroidi).

Diabete gestazionale

Il diabete gestazionale si codifica con 648.8_ - Alterata tolleranza al glucosio ...

Gravidanza in donna diabetica

In caso di gravidanza in diabetica, va utilizzato un codice della sottocategoria 648.0_ Diabete mellito compresa nella categoria Altre manifestazioni morbose in atto della madre classificate altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio, utilizzando anche in questo caso la quinta cifra per indicare se la situazione è diagnosticata prima del parto, durante il parto o dopo il parto.

Malfunzionamento della pompa di insulina

In caso di ricovero per sottodosaggio o sovradosaggio di insulina per malfunzionamento della pompa, riportare in diagnosi principale il codice 996.57 Complicazioni meccaniche dovute alla pompa insulinica, seguito dai codici che descrivono il quadro clinico.

Coma diabetico da dose eccessiva di insulina o antidiabetici os

Nel caso di coma diabetico da iperdosaggio accidentale di insulina o antidiabetici orali codificare come segue:

- DP: 962.3 Avvelenamento da insuline e farmaci antidiabetici
- DS1: 250.30 tipo II non scompensato o 250.31 tipo I non scompensato o 250.32 tipo II scompensato o 250.33 tipo I scompensato
- DS2: V58.67 Uso a lungo termine (in corso) di insulina oppure V58.69 Uso a lungo termine (in corso) di altre cure per la terapia con ipoglicemizzanti orali
- Codice E (se richiesto): E8580

Recentazione necrosi diabetica e rimozione frammenti ossei necrotici

Utilizzare i seguenti codici:

Procedura	Codifica
Asportazione di tessuto/frammento osseo in piede diabetico	80.88 Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del piede e delle dita del piede
Asportazione di tessuto necrotico (intervento in sala operatoria)	86.22 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione
Asportazione di tessuto necrotico [non in sala operatoria] mediante brushing, washing, scrubbing, ecc.	86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione

Qui di seguito vi sono alcuni esempi.

Asportazione di tessuto o frammento osseo in piede diabetico

Campo	Codifica
Diagnosi principale	250.82 Diabete tipo II o non specificato, scompensato, con altre complicazioni specificate
Diagnosi secondaria	730.07 Osteomielite acuta, ossa del piede
Diagnosi secondaria	731.8 Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove
Diagnosi secondaria	V58.67 Uso a lungo termine (in corso) di insulina
Intervento principale	80.88 Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del piede e delle dita del piede

Asportazione di tessuto necrotico (intervento in sala operatoria)

Campo	Codifica
Diagnosi principale	250.70 Diabete tipo II o non specificato, non definito se scompensato, con complicazioni circolatorie periferiche
Diagnosi secondaria	443.81 Angiopatia periferica in malattie classificate altrove
Diagnosi secondaria	V58.67 Uso a lungo termine (in corso) di insulina
Intervento principale	86.22 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione

Asportazione di tessuto necrotico [non in sala operatoria] mediante brushing, washing, scrubbing, ecc.

Campo	Codifica
Diagnosi principale	250.72 Diabete tipo II o non specificato, scompensato, con complicazioni circolatorie periferiche
Diagnosi secondaria	707.14 Ulcera del tallone e del tarso-metatarso
Diagnosi secondaria	V58.67 Uso a lungo termine (in corso) di insulina
Intervento principale	86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione

Ematologia

Anemia

Il manuale ICD-9-CM (versione 2007) ha previsto la modernizzazione del capitolo attraverso un'analitica inclusione nei codici di entità nosologiche in uso:

- Anemie da carenza (280-281) dove la quarta cifra ne specifica la causa
- Anemia emolitica (282-283) (è prevista una quinta cifra al cod. 282.6)
- Anemia aplastica (284)
- Altre e non specificate anemie (285).
- Difetti nella coagulazione (286)
- Porpora e altre condizioni emorragiche (287)
- Malattie dei globuli bianchi (288) (compresa la neutropenia comune ai pazienti sottoposti a chemioterapia)
- Altre malattie del sangue e degli organi ematopoietici (289) (è prevista una quinta cifra al cod. 289.5)
- Anemia complicante gravidanza, parto, puerperio cod. 648.2_
- Anemia emolitica del neonato cod. 773._

È importante distinguere la perdita ematica cronica da quella acuta, poiché le due condizioni hanno codici completamente diversi (rispettivamente cod. 280.0 e cod. 285.1).

Anemia in mielodisplasia

- 285.22 Anemia in malattia neoplastica
- 238.7_ Sindrome mielodisplastica …

Anemia secondaria a chemioterapia

- 284.8 Altre anemie aplastiche specificate

Anemia secondaria a malattia cronica (es. nefropatia)

- 285.21 Anemia in malattia cronica renale
- 585.6 Malattia renale cronica, stadio finale

Neutropenia da chemioterapia durante ricovero per CT

- V58.11 CT antineoplastica
- 288.03 Neutropenia indotta da farmaci

Neutropenia da chemioterapia durante ricovero per NON CT

- 288.03 Neutropenia indotta da farmaci
- 780.6 Febbre

Perdita ematica dopo intervento chirurgico

La perdita ematica acuta dopo intervento chirurgico si segnala con due codici, 998.11 emorragia complicante un intervento e 285.1 anemia post-emorragica acuta, e deve essere segnalata solo se:

- esula dal normale decorso post-operatorio (è normale che dopo un intervento sulla prostata o sulla vescica vi sia ematuria) e
- richiede un monitoraggio aggiuntivo e specifico o
- necessita di trasfusioni (valgono le linee guida sul buon uso del sangue).

Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali

La diagnosi principale è quella della patologia onco-ematologica diagnosticata.

Le procedure riferite al trapianto di midollo osseo o di cellule staminali sono descritte dal gruppo di codici di intervento da 41.00 a 41.09.

Il codice 41.00 Trapianto di midollo osseo SAI non dovrebbe essere utilizzato perché 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, codice 41.02 Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione e 41.08 Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche con depurazione, da quelle **senza** purging, codice 41.03 Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione e 41.05 Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione.

Nota bene: al di fuori delle indicazioni specificamente oncologiche, l'infusione di cellule staminali autologhe deve essere codificata con 99.09 trasfusione di altre sostanze e l'iniezione con 99.29.

Ricovero per donazione di midollo osseo o di cellule staminali

L'aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto è codificata con il codice 41.91 - Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto (sia per autotrapianto sia per allotrapianto).

Il prelievo di cellule staminali è codificato 99.79 Altre aferesi terapeutiche sia per autotrapianto sia per allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi).

In sintesi:

Prelievo di midollo osseo

- Diagnosi principale: V59.3 Donatori di midollo osseo
- Intervento principale: 41.91 Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto

Prelievo di cellule staminali

- Diagnosi principale: V59.8 Donatori di altro organo o tessuto specificato
- Intervento principale: 99.79 Altre aferesi terapeutiche. Aferesi di cellule staminali

Difetti della coagulazione

Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti

Il disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti è descritto dal codice 286.5 Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti intrinseci.

Trattamento con anticoagulanti senza problemi emorragici

La condizione di trattamento con farmaci anticoagulanti, senza menzione di problemi emorragici, si può segnalare in diagnosi secondaria con il codice V58.61 Uso a lungo termine di anticoagulanti.

Tempo di protrombina prolungato

Il tempo di protrombina prolungato o altri reperti anormali di coagulazione s'indicano con il codice 790.92 Anomalie della coagulazione.

Questi codici possono essere utilizzati solo se sono supportati da specifica documentazione in cartella clinica.

Infusione di linfociti (autotrasfusione)

Il prelievo dei linfociti s'indica con 99.72 Leucoaferesi terapeutica; l'irradiazione dei linfociti si codifica "convenzionalmente" con 99.82 Terapia a luce ultravioletta; per la reinfusione dei linfociti trattati usare il codice 99.02 Autotrasfusione di sangue precedentemente raccolto.

Disturbi mentali

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 (multi infartuale) 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._).

Demenza da m. di Alzheimer

- Diagnosi principale: 331.0 - m. di Alzheimer
- Diagnosi secondaria: 294.1_ - demenza in condizioni patologiche classificate altrove (la quinta cifra specifica l'assenza o la presenza di disturbi comportamentali).

Demenza degenerativa non da Alzheimer

Usare 331.2 - degenerazione senile dell'encefalo

Decadimento cognitivo esito di ictus

- Diagnosi principale: 290.4_ - demenza vascolare ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)
- Diagnosi secondaria: 438.0 - postumi delle malattie cerebrovascolari - deficit cognitivo

Demenza multi-infartuale

- Diagnosi principale: 290.4_ - demenza vascolare ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)
- Diagnosi secondaria: 437.0 - aterosclerosi cerebrali

Demenza presenile "organica"

La demenza **pre**senile "organica" senza evidenza di natura aterosclerotica si indica con il codice 290.1_ - demenza presenile con ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)

Demenza senile "organica"

La demenza **senile** senza evidenza di natura aterosclerotica si codifica con 290.2_ - demenza senile con ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)

Demenza da trauma cranico

Usare 294.1_ - demenza in condizioni patologiche classificate altrove (la quinta cifra specifica l'assenza o la presenza di disturbi comportamentali).

Demenza – ricovero per motivi socio-familiari

Nell'eventualità di un ricovero in un reparto per acuti o di post acuzie di un paziente per motivi sociali o familiari a causa della presenza di una demenza, la diagnosi principale deve essere un codice V (da V60.0 a V60.3, pagg. 833-834 del manuale ICD-9-CM). Nella diagnosi secondaria deve essere indicata la malattia causale (es. m. di Alzheimer) o il tipo di demenza.

Terapia antalgica

I codici della categoria 338 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 riguardante la patologia di base.

Il codice 03.90 indica l'inserzione di catetere nel canale vertebrale senza distinzione di tipologia si spazio (sottodurale, epidurale o subaracnoideo).

Per l'iniezione di farmaci nel canale vertebrale (di nuovo senza distinzione fra spazi) esistono due codici:

- 03.91 per l'analgesia
- 03.92 per qualsiasi altro farmaco non analgesico

Inserzione di pompa totalmente impiantabile per infusione spinale

Nella SDO del ricovero per inserzione di pompa totalmente impiantabile per infusione spinale la codifica deve essere come segue:

- Diagnosi principale:
  - 338.__ Dolore … oppure
  - 781.0 in caso di infusione di farmaci per risolvere la spasticità oppure
  - 337.2_ Distrofia riflessa del simpatico arto … con, in diagnosi secondaria, un codice relativo all'arteriopatia (440.2_)
- Intervento principale: 86.06 - Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile
- Intervento secondario 1: 03.90 Posizionamento di catetere nel canale vertebrale

Sostituzione o rimozione pompa per infusione spinale

Nel caso il ricovero sia fatto per sostituire o rimuovere la pompa, in diagnosi principale mettere il codice V53.09 Collocazione e sistemazione di altri dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi di senso.

La sostituzione della pompa si indica con il codice 86.06 Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile e la rimozione con il codice 86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo.

Denervazione e infiltrazione delle faccette articolari

In entrambi i casi la diagnosi principale è: 338.__ Dolore …

La denervazione delle faccette articolari si indica con un unico codice, 03.96 Denervazione percutanea della faccetta articolare, mentre per l'infiltrazione sono necessari due codici: 04.81 Infiltrazione di anestetico in nervo periferico e 81.92 Infiltrazione intra articolare. Se sono rimossi anche gli elettrodi, ricordarsi di segnalare anche 01.22 Rimozione di elettrodo/i di neurostimolatore intracranico.

Radiofrequenza

In considerazione della complessità della procedura e del costo dei dispositivi si è ritenuto di codificare in questo caso l'uso della radiofrequenza con il codice 04.79 Altra neuroplastica anziché il codice 04.2 Demolizione di nervi cranici e periferici (Demolizione di nervi cranici o periferici mediante: ablazione con radiofrequenza, crioanalgesia, iniezione di agenti neurolitici, radiofrequenza).

Termorizotomia retro gasseriana

Per la termorizotomia retrogasseriana utilizzare la seguente codifica:

Campo	Codifica
Diagnosi principale	338.19 Altri dolori acuti
Diagnosi secondaria	350.1 Nevralgia del trigemino
Intervento principale	04.79 Altra neuroplastica

Denervazione e rimodulazione a radiofrequenza

La denervazione a radiofrequenza e la rimodulazione a radiofrequenza pulsata si codificano nel modo seguente.

Campo	Codifica
Diagnosi principale	338.__ Dolore ...
Intervento principale	04.79 Altra neuroplastica

Blocchi spinali

La diagnosi principale deve essere 338.__ Dolore ..., mentre la procedura si indica con 03.92 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale.

Epidurolisi

L'epidurolisi, farmacologica o con radiofrequenza, s'indica con il codice 03.6 Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi. La diagnosi principale sarà 349.2 Disturbi delle meningi, non classificati altrove, eventualmente associata alla diagnosi secondaria di sindrome post laminectomia (722.8_).

Epiduroscopia

L'epiduroscopia con lisi farmacologica o con radiofrequenza s'indica con due codici:

- 03.6 Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi
- 80.29 Artroscopia di altra sede specificata - Colonna vertebrale

Come diagnosi principale usare 349.2 Disturbi delle meningi, non classificati altrove, cui associare eventualmente 722.8_ Sindrome post laminectomia ...

PNE test

Nel caso di ricovero per effettuare il PNE Test (test di elettrostimolazione percutanea di un nervo sacrale) la diagnosi principale deve appartenere ad una delle categorie 353-357 (pagine 534-535 del manuale ICD-9-CM) o 722.8_ (sindrome post laminectomia).

In diagnosi secondaria è possibile inserire uno dei seguenti codici:

- Incontinenza urinaria da sforzo (788.32 nel maschio e 625.6 nella donna)
- 597.81 Sindrome uretrale SAI
- 788.20 Ritenzione urinaria
- 788.0 Dolore del Sistema Urinario
- 788.9 Dolore vescicole o altre patologie concomitanti o complicanze della malattia principale

La procedura PNE test si segnala con 04.19 Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli.

Neurostimolazione spinale

Impianto provvisorio

In diagnosi principale mettere la patologia di base che determina la necessità di impiantare il neurostimolatore. L'impianto si codifica con 03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale. Poiché nella fase provvisoria il neurostimolatore rimane esterno, non si devono usare i codici 86.94, 86.95, 86.96, 86.97, 86.98.

Impianto definitivo

La diagnosi principale deve essere V53.02 Neuropacemaker, così da ottenere un DRG differente dal ricovero per impianto provvisorio e non determinare un "ricovero ripetuto". L'impianto-tunnellizzazione degli elettrodi definitivi si indica con il codice 03.93. Per l'impianto sottocute del neurostimolatore utilizzare uno dei codici 86.94, 86.95, 86.96, 86.97, 86.98. L'accoppiata dei codici 03.93+86.9_ consente l'attribuzione ai centri autorizzati della tariffa specifica, indipendente dal DRG, remunerativa dei maggiori costi.

Reimpianto

Codificare come descritto nel paragrafo precedente.

Rimozione neurostimolatore

Nella classificazione ICD-9-CM per la **rimozione del neurostimolatore** esiste solo il codice 86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo. [...] Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio).

Rimozione elettrodi

Per la rimozione degli elettrodi vi è il codice 03.94 Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale. Codificare anche eventuale rimozione del generatore di impulsi del neuro- stimolatore (86.05).

Rimozione per inefficacia

Nel caso di rimozione per inefficacia la diagnosi principale deve essere V53.02 Neuropacemaker oppure V45.89 Altro stato post-chirurgico (presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico).

Rimozione per infezione o decubito

Se la rimozione è dovuta a infezione, decubito, la diagnosi principale diventa 996.63 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso, cui abbinare in posizione secondaria il codice relativo all'eziologia, se si tratta di un'infezione.

Rimozione per dislocazione

Nel caso di un malfunzionamento da dislocazione come diagnosi principale usare il codice 996.2 Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti del sistema nervoso. Utilizzare i codici procedura 86.05 e/o 03.94 in base al dispositivo rimosso.

Neurostimolazione nervo periferico

La codifica dell'impianto (provvisorio e definitivo) e della rimozione segue gli stessi principi dello stimolatore spinale, con la sola differenza per quanto riguarda gli elettrodi, il cui impianto-sostituzione-rimozione si indica con i codici:

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

- 04.93 Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici

La collocazione-sostituzione-rimozione del neurostimolatore si indica con i codici 86.94–86.98.

Epidurale selettiva

Usare 03.91 nel caso di infusione di farmaci analgesici e 03.92 per gli altri farmaci, abbinati al codice 03.90 se viene posizionato un catetere spinale a permanenza. Non esiste un codice specifico per la collocazione di reservoir.

Infiltrazione neurolitica

L'infiltrazione neurolitica di gangli si indica con il codice 05.32 Iniezione di agenti neurolitici nei nervi simpatici.

Angina pectoris

Per l'applicazione del neurostimolatore per il trattamento dell'angina pectoris, codificare come segue:

- Diagnosi principale: 413.9 Altre e non specificate forme di angina pectoris per l'impianto provvisorio e V53.02 per l'impianto definitivo;
- Procedure: Usare i codici indicati precedentemente nella parte generale sui neurostimolatori spinali

Per la rimozione, seguire le istruzioni riguardanti il neurostimolatore spinale.

Neurologia

Epilessie

I codici con quarta cifra

- 4 o 5 o 7 riguardano l'epilessia parziale;
- 0 o 1 sono relativi all'epilessia generalizzata;
- 2 o 3 indicano lo stato di male epilettico;
- 6 gli spasmi infantili;
- 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

Tipo di epilessia	Trattabile	Non trattabile
Generalizzata non convulsiva	345.00	345.01
Generalizzata convulsiva	345.10	345.11
Parziale complessa	345.40	345.41
Parziale semplice	345.50	345.51
Parziale continua	345.70	345.71
Spasmi infantili	345.60	345.61
Altre forme e crisi ricorrenti	345.80	345.81
Non specificata	345.90	345.91
Piccolo male	345.2	345.2
Grande male	345.3	345.3

Si utilizza il codice 780.39 per classificare l'episodio convulsivo isolato, al di fuori della malattia epilettica.

Emiplegia e altre sindromi paralitiche

I codici dell'emiplegia 342.__ e delle altre sindromi paralitiche 344.__ vanno usati solamente per indicare le emiplegie o le sindromi paralitiche di antica o di lunga durata, ma di origine non specificata. Quindi, devono essere usati come diagnosi secondarie nei ricoveri per acuti e come diagnosi principali nei ricoveri riabilitativi (v. capitolo sulla riabilitazione).

Le paralisi cerebrali infantili sono comprese nella categoria 343.

Sincope

Vedere capitolo relativo all'apparato cardio-vascolare.

Sclerosi multipla

Qualora sia necessario ricorrere al ricovero, ordinario o day hospital, per la somministrazione di bolo cortisonico, Gilenya, terapia immunosoppressiva, codificare come illustrato nello schema seguente (ovviamente sono codificabili altre procedure, se eseguite).

Bolo cortisonico

Campo	Codifica
Diagnosi principale	V58.69 Uso a lungo termine (in corso) di altre cure - Cure ad alto rischio
Diagnosi secondaria	340 Sclerosi multipla
Intervento principale	99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche
Intervento secondario	99.23 Iniezione di steroidi
Intervento secondario	89.52 Elettrocardiogramma

Gilenya

Campo	Codifica
Diagnosi principale	V58.83 Trattamento per il monitoraggio di farmaci terapeutici
Diagnosi secondaria	340 Sclerosi multipla
Intervento principale	99.13 Immunizzazione per malattia autoimmune
Intervento secondario	89.61 Monitoraggio della pressione arteriosa sistemica
Intervento secondario	89.54 Monitoraggio elettrocardiografico

Terapia immunosoppressiva

Campo	Codifica
Diagnosi principale	V58.69 Uso a lungo termine (in corso) di altre cure - Cure ad alto rischio
Diagnosi secondaria	340 Sclerosi multipla
Intervento principale	99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche
Intervento secondario	99.13 Immunizzazione per malattia autoimmune
Intervento secondario	89.52 Elettrocardiogramma

Biopsia percutanea di lesione cerebrale

La biopsia percutanea di lesione cerebrale effettuata mediante foro di trapanazione con metodo stereotassico va codificata esclusivamente con il codice:

- 01.13 Biopsia [percutanea] [agobiopsia] di lesione cerebrale
- associato al codice 01.18 altre procedure diagnostiche su cervello e meningi.

Iperidrosi (trattamento chirurgico)

- Diagnosi principale: 337.0 Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo
- Diagnosi secondaria: 780.8 Iperidrosi generalizzata oppure 705.2_ Iperidrosi focale ...
- Intervento principale: 05.2_ Simpatectomia ...

Oculistica

Anestesia

Per gli interventi di chirurgia oftalmica, come per tutti gli altri interventi, non va codificata l'anestesia.

I codici 95.04 Esame dell'occhio sotto anestesia, 10.91 Iniezione sottocongiuntivale e 16.91 Iniezione retrobulbare vanno utilizzati esclusivamente quando il ricovero è finalizzato all'esecuzione di queste sole procedure.

I codici che identificano i trattamenti di profilassi antibiotica e/o antiinfiammatoria in corso di intervento chirurgico oftalmico sono da ricercarsi nel paragrafo 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.

Iniezione intravitreale

Per l'iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche va utilizzato il codice 14.75 Iniezione di sostituti vitreali. Si tratta di una prestazione da eseguirsi prevalentemente in regime ambulatoriale. È qui menzionata per indirizzare la codifica nei rari casi in cui tale terapia sia attuata in regime di ricovero.

Innesto di limbus e innesto di membrana amniotica

I codici di procedura raccomandati per descrivere il trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore sono:

- 11.61 - Cheratoplastica lamellare autologa per l'autotrapianto e
- 11.62 - Altra cheratoplastica lamellare 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 - Altra cheratoplastica lamellare.

Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto

In diagnosi principale, indicare la patologia specifica e come interventi usare i codici: 12.65 Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia oppure 12.69 Altri interventi di fistolizzazione della sclera. In aggiunta, per identificare l'impianto di collagene suino o sostanza reticolare derivata dall'acido ialuronico, utilizzare il codice 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.

Impianto di lipociti per gravi retinopatie

In diagnosi principale indicare il codice della patologia retinica e tra i codici di procedura utilizzare:

- 12.89 - Altri interventi sulla sclera
- 86.69 - Altro innesto di cute su altre sedi.

Impianto di rete contenitiva per il cristallino

Indicare come codice di intervento il 13.90 Altri interventi sul cristallino non classificati altrove.

Interventi sul corpo vitreo

Nel caso di interventi sul corpo vitreo (14.71-14.79 escluso 14.75) convenzionalmente si possono non codificare le procedure correlate sul cristallino.

Cataratta

L'intervento per cataratta deve essere eseguito **prevalentemente** in regime ambulatoriale; qualora sia eseguito in regime di ricovero per la complessità del quadro clinico locale o per le condizioni generali del paziente, codificare come segue.

Patologia	DP	DS1	DS2
Cataratta senile	366.1_	(*)	
Cataratta traumatica	366.2_	(*)	
Cataratta diabetica	250.5_	366.41	(*)

(*) Eventuale complicazione o comorbilità

Problematiche IOL impiantato

Patologia IOL	DP	DS1	DS2	DS3
Dislocazione	996.53	366.53	V43.1	
Infezione	996.69	360.01	041._	366.53

Per l'**estrazione** della cataratta usare un codice intervento principale compreso tra 13.11 e 13.69, mentre per l'**inserzione** contestuale della IOL usare 13.71 come intervento secondario. Per la **sostituzione** della IOL mettere come intervento principale 13.72 e come intervento secondario 13.8. In caso di impianto di **IOL correttiva** usare il codice 13.91.

Cardiologia

Infarto miocardico acuto (IMA)

Tutti i codici relativi all'IMA possiedono cinque cifre. La quarta cifra identifica la sede della lesione. La quinta cifra (0, 1, o 2) serve a specificare l'episodio di assistenza.

- 0 – Episodio di assistenza non specificato. Non si devono utilizzare i codici con quinta cifra 0 in quanto la documentazione clinica deve sempre contenere le informazioni necessarie per una descrizione precisa del caso.
- 1 – Episodio iniziale di assistenza. Tale valore deve essere utilizzato anche nel caso di ricoveri di pazienti dimessi con trasferimento presso un'altra struttura per acuti e di ricoveri di pazienti provenienti da altre strutture per acuti e va assegnato indipendentemente dal numero di trasferimenti che il paziente può avere effettuato. Non deve essere impiegato nei casi sottoposti ad interruzione dell'assistenza per acuti (trasferimento in strutture non per acuti o dimissioni a domicilio) perché in tali situazioni va utilizzato il quinto carattere 2.
- 2 – Episodio successivo di assistenza. Tale valore va utilizzato per i ricoveri successivi all'episodio iniziale di assistenza ed effettuati entro le otto settimane dall'evento acuto (esempio ricoveri in post acuzie).

IMA con sopra slivellamento ST (STEMI)

Le sottocategorie da 410.0_ a 410.6_ e 410.8_ identificano i casi di IMA con sopra slivellamento del tratto ST (STEMI). Se c'è una evoluzione da STEMI a NSTEMI, mantenere comunque il codice dell'IMA STEMI:

- Diagnosi principale: 410.x1
- Diagnosi secondarie: Vedere paragrafi "Complicazioni e Comorbidità" più avanti

Dove x = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8

IMA senza sopra slivellamento ST (NSTEMI)

La sottocategoria 410.7_ identifica i casi di IMA senza sopra slivellamento del tratto ST (NSTEMI). In caso di trasformazione da NSTEMI a STEMI, assegnare un codice di IMA STEMI:

- Diagnosi principale: 410.71
- Diagnosi secondarie: Vedere paragrafi "Complicazioni e Comorbidità" più avanti

IMA STEMI in BBS o PM o DF

- Diagnosi principale: 410.91
- Diagnosi secondaria 1: 426.3 o V45.01 o V45.02
- Altre diagnosi secondarie: Vedere paragrafi "Complicazioni e Comorbidità" più avanti

Re-infarto o estensione della lesione necrotica

Se durante il ricovero si verifica una estensione dell'area necrotica o un re-infarto nella stessa sede, usare comunque un solo codice. Se l'IMA interessa due differenti sedi, usare due codici, specifici per la rispettiva sede:

- Diagnosi principale: 410.x1 (primo IMA)
- Diagnosi secondaria 1: 410.y1 (secondo IMA)
- Diagnosi secondarie: Vedere paragrafi "Complicazioni e Comorbidità" più avanti

Dove x e y = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e y ≠ x

(Re) infarto da occlusione dello stent

Nel caso di un paziente ricoverato per IMA causato dalla trombosi-occlusione dello stent, codificare le diagnosi come segue.

Stent impiantato in un ricovero precedente

Quadro clinico non preso in considerazione dalla circolare ministeriale. Si suggerisce la seguente codifica:

- Diagnosi principale: 996.72 Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti cardiaci
- Diagnosi secondaria 1: 410.x1
- Diagnosi secondaria 2: Vedere paragrafi "Complicazioni e Comorbidità" più avanti

Dove x = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

Stesso ricovero, dopo alcune ore dall'impianto dello stent per IMA

Quadro clinico non preso in considerazione dalla circolare ministeriale. La codifica suggerita è la seguente.

- Diagnosi principale: 410.x1 (primo IMA)
- Diagnosi secondaria 1: 996.72
- Diagnosi secondaria 2: 410.y1 (secondo IMA)
- Diagnosi secondaria 3: Vedere paragrafi "Complicazioni e Comorbidità" più avanti

Dove x e y = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e y ≠ x

Infarto perioperatorio (periprocedurale)

Si parla di infarto miocardico associato a procedure di rivascolarizzazione (PTCA o CABG), IMA tipi 4 e 5, solo quando ricorrono i seguenti criteri (European Heart Journal (2012) 33, 2551-2567):

1 Peri PTCA
  - 1.a Deve verificarsi un aumento della troponina
    - a.i se i livelli di troponina prima della procedura sono normali, l'aumento deve essere superiore a 5*99° percentile
    - a.ii se i livelli di troponina prima della procedura sono elevati ma stabili o in diminuzione, l'aumento deve essere superiore al 20%
  - 1.b Inoltre, deve essere presente almeno uno dei seguenti criteri:
    - b.i evidenza di ischemia prolungata (≥20 minuti)
    - b.ii modificazioni ischemiche del tratto ST o nuove onde Q patologiche
    - b.iii evidenza angiografica di riduzione della perfusione (perdita della pervietà di una collaterale, flusso lento persistente o no reflow, embolizzazione)
    - b.iv evidenza di nuova perdita di miocardio vitale o nuova anomalia nella motilità della parete
2 Peri CAGB
  - 2.a L'aumento della troponina deve essere superiore a 10*99° percentile
  - 2.b Inoltre, deve essere presente almeno uno dei seguenti criteri:
    - b.i nuove onde Q patologiche o nuovo BBSn
    - b.ii documentazione angiografica di occlusione
    - b.iii evidenza di nuova perdita di miocardio vitale o nuova anomalia nella motilità della parete

Il valore soglia "10*99° percentile" è un compromesso, che tiene parzialmente in conto l'esecuzione contemporanea di intervento sulle valvole e le differenti metodiche chirurgiche.

La codifica suggerita dalle linee guida ministeriali è la seguente:

- Diagnosi principale: 997.1 Complicazioni cardiache non classificate altrove
- Diagnosi secondaria 1: 410.x1
- Diagnosi secondaria 2: Vedere paragrafi “Complicazioni e Comorbidità” più avanti

Dove x = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

Nella circolare ministeriale non viene fatta distinzione fra paziente con IMA che durante le manovre di rivascolarizzazione subisce un reinfarto e paziente con coronaropatia senza ancora IMA, che sviluppa un IMA durante l’angioplastica.

Angina instabile

Il codice per l’angina instabile è 411.1.

Danno miocardico da causa non specificata (troponinosi)

La “troponinosi” si codifica con 429.89.

Malattia coronarica cronica senza infarto

La stenosi coronarica cronica senza infarto si indica con un codice compreso tra 414.00-414.07, indicante l’aterosclerosi coronarica.

Durata superiore alle otto settimane

Le linee guida ministeriali recitano: “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).”

Complicazioni

Se sono presenti, ricordarsi di segnalare le seguenti complicazioni:

- insufficienza cardiaca e shock [vedi paragrafo sull’insufficienza cardiaca]
- shock cardiogeno [785.51]
- cardio(nefro)patia ipertensiva con insufficienza cardiaca
- sindrome post-infartuale [411.0]
- aneurisma della parete cardiaca [414.10]
- aneurisma coronarico [414.11]
- dissezione arteria coronarica [414.12]
- embolia/infarto polmonare iatrogeno [415.11]
- altra embolia/infarto polmonare [415.19]
- blocchi (A-V, di branca)
- tachicardie parossistiche, fibrillazione, flutter
- rottura corda tendinea [429.5] o di muscolo papillare [429.6]
- emorragie cerebrali
- trombo-embolie cerebrali
- polmoniti
- insufficienza respiratoria
- insufficienza renale acuta
- ulcere da decubito
- infezioni da catetere (venoso, urinario, ecc.)

- complicazioni da stent [es. 996.03, 996.62, 996.72]
- complicazioni da protesi valvolare [es. 996.71]
- emopericardio [423.0]
- difetto settale acquisito [429.71]

Comorbidità

Si ricorda di segnalare le seguenti comorbilità quando comportano un maggiore impegno di risorse (evidenza in cartella clinica):

- Cardio(mio)patie
- Cardiopatie (valvulopatie, presenza di protesi valvolari o di pacemaker, pregressi IMA, by pass coronarico, angioplastica)
- Tumori (codici 140.0 – 208.9, V10)
- Diabete mellito (250-250.9)
- Malattie cerebrovascolari (430-432, 433, 434, 436-438
- Malattie vascolari (440-448, 557, 557.1)
- Malattia polmonare cronica ostruttiva (491-492, 494, 496
- Nefropatie croniche (582-583, 585-588)
- Malattie croniche fegato, pancreas, intestino (571-572, 577.1-577.9, 555, 556)
- Malattie ematologiche (280-285, 288, 289)

Infarto miocardico pregresso

Il codice 412 Infarto miocardico pregresso va utilizzato in diagnosi secondaria per i casi in cui siano assenti sintomi e l'indicazione del pregresso infarto sia rilevante in termini assistenziali per il ricovero attuale.

PCI

Angioplastica coronarica

L'intervento di 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 codice 36.07, non medicato codice 36.06), l'altro per indicare il numero di stent inseriti (codici 00.45 – 00.48).

Angioplastica primaria e stadiata

In caso di angioplastica eseguita in due tempi nell'ambito dello stesso ricovero (primaria e stadiata) si deve segnalare il codice 00.66 Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica due volte con le rispettive date di esecuzione, iniziando dal primo campo disponibile della SDO (cosiddetto "intervento principale").

Pacemaker

Impianto in fase acuta

La diagnosi principale è l'aritmia se il ricovero è stato causato da essa e l'impianto del pace maker fa parte dei vari trattamenti messi in atto. Se l'aritmia fosse la sindrome del seno carotideo, utilizzare il codice 427.89 Altre aritmie cardiache.

Impianto in elezione

Se il ricovero è specificamente programmato per il **primo inserimento del pacemaker**, in diagnosi principale deve essere segnalato il codice relativo al disturbo di conduzione.

Malfunzionamento del pace-maker

Nel caso di ricovero per complicanze (es. malfunzionamento) dovute al pace-maker in diagnosi principale possono essere segnalati, in base alla causa, i codici:

- 996.01 Complicazioni meccaniche da pace-maker cardiaco,
- 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da pace-maker cardiaco e
- 996.72 Altre complicazioni da pace-maker.

La procedura di sostituzione si indica con il codice 37.85 o 37.86 o 37.87 a seconda del tipo di dispositivo impiantato al posto del precedente.

Sostituzione di pacemaker

Nel caso di ricovero per sostituire il generatore scarico, la diagnosi principale deve essere V53.31 Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco. La procedura di sostituzione si indica con il codice 37.85 o 37.86 o 37.87 a seconda del tipo di dispositivo impiantato al posto del precedente.

Impianto PM permanente

L'impianto di PM permanente deve essere codificato con due voci: la prima specifica la sede dove viene posizionato l'elettrodo, la seconda il tipo di apparecchio usato. Ad esempio:

- 37.71 Inserzione iniziale di elettrodo trans venoso nel ventricolo
- 37.81 Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola

Apparecchio a camera doppia

In caso di inserzione di apparecchio a camera doppia (37.83) bisogna codificare l'inserzione di elettrodi trans venosi in atrio e ventricolo unicamente con il codice 37.72 - Inserzione iniziale di elettrodi trans venosi in atrio e ventricolo.

Sostituzione di PM

Per la sostituzione di PM cardiaco i codici, utilizzabili singolarmente, sono:

- 37.85 - Sostituzione di eventuale PM con apparecchio a camera singola non specificato come frequenza di risposta
- 37.86 - Sostituzione di eventuale PM con apparecchio a camera singola
- 37.87 - Sostituzione di eventuale apparecchio di PM con camera doppia

Pacemaker temporaneo

Il codice per descrivere l'inserzione di PM temporaneo trans venoso è il 37.78.

Impianto di Pacemaker leadless (senza elettrodi)

Diagnosi principale: codice relativo al disturbo di conduzione
Diagnosi secondarie: complicazioni o comorbilità solo in caso di chiara evidenza di maggior consumo di risorse

Procedura principale: 37.71 Inserzione iniziale di elettrodo trans venoso nel ventricolo
Procedura secondaria 1: 37.81 Inserzione inziale di apparecchio a camera singola OPPURE 37.82 Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta ad altro stimolo fisiologico eccetto il ritmo atriale
Procedura secondaria 2: 37.99 altri interventi sul cuore e sul pericardio

Criteri di inclusione dei pazienti

- Presenza di un rischio infettivo con l'impianto sottocute dei componenti dei pacemaker tradizionali.
- Pregressi impianti di pacemaker tradizionali.
- Anamnesi di interventi cardiotoracici (presenza di altri dispositivi) ed esiti di traumi toracici.
- Necessità di stimolazioni cardiache poco frequenti.

Defibrillatori

Impianto in fase acuta

Qualora il primo impianto del defibrillatore non sia programmato, cioè avvenga nell'ambito di un ricovero urgente per una sintomatologia legata ad aritmia, la diagnosi principale deve essere il codice corrispondente all'aritmia o, comunque, relativo alla patologia cardiaca causale. Il codice "diagnosi" 780.2 (sincope e collasso) dovrebbe essere usato come principale solo in casi eccezionali (es. quando non è stato possibile fare una diagnosi).

Impianto in elezione e sostituzione

Nel caso di un ricovero specificamente finalizzato all'inserimento o alla sostituzione del defibrillatore e/o degli elettrodi, la diagnosi principale deve essere:

Il codice relativo al disturbo della conduzione, per la prima collocazione;

- 996.04 in caso di sostituzione per problemi meccanici (compreso esaurimento pile-generatore);
- 996.61 in caso di sostituzione per infezione.

Codici intervento impianto defibrillatori

Per quanto riguarda i codici per indicare l'inserimento-sostituzione, la maggior parte della casistica rientra nello schema seguente.

AICD	• Impianto/sostituzione sistema totale: 37.94 • Impianto solo generatore o impianto generatore sottocutaneo: 37.96 • Sostituzione solo elettrodo: 37.97 • Sostituzione solo cardiovertore/defibrillatore: 37.98
CRT-P	• Impianto/sostituzione sistema totale: 00.50 • Impianto solo generatore o impianto generatore sottocutaneo: 00.53 • Sostituzione solo elettrodo: 00.52
CRT-D	• Impianto/sostituzione sistema totale: 00.51 • Sostituzione solo elettrodo: 00.52 • Sostituzione solo cardiovertore/defibrillatore: 00.54

Loop recorder

L'impianto del loop recorder o registratore ciclico è indicato nella diagnosi causale delle sincopi.

Collocazione

- Diagnosi principale: V53.39 collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco
- Intervento principale: 37.79 [...] Inserzione di loop recorder

Rimozione

- Diagnosi principale: V53.39 collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco
- Intervento principale: 86.05 [...] Rimozione di loop recorder

Ablazione circonferenziale delle vene polmonari per fibrillazione atriale

Se eseguita per via percutanea (laboratorio elettrofisiologico), inclusa la riparazione tramite posizionamento di protesi, va codificata con il cod.:

Intervento principale: cod. 37.34 Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesione del cuore, altro approccio

Intervento secondario: cod. 37.26 Test invasivo elettrofisiologico con cateterismo oppure cod. 37.27 Mappatura del cuore

Se eseguita con tecnica chirurgica (in sala operatoria), va codificata con il cod.:

Intervento principale: cod. 37.33 Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio a cielo aperto

Insufficienza cardiaca

L'insufficienza cardiaca può essere definita come un'anomalia della struttura o della funzione cardiaca tale da rendere il cuore incapace di fornire ossigeno a un tasso commisurato alle richieste metaboliche dei tessuti, nonostante normali pressioni di riempimento (o soltanto al costo di un incremento delle pressioni di riempimento).

L'insufficienza cardiaca è definita, dal punto di vista clinico, come una sindrome in cui i pazienti presentano sintomi tipici (es. dispnea, edemi declivi, affaticamento) e segni (es. aumento pressione venosa giugulare, crepitii polmonari, spostamento dell'itto della punta) causati da un'anomalia della struttura o della funzione cardiaca.

Per inserire nella SDO uno dei codici di insufficienza cardiaca, in cartella clinica devono essere presenti uno o più di questi elementi:

- dispnea dopo attività lieve-moderata;
- ortopnea;
- dispnea parossistica notturna;
- facile stancabilità;
- distensione delle vene giugulari;
- edemi declivi;
- congestione polmonare all'rx torace.

I codici per segnalare lo scompenso cardiaco sono i seguenti:

398.91	insufficienza reumatica del cuore (congestizia)
402.01	cardiopatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca
402.11	cardiopatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca
402.91	cardiopatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca
404.01	cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica
404.03	cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di
404.11	cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica
404.13	cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di
404.91	cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca e con patologia renale
404.93	cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca e con patologia renale

428.0	insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)
428.1	insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)
428.20	insufficienza cardiaca sistolica non specificata
428.21	insufficienza cardiaca sistolica acuta
428.22	insufficienza cardiaca sistolica cronica
428.23	insufficienza cardiaca sistolica acuta e cronica
428.30	insufficienza cardiaca diastolica non specificata
428.31	insufficienza cardiaca diastolica acuta
428.32	insufficienza cardiaca diastolica cronica
428.33	insufficienza cardiaca diastolica acuta e cronica
428.40	insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata non specificata
428.41	insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata acuta
428.42	insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata cronica
428.43	insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata acuta e cronica
428.9	insufficienza cardiaca non specificata (scompenso cardiaco non specificato)

Il DRG che ne deriva è il 127, insufficienza cardiaca e shock. Altre complicazioni e comorbilità non modificano l'attribuzione del DRG, anche se possono servire a circostanziare meglio il quadro clinico. Se il paziente fosse sottoposto a ventilazione meccanica per più di 96 ore (4 gg.) il DRG diventa il 542.

Codifica dell'insufficienza cardiaca

Per definire lo scompenso cardiaco generalmente è necessaria una codifica multipla (almeno due codici diagnosi). L'edema polmonare è implicito nei codici di insufficienza cardiaca, quindi non si deve usare 518.81.

Insufficienza cardiaca da cardiopatia ipertensiva

- Diagnosi principale: 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93
- Diagnosi secondaria: 428.0 – 428.9

Insufficienza cardiaca acuta su cronica

- Diagnosi principale: 428.43
- Diagnosi secondaria: 428.0

Insufficienza cardiaca nell'immediato periodo postoperatorio

- Diagnosi principale: 997.1
- Diagnosi secondaria: 428.0 – 428.9 + eventuali codici per aritmie + se presenti 573.0 (congestione epatica), 511.9 (versamento pleurico)

Insufficienza cardiaca a distanza da intervento cardiochirurgico

- Diagnosi principale: 429.4
- Diagnosi secondaria: 428.0 – 428.9

Insufficienza cardiaca in sindrome coronarica

- Diagnosi principale: Codici relativi all'IMA o all'angina instabile
- Diagnosi secondaria: 428.0 – 428.9

Insufficienza cardiaca in endocardite

- Diagnosi principale: Codici relativi all'endocardite
- Diagnosi secondaria: 428.0 – 428.9

Comorbidità

Si ricorda di segnalare le seguenti comorbilità quando comportano un maggiore impegno di risorse (evidenza in cartella clinica):

- Cardio(mio)patie
- Cardiopatie (valvulopatie, presenza di protesi valvolari o di pacemaker, pregressi IMA, by pass coronarico, angioplastica)
- Tumori (codici 140.0 – 208.9, V10)
- Diabete mellito (250-250.9)
- Malattie cerebrovascolari (430-432, 433, 434, 436-438
- Malattie vascolari (440-448, 557, 557.1)
- Malattia polmonare cronica ostruttiva (491-492, 494, 496
- Nefropatie croniche (582-583, 585-588)
- Malattie croniche fegato, pancreas, intestino (571-572, 577.1-577,9, 555, 556)
- Malattie ematologiche (280-285, 288, 289)

Ipertensione arteriosa

È opportuno consultare, nell'indice alfabetico delle diagnosi alle pagine 220-222, 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;
- l'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 (capitolo "Malformazioni congenite").

L'ipertensione maligna è l'improvvisa e rapida comparsa di un'elevata pressione sanguigna. La pressione diastolica spesso supera i 130 mmHg. Questo disturbo colpisce circa l'1% degli ipertesi, bambini e adulti compresi. È più frequente nei giovani adulti. Compare anche nelle donne con tossiemia gravidica e nei nefropatici e nelle persone con collagenopatie vascolari (fonte: NIH).

Ipertensione essenziale

Si codifica con 401.0 (forma maligna) o con 401.1 (forma benigna). Questi codici devono essere usati solo se in cartella clinica è documentato il trattamento o un impegno di risorse assistenziali specifiche.

Cardiopatia ipertensiva

Quando è presente una cardiomiopatia (425.8) o una cardiopatia (429.0 - 429.3 ad es.) ed è una conseguenza dell'ipertensione, si deve usare un codice combinato della categoria 402.__ (pag. 560 del manuale ICD-9-CM) per indicare contemporaneamente la presenza dell'ipertensione con ripercussioni sul cuore (basta un solo codice). Se è presente anche uno scompenso cardiaco, si deve indicare in diagnosi secondaria uno dei codici della categoria 428._ (pagina 568 del manuale ICD-9-CM). Se l'ipertensione non è la causa della cardiopatia, non usare il codice combinato 402.__ bensì utilizzare codici separati, uno per l'ipertensione e uno per la cardiopatia, secondo i classici criteri di individuazione della diagnosi principale e di quelle secondarie. Qui di seguito alcuni esempi.

Malattia cardiaca congestizia dovuta a ipertensione maligna (non controllata)

- 402.91 Cardiopatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca
- Un codice da 428.0 a 428.43

Malattia cardiaca ipertensiva maligna (non controllata) con insufficienza cardiaca congestizia

- 402.91 Cardiopatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca

Malattia cardiaca congestizia con ipertensione benigna (controllata)

- 428.0 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)
- 401.1 Ipertensione essenziale benigna

Nefropatia cronica ipertensiva

Se la nefropatia cronica (condizioni classificabili alle categorie 585-587) è causata dall'ipertensione, utilizzare un codice combinato della categoria 403.__. La quinta cifra varia in base allo stadio dell'insufficienza renale cronica (pagina 561 del manuale ICD9CM):

- 0 - stadi I – IV o stadio non specificato
- 1 - stadio V o terminale

In diagnosi secondaria deve essere indicato il codice dell'insufficienza renale cronica 585._ (la quarta cifra varia in base allo stadio della malattia, vedere pagina 611 del manuale ICD9CM):

Cardio-nefropatia cronica ipertensiva

La presenza contemporanea di cardiopatia e nefropatia cronica causate dall'ipertensione segnala con uno dei codici della categoria 404.__ (vedere pagina 561 del manuale ICD9CM). Il quinto carattere della sotto-classificazione 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 (codice 428.__), se presente, e la malattia renale cronica (585._) per identificarne lo stadio.

Cerebrovasculopatia ipertensiva

In diagnosi principale inserire la cerebrovasculopatia (categorie codici 430 - 438).

Retinopatia ipertensiva

La diagnosi principale è 362.11 - retinopatia ipertensiva

Ipertensione transitoria

Il reperto di una pressione elevata senza una diagnosi acclarata di ipertensione si codifica con 796.2; se in gravidanza, usare il codice 642.3_.

Ipertensione non controllata

L'ipertensione non controllata può essere dovuta ad una terapia non adeguata oppure alla mancata risposta al trattamento (resistenza alla terapia). In entrambi i casi utilizzare uno dei codici delle categorie 401 – 404

Interventi percutanei sulle valvole

Valvola aortica – TAVI

Secondo le linee guida ministeriali la codifica è la seguente.

Natura della valvola	Diagnosi principale
Nativa	424.1 o 395.0/1/2/9 o 396.0/1/2/3/8/9
Protesi	996.02 o 996.61 o 996.71

Procedura TAVI	Intervento principale	Intervento secondario 1	Intervento secondario 2
Accesso trans femorale o succlavia	35.21	37.22	
Accesso trans apicale o trans aortico	35.21	37.22	37.11

37.22 è usato come codice convenzionale

Nella circolare ministeriale mancano le seguenti indicazioni:

- Valvulotomia-valvuloplastica percutanea aortica (35.96)
- Impianto percutaneo di graft endoaortico (39.73)
- Accesso mediante mini sternotomia (77.81)

Valvola mitrale

Secondo le linee guida ministeriali la codifica è la seguente.

Natura della valvola	Diagnosi principale
Nativa	424.0 o 394.0/1/2/9 o 396.0/1/2/3/8/9
Protesi	996.02 o 996.61 o 996.71

Procedura	Intervento principale	Intervento secondario 1	Intervento secondario 2
Impianto per via trans femorale o succlavia	35.23	37.22	
Impianto per via trans apicale o trans aortica	35.23	37.22	37.11
Valvuloplastica con Mitraclip per via trans femorale o succlavia	35.12	37.22	
Sistema di riduzione anello per via trans femorale o succlavia	35.12	37.22	
Impianto neocorde per via via trans apicale	35.12	37.22	37.11

37.22 è usato come codice convenzionale.

Valvola tricuspide

Secondo le linee guida ministeriali la codifica è la seguente.

Natura della valvola	Diagnosi principale
Nativa	424.2 o 397.0
Protesi	996.02 o 996.61 o 996.71

Procedura	Intervento principale	Intervento secondario 1	Intervento secondario 2
Impianto via transfemorale o succlavia o giugulare	35.27	37.22	

Impianto con toracotomia e transatriale dx	35.27	37.22	37.11
Valvuloplastica con clip o anuloplastica per via transfemorale o succlavia	35.14	37.22	

37.22 è usato come codice convenzionale

Valvola polmonare

Secondo le linee guida ministeriali la codifica è la seguente.

Natura della valvola	Diagnosi principale
Nativa	424.3 o 397.1
Protesi	996.02 o 996.61 o 996.71

Procedura	Intervento principale	Intervento secondario 1
Impianto per via trans femorale o succlavia	35.25	27.22

37.22 è usato come codice convenzionale

Sindrome di Brugada e del test diagnostico all'Ajmalina:

- in caso di test positivo → DP: 427.89 Altri disturbi del ritmo
- in caso di test negativo → DP: la diagnosi elettrocardiografica che ha generato il sospetto di S.di Brugada (es. 426.52 BBDx, 427.1 tachicardia parossistica ventricolare, ecc. NB: non usare il codice per lo screening)
- Le Procedure, indipendentemente dall'esito diagnostico, devono essere codificate come: 89.51 ecg per lo studio del ritmo + 99.29 iniez. di sostanze farmacologiche.

Cardiochirurgia

Difetti settali

Chiusura percutanea difetto interatriale

Per la corretta rappresentazione dell'intervento di chiusura del difetto interatriale per via percutanea utilizzare il codice *35.52 Riparazione di difetto del setto interatriale con sutura diretta*.

Chiusura forame ovale

Nei casi di difetto del setto interatriale e di chiusura del forame ovale la codifica della procedura varia a seconda che l'intervento avvenga a cielo aperto o per via per cutanea.

A cielo aperto

Se la via d'accesso è a cielo aperto si codifica la sutura con protesi mediante l'utilizzo del codice *35.51 Riparazione di difetto del setto interatriale con protesi, tecnica aperta* mentre se con sutura diretta il codice sarà *35.71 Altra e non specificata riparazione di difetto del setto interatriale*.

Via percutanea

L'intervento per via percutanea per entrambi i casi deve invece essere sempre codificato con il codice *35.52 Riparazione di difetto del setto interatriale con sutura diretta* che comprende anche l'inserzione di ombrello atriale settale.

Follow-up - convalescenza per intervento cardiochirurgico

Utilizzare in diagnosi principale uno dei codici della sottocategoria V58.__ (pagina 832 del manuale ICD-9-CM).

Chirurgia vascolare

Angioplastica vasi periferici

Vasi cerebrali o pre-cerebrali

I codici di intervento/procedura 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'intervento di 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).

Trattamento varici

Crossing

L'intervento di crossing associato allo stripping di vene varicose dell'arto inferiore va codificato utilizzando entrambi i seguenti codici di procedura:

- 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
- 38.69 Altra asportazione di vene dell'arto inferiore

Laserterapia endovascolare

Nel caso in cui l'intervento per vene varicose sia eseguito con tecnica laser il codice appropriato di procedura è 38.89 Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore.

SEPS

L'intervento di SEPS (legatura endoscopica di perforanti incontinenti in sede sottofasciale) va descritto utilizzando i seguenti codici di procedura:

- 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
- 83.09 Altra incisione dei tessuti molli

TIPSS

La codifica degli interventi di TIPSS per shunt venoso intraddominale per via endovasale prevede i seguenti codici di procedura:

- 39.1 Anastomosi cava e polmonare +
- 38.93 Altro cateterismo venoso NIA

Brachiterapia

Se è effettuata brachiterapia il codice da utilizzare è il *92.20 Infusione di radioisotopo per brachiterapia* (vedere capitolo sui tumori).

Re intervento per controllo di emorragia post-operatoria

Per l'intervento vascolare, utilizzare il codice di procedura *39.41 Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare*.

Portatori di by-pass, protesi valvolari, pacemaker

I codici da utilizzare tra le diagnosi secondarie per identificare questi soggetti sono:

- V43.3 - Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi
- V45.01 - Stimolatore cardiaco in situ
- V45.81 - Stato postchirurgico di by-pass aortocoronarico
- V43.4 - Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi (protesi vascolari)

VAC Therapy

La VAC therapy (Vacuum Assisted Closure) o NPWT (Negative Pressure Wound Therapy) o TPN (Terapia a Pressione Negativa) è una medicazione occlusiva per piaghe e ferite a lenta rimarginazione che sfrutta la pressione negativa per far aderire meglio la medicazione ai tessuti ed evacuare l'essudato.

Il regime assistenziale (ricovero o ambulatoriale) dipende dalle condizioni generali del paziente e non dalla metodica in sé.

Le indicazioni alla VAC therapy sono:

- lesioni trattate con medicazioni avanzate per 4 settimane senza riduzione delle dimensioni della lesione, con previsione di guarigione di almeno 6 mesi ed eccessiva trasudazione che non può` essere gestita con un cambio giornaliero della medicazione;
- ferite acute (traumi, ustioni);
- ferite croniche (da decubito, ulcere arti inferiori, ulcere diabetiche);
- ferite deiscenti, ferite infette, ferite infette post-sternotomia;
- ferite chirurgiche (trapianti di cute, lembi, preparazione del letto della ferita).

Esempio:

- Diagnosi principale: 875.1 Ferita del torace (parete) con complicazioni
- Intervento principale: 93.59 Altra immobilizzazione, pressione e cura per ferita

Pneumologia

In questo capitolo occorre prestare particolare attenzione alle categorie *484 Polmonite in malattie infettive classificate altrove* e *517 Complicazioni polmonari in condizioni morbose classificate altrove*, dove in corrispondenza di ogni sottocategoria è presente la nota d'inclusione che specifica di "*Codificare per prima la malattia di base*".

BPCO

La **broncopneumopatia cronica ostruttiva** è 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 secondo le linee guida in materia.

In **diagnosi secondaria** la BPCO senza riacutizzazione (codice 491.20) può essere segnalata solo se ha comportato un significativo impegno clinico-assistenziale in termini di terapie aggiuntive o di prolungamento della degenza chiaramente esplicitato in cartella clinica.

Inserimento di protesi fonatoria in pazienti laringectomizzati

L'inserimento di protesi fonatoria in laringectomizzato prevede l'utilizzo dei seguenti codici:

Campo	Codifica
Diagnosi principale	V52.8 - Collocazione sistemazione di altra protesi
Diagnosi secondaria	V10.21 - Anamnesi tumore maligno laringe
Intervento	31.69 - Altra riparazione della laringe

Sostituzione di protesi fonatoria in pazienti laringectomizzati

La sostituzione di protesi fonatoria in paziente laringectomizzato si codifica nel modo seguente.

Campo	Codifica
Diagnosi principale	V52.8 - Collocazione sistemazione di altra protesi
Diagnosi secondaria	V10.21 - Anamnesi tumore maligno laringe
Intervento principale	96.03 Inserzione di via aerea esofagea otturatoria
Intervento secondario	42.23 – Altra esofagoscopia

Terapia ventilatoria

Criteri per l'appropriato utilizzo dei codici di riferimento per la terapia ventilatoria (con esclusione dell'età neonatale).

Gestione dell'Insufficienza Respiratoria

L'insufficienza respiratoria è una condizione conseguente al deterioramento della funzione respiratoria, a elevato rischio di morte, che richiede l'adozione di tecniche specialistiche di ventilazione meccanica, invasiva o non invasiva, di ossigenoterapia, di terapia farmacologica e di monitoraggio delle funzioni vitali.

Tali tecniche sono specificamente sviluppate in ambiente pneumologico per il trattamento dell'insufficienza respiratoria del pneumopatico, in particolare mediante l'applicazione di terapia ventilatoria non invasiva che richiede conoscenze tecnico-professionali, dotazioni tecnologiche e condizioni di monitoraggio e nursing che consentono di garantire in tutte le fasi del decadimento funzionale l'appropriatezza del trattamento, con riduzione del rischio di morte e riduzione del ricorso alle terapie intensive tradizionali.

Terapia respiratoria non invasiva – Gruppo codici 93.9

Tipo respirazione	Codificare
Pressione positiva continua (CPAP)	• Codice da usare: 93.90 • Usare solo se: PaO2<60 mmHg, PaO2/FiO2 <200 (edema polmonare, polmoniti gravi, etc.) disturbi respiratori associati
Positiva a due livelli (BiLevel)	• Codice da usare: 93.90 • Usare solo se: ○ PaCO2 >45 mmHg ○ pH<=7,35
Positiva intermittente	• Codice da usare: 93.91 • Usare solo se: ○ PaCO2 >45 mmHg ○ pH<=7,35
Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)	• Codice da usare: 93.96 • Usare solo se: Ipossiemia isolata (PaO2 <60 mmHg) che necessita di ossigenoterapia continua per almeno 48 ore con controllo emogasanalitico arterioso (PaO2, PaCO2 e pH) giornaliero e monitoraggio continuo della SaO2 per almeno 48 ore
Altre procedure respiratorie (polmone d'acciaio)	• Codice da usare: 93.99 • Usare solo se: ○ PaCO2 >45 mmHg ○ pH<=7,35

Terapia respiratoria invasiva – Gruppo dei codici 96.7

Non utilizzare il codice 96.70 in quanto non specifica la durata.

Usare:

- 96.71 Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive
- 96.72 Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più

Condizioni cliniche

- PaO2< 40 mmHg e/o PaO2/FiO2 <200
- pH <= 7,35 e PaCO2 >60 mmHg
- Fallimento o controindicazioni alla ventilazione non invasiva

Procedure endoscopiche

Le seguenti codifiche permettono una standardizzazione nella rilevazione delle più frequenti attività di broncologia interventistica poiché tali attività non trovano corrispondenza immediata nei codici ICD9CM.

Si suggerisce altresì il regime di ricovero generalmente appropriato per l'esecuzione della procedura, quando in elezione.

Tracheali

Procedura	Campo	Codifica
Toracoscopia transpleurica	DP	patologia riscontrata
	IP	34.21 toracoscopia transpleurica
	IS1	34.92 talcaggio (se eseguito)
	IS2	99.26 per la sedazione
Disostruzione endotracheale in anestesia generale	DP	patologia riscontrata
	IP	31.5 asportazione o demolizione locale di tessuto della trachea
	IS1	31.42 laringoscopia o tracheoscopia
	IS2	89.38 narcosi
Disostruzione endotracheale in anestesia generale senza inserimento protesi	DP	patologia riscontrata
	IP	31.5 asportazione o demolizione locale di tessuto della trachea
	IS1	31.42 laringoscopia o tracheoscopia
	IS2	31.99 altri interventi sulla trachea
	IS3	89.38 narcosi
Disostruzione endotracheale in anestesia generale con inserimento protesi	DP	patologia riscontrata
	IP	31.5 asportazione o demolizione locale di tessuto della trachea
	IS1	31.42 laringoscopia o tracheoscopia
	IS2	96.05 altra intubazione del tratto respiratorio (inserzione stent)
	IS3	89.38 narcosi
Posizionamento protesi endotracheale (in elezione) in anestesia generale	DP	V52.8 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata
	IP	31.42 laringoscopia o tracheoscopia
	IS1	31.99 altri interventi sulla trachea
	IS2	96.05 altra intubazione del tratto respiratorio (inserzione stent)
	IS3	89.38 narcosi
Rimozione di protesi (Tracheale o bronchiale)	DP	V52.8 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata
	IP	31.99 altri interventi sulla trachea
	IS1	89.38 narcosi
	IS2	33.78 rimozione endoscopica di dispositivo e sostanze bronchiali (in caso di rimozione di protesi bronchiale)

Bronchiali

Procedura	Campo	Codifica
Biopsia trans bronchiale su parenchima polmonare (TBB)	DP	Patologia riscontrata, oppure, se non vi è riscontro di alcuna patologia, neanche infiammatoria, usare V7189 osservazione per sospetto di altre manifestazioni morbose specificate
	IP	33.27 biopsia endoscopica del polmone
	IS1	99.26 sedazione
Biopsia trans bronchiale con agoaspirato (TBNA)	DP	Patologia riscontrata, oppure, se non vi è riscontro di alcuna patologia, neanche infiammatoria, usare V7189 osservazione per sospetto di altre manifestazioni morbose specificate
	IP	40.11 biopsia di strutture linfatiche
	IS1	33.22 broncoscopia con fibre ottiche

Procedura	Campo	Codifica
	IS2	99.26 sedazione
Laserterapia di lesioni sanguinanti	DP	Patologia riscontrata
	IP	32.01 asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi
	IS1	99.26 sedazione
Toracoscopia transpleurica	DP	Patologia riscontrata
	IP	34.21 toracoscopia transpleurica
	IS1	34.92 talcaggio (se eseguito) o altra procedura
	IS2	99.26 sedazione
Disostruzione endobronchiale in anestesia generale	DP	Patologia riscontrata
	IP	3201 asportazione o demolizione endoscopica di tessuto dei bronchi
	IS1	89.38 narcosi
Disostruzione endobronchiale in anestesia generale + inserimento protesi	DP	Patologia riscontrata
	IP	3201 asportazione o demolizione endoscopica di tessuto dei bronchi
	IS1	96.05 altra intubazione del tratto respiratorio (inserzione stent)
	IS2	89.38 narcosi
Posizionamento protesi endobronchiale (in elezione) in anestesia generale	DP	V528 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata
	IP	33.23 altra broncoscopia
	IS1	89.38 narcosi
	IS2	96.05 altra intubazione del tratto respiratorio (inserzione stent)
	IS3	33.98 altri interventi sui bronchi
Rimozione di protesi (Tracheale o bronchiale)	DP	V528 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata
	IP	31.99 altri interventi sulla trachea
	IS1	89.38 narcosi
	IS2	33.78 rimozione endoscopica di dispositivo e sostanze bronchiali (da aggiungersi nel caso di rimozione di protesi bronchiale)
Inserimento endoscopico di valvola bronchiale	DP	V528 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata
	IP	33.71 inserzione endoscopica di valvola bronchiale
	IS1	89.38 narcosi
	IS2	33.98 altri interventi sui bronchi

Si sottolinea che il codice *32.09 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dei bronchi* **non** deve essere usato per documentare le attività per via endoscopica.

Il codice *33.98 Altri interventi sui bronchi* **non** deve essere usato in concomitanza a diagnosi principale di patologia ma solo nei casi convenzionalmente definiti nello schema con diagnosi principale V578.

Si ricorda che la codifica di diagnosi secondarie deve essere limitata alle patologie che hanno richiesto un effettivo impegno clinico e assistenziale, come in generale è regola di codifica secondo ICD9CM, in particolare per i ricoveri brevi legati ad attività in elezione o in DH.

Ablazione percutanea

L'ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del polmone è identificata dal codice 32.24.

Otorinolaringoiatria

Tonsillectomia e adenoidectomia

La tonsillectomia e l'adenoidectomia devono essere eseguite preferenzialmente in day surgery (o con ricovero ordinario con un solo pernottamento) nel rispetto delle indicazioni delle linee guida nazionali (http://www.snlg-iss.it/PNLG/LG/007tonsille/tonsille.pdf) così sintetizzate nella pagina web dell'Istituto Superiore di Sanità.

Nei bambini con sindrome dell'apnea ostruttiva (nei quali il flusso respiratorio può ridursi o interrompersi durante il sonno a causa del restringimento dello spazio faringeo) la tonsillectomia è consigliabile sulla base di criteri clinici (sonno molto disturbato, russamento intenso, sonnolenza diurna) e dei risultati di esami strumentali (polisonnografia, fibroendoscopia trans nasale) e di laboratorio (percentuale di saturazione dell'emoglobina) che consentono di stabilire la gravità della condizione.

Nei bambini e negli adulti con tonsillite batterica acuta ricorrente la tonsillectomia è consigliata solo se gli episodi di tonsillite si ripetono 5 o più volte l'anno, se i sintomi sono di gravità tale da interferire con le normali attività quotidiane (scuola o lavoro) e se perdurano da almeno 12 mesi, e deve comunque essere preceduta da altri 6 mesi di osservazione. L'indicazione all'intervento può essere più elastica alla presenza di condizioni patologiche associate (infiammazione persistente dei linfonodi del collo anche dopo terapia antibiotica, ascesso peritonsillare, convulsioni febbrili, malformazioni dell'apparato respiratorio o cardiovascolare, malattie croniche).

In presenza di segni o sintomi che inducano il sospetto di una neoplasia maligna (tonsillare oppure del collo o del capo) è consigliabile la tonsillectomia.

Per i soggetti (per lo più sono adolescenti o adulti) con ascesso peritonsillare ricorrente mancano prove definitive sull'opportunità di eseguire la tonsillectomia. Si preferisce dunque consigliare il trattamento con drenaggio e antibiotici e riservare l'intervento ai casi in cui l'ascesso si riformi dopo la terapia e in cui siano presenti i criteri considerati per la tonsillite ricorrente.

In presenza di infezione da streptococco beta emolitico di gruppo A sintomatica o non sintomatica (purché non associata a tonsillite ricorrente) è efficace la terapia con antibiotici. Qualora si accompagnino altre condizioni patologiche connesse all'infezione, l'opzione della tonsillectomia va valutata caso per caso.

Nei bambini affetti da sindrome PFAPA (cioè con episodi periodici di febbre alta accompagnata da stomatite, faringite e infiammazione dei linfonodi del collo) non è consigliata la tonsillectomia, sia per la mancanza di dati scientifici certi sia in considerazione della buona risposta della sindrome ai cortisonici e della sua tendenza a risolversi spontaneamente nel tempo.

Nei bambini con otite media acuta ricorrente gli studi consigliano l'adenoidectomia solo dopo il posizionamento del tubo di ventilazione timpanostomico, ma in Italia si preferisce praticarla prima o in combinazione con questa procedura quando le adenoidi determinano un'ostruzione. Nell'otite media cronica effusiva non si consiglia di ricorrere all'adenoidectomia in prima istanza, tranne, ancora una volta, in presenza di adenoidi ostruenti.

Nei bambini con sinusite ricorrente o cronica vi è indicazione all'adenoidectomia, associata o meno alla chirurgia endoscopica dei seni nasali, solo dopo il fallimento della terapia antibiotica.

Sindrome apnea ostruttiva nei bambini

Nei bambini con sindrome dell'apnea ostruttiva (nei quali il flusso respiratorio può ridursi o interrompersi durante il sonno a causa del restringimento dello spazio faringeo) le indicazioni alla tonsillectomia sono:

- criteri clinici (sonno molto disturbato, russamento intenso, sonnolenza diurna)
- risultati di esami strumentali (polisonnografia, fibroendoscopia trans nasale)
- risultati di laboratorio (percentuale di saturazione dell'emoglobina)

Tonsillite batterica acuta ricorrente

Nei bambini e negli adulti con tonsillite batterica acuta ricorrente le indicazioni alla tonsillectomia sono le seguenti:

- gli episodi di tonsillite si ripetono 5 o più volte l'anno
- i sintomi sono di gravità tale da interferire con le normali attività quotidiane (scuola o lavoro)
- i sintomi perdurano da almeno 12 mesi e vi è stata un'osservazione ulteriore di 6 mesi
- presenza di condizioni patologiche associate (infiammazione persistente dei linfonodi del collo anche dopo terapia antibiotica, ascesso peritonsillare, convulsioni febbrili, malformazioni dell'apparato respiratorio o cardiovascolare, malattie croniche).

OSAS

La sigla OSAS sta per Obstruction Sleep Apnea Syndrome. I codici nell'ICD-9-CM sono i seguenti:

1 Di origine organica
  - 1.a 327.20 Apnea nel sonno di tipo organico non specificata
  - 1.b 327.21 Apnea nel sonno primaria centrale
  - 1.c 327.22 Respiro periodico da elevate altitudini
  - 1.d 327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)
  - 1.e 327.24 Apnea idiopatica correlata a ipoventilazione alveolare non ostruttiva. Ipossia correlata al sonno
  - 1.f 327.25 Sindrome congenita da ipoventilazione alveolare centrale
  - 1.g 327.26 Ipoventilazione/ipossiemia correlate al sonno in malattie classificabili altrove. Codificare per prima la patologia di base
  - 1.h 327.27 Apnea del sonno di tipo centrale in malattie classificabili altrove. Codificare per prima la patologia di base
  - 1.i 327.29 Altre apnee nel sonno organiche

2 Nel capitolo "Segni e sintomi"
  - 2.a 780.53 Ipersonnia con apnea del sonno, non specificata
  - 2.b 786.09 Altre dispnee e anomalie respiratorie [per codificare la roncopatia]

Polisonnografia a 5 canali

Nell'ambito dell'iter diagnostico dell'OSAS la polisonnografia a 5 canali può essere fatta in regime ambulatoriale (preferenzialmente) o in regime diurno (DH diagnostico). In quest'ultimo caso la codifica da utilizzare è la seguente.

Campo	**Codifica**
Diagnosi principale	327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)
Intervento	89.17 Polisonnogramma

Polisonnografia a 7 canali

La polisonnografia a 7 canali, non essendo previsto un DH diagnostico con pernottamento, non può che essere attuata mediante un ricovero ordinario con un pernottamento. La codifica è la seguente:

Campo	**Codifica**
Diagnosi principale	327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)
Intervento	89.17 Polisonnogramma

Deviazione del setto nasale

In cartella clinica deve essere presente il seguente supporto diagnostico.

Settoplastica (21.88)

Presenza in cartella clinica di evidenza di una deviazione del setto quale la descrizione accurata del quadro rinoscopico.

Rinosetto-plastica (21.84)

Evidenza documentale in cartella clinica di:

- fotografia esterna (frontale, laterale destra e sinistra, sub mento-vertice)
- fotografia endoscopica oppure TAC [Tenere presente il rapporto rischi/benefici dell'esposizione alle radiazioni ionizzanti.]

La rinomanometria può essere di supporto, ma non è dirimente, e la radiografia nasale in tre proiezioni è obsoleta.

Deviazione del setto nasale acquisita

La deviazione del setto nasale acquisita (post traumatica o prevalentemente post traumatica) si codifica nel seguente modo.

Campo	Codifica
Diagnosi principale	470 - Deviazione del setto nasale (setto) oppure 738.0 - Deformazioni acquisite del naso (cartilagine)
Diagnosi secondaria	905.0 Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia
Intervento	21.88 nel caso di settoplastica o 21.84 nel caso di rinosettoplastica

Deviazione del setto nasale congenita

La deviazione del setto nasale congenita si codifica come segue.

Campo	Codifica
Diagnosi principale	748.1 - Altre anomalie del naso
Intervento	21.88 nel caso di settoplastica o 21.84 nel caso di rinosettoplastica

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

Frattura nasale

La correzione della deviazione del setto nasale per frattura attuale si codifica nel seguente modo.

Correzione	Diagnosi principale	Intervento principale
Chiusa	802.0 – Frattura chiusa delle ossa nasali	21.71 – Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto
Aperta	802.1 Frattura esposta delle ossa nasali	21.72 – Riduzione aperta di frattura nasale a cielo aperto

Epistassi

Il codice *784.7 epistassi*, è relativo ad un sintomo dovrebbe essere messo in diagnosi secondaria. In diagnosi principale mettere il codice della patologia causale, ad esempio *964.2 avvelenamento da anticoagulanti* nel caso di sovradosaggio di dicumarolici, oppure *448.9 altre e non specificate malattie capillari* nel caso di teleangectasie, oppure *401.0 ipertensione non controllata per una crisi ipertensiva*.

Vertigini

Usare in diagnosi principale il codice della causa della vertigine, ad esempio:

- da disfunzione del labirinto (codici 386.5_);
- da malattia di Meniere (codici 386.00 – 386.04)
- parossistica benigna (386.11);
- da otoliti (386.19).

L'elenco completo dei codici per le vertigini causate da malattie dell'apparato uditivo si trova a pagina 556 del manuale ICD-9-CM.

Il codice 780.4 può essere usato per segnalare stordimento e capogiro, intordimento (essere intontito), sensazione di testa vuota, vertigini non meglio identificate. Trattandosi di un sintomo, può essere usato in diagnosi principale solo quando non è possibile identificare la patologia causale.

Il codice 438.85 deve essere usato unicamente per le vertigini residuanti una malattia cerebrovascolare (postumo).

Si ricorda che è sempre necessario codificare la terapia endovenosa praticata (es. 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche).

Lesioni delle corde vocali

L'asportazione di lesione laringe-corde vocali è indicata dai codici intervento *30.01 Marsupializzazione di cisti laringea*, *30.09 Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe*, *30.22 Cordectomia* e *31.42 Laringoscopia e altra tracheoscopia*.

Nel caso di interventi che interessino anche gli **strati profondi** (muscolo e cartilagine) occorre utilizzare i seguenti codici *30.1 Emilaringectomia* o *30.29 Altra laringectomia parziale*, specificando la via d'accesso endoscopica *31.42 Laringoscopia e altra tracheoscopia*.

Apparato digerente e addome

Colica addominale

In **assenza di una formulazione diagnostica più precisa** si utilizza il codice 789.0_ dolore addominale (con la quinta cifra che indica la sede anatomica) del capitolo "Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti".

Altrimenti, ad esempio, in caso di **colica epatica con presenza di calcoli biliari** il codice appropriato va ricercato all'interno della categoria 574 colelitiasi (senza necessità di codificare il sintomo colica); se non vi è, invece, dimostrazione di calcoli, utilizzare la sottocategoria 789.0_ dolore addominale, indicando la sede anatomica mediante la quinta cifra.

Displasia degli 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**, supportata da referto istologico, su polipi adenomatosi dell'apparato digerente (cod. 230._) o su ulcera gastrica (cod. 230.2) o quando associata a rettocolite ulcerosa o a morbo di Crohn (codici 230.3 o 230.4).

In caso di displasia severa o di alto grado su gastrite o di ulcera gastrica, occorre segnalare in diagnosi secondaria il codice a cinque cifre relativo alla gastrite o all'ulcera gastrica.

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 "Chirurgia vascolare"). Esempio:

- 456.0 Varici esofagee con sanguinamento
- 456.1 Varici esofagee senza menzione di sanguinamento

Ove le varici esofagee siano associate a cirrosi del fegato o a ipertensione portale è necessario codificare entrambe le patologie (codifica multipla). Esempio:

- 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.

Protesi metallica esofagea

Utilizzare il codice 42.89 Altra riparazione dell'esofago e il codice 42.23 Altra esofagoscopia.

Chirurgia bariatrica

Diagnosi

- principale: 278.01 obesità grave
- secondaria: V85.__ indice di massa corporea ...

Intervento

- Gastroresezione sec. Sleeve: 43.89 Altra gastrectomia parziale + 44.99 Altri interventi sullo stomaco
- Gastroplastica verticale laparoscopica: 44.68 Gastroplastica laparoscopica + eventuale 44.38 Gastroenterostomia laparoscopica
- Banding gastrico laparoscopico: 44.95 Procedura laparoscopica di restrizione gastrica

Videoendoscopia diagnostica con capsula

Tale procedura è di tipo **ambulatoriale**; nel caso sia eseguita durante un ricovero utilizzare il codice *45.19 Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue*.

Complicazioni da colostomia ed enterostomia

Sono specificamente individuate le complicazioni da:

- gastrostomia (536.4_)
- colostomia ed enterostomia (569.6_)

In questi casi non devono essere utilizzati i codici delle categorie da 996 a 999 (complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove).

Il solo controllo (ad esempio per ricanalizzazione) deve essere codificato in diagnosi principale con un codice della categoria V55.

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon

- Intervento principale: 46.79 Altra riparazione dell'intestino
- Intervento secondario: 45.23 Colonscopia con endoscopio flessibile.

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto

- Intervento principale: 48.79 Altra riparazione del retto
- Intervento secondario: 48.23 Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido

Emorroidectomia

Per segnalare l'intervento di emorroidectomia eseguito secondo la tecnica di **Longo** o **PPH** (Procedure for Prolapse & Hemorroids) o secondo la tecnica di **Hal**, utilizzare il codice di procedura *49.49 Altri interventi sulle emorroidi*.

Intervento di Starr

La resezione rettale per via trans anale con stapler (Stapled Trans-Anal Rectal Resection) è praticata in caso di rettocele o di prolasso del retto con sindrome da defecazione ostruita e si codifica con *48.74 retto-rettostomia*. Tali casi sono attribuiti al DRG 149.

Questo intervento non deve essere confuso con quello di emorroidectomia secondo Longo, PPH o HAL, eseguito con stapler per il trattamento delle emorroidi, prolassate o meno.

Protesi dello sfintere anale

Codificare in diagnosi principale il codice 787.6 Incontinenza fecale, in diagnosi secondaria il codice V52.8 Collocazione e sistemazione di altra protesi specificata e il codice 49.79 Altra riparazione dello sfintere anale quale intervento principale.

Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del fegato

L'ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del fegato è identificata dal codice 50.24 (vedere capitolo "Tumori").

Ernie addominali

Per le ernie addominali (550-553) si ricorda l'esclusione di quelle congenite diaframmatiche o iatali che sono classificate nel capitolo "Malformazioni congenite".

Nefrologia

Insufficienze renali acute e croniche

È particolarmente importante non fare riferimento all'indice alfabetico in quanto non esaustivo.

Malattia renale cronica

La malattia renale cronica è 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:

- 585.1 Malattia renale cronica, stadio I
- 585.2 Malattia renale cronica, stadio II (lieve)
- 585.3 Malattia renale cronica, stadio III (moderata)
- 585.4 Malattia renale cronica, stadio IV (grave)
- 585.5 Malattia renale cronica, stadio V, che non richiede dialisi cronica
- 585.6 Malattia renale cronica, stadio finale, che necessita di dialisi cronica

Disfunzione renale in trapiantato

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.

Accesso venoso per dializzati

Qui si seguito le codifiche per le situazioni più comuni relative alle fistole arterovenose per dialisi.

Procedura	Diagnosi	Intervento
Posizionamento di catetere venoso per dialisi	V56.1 Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi	38.95 Cateterismo venoso per dialisi renale
Confezionamento di fistola AV per dialisi	V56.1 Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi	39.27 Arteriovenostomia per dialisi renale
Inserimento di catetere per dialisi renale tunnellizzato permanente in angiografia	V56.1 Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi	86.07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
Disocclusione mediante angioplastica percutanea in caso di embolia, occlusione, trombosi della fistola	996.73 Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale	39.50 Angioplastica o aterectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i + 00.40 Procedure su un singolo vaso
Rimozione di fistola AV per complicazione	996.73 Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale	39.43 Rimozione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale
Revisione di fistola AV in sala operatoria	996.73 Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale	39.42 Revisione di anastomosi arterovenosa per dialisi renale
Confezionamento di una seconda fistola (senza	V56.1 Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per	39.27 Arteriovenostomia per dialisi renale

Procedura	Diagnosi	Intervento
rimozione della prima)	dialisi + 996.73 Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale	

Urologia

Colica renale

Si codifica con il codice 788.0 in assenza di calcolosi documentata, ma se viene evidenziata la presenza di calcoli, il codice appropriato va ricercato all'interno della categoria 592 calcolosi renale ed ureterale e non è necessario codificare il sintomo colica renale.

Idronefrosi

L'**idronefrosi**, che complica la calcolosi renale o ureterale o altra patologia ostruttiva, deve essere segnalata in diagnosi secondaria con il codice 591 **purché sia clinicamente rilevante e sia documentata in cartella clinica**. Per la dilatazione della pelvi o bacinetto renale (idronefrosi di primo grado) **clinicamente rilevante** usare il codice 591.

L'idroureteronefrosi si codifica anch'essa con il codice 591, mentre il solo idrouretere si indica con 593.5.

Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del rene

È identificata dal codice *55.33 Ablazione percutanea di tessuto o lesione renale*.

ESWL

Il regime più appropriato di erogazione dell'ESWL è quello ambulatoriale (codici 98.51.1, 98.51.2, 98.51.3 DGR 54). Qualora, stante le particolari condizioni del paziente, sia eseguita in DH si codifica con 98.51 Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica.

Ematuria

In molti interventi l'ematuria è **fisiologica**. L'ematuria post intervento, durante lo stesso ricovero dell'intervento, si segnala solo quando viene modificato in modo sostanziale la programmazione dell'assistenza per quel ricovero (monitoraggio supplementare, trattamenti aggiuntivi, indicazione alla trasfusione).

Nel caso di **ematuria come complicanza** tardiva è necessario indicare l'ematuria in diagnosi principale utilizzando i codici tra le categorie *996 - 999 Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove*.

Tutte le volte in cui l'ematuria viene segnalata in diagnosi secondaria (es. postoperatorio) deve essere giustificata attraverso interventi/procedure, segnalati nella cartella, che evidenzino un trattamento aggiuntivo.

Stenosi ureterale

La **stenosi ureterale acquisita** si indica con il codice 593.3.

Il codice per la dilatazione mediante **utereterotomia** è 56.2 e quello per l'inserzione di un **doppio J** è 59.8.

Il DRG risultante è il 304 Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC, se è presente una diagnosi secondaria complicante (a es. idronefrosi o IVU), o il 305 Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC, in assenza di complicazioni.

Nell'eventuale secondo ricovero per la sostituzione o la rimozione dello stent ureterale la diagnosi principale sarà *V53.6 Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari*, e si dovrà usare il codice 59.8 per la sostituzione e il codice 97.62 per la rimozione definitiva dello stent.

Stenosi uretrale

Le modalità di codifica differiscono fra primo ricovero per il trattamento della stenosi e i ricoveri successivi.

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

- Diagnosi principale: 598.__ Stenosi uretrale …
- Altre diagnosi: utilizzare un codice per indicare l'incontinenza urinaria (625.6, 788.30 - 788.39) o la ritenzione urinaria (788.2)
- Intervento chirurgico: 58.6 Dilatazione uretrale (il codice 58.6 indica sia la dilatazione sia l'inserimento di uno stent uretrale).

L'**uretrotomia endoscopica** per dilatare l'uretra si codifica con 58.5, mentre la **dilatazione con palloncino** dell'uretra prostatica si indica con il codice 60.95.

Per ricoveri finalizzati alla sola collocazione o rimozione di dispositivi (cateteri) occorre utilizzare in diagnosi principale il codice V53.6 e non si ritiene logica la contemporanea presenza in diagnosi secondaria del codice di idronefrosi (59.1).

Nell'eventuale secondo ricovero per la sostituzione o la rimozione dello stent uretrale la diagnosi principale sarà *V53.6 Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari*, e si dovrà usare il codice 58.6 per la sostituzione dello stent e il codice 97.62 per la sua rimozione definitiva.

Intervento per stenosi del collo vescicale

Nel caso di intervento per stenosi del collo vescicale documentata la codifica è la seguente:

a) se viene effettuata una sfinterotomia in presenza di ipertrofia prostatica:

DP: cod. 596.0 *Ostruzione del collo vescicale*

DS: cod. 600.01 *Ipertrofia prostatica benigna con ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (LUTS)*

cod. intervento: 57.91 *Sfinterotomia vescicale*

b) se viene effettuata una sfinterotomia in assenza di ipertrofia prostatica:

DP: cod. 596.0 *Ostruzione del collo vescicale*

cod. intervento: 57.91 *Sfinterotomia vescicale*

La codifica 596.0 ostruzione del collo vescicale non è da utilizzare per l'ostruzione urinaria che va codificata con 599.69.

Incontinenza urinaria

Nel caso fosse necessario ricorrere al ricovero per somministrare sostanze per l'incontinenza urinaria, come codice procedura utilizzare 5972.

Impianto di pacemaker neurali

In caso di impianto di pacemaker neurali per il trattamento di:

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

il codice procedura da utilizzare è *57.96 Impianto di stimolatore vescicale elettrico*, sia nel caso si tratti di un elettrodo temporaneo per la stimolazione del nervo sacrale sia nel caso in cui, con test positivo, venga inserito il pace-maker neurale definitivo.

Mapping prostatico

La diagnosi principale è quella risultante dal referto dell'esame anatomopatologico. Se tale referto è completamente negativo (assenza sia di neoplasia sia di flogogosi o altro) usare il codice V71.1 (sospetto tumore della prostata).

La procedura è *60.11 biopsia della prostata con approccio trans rettale o perineale*; **non** si deve usare il codice 60.15 per il mapping prostatico.

Il regime di erogazione appropriato per la normale agobiopsia prostatica è quello ambulatoriale, mentre per quella di saturazione può essere il ricovero diurno, sempre tenendo conto le condizioni generali del paziente. Si stima che le agobiopsie prostatiche di saturazione possano rappresentare il 5-10% di tutte le agobiopsie prostatiche eseguite.

La codifica in base al referto istologico è la seguente:

- ASAP: 239.5 Tumori di natura non specificata di altri organi urogenitali
- PIN I: 602.3 Displasia della prostata
- PIN II: 602.3 Displasia della prostata
- PIN III: 233.4 Carcinomi in situ della prostata
- Neoplasia maligna: 185 Tumori maligni della prostata

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:

- Intervento principale: 63.1 Asportazione di varicocele
- Intervento secondario: 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*.

Fimosi e frenulo breve

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 (prestazione quasi sempre ambulatoriale) mentre la diagnosi principale è 605 o 607.9.

Gravidanza, parto, puerperio

I codici di questo capitolo descrivono condizioni o complicazioni della madre, pertanto non devono essere utilizzati per codificare la scheda di dimissione ospedaliera del neonato.

Note generali sulla SDO materna

Nell'ambito della **medicina perinatale**, per la presenza di altri flussi informativi attinenti all'area, è fondamentale raggiungere la congruità delle codifiche in modo tale da permettere la lettura delle prestazioni anche in termini di **percorsi assistenziali**: la lettura incrociata tra CEDAP, SDO materna e SDO neonatale configura il **percorso nascita regionale** (DGR 34-8769 del 12/05/2008).

Le diagnosi di dimissione di donna ricoverata in gravidanza/parto devono essere ricondotte al capitolo 11 (codici da 630 a 677) "Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio" del manuale ICD-9-CM.

La SDO di un episodio di ricovero per parto deve contenere:

- la diagnosi principale
- fra le diagnosi secondarie obbligatoriamente quella relativa all'esito del parto (V27._)
- le procedure (codici di procedura compresi tra 72.0 e 75.9).

Si rammenta che, con esclusione del codice 650, tutte le altre diagnosi di gravidanza-parto **devono essere codificate a 5 cifre**, in cui la quinta definisce temporalmente il ricovero (prima del parto, quello in cui è espletato il parto, successivo al parto) e non all'epoca dell'insorgenza della patologia.

Quinta cifra	Significato
0	Nessuno. **Non si deve mai utilizzare zero come quinta cifra** perché non porta ai DRG di parto.
1	La quinta cifra 1 o 2 indicano che durante il ricovero in oggetto è avvenuto il parto.
2	
3	La quinta cifra 3 indica che il ricovero è fatto per trattare una gravidanza patologica, ma durante il ricovero **non è espletato** il parto.
4	La quinta cifra 4 indica che il ricovero è fatto per trattare una complicazione del parto, ma in un **ricovero successivo** a quello in cui è avvenuto il parto.

I codici diagnosi di gravidanza patologica la cui quinta cifra è 0, 3, 4, **non portano all'attribuzione di un DRG di parto** (da 370 al 375) e sono all'origine dell'incoerenza con i certificati di assistenza al parto (CEDAP).

Il codice V27._, da inserire obbligatoriamente, definisce l'esito del parto attraverso la quarta cifra:

- V27.0 - nato vivo da parto semplice
- V27.1 - nato morto da parto semplice
- V27.2 - due nati vivi da parto gemellare
- V27.3 - un nato vivo e un nato morto da parto gemellare
- V27.4 - due nati morti da parto gemellare
- V27.5 - tutti nati vivi da parto multiplo
- V27.6 - alcuni nati vivi da parto multiplo
- V27.7 - tutti nati morti da parto multiplo
- V27.9 - parto con esito non specificato, **da non utilizzare nella SDO perché troppo generico**

Nel campo *intervento principale* si deve inserire il codice relativo all'intervento ostetrico connesso al parto (da 72.0 a 73.99) o all'intervento chirurgico vero e proprio (da 74.0 a 74.99), che ha assorbito più risorse; mentre nei campi interventi secondari si deve indicare il codice delle procedure diagnostiche o terapeutiche

(da 75.31 a 75.99), o di eventuale altro intervento che abbia assorbito minor quantità di risorse rispetto all'intervento principale.

Esempio 1

- Diagnosi principale: Parto di donna con ipertensione essenziale – 642.01
- Diagnosi secondaria 1: Toxoplasmosi – 647.81
- Diagnosi secondaria 2: Parto semplice nato vivo – V27.0
- Intervento principale: Taglio cesareo – 74.1

Esempio 2

- Diagnosi principale: Parto con anamnesi positiva per minaccia d'aborto – 640.01
- Diagnosi secondaria 1 Parto semplice nato vivo – V27.0
- Intervento principale: Monitoraggio fetale – 75.34

Parto fisiologico

Il codice 650 è un codice di diagnosi, identifica l'assistenza a un parto fisiologico, in gravidanza fisiologica, con travaglio fisiologico (parto spontaneo, cefalico, vaginale, a termine, di feto singolo e vitale, che richiede poca o nessuna assistenza, con o senza episiotomia, senza intervento manuale [es. rotazione] o strumentale [es. forcipe]).

Questo codice va usato in diagnosi principale, non può essere associato a nessun altro codice in diagnosi secondaria, fatta eccezione per il V27.0.

- Diagnosi principale: Parto fisiologico - 650
- Diagnosi secondaria 1: Parto semplice nato vivo – V27.0
- Intervento principale: Episiotomia – 73.6

Gravidanza multipla

La gravidanza multipla si segnala con il codice 651.__, in cui la quarta cifra specifica il numero di feti (651.0, 651.1, 651.2) o l'esito in perdita fetale (651.3, 651.4, 651.5, 651.6) e la quinta cifra definisce temporalmente l'episodio di ricovero (1 ricovero per parto, 3 ricovero antecedente il parto). L'esito del parto sarà V27._ con quarta cifra da 2 a 7.

Sono stati aggiunti i codici per gravidanza multipla con elettiva riduzione fetale 651.7 + quinta cifra che definisce temporalmente l'episodio di ricovero (1 ricovero per parto, 3 ricovero antecedente il parto).

Condizioni complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio

La diagnosi principale sarà quella della complicanza (da 640 a 649).

Condizioni infettive complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio

La diagnosi principale sarà 647 (da 647.0 a 674.94) mentre in diagnosi secondaria sarà codificato l'agente eziologico in causa, oppure 646.6_ per infezioni dell'apparato genitourinario in gravidanza oppure 646.5_ per batteriuria asintomatica in gravidanza.

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

Si deve differenziare lo **stato di portatrice** dalla **condizione di infezione** (evidenza di trattamento specifico nella cartella clinica). I codici per indicare lo stato di portatrice sono, ad esempio:

- portatore di Streptococco gruppo B = V02.51;
- portatore di epatite B = V02.61.

Parto di donna portatrice di streptococco B

Campo	Codifica
Diagnosi principale	646.61 Parto di donna con infezione apparato genitourinario*
Diagnosi secondaria	V02.51 Portatrice di streptococco gruppo B
Diagnosi secondaria	V27.0 Parto semplice nato vivo
Intervento principale	75.34 Monitoraggio fetale

* Si utilizza il codice 646.61 perché l'impegno terapeutico-assistenziale equivale a quello dell'infezione sintomatica.

Parto di donna con infezione da streptococco B

Campo	Codifica
Diagnosi principale	646.61 Parto di donna con infezione apparato genitourinario
Diagnosi secondaria	041.02 Infezione streptococcica in manifestazioni morbose classificate altrove e di sede non specificata, Streptococco, gruppo B
Diagnosi secondaria	V27.0 Parto semplice nato vivo
Intervento principale	99.21 Iniezione di antibiotici

Analgesia per il travaglio di parto

Per quanto riguarda la codifica del parto con analgesia, va inserito nel campo procedure il codice *03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia*.

Taglio cesareo

La diagnosi principale deve riportare la patologia o la situazione che ha costituito l'indicazione al cesareo:

- Codici da 652 a 659 = indicazione al cesareo precedente al parto
- Codici da 660 a 669 = indicazione al cesareo durante il travaglio

Le indicazioni al taglio cesareo per patologie non comprese nel capitolo 11 del manuale ICD-9-CM devono essere codificate con:

- in diagnosi principale 659.81 Altre specifiche indicazioni per l'assistenza o l'intervento relative al travaglio e al parto
- in seconda diagnosi la patologia (es. Retinopatia, ecc.)
- intervento principale TC.

Ad esempio, il taglio cesareo eseguito per la presenza di retinopatia si codifica come segue.

Diagnosi principale	659.81 Altre specifiche indicazioni per l'assistenza o l'intervento
Diagnosi secondaria	362.__ Retinopatia …
Diagnosi secondaria	V27.0 Parto semplice nato vivo
Intervento principale	74.1 Taglio cesareo cervicale basso

Il codice *669.71 - Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto, con o senza menzione delle manifestazioni ante-partum*, poiché manca la segnalazione clinica della motivazione, può essere impiegato solo nei casi in cui il ricorso al cesareo è dovuto ad una precisa volontà della donna.

Nella lettura dei percorsi assistenziali **tutti i TC che hanno il 669.71 in diagnosi principale vengono letti come TC su richiesta della donna**.

Parto non avvenuto in ospedale

Nel caso di una donna ricoverata dopo un parto avvenuto non in ospedale

- in assenza di complicazioni, mettere in diagnosi principale il codice *V24.0 Cure ed esami postpartum subito dopo il parto*;
- se sono presenti complicazioni, la diagnosi principale sarà la complicazione (codici del capitolo 11 del manuale ICD-9-CM) con 4 come quinta cifra.

In diagnosi secondaria va sempre posto il codice relativo all'esito del parto V 27._.

Riospedalizzazione di mamma in allattamento

Ri-ospedalizzazione del neonato

Se il neonato viene nuovamente ricoverato per problemi si saluta, si apre una SDO anche per la madre con diagnosi principale *V65.0 Persona sana che accompagna persona malata*. In questo caso non ci sarà l'esito del parto perché già presente nella SDO relativa al precedente ricovero per assistenza al parto.

Prolungamento del ricovero per nascita

Nel caso di donna trattenuta in ospedale per garantire la continuità della relazione con il piccolo ricoverato e/o sostenere l'allattamento materno, per giustificare la correttezza della durata della degenza, sulla SDO materna va aggiunto il codice *V24.1 - Donna in allattamento* in uno dei campi diagnosi secondaria.

Ricovero per patologia materna

Se la madre viene ricoverata ed il neonato è ospitato in ospedale (nido o rooming in), non si apre un ricovero e una SDO per il neonato sano; le annotazioni sulla presenza del neonato e sulle sue condizioni devono essere apposte/allegate nella cartella clinica materna. **Convenzionalmente** nella SDO materna inserire in una delle diagnosi secondarie il codice *V20.1 Cure ad altro neonato o bambino sano*.

IVG farmacologico

L'aborto farmacologico con mifepristone e prostaglandine (RU486) è consentito in regime di **ricovero ospedaliero ordinario o day hospital.**

La dimissione avviene solo a seguito di una verifica ecografica dell'espulsione del materiale abortivo. In tal caso la codifica è:

Campo	Codifica
Diagnosi principale	635.92 Aborto completo, indotto legalmente, senza complicazioni
Intervento principale	89.07 Consulto definito complessivo
Intervento secondario	[eventuale] 88.78 Diagnostica ecografica dell'utero gravido
Intervento secondario	99.99 Altre procedure (per convenzione sarà interpretata come assunzione di RU486)

Nell'eventualità di **dimissione volontaria** anticipata rispetto alla verifica ecografica dell'avvenuta espulsione del materiale abortivo, la codifica è la seguente, con **codice di dimissione 5 – volontaria**:

Campo	Codifica
Diagnosi principale	635.91 Aborto incompleto, indotto legalmente, senza complicazioni
Intervento principale	89.07 Consulto definito complessivo
Intervento secondario	[eventuale] 88.78 Diagnostica ecografica dell'utero gravido
Intervento secondario	99.99 Altre procedure (per convenzione sarà interpretata come assunzione di RU486)

Ogni eventuale richiesta di successiva prosecuzione di trattamento si configurerà come nuovo ricovero ordinario, la cui codifica dopo verifica ecografica di avvenuta espulsione del materiale abortivo, sarà.

Campo	Codifica
Diagnosi principale	635.92 Aborto completo, indotto legalmente, senza complicazioni
Intervento principale	89.07 Consulto definito complessivo
Intervento secondario	88.78 Diagnostica ecografica dell'utero gravido
Intervento secondario	99.99 Altre procedure (per convenzione sarà interpretata come assunzione di RU486)

Scheda ISTAT

La scheda ISTAT relativa all'aborto deve essere compilata quando vi è la **conferma ecografica**.

Dermatologia

Lesioni da decubito

Anche nei reparti di post-acuzie l'escarectomia o il curretage delle lesioni da decubito potrà essere codificato con i codici di procedura *86.22 Rimozione asportativa di ferita infezione e ustione* e *86.28 Rimozione non asportativa di ferita infezione e ustione*.

Gel piastrinico

Usare *93.57 Applicazione di altra medicazione …*, [e *99.74 Piastrinoaferesi terapeutica* per la preparazione del gel.]

Asportazione di lesioni cutanee

Per l'asportazione di lesioni cutanee utilizzare i codici specifici per sede:

Sede	Codifica
Ano	da 49.01 a 49.99
Labbra	da 27.0 a 27.99
Mammella	da 85.0 a 85.99
Naso	da 21.00 a 21.99
Orecchio	da 18.01 a 18.9
Palpebra	da 08.01 a 08.99
Pene	da 64.0 a 64.99
Perineo femminile	da 71.01 a 71.9
Sopracciglia	da 08.01 a 08.99
Scroto	da 61.0 a 61.99
Vulva	da 71.01 a 71.9

In tutti gli altri casi i codici indicati sono *86.4 Asportazione radicale di lesione della cute* e *86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo*.

L'intervento *86.4 Asportazione radicale di lesione della cute* è da intendersi in relazione alla **profondità** dei piani dei tessuti asportati e pertanto **non è in relazione alla totalità dell'asportazione della lesione stessa**. Ne consegue che in caso di asportazione di lesione cutanea che **interessa la cute e il sottocute** il codice procedura da utilizzarsi è *86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo*, che, se è l'unica procedura eseguita, dovrebbe essere effettuata in regime ambulatoriale, mentre in caso di coinvolgimento (asportazione) dei piani sottostanti il codice da utilizzarsi è *86.4 Asportazione radicale di lesione della cute*.

Nel caso di sutura con **lembo di scorrimento o avvicinamento**, va utilizzato, in aggiunta, il codice 86.59.

Di seguito sono riportate indicazioni per l'uso di alcuni codici d'intervento con le relative raccomandazioni anche per la scelta del regime assistenziale più appropriato, considerato che per quanto riguarda le attività descritte esistono anche analoghe prestazioni nel nomenclatore tariffario regionale. Quindi, nei casi di scelta di attività in regime ambulatoriale va scelto per la registrazione il relativo codice dal nomenclatore tariffario regionale.

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.01	Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo, aspirazione di: • ascesso • ematoma • sieroma	Incisione per drenaggio di raccolta sottocutanea o profonda o sottoungueale In caso di: • ascesso • ematoma • sieroma Esclusa: Incisione di cisti o seno pilonidale (86.03) **Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.**
86.02	• Iniezione o tatuaggio di lesioni o difetti della cute. • Iniezione di materiale di riempimento. • Inserzione di materiale di riempimento. • Pigmentazione della pelle. Utilizzare il codice 86.02 anche per l'iniezione di **gel piastrinico**.	Le prestazioni indicate sono da considerarsi di carattere estetico e quindi non erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale ad eccezione dei casi di chirurgia ricostruttiva e post-traumatica. Si considerano materiale di riempimento le iniezioni/inserzioni di sostanze impiantabili (riassorbibili e non) quali acido ialuronico, collagene, silicone etc. **Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.**
86.05	• Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo. • Rimozione di espansore tessutale dalla pelle o dai tessuti molli diversi dalla mammella. • Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio) • Rimozione di loop recorder. • Escluso: rimozione di corpo estraneo senza incisione (98.20-98.29)	Codificare quando si esegue l'eventuale procedura di rimozione di espansore cutaneo anche l'eventuale procedura connessa alla chiusura della ferita (es.: 86.70 innesti peduncolati o a lembo).
86.06	• Inserzione di pompa d'infusione totalmente impiantabile. Codificare anche eventuale cateterizzazione associata. • Escluso: inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile (86.07).	Si deve escludere oltre che l'inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile (86.07) anche il generatore di impulsi (cod. da 86.94 a 86.95).

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.09	• Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo • Esplorazione di: tratto sinusale, cute fossa superficiale • **Undercutting** di follicolo pilifero • Creazione di tasca per neurostimolatore del talamo, nuova sede. • **Escarotomia** • **Riapertura di tasca sottocutanea** per revisione di dispositivo senza sostituzione Escluso quella per: • tasca di pace-maker, nuova sede (37.79) • compartimenti fasciali di viso e bocca (27.0) • creazione di tasca per loop recorder, nuova • sede e inserzione/riposizionamento del dispositivo (37.79) • creazione di tasca per registratore cardiaco impiantabile attivato dal paziente e inserzione/riposizione del dispositivo (37.79) • rimozione di catetere dalla scatola cranica (01.27)	Trattasi di piccoli interventi la cui esecuzione può essere effettuata anche ambulatorialmente. Pertanto il ricovero è giustificato solo da particolari condizioni cliniche del paziente.
86.11	Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo	Da usarsi solo nei casi di interventi rivolti al solo prelievo diagnostico. Non devono essere codificate le biopsie che avvengono nel corso della seduta operatoria sull'organo oggetto di intervento (vedi punto 5.5 delle linee guida regionali). Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.
86.19	Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo. Escluso: esame istologico di cute e tessuto sottocutaneo (91.61-91.79)	Da utilizzarsi solo per procedure diagnostiche di tipo chirurgico.

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.22	Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione. Rimozione per mezzo di asportazione di: • tessuto devitalizzato • necrosi • massa di tessuto necrotico. • Escluso sbrigliamento di: • parete addominale (ferita) (54.3) • osso (77.60-77.69) • muscolo (83.45) • della mano (82.36) • unghia (matrice ungueale) (plica) (86.27) Escluso sbrigliamento non asportativo di: • ferita, infezione o ustione (86.28) • frattura aperta (79.60-79.69) • impianto di lembo peduncolato (86.75)	Le rimozioni si intendono eseguite con metodo chirurgico tradizionale. Es. Escarectomia (necrectomia-necrosectomia). **Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.**
86.24	• Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs • Peeling chimico della cute	Nei casi di chirurgia di Mohs di sede specifica utilizzare i seguenti codici: • 49.39 ano • 85.20 seno • 18.29 orecchio • 08.25 sopracciglia • 08.25 palpebra • 71.3 vulva • 27.43 labbra • 21.32 naso
86.25	Dermoabrasione. Quella con laser (o mezzo meccanico) Escluso: dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	Dermoabrasione mediante mola rotante o altro mezzo meccanico. Inclusa: Laserdermoablazione. **Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.**
86.26	Legatura di appendice dermica. Escluso: asportazione di appendice preauricolare (18.29)	**Attività esclusivamente ambulatoriale (cod. 86.30.0 del nomenclatore tariffario).** L'eventuale codificazione in regime di ricovero è dovuta alla presenza di altri interventi più complessi.

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.28	Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione. Rimozione SAI. Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: • brushing • irrigazione (sotto pressione) • washing • scrubbing Terapia con le larve di mosca. Rimozione con bisturi ad acqua (a getto, jet).	Escarectomia superficiale o necrolisi o sbrigliamento superficiale eseguiti mediante: • curettage • brushing • irrigazione (sotto pressione) • washing • scrubbing Terapia con le larve di mosca. Rimozione con bisturi ad acqua (a getto, jet). Dispositivi a ultrasuoni. Da utilizzarsi solo in presenza di codici di diagnosi di lesioni di pressione o ulcerazione (cod. 707.__) o di ustione (da 940.__ a 949.__). **Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.**
86.3	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo. Distruzione di cute mediante: • cauterizzazione • criochirurgia • folgorazione • raggio laser • asportazione di cicatrice con plastica a Z Escluso: • adipectomia (86.83) • biopsia della pelle (86.11) • asportazione di cute radicale o ampia (86.4) • plastica a “Z” senza asportazione (86.84)	Da utilizzarsi per interventi di exeresi riparabile con sutura diretta, anche quando sia effettuata indagine istologica. **Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.**
86.4	Asportazione radicale di lesione della cute. Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti. Codificare anche eventuale resezione linfonodale (40.3-40.5).	Si utilizza come già indicato all’inizio del capitolo e nei casi di asportazione radicale nei quali sia effettuata indagine istologica e con intervento chirurgico tradizionale.
86.51	Reimpianto del cuoio capelluto.	Reimpianto quale sutura e riposizionamento del cuoio capelluto. Escluso impianto (86.64) e innesti (86.60, 86.63)

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.59	Chiusura di cute e tessuto sottocutaneo di altre sedi. Adesivi (chirurgico) (tessuto) Punti metallici Suture Escluso: applicazione di strip adesivi (butterfly) - omettere il codice	Sutura cutanea e sottocutanea Incluso: Sutura mediante applicazione di preparati adesivi sintetici o naturali (colla). **Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.**
86.60	Innesto cutaneo libero, SAI.	Innesto cutaneo autologo, SAI, innesto intero o a rete. Incluso: prelievo di cute per innesto autologo Escluso: • innesto eterologo (86.65) • innesto omologo (86.66) • costruzione o ricostruzione di: • pene (64.43-64.44) • trachea (31.75) • vagina (70.61-70.62) • innesto cutaneo a spessore parziale o totale nella mammella (85.82 85.83).
86.61	Innesto di cute a tutto spessore sulla mano. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)	Innesto cutaneo autologo a tutto spessore sulla mano Incluso: prelievo di cute per innesto autologo. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)
86.62	Altro innesto di cute sulla mano. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66).	Innesto cutaneo autologo sottile o di medio spessore sulla mano. Incluso: prelievo di cute per innesto autologo. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66).
86.63	Innesto di cute a tutto spessore in altra sede. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66).	Innesto cutaneo autologo a tutto spessore in sede diversa dalla mano. Incluso: prelievo di cute per innesto autologo. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66), innesto intero o a rete. Escluso: • costruzione o ricostruzione di: • pene (64.43-64.44) • trachea (31.75) • vagina (70.61-70.62) • innesto a tutto spessore nella mammella (85.83).

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.64	Trapianto di capelli. Escluso: trapianto di follicolo pilifero nelle sopracciglia o ciglia (08.63).	Indicato in caso di condizioni post traumatiche e/o iatrogene di particolare rilevanza. Diversamente la prestazione è da considerarsi trattamento estetico.
86.66	Omoinnesto sulla cute Innesto sulla cute di membrana amniotica da donatore cute.	Omoinnesto cutaneo Innesto sulla cute di cute da donatore. Incluso: Innesto di derma omologo disepitelizzato e/o decellularizzato (Alloderma) Innesto di membrana amniotica
86.67	Innesto di derma rigenerativo. Cute artificiale SAI. Creazione di "neoderma". Alloderma decellularizzato. Impianto di matrice tegumentaria. Impianto protesico di derma. Derma rigenerato Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)	Innesto sulla cute di sostituto cutaneo o dermico sintetico in grado di attecchire definitivamente (interamente o in sua parte). Incluso: matrici dermiche sintetiche biocompatibili mono o bilaminari Esclusi: innesto di derma omologo disepitelizzato e/o decellularizzato (Alloderma) (86.66) innesto omologo (86.66) innesto eterologo (86.65)
86.69	Altro innesto di cute su altre sedi (Innesto: di derma, adiposo, dermo-adiposo, di cartilagine SAI). Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)	Si intende innesto autologo di derma, adipe, cartilagine. Da usarsi per lipofilling. Escluso: innesto dermolipidico cod. 86.60
86.7	Impianto di lembi peduncolati. Escluso: costruzione o ricostruzione di: • pene (64.43-64.44) • trachea (31.75) • vagina (70.61-70.62)	Escluso: Lembo peduncolato nella mammella (85.84) Ricostruzione mammaria con lembo muscolare o muscolocutaneo (85.85) Trasposizione del capezzolo (85.86) Altra riparazione o ricostruzione del capezzolo (85.87) Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita (82.61, 82.81)
86.72	Avanzamento di lembo peduncolato.	Lembo locale di avanzamento, rotazione, trasposizione (di piccole dimensioni).

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.73	Trasferimento di innesto peduncolato o a lembo sulla mano. Escluso: ricostruzione del pollice o trasferimento di dita (82.61, 82.81).	Trasferimento di lembo locale, di vicinanza o a distanza sulla mano Incluso: lembo microchirurgico.
86.74	Trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi Trasferimento di: • lembo di avanzamento • lembo doppiamente peduncolato • lembo di rotazione lembo di scorrimento • lembo a tubo	Utilizzare unicamente per lembi tubulati indiretti a distanza.
86.82	Ritidectomia facciale Lifting facciale Escluso: ritidectomia della palpebra (08.86- 08.87).	Intervento da considerarsi quasi esclusivamente di natura estetica e quindi da non effettuarsi a carico del SSN.
86.83	Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza. Riduzione del tessuto adiposo di: • parete addominale (pendula) • braccia (batwing) • natiche • coscia (lipomatosi trocanterica) Liposuzione Escluso: mammella (85.31-85.32).	Lipectomia (adipectomia)
86.84	Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute. Plastica a "Z" della cute. Escluso: plastica a "Z" con asportazione di lesione (86.3)	Riparazione di difetto cutaneo o correzione di cicatrice mediante plastiche a Z singole o multiple.
86.89	Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo. Escluso: mentoplastica (76.67-76.68)	Utilizzare per codificare ricostruzione mediante materiale protesico. In chirurgia plastica post-traumatica o post-chirurgica malformativa o oncologica. Escluso: ricostruzione mammaria cod. 85.__ e mentoplastica (76.67-76.68).

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.93	Inserzione di espansore tessutale. Inserzione (sottocutanea) (nel tessuto molle) di espansore tessutale (uno o più) nello scalpo (spazio sub galeale), faccia, collo, estremità superiori e inferiori, tronco eccetto la mammella, per formazione di cute come lembo. Escluso: preparazione di innesto a lembo (86.71), espansione di tessuto mammario (85.95).	Inserzione di espansore tessutale. Inserzione sottocutanea o nello spazio sub galeale di uno o più espansori faccia, collo, estremità superiori e inferiori, tronco eccetto la mammella. Escluso: espansione di tessuto mammario (85.95).
86.99	Altri interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo. Escluso: • rimozione di suture da: • addome (97.83) • capo e collo (97.38) • torace (97.43) • tronco SAI (97.84) • irrigazione di catetere (96.58) • sostituzione di catetere (97.15)	Da utilizzare esclusivamente per interventi innovativi non riconducibili a codici di questo capitolo.

Terapia fotodinamica

La terapia fotodinamica deve essere praticata in regime ambulatoriale. Unica eccezione è il caso di terapia fotodinamica praticata ad un paziente ricoverato e trattato per altre patologie. In tal caso utilizzare i codici *86.3 Altra asportazione …* e *99.88 Fotoferesi terapeutica*.

Ortopedia

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 in diagnosi secondaria si devono associare ad esso le 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.

Vertebroplastica e cifoplastica

La procedura di vertebroplastica è identificata dal codice 81.65 mentre la procedura di cifoplastica è identificata dal codice 81.66.

Intervento per via endoscopica

Laddove non sia presente il codice unico che descrive l'intervento per via endoscopica, si deve ricorre alla codifica multipla riportando sia il codice dell'intervento (come principale) che quello dello specifico approccio utilizzato (come codice aggiuntivo). Ad esempio, la meniscectomia mediante artroscopia del ginocchio si codifica come segue:

- Intervento principale: 80.6 Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio
- Intervento-secondario: 80.26 Artroscopia del ginocchio

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

Pertanto, non devono più essere utilizzati i codici 81.53 e 81.55 relativi alla revisione, rispettivamente, di protesi dell'anca e del ginocchio non altrimenti specificata.

Inserzione di Kine-spring

La metodica d'inserzione di Kine-spring, se ritenuta appropriata, deve essere codificata con il codice 8147 (altre riparazioni del ginocchio) e non va utilizzato il codice 8154 di sostituzione del ginocchio, in quanto l'intervento non è correlato all'inserzione di artroprotesi per sostituzione della relativa articolazione del ginocchio.

Legamenti crociati del ginocchio

Per l'inserzione o plastica dei legamenti crociati del ginocchio codificare esclusivamente il codice *81.45 Altra riparazione dei legamenti crociati* oltre all'eventuale via artroscopica di accesso.

Impianto (trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione

Le correzioni di lesioni osteocondrali, anche di grado elevato, con sostituti osteocondrali di derivazione biotecnologica, non sono assimilabili alle sostituzioni articolari con protesi, pertanto la codifica deve

prevedere l'uso del cod. 84.*52 Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti*, associato ai cod. di riparazione articolare specifici per sede (81.47 ginocchio,81.83 spalla, 81.49 caviglia).

Primo intervento per autoinnesto

Nel caso di prelievo per successivo intervento di autoinnesto occorre usare in **diagnosi principale** il codice di patologia, quindi come **intervento principale** un codice del gruppo *80.9_ Altra asportazione dell'articolazione …* e il codice *80.2_ Artroscopia …*

Altre patologie del ginocchio

Le **artropatie del ginocchio** (compresa la rotula) sono identificate dalla categoria 711 alla 716 e la quinta cifra è sempre un "6", ad esempio *715.36 Artrosi localizzata, non specificata se primaria o secondaria, ginocchio*. L'**instabilità articolare** del ginocchio si indica con il codice *718.86 Altre lesioni articolari non classificate altrove, ginocchio*. Le **calcificazioni articolari**, le **condromatosi**, le **ossificazioni eterotopiche** del ginocchio-rotula sono individuate dal codice *719.86 Altri disturbi specifici delle articolazioni, ginocchio*.

Fanno eccezione alla regola del 6 come quinta cifra i codici della categoria 717, che è interamente dedicata alle patologie del ginocchio.

Interventi sulla spalla

Per alcuni interventi della spalla sono stati posti dagli esperti del settore diversi problemi inerenti alla corretta interpretazione delle regole di codificazione e alle relative conseguenze nelle attribuzioni del rispettivo DRG. Pertanto, è stata effettuata una revisione delle regole precedenti. In particolare, la risoluzione delle problematiche legate alla definizione dei codici d'intervento deve tener conto dell'esatta determinazione della diagnosi principale, senza considerare quelle che possono intendersi come correlate o propedeutiche alla stessa, codificando di conseguenza gli interventi.

Rottura della cuffia dei rotatori

L'intervento per la rottura della cuffia dei rotatori si codifica come segue

- Diagnosi principale: 727.61 Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori oppure 840.4 Distorsione e distrazione cuffia dei rotatori (capsula)
- Intervento principale: 83.63
- Intervento secondario: 80.21 (se l'intervento è eseguito in artroscopia)

senza segnalare i codici delle procedure complementari a tale intervento quali l'acromionplastica, la bursectomia o la tenotomia.

Quando si utilizzano particolari ausili (es. ancorette) per migliorare la tenuta della riparazione della cuffia dei rotatori, si può usare il codice intervento *81.83 Altra riparazione della spalla*.

Invece, per l'eliminazione del conflitto acromion-claveare, anche con l'inserzione di Inspace orthospace, se ritenuto appropriato nel caso trattato, **non deve essere utilizzato il codice 81.83** bensì il codice *78.41 Altri interventi di riparazione o plastica su scapola, clavicola e torace* oltre al codice 80.21, se l'intervento viene fatto per via artroscopica.

Lussazione ricorrente della spalla

Nel caso di trattamento della lussazione ricorrente della spalla usare la seguente codifica:

- Diagnosi principale: 718.31
- Intervento principale
    - A cielo aperto: 81.82

- Per via artroscopica: 81.82 + 80.21

Sindrome del tunnel carpale

L'ambito assistenziale più appropriato per l'intervento per tunnel carpale è il regime ambulatoriale. Qualora fosse necessario il ricovero, la codifica dovrà prevedere:

- diagnosi principale - codice *354.0 Sindrome del tunnel carpale* e in
- diagnosi secondaria le eventuali complicanze (es. dito a scatto 727.03)
- procedura - codice *04.43 Liberazione del tunnel carpale* e il trattamento dell'eventuale complicanza, ad es. *82.12 Fasciotomia della mano*.

Aponeurolisi percutanea (con collagene)

Tale procedura deve essere effettuata in regime ambulatoriale (procedura codice 81.92 del nomenclatore tariffario ambulatoriale) con caricamento del costo del farmaco in file F.

Interventi per ernia discale

Attenzione! Il codice 80.50 (Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata) **non deve essere utilizzato**.

Tecnica chirurgica a cielo aperto

L'utilizzo dei codici 80.51 e 80.59 è indicato esclusivamente per gli approcci chirurgici, sia classici sia mininvasivi, che determinino una discectomia totale o parziale.

Radiofrequenza o laser

Deve essere utilizzato il codice *89.59 Altra distruzione di disco intervertebrale*.

Iniezione locale sostanze terapeutiche

Il trattamento dell'ernia discale con sostanze terapeutiche, quali ozono o gel, di norma deve essere effettuato in regime ambulatoriale.

Nei casi in cui si rendesse necessario il ricovero, deve essere utilizzato il codice *80.52 Chemionucleolisi intervertebrale*.

Rimozione di mezzi di fissazione

La codifica della rimozione dei mezzi di fissazione varia a seconda che siano interni o esterni.

Rimozione di mezzi di fissazione interni

- Diagnosi principale: V54.01 - Trattamento per rimozione di mezzo di fissazione interno
- Intervento principale: 78.6_ - Rimozione di dispositivo impiantato da … (la quarta cifra varia in base alla sede)

Rimozione di filo di Kirschner o chiodo Steinmann

- Diagnosi principale: V54.89 - Trattamento ortopedico ulteriore
- Intervento principale: 97.88 - Rimozione di dispositivo esterno di immobilizzazione.

Rimozione di altro fissatore esterno

- Diagnosi principale: V54.89 - Trattamento ortopedico ulteriore
- Intervento principale: 78.6_ - Rimozione di dispositivo impiantato da … (la quarta cifra varia in base alla sede)

Rimozione di gesso o ferula

Diagnosi principale: V54.89 - Trattamento ortopedico ulteriore

Intervento principale: 97.88 - Rimozione di dispositivo esterno di immobilizzazione.

Metodiche rigenerative

Le metodiche sperimentali, per le quali non esiste ancora evidenza scientifica di efficacia, non devono essere eseguite se non sono supportate da specifici protocolli di sperimentazione.

Nel caso di iniezione di **gel piastrinico** il relativo intervento va segnalato con il codice *81.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento* [e *99.74 Piastrinoaferesi terapeutica* per la preparazione del gel].

Dispositivo di fissazione posteriore interspinosa non in combinazione con dispositivo di fusione intersomatica

Codifica 84.59 Inserzione di altri dispositivi spinali-*inserzione di dispositivo di stabilizzazione senza fusione* + eventualmente in procedura secondaria il cod. 78.09 innesto osseo di altre ossa.

Malformazioni congenite

Regole specifiche di codifica

L'età del paziente non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo 14 (740-759) del manuale ICD9CM.

Le patologie descritte in tale capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età e sono correlate agli MDC di sistema o apparato.

Altre condizioni di origine perinatale, comprese alcune condizioni specificate come congenite, sono descritte nel capitolo 15 (760-779) del manuale ICD-9-CM, che include anche i traumi ostetrici classificati con la categoria 767. La distinzione tra condizioni congenite e 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.

Il termine "congenito" è utilizzato per descrivere una condizione anomala già presente alla nascita, ancorché possa manifestarsi clinicamente in età più avanzata. Inoltre molte condizioni congenite non correggibili persistono per tutta la vita e, quindi, l'età del paziente non può essere un fattore determinante nell'assegnazione di questi codici.

Si rammenta ancora che alcune malformazioni muscolo-scheletriche da malposizione sono classificate nella categoria 754; se invece l'anomalia è legata a traumi alla nascita, occorre utilizzare i codici della categoria 767 traumi ostetrici del capitolo 15 del manuale ICD-9-CM.

Le malformazioni congenite sono classificate secondo il sistema/apparato coinvolto e in base alle localizzazioni d'organo. Se non è possibile descrivere in maniera specifica una malattia con un solo codice si devono utilizzare codici aggiuntivi presenti anche in altri settori della classificazione ICD-9-CM.

In particolare, per l'età neonatale fare riferimento al successivo capitolo "Neonatologia-Pediatria".

Neonatologia – Pediatria

Nell'ambito della Medicina Perinatale, per la presenza di altri flussi informativi attinenti all'area, è fondamentale raggiungere la congruità delle codifiche in modo tale da permettere la lettura delle prestazioni anche in termini di "percorsi assistenziali": la lettura incrociata tra CEDAP, SDO materna e SDO neonatale configura il *percorso nascita regionale* (DGR 34-8769 del 12/05/2008).

Note generali SDO neonato (fino a 28 giorni di vita)

Per ogni nuovo nato nel presidio sarà aperta alla nascita una cartella clinica e SDO relative all'episodio di assistenza ospedaliera neonatale.

Tutte la SDO redatte dal nido devono produrre DRG afferenti all'MDC 15, *Condizioni originatesi nel periodo perinatale*; quindi, condizioni caratterizzate da manifestazioni che hanno origine da prima della nascita fino i primi 28 giorni di vita anche se la patologia può evidenziarsi successivamente. Dal manuale ICD-9-CM: *manifestazioni che hanno origine nel periodo perinatale, prima della nascita fino a 28 giorni dopo la nascita, anche se la morte o le manifestazioni patologiche si manifestano successivamente.*

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

Evento nascita

Diagnosi principale

Tutte le nascite avvenute in ospedale devono essere identificate riportando sulla SDO in diagnosi principale i codici da V30._ a V39._ indipendentemente dal fatto che il neonato sia prematuro o a termine, sia sano o patologico, perché questi codici, per convenzione, indicano solo l'avvenuta nascita e non lo stato di buona salute.

A partire dal 2020 (prima con segnalazione e poi con il controllo LG7) abbiamo introdotto una valutazione differente nel caso di neonato nato in struttura (provenienza assistito='01') ritenendo anomali e pertanto non accettabili le seguenti situazioni:

- diagnosi (principale e/o secondaria) 765.09 – neonato gravemente immaturo con peso alla nascita superiore a 2500 gr
- presenza in diagnosi (principale e/o secondaria) di un codice aspecifico di basso peso (764.00, 764,10, 764.20, 764.90, 765.00, 765.10)
- diagnosi principale V30.xx – V39.xx con disciplina di dimissione diversa da 31 (nido)

Diagnosi secondarie

In diagnosi secondaria devono essere riportate le condizioni cliniche significative che comportano interventi diagnostici o terapeutici con impegno assistenziale significativo che può determinare un allungamento della degenza.

Eccezione: neonato sottoposto, durante il ricovero per l'evento nascita, a intervento chirurgico per patologia malformativa congenita o patologia intercorrente: in tal caso la diagnosi principale deve riportare la patologia trattata chirurgicamente, la diagnosi secondaria deve riportare il codice da V30._ a V39._. L'intervento eseguito deve essere indicato nell'apposito campo.

A partire dal 2020 sono anche state censite le diagnosi inappropriate per i neonati (si veda il controllo LG6 e relativo elenco presente nella "Tabella dei Codici Diagnosi inappropriate in SDO Neonato".

Vaccinazioni e screening

L'esecuzione di vaccinazioni e screening sui neonati sani non comporta l'assegnazione di ulteriori codici diagnosi oltre a quelli delle categorie V30, V31, V32, V34, V36, né come diagnosi principale né secondarie.

Nato morto

Non si apre una SDO per il nato morto. 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.

La documentazione clinica relativa al nato morto, redatta dal neonatologo e comprendente gli esami strumentali messi in atto, deve essere allegata alla cartella materna; la SDO materna deve riportare i relativi codici V27.1 ecc.

Ricovero di neonato successivamente all'evento nascita

Queste indicazioni valgono per i ricoveri successivi a quello della nascita fino ai 28 giorni di vita.

Neonato sano che accompagna la madre

Vedere capitolo "Gravidanza, parto e puerperio".

Neonato sano, nato fuori dall'ospedale e ricoverato con la madre

Vedi capitolo "Gravidanza, parto e puerperio".

Neonato ricoverato per patologia (ricovero successivo)

Nel caso di un ricovero per patologia, successivo a quello della nascita, non si devono usare in diagnosi principale i codici V30.__ - V39.__, bensì utilizzare, ove si trovi riscontro, un codice da 760 a 779 che riporta all'MDC 15 di *Condizioni morbose di origine perinatale*.

Se non si identifica un codice ricompresso nei codici perinatali, utilizzare in diagnosi principale il codice 779.89 *altre manifestazioni specifiche che hanno origine nel periodo perinatale* e in diagnosi secondaria la patologia riscontrata.

Ricovero per osservazione di condizioni morbose sospette

Nel caso di un nuovo ricovero entro i primi 28 giorni di vita per sospetto diagnostico, poi non confermato, la diagnosi principale deve essere *V29._ - osservazione di neonati per sospetto di condizione morbosa … .*

Se il ricovero avviene dopo i primi 28 giorni, la diagnosi principale deve essere *V71.__ - osservazione e valutazione per sospetto di … .*

Cause materne di morbilità e mortalità perinatale

Le diagnosi comprese tra i codici 760._ e 763._ riguardano patologie derivanti da condizioni materne che possono avere ripercussioni sul neonato.

Nella SDO del neonato, correlata all'evento nascita, esse vanno riportate in DS solo nel caso il bambino evidenzi effettivamente la patologia correlata o necessiti, senza successivo riscontro di patologia, di accertamenti specifici o degenza prolungata.

Infezioni neonatali

Nel caso di infezione neonatale indicare in DS i codici 771.__ (771.81 per la setticemia) e successivamente un codice del gruppo 041._ per indicare il microrganismo. Non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi.

Disturbi della crescita e del peso alla nascita

Prestare attenzione alle specificazioni presenti nel sistema di classificazione circa il livello di immaturità/ prematurità ed il relativo peso alla nascita (codici da *764.__ ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale* a *765.__ problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita*).

Poiché esistono grosse differenze tra il trattamento di un prematuro a basso peso rispetto ad un neonato con lo stesso grado di prematurità ma con peso più elevato, è stata introdotta la quinta cifra per la descrizione del peso alla nascita.

Per gli immaturi estremi e i pretermine occorre aggiungere uno dei codici del gruppo 765.2_ per indicare la settimana di gestazione.

Traumi ostetrici

Sono descritti nei codici 767._ Seguire le indicazioni presenti nel capitolo sulle malformazioni congenite per le diagnosi differenziali.

Ipossia intrauterina e problemi respiratori neonatali

Sofferenza fetale

Sofferenza fetale (codici da 768.2 a 768.4): indicare solo se si esprime con una patologia o riscontri diagnostici effettivi.

Asfissia grave

Asfissia grave alla nascita (codici da 768,5 a 768.9): tiene conto della differenza di coinvolgimento delle condizioni neurologiche

Sindrome da distress respiratorio neonatale

In considerazione della gravità della patologia, che richiede per lo più di ventilazione assistita o CPAP, deve essere riservato a:

- malattia delle membrane ialine di terzo e quarto stadio
- ipertensione polmonare primitiva
- severa sindrome da distress respiratorio

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

Nato da madre positiva per infezione (nascita)

Neonato sano e con accertamenti negativi

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria: nessuna

Neonato asintomatico ma positivo agli accertamenti colturali e sierologici

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria 1: 760.2 - malattie infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato ma senza manifestazione di malattia
- Diagnosi secondaria 2: codice da V02.0 a V 02.9 per indicare lo stato di portatore o portatore sospetto di malattia infettiva

Neonato sintomatico

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria 1: 771.2 altre infezioni congenite del periodo neonatale
- Diagnosi secondaria 2: codice specifico dell'agente etiologico

Neonato asintomatico con accertamenti positivi ma non ancora dirimenti circa la possibile trasmissione dell'infezione

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria 1: codici da V01.0 a V01.89 "contatto o esposizione a…."
- Per ricoveri successivi all'evento nascita omettere V3_.__.

Neonato nato da madre con rottura prematura delle membrane

Se il neonato è positivo agli accertamenti ed è stato trattato, la codifica è la seguente:

- Diagnosi principale: V3_.__ (se evento nascita)
- Diagnosi secondaria 1: 761.1 rottura delle membrane con ripercussioni su feto o neonato
- Diagnosi secondaria 2: V771.8 altri tipi di infezione specifiche del periodo neonatale (ovviamente se c'è l'infezione)

Se il neonato è asintomatico:

- Diagnosi principale: V3_.__ (se evento nascita)
- Diagnosi secondaria 1: 760.8 "altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato ma senza manifestazioni della malattia"

Malattia emolitica del neonato anti Rh o anti ABo

Per la SDO relativa alla nascita del neonato **senza sintomi** codificare come segue:

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria 1: 760.8 - altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato ma senza manifestazioni della malattia (per segnalare la condizione clinica che rende necessaria l'osservazione clinica e gli accertamenti seriati)

Invece, per la SDO relativa alla nascita del neonato **con sintomi** codificare come segue:

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria 1: 773._ malattia emolitica del feto o neonato dovuta ad isoimmunizzazione"

Ittero neonatale

Il sistema di attribuzione del DRG porta a una sottostima dei casi di ittero neonatale da ritardo della coniugazione, anche quando richieda fototerapia.

Ittero neonatale fisiologico

- Diagnosi principale: V3_.___
- Diagnosi secondaria: 774.6 Ittero fetale e neonatale non specificato

Iperbilirubinemia con necessità di accertamenti o causa di patologia

- V3_.__
- 774._ - ittero neonatale ...
- Codice altra patologia

Iperbilirubinemia con necessità di fototerapia

- V3_.__
- 779.89 altre manifestazioni che hanno origine nel periodo neonatale
- 774.3_ - ittero neonatale da ... oppure 774.6 - ittero neonatale non specificato (iperbilirubinemia transitoria)

Neonato da madre diabetica (nascita)

Per il **neonato sano** da madre diabetica utilizzare la seguente codifica:

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria: nessuna

Per il neonato da madre diabetica sano ma con **necessità di osservazione** e accertamenti specifici usare i codici:

- Diagnosi principale: V3_.___
- Diagnosi secondaria: 760.8 - altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato, ma senza manifestazioni della malattia

Invece se il neonato è **sintomatico**:

- Diagnosi principale: V3_.___
- Diagnosi secondaria: 775.0 - sindrome del neonato di madre diabetica

Nato da madre che assume sostanze potenzialmente tossiche

I codici diagnosi per il **neonato sano** da madre che assume sostanze potenzialmente tossiche sono i seguenti:

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria: nessuna

Se il neonato è sano, ma presenta **necessità di osservazione** e accertamenti specifici codificare così:

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria: 760.8 altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato, ma senza manifestazioni della malattia

Se il neonato è **sintomatico**:

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria 1: 760.7_ - malattie del feto dovute a sostanze nocive passate attraverso la placenta o il latte materno (la quinta cifra identifica la sostanza)
- Diagnosi secondaria 2: codice relativo alla manifestazione clinica

Neonati trasferiti

Il seguente schema presuppone che il neonato patologico sia trasferito dal punto nascita dell'ospedale A alla terapia intensiva neonatale (TIN) dell'ospedale B, e da qui sia ri-trasferito nell'ospedale A. In tutto sono emesse tre SDO, due dall'ospedale A e una dall'ospedale B.

SDO centro nascita inviante

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria 1: Patologia neonatale
- Reparto di ammissione: Nido (31)
- Modalità di dimissione: 6 – trasferito ad altra struttura per acuti

SDO TIN

- Diagnosi principale: Patologia neonatale
- Diagnosi secondaria 1: V68.89 per segnalare l'eventuale trasporto assistito o il back-transport
- Reparto di ammissione: TIN
- Modalità di dimissione: 8 - trasferimento a istituto pubblico o privato di riabilitazione e altra postacuzie, o in reparto pediatrico di minor intensità, se il neonato è trasferito al centro nascita

SDO centro nascita ricevente

- Diagnosi principale: Utilizzare codici V o codici relativi ai postumi
- Reparto di ammissione: Neonatologia (62) o Pediatria (39)

Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti

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

Traumatismi e avvelenamenti

Codici E

Quando si utilizzano i codici diagnosi compresi tra 800.__ e 904.__ oppure tra 910.__ e 995.89 (vedere controllo LC9 disciplinare tecnico flusso SDO) deve essere inserito anche il corrispondente codice E nell'apposito campo della SDO se il regime di ricovero è ordinario.

Complicazioni di trapianto di rene

Il codice 996.81 Complicazioni di trapianto di rene deve essere utilizzato per le complicazioni di trapianto di rene come "insuccesso" o rigetto. Il codice non deve essere assegnato ai casi di malattia renale cronica nel post trapianto se non è documentata una stretta relazione con il trapianto.

SIRS da processi non infettivi

La sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) può svilupparsi in conseguenza di alcuni processi non infettivi come traumi, tumori maligni o pancreatiti. In questi casi occorre codificare per prima la patologia di base, seguita dal codice 995.93, in caso di SIRS senza disfunzione acuta di organo, o 995.94 se SIRS con disfunzione acuta di organo. Vedere anche capitolo "Malattie infettive e parassitarie".

Avvelenamento e intossicazione da farmaci

In diagnosi principale si riporta il codice della sostanza che ha determinato l'avvelenamento o gli effetti tossici (pagina 798 e seguenti del manuale ICD-9-CM); la descrizione delle sintomatologie o manifestazioni deve essere riportata in diagnosi secondaria.

Codici V

La classificazione supplementare dei codici V è utilizzata per descrivere una serie di condizioni o stati e di procedure che, indipendentemente dalla presenza di malattie in atto, possono determinare il ricorso a prestazioni sanitarie o che comunque influenzano le condizioni di salute del paziente.

I codici V possono essere utilizzati per segnalare:

- Problemi clinici che influenzano lo stato di salute del paziente, ma che non sono una malattia, un traumatismo, un segno o un sintomo (es. cod. V14.2 Anamnesi personale di allergia a sulfamidici; tale specifico problema deve essere riportato in SDO e codificato solamente se esercita un'effettiva influenza sul trattamento del paziente.
- Servizi erogati che descrivono quelle circostanze, diverse da malattie e traumatismi, che determinano il ricorso ai servizi sanitari (es. paziente portatore di neoplasia, che viene ricoverato per chemioterapia o radioterapia).
- Altre circostanze che descrivono situazioni diverse dalle precedenti, e che comunque influenzano l'andamento del ricovero (es. cod. V27.2 Esito parto gemellare).

I codici V possono essere utilizzati come diagnosi principale nei seguenti casi:

- ricovero per specifiche cure o procedure, ad esempio chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di dispositivi;
- pazienti ricoverati come donatori;
- persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche;
- per indicare lo stato o l'osservazione di neonato.

I codici V 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 ricoverato ma che di per sé non costituiscono malattia o trauma.

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. Ad esempio, nel caso di "complicazioni di trapianto di rene" – codice 996.81, il codice *V42.0 Rene sostituito da trapianto* non deve essere indicato).

Ricerca dei codici V

L'Indice alfabetico riporta un'ampia terminologia riferita alle diagnosi espresse con i codici V: ammissione, impianto (rigetto), anamnesi (personale) di, applicazione di, assistenza di, consigli NIA, contatto per, controllo di, donatore, esame (generale) (di routine) (di) (per), follow-up (visita) (routine) (controllo), osservazione (per), problema (con), screening (per), sorveglianza di, status (post-), terapia, test, trapianto (trapiantato), trattamento ulteriore, verifica di, e altri.

Per una trattazione completa sull'uso dei codici V vedere capitolo "Problemi comuni a tutte le specialità".

Ricoveri riabilitativi discipline 28, 56, 75

Premessa

Le seguenti indicazioni rispettano quanto stabilito dal DM 5 agosto 2021 e dalle linee guida del Ministero della Salute e non modificano le attuali regole di remunerazione dei ricoveri.

Schema logico

Nella scelta dei codici diagnosi deve essere seguito il seguente schema logico sequenziale:

1. sindrome funzionale
2. diagnosi eziologica
3. marcatore di complessità assistenziale
4. complicazioni e comorbilità

Con il nuovo tracciato SDO, sarà necessario indicare la funzione per ogni codice diagnosi secondaria: “E” per la diagnosi eziologica, “M” per il marcatore di complessità, “C” per le complicazioni e le comorbilità.

Scelta dei codici diagnosi

Codici v57___

Non deve mai essere usato un codice V57___ , né in diagnosi principale, né in diagnosi secondaria.

Diagnosi principale

Come diagnosi principale deve essere indicato un codice diagnosi atto a descrivere la sindrome funzionale seguendo le seguenti regole:

- Prima scelta – un codice di “postumo/esito” elencato in tabella 1 (v. allegati)
- Seconda scelta – un codice di menomazione-sintomo-disturbo
- Terza scelta – un codice relativo ad una patologia

Con il termine di sindrome funzionale si intende il tipo di menomazione e disabilità che ha determinato il ricovero ospedaliero riabilitativo ed il maggior consumo di risorse.

In presenza di una duplice disabilità funzionale è necessario optare per quella che richiede l’impiego di maggiori risorse.

Le ulteriori menomazioni, rispetto alla sindrome funzionale segnalata in diagnosi principale, devono essere segnalate tra le diagnosi secondarie come comorbilità.

In caso di presa in carico riabilitativa post interventi chirurgici elettivi di sostituzione di organi o parti di organi-apparati, per codificare la sindrome funzionale in diagnosi principale, si devono utilizzare i codici di fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (Codici V) riportati tabella 1.

Non devono essere utilizzati i codici di postumi/esiti e di menomazione-sintomo-disturbo riportati in tabella 2 perché non generano DRG/MDC specifico.

Diagnosi secondarie

Diagnosi eziologica	Nelle diagnosi secondarie deve essere sempre inserito un codice che indichi la patologia causa della sindrome funzionale, scegliendolo tra i codici patologia o quelli V elencati in tabella 3 Non devono essere utilizzati codici V al di fuori di quelli elencati in tabella 3.
Indicatore (o marcatore) di complessità	Per segnalare i fattori che hanno determinato una maggiore complessità assistenziale utilizzare uno dei codici elencati in tabella 4.
Complicazioni e comorbilità	Qualora abbiano comportato un assorbimento di risorse maggiore rispetto al normale iter, devono essere indicati i codici patologia attinenti alle eventuali complicazioni insorte durante la degenza o alle comorbilità che impattano negativamente sul decorso.

Cardinalità

Per consentire l'elaborazione statistica dei dati è necessario indicare il "significato" della diagnosi secondaria, inserendo nell'apposito campo della SDO una delle seguenti lettere: E, M, C.

Lettera	Significato
E	Indica che il codice diagnosi individua la diagnosi eziologica, la causa della sindrome funzionale oggetto di riabilitazione.
M	Serve a contrassegnare i codici diagnosi che specificano i fattori che aumentano la complessità assistenziale.
C	Deve essere usato per evidenziare i codici riferiti alle complicazioni insorte durante l'intervento o le comorbilità di cui è affetto il paziente. In entrambi i casi devono essere condizioni che determinano un maggior assorbimento di risorse.

Esempi

MDC 1 – Sistema nervoso

Quadro clinico	Cardinalità	Codice	MDC
Impianto di neuro stimolatore per m. di Parkinson	Principale	V5302	1
	Secondaria 1	3320	
Ictus emorragico con emiplegia emisfero non dominante	Principale	43822	1
	Secondaria 1	431	
Ictus ischemico con emiparesi destra	Principale	43821	1
	Secondaria 1	43491	
Atassia da sclerosi multipla	Principale	7813	1
	Secondaria 1	340	
Disabilità in m. di Parkinson primitivo	Principale	7813	1
	Secondaria 1	3320	
Lesione del midollo spinale da tumore maligno primitivo	Principale	344__	1
	Secondaria 1	192_	

Per la neuropatia e la miopatia critica post covid-19 vedere la sezione dedicata al covid-19 nel capitolo delle malattie infettive.

MDC 4 – Apparato respiratorio

Quadro clinico	Cardinalità	Codice	MDC
Trapianto di polmone	Principale	V426	4
	Secondaria 1	515	
BPCO riacutizzata 1	Principale	78609	4
	Secondaria 1	49121	
BPCO riacutizzata 2	Principale	5184	4
	Secondaria 1	49121	
Insufficienza respiratoria in SLA riacutizzata	Principale	51881	4
	Secondaria 1	33520	

Per la riabilitazione respiratoria post covid-19 vedere la sezione dedicata al covid-19 nel capitolo delle malattie infettive.

MDC 5 – Apparato cardiovascolare

Quadro clinico	Cardinalità	Codice	MDC
Sostituzione valvola mitrale - 1	Principale	V433	5
	Secondaria 1	3940	
Sostituzione valvola mitrale - 2	Principale	4294	5
	Secondaria 1	V433	
Trapianto cardiaco	Principale	V421	5
	Secondaria 1	4280	
Postumi di IMA senza PTCA	Principale	4110	5
	Secondaria 1	410_2	
Postumi di IMA con PTCA - 1	Principale	4110	5
	Secondaria 1	V4582	
Postumi di IMA con PTCA - 2	Principale	4282_	5
	Secondaria 1	V4582	
Postumi di IMA con by pass aorto-coronarico - 1	Principale	4110	5
	Secondaria 1	V4581	
Postumi di IMA con by pass aorto-coronarico - 2	Principale	4282_	5
	Secondaria 1	V4581	
Postumi di IMA con by pass aorto-coronarico - 3	Principale	4294	5
	Secondaria 1	V4581	

MDC 8 – Apparato muscolo-scheletrico

Quadro clinico	Cardinalità	Codice	MDC
Sostituzione di articolazione in elezione per artrosi	Principale	V436_	8
	Secondaria 1	715__	
Artroprotesi d'anca per frattura collo femorale	Principale	9053	8
	Secondaria 1	V4364	
Osteosintesi del femore per frattura diafisi	Principale	9054	8
	Secondaria 1	V4589	
Frattura diafisi femorale trattata conservativamente	Principale	9054	8
	Secondaria 1	82101	
Postumi amputazione arto inferiore	Principale	7197	8
	Secondaria 1	V497_	

Riabilitazione patologie neuropsichiatriche

In diagnosi principale utilizzare un codice presente nel capitolo *5 - Disturbi mentali (290-319)* della classificazione ICD9CM.

Ad esempio, per la riabilitazione da dipendenze utilizzare uno dei codici compresi tra 303.01 e 305.83, evitando i codici generici con quinta cifra uguale a zero, perché non indicano se si tratta di un fenomeno continuo, episodico o in remissione. Per le ludopatie si può utilizzare il codice *312.31 Gioco d'azzardo patologico*.

Disturbi del comportamento alimentare

In diagnosi principale utilizzare uno dei seguenti codici:

- 307.1 per l'anoressia nervosa;
- 307.51 per la bulimia nervosa e i binge eating disorders;
- 307.50 per i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS);
- 307.52 per PICA;
- 307.53 per i disturbi da ruminazione;
- 307.54 per il vomito psicogeno;
- 307.59 per i disturbi dell'alimentazione dell'infanzia e della prima fanciullezza;
- 278.01 per l'obesità grave, severa

In diagnosi secondaria è necessario inserire un codice compreso tra V85.0 e V85.54 per indicare l'indice di massa corporea (BMI) all'ingresso.

Lungodegenza (disciplina 60)

Per la scelta del codice della diagnosi principale usare preferenzialmente un codice V come, ad esempio, i seguenti:

- V66.0 Convalescenza successiva a chirurgia
- V66.1 Convalescenza successiva a radioterapia
- V66.2 Convalescenza successiva a chemioterapia
- V66.3 Convalescenza successiva a psicoterapia e ad altro trattamento per disturbo psichico
- V66.4 Convalescenza successiva a trattamento di frattura
- V66.5 Convalescenza successiva ad altro trattamento
- V66.6 Convalescenza successiva a trattamento misto
- V66.7 Cure palliative. Assistenza terminale. Assistenza terminale in strutture dedicate (hospice).

In allegato le tabelle di riferimento

ALLEGATO Linee guida SDO 2024 – Tabelle per SDO riabilitativa

Tabelle di riferimento

Di seguito le tabelle di riferimento per la scelta dei codici diagnosi e procedura, la cui denominazione rispecchia le linee guida nazionali. In queste, alcuni codici sono espressi sotto forma di categoria o sottocategoria.

Tabella	Contenuto
1	Codici diagnosi di prima scelta per indicare la sindrome funzionale in diagnosi principale.
2	Codici diagnosi da non utilizzare per indicare la sindrome funzionale in diagnosi principale perché non determinano l'attribuzione di una MDC valida.
3	Codici V utilizzabili come diagnosi eziologica da inserire come prima diagnosi secondaria in alternativa a codici diagnosi indicanti una patologia [cardinalità E].
4	Codici diagnosi da utilizzare come marcatori di complessità assistenziale [cardinalità M].
5	Codici procedura per i. quali è stato individuato un abbinamento con la figura professionale.
6	Codici procedura per indicare le procedure complesse o ad elevato assorbimento di risorse.
7	Codici procedura per indicare le procedure riabilitative complesse o ad alta tecnologia.
8	Codici procedura che possono rappresentare un proxy di outcome.
9	Provenienza assistito: specificazioni.
10	Modalità di dimissione: specificazioni.
11	Scale di valutazione per disciplina 56.
12	Scale di valutazione per disciplina 28.
13	Scale di valutazione per disciplina 75.
14	Fac simile di PPRI per la trasmissione delle informazioni da acuzie a riabilitazione.

Tabella 1 – Codici di prima scelta per sindrome funzionale (diagnosi principale)

**** Da utilizzare in alternativa alle diagnosi della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione NON sia connessa ad evento cerebrovascolare.***

§ Utilizzare i codici della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione sia connessa ad evento cerebrovascolare

Codice diagnosi	Descrizione	DRG	MDC	Note
1370	Postumi della tubercolosi dell'apparato respiratorio o non specificata	93	4	
1371	Postumi della tubercolosi del sistema nervoso centrale	35	1	
1372	Postumi della tubercolosi dell'apparato genitourinario	321	11	
1373	Postumi della tubercolosi delle ossa e delle articolazioni	256	8	
1374	Postumi della tubercolosi di altri organi specificati	423	18	
138	Postumi della poliomielite acuta	35	1	
1390	Postumi dell'encefalite virale	35	1	
1398	Postumi di altre e non specificate malattie infettive e parassitarie	423	18	
2681	Rachitismo, postumi	245	8	
3102	Sindrome post-commotiva	564	1	
326	Postumi di ascesso intracranico o di infezione da piogeni	35	1	
32720	Apnea nel sonno di tipo organico non specificata	73	3	
32721	Apnea nel sonno primaria centrale	35	1	
32723	Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)	73	3	
32724	Apnea idiopatica correlata a ipoventilazione alveolare non ostruttiva	73	3	
32726	Ipoventilazione/ipossiemia correlate al sonno in malattie classificabili altrove	73	3	
33385	Discinesia subacuta dovuta a farmaci	35	1	
34200	Emiplegia flaccida ed emiparesi a sede emisferica non specificata	12	1	*
34201	Emiplegia flaccida ed emiparesi dell'emisfero dominante	12	1	*
34202	Emiplegia flaccida ed emiparesi dell'emisfero non dominante	12	1	*
34210	Emiplegia spastica ed emiparesi a sede emisferica non specificata	12	1	*
34211	Emiplegia spastica ed emiparesi dell'emisfero dominante	12	1	*
34212	Emiplegia spastica ed emiparesi dell'emisfero non dominante	12	1	*

**** Da utilizzare in alternativa alle diagnosi della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione NON sia connessa ad evento cerebrovascolare.***

§ Utilizzare i codici della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione sia connessa ad evento cerebrovascolare

Codice diagnosi	Descrizione	DRG	MDC	Note
3428	Altra emiplegia specificata	12	1	*
34280	Altra emiplegia specificata ed emiparesi a sede emisferica non specificata	12	1	*
34281	Altra emiplegia specificata ed emiparesi dell'emisfero dominante	12	1	*
34282	Altra emiplegia specificata ed emiparesi dell'emisfero non dominante	12	1	*
3429	Emiplegia, non specificata	12	1	*
34290	Emiplegia non specificata ed emiparesi a sede emisferica non specificata	12	1	*
34291	Emiplegia non specificata ed emiparesi dell'emisfero dominante	12	1	*
34292	Emiplegia non specificata ed emiparesi dell'emisfero non dominante	12	1	*
3430	Diplegia congenita	9	1	
3431	Emiplegia congenita	9	1	
3432	Quadriplegia congenita	9	1	
3433	Monoplegia congenita	35	1	
3434	Emiplegia infantile	9	1	
3438	Altre specificate paralisi cerebrali infantili	35	1	
3439	Paralisi cerebrale infantile, non specificata	35	1	
34400	Quadriplegia, non specificata	9	1	
34401	Quadriplegia, C1 - C4, completa	9	1	
34402	Quadriplegia, C1 - C4, incompleta	9	1	
34403	Quadriplegia, C5 - C7, completa	9	1	
34404	Quadriplegia, C5 - C7, incompleta	9	1	
34409	Altre quadriplegie	9	1	
3441	Paraplegia	9	1	
3442	Diplegia degli arti superiori	9	1	
34430	Monoplegia dell'arto inferiore a sede emisferica non specificata	35	1	*
34431	Monoplegia dell'arto inferiore dell'emisfero dominante	35	1	*

**** Da utilizzare in alternativa alle diagnosi della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione NON sia connessa ad evento cerebrovascolare.***

§ Utilizzare i codici della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione sia connessa ad evento cerebrovascolare

Codice diagnosi	Descrizione	DRG	MDC	Note
34432	Monoplegia dell'arto inferiore dell'emisfero non dominante	35	1	*
34440	Monoplegia dell'arto superiore a sede emisferica non specificata	35	1	*
34441	Monoplegia dell'arto superiore dell'emisfero dominante	35	1	*
34442	Monoplegia dell'arto superiore dell'emisfero non dominante	35	1	*
3445	Monoplegia non specificata	35	1	*
34460	Cauda Equina senza vescica neurologica	19	1	
34461	Cauda Equina con vescica neurologica	332	11	
34481	Sindrome dell' "Uomo Incatenato"	35	1	
34489	Altra sindrome paralitica specificata	35	1	
3449	Paralisi, non specificata	35	1	
3510	Paralisi di Bell	19	1	
3511	Ganglionite del ganglio genicolato	19	1	
3518	Altri disturbi del nervo facciale	19	1	
3519	Disturbi del nervo facciale non specificati	19	1	
3520	Disturbi del nervo olfattorio (i paio)	19	1	
3521	Nevralgia del glossofaringeo	19	1	
3522	Altri disturbi del glossofaringeo (ix paio)	19	1	
3523	Disturbi del nervo pneumogastrico (x paio)	19	1	
3524	Disturbi del nervo accessorio (xi paio)	19	1	
3525	Disturbi del nervo ipoglosso (xii paio)	19	1	
3526	Paralisi multipla dei nervi cranici	19	1	
3529	Disturbi dei nervi cranici non specificati	19	1	
3530	Lesioni del plesso brachiale	19	1	
3531	Lesioni del plesso lombosacrale	19	1	
3532	Lesioni radicolari cervicali non classificate altrove	19	1	
3533	Lesioni radicolari toraciche non classificate altrove	19	1	
3534	Lesioni radicolari lombosacrali non classificate altrove	19	1	
3535	Amiotrofia nevralgica	19	1	
3536	Sindrome dell'arto fantasma	19	1	
3538	Altri disturbi delle radici e dei plessi nervosi	19	1	
3539	Disturbi delle radici e dei plessi nervosi non specificati	19	1	
3540	Sindrome del tunnel carpale	19	1	
3541	Altre lesioni del nervo mediano	19	1	

**** Da utilizzare in alternativa alle diagnosi della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione NON sia connessa ad evento cerebrovascolare.***

§ Utilizzare i codici della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione sia connessa ad evento cerebrovascolare

Codice diagnosi	Descrizione	DRG	MDC	Note
3542	Lesione del nervo ulnare	19	1	
3543	Lesione del nervo radiale	19	1	
3544	Causalgia dell'arto superiore	19	1	
3545	Mononeurite multipla	19	1	
3548	Altre mononeuriti dell'arto superiore	19	1	
3549	Mononeuriti dell'arto superiore non specificate	19	1	
3550	Lesione del nervo sciatico	19	1	
3551	Meralgia parestesica	19	1	
3552	Altre lesioni del nervo femorale	19	1	
3553	Lesione del nervo sciaticopopliteo esterno	19	1	
3554	Lesione del nervo sciaticopopliteo interno	19	1	
3555	Sindrome del tunnel tarsale	19	1	
3556	Lesione del nervo plantare	19	1	
3558	Mononeuriti dell'arto inferiore non specificate	19	1	
3559	Mononeurite di sede non specificata	19	1	
3581	Sindromi miasteniche in malattie classificate altrove	19	1	
3582	Disturbi neuromuscolari da tossici	19	1	
3588	Altri specificati disturbi neuromuscolari	19	1	
3589	Disturbi neuromuscolari non specificati	19	1	
3682	Diplopia	45	2	
36846	Difetti del campo visivo omonimi bilaterali	45	2	
36847	Difetti del campo visivo eteronimi bilaterali	45	2	
4110	Sindrome post-infartuale	145	5	
4148	Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica	133	5	
4149	Cardiopatia ischemica cronica non specificata	133	5	
4169	Malattia cardiopolmonare cronica, non specificata	145	5	
4280	Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)	127	5	
4281	Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)	127	5	
42820	Insufficienza cardiaca sistolica non specificata	127	5	
42821	Insufficienza cardiaca sistolica acuta	127	5	
42822	Insufficienza cardiaca sistolica cronica	127	5	
42823	Insufficienza cardiaca sistolica acuta e cronica	127	5	
4283	Insufficienza cardiaca diastolica	127	5	
42830	Insufficienza cardiaca diastolica non specificata	127	5	
42831	Insufficienza cardiaca diastolica acuta	127	5	
42832	Insufficienza cardiaca diastolica cronica	127	5	
42833	Insufficienza cardiaca diastolica acuta e cronica	127	5	
42840	Insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata non specificata	127	5	
42841	Insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata	127	5	

**** Da utilizzare in alternativa alle diagnosi della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione NON sia connessa ad evento cerebrovascolare.***

§ Utilizzare i codici della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione sia connessa ad evento cerebrovascolare

Codice diagnosi	Descrizione	DRG	MDC	Note
	acuta			
42842	Insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata cronica	127	5	
42843	Insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata acuta e cronica	127	5	
4289	Insufficienza cardiaca non specificata (scompenso cardiaco non specificato)	127	5	
4294	Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca	145	5	
42979	Altri postumi di infarto miocardico non classificati altrove	145	5	
4380	Deficit cognitivo (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43810	Deficit nella parola e nel linguaggio, non specificato (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43811	Afasia (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43812	Disfasia (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43819	Altri deficit nella parola e nel linguaggio (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
4382	Emiplegia/emiparesi (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43820	Emiplegia a sede emisferica non specificata (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43821	Emiplegia dell'emisfero dominante (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43822	Emiplegia dell'emisfero non dominante (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
4383	Monoplegia degli arti superiori (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43830	Monoplegia degli arti superiori a sede emisferica non specificata (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43831	Monoplegia degli arti superiori dell'emisfero dominante (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43832	Monoplegia degli arti superiori dell'emisfero non dominante (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
4384	Monoplegia degli arti inferiori (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43840	Monoplegia degli arti inferiori a sede emisferica non specificata (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43841	Monoplegia degli arti inferiori dell'emisfero dominante (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43842	Monoplegia degli arti inferiori relativa dell'emisfero non dominante	12	1	§

**** Da utilizzare in alternativa alle diagnosi della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione NON sia connessa ad evento cerebrovascolare.***

§ Utilizzare i codici della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione sia connessa ad evento cerebrovascolare

Codice diagnosi	Descrizione	DRG	MDC	Note
	(Postumi delle malattie cerebrovascolari)			
4385	Altre sindromi paralitiche (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43850	Altre sindromi paralitiche a sede emisferica non specificata (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43851	Altre sindromi paralitiche dell'emisfero dominante (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43852	Altre sindromi paralitiche dell'emisfero non dominante (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43853	Altre sindromi paralitiche, bilaterali (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
4386	Alterazione della sensibilità (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
4387	Disturbi della vista (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	12	1	§
43881	Aprassia	12	1	§
43882	Disfagia	12	1	§
43883	Debolezza dei muscoli facciali	12	1	§
43884	Atassia	12	1	§
43885	Vertigini	12	1	§
43889	Altri postumi di malattie cerebrovascolari	12	1	§
4389	Postumi non specificati di malattie cerebrovascolari	12	1	§
44021	Aterosclerosi delle arterie native degli arti con claudicazione intermittente	131	5	
44022	Aterosclerosi delle arterie native degli arti con dolore a riposo	131	5	
44023	Aterosclerosi delle arterie native degli arti con ulcerazioni	131	5	
44024	Aterosclerosi delle arterie native degli arti con gangrena	131	5	
5185	Insufficienza polmonare successiva a trauma o intervento chirurgico	87	4	
51881	Insufficienza respiratoria acuta	87	4	
51882	Altre insufficienze polmonari, non classificate altrove	99	4	
51883	Insufficienza respiratoria cronica	87	4	
51884	Insufficienza respiratoria acuta e cronica	87	4	
71840	Rigidità articolare, sede non specificata	256	8	
71841	Rigidità articolare della spalla	256	8	

**** Da utilizzare in alternativa alle diagnosi della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione NON sia connessa ad evento cerebrovascolare.***

§ Utilizzare i codici della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione sia connessa ad evento cerebrovascolare

Codice diagnosi	Descrizione	DRG	MDC	Note
71842	Rigidità articolare del gomito	256	8	
71843	Rigidità articolare del polso	256	8	
71844	Rigidità articolare del carpo, metacarpo ed articolazioni interfalangee della mano	256	8	
71845	Rigidità articolare dell'anca	256	8	
71846	Rigidità articolare del ginocchio	256	8	
71847	Rigidità articolare tibio-tarsica ed articolazioni del piede	256	8	
71848	Rigidità di altre articolazioni specificate	256	8	
71849	Rigidità di articolazioni multiple	256	8	
71850	Anchilosi sede non specificata	245	8	
71851	Anchilosi della spalla	245	8	
71852	Anchilosi del gomito	245	8	
71853	Anchilosi del polso	245	8	
71854	Anchilosi del carpo, metacarpo ed articolazioni interfalangee della mano	245	8	
71855	Anchilosi dell'anca	245	8	
71856	Anchilosi del ginocchio	245	8	
71857	Anchilosi di tibio-tarsica ed articolazioni del piede	245	8	
71858	Anchilosi di altre sedi specificate	245	8	
71859	Anchilosi di sedi multiple	245	8	
71951	Rigidità articolare non classificata altrove, spalla	247	8	
71952	Rigidità articolare non classificata altrove, gomito	247	8	
71953	Rigidità articolare non classificata altrove, polso	247	8	
71954	Rigidità articolare non classificata altrove, carpo, metacarpo ed articolazioni interfalangee della mano	247	8	
71955	Rigidità articolare non classificata altrove, anca	247	8	
71956	Rigidità articolare non classificata altrove, ginocchio	247	8	
71957	Rigidità articolare non classificata altrove, tibio-tarsica ed articolazioni del piede	247	8	
71958	Rigidità articolare non classificata altrove, altre sedi specificate	247	8	
71959	Rigidità articolare non classificata altrove, sedi multiple	247	8	
71960	Altri disturbi delle articolazioni, sede non specificata	247	8	
71961	Altri disturbi delle articolazioni, spalla	247	8	
71962	Altri disturbi delle articolazioni, gomito	247	8	
71963	Altri disturbi delle articolazioni, polso	247	8	
71964	Altri disturbi delle articolazioni, carpo, metacarpo ed articolazioni interfalangee della mano	247	8	
71965	Altri disturbi delle articolazioni, anca	247	8	
71966	Altri disturbi delle articolazioni, ginocchio	247	8	
71967	Altri disturbi delle articolazioni, tibiotarsica ed articolazioni del piede	247	8	
71968	Altri disturbi delle articolazioni, altre sedi specificate	247	8	

**** Da utilizzare in alternativa alle diagnosi della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione NON sia connessa ad evento cerebrovascolare.***

§ Utilizzare i codici della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione sia connessa ad evento cerebrovascolare

Codice diagnosi	Descrizione	DRG	MDC	Note
71969	Altri disturbi delle articolazioni, sedi multiple	247	8	
7197	Zoppia	247	8	
71980	Altri disturbi specifici delle articolazioni, sede non specificata	247	8	
71981	Altri disturbi specifici delle articolazioni, spalla	247	8	
71982	Altri disturbi specifici delle articolazioni, gomito	247	8	
71983	Altri disturbi specifici delle articolazioni, polso	247	8	
71984	Altri disturbi specifici delle articolazioni, carpo, metacarpo ed articolazioni interfalangee della mano	247	8	
71985	Altri disturbi specifici delle articolazioni, anca	247	8	
71986	Altri disturbi specifici delle articolazioni, ginocchio	247	8	
71987	Altri disturbi specifici delle articolazioni, tibio-tarsica ed articolazioni del piede	247	8	
71988	Altri disturbi specifici delle articolazioni, altre sedi specificate	247	8	
71989	Altri disturbi specifici delle articolazioni, sedi multiple	247	8	
71991	Disturbi non specificati delle articolazioni, spalla	247	8	
71992	Disturbi non specificati delle articolazioni, gomito	247	8	
71993	Disturbi non specificati delle articolazioni, polso	247	8	
71994	Disturbi non specificati delle articolazioni, carpo, metacarpo ed articolazioni interfalangee della mano	247	8	
71995	Disturbi non specificati delle articolazioni, anca	247	8	
71996	Disturbi non specificati delle articolazioni, ginocchio	247	8	
71997	Disturbi non specificati delle articolazioni, tibio-tarsica ed articolazioni del piede	247	8	
71998	Disturbi non specificati delle articolazioni, altre sedi specificate	247	8	
71999	Disturbi non specificati delle articolazioni, sedi multiple	247	8	
72281	Sindrome postlaminectomia, regione cervicale	243	8	
72282	Sindrome postlaminectomia, regione toracica	243	8	
72283	Sindrome postlaminectomia, regione lombare	243	8	
7282	Atrofia muscolare da inattività non classificata altrove	248	8	
7283	Altri specifici disturbi muscolari	248	8	
78001	Coma	23	1	
78002	Alterazione (o perdita) temporanea della coscienza	429	19	
78003	Stato vegetativo persistente	23	1	
78009	Altre alterazioni della coscienza	23	1	
78039	Altre convulsioni	563	1	
78051	Insonnia con apnea del sonno, non specificata	73	3	
78053	Ipersonnia con apnea del sonno, non specificata	73	3	
78057	Non specificata apnea del sonno	73	3	
78071	Sindrome da affaticamento cronico	463	23	
78093	Perdita di memoria	463	23	

**** Da utilizzare in alternativa alle diagnosi della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione NON sia connessa ad evento cerebrovascolare.***

§ Utilizzare i codici della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione sia connessa ad evento cerebrovascolare

Codice diagnosi	Descrizione	DRG	MDC	Note
7810	Movimenti involontari anormali	35	1	
7811	Disturbi dell'olfatto e del gusto	35	1	
7812	Disturbi dell'andatura	35	1	
7813	Turbe della coordinazione (utilizzare anche per atassia, aprassia ecc. non di origine cerebrovascolare)	35	1	
7818	Sindromi neurologiche di inattenzione	35	1	
7820	Disturbi della sensibilità cutanea	35	1	
7830	Anoressia	297	10	
7835	Polidipsia	297	10	
7836	Polifagia	297	10	
7843	Afasia (utilizzare per afasia di origine non cerebrovascolare)	35	1	
78440	Alterazioni non specificata della voce	73	3	
78441	Afonia	73	3	
78449	Altre alterazioni della voce	73	3	
7845	Altri disturbi della parola	35	1	
78460	Disfunzioni non specificate del linguaggio simbolico	432	19	
78461	Alessia e dislessia	432	19	
78469	Altre disfunzioni del linguaggio simbolico	431	19	
7850	Tachicardia non specificata	139	5	
7851	Palpitazioni	139	5	
7854	Gangrena SAI	131	5	
78550	Shock non specificato	127	5	
78551	Shock cardiogeno	127	5	
7859	Altri sintomi relativi al sistema cardiovascolare	145	5	
78601	Iperventilazione (Dispnea e anomalie respiratorie)	99	4	
78602	Ortopnea (Dispnea e anomalie respiratorie)	99	4	
78603	Apnea (Dispnea e anomalie respiratorie)	99	4	
78604	Respirazione di Cheyne-Stokes	99	4	
78605	Affanno (shortness of breath) (Dispnea e anomalie respiratorie)	99	4	
78606	Tachipnea (Dispnea e anomalie respiratorie)	99	4	
78607	Respiro sibilante (Wheezing) (Dispnea e anomalie respiratorie)	99	4	
78609	Altre dispnee e anomalie respiratorie	99	4	
7861	Stridore	99	4	
7862	Tosse	99	4	
7863	Emottisi Tosse con emorragia, Emorragia polmonare	99	4	
7864	Espettorazione abnorme	99	4	
78651	Dolore precordiale	143	5	
78652	Respirazione dolorosa	99	4	
78659	Altro dolore toracico	143	5	

**** Da utilizzare in alternativa alle diagnosi della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione NON sia connessa ad evento cerebrovascolare.***

§ Utilizzare i codici della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione sia connessa ad evento cerebrovascolare

Codice diagnosi	Descrizione	DRG	MDC	Note
7872	Disfagia (di origine non cerebrovascolare)	183	6	
7876	Incontinenza fecale	183	6	
7881	Disuria	326	11	
78820	Ritenzione non specificata di urina	326	11	
78821	Svuotamento incompleto della vescica	326	11	
78829	Altra e specificata ritenzione urinaria	326	11	
78830	Incontinenza non specificata di urina	326	11	
78831	Incontinenza da urgenza allo stimolo	326	11	
78832	Incontinenza da stress nel maschio	326	11	
78833	Incontinenza mista (maschio) (femmina)	326	11	
78834	Incontinenza senza consapevolezza sensoriale	326	11	
78837	Perdita continua di urina	326	11	
78838	Incontinenza da sovrariempimento vescicale	326	11	
78839	Altra incontinenza urinaria	326	11	
78863	Urgenza urinaria	326	11	
78865	Sforzo minzionale	326	11	
7888	Stravaso di urina	326	11	
7889	Altri sintomi relativi al sistema urinario	326	11	
9050	Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia	35	1	
9051	Postumi di fratture della colonna vertebrale e del tronco senza menzione di lesioni del midollo spinale	243	8	
9052	Postumi di fratture degli arti superiori	249	8	
9053	Postumi di fratture del collo del femore	249	8	
9054	Postumi di fratture degli arti inferiori	249	8	
9055	Postumi di fratture di ossa multiple e non specificate	249	8	
9056	Postumi di lussazioni	251	8	
9057	Postumi di distorsioni e distrazioni senza menzione di traumatismo dei tendini	251	8	
9058	Postumi di traumatismi dei tendini	251	8	
9059	Postumi di amputazione traumatica	249	8	
9060	Postumi di ferite della testa, del collo e del tronco	281	9	
9061	Postumi di ferite degli arti senza menzione di traumatismo dei tendini	281	9	
9062	Postumi di traumatismi superficiali	281	9	
9063	Postumi di contusioni	281	9	
9064	Postumi di schiacciamento	281	9	
9065	Postumi di ustioni dell'occhio, della faccia, della testa e del collo	281	9	
9066	Postumi di ustioni del polso e della mano	281	9	
9067	Postumi di ustioni degli arti	281	9	
9068	Postumi di ustioni di altre sedi specificate	281	9	
9069	Postumi di ustioni di sede non specificate	281	9	

**** Da utilizzare in alternativa alle diagnosi della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione NON sia connessa ad evento cerebrovascolare.***

§ Utilizzare i codici della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione sia connessa ad evento cerebrovascolare

Codice diagnosi	Descrizione	DRG	MDC	Note
9070	Postumi di traumatismi intracranici senza menzione di frattura del cranio	35	1	
9071	Postumi di traumatismi dei nervi cranici	35	1	
9072	Postumi di traumatismi del midollo spinale	9	1	
9073	Postumi di traumatismi delle radici dei nervi, dei plessi spinali e di altri nervi del tronco	35	1	
9074	Postumi di traumatismi dei nervi periferici del cingolo scapolare e dell'arto superiore	35	1	
9075	Postumi di traumatismi dei nervi periferici del cingolo pelvico e dell'arto inferiore	35	1	
9079	Postumi di traumatismi di altri e non specificati nervi	35	1	
9080	Postumi di traumatismi interni del torace	102	4	
9081	Postumi di traumatismi interni degli organi intra-addominali	189	6	
9082	Postumi di traumatismi interni di altri organi interni	352	12	
9083	Postumi di traumatismi dei vasi sanguigni della testa, del collo e degli arti	131	5	
9084	Postumi di traumatismi dei vasi sanguigni del torace, dell'addome e del bacino	131	5	
9086	Postumi di alcune complicazioni dei traumatismi	445	21	
9089	Postumi di traumatismo non specificato	445	21	
9090	Postumi di avvelenamenti da farmaci, medicinali o altri prodotti biologici	455	21	
9091	Postumi di effetti tossici di sostanze non medicamentose	455	21	
9092	Postumi di radiazioni	455	21	
9093	Postumi di complicazioni di cure mediche e chirurgiche	455	21	
9094	Postumi di certe altre cause esterne	455	21	
9095	Postumi di effetti sfavorevoli da farmaci, medicinali o altri prodotti biologici	455	21	
V421	Cuore sostituito da trapianto	144	5	
V422	Valvola cardiaca sostituita da trapianto	144	5	
V424	Osso sostituito da Trapianto	256	8	
V426	Polmone sostituito da trapianto	101	4	
V4321	Dispositivo di assistenza cardiaca (Cuore sostituito con altri mezzi)	144	5	
V4322	Cuore artificiale completamente impiantabile (Cuore sostituito con altri mezzi)	144	5	
V433	Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi	144	5	
V434	Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi	144	5	
V4360	Sostituzione di articolazione non specificata	256	8	
V4361	Sostituzione di articolazione della spalla	256	8	
V4362	Sostituzione di articolazione del gomito	256	8	

**** Da utilizzare in alternativa alle diagnosi della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione NON sia connessa ad evento cerebrovascolare.***

§ Utilizzare i codici della categoria 438_ _ solo nel caso in cui la menomazione sia connessa ad evento cerebrovascolare

Codice diagnosi	Descrizione	DRG	MDC	Note
V4363	Sostituzione di articolazione del polso	256	8	
V4364	Sostituzione di articolazione dell'anca	256	8	
V4365	Sostituzione di articolazione del ginocchio	256	8	
V4366	Sostituzione di articolazione della caviglia	256	8	
V4369	Altra sostituzione di articolazione	256	8	
V437	Arto sostituito con altri mezzi	256	8	
V4581	Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico	467	23	
V4582	Presenza di angioplastica coronarica percutanea transluminale	467	23	
V461	Dipendenza da respiratore [Ventilatore]	467	23	
V5302	Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)	35	1	

Tabella 2 – Codici da non utilizzare per sindrome funzionale (diagnosi principale)

I codici diagnosi elencati in questa tabella non devono essere utilizzati come diagnosi principale perché non determinano l'assegnazione ad una delle quattro MDC 1, 4, 5 e 8.

Codice diagnosi	Descrizione	DRG	MDC
3331	Tremore essenziale e altre forme specificate di tremore	NN	NA
3335	Corea (altre forme)	NN	NA
342	Emiplegia e emiparesi	NN	NA
343	Paralisi cerebrale infantile	NN	NA
344	Altre sindromi paralitiche	NN	NA
3440	Quadriplegia e tetraparesi	NN	NA
3443	Monoplegia dell'arto inferiore	NN	NA
3444	Monoplegia dell'arto superiore	NN	NA
3446	Cauda Equina	NN	NA
3448	Altre sindromi paralitiche specificate	NN	NA
438	Postumi delle malattie cerebrovascolari	NN	NA
4388	Altri postumi di malattie cerebrovascolari	NN	NA
7199	Disturbi non specificati delle articolazioni	NN	NA
7800	Alterazioni della coscienza	NN	NA
7803	Convulsioni	NN	NA
7846	Altre disfunzioni del linguaggio simbolico	NN	NA
785	Sintomi relativi al sistema cardiovascolare	NN	NA
7855	Shock senza menzione di trauma	NN	NA
7860	Dispnea e anomalie respiratorie	NN	NA
7882	Ritenzione urinaria	NN	NA
7883	Incontinenza urinaria	NN	NA
906	Postumi di traumatismi della pelle e del tessuto sottocutaneo	NN	NA
907	Postumi di traumatismi del sistema nervoso	NN	NA
908	Postumi di altri e non specificati traumatismi	NN	NA
909	Postumi di altre e non specificate cause esterne	NN	NA
V432	Cuore sostituito con altri mezzi	NN	NA
V436	Articolazione sostituita con altri mezzi	NN	NA

Tabella 3 – Codici V utilizzabili come diagnosi eziologica

Per indicare la diagnosi eziologica può essere utilizzato qualsiasi codice diagnosi afferente ad una patologia oppure uno dei codici elencati qui di seguito.

Codice diagnosi	Descrizione
V421	Cuore sostituito da trapianto
V422	Valvola cardiaca sostituita da trapianto
V423	Pelle sostituita da trapianto
V426	Polmone sostituito da trapianto
V427	Fegato sostituito da trapianto
V428	Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto
V4283	Pancreas sostituito da trapianto
V4284	Intestino sostituito da trapianto
V429	Organo o tessuto non specificato sostituito da trapianto
V432	Cuore sostituito con altri mezzi
V4321	Dispositivo di assistenza cardiaca
V4322	Cuore artificiale completamente impiantabile
V433	Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi
V434	Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi
V435	Vescica sostituita con altri mezzi
V4361	Sostituzione di articolazione della spalla
V4362	Sostituzione di articolazione del gomito
V4363	Sostituzione di articolazione del polso
V4364	Sostituzione di articolazione dell'anca
V4365	Sostituzione di articolazione del ginocchio
V4366	Sostituzione di articolazione della caviglia
V437	Arto sostituito con altri mezzi
V438	Altro organo o tessuto sostituito con altri mezzi
V4381	Presenza di sostituzione di laringe
V4382	Presenza di sostituzione di mammella
V4383	Presenza di sostituzione di pelle artificiale
V450	Dispositivo cardiaco postchirurgico in situ
V4500	Dispositivo cardiaco non specificato in situ
V4501	Stimolatore cardiaco in situ
V4502	Defibrillatore cardiaco automatico impiantabile in situ
V4509	Altro dispositivo cardiaco specificato in situ
V4581	Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico
V4582	Presenza di angioplastica coronarica percutanea transluminale
V4589	Altro stato postchirurgico
V461	Dipendenza da respiratore [Ventilatore]
V496	Amputazione di arto superiore
V4961	Amputazione del pollice
V4962	Amputazione di altro(e) dito(a) della mano
V4963	Amputazione della mano
V4964	Amputazione del polso
V4965	Amputazione sotto il gomito

Codice diagnosi	Descrizione
V4966	Amputazione sopra il gomito
V4967	Amputazione della spalla
V497	Amputazione di arto inferiore
V4971	Amputazione dell'alluce
V4972	Amputazione di altro(e) dito(a) del piede
V4973	Amputazione del piede
V4974	Amputazione della caviglia
V4975	Amputazione sotto il ginocchio
V4976	Amputazione sopra il ginocchio
V4977	Amputazione dell'anca
V4984	Condizione di allettamento
V5302	Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)

Tabella 4 – Codici da utilizzare come marcatori di complessità assistenziale

Per indicare la presenza di un marcatore di complessità assistenziale (cardinalità M) utilizzare uno dei codici seguenti.

Codice diagnosi	Descrizione	Categoria	Marcatore
78820	Ritenzione di urine, non specificata	1	Catetere vescicale (Ritenzione)
78821	Svuotamento vescicale incompleto	1	Catetere vescicale (Ritenzione)
78829	Altre specifiche ritenzioni urinarie	1	Catetere vescicale (Ritenzione)
56481	Colon neurogenico	2	Incontinenza
59651	Ipertonicità vescicale	2	Incontinenza
7876	Incontinenza fecale	2	Incontinenza
78830	Incontinenza urinaria, non specificata	2	Incontinenza
78831	Incontinenza da urgenza	2	Incontinenza
78832	Incontinenza da sforzo (maschio)	2	Incontinenza
78833	Incontinenza Mista (sia maschio che femmina)	2	Incontinenza
78834	Incontinenza senza consapevolezza sensitiva	2	Incontinenza
78839	Altre forme di incontinenza Urinaria3	2	Incontinenza
78891	Incontinenza Urinaria Funzionale	2	Incontinenza
59654	Vescica neurologica SAI	2	Incontinenza/ ritenzione
59655	Dissinergia detrusoriale dello sfintere	2	Incontinenza/ ritenzione
43882	Disfagia (Postumi delle malattie cerebrovascolari)	3	Disfagia
7872	Disfagia4	3	Disfagia
V441	Presenza di gastrostomia	3	Disfagia
4589	Ipotensione, non specificata	4	Instabilità clinica
5194	Disturbi del diaframma	4	Instabilità clinica
7489	Anomalie aspecifiche del sistema respiratorio	4	Instabilità clinica
7806	Febbre, non specificata	4	Instabilità clinica
78606	Tachipnea	4	Instabilità clinica
V461	Dipendenza da respiratore	4	Instabilità Clinica
V462	Atra dipendenza da macchine, supplementazione di ossigeno	4	Instabilità Clinica
V5631	Emodialisi	4	Instabilità Clinica
70702	Ulcerazione da decubito, parte superiore del dorso	5	Ulcere da pressione
70707	Ulcerazione da decubito del tallone	5	Ulcere da pressione
70709	Ulcerazione da decubito di altro sito	5	Ulcere da pressione
7071	Ulcerazione arti inferiori eccetto ulcera da decubito	5	Ulcere da pressione
7078	Ulcerazione croniche di altre sedi specificate	5	Ulcere da pressione
70703	Ulcerazione da decubito, parte inferiore del dorso	5	Ulcere da pressione

Codice diagnosi	Descrizione	Categoria	Marcatore
70704	Ulcerazione da decubito dell'anca	5	Ulcere da pressione
70705	Ulcerazione da decubito della natica	5	Ulcere da pressione
70706	Ulcerazione da decubito della caviglia	5	Ulcere da pressione
260	Kwashiorkor	6	Malnutrizione
261	Marasma da denutrizione	6	Malnutrizione
262	Altre malnutrizioni calorico proteiche severe	6	Malnutrizione
2638	Altra malnutrizione calorico proteica	6	Malnutrizione
2639	Malnutrizione calorico-proteica, non specificata	6	Malnutrizione
78321	Dimagrimento	6	Malnutrizione
3090	Disturbo dell'adattamento con umore depresso	7	Umore Depresso
3091	Reazione depressiva prolungata	7	Umore Depresso
311	Disturbo depressivo, non altrimenti specificato	7	Umore Depresso
3380	Sindrome da dolore centrale	8	Dolore
33821	Dolore cronico da trauma	8	Dolore
33822	Dolore cronico post-toracotomia	8	Dolore
33828	Altro dolore cronico post-operatorio	8	Dolore
33829	Altro dolore cronico	8	Dolore
3384	Sindrome da dolore cronico	8	Dolore
71940	Dolore articolare, sito non specificato	8	Dolore
7292	Nevralgia, nevrite e radicolite, non specificato	8	Dolore
78009	Altre alterazioni della coscienza	9	Ridotta vigilanza o Inattenzione
7818	Sindromi neurologiche di inattenzione	9	Ridotta vigilanza o Inattenzione
481	Polmonite pneumococcica (polmonite da Streptococco pneumoniae)	10	Infezione acuta in atto
5111	Pleurite con versamento e menzione di una causa batterica, esclusa la tubercolosi	10	Infezione acuta in atto
5118	Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare	10	Infezione acuta in atto
71107	Artrite da piogeni, tibio-tarsica ed articolazioni del piede	10	Infezione acuta in atto
99666	Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne	10	Infezione acuta in atto
99667	Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti ortopedici interni	10	Infezione acuta in atto
038	Setticemia	10	Infezione acuta in atto
7421	Pericardite da Coxackie	10	Infezione acuta in atto
7422	Endocardite da Coxackie	10	Infezione acuta in atto
7423	Miocardite da Coxackie	10	Infezione acuta in atto
1124	Candidiasi del polmone	10	Infezione acuta in atto
11281	Endocardite da Candida	10	Infezione acuta in

Codice diagnosi	Descrizione	Categoria	Marcatore
			atto
1140	Coccidioidomicosi primaria (polmonare)	10	Infezione acuta in atto
11503	Pericardite da Histoplasmacapsulatum	10	Infezione acuta in atto
11505	Polmonite da Histoplasmacapsulatum	10	Infezione acuta in atto
11515	Polmonite da Histoplasmaduboisii	10	Infezione acuta in atto
11594	Endocardite da Histoplasma	10	Infezione acuta in atto
11595	Polmonite da Histoplasma	10	Infezione acuta in atto
1304	Polmonite da toxoplasma	10	Infezione acuta in atto
320	Meningite batterica	10	Infezione acuta in atto
321	Meningite da altri microrganismi	10	Infezione acuta in atto
322	Meningite da causa non specificata	10	Infezione acuta in atto
323	Encefalite mielite ed encefalomielite	10	Infezione acuta in atto
42292	Miocardite settica	10	Infezione acuta in atto
46619	Bronchiolite acuta da altri agenti infettivi	10	Infezione acuta in atto
485	Broncopolmonite, agente non specificato	10	Infezione acuta in atto
486	Polmonite, agente non specificato	10	Infezione acuta in atto
4870	Influenza con polmonite	10	Infezione acuta in atto
4911	Bronchite cronica mucopurulenta	10	Infezione acuta in atto
4922	Bronchite cronica ostruttiva con bronchite acuta	10	Infezione acuta in atto
5070	Polmonite da inalazione di cibo o vomito	10	Infezione acuta in atto
5071	Polmonite da inalazione di olii ed essenze	10	Infezione acuta in atto
5109	Empiema senza menzione di fistola	10	Infezione acuta in atto
5130	Ascesso del polmone	10	Infezione acuta in atto
51901	Infezioni di trachea	10	Infezione acuta in atto
71105	Artrite da piogeni, anca	10	Infezione acuta in atto
71106	Artrite da piogeni, ginocchio	10	Infezione acuta in atto
71109	Artrite da piogeni, sedi multiple	10	Infezione acuta in atto

Codice diagnosi	Descrizione	Categoria	Marcatore
73005	Osteomielite acuta, ossa bacino e femore	10	Infezione acuta in atto
73006	Osteomielite acuta, tibia e perone	10	Infezione acuta in atto
73007	Osteomielite acuta, ossa del piede	10	Infezione acuta in atto
73015	Osteomielite cronica, ossa bacino e femore	10	Infezione acuta in atto
73016	Osteomielite cronica, tibia e perone	10	Infezione acuta in atto
73017	Osteomielite cronica, ossa del piede	10	Infezione acuta in atto
78552	Shock settico endotossico da Gram-negativi	10	Infezione acuta in atto
99591	Sepsi	10	Infezione acuta in atto
V09	Infezione da microorganismi resistenti a farmaci	10	Infezione acuta in atto
V0700	Necessità di isolamento	10	Infezione acuta in atto
V0980	Infezione da microorganismi senza menzione di multiresistenza	10	Infezione acuta in atto
29381	Disturbo psicotico con deliri in condizioni patologiche classificate altrove	11	Turbe Comportamentali
2930	Delirium da condizioni patologiche classificate altrove	11	Turbe Comportamentali
2931	Delirium subacuto	11	Turbe Comportamentali
29382	Disordine psicotico con allucinazioni da condizioni patologiche classificate altrove	11	Turbe Comportamentali
3100	Sindrome del lobo frontale	11	Turbe Comportamentali
3319	Degenerazione cerebrale non specificata	11	Turbe Comportamentali
4380	Deficit cognitivo	11	Turbe Comportamentali
V402	Altri problemi psichici	11	Turbe Comportamentali
V403	Altri problemi di comportamento	11	Turbe Comportamentali
51900	Complicazioni della tracheostomia, non specificate	12	Tracheostomia
V440	Presenza di tracheostomia	12	Tracheostomia
V608	Altri problemi economici o relativi all'abitazione specificati	0	Sociale
V609	Problema economico o relativo all'abitazione non specificato	0	Sociale
V603	Persona che vive sola	0	Sociale
V604	Mancanza di un familiare capace di prestare cure	0	Sociale
29620	Depressione maggiore, episodio singolo, non specificato	7	Umore Depresso

Codice diagnosi	Descrizione	Categoria	Marcatore
29621	Depressione maggiore, episodio singolo, lieve	7	Umore Depresso
29622	Depressione maggiore, episodio singolo, moderato	7	Umore Depresso
29623	Depressione maggiore, episodio singolo, grave, senza menzione di comportamento psicotico	7	Umore Depresso
29624	Depressione maggiore, episodio singolo, grave, con	7	Umore Depresso
29625	Depressione maggiore, episodio singolo, in remissione parziale o non specificata	7	Umore Depresso
29626	Depressione maggiore, episodio singolo, in remissione completa	7	Umore Depresso
29630	Depressione maggiore, episodio ricorrente, non specificato	7	Umore Depresso
29631	Depressione maggiore, episodio ricorrente, lieve	7	Umore Depresso
29632	Depressione maggiore, episodio ricorrente, moderato	7	Umore Depresso
29633	Depressione maggiore, episodio ricorrente, grave, senza menzione di comportamento psicotico	7	Umore Depresso
29634	Depressione maggiore, episodio ricorrente, grave, con	7	Umore Depresso
29635	Depressione maggiore, episodio ricorrente, in remissione parziale o non specificata	7	Umore Depresso
29636	Depressione maggiore, episodio ricorrente, in remissione completa	7	Umore Depresso
33811	Dolore acuto da trauma	8	Dolore
33812	Dolore acuto post-toracotomia	8	Dolore
33818	Altri dolori acuti post-operatori	8	Dolore
33819	Altri dolori acuti	8	Dolore
71941	Attaglia, spalla	8	Dolore
71942	Attaglia, gomito	8	Dolore
71943	Attaglia, polso	8	Dolore
71944	Attaglia, carpo, metacarpo ed articolazioni interfalangee della mano	8	Dolore
71945	Attaglia, anca	8	Dolore
71946	Attaglia, tibia e perone	8	Dolore
71947	Attaglia, tibio tarsica ed articolazioni del piede	8	Dolore
71948	Attaglia, altre sedi specificate	8	Dolore
71949	Attaglia, sedi multiple	8	Dolore

Tabella 5 – Abbinamento codici procedura-esecutore

Per i seguenti codici procedura è stato identificato il professionista prevalentemente coinvolto nell'esecuzione.

Codice procedura	Descrizione	Professionista
930	Terapia fisica diagnostica	NON IDONEO TROPPO ASPECIFICO
9301	Valutazione funzionale	NON IDONEO TROPPO ASPECIFICO
9302	Valutazione ortottica	Ortottista
9303	Valutazione protesica	Fisioterapista
9304	Valutazione manuale di funzione muscolare	Fisioterapista
9305	Valutazione di ampiezza del movimento	Fisioterapista
9309	Altre procedure di terapia fisica diagnostica	NON IDONEO TROPPO ASPECIFICO
931	Esercizi di terapia fisica	Fisioterapista
9311	Esercizi assistiti	Fisioterapista
9312	Altri esercizi muscoloscheletrici attivi	Fisioterapista
9313	Esercizi contro resistenza	Fisioterapista
9314	Allenamento nei movimenti articolari	Fisioterapista
9315	Mobilizzazione della colonna vertebrale	Fisioterapista
9316	Mobilizzazione di altre articolazioni	Fisioterapista
9317	Altri esercizi muscoloscheletrici passivi	Fisioterapista
9318	Esercizi respiratori	Fisioterapista
9319	Esercizi, non classificati altrove	Fisioterapista
932	Altra terapia fisica con manipolazioni muscoloscheletriche	NON IDONEO TROPPO ASPECIFICO
9321	Trazioni manuali e meccaniche	Fisioterapista
9322	Training deambulatori e del passo	Fisioterapista
9323	Messa a punto di apparecchio ortesico	Tecnico Ortopedico
9324	Addestramento all'uso di protesi o apparecchi ortesici	Fisioterapista
9326	Rottura manuale di aderenze articolari	Fisioterapista
9327	Stretching di muscoli o tendini	Fisioterapista
9328	Stretching di fascia	Fisioterapista
9329	Altre correzioni forzate di deformità	Fisioterapista
933	Altre procedure di terapia fisica terapeutica	NON IDONEO TROPPO ASPECIFICO
9331	Esercizi assistiti in piscina	Fisioterapista
9333	Altra idroterapia	Fisioterapista
9334	Diatermia	Fisioterapista
9335	Altra terapia con calore	Fisioterapista
9336	Riabilitazione cardiologica	Fisioterapista
9338	Terapia fisica combinata senza menzione dei componenti	NON IDONEO TROPPO ASPECIFICO
9339	Altra terapia fisica	NON IDONEO TROPPO ASPECIFICO
937	Riabilitazione del linguaggio e della lettura e riabilitazione del non vedente	Logopedista
9371	Training per dislessia	Logopedista

Codice procedura	Descrizione	Professionista
9372	Training per disfasia	Logopedista
9373	Training per linguaggio esofageo	Logopedista
9374	Training per difetto del linguaggio	Logopedista
9375	Altro training del linguaggio e terapia	Logopedista
938	Altra terapia riabilitativa	NON IDONEO TROPPO ASPECIFICO
9382	Terapia educazionale	Educatore Professionale
9383	Terapia occupazionale	Terapista Occupazionale
9385	Riabilitazione vocale	Logopedista
9389	Riabilitazione non classificata altrove	NON IDONEO TROPPO ASPECIFICO
939	Terapia respiratoria	NON IDONEO TROPPO ASPECIFICO
9390	Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)	Fisioterapista
9391	Respirazione a pressione positiva intermittente	Fisioterapista
940	Valutazione e test psicologici	NON IDONEO TROPPO ASPECIFICO
9401	Somministrazione di test di intelligenza	Psicologo/Neuropsicologo
9402	Somministrazione di test psicologici	Psicologo/Neuropsicologo
9408	Altra valutazione e test psicologico	Psicologo/Neuropsicologo
9409	Determinazione dello stato mentale psicologico, SAI	Psicologo/Neuropsicologo
943	Psicoterapia individuale	Psicologo/Neuropsicologo
9433	Terapia comportamentale8	Logopedista
9438	Psicoterapia verbale di supporto	Psicologo/Neuropsicologo
9439	Altra psicoterapia individuale	Psicologo/Neuropsicologo
944	Altra psicoterapia e consulenze	Psicologo/Neuropsicologo
9442	Terapia familiare	Psicologo/Neuropsicologo
9459	Richiesta di altra riabilitazione psicologica10	Psicologo/Neuropsicologo
9461	Riabilitazione da alcool	Psicologo/Neuropsicologo
9463	Disintossicazione e riabilitazione da alcool	Psicologo/Neuropsicologo
9467	Riabilitazione combinata da alcool e farmaci	Psicologo/Neuropsicologo
9469	Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci	Psicologo/Neuropsicologo

Tabella 6 – esempi di procedure complesse o ad elevato assorbimento di risorse

Codice procedura	Descrizione
3141	Tracheoscopia attraverso stoma artificiale
3142	Laringoscopia e altra tracheoscopia
3321	Broncoscopia attraverso stoma artificiale
3322	Broncoscopia con fibre ottiche
3323	Altra broncoscopia
3421	Toracoscopia transpleurica
3422	Mediastinoscopia
3428	Altra procedura diagnostica sul torace, pleura e diaframma
3893	Altro cateterismo venoso non classificato altrove
5631	Ureteroscopia
573	Procedure diagnostiche vescicali
5732	Altra cistoscopia
598	Cateterizzazione ureterale
8774	Pielografia retrograda
884	Arteriografia con mezzo di contrasto
8840	Arteriografia con mezzo di contrasto, sede non specificata
8841	Arteriografia di arterie cerebrali
8842	Aortografia
8843	Arteriografia delle arterie polmonari
8844	Arteriografia di altri vasi intratoracici
8845	Arteriografia delle arterie renali
8846	Arteriografia della placenta (Placentografia con mezzo di contrasto)
8847	Arteriografia di altre arterie intraddominali (angiografia del tripode)
8848	Arteriografia delle femorali e di altre arterie dell'arto inferiore
8849	Arteriografia di altre sedi specificate
885	Angiocardiografia con mezzo di contrasto
8850	Angiocardiografia, SAI
8851	Angiocardiografia della vena cava
8852	Angiocardiografia del cuore destro
8853	Angiocardiografia del cuore sinistro
8854	Angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro
8855	Arteriografia coronarica con catetere singolo
8856	Arteriografia coronarica con catetere doppio
8857	Altra e non specificata arteriografia coronarica
8891	Risonanza magnetica nucleare (RMN) del cervello e del tronco encefalico
8892	Risonanza magnetica nucleare (RMN) del torace e miocardio
8893	Risonanza magnetica nucleare (RMN) del canale vertebrale
8894	Risonanza magnetica nucleare (RMN) muscoloscheletrica
8895	Risonanza magnetica nucleare (RMN) di pelvi, prostata e vescica
8897	Risonanza magnetica nucleare (RMN) di altre sedi non specificate
8917	Polisonnogramma
8918	Altri test funzionali di disordini del sonno
8954	Monitoraggio elettrocardiografico

Codice procedura	Descrizione
9390	Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)
9391	Respirazione a pressione positiva intermittente
9393	Metodi non meccanici di rianimazione
9601	Inserzione di via respiratoria nasofaringea
9602	Inserzione di via respiratoria orofaringea
9604	Inserzione di tubo endotracheale
9625	Distensione terapeutica della vescica
967	Altra ventilazione meccanica continua
9670	Ventilazione meccanica continua di durata non specificata
9671	Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive
9672	Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più
9702	Sostituzione di tubo per Gastrostomia
9703	Sostituzione di tubo o dispositivo per enterostomia del piccolo intestino
990	Trasfusione di sangue e componenti ematici
9904	Trasfusione di concentrato cellulare
9960	Rianimazione cardiopolmonare SAI
9961	Cardioversione atriale
9962	Altra defibrillazione del cuore
9963	Massaggio cardiaco a torace chiuso
9984	Isolamento

Tabella 7 – Procedure riabilitative complesse o ad alta tecnologia

Se nel corso del ricovero riabilitativo vi è stato il ricorso a mezzi e strumenti riabilitativi di particolare complessità o rilevanza tecnologica, si possono utilizzare le seguenti codifiche (tabella 7) cui viene attribuito uno specifico significato (ma non individuano una specifica figura professionale del team).

Codice procedura	**Descrizione**	**Mezzi**
9389	Riabilitazione non classificata altrove	Riabilitazione robotica o realtà virtuale
9339	Altra terapia fisica	Es. Onde d'urto, sistemi vibranti o altre nuove tecnologie di terapia fisica di rilievo sul piano dell'assorbimento di risorse

Tabella 8 – esempi di procedure proxy di outcome

Le seguenti procedure sono considerate un proxy dell'esito del ricovero.

Codice procedura	Descrizione
3129	Tracheostomia permanente
4311	Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]
5717	Cistostomia percutanea
9737	Rimozione di cannula di tracheostomia
9741	Rimozione di drenaggio pleurico
9742	Rimozione di drenaggio mediastinico
9744	Rimozione sistemi di circolazione assistita
9749	Rimozione di altri apparecchi dal torace
9751	Rimozione di tubo di gastrostomia
9752	Rimozione di tubo dall'intestino tenue

Tabella 9 – provenienza assistito

Se nella SDO la provenienza del paziente è trasferimento da un'altra struttura (5, 6, 7, 8, 10), nella SDO riabilitativa è necessario compilare il campo integrativo per specificare meglio la provenienza.

- 5 trasferimento da un Istituto di cura Pubblico
  - 5.1 Acuti
  - 5.2 Riabilitazione
  - 5.3 Lungodegenza
- 6 trasferimento da Istituto di cura privato accreditato
  - 6.1 Acuti
  - 6.2 Riabilitazione
  - 6.3 Lungodegenza
- 7 trasferimento da Istituto di cura privato non accreditato
  - 7.1 Acuti
  - 7.2 Riabilitazione
  - 7.3 Lungodegenza
- 8 trasferimento da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o altro regime di ricovero (diurno o ordinario) nello stesso Istituto di cura
  - 8.1 Acuti
  - 8.2 Riabilitazione
  - 8.3 Lungodegenza
- 10 provenienza da struttura territoriale (es. ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)
  - 10.4 RSA
  - 10.5 Hospice
  - 10.6 Strutt. Psichiat.
  - 10.7 Strutt. residenziali di riabilitazione (compreso Ex art 26)
  - 10.8 Altro

Tabella 10 – modalità di dimissione

Se nella SDO la modalità di dimissione è 2 (domicilio) o 9 (attivazione di ADI), per migliorare la caratterizzazione dell'esito del ricovero riabilitativo e dare evidenza e rilievo al setting di dimissione e alla continuità del percorso riabilitativo, nella SDO riabilitativa è necessario compilare il campo integrativo.

- 2 ordinaria al domicilio del paziente
    - 2.1 senza prosecuzione riabilitazione
    - 2.2 con attivazione riabilitazione ambulatoriale
    - 2.3 con attivazione riabilitazione domiciliare
    - 2.4 con attivazione di altro regime di ricovero (DH)
- 9 Dimissione ordinaria con attivazione ADI
    - 9.1 senza riabilitazione domiciliare
    - 9.2 con riabilitazione domiciliare

Tabella 11 - scale di valutazione per ricoveri riabilitativi di disciplina codice 56

Dimensione indagata	Scala di valutazione	Timing di registrazione	Note
Funzionalità premorbosa	Rankin Scale	Ingresso	Valutazione anamnestica della funzionalità ` pre-evento acuto (evento indice). In caso di ricovero non correlato ad evento acuto (ricovero dal domicilio), andrà ` valutata la funzionalità ` pre- ricovero riabilitativo
Disabilità	Barthel Index (BI)	Ingresso e dimissione	a punteggi scomposti, versione italiana 2015
	Barthel Index Dispnea (BD)	Ingresso e dimissione	Per MDC 4 e 5
	Six minutes walking test (6MWT)	Ingresso e dimissione	Per MDC 4 e 5
Complessità	Rehabilitation Complexity Scale extended (RCS-e)	Ingresso e dimissione	Versione 13

Tabella 12 - scale di valutazione per ricoveri riabilitativi di disciplina codice 28

Dimensione indagata	Scala di valutazione	Timing di registrazione	Note
Funzionalità premorbosa	Rankin Scale	Ingresso	Valutazione anamnestica della funzionalità` pre-evento acuto (evento indice). In caso di ricovero non correlato ad evento acuto (ricovero dal domicilio), andrà` valutata la funzionalità` pre-ricovero riabilitativo
Menomazione	ASIA Impairment Scale (livello di lesione e grado di completezza)	Ingresso e dimissione	Versione 2019
Disabilità	Barthel Index (BI)	Ingresso e dimissione	a punteggi scomposti, versione italiana 2015
	Spinal Cord Independence Measure (SCIM)	Ingresso e dimissione	Versione 3 (2002)
Complessità	Rehabilitation Complexity Scale extended (RCS-e)	Ingresso e dimissione	Versione 13

Tabella 13 - scale di valutazione per ricoveri riabilitativi di disciplina codice 75

Dimensione indagata	Scala di valutazione	Timing di registrazione	Note
Funzionalità premorbosa	Rankin Scale	Ingresso	Valutazione anamnestica della funzionalità` pre-evento acuto (evento indice). In caso di ricovero non correlato ad evento acuto (ricovero dal domicilio), andrà` valutata la funzionalità` pre-ricovero riabilitativo
Menomazione (stato di coscienza)	Level of Cognitive Functioning (LCF)	Ingresso e dimissione	
	Glasgow Coma Scale (GCS)		
Disabilità	Barthel Index (BI)	Ingresso e dimissione	a punteggi scomposti, versione italiana 2015
	Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE)		
Complessità	Rehabilitation Complexity Scale extended (RCS-e)	Ingresso e dimissione	Versione 13

Tabella 14 – Proposta di percorso riabilitativo individuale

Proposta di Percorso Riabilitativo Individuale	S.C. di Recupero e Riabilitazione Funzionale	Codice reparto 5601

Cognome, nome e CF	
Data e luogo di nascita	
Indirizzo e n. telefono	
Caregiver e n. telefono	
Attuale collocazione del paziente (specificare e barrare a lato)	In trattamento riabilitativo ❑ SI ❑ No
Codice HSP11 + bis	Cod. reparto acuzie
N. SDO	Data di ricovero
Intervento	Data intervento
diagnosi principale	

❑ Reparto per acuti
❑ Lungodegenza
❑ Cod 75
❑ Cod 28
❑ Cod 56 II livello
❑ Cod 56 I livello
❑ DH Riab.
❑ Ambul. RRF
❑ Residen. socio-sanit.
❑ Domicilio

Anamnesi significativa ed esame funzionale (comprensiva del grado di autonomia e del bisogno assistenziale pre evento attuale)

Cute (decubiti)	❑ No	❑ SI (specificare)		
Respirazione	❑ spont.	❑ Cannula	❑ O2	❑ v. mecc.
Alimentazione	❑ os	❑ sondino	❑ PEG	❑ CVC
Catetere vesc.	❑ No	❑ SI (specificare)		
Gessi, valve, FEA	❑ No	❑ SI (specificare)		
Carico	❑ No	❑ parziale	❑ totale	
Dialisi	❑ No	❑ SI		
Disfagia	❑ No	❑ SI		
Ausili in uso	❑ No	❑ SI (specificare)		
Problem. sociali	❑ No	❑ SI (specificare)		

Grado autonomia	SI	Parz.	No
Cura di sè	❑	❑	❑
Controllo sfinterico	❑	❑	❑
Controllo del tronco	❑	❑	❑
Mobilità a letto	❑	❑	❑
Mobilità nei trasferimenti	❑	❑	❑
Cammino	❑	❑	❑
Comunicazione	❑	❑	❑
Collabor./partecip.	❑	❑	❑
Toll. tratt. riab.	❑	❑	❑

Altro (compresi farmaci)

Bisogni	Elevati	Medi	Bassi	Assenti
Clinico-internistici	❑	❑	❑	❑
Assistenziali	❑	❑	❑	❑
Riabilitativi	❑	❑	❑	❑

Setting appropriato

❑ Reparto per acuti
❑ Lungodegenza
❑ Cod 75
❑ Cod 28
❑ Cod 56 II livello
❑ Cod 56 I livello
❑ DH riabil.
❑ Ambulatorio RRF
❑ Resid. socio-sanit.
❑ Cure domiciliari

Data prevista cambio setting

❑ Non indicazione al trattamento riabilitativo

Recupero funzione

❑ Motoria (compreso recupero tolleranza allo sforzo)
❑ Cardio-respiratoria
❑ Cognitiva
❑ Comunicativa
❑ Sensoriale
❑ Alimentazione
❑ Ausili
❑ Altro

Prognosi funzionale

Gradiente di modificabilità della disabilità

❑ Elevato
❑ Medio
❑ Basso
❑ Da rivalutare

Tempi previsti per la realizzazione s.c.

Discipline	Scala	Valore
Tutte	Rankin (0-5)	
Tutte	BI (0-100)	
Per 75	GCS (3-15)	
Per 75	LCF (1-8)	
Per 28	ASIA	__|___|___|___|__|

Valori per ASIA: C, T, L, S | 0-12 | 0-12 | A, B, C, D, E

Codice di disabilità	1	2	3	4	5	

Sintesi del progetto riabilitativo (comprensivo di obiettivi per funzioni)

Data

Timbro e firma medico proponente