



BOLLETTINO UFFICIALE della Regione Toscana

Parte Seconda n. 29 del 18.7.2018

Supplemento n. 127

mercoledì, 18 luglio 2018

Firenze

Bollettino Ufficiale: piazza dell'Unità Italiana, 1 - 50123 Firenze

E-mail: redazione@regione.toscana.it

Il Bollettino Ufficiale della Regione Toscana è pubblicato esclusivamente in forma digitale, la pubblicazione avviene di norma il mercoledì, o comunque ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità, ed è diviso in tre parti separate.

L'accesso alle edizioni del B.U.R.T., disponibili sul sito WEB della Regione Toscana, è libero, gratuito e senza limiti di tempo.

Nella **Parte Prima** si pubblicano lo Statuto regionale, le leggi e i regolamenti della Regione, nonché gli eventuali testi coordinati, il P.R.S. e gli atti di programmazione degli Organi politici, atti degli Organi politici relativi all'interpretazione di norme giuridiche, atti relativi ai referendum, nonché atti della Corte Costituzionale e degli Organi giurisdizionali per gli atti normativi coinvolgenti la Regione Toscana, le ordinanze degli organi regionali.

Nella **Parte Seconda** si pubblicano gli atti della Regione, degli Enti Locali, di Enti pubblici o di altri Enti ed Organi la cui pubblicazione sia prevista in leggi e regolamenti dello Stato o della Regione, gli atti della Regione aventi carattere diffusivo generale, atti degli Organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale.

Nella **Parte Terza** si pubblicano i bandi e gli avvisi di concorso, i bandi e gli avvisi per l'attribuzione di borse di studio, incarichi, contributi, sovvenzioni, benefici economici e finanziari e le relative graduatorie della Regione, degli Enti Locali e degli altri Enti pubblici, si pubblicano inoltre ai fini della loro massima conoscibilità, anche i bandi e gli avvisi disciplinati dalla legge regionale 13 luglio 2007, n. 38 (Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro).

Ciascuna parte, comprende la stampa di Supplementi, abbinata all'edizione ordinaria di riferimento, per la pubblicazione di atti di particolare voluminosità e complessità, o in presenza di specifiche esigenze connesse alla tipologia degli atti.

SEZIONE I

GIUNTA REGIONALE

- Deliberazioni

DELIBERAZIONE 9 luglio 2018, n. 773

Aggiornamento Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera per quanto concerne la procedura di codifica della sepsi e dello shock settico.

SEZIONE I

**GIUNTA REGIONALE
- Deliberazioni**

DELIBERAZIONE 9 luglio 2018, n. 773

Aggiornamento Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera per quanto concerne la procedura di codifica della sepsi e dello shock settico.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la DGR 1323 del 23.11.2017 che approva le Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera;

Vista la DGR 752 del 10/07/2017 che approva il “Programma regionale di lotta alla sepsi” con cui si costituisce un gruppo tecnico composto da esperti in materia, in rappresentanza di ARS (Agenzia Regionale Sanità), GRC (Gestione Rischio clinico), e professionisti clinici delle Aziende Sanitarie Toscane in possesso di specifiche competenze, con il compito di coordinare le azioni assicurando omogeneità di approccio tra le diverse realtà aziendali e definire le azioni per il miglioramento dell’identificazione e del trattamento della sepsi;

Preso atto della necessità di aggiornare l’Allegato 1 della 1323 del 23.11.2017 a seguito del documento prodotto dal suddetto gruppo di lavoro inerente la procedura di codifica della sepsi e dello shock settico;

Considerato pertanto opportuno sostituire l’Allegato 1 della 1323 del 23.11.2017 con l’Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto;

A voti unanimi

DELIBERA

di:sostituire l’Allegato 1 della 1323 del 23.11.2017 con l’Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul Burt ai sensi degli articoli 4,5 e 5 bis della L.R. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell’art. 18 della L.R. 23/2007.

*Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta*

SEGUE ALLEGATO



LINEE GUIDA TOSCANA **Revisione 2018**

La stesura del presente manuale è stata curata dal Gruppo di lavoro composto da:

Azienda Sanitaria 10 di Firenze	Paola Barbacci
Azienda Sanitaria 6 di Livorno	Cinzia Lorenzini
Azienda Sanitaria 2 di Lucca	Michela Maielli - Maria Assunta Malerbi
Azienda Sanitaria 8 di Arezzo	Nicola Mazzoni
Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi	Andrea Mercatelli

Per la redazione del presente documento è stato fatto riferimento alle Linee guida di cui all'Accordo fra il Governo e le Regioni e le Province autonome del 29 aprile 2010 e agli aggiornamenti già approvati da altre Regioni.

In particolare, per facilità di lettura e chiarezza di esposizione, l'impostazione del volume e alcune indicazioni sono state riprese dalle Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera della Regione Emilia-Romagna nella revisione 2014.

L'aggiornamento 2017 ha riguardato le procedure TAVI e diagnosi IMA, le procedure relative agli interventi di Chirurgia Plastica nei pazienti sottoposti a Chirurgia Bariatrica e le procedure inerenti la patologia dell'Ictus ed è stata predisposta dal Nucleo Tecnico Regionale:

Claudia Capanni	Azienda Usl Toscana Centro
Michela Maielli - Maria Assunta Malerbi	Azienda Usl Toscana Nord Ovest
Daniela Matarrese	Azienda Usl Toscana Sud Est
Andrea Mercatelli	Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi
Paola Barbacci	Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer

con il supporto dell'Organismo regionale di monitoraggio per la progettazione e gestione del PDTA ictus O.R.P.G.

L'aggiornamento 2018 ha riguardato la procedura di codifica della sepsi e dello shock settico elaborata dal gruppo tecnico composto da esperti in materia di cui alla DGR 752 del 10/07/2017.

Il coordinamento regionale è curato da Susanna Chiarini.

INDICE

PRESENTAZIONE.....
ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA.....
CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA INVASIVA.....
CARDIOLOGIA.....
CHIRURGIA GENERALE.....
CHIRURGIA PLASTICA.....
CHIRURGIA SENOLOGICA.....
CHIRURGIA TORACICA.....
CHIRURGIA VASCOLARE.....
DERMATOLOGIA.....
EMATOLOGIA.....
ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA.....
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI.....
NEFROLOGIA.....
NEONATOLOGIA.....
NEUROCHIRURGIA.....
NEUROLOGIA.....
NEUROLOGIA INTERVENTISTICA.....
OCULISTICA.....
ONCOLOGIA.....
ORTOPEDIA.....
OSTETRICIA E GINECOLOGIA.....
OTORINOLARINGOIATRIA.....
PNEUMOLOGIA.....
PROCEDURE INVASIVE.....
PSICHIATRIA.....
REUMATOLOGIA.....
RIABILITAZIONE.....
TERAPIA ANTALGICA.....
UROLOGIA E ANDROLOGIA.....
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI.....
ALTRI MOTIVI DI RICORSO AI SERVIZI SANITARI.....

➤ PRESENTAZIONE

La variabilità della casistica medico-chirurgica, l'affinamento di tecniche e procedure, l'aggiornamento tecnologico e il progresso della ricerca scientifica, propongono protocolli assistenziali che, per strutturazione o complessità, richiedono una capacità descrittiva articolata e versatile, non sempre propria del naturale schematismo di ogni logica classificatoria.

Lo scopo delle Linee-guida è quello di affiancare il Manuale ICD-9-CM, nell'intento di migliorare la qualità delle informazioni cliniche della SDO e conseguire una elevata omogeneità di codifica di diagnosi, interventi e procedure.

Il rispetto delle regole generali di codifica, in materia di controllo delle prestazioni sanitarie, consente una lettura approfondita dei fenomeni potenzialmente a rischio di inappropriatazza, facilitandone il monitoraggio e la sorveglianza anche attraverso la definizione di regole tempestive.

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

❑ **ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA**

Desensibilizzazione di soggetto allergico a veleno animale

In caso di ricovero finalizzato al trattamento desensibilizzante si utilizzano i seguenti codici:

Diagnosi principale: V07.1 -Necessità di desensibilizzazione ad allergeni

Altre diagnosi: V15.06 -Anamnesi personale di allergia agli insetti

Se si verifica effetto avverso:

Diagnosi principale: 989.5 -Effetti tossici di veleno di origine animale

Desensibilizzazione di soggetto allergico a farmaci o altre sostanze

In caso di ricovero finalizzato al trattamento desensibilizzante si utilizzano i seguenti codici:

Diagnosi principale: V07.1 -Necessità di desensibilizzazione ad allergeni

Altre diagnosi: V14_ -Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali

Se si verifica effetto avverso

Diagnosi principale: 995.2_ -Altri effetti avversi non specificati di farmaci, medicamenti e prodotti biologici

❑ **CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA INVASIVA**

IMPIANTO DI SISTEMI DI CIRCOLAZIONE ASSISTITA

Impianto di pompa centrifuga con cannule percutanee (pVAD)

37.68 -Inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo

Impianto di VAD paracorporeo o pompa centrifuga impiantato mediante stereotomia

37.65 -Impianto di sistema di assistenza cardiaca esterno

Impianto di VAD intracorporeo

37.66 -Inserzione di sistema di assistenza cardiaca impiantabile

39.65 -Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO), qualora si impianti l'ossigenatore

Assistenza cardiocircolatoria ventricolare destra con pompa centrifuga più ossigenatore (assistenza ventricolare destra con impianto di circolazione assistita, da atrio destro a atrio sinistro con esclusione del circolo polmonare)

37.62 -Impianto di altri sistemi di circolazione assistita, associato al codice 39.65 -Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO)

In caso di ricovero di un paziente già portatore di contro-pulsatore aortico, VAD, o altri supporti circolatori impiantati in altra struttura, indicare nei campi delle diagnosi secondarie il codice V46.8 - Dipendenza da altri apparecchi, che indica la presenza di tali dispositivi di assistenza

CODIFICA DELLE PROCEDURE TAVI (impianto transcaterete di una protesi valvolare biologica in posizione aortica) e degli altri interventi strutturali transcaterete sulle valvole cardiache

1. Il primo codice da utilizzare per le diverse tipologie di trattamento transcaterete fa riferimento all'intervento cardiocirurgico "equivalente", che viene sostituito dall'intervento transcaterete. Ad esempio per la TAVI, l'impianto transcaterete di una protesi valvolare biologica in posizione aortica, il primo codice della combinazione è rappresentato dal codice ICD-9-CM specifico per l'intervento cardiocirurgico tradizionale di sostituzione valvolare aortica con protesi biologica: il codice 35.21 (Sostituzione di valvola aortica con bioprotesi)

2. Per distinguere l'intervento transcateretere dall'intervento cardiocirurgico tradizionale si propone di associare per convenzione al codice precedente il codice 37.22 (Cateterismo cardiaco del cuore sinistro), in considerazione dell'accesso e della via più utilizzata, quella transarteriosa, per lo più transfemorale, con successivo cateterismo del ventricolo sinistro. Visto l'ingresso in ventricolo sinistro per posizionare le valvole, risulta più pertinente il codice 37.22 (Cateterismo cardiaco del cuore sinistro) rispetto al codice 38.91 (Cateterismo arterioso). Il codice unico 37.22 identifica tutti gli interventi transcateretere, a prescindere dalla via di accesso effettivamente utilizzata, anche se venosa, transapicale, transatriale o transaortica, con cateterismo del cuore sinistro o destro. La specificità della valvola trattata è definita dal codice di intervento/procedura specifica.
3. Le procedure "trans arteriose" eseguite per via percutanea o con accesso chirurgico locale dai cardiologi interventisti sono individuate dall'utilizzo di due soli codici: il codice 37.22 che identifica la procedura transcateretere ed il codice descritto al punto precedente che identifica la valvola trattata.
4. Per identificare gli interventi transcateretere con accesso cardiocirurgico mediante toracotomia, sternotomia o mini sternotomia per via transapicale, trans atriale o transaortica senza circolazione extracorporea, si aggiunge per convenzione ai due codici precedenti un terzo codice, il codice 37.11 (Cardiotomia).
5. La diagnosi clinica di valvulopatia viene codificata regolarmente utilizzando i codici specifici della classificazione ICD-9-CM: ad esempio per le TAVI possono essere utilizzati i seguenti codici diagnostici di valvulopatia aortica: 424.1 o 395.0/1/2/9 o di combinazione di valvulopatia aortica e mitralica 396.0/1/2/3/8/9.
6. Se gli interventi transcateretere vengono eseguiti su protesi valvolari biologiche malfunzionanti, protesi precedentemente impiantate con intervento cardiocirurgico tradizionale o con intervento transcateretere, l'intervento viene definito di "Valve In Valve" (VIV), Valvola in Valvola, o meglio Protesi in Protesi. Per questi interventi Valve In Valve si devono utilizzare gli stessi codici indicati per le valvole native nei precedenti punti del presente elenco, aggiungendo come codice diagnostico un codice di malfunzione di protesi, invece di un codice relativo ad una affezione di una valvola nativa. Questi interventi Valve In Valve saranno quindi distinti dagli interventi transcateretere sulle valvole native per la presenza della diagnosi clinica di malfunzione della protesi: 996.02 (Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca) o 996.61 (Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci) o 996.71 (Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache).
7. Eventuali ulteriori codici di procedura associati all'effettuazione di procedure di cateterismo cardiaco concomitanti (37.21, 37.23, 37.26, 88.52, 88.53, 88.54, 88.55, 88.56, 88.57) dovranno essere ulteriormente dettagliati.

Per correggere affezioni della valvola mitralica con interventi strutturali transcateretere è già applicato il sistema MitraClip per ridurre l'entità dell'insufficienza valvolare; per interventi transcateretere di impianto di neo corde per via transapicale (Neo Chord è il sistema attualmente in fase di valutazione), senza circolazione extracorporea, per alcune tecniche di riduzione transcateretere dei diametri dell'anello mitralico per correggere l'insufficienza della valvola dovuta a dilatazione ventricolare si è ritenuto più opportuno mantenere per entrambi gli "equivalenti" interventi transcateretere il più generico codice 35.12 (Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione), lo stesso proposto per l'impianto di MitraClip, per semplicità e perché questo è il

codice abitualmente utilizzato anche per gli interventi cardiocirurgici, invece dei codici relativi a equivalenti interventi cardiocirurgici a cuore aperto rispettivamente sulle corde tendinee (35.32 Interventi sulle corde tendinee) e sull'anello valvolare mitralico (35.33 Annuloplastica).

Elenco delle combinazioni di codici proposti

Valvola aortica

Valvola nativa

Diagnosi 424.1 o 395.0/1/2/9 o 396.0/1/2/3/8/9

TAVI - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere

TAVI transfemorale o per via succlavia 35.21 + 37.22

TAVI transapicale o transaortica 35.21 + 37.22 + 37.11

Protesi valvolare aortica biologica degenerata

Diagnosi 996.02 o 996.61 o 996.71

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

VIV transfemorale o per via succlavia 35.21 + 37.22

VIV transapicale o transaortica 35.21 + 37.22 + 37.11

Valvola mitralica

Valvola nativa

Diagnosi 424.0 o 394.0/1/2/9 o 396.0/1/2/3/8/9

Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere

Impianto transfemorale o per via succlavia 35.23 + 37.22

Impianto transapicale o transaortico 35.23 + 37.22 + 37.11

Valvuloplastica transcateretere

Valvuloplastica con MitraClip 35.12 + 37.22

Sistema di riduzione dell'anello valvolare 35.12 + 37.22

Impianto transapicale di neo corde 35.12 + 37.22 + 37.11

Protesi valvolare biologica degenerata

Diagnosi 996.02 o 996.61 o 996.71

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

VIV transfemorale o per via succlavia 35.23 + 37.22

VIV transapicale o transaortica 35.23 + 37.22 + 37.11

Valvola tricuspide

Valvola nativa

Diagnosi 424.2 o 397.0

Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere

Impianto transfemorale o per via succlavia 35.27 + 37.22

Valvuloplastica transcateretere
Valvuloplastica con Clip o anuloplastica 35.14 + 37.22

Protesi valvolare biologica degenerata
Diagnosi 996.02 o 996.61 o 996.71

VIV tricuspide - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata
VIV per via venosa transfemorale o transgiugulare 35.27 + 37.22
VIV con toracotomia e accesso transatriale dx 35.27 + 37.22 + 37.11

Valvola polmonare
Valvola nativa
Diagnosi 424.3 o 397.1

Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere
Impianto per via venosa transfemorale 35.25 + 37.22

Protesi valvolare biologica degenerata
Diagnosi 996.02 o 996.61 o 996.71

VIV polmonare - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata
VIV per via venosa transfemorale 35.25 + 37.22

Codici ICD-9-CM utilizzati per codifica interventi TRANSCATERETERE

INTERVENTI E PROCEDURE DIAGNOSTICHE

35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
35.14 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione
35.21 Sostituzione di valvola aortica con bioprotesi
35.23 Sostituzione di valvola mitralica con bioprotesi
35.25 Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
35.27 Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
35.32 Interventi
35.33 Anuloplastica
37.11 Cardiotomia
37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro
37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro
37.23 Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro
37.26 Test invasivo elettrofisiologico con cateterismo
38.91 Cateterismo arterioso
88.52 Angiocardigrafia del cuore destro
88.53 Angiocardigrafia del cuore sinistro
88.54 Angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro
88.55 Arteriografia coronarica con catetere singolo
88.56 Arteriografia coronarica con catetere doppio
88.57 Altra e non specificate arteriografia coronarica

DIAGNOSI

- 424.0 Disturbi della valvola mitrale
- 424.1 Disturbi della valvola aortica
- 424.2 Disturbi della valvola tricuspide
- 424.3 Disturbi della valvola polmonare
- 394.0 Stenosi mitralica
- 394.1 Insufficienza mitralica reumatica
- 394.2 Steno-insufficienza mitralica reumatica
- 394.9 Altre e non specificate malattie della valvola mitralica
- 395.0 Stenosi aortica reumatica
- 397.0 Malattie della valvola tricuspide
- 397.1 Malattie della valvola polmonare
- 396.0 Stenosi della valvola mitrale e della valvola aortica
- 396.1 Stenosi della valvola mitrale e insufficienza della valvola aortica
- 396.2 Insufficienza della valvola mitrale e stenosi della valvola aortica
- 396.3 Insufficienza della valvola mitrale e della valvola aortica
- 396.8 Interessamento multiplo della valvola mitrale e della valvola aortica
- 396.9 Malattie della valvola mitrale e della valvola aortica, non specificate
- 996.02 Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca
- 996.71 Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache
- 996.61 Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache

INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE

Intervento di chirurgia riparativa della mitrale con l'utilizzo dell'anello di Carpentier
35.12 -Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione, in associazione al codice 39.61 -Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)

Intervento secondo Bentall

35.22 -Altra sostituzione di valvola aortica con protesi, in associazione ai codici: 38.45 -Resezione di altri vasi toracici con sostituzione e 36.99 -Altri interventi sui vasi del cuore, per indicare il reimpianto delle arterie coronariche, e, se eseguita, 39.61 -Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)

L'eventuale inserzione di Endoprotesi aortica, in corso di intervento secondo Bentall, deve essere descritta con un codice aggiuntivo: 39.71 -Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale, oppure 39.73 -Impianto di graft endovascolare nell'arteria toracica

Intervento secondo David

35.11 -Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione, in associazione ai codici: 38.45 -Resezione di altri vasi toracici con sostituzione e 36.99 -Altri interventi sui vasi del cuore e, se eseguita, 39.61 -Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)

In caso di arresto di circolo indotto da una ipotermia profonda, la descrizione prevede l'uso del codice specifico 39.62 -Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto

BY-PASS AORTOCORONARICO

By-pass aortocoronarico

Intervento principale: 36.15 -By-pass singolo di mammaria interna- arteria coronaria

Altro intervento: 36.1_ -By-pass aortocoronarico, se eseguito C.E.C.: 39.61 -Circolazione extracorporea ausiliaria perchirurgica a cuore aperto (C.E.C.)

Qualora si utilizzino altri specifici vasi arteriosi, per effettuare il By-pass aortocoronarico, utilizzare i seguenti codici:

a) Arteria gastroepiploica 36.17 -By-pass dell'arteria coronaria addominale

b) Arteria radiale 36.19 -Altro by-pass per rivascolarizzazione cardiaca

c) Doppia arteria mammaria o mammaria sinistra con anastomosi multiple (sequenziale) 36.16 -By-pass doppio mammaria interna arteria coronaria

d) Arteria bovina 36.39 -Altra rivascolarizzazione cardiaca

By-pass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca

Intervento principale 36.1_ -By-pass aortocoronarico

Altro intervento: 37.32 -Asportazione di aneurisma del cuore

Altro intervento: 39.61 -Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)

Rivascolarizzazione cardiaca con tecnica laser

Intervento principale: 36.3_ -Altra rivascolarizzazione cardiaca

I casi di Endoarteriectomia di un vaso coronarico eseguita in corso di altro intervento cardiocirurgico devono essere segnalati utilizzando il codice 38.10 -Endoarteriectomia, sede non specificata

ALTRI INTERVENTI CARDIOVASCOLARI

Sostituzione di arco aortico con tubo valvolato

Intervento principale: 35.21 -Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi, oppure 35.22 -Altra sostituzione di valvola aortica con protesi

Altri interventi: 38.45 -Resezione di altri vasi toracici con sostituzione

Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare

Intervento principale: 38.6_ -Altra asportazione di vaso, oppure 38.4_ -Resezione di vasi con sostituzione

Altri interventi: 38.91 -Cateterismo arterioso

Rimodellamento ventricolare

37.35 -Asportazione parziale di ventricolo

REINTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA

Reintervento per complicazione meccanica di by-pass aorto-coronarico

Diagnosi principale: 996.03 -Complicazioni meccaniche di innesto di by-pass coronarico

Intervento principale: codice di By-pass aortocoronarico, codifica specifica

Reintervento per altre complicazioni di by-pass aorto-coronarico (embolia, trombosi)
Diagnosi principale: 996.72 -Altre complicazioni da altre protesi, impianti, innesti cardiaci
Intervento principale: codice di By-pass aortocoronarico, codifica specifica. Può essere ricompreso in questo codice la Ristenosi/Occlusione di stent coronarico precedentemente impiantato

Reintervento per complicazione meccanica di protesi valvolare cardiaca
Diagnosi principale: 996.02 -Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca
Intervento principale: codice di -Sostituzione valvolare

Reintervento per altra complicazione da protesi valvolare cardiaca (embolia, trombosi)
Diagnosi principale: 996.71 -Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache
Intervento principale: codice di -Sostituzione valvolare

Infarto perioperatorio
Si utilizzi il codice 410._1 -Infarto miocardico acuto, in associazione al codice 997.1 -
Complicazioni cardiache, non classificate altrove

INFEZIONE E COMPLICAZIONE POSTOPERATORIE

Mediastinite

Diagnosi principale: 998.59 -Altra Infezione postoperatoria
Diagnosi secondaria: 519.2 -Mediastinite

Intervento principale: 34.3 -Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino, se applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure)
86.89 -Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo

Infezione della ferita chirurgica e conseguente toilette
Diagnosi principale: 998.59 -Altra infezione postoperatoria
Intervento principale: 86.22 -Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione, se applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) 86.89 -Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo

2° Ricovero per deiscenza della ferita sternale e conseguente risutura
Diagnosi principale: 998.3_ -Rottura di ferita chirurgica
Intervento principale: 78.11 -Applicazione di fissatore esterno di scapola, clavicola e torace

Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria:
Codice di procedura 39.41 -Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare

Insufficienza cardiaca nell'immediato periodo post-operatorio
997.1 -Complicazioni cardiache non classificate altrove, mentre se compare dopo un intervento cardiocirurgico effettuato in un ricovero precedente va utilizzato il codice 429.4 -Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca

IMPIANTO DI PACE-MAKER

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 transvenoso nel ventricolo

37.81 -Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola

In caso di Inserimento di apparecchio a camera doppia (37.83) bisogna codificare l'Inserzione di elettrodi transvenosi in atrio e ventricolo unicamente con il codice 37.72 -Inserzione iniziale di elettroditransvenosi in atrio e ventricolo

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

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

Il codice sufficiente a descrivere da solo l'inserzione di PM temporaneo transvenoso è il 37.78

Per descrivere i casi di ricovero per Applicazione di pace-maker in assenza di sintomatologia va segnalato in Diagnosi principale il codice V53.31 -Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco

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 pacemaker cardiaco, 996.61 -Infezione e reazione infiammatoria da pace-maker cardiaco e 996.72 -Altre complicazioni da pace-maker

Impianto di pace-maker per sindrome del seno carotideo

Diagnosi principale: 427.89 -Altre aritmie cardiache specificate

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

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

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

Impianto di pace-maker sul glomo carotideo

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

Intervento principale: 39.8 -Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari

Ricovero programmato per la sola Sostituzione di batteria di pace-maker

Diagnosi principale: V53.51 -Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco

INSERIMENTO E RIMOZIONE DI LOOP RECORDER

In caso di ricovero per l'Inserimento di Loop Recorder va indicato in Diagnosi principale il codice 780.2 -Sincope e collasso. L'inserimento dell'apparecchio è descritto dalla codifica 37.79 - Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco, in associazione al codice 89.51 - Elettrocardiogramma per lo studio del ritmo

Per descrivere i casi di ricovero per la Rimozione del Loop Recorder va segnalato in Diagnosi principale il codice V53.39 -Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco. La Rimozione dell'apparecchio è descritta dal codice 86.05 -Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo

Fibrillazione atriale

Ablazione transcateretere percutanea: 37.34 -Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesione del cuore, altro approccio

Tecnica chirurgica: 37.33 -Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio aperto

DEFIBRILLATORE CARDIACO A PERMANENZA

Impianto del defibrillatore: o solo il codice 37.94 -Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [AICD], o i codici 37.95 -Impianto di soli elettrodi... in associazione al codice 37.96 -Impianto di solo generatore di impulsi.....

Sostituzione del solo elettrodo: solo il codice 37.97 - Sostituzione del solo elettrodo....

Sostituzione del solo generatore di impulsi: solo il codice 37.98 -Sostituzione del solo generatore di impulsi combinati

L'Impianto di pacemaker per la risincronizzazione cardiaca senza menzione di defibrillazione (P.M. Biventricolare o BIV) va descritto con i seguenti codici:

00.50 -Impianto, sistema totale o con i codici 00.52 -Impianto o sostituzione di soli elettrodi... in associazione al codice 00.53 - Impianto o sostituzione del solo pacemaker....

Sostituzione del solo elettrodo: solo il codice 00.52 -Impianto o sostituzione dei solo elettrodi....

Sostituzione del solo generatore di impulsi: codice 00.53 -Impianto o sostituzione del solo generatore di impulsi...

L'impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca (Defibrillatore Biventricolare o BiV ICD), va descritto con i seguenti codici:

00.51 - Impianto, sistema totale

Sostituzione del solo elettrodo: 00.52 -Impianto o sostituzione dei solo elettrodi....

Sostituzione del generatore di impulsi: 00.54 -Impianto o sostituzione del solo defibrillatore...

ANGIOPLASTICA PERCUTANEA E INSERZIONE DI STENT**Vasi coronarici**

L'Angioplastica coronaria si codifica con il codice 00.66 seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (00.40 – 0044). L'eventuale Inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi: uno per specificare il tipo di stent utilizzato (Medicato, 36.07; Non medicato 36.06), l'altro il numero di stent inseriti (codici 00.45 – 00.48). Codificare anche eventuale: -Iniezione o infusione di agenti trombolitici (99.10)

Vasi intracranici

L'Angioplastica di vasi intracranici si codifica con il codice 00.62, seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (00.40 – 0044). L'eventuale Inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi: uno per specificare il tipo di stent utilizzato (00.65), l'altro il numero di stent inseriti (codici 00.45 – 00.48). Codificare anche eventuale Iniezione o infusione di agenti trombolitici (99.10)

Vasi precerebrali (carotide)

L'Angioplastica di vasi precerebrali si codifica con il codice 00.61, seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (00.40 – 0044). L'eventuale Inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi: uno per specificare il tipo di stent utilizzato (00.63), l'altro il numero di stent inseriti (codici 00.45 – 00.48). Codificare anche eventuale "Iniezione o infusione di agenti trombolitici" (99.10)

Altri vasi non coronarici

L'Angioplastica di altri vasi si codifica con il codice 39.50, seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (00.40 – 0044). L'eventuale Inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi: uno per specificare il tipo di stent utilizzato (39.90), l'altro il numero di stent inseriti (codici 00.45 – 00.48). Codificare anche eventuale "Iniezione o infusione di agenti trombolitici" (99.10)

Il Trattamento ablativo della fibrillazione atriale può essere eseguito per via percutanea (in laboratorio elettrofisiologico), o con tecnica chirurgica (in sala operatoria):

Ablazione transcateretere percutanea: 37.34 -Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesione del cuore, altro approccio

Nei casi con tecnica chirurgica utilizzare il codice 37.33 -Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio a cielo aperto

ALTRI INTERVENTI PER VIA PERCUTANEA

Chiusura del dotto di Botallo per via percutanea

Intervento principale: 38.85 -Altra occlusione chirurgica di altri vasi toracici

Altri interventi: 37.23 -Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro

Chiusura del difetto interatriale (DIA) per via percutanea

35.52 -Riparazione di difetto del setto atriale con sutura diretta

Portatori di by-pass, protesi valvolari, pace maker

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)

□ CARDIOLOGIA

Ipertensione

E' opportuno consultare, nell'indice alfabetico delle diagnosi, la tabella che indica, per ciascuna condizione clinica legata all'ipertensione arteriosa, tre codici, relativi rispettivamente alla forma maligna, benigna o non specificata.

Nel caso in cui l'ipertensione sia secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice della malattia di base che causa l'ipertensione; invece, nel caso in cui 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 la gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata, utilizzando un codice della categoria 642 (capitolo XI).

Cardiopatia ipertensiva (402)

Comprende, con codici combinati, sia condizioni in cui l'ipertensione è causa diretta della cardiopatia, sia le condizioni in cui essa vi è implicata.

Se la diagnosi clinica menziona sia l'ipertensione, sia la malattia cardiaca, ma non indica una relazione causale tra loro, si devono assegnare codici separati. Ad esempio:

Malattia cardiaca congestizia dovuta a ipertensione o Malattia cardiaca ipertensiva con insufficienza cardiaca congestizia: 402.X1

Malattia cardiaca congestizia con ipertensione: 428.XX associato a 401.X

E' importante specificare il quinto carattere in quanto consente di descrivere correttamente il quadro clinico del paziente e di attribuire il ricovero al DRG appropriato

Nefropatia ipertensiva cronica (403)

Comprende, con codici combinati, sia condizioni in cui sono presenti sia ipertensione che nefropatia cronica (condizioni classificabili alle categorie 585-587). L'ICD-9-CM presuppone una relazione causa-effetto tra loro e classifica la malattia renale cronica con ipertensione come Nefropatia ipertensiva cronica.

Il quinto carattere della categoria raggruppa in due classi gli stadi della malattia renale:

0 – stadi I – IV o stadio non specificato

1 – stadio V o terminale.

Come Diagnosi secondaria deve essere codificata la Malattia renale cronica (585.X) per identificare lo stadio della malattia. La categoria non include tuttavia l'Insufficienza renale acuta

Cardionefropatia ipertensiva cronica (404)

Comprende le condizioni in cui sono presenti sia la Malattia cardiaca ipertensiva, sia la Nefropatia ipertensiva cronica.

Il quinto carattere della categoria identifica:

0 – senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato

1 – con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato

2 – senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale

3 – con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale.

Nelle Diagnosi secondarie codificare il tipo di Insufficienza cardiaca (cod. 428.X), ove presente, e la Malattia renale cronica (585.X) per identificarne lo stadio

Denervazione arteria renale (DAR) per il controllo della Ipertensione arteriosa refrattaria al trattamento farmacologico

Intervento principale: 05.25 -Simpaticectomia periarteriosa

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE (410-414)

Il capitolo delle Malattie ischemiche del cuore comprende la categoria 410.XX -Infarto miocardio acuto, 411.X -Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica, 412 -Infarto miocardio pregresso, 413.X -Angina pectoris, 414.XX -Altre forme di cardiopatia ischemica cronica

Infarto miocardico acuto (categoria 410)

Le sottocategorie da 410.0 a 410.6 e 410.8 identificano i casi di IMA con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI)

La sottocategoria 410.7, Infarto subendocardico, identifica i casi di IMA con sottoslivellamento del tratto ST (NSTEMI) e di Infarto non transmurale.

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

La nota riportata nell'elenco sistematico precisa il carattere numerico che deve essere utilizzato come quinta cifra per identificare se si tratta di episodio iniziale di assistenza (1) o successivo per lo stesso infarto (2), oppure di episodio di assistenza non specificato (0).

Nel sistema di codifica ICD-9-CM, attualmente in uso nel nostro paese, l'IMA è ricondotto al codice 410, che viene completato da una quarta e da una quinta cifra. Il codice 410 va utilizzato in diagnosi principale solo in caso di infarto di tipo 1. In caso di infarto di tipo 2, deve essere indicata in diagnosi principale la patologia primitiva che ha determinato la sofferenza miocardica ed indicare in diagnosi secondaria il codice 410.

In caso di "danno miocardico senza causa specificata", in cui non è identificabile una causa primitiva, il danno miocardico da causa non specificata deve essere indicato in diagnosi principale mediante il codice 429.89 (cardiopatie mal definite) e non deve essere utilizzato nelle diagnosi secondarie il codice 410.

L'infarto miocardico perioperatorio, che non trova descrizione specifica nella classificazione internazionale delle malattie, deve essere descritto tra le diagnosi secondarie con il codice di IMA (410_1) in associazione al codice 997.1 -Complicazioni cardiache non classificate altrove in diagnosi principale.

Codifica quarta cifra –sede e tipologia dell'IMA

La quarta cifra del codice ICD9-CM indica la sede dell'IMA, ma deve anche essere utilizzato per distinguere gli IMA-STEMI dagli IMA-Non-STEMI. In particolare, tutti i quarti caratteri, con la sola eccezione del 7 (incluso dunque il 9), identificano l'infarto STEMI e contemporaneamente ne indicano la sede. Il quarto carattere 7 "Infarto subendocardico o non transmurale" deve essere usato in tutti i casi di IMA Non-STEMI, indipendentemente dalla sede.

Pertanto, per l'IMA-STEMI avremo i seguenti codici:

- 410.0_ IMA antero-laterale
- 410.1_ IMA di altra parte della parete anteriore
- 410.2_ IMA infero-laterale
- 410.3_ IMA infero-posteriore
- 410.4_ IMA di altra parte della parete inferiore
- 410.5_ IMA di altra parte della parete laterale
- 410.6_ IMA vero della parete posteriore
- 410.8_ IMA di altre sedi specificate
- 410.9_ IMA a sede non specificata

Il quarto carattere 9 (sede non specificata) deve essere usata solo per gli infarti equivalenti agli STEMI, in cui l'ECG non è valutabile per presenza di blocco di branca, pacemaker o defibrillatore. Pertanto, al codice 410.9_ dovrà essere aggiunto un ulteriore codice in diagnosi secondaria che precisi le ragioni che rendono impossibile il riconoscimento della sede:

- Blocco di branca sinistro: 426.3
- Presenza di pacemaker: V45.01
- Presenza di defibrillatore impiantato: V45.02

L'IMA-Non-STEMI verrà indicato esclusivamente con la codifica 410.7_.

Codifica quinta cifra – episodio di assistenza

La quinta cifra di codifica deve essere utilizzata per identificare l'episodio di assistenza:

- Numero 1 – corrisponde ad un episodio iniziale di assistenza, ossia primo evento/ricovero per IMA,
- Numero 2 – corrisponde ad un episodio successivo di assistenza dopo il primo evento/ricovero e ad esso correlabile, ma compreso entro le 8 settimane dal primo evento/ricovero per IMA.
- Numero 0 – episodio di assistenza non specificato (carattere da evitare a meno di assoluta impossibilità ad acquisire l'informazione).

Sono considerati episodi iniziali di assistenza, con quinto carattere 1, i ricoveri di pazienti trasferiti verso altro istituto per acuti come pure i ricoveri di pazienti provenienti da altre strutture di cura per acuti (ad esempio, in caso di trasferimento da centro Spoke a centro Hub come pure da centro Hub a centro Spoke per completamento diagnostico o terapeutico). Sono invece esclusi i casi in cui vi sia stata interruzione dell'assistenza per acuti (ad esempio, per dimissione ordinaria al domicilio, oppure per trasferimento in strutture riabilitative, non dedicate all'assistenza per pazienti acuti). In tali casi si utilizzerà il quinto carattere 2, sempre che il ricovero avvenga entro otto settimane dall'evento iniziale di IMA e che sia ad esso correlabile (ad esempio, in caso di nuovo ricovero per completamento di procedure di rivascolarizzazione). Nuovi ricoveri, correlabili all'evento iniziale, ma successivi all'ottava settimana, avranno come codice il 414.8 "Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica".

Qualora durante il ricovero per IMA si verifichi un secondo evento infartuale, in sede differente, entrambe le diagnosi devono essere codificate, ciascuna secondo la propria sede, utilizzando, per entrambi gli episodi, il quinto carattere 1. Analogamente, in caso di un secondo evento infartuale acuto, intervenuto dopo la dimissione per un primo evento, con sede diversa dal precedente, si dovrà codificare utilizzando il quinto carattere 1.

Codifica dell'Angina Instabile

L'angina instabile si codifica con il codice 411.1 ed identifica le SCA Non-STEMI senza evidenza di necrosi miocardica (normali livelli plasmatici dei marcatori di danno miocardico).

Angina pectoris

Utilizzare i codici della categoria 413, ricordando che per l'Angina instabile il codice da segnalare è il 411.1

Codifica complicanze

Le eventuali complicanze dell'IMA, come aritmie, fibrillazione, shock, devono essere codificate tra le diagnosi secondarie con codici aggiuntivi.

Codifica IMA pregresso anamnestico

L'IMA pregresso asintomatico si codifica utilizzando il codice 412; questo codice non deve essere utilizzato in caso di malattia ischemica in atto. Il codice 412, inoltre, dovrebbe essere assegnato esclusivamente come diagnosi secondaria nei casi in cui siano assenti sintomi e l'indicazione del pregresso infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale.

Collocazione del neurostimolatore per angina pectoris refrattaria:

Diagnosi principale: 337.29 - Disfunzione riflessa del simpatico di altra sede specificata

Diagnosi secondaria: 413._ .

Procedura: 03.93 -Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale

Nelle patologie di natura ischemica, riveste particolare importanza la somministrazione per via sistemica di agenti trombolitici e di inibitori piastrinici; questi farmaci devono essere codificati con i seguenti codici:

99.10 -Iniezione o infusione di agente trombolitico

99.20 -Iniezione o infusione di inibitore piastrinico

La sindrome post-infartuale si codifica con il codice 411.0.

Insufficienza cardiaca nell'immediato periodo post-operatorio

Va codificata con il codice 997.1 -Complicazioni cardiache non classificate altrove, mentre se compare dopo un intervento cardiocirurgico effettuato in un ricovero precedente va utilizzato il codice 429.4 -Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca

Lo Shock cardiogeno va codificato con il codice 785.51

Reumatismo articolare acuto (categorie 390-392)

Senza menzione di complicazioni cardiache (390) e con complicazioni cardiache (391). I codici della categoria 391, le cardiopatie reumatiche croniche (393-398), debbono essere utilizzati in prima diagnosi in presenza di recrudescenza o persistente attività del processo reumatico

Edema polmonare acuto

Se di origine cardiaca deve essere codificato con il codice 428.1 -Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro), mentre quello di origine non cardiaca con il codice 518.4 -Edema polmonare acuto non specificato, ad eccezione di quello causato da fumi e vapori che va codificato con il codice 506.1

N.B.: per quanto riguarda l'insufficienza respiratoria 518.8X, a cui il codice 518.4 è affine, vedere Pneumologia.

Cuore polmonare cronico scompensato

Deve essere descritto ponendo in Diagnosi principale il codice 428.0 -Insufficienza cardiaca congestizio(scompenso cardiaco congestizio) ed in Diagnosi secondaria il codice 416.8 -Altre forme di malattia cardiopolmonare.

In presenza di Malattia polmonare evoluta in cuore polmonare cronico è corretto codificare per primo il cuore polmonare perché la dilatazione e lo scompenso destro, pur essendo secondari alle alterazioni prodotte dall'enfisema, richiedono una quota prevalente di risorse assistenziali.

□ CHIRURGIA GENERALE

In caso di ricovero per Sanguinamento di varici esofagee e relativo controllo di emorragia effettuato per via endoscopica, utilizzare come intervento principale il codice 42.33 -Asportazione o -Demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo

Le complicazioni meccaniche o infettive di gastro-enterostomie sono descritte:
con i codici 530.86

o 530.87 -Infezioni e complicazioni meccaniche dell'esofagostomia

o 536.4_ -Complicazioni di gastrostomia

o 569.6_ -Complicazioni di colostomie ed enterostomia

Riparazione di rettocele con protesi

Utilizzare i codici di correzione del rettocele unitamente al codice 48.79 -Altra riparazione del retto

Proctopessi addominale con protesi

Utilizzare i codici di procedura 48.75 -Proctopessi addominale e 46.79 -Altra riparazione dell'intestino

Resezione di prolasso del retto per via transanale (intervento di Starr)

Utilizzare il codice di procedura 48.99 -Altri interventi sul retto

Reservoir rettale con J-pouch colica

Utilizzare anche il codice di procedure 45.95 -Anastomosi dell'ano

Reservoir rettale con coloplastica trasversale (stritturoplastica colica)

Utilizzare anche il codice 45.03 -Altra incisione dell'intestino crasso

Emorroidectomia/mucosectomia rettale (secondo: L o n g o, HALL, HELP)

Utilizzare il codice di procedura 49.49 -Altri interventi sulle emorroidi

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon

Utilizzare i codici di procedura 46.79 -Altra riparazione dell'intestino e 45.23 -Colonscopia con endoscopio flessibile

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto

Utilizzare i codici di procedura 48.79 -Altra riparazione del retto e 48.23 -Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido

Impianto e revisione di protesi dello sfintere anale

Diagnosi principale: 787.6 -Incontinenza fecale

Intervento principale: 49.75 -Impianto o revisione dello sfintere anale artificiale. Qualora vi sia la necessità di rimuovere lo sfintere anale si utilizzi il codice 49.76

Intervento di diversione biliopancreatica (BPD)

Diagnosi principale: 278.0_ -Obesità

Intervento principale: 43.7_ -Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale,

Altro intervento: 45.91 -Anastomosi intestinale tenue-tenue se eseguita 51.22 -Colecistectomia

Intervento di resezione dello stomaco secondo Sleeve (gastrorestrizione)

Diagnosi principale: 278.0_ -Obesità

43.89 -Altra gastrectomia parziale (resezione di Sleeve dello stomaco)

Altro intervento: 44.99 -Altri interventi sullo stomaco

Intervento di gastroplastica verticale per via laparoscopica

Diagnosi principale: 278.0_ -Obesità

Intervento principale: 44.68 -Gastroplastica laparoscopica

Codificare anche eventuale Sincrona gastroenterostomia laparoscopica (44.38)

Interventi per obesità

Gli interventi per la terapia della obesità rientrano nei LEA quando sono soddisfatti i seguenti requisiti:

Indicazioni alla chirurgia bariatrica

1. B.M.I.>= 40

2. B.M.I tra 35 e 40 in presenza di comorbidità che, presumibilmente, possono migliorare o guarire a seguito della notevole e persistente perdita di peso ottenuta con l'intervento (tra cui il diabete mellito di tipo 2 resistente al trattamento medico, malattie del metabolismo, patologie cardiorespiratorie, gravi malattie articolari, gravi problemi psicologici, neoplasie, etc). Per essere candidati all'intervento comunque i pazienti devono avere nella storia clinica un fallimento di un corretto trattamento medico (mancato o insufficiente calo ponderale; scarso o mancato mantenimento a lungo termine del calo di peso).

Nel caso del trattamento chirurgico del paziente obeso ultrasessantenne, deve essere considerato che vi è una maggiore percentuale di complicanze post-operatorie e un minor calo di peso rispetto ai pazienti più giovani, ma sono ugualmente attesi il miglioramento (o la risoluzione) della comorbidità e un miglioramento della qualità di vita. In ogni caso devono essere verificate:

1. La motivazione, la capacità di esprimere un valido consenso, la disponibilità ai controlli periodici e al regime dietetico prevedibile
2. La certezza della resistenza alla terapia nutrizionale e comportamentale
3. L'assenza di controindicazioni maggiori
4. La compatibilità con il rischio operatorio, valutato in base all'Obesity Surgery Mortality Risk Score (OS-MRS)

Inserimento per via endoscopica di pallone bariatrico intragastrico per il trattamento dell'obesità

Diagnosi principale: 278.0_ - Obesità

Intervento principale: 44.93 - Inserzione di bolla gastrica (palloncino)

La rimozione è, di norma, ambulatoriale.

Intervento di banding gastrico

Diagnosi principale: 278.0_ -Obesità

Intervento principale: 44.95 -Procedura laparoscopica di restrizione gastrica

Intervento di by pass gastrico

Intervento principale: 44.38 -Gastroenterostomia laparoscopica o 44.39 -Altra gastroenterostomia senza gastrectomia

Deiscenza della gastroplastica verticale e sua riparazione

Diagnosi principale: V58.49 -Altro trattamento ulteriore post operatorio specificato

Diagnosi Secondaria: 997.4 -Complicazioni gastrointestinali non classificate altrove

Intervento principale: 44.96 -Revisione di gastroplastica

Spostamento, Scivolamento del banding o del dispositivo sottocutaneo di regolazione (port) e riparazione laparoscopica

Diagnosi principale: V58.49 -Altro trattamento ulteriore post operatorio specificato

Altre diagnosi:

996.59 -Complicazioni meccaniche di altri dispositivi interni

44.97 -Rimozione laparoscopica di dispositivo di restrizione gastrica

44.98 -Regolazione di misura (laparoscopica) del dispositivo di restrizione gastrica regolabile

Stenosi dell'outlet o neopiloro e riparazione per via laparotomica o laparoscopica

Diagnosi principale: V58.49 -Altro trattamento ulteriore post operatorio specificato

Altre diagnosi 996.79 -Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni

Intervento principale: 44.99 -Altri interventi sullo stomaco

Inserzione di protesi metallica esofagea

Intervento principale codice di procedura 42.89 -Altra riparazione dell'esofago

Altri interventi codice 42.23 -Altra esofagoscopia

Inserzione di protesi metallica duodenale

Utilizzare il codice 46.79 -Altra riparazione dell'intestino

Altri interventi: codice 45.13 Altra endoscopia dell'intestino tenue

Inserzione di protesi metallica esofagea

Intervento principale: 42.89 -Altra riparazione dell'esofago

Altri interventi: 42.23 -Altra esofagoscopia

Plicatura endoscopica di ernia iatale

Utilizzare il codice di procedura 44.66 -Altri interventi per la creazione di sfintere esofago gastrico associato al codice 44.13 -Altra gastroscopia

Funduplicatio con tecnica laparoscopica

Utilizzare il codice 44.67 -Procedura laparoscopica per la creazione dello sfintere esofagogastrico

Trapianto di fegato split

Utilizzare il codice 50.59 -Altro trapianto di fegato in associazione al codice 51.39 -Altra anastomosi del dotto biliare

Ricovero per asportazione di fegato da donatore sano

Utilizzare in Diagnosi principale il codice V59.6 -Donatori di fegato e quale codice di intervento indicare il codice 50.22 -Epatectomia parziale

Ablazione percutanea di lesioni epatiche

L'Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del fegato è identificata dal codice 50.24

Trattamento di chemoembolizzazione di tumore epatico

A quanto detto al paragrafo Oncologia aggiungere codice procedura 50.94 -Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato

Inserimento di drenaggio biliare esterno (DBE) o drenaggio biliare esteno-interno (DBEI)

Per via endoscopica: utilizzare il codice di procedura 51.87 -Inserzione endoscopica di tubo nel dotto biliare e 51.10 -Colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP) o 51.11 - Colangiografia retrograda endoscopica

Per via per cutanea: utilizzare il codice di procedura 51.98 -Altri interventi percutanei sul tratto biliare

Inserimento di stent nelle vie biliari

Nel caso di Approccio laparoscopico codificare: 51.98 -Altri interventi percutanei sul tratto biliare + 54.21 -Laparoscopia + 51.99 - Altri interventi sulle vie biliari

In caso di Approccio percutaneo codificare 51.99 -Altri interventi sulle vie biliari + 87.51 - Colangiografia epatica per cutanea.

Nel caso di Intervento per via endoscopica codificare: 51.87 -Inserzione endoscopica di tubo nel dotto biliare + 51.11 -Colangiografia retrograda endoscopica + 51.99 -Altri interventi sulle vie biliari

Rimozione del tubo di Kehr

Si codifica con il codice 97.55 -Rimozione del dispositivo del dotto biliare

Metodica "Stop flow":

E' una metodica utilizzata per l'Infusione loco - regionale di chemioterapico che prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale e l'attivazione della circolazione extracorporea; indicare le seguenti procedure: 38.08 -Incisione di arterie dell'arto inferiore + 38.91 -Cateterismo arterioso + 99.25 -Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove + 39.97 -Altra per fusione

Chirurgia robotica

Utilizzare il codice di procedura 00.39 -Altra chirurgia computer-assistita

Trattamento chirurgico dell'iperidrosi

Diagnosi principale: 337.0 -Neuropatia periferica idiomatica del sistema nervoso autonomo

Diagnosi secondaria: 780.8 -Iperidrosi generalizzata oppure 705.2_ -Iperidrosi focale

Procedura principale 05.2_ -Simpatectomia

Procedura secondaria per specificare l'approccio chirurgico esempio -Toracosopia cod. 3421

□ **CHIRURGIA PLASTICA**

Ricovero per l'asportazione del solo linfonodo sentinella

a) SE RISULTA NEGATIVO (anche per melanomi), deve essere descritto in Diagnosi principale con il codice di Anamnesi della neoplasia maligna primitiva precedentemente asportata, V10.___ Anamnesi personale di tumore maligno e nelle procedure con i codici della categoria 40.___ Interventi sul sistema linfatico

b) SE RISULTA POSITIVO, indicare in Diagnosi principale il codice che descrive la Metastasi (categoria 196 -Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi) e fra le Diagnosi secondarie il codice di Anamnesi della neoplasia primitiva precedentemente asportata.

Nelle procedure codificare l'Asportazione dei linfonodi (cod. 40.___ Interventi sul sistema linfatico)

Asportazione estensiva successiva a diagnosi di Melanoma

In caso di ricovero successivo ad asportazione di nevo, risultato positivo per diagnosi di Melanoma, per exeresi estensiva peri-neoplasia, la corretta codifica è:

a) ISTOLOGIA NEGATIVA DEL TESSUTO ASPORTATO:

Diagnosi principale: V58.49 -Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato

Diagnosi secondaria: V10.82 -Anamnesi personale di melanoma maligno della pelle

Procedure: 86.4 -Asportazione radicale di lesione della cute + eventualmente 8674 -Trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi + eventualmente 403 -Asportazione di linfonodi regionali

b) ISTOLOGIA POSITIVA DEL TESSUTO ASPORTATO

Diagnosi principale: 172.___ -Melanoma maligno

Procedure: 86.4 -Asportazione radicale di lesione della cute + eventualmente 8674 -Trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi + eventualmente 403 -Asportazione di linfonodi regionali

Interventi su cute e sottocute

Relativamente alla procedura 86.3 -Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo o sottocutaneo e 86.4 -Asportazione radicale di lesione della cute.

L'utilizzo di uno o dell'altro codice è conseguente all'estensione e profondità della exeresi eseguita, ne consegue che in caso di -Asportazione di lesione cutanea che interessa la cute e il sottocute il codice di procedura da utilizzarsi è 86.3 (se è l'unica procedura è da utilizzarsi al livello ambulatoriale)

Interventi per la modifica dei caratteri sessuali

In tutti i casi di Trasformazione di sesso indicare come Diagnosi principale il codice 302.5__ Transessualismo.

Segnalare tutte le procedure effettuate, indicando come Principale l'intervento ritenuto più rilevante.

Attenzione: come sesso del paziente indicare quello coerente con la procedura effettuata (altrimenti il grouper segnala errore)

Trattamento della lipodistrofia localizzata in pazienti con particolari patologie (es. HIV sintomatico)

Trattamento ricostruttivo del volto con:

A) LIPOFILLING secondo la tecnica di Coleman

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

Diagnosi Secondaria: 042 -Malattie da virus dell'immunodeficienza umana
oppure xxx.xx -Altra diagnosi che giustifichi l'intervento nei LEA

Intervento Principale: 86.81 -Riparazione di difetti del viso

B) FILLER RIASSORBIBILI

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

Diagnosi Secondaria: 042 -Malattie da virus dell'immunodeficienza umana
oppure xxx.xx -Altra diagnosi che giustifichi l'intervento nei LEA

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

Lipoaspirazione o lipectomia

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

Diagnosi Secondaria: 042 -Malattie da virus dell'immunodeficienza umana

oppure xxx.xx -Altra diagnosi che giustifichi l'intervento nei LEA

Intervento Principale: 86.83 -Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

Addominoplastica

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

Diagnosi Secondaria: 042 -Malattie da virus dell'immunodeficienza umana

oppure xxx.xx -Altra diagnosi che giustifichi l'intervento nei LEA

Intervento Principale: 86.83 -Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

CHIRURGIA PLASTICA POST CHIRURGIA BARIATRICA

Rimozione di addome pendulo non altrimenti correggibile.

L'intervento di addominoplastica è erogabile nei LEA quando vi sia un ampio grembiule cutaneo-adiposo che, oltrepassando il piano pubico, comporti importanti limitazioni funzionali (quali ad esempio difficoltà al mantenimento di una deambulazione corretta, impossibilità ad allacciarsi le scarpe, impossibilità ad effettuare una corretta igiene intima...) e provochi almeno tre episodi di intertrigine in un anno.

Diagnosi principale: 278.1 adiposità localizzata

Intervento principale: 86.83 intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

Dermolipectomia a livello di addome, cosce e dorso.

Al fine di selezionare i pazienti da sottoporre a questa tipologia di intervento si propone l'utilizzo della classificazione di Pittsburg (A classification of contour deformity after bariatric weight loss: the Pittsburg rating scale; Plastic & Reconstructive Surgery, 116(5):1535-1544, 2005) che, basandosi su 10 diverse zone anatomiche, definisce per ognuna uno score da 0 a 3 con relativa strategia operatoria.

Total body deformity score > 10

Diagnosi principale: 278.1 adiposità localizzata

Intervento principale: 86.83 intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

Total body deformity score < 10

Diagnosi principale: V51 trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica

Intervento principale: 86.83 intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

Si sottolinea quindi che in cartella, oltre agli elementi significativi riguardanti il percorso di cura del paziente, dovranno essere presenti le valutazioni secondo la scala di Pittsburgh.

TABLE I
The Pittsburgh Rating Scale*

Area	Scale	Preferred Procedure
Arms	0 Normal	None
	1 Adiposity with good skin tone	UAL and/or SAL
	2 Loose, hanging skin without severe adiposity	Brachioplasty
	3 Loose, hanging skin with severe adiposity	Brachioplasty ± UAL and/or SAL
Breasts	0 Normal	None
	1 Ptosis grade I/II or severe macromastia	Traditional mastopexy, reduction, or augmentation techniques
	2 Ptosis grade III or moderate volume loss or constricted breast	Traditional mastopexy ± augmentation
Back	3 Severe lateral roll and/or severe volume loss with loose skin	Parenchymal reshaping techniques with dermal suspension, consider autoaugmentation.
	0 Normal	None
	1 Single fat roll or adiposity	UAL and/or SAL
Abdomen	2 Multiple skin and fat rolls	Excisional lifting procedures
	3 Ptosis of rolls	Excisional lifting procedures
	0 Normal	None
Flank	1 Redundant skin with rhytids or moderate adiposity without overhang	Miniabdominoplasty, UAL and/or SAL
	2 Overhanging pannus	Full abdominoplasty
	3 Multiple rolls or epigastric fullness	Modified abdominoplasty techniques, including fleur de lis and/or upper body lift
Buttocks	0 Normal	None
	1 Mild to moderate adiposity and/or mild to moderate cellulite	UAL and/or SAL
	2 Severe adiposity and/or severe cellulite	UAL and/or SAL ± excisional lifting procedure
Mons	3 Skin folds	Excisional lifting procedure
	0 Normal	None
	1 Excessive adiposity	UAL and/or SAL
Hips/lateral thighs	2 Ptosis	Monsplasty
	3 Significant overhang below symphysis	Monsplasty
	0 Normal	None
Medial thighs	1 Mild to moderate adiposity and/or mild to moderate cellulite	UAL and/or SAL
	2 Severe adiposity and/or severe cellulite	UAL and/or SAL ± excisional lifting procedure
	3 Skin folds	Excisional lifting procedure
Lower thighs/knees	0 Normal	None
	1 Excessive adiposity	UAL and/or SAL ± excisional lifting procedure
	2 Severe adiposity and/or severe cellulite	UAL and/or SAL ± excisional lifting procedure
	3 Skin folds	Excisional lifting procedure
	0 Normal	None
	1 Adiposity	UAL and SAL ± excisional lifting procedure
	2 Severe adiposity	UAL and SAL ± excisional lifting procedure
	3 Skin folds	Excisional lifting procedure

UAL, ultrasound-assisted lipectomy; SAL, suction-assisted lipectomy.

*Ten regions are assessed on a scale ranging from 0 to 3. The presence of specific deformities determines the score. For each rating, the indicated surgical procedures are outlined. The procedures may be performed alone or in combination.

TABLE IV
Pittsburgh Rating Scale: Composite Scores*

Regional Scores	Degree
Upper body (arms, breasts, abdomen, flank, and back)	
0	Normal
1 to 5	Mild
6 to 10	Moderate
11 to 15	Severe
Lower body (mons, buttocks, hips/lateral thighs, medial thighs, lower thighs/knees)	
0	Normal
1 to 5	Mild
6 to 10	Moderate
11 to 15	Severe
Total body deformity score	
0	Normal
1 to 10	Mild
11 to 20	Moderate
21 to 30	Severe

*The individual ratings can be combined into upper body, lower body, and total deformity scores.

□ CHIRURGIA SENOLOGICA

Inserimento di protesi o espansore nella mammella in paziente mastectomizzata per neoplasia maligna

Utilizzare in Diagnosi principale il codice V52.4 -Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario e in Diagnosi secondaria il codice V10.3 -Anamnesi personale di tumore maligno della mammella; negli spazi relativi agli interventi e/o procedure segnalare il codice che descrive l'intervento di protesi mammaria

Asportazione del Linfonodo Sentinella effettuata in corso di ricovero finalizzato alla rimozione del tumore

Procedura principale: Asportazione della neoplasia

Procedura secondaria: 40.2_ -Asportazione semplice di strutture linfatiche

Codificare anche la linfografia eseguita (88.34 -Arto superiore)

Se il linfonodo risulta positivo, fra le Diagnosi secondarie aggiungere il codice di Metastasi linfonodale (categoria 196 -Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi)

Intervento conservativo di Nipple-Sparing

Procedura principale: 8534 -Altra mammectomia sottocutanea monolaterale

In caso di Carcinoma indicare in Diagnosi Secondaria: V861 -Negatività dei recettori degli estrogeni o V860 -Positività dei recettori degli estrogeni

Ricovero per l'Asportazione del solo linfonodo sentinella

a) SE RISULTA NEGATIVO (anche per melanomi), deve essere descritto in Diagnosi principale con il codice di -Anamnesi della neoplasia maligna primitiva precedentemente asportata, V10._ _ Anamnesi personale di tumore maligno e nelle procedure con i codici della categoria 40._ _ Interventi sul sistema linfatico

b) SE RISULTA POSITIVO, indicare in Diagnosi principale il codice che descrive la Metastasi (categoria 196 -Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi) e fra le Diagnosi secondarie il codice di -Anamnesi della neoplasia primitiva precedentemente asportata.

Nelle procedure codificare l'Asportazione dei linfonodi (cod. 40._ _ Interventi sul sistema linfatico)

Rimozione profilattica della mammella e dell'ovaio

Utilizzare in diagnosi principale i seguenti codici:

V50.41 -Rimozione profilattica della mammella

V50.42 -Rimozione profilattica dell'ovaio

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:

a) Se l'intervento ricostruttivo prevede l'impianto di protesi:

Diagnosi principale: V52.4 -Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario

b) Se l'intervento ricostruttivo non prevede l'impianto di protesi (ad esempio ricostruzione del capezzolo):

Diagnosi principale: V51 -Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica

Sia nel caso a) che nel caso b) va 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 della classificazione degli interventi chirurgici

□ **CHIRURGIA TORACICA**

Il Linfocele o Chilotorace post-chirurgico viene descritto con i seguenti codici:

Diagnosi principale: 998.89 -Altre complicazioni specificate di interventi, non classificati altrove

Altre diagnosi: 457.8 -Altri disturbi non infettivi dei vasi linfatici

Nel caso di ricovero finalizzato alla Chiusura di tracheotomia, utilizzare in Diagnosi principale il codice V55.0 e negli spazi relativi agli interventi il codice 31.72 -Chiusura di fistola esterna della trachea

Per la Distruzione o Escissione di lesione tracheale (anche endoscopica) il codice di procedura da utilizzare è 31.5 -Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea.

Se contestualmente viene inserita una protesi tracheale, l'intervento va codificato con il codice 31.99 -Altri interventi sulla trachea

L' Asportazione di lesione bronchiale endoscopica va descritta con il codice 32.01 -Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi. Se viene inserita una protesi bronchiale, in aggiunta va utilizzato il codice 33.79 - Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali e il codice 33.98 -Altri interventi sui bronchi

□ **CHIRURGIA VASCOLARE**

Riparazione endovascolare di vasi

La categoria 39.7X prevede voci specifiche per procedure endovascolari sui vasi del capo e del collo (codici 39.72 e 39.74), sull'aorta addominale e toracica (codici 39.71 e 39.73) e su altri vasi (cod 39.79)

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

Utilizzare in Diagnosi Principale: 997.79 -Complicazioni vascolari di altri vasi sanguigni

Quando venga eseguito un intervento di crioplastica, adottato nella malattia ostruttiva vascolare per la riparazione di una stenosi successiva a trattamento chirurgico, utilizzare il codice 39.50 Angioplastica o aterectomia di vaso non coronario, ponendo attenzione alla nota d'uso del codice

Sindromi dolorose dovute ad arteriopatie ostruttive degli arti inferiori con l'applicazione di neurostimolatore spinale

Affinché sia attribuito un DRG appropriato, occorre segnalare in Diagnosi principale il codice 337.22 -Disfunzione riflessa del simpatico arto inferiore, in Diagnosi secondaria un codice relativo alla Arteriopatia (440.2X) e come procedura il codice 86.96 -Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore, in combinazione con il codice 03.93 -Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale

In caso di ricovero per sostituzione del neurostimolatore spinale: in Diagnosi principale utilizzare il codice V53.02 -Collocazione e sistemazione di neurostimolatore (cervello) (Sist. Nervoso periferico) (midollo spinale), e tra le procedure utilizzare il codice 86.96

Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore
Procedura 38.59 -Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
Procedura 38.69 -Altra asportazione di vene dell'arto inferiore

Legatura endoscopica di perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)
Procedura 38.59 -Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
Procedura 83.09 -Altra incisione dei tessuti molli

Trattamento vene varicose con radiofrequenza
Procedura 38.89 -Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore con o senza associazione del codice di stripping

Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare
Procedura 38.59 -Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore

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

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

Intervento di TIPSS (Transjugular Intrahepatic Porto-systemic Shunt Stent), shunt venoso intraddominale per via endoscopica
Procedura 39.1 -Anastomosi venosa intraddominale
Procedura 38.93 -Altro cateterismo venoso non classificato

Inserimento di "port a cath"
Fatte salve valutazioni di appropriatezza del ricovero rispetto alla sede ambulatoriale, l'inserimento di "port a cath" è descritto attraverso l'uso del codice V58.81 -Collocazione e sistemazione di catetere vascolare come Diagnosi principale e del codice di procedura 86.07 -Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile

Reintervento per controllo di emorragia postoperatoria
Per l'intervento vascolare utilizzare il codice di procedura 39.41 -Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare
Trombosi arterovenosa in dializzato
Utilizzare il codice 996.74 -Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti vascolari, (anziché la sottocategoria 444._ -Embolie e trombosi arteriose) in Diagnosi secondaria usare il codice V56.0 -Dialisi extracorporea, se il paziente effettua la seduta di dialisi

□ DERMATOLOGIA

Asportazione di lesione cutanea e sottocutanea neoplastica a carico del naso

Diagnosi Principale: codice di patologia

Intervento Principale: 86.3 -Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo oppure 86.4 -Asportazione radicale di lesione della cute

Autoinnesto di gel piastrinico per il trattamento delle ulcere: 99.74 -Piastrinoaferesi terapeutica

Dermatiti iatrogene

Per indicare le dermatiti causate da farmaci ad uso topico, si deve utilizzare:

692.3 -Dermatite da contatto con farmaci e medicinali o presidi per uso topico

693.0 -Dermatite da farmaci e medicinali o presidi per via sistemica, in caso di sostanze appropriate e correttamente somministrate (reazione allergica o effetto indesiderato in genere)

Dermatite per una sostanza somministrata in modo non congruo

Diagnosi principale: uno dei codici afferenti al blocco 960-979 -Avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici

Diagnosi secondaria: si segnalerà l'effetto nocivo ossia la dermatite (tossicità o avvelenamento)

Orticaria

Per indicare le diverse varianti cliniche di Orticaria utilizzare: codici afferenti alla categoria 708_.

Porpora allergica

In caso di Porpora allergica la presenza delle sole manifestazioni petecchiali non consente di formulare la diagnosi descritta dal codice 287.0 e bisognerà indicare solamente il "segno" con il codice 782.1 -Rash ed altre eruzioni cutanee non specificate

N.B.: Ad esempio per codificare una Dermatite dovuta ad ingestione accidentale di penicillina si utilizza la seguente associazione di codici:

Diagnosi principale: 960.0 -Avvelenamento da penicilline

Diagnosi secondaria: 693.0 -Dermatite da farmaci e medicinali o presidi

Ulcere da decubito

A seguito dell'aggiornamento della sottocategoria relativa all'Ulcerazione da decubito, il cod. 707.0_ -Ulcerazione da decubito, deve essere necessariamente utilizzato con la quinta cifra.

In caso di ricovero finalizzato al trattamento chirurgico dell'ulcera da decubito di un paziente immobilizzato in conseguenza, ad esempio, di un accidente cerebrovascolare, in Diagnosi principale andrà riportata l'ulcera da decubito cod. 707.0_ -Ulcerazione da decubito e non l'emiplegia o la patologia vascolare

Metastasi cutanea di neoplasia a partenza non nota

In accordo alle regole generali di codifica delle Neoplasie, in caso di ricovero finalizzato prevalentemente alla diagnosi e al trattamento di una Metastasi cutanea, questa va segnalata:

Diagnosi principale: cod.198.2 -Tumori maligni secondari della cute.

Quando la Neoplasia primitiva sia stata asportata nel corso di un precedente ricovero deve essere segnalata utilizzando un codice della categoria V10._.

Se la Neoplasia primitiva è a sede sconosciuta e pertanto il trattamento è rivolto solo alla metastasi utilizzare: Diagnosi secondaria: 199.1 -Altri tumori maligni senza indicazione della sede

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P)

E' importante sottolineare come le categorie 86 (Interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo) escludono le procedure effettuate sulla cute e sottocute nelle sedi seguenti:

08.01 - 08.99 -Palpebra e sopracciglia
18.01 - 18.9 -Orecchio
21.00 - 21.99 -Naso
27.0 - 27.99 -Labbra
49.01 - 49.99 -Ano
61.0 - 61.99 -Scroto
64.0 - 64.99 -Pene
71.01 - 71.09 -Perineo femminile e vulva
85.0 - 85.99 -Mammella

Gli interventi chirurgici devono essere codificati ricorrendo ai codici specifici per sede, tipo ed estensione dell'intervento.

I codici 86.3 -Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo e 86.4 -Asportazione radicale di lesione della cute sono da utilizzare in mancanza dei codici specifici per sede.

Il cod. 86.4 -Asportazione radicale di lesione della cute, deve essere utilizzato esclusivamente nei casi in cui venga eseguita l'Asportazione larga di una lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti (indipendentemente dalla strumento utilizzato). E' opportuno codificare anche l'eventuale Resezione linfonodale (cod. 40.3 – cod. 40.5). Tali casi si verificano prevalentemente con Patologie neoplastiche (melanomi, epitelomi estesi) o in presenza di Cheloidi molto estesi.

In caso di patologie benigne, quali, ad esempio, nevi o fibromi che non richiedano asportazioni estese e profonde: 86.3 -Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo. Il cod. 86.22 -Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione, comprende la rimozione per mezzo di asportazione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa di tessuto necrotico.

Il cod. 86.28 -Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione, comprende rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante brushing, irrigazione sotto pressione, washing o scrubbing

□ EMATOLOGIA

ANEMIA APLASTICA

Anemia aplastica costituzionale

Deve essere utilizzato esclusivamente in presenza di una Biopsia osteomidollare, ed associata ad un quadro emocromocitometrico ben definito e non va usata in una Anemia iporigenerativa

Diagnosi principale: 284.0_ -Anemia aplastica costituzionale

Anemia aplastica dovuta a farmaci, infezioni, malattia sistemica cronica, radiazioni, tossica:

Diagnosi principale: 284.8 -Altre anemia aplastiche specificate

Anemia aplastica (idiopatica) SAI, arigenerativa, ipoplastica SAI, non rigenerativa, refrattaria, ipoplasia midollare:

Diagnosi principale: 284.9 -Anemia aplastica non specificata

DISTURBO EMORRAGICO DA ANTICOAGULANTI CIRCOLANTI

Disturbo emorragico intrinseco:

Diagnosi principale: 286.5 -Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti

Trattamento con farmaci anticoagulanti, senza menzione di problemi emorragici: Diagnosi secondaria: V58. 61 -Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti

Alterazioni emorragiche da farmaci dovuta ad una assunzione errata e/o a dosi eccessive di anticoagulanti, e/o dovuta ad effetti indesiderati o avversi del farmaco:

Diagnosi principale: 995.2_ -Altri effetti avversi non specificati di farmaci, medicamenti e prodotti biologici

SINDROMI MIELODISPLASTICHE

Diagnosi principale: 238.7_ -Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici

Trapianto di midollo osseo o di cellule staminali procedura: da 41.01 a 41.09 la quarta cifra specifica la tipologia del trapianto eseguito.

Il codice 41.00 -Trapianto di midollo osseo SAI non dovrebbe essere utilizzato in quanto poco specifico

Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto procedura: 41.91 -Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto (sia per autotrapianto che per allotrapianto)

Infusione di cellule staminali autologhe non per patologie oncologiche codice di procedura: 99.09 -Trasfusione di altre sostanze

Prelievo di cellule staminali procedura: 99.79 - Altre aferesi terapeutiche sia per Autotrapianto che per Allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi)

Trapianto loco regionale di cellule staminali (qualsiasi sede) Procedura: 41.92 -Iniezione (nel) di midollo osseo

☐ ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA

DIABETE

Diabete mellito: 250._ _

Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza. Queste ultime, descritte nel capitolo Neonatologia, devono essere codificate utilizzando i codici 648.0_ -Diabete mellito complicante la gravidanza parto o puerperio, o 648.8_ -Alterata tolleranza al glucosio complicante gravidanza parto o puerperio

cod. 250._ _ -Diabete Mellito
cod. 250.0_ -Diabete mellito senza menzione di complicanze

Complicazioni metaboliche acute:

cod. 250.1_ -Diabete con chetoacidosi
cod. 250.2_ -Diabete con iperosmolarità
cod. 250.3_ -Diabete con altri tipi di coma

Complicazioni croniche o a lungo termine:

cod. 250.4_ -Diabete con complicanze renali
cod. 250.5_ -Diabete con complicanze oculari
cod. 250.6_ -Diabete con complicanze neurologiche
cod. 250.7_ -Diabete con complicanze circolatorie periferiche
cod. 250.8_ -Diabete con altre complicanze specificate

Diabete con complicazioni non specificate deve essere utilizzato il codice 250.9_

N.B.: Il Diabete è scompensato solo se il medico lo ha diagnosticato esplicitamente come tale.

Cataratta diabetica e cataratta senile

Cataratta senile in diabetico senza complicazioni oculari:

Diagnosi principale: 366.1_ -Cataratta senile
Altre diagnosi: codice di Diabete

Cataratta diabetica

Diagnosi principale: 250.5_ -Diabete con complicazioni oculari
Altre diagnosi: 366.41 -Cataratta diabetica

Trattamento del Piede diabetico (paziente diabetico con ulcere)

Diagnosi principale: 250.8_ -Diabete con altre complicazioni specificate
Altre diagnosi: 707.1_ -Ulcere degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito
Codice di procedura: 86.22 -Rimozione asportativi di ferita, infezione o ustione

Amputazione in arto con predominanti disturbi vascolari o con Eziologia mista vascolare neuropatica

Diagnosi principale: 250.8_ -Diabete con altre complicazioni specificate
Diagnosi secondaria: 443.81 -Angiopatia periferica in malattie classificate altrove

Diabete da somministrazione di steroidi

Diagnosi principale: 251.8 -Altri disturbi della secrezione insulare

Coma diabetico dovuto a incidente terapeutico da insulina

Diagnosi principale: 962.3 -Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici
Altre diagnosi: 250.3_ -Diabete con altri tipi di coma

Diabete gestazionale

Diagnosi principale: 648.8_ -Alterata tolleranza al glucosio

La 5° cifra indica se la situazione è diagnosticata prima del parto, durante il parto o dopo il parto

Gravidanza in donna diabetica

Diagnosi principale: 648.0_ -Diabete Mellito....

La 5° cifra indica se la situazione è diagnosticata prima del parto, durante il parto o dopo il parto

MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

INFEZIONE DA HIV, VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA UMANA

Il codice 042 deve essere utilizzato in Diagnosi principale con codici aggiuntivi, per indicare tutte le manifestazioni cliniche, a meno che il ricovero avvenga per una patologia del tutto non correlata ad HIV (esempio trauma)

Pazienti con HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio

Diagnosi principale: 647.6_ -Altre malattie virali

Altre diagnosi: 042 -Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV), oppure V08 -Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)

Trattamenti con farmaci antiretrovirali

Procedura: 99.29 -Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

Ricovero del neonato nato da madre affetta da malattie infettive

Diagnosi principale: 760.2 -Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato

Altre diagnosi: V08 -Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV), oppure V02.6_ -Portatore o portatore sospetto di epatite virale oppure V02.9 -Portatore o portatore sospetto di altro organismo infettivo specificato

Neonato con infezione congenita

Diagnosi principale: 771._ -Infezioni specifiche del periodo perinatale

Altre diagnosi: 070._ -Epatite virale o 042 - Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV) o 130._ -Toxoplasmosi

SETTICEMIA, SEPSI SEVERA, SHOCK SETTICO

I termini Setticiemia e Sepsi non sono sinonimi. A tal fine si precisa quanto segue:

Setticiemia (038): patologia sistemica dovuta alla presenza nel sangue di microrganismi patogeni o tossine.

Le Setticiemie sostenute da microrganismi (es. virus o criptococco) per i quali non sono previsti codici specifici, devono essere rappresentate dal codice 038.8 -Altre forme di setticiemia

La codifica di Sepsi o Shock Settico è complessa in quanto avviene per mezzo dell' ICD-9-CM e va adattata alla nuova definizione di sepsi-3 (JAMA. 2016;315(8):801-810).

E' indispensabile che la documentazione clinica riportata in cartella sia chiara e tale da dare evidenza di questa patologia durante il ricovero.

Di seguito faremo riferimento alla definizione di Sepsi.

DEFINIZIONE SEPSIS-3 (2016)

- La Sepsis è una DISFUNZIONE D'ORGANO che mette in pericolo la vita causata da una DISREGOLATA RISPOSTA DELL'OSPITE ad una INFEZIONE
- Lo Shock Settico è l'evoluzione clinica della Sepsis in cui profonde anomalie circolatorie, cellulari e metaboliche sono associate con un maggiore rischio di mortalità rispetto alla sola Sepsis

CRITERI CLINICI PER LA SEPSIS

- INFEZIONE (certa o sospetta)
- ≥ 2 PUNTI SOFA SCORE (al di sopra del SOFA di base)

CRITERI CLINICI PER LO SHOCK SETTICO

- INFEZIONE (certa o sospetta)
- Nonostante l'adeguata rianimazione fluidica
 - Richiesta di vasopressori per mantenere la Pressione Arteriosa Media ≥ 65 mmHg
 - Livelli di lattato serici > 2 mmol/L

CODIFICHE:

Utilizzare il codice 995.92 per la SEPSIS (prima SEPSIS SEVERA) oppure codice 785.52 per Shock settico.

Inoltre specificare l'eziologia sottostante e indicare le eventuali insufficienze d'organo con le seguenti codifiche:

- La sottostante infezione sistemica con i codici 038.XX
- L'eventuale infezione localizzata, ad esempio 5695 ascesso intestinale, 041 SHIGELLA FLEXNERI
- Una o più insufficienze d'organo, ad esempio 5845 per insufficienza renale acuta. Dare precedenza a quella maggiormente legata alla diagnosi o procedura principale (vedi chirurgia).

CODICI DA NON UTILIZZARE IN QUANTO ASPECIFICI O CONFONDENTI:

- codice 7907 BATTERIEMIA NON SPECIFICATA
- codice 99590 SINDROME DA RISPOSTA INFIAMMATOIA SISTEMICA, NON SPECIFICATA
- codice 99591 SEPSIS

Setticemia neonatale (771.81): non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi (995.91 o 995.92), ma deve essere identificato il microrganismo (categoria 041)

Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci (V09)

Possono essere utilizzati solo in Diagnosi secondaria per descrivere la resistenza ai farmaci in condizioni infettive specificate

Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio (647__)

Particolare attenzione va posta nella specificazione della quinta cifra, che indica la relazione con il periodo pre- peri- o post parto

Le infezioni nel neonato (si rimanda al capitolo neonatologia)

Le infezioni specifiche del periodo perinatale (incluse quelle acquisite prima e durante il parto) 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.

Quando il ricovero è contestuale alla nascita utilizzare sempre in Diagnosi principale il codice appropriato all'interno delle categorie V30 – V39 (nati vivi sani secondo il tipo di nascita), senza tenere conto del fatto se il neonato sia sano o meno.

In tutti gli altri ricoveri del neonato che non siano contestuali alla nascita non dovranno mai essere utilizzati, né in Diagnosi principale né in Diagnosi secondaria, i codici di cui sopra. La scelta di questa codifica deriva dalla necessità di identificare in maniera univoca tutti i ricoveri contestuali alla nascita, considerando che ai fini dell'assegnazione del DRG è ininfluenza se i codici di patologia sono presenti in diagnosi principale o in diagnosi secondaria

☐ **NEFROLOGIA**

INSUFFICIENZA O MALATTIA RENALE

Nell'indice alfabetico l'Insufficienza renale acuta si individua con il termine "Defaillance"; la Forma cronica con il termine "Malattia rene"

Impianto di fistola artero-venosa protesica per dialisi renale 39.93 -Inserzione di cannula intervasale
Trombosi di fistola artero-venosa in dializzato 996.73 -Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale

E' particolarmente importante non fare riferimento all'indice alfabetico in quanto errato, l'Insufficienza renale acuta si individua con il termine "Defaillance"; la Forma cronica con il termine Malattia rene

L'Insufficienza renale acuta si codifica con i codici della categoria 584_, per la Postoperatoria si utilizza il codice 997.5 -Complicanze urinare, non classificate altrove.

L'Insufficienza renale cronica/Malattia renale cronica si codifica con i codici della categoria 585, che include anche l'Uremia cronica

Introdotte 7 sottocategorie in funzione del grado di compromissione della funzionalità renale:

- 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
- 585.6 -Malattia renale cronica, stadio finale
- 585.9 -Malattia renale cronica, non specificata

Evitare l'uso del cod. 586 -Insufficienza renale non specificata

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:

Diagnosi principale: 585.-

Diagnosi secondaria: V42.0 che identifica lo status di trapianto renale

Colica Renale

Per codificare la Colica renale, in assenza di Calcolosi documentata:

Diagnosi principale: 788.0 -Colica renale

Per codificare la Colica renale, in presenza di Calcolosi documentata:

Diagnosi principale: 592._ -Calcolosi renale ed ureterale

Diagnosi secondaria: 788.0 -Colica renale

Nefropatia diabetica o Malattia renale da diabete mellito

Nel caso di Diabete con complicazioni renali a lungo termine o croniche:

Diagnosi principale: 250.4_ -Diabete con complicazioni renali

Diagnosi secondaria: i cod. aggiuntivi per descrivere il tipo di complicazioni rilevate, come per es. il cod. della categoria 581.8_ -Nefrosi diabetica oppure 583.8_ -Nefropatia diabetica

Rene escluso

Si possono utilizzare: il codice 588.9 -Patologie non specificate, causate da ridotta funzione renale o 593.9 -Patologia non specificata del rene e dell'uretere

Dialisi

Paziente che si sottopone al primo intervento di preparazione di Fistola Artero-Venosa (FAV) per l'emodialisi:

Diagnosi principale: 585._ -Malattia Renale Cronica

Procedura: 39.27 -Arteriovenostomia per dialisi renale, 39.93 -Inserzione di cannula intervasale

Nel caso di utilizzo di Stent per la costruzione di un Accesso vascolare aggiungere: 39.90 -Inserzione di stent non medicato in vaso periferico

Impianto di catetere venoso per emodialisi

Diagnosi principale: 585._ -Malattia renale cronica

Procedura: 38.95 -Cateterismo venoso per dialisi renale

Utilizzo di dispositivo totalmente impiantabile (Dialock)

Procedura: 86.07 -Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile

In caso di Reintervento per complicanze correlate alla FAV preesistente:

Diagnosi principale: 996.1 -Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti o innesti vascolari, oppure 996.62 - Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti o innesti vascolari

Procedura: 39.27 -Arteriovenostomia per dialisi renale, oppure 39.42 -Revisione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale

In caso di Trombosi artero-venosa in dializzato:

Diagnosi principale: 996.74 -Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti vascolari, (non utilizzare la sottocategoria 444._ -Embolie e trombosi arteriose)

Diagnosi secondaria: V56.0 -Dialisi extracorporea se il paziente effettua la seduta di dialisi

Accesso per dialisi peritoneale

a) Posizionamento di catetere peritoneale per dialisi:

Diagnosi principale: 585._ -Malattia Renale Cronica

Procedura: 54.93 -Creazione di fistola cutaneoperitoneale

b) Complicanze relative al catetere peritoneale:

Diagnosi principale: 996.56 -Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale, oppure 996.68 -Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale

Diagnosi secondaria:

V45.1 -Stato postchirurgico di dialisi renale se il paziente non effettua dialisi

V56.8 -Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi se effettua la dialisi peritoneale

V56.0 -Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea se viene eseguita emodialisi

V56.2 -Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi

c) Rimozione del catetere

Procedura:

se non operatoria: 97.82 -Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale

se operatoria solo esplorativa: 54.95 -Incisione del peritoneo

se operatoria con rimozione di catetere: 97.82 -Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale con cod. 54.95 - Incisione del peritoneo

Dialisi

La dialisi in corso di IRC (insufficienza renale cronica) è un trattamento ambulatoriale e i ricoveri dei pazienti dializzati sono per lo più determinati da complicanze della patologia di base (Insufficienza Renale Cronica) o del trattamento dialitico stesso.

Per tale motivo come Diagnosi Principale del ricovero non è appropriata la codifica di Insufficienza Renale Cronica, ma va indicata:

Diagnosi principale: la patologia che ha determinato il ricovero

Diagnosi secondaria: la condizione di dializzato con i seguenti codici:

V45.1 -Stato postchirurgico di dialisi renale se non viene eseguito trattamento dialitico

V56.0 -Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea

V56.8 -Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi

Procedura: 39.95 -Emodialisi, se viene eseguita emodialisi - 54.98 -Dialisi peritoneale, se viene eseguita dialisi peritoneale

❑ NEONATOLOGIA

I codici diagnostici di questa disciplina possono essere utilizzati solo per i bambini ricoverati entro il primo anno di vita.

Per la codifica di Patologie neonatali bisogna, quindi, utilizzare i codici di questo capitolo, e solo in caso di mancanza del codice specifico, si utilizzano quelli di altri capitoli, esempi:

Convulsione neonatale non 780.3 -Convulsione, ma 779.0 -Convulsioni nel neonato

Dermatite impetiginizzata nel neonato, non essendoci il codice, si utilizza il cod. 684 -Impetigine -

In caso di ricovero senza evento nascita

Si possono utilizzare in Diagnosi principale, anche come singola codifica, i codici 768.5 -Asfissia grave alla nascita e 768.6 -Asfissia lieve o moderata alla nascita

Il codice 768.5 -Asfissia grave alla nascita, deve essere utilizzato solo se presenti sintomi o segni neurologici clinici o strumentali o altro danno d'organo

All'interno della categoria 764 -Ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale, il codice che meglio definisce il difetto di crescita fetale è il 764.1_ -Neonato di basso peso per l'età gestazionale, con segni di malnutrizione fetale.

In caso di prematurità il codice 764.1_ -Neonato di basso peso per l'età gestazionale, con segni di malnutrizione fetale, potrà essere associato ad un codice della categoria 765 -Problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita, che sarà utilizzato in Diagnosi principale, se il ricovero è non contemporaneo all'evento nascita

Il codice 769 -Sindrome da distress respiratorio neonatale deve essere utilizzato in Diagnosi principale nelle seguenti patologie (se il ricovero è non contemporaneo all'evento nascita):

Malattia delle Membrane Ialine di terzo e quarto stadio

Ipertensione Polmonare Primitiva

Severa Sindrome da Distress Respiratorio (RDS).

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

(Ovviamente gli stessi codici possono essere utilizzati in diagnosi secondaria in caso di ricovero contemporaneo all'evento nascita)

In caso di ricovero per evento nascita se la data di ricovero è uguale alla data di nascita inserire in diagnosi principale V30.x_

I codici V30 e V39 devono essere utilizzati per la codifica della Diagnosi principale nella SDO del neonato ospitato nel nido o nel "roaming in" e non devono essere riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture per specifiche cure) né sulla SDO della madre. (Eccezione a questa regola è il caso del neonato che nello stesso ricovero in cui è avvenuta la nascita, viene sottoposto ad intervento chirurgico per patologia mal formativa o intercorrente: in questo caso la codifica suddetta elaborerebbe infatti un DRG neonatale (385-390), non rendendo ragione del "consumo di risorse". In questo caso i codici da V30 a V39 vanno inseriti tra le Diagnosi secondarie.)

Si sconsiglia l'utilizzo dei codici V33, V37 e V39 in quanto non specifici

L'esecuzione di vaccinazioni o di screening sui neonati (ad esempio: Screening oculare 16.21 e Screening audiologico 95.43 che vanno segnati tra le procedure) non comporta l'assegnazione di ulteriori codici di diagnosi oltre a quelli dal V30 al V39, né come Diagnosi principale né come secondarie; si tratta infatti di prestazioni facenti parte costitutiva dell'assistenza al neonato

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

I codici delle categorie 760-763 (Cause materne di morbosità e Mortalità perinatale) possono essere utilizzati come Diagnosi secondarie sulla SDO del neonato (e solo su di essa) esclusivamente quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato. Tali codici non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia determinare un'influenza sul trattamento del neonato.

Quando la condizione della madre ha provocato nel neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici specifici piuttosto che quelli delle categorie 760-763. Ad esempio: Diabete materno che ha provocato un'Ipoglicemia nel neonato, quest'ultima viene codificata con 775.0 -Sindrome del neonato di madre diabetica

Evitare l'utilizzo dei codici 768.2 - 768.3 - 768.4 come diagnosi esclusive in quanto si riferiscono a problemi in travaglio o al momento espulsivo e vanno associati alla codifica della patologia specifica presentata dal neonato

Si ribadisce che il codice 768.5 -Asfissia grave alla nascita dovrebbe essere utilizzato solo se presenti sintomi o segni neurologici clinici o strumentali o altro danno d'organo

Asfissia grave: codice diagnosi 768.5

Nel manuale ICD9-CM 2007, il codice viene definito: -Asfissia alla nascita con complicazione neurologica. Si identifica l'Asfissia grave se presente almeno uno dei seguenti criteri (come definiti da linee guida SIN):

- Punteggio di Apgar ≤ 5 a 10 minuti di vita oppure
- Necessità di proseguire la rianimazione (con tubo endo-tracheale omaschera e pallone) ancora a 10 minuti di vita oppure
- Acidosi fetale o neonatale definita come pH arterioso cordonale < 7.0 ¹OBE (eccesso di basi) $>12\text{mmol/l}$ e

e contemporaneamente Segni o Sintomi di danno neurologico o multiorgano (cardiaco, renale...) (con o senza riconoscimento strumentale (encefalogramma o risonanza magnetica).

Se presente una gasanalisi non patologica (pH arterioso cordonale ≥ 7.0 Eeccesso di basi $<12\text{mmol/l}$), non deve essere utilizzato il codice 768.5 di Asfissia grave.

Si utilizza il codice 768.5 anche nei casi di trasferimento per sospetta Asfissia grave al terzo livello, dove verrà effettuata la rivalutazione del caso.

Per rianimazione si considera le seguenti procedure da riportare sulla SDO della nascita:

- 99.60 -Rianimazione cardiopolmonare SAI.
- 96.04 -Inserzione di tubo endotracheale
- 93.90 -Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)

Encefalopatia ipossico-ischemica: codice diagnosi 768.7

Si codifica con codice 768.5 per Asfissia grave alla nascita e contemporaneamente con codice 768.7 per Encefalopatia ipossico ischemica se questa è conseguenza della prima.

Si attribuisce solo la diagnosi di EII (768.7) ai casi in cui alla nascita si rilevi un pH ≥ 7 e un eccesso di basi $< 12\text{mmol/l}$, anche in presenza di segni di asfissia (IA ≤ 5 a 10' oppure necessità di rianimazione)

¹ Registrare su CAP il pH arterioso cordonale, la condizione di pH <7.0 deve essere obbligatoria per l'identificazione di asfissia grave.

L'Ipotermia terapeutica deve essere sempre codificata fra le procedure con il codice 99.81

Se il neonato nasce morto la SDO non deve essere compilata

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.

Il codice 779.6 -Interruzione della gravidanza riferita al feto, non deve essere utilizzato in quanto si riferisce al feto per il quale non deve essere compilata la SDO

INFEZIONI NEONATALI

Il codice 771.81 -Setticemia (Sepsi) del neonato, deve essere associato al cod. aggiuntivo 041- per identificare il microrganismo responsabile dell'infezione. Non è richiesto il codice aggiuntivo di Sepsi (995.91 o 995.92).

Nel caso di manifestazioni a lungo termine delle infezioni connatali, identificate con i codici 771.0 - 771.1 - 771.2 e 760.2 si sconsiglia di utilizzare questi codici in Diagnosi principale, riportando come Diagnosi principale la manifestazione clinica più rilevante. I suddetti codici possono essere utilizzati in Diagnosi secondaria per completare correttamente la descrizione del caso

❑ NEUROCHIRURGIA

Trattamento chirurgico di malformazione arterovenosa cerebrospinale congenita

Sede cerebrale:

Diagnosi principale: 747.81 -Anomalie del sistema cerebrovascolare

Procedura: 38.81 -Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici, oppure 38.61 -Altra asportazione di vasi intracranici

Sede spinale :

Diagnosi principale: 747.82 -Anomalie dei vasi spinali

Diagnosi secondaria: 336.1 -Mielopatie vascolari

Intervento chirurgico: 38.80 -Altra occlusione chirurgica di vasi, sede non specificata, oppure 38.60 -Altra asportazione di vasi

Trattamento chirurgico di fistola arteriovenosa cerebrospinale acquisita

Procedura: 39.53 -Riparazione di fistola arteriovenosa

A seconda dei casi per la diagnosi si utilizzerà uno dei codici seguenti:

Cerebrovascolare intracranica o carotideo-cavernosa

Diagnosi principale: 437.3 -Aneurisma cerebrale senza rottura

Cerebrovascolare extracranica

Diagnosi principale: 442.81 -Aneurisma dell'arteria del collo

Spinale

Diagnosi principale: 447.0 -Fistola arteriovenosa acquisita

Diagnosi secondaria: 336.1 -Mielopatie vascolari

Trattamento chirurgico di aneurisma di arteria intracranica
Procedura: 38.81 -Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici

Biopsia percutanea di lesione cerebrale (STEREOTASSICA)
Procedura: 01.13 -Biopsia [percutanea] [agobiopsia] di lesione cerebrale

Trattamento chirurgico dei tumori benigni del cranio
Nel trattamento di Adenoma dell'ipofisi con approccio chirurgico trans-frontale
Diagnosi principale: 22.50 -Tumori benigni dell'encefalo
Diagnosi secondaria: 22.73 -Tumori benigni dell'ipofisi e dotto craniofaringeo
Procedura: 07.61 -Asportazione parziale dell'ipofisi, per via trans frontale

Trattamento chirurgico dell'iperidrosi
Diagnosi principale: 337.0 -Neuropatia periferica idiopatica del S.N.A.
Altre diagnosi: 780.8 -Iperidrosi
Procedura: 05.2_ -Simpatectomia

Trattamento con tossina botulinica:
Diagnosi principale: sintomatologia per la quale viene effettuato il trattamento (disfagia, spasmo, paralisi del facciale)
Procedura principale: 83.98 -Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli

GAMMAKNIFE
Diagnosi principale: malattia per cui viene effettuato il trattamento (mtx cerebrale, neurinoma VIII ecc)
Procedure: 9233 -Radiochirurgia foronica - 9359 -Altra immobilizzazione ecc. (per codificare il montaggio del casco)

□ NEUROLOGIA

EPILESSIA

Epilessia generalizzata codici 345.0_ - 345.1_

Stato di male epilettico codici 345.2 e .3

Epilessia parziale codici 345.4_ -345.5_ -345.7_

Spasmi infantili codice 345. 6_

Altre forme di epilessia, crisi ricorrenti e l'epilessia non specificata codici 345.8_ e 345.9_

Per i codici 345.0_ , 345.1_ , 345.4_ e 345.9_ il quinto carattere identifica la resistenza alla terapia:

0 - senza menzione di epilessia non trattabile

1 - con epilessia non trattabile

Si utilizza il codice 780 .39 per classificare l'episodio convulsivo isolato, al di fuori della malattia epilettica, mentre nelle convulsioni del neonato si utilizza il codice 779.0.

Impianto di neurostimolatore vagale per la terapia dell'Epilessia refrattaria alla terapia farmacologica:

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

Altri interventi: 86.94 - 86.98 -Impianto o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore

SINDROME DI WEST:

Il codice di questa malattia è 345.6_ Spasmi infantili

NEURITE, SCIATICA E DANNO RADICOLARE IN ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE

I codici della categoria 353 -Disturbi delle radici e dei plessi nervosi non vanno utilizzati per descrivere casistiche come Neurite, Sciatica e Danno radicolare in Ernia del disco intervertebrale, poiché queste patologie sono inserite nel capitolo XIII Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, categoria 722 -Patologie dei dischi intervertebrali

EMIPLEGIA ED ALTRE SINDROMI PARALITICHE:

Il codice 342.9_ -Emiplegia, non specificata è da utilizzarsi in Diagnosi principale solo nei casi in cui l'Emiplegia è di natura non specificata, e non come espressione di patologia pregressa. In caso di ricovero per Emiplegia da accidente cerebrovascolare, come Diagnosi principale deve sempre essere codificato l'Accidente cerebrovascolare e non l'Emiplegia

Le paralisi cerebrali infantili sono illustrate nella categoria 343_

Il codice 344.6 -Altre sindromi paralitiche -Cauda equina presenta alla quinta cifra la possibilità di descrivere la presenza/assenza di vescica neurologica

ATASSIE CEREBELLARI:

Atassie cerebellari causate dalla tossicità da farmaci, solventi, metalli, agenti fisici:

Diagnosi principale: 995.2 -Effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici non classificati altrove

Diagnosi secondaria: 334.3 -Altre atassie cerebellari

Atassie cerebellari causate da infezioni ad esordio acuto-subacuto, alcoolismo, malattie vascolari e neoplastica:

Diagnosi principale: patologia di base

Diagnosi secondaria: 334.4 -Atassia cerebellare in malattie classificate altrove

VERTIGINI:

Vertigine post-traumatica acuta, funzionale:

Diagnosi principale: 310.2 -Sindrome post-commotiva

Diagnosi secondaria: 386.19 -Altre vertigini periferiche

Vertigine post-traumatica acuta, conseguente a lesione dell'VIII in assenza di frattura:

Diagnosi principale: 951.5 -Traumatismo del nervo acustico

Diagnosi secondaria: 386.19 -Altre vertigini periferiche

Vertigine post-traumatica cronica, conseguente a frattura del basicranio e lesione dell'VIII:

Diagnosi principale: 905.0 -Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia –

907.1 -Postumi di traumatismi dei nervi cranici

Diagnosi secondaria: 386.19 -Altre vertigini periferiche

Vertigine post-traumatica cronica, conseguente a lesione dell'VIII in assenza di frattura del basicranio:

Diagnosi principale: 907.1 -Postumi di traumatismi dei nervi cranici

Diagnosi secondaria: 386.19 -Altre vertigini periferiche

Vertigine tossica labirintica: 386.34 -Labirintite tossica

Sindrome vertiginosa di origine indeterminata: 780.4 -Stordimento e capogiro

ICTUS ISCHEMICO 433-434:

433.OCCLUSIONE O STENOSI DELLE ARTERIE EXTRACRANICHE CON INFARTO (anche infarcimento emorragico)

Codici di 5 cifre: la IV cifra indica la sede. La V cifra menziona la presenza di infarto cerebrale (usare sempre 1 in caso di ictus acuto, 0 in caso di ricoveri programmati successivi ad accertamenti o procedure in elezione, indica ictus non acuto)

Occlusione o stenosi dell'arteria Basilare codice 433.01

Occlusione o stenosi dell'arteria Vertebrale codice 433.21

Occlusione o stenosi dell'arteria Carotide codice 433.11

Occlusione o stenosi multiple e bilaterali delle arterie Extracraniche codice 433.31

Occlusione o stenosi di altra arteria extracranica specificata codice 433.81

Occlusione o stenosi di arteria extracranica non specificata codice 433.91

434.OCCLUSIONE O STENOSI DELLE ARTERIE INTRACRANICHE CON INFARTO (trombosi.01-embolico .11)

Codici di 5 cifre: la IV cifra identifica il meccanismo (0=trombosi, 1=embolia, 9= non specificato). La V cifra menziona la presenza di infarto cerebrale (usare sempre 1 in caso di ictus acuto, 0 in caso di ricoveri programmati successivi per accertamenti o procedure in elezione, indica ictus non acuto)

Arteria cerebrale media- trombosi	434.01 occlusione arteria intracranica – trombosi – infarto cerebrale
Arteria cerebrale media- embolico	434.11 occlusione arteria intracranica – embolico - infarto cerebrale
Arteria cerebrale ant- trombosi	434.01 occlusione arteria intracranica – trombosi – infarto cerebrale
Arteria cerebrale ant- embolico	434.11 occlusione arteria intracranica – embolico - infarto cerebrale
Arteria cerebrale post- trombosi	434.01 occlusione arteria intracranica – trombosi – infarto cerebrale
Arteria cerebrale post- embolico	434.11 occlusione arteria intracranica – embolico - infarto cerebrale
Altra Arteria /non specificata- trombosi	434.01 occlusione arteria intracranica – trombosi – infarto cerebrale
Altra Arteria /non specificata- embolico	434.11 occlusione arteria intracranica – embolico - infarto cerebrale
Infarto Lacunare	434.91 occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale.
Infarto cerebrale territorio vascolare non specificato e patogenesi (trombosi/embolico) non specificata	434.91 occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale.

430. ESA (EMORRAGIA SUBARACNOIDEA) NON TRAUMATICO

Codice a 3 cifre

ESA spontanea	430 Emorragia subaracnoidea
---------------	-----------------------------

431. ICTUS EMORRAGICO NON TRAUMATICO

Codice a 3 cifre

Emorragia intraparenchimale	431 Emorragia intracerebrale
Emorragia intraventricolare	431 Emorragia intracerebrale

432. ALTRE EMORRAGIE INTRACRANICHE NON TRAUMATICHE

Codici di 4 cifre: la IV cifra identifica la sede (0=extradurale/epidurale, 1=subdurale, 9=emorragia/ematoma intracranico non specificato)

Emorragia/Ematoma subdurale	432.1 Emorragia subdurale
Emorragia/Ematoma epidurale	432.0 Emorragia epidurale
Emorragia intracranica non specificata	432.9 Emorragia intracranica non specificata

NON USARE il codice 436 (Malattia cerebrovascolare acuta non specificata) Questo codice era in passato l'unico disponibile per codificare l'ictus, ma attualmente, pur essendo rimasto nell'ICD9-CM il suo uso esclude qualsiasi diagnosi che rientri nei codici 430-435.

ALTRE DIAGNOSI CEREBROVASCOLARI NON ICTUS TIA

Territorio art. vertebrale codice 435.1
Territorio art. basilare codice 435.0
Territorio vertebro-basilare codice 453.3
Territorio art. carotide codice 435.8
Altri territori (MCA,PCA,ICA,etc) codice 435.8
Territorio non specificato codice 435.9
Amaurosi fugas codice 326.34
Amnesia globale transitoria codice 437.7

ALTRE DIAGNOSI

Aterosclerosi cerebrale codice 437.0
Ischemia cerebrale diffusa codice 437.1
Encefalopatia ipertensiva codice 437.2
Arterite cerebrale (vasculite) codice 437.4
Moyamoya codice 437.5
Trombosi seni venosi codice 437.6
Tromboflebite (piogenica) seni venosi codice 325
Dissezione art. carotide codice 443.21
Dissezione art. vertebrale codice 443.24
Dissezione altra arteria/non specificata codice 443.29
Angiopatia amiloide codice 437.8 altre non definite malattie cerebrovascolari

- In caso di emorragia iatrogena in diagnosi secondaria codice 286.5

PROCEDURE:

Trombolisi endovena codice 99.10
Trombectomia codice 39.74
Angioplastica di vaso precerebrale codice 00.61
Angioplastica di vaso intracranico codice 00.62

□ NEUROLOGIA INTERVENTISTICA

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

Trattamento endovascolare

Aneurisma cerebrale (embolizzazione), Malformazioni artero venose cerebrali (MAV), Fistole artero venose durali:

Procedura: 39.72 -Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo

Trombolisi meccanica e farmacologica di vasi arteriosi cerebro afferenti ed intracranici

Procedura: 39.74 -Rimozione endovascolare di ostruzione da vaso/i di testa e collo

Altre procedure: 99.20 -Iniezione e infusione di inibitore piastrinico (trattamento endovascolare farmacologico dell'ischemia cerebrale) o 99.10 -Iniezione o infusione di agente trombolitico

Somministrazione intratecale di farmaci citotossici

Procedura: 03.8 - Iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale -03.31 Rachicentesi

PNE Test (Test di elettrostimolazione percutanea di un nervo sacrale)

Diagnosi principale: categorie 355._, 356._, 357._

Diagnosi secondarie:

788.32 -Incontinenza urinaria da stress (sforzo) nel maschio

625.6 -Incontinenza urinaria da sforzo nella donna

597.81 -Sindrome uretrale SAI

788. 20 -Ritenzione urinaria

788.0 -Dolore del Sistema Urinario

788.9 -Dolore vescicale Intervento chirurgico principale: Procedure 04.19 -Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli

□ OCULISTICA

INTERVENTI DI CHIRURGIA OFTALMICA

Nel caso debba essere indicata la procedura di Anestesia locale per intervento non utilizzare il codice di procedura 10.91 -Iniezione sottocongiuntivale

Trattamenti di profilassi antibiotica e/o antinfiammatoria in corso di intervento chirurgico

procedura: 99.2_ -Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

Innesto di limbus

Codice di procedura: per l'autotrapianto 11.61 -Cheratoplastica lamellare autologa da donatore 11.62 -Altra cheratoplastica lamellare

Innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale

codice di procedura: 11 .62 -Altra cheratoplastica lamellare

Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto

Procedura principale: 12.64 -Trabeculectomia

In tutti gli interventi relativi alle diagnosi di: Distacco di retina – Foro maculare e Pucker maculare sono da evitare i codici di procedura inerenti al Corpo vitreo (da 14.7_ al 14.7_) poiché nella versione 24^ generano un DRG 042 “Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino”, completamente in contrasto con l’anatomia, la clinica e la chirurgia del distacco di retina

MODALITÀ DI CODIFICA DELLE SDO DEL PERCORSO RETINOBLASTOMA VISITE E/ O TRATTAMENTI PER RTB (eseguite in narcosi)

Codifica nei pazienti con RTB ancora presente

Diagnosi Principale 190.5 -Tumori maligni della retina

Procedure: 95.04 -Esame dell’occhio sotto anestesia

Codifica nei pazienti con anamnesi personale di RTB

Diagnosi Principale V10.84 -Anamnesi personale di tumore maligno dell’occhio

Procedure: 95.04 -Esame dell’occhio sotto anestesia

Codifica nei pazienti con anamnesi familiare di RTB

Diagnosi Principale V16.8 -Anamnesi familiare di altro tumore maligno specificato

Procedure 95.04 -Esame dell'occhio sotto anestesia

Codifica nei pazienti con RTB ancora presente a cui vengono eseguiti Trattamenti di criotrattamento e/o fotocoagulazione corioretinica

Diagnosi Principale 190.5 -Tumori maligni della retina

Procedure 95.04 -Esame dell'occhio sotto anestesia

14.22 -Criotrattamento di lesione corioretinica

14.24 -Fotocoagulazione di lesione corioretinica con laser

CHEMIOTERAPIA

Codifica nel percorso di Chemioterapia eseguita in Arteriografia in UOC Neuroradiologia in sedazione generale (UOC Anestesia e TI Neurochirurgica)

Diagnosi Principale V581.1 -Chemioterapia antineoplastica

Diagnosi secondarie 190.5 -Tumori maligni della retina

Procedure 88.41 -Arteriografia di arterie cerebrali

96.04 -Inserzione di tubo endotracheale

96.70 -Ventilazione meccanica continua di durata non specificata

99.25 -Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

Percorso di chemioterapia per via sistemica (UOC Pediatria)

Diagnosi Principale V581.1 -Chemioterapia antineoplastica

Diagnosi secondarie 190.5 -Tumori maligni della retina

Procedure 99.25 -Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

Nel caso in cui si esegua nello stesso ricovero l'esame dell'occhio e chemioterapia per via sistemica (Uoc Oftalmologia – Uoc Pediatria)

Diagnosi Principale V5811 -Chemioterapia antineoplastica

Diagnosi secondarie 190.5 -Tumori maligni della retina

Procedure: 95.04 -Esame dell'occhio sotto anestesia

99.25 -Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

N.B.: Nel caso in cui vengano eseguite nello stesso ricovero trattamenti di Criotrattamento e/o Fotocoagulazione corioretinica (Uoc Oftalmologia) aggiungere fra le procedure: 14.22 -Criotrattamento di lesione corioretinica e 14.24 -Fotocoagulazione di lesione corioretinica con laser

Percorso di chemioterapia per via intravitreale (UOC Oftalmologia)

Diagnosi Principale V5811 -Chemioterapia antineoplastica

Diagnosi secondarie 190.5 -Tumori maligni della retina

Procedure: 99.25 -Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

❑ ONCOLOGIA

I codici da attribuire alle diagnosi di tumore sono riportati:

- nella parte alfabetica del manuale ICD-9-CM, alla voce “Neoplasia” dove si trova una tavola sinottica in cui le Neoplasie sono elencate in ordine alfabetico e per sede, che consente una ricerca rapida del codice
- nell’elenco sistematico delle Malattie nei blocchi da 140 a 239 (capitolo 2 ICD-9-CM)
- nell’elenco sistematico delle Malattie, il capitolo 2 suddivide i tumori nella maniera seguente:

TUMORI MALIGNI: sono codificati da 140.0 a 208.9

TUMORI BENIGNI: sono codificati da 210 a 229.9

CARCINOMI IN SITU: sono codificati da 230 a 234.9

TUMORI A COMPORTAMENTO INCERTO: sono codificati da 235._ a 238.9

TUMORI DI NATURA NON SPECIFICATA: sono codificati da 239._

TUMORI SENZA INDICAZIONE DELLA SEDE: sono codificati da 199.0 a 199.1

TUMORI METASTATICI: sono codificati da 196.0 a 198.89; si utilizzano per codificare le patologie neoplastiche che si estendono oltre la sede di origine o per diretta estensione o attraverso metastasi a distanza

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

Regole generali di codifica in Oncologia

La diagnosi deve essere basata di norma su un referto anatomico-patologico

Quando un trattamento è diretto al sito primario la natura maligna del sito è designata come Diagnosi principale, a meno che il ricovero non sia diretto alla Chemioterapia o Radioterapia o Immunoterapia: in questi casi in Diagnosi principale vanno i codici V58.0 -Radioterapia e V58.11 - Chemioterapia antineoplastica e V58.12 -Immunoterapia antineoplastica

In linea generale le sottocategorie V10 si utilizzano solo quando la Neoplasia primitiva (è stata totalmente eradicata) non è più presente e stanno a indicare la storia personale di malattie pregresse. Fatte salve valutazioni di appropriatezza del ricovero rispetto alla sede ambulatoriale, in alcune situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da Tumore maligno, tali codici possono essere utilizzati in Diagnosi principale

Qualora una Neoplasia sia stata rimossa e vengano eseguiti controlli per determinare se siano presenti recidive nel sito primario o una espansione del sito secondario e durante il ricovero non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche e chirurgiche di controllo, in caso di assenza di evidenze il cod. V10_ -Anamnesi personale di tumore maligno può essere utilizzato come Diagnosi principale.

Se invece si evidenziano recidive al sito primario il codice di Neoplasia maligna è assegnato come Diagnosi principale e come Diagnosi secondaria un codice V10_.

Se invece non è presente una recidiva al sito primario, ma ci sono evidenze di Metastasi al sito secondario quest'ultima si segnalerà in Diagnosi principale e come Diagnosi secondaria un codice V10_.

In caso di Primo intervento della lesione asportata con risultato istologico negativo per patologia tumorale, ma con istologico precedente l'intervento positivo (istologico positivo precedente al ricovero) indicare come :

Diagnosi principale: cod. Patologia tumorale

Diagnosi secondaria: V10.__ -Anamnesi di tumore maligno

Tumori di comportamento incerto

I codici di Tumori di comportamento incerto (235._ - 238._) sono da utilizzare solamente nei casi in cui il tumore sia istologicamente classificato di comportamento incerto, ovvero quando non è prevedibile il comportamento clinico della neoplasia anche se ben localizzata per sede anatomica ed istomorfológica

Tumori di natura non specificata

I codici della categoria 239 -Tumori di natura non specificata, sono da usare nei rari casi in cui non sia possibile indicare la sede specifica e/o la morfologia del tumore. È necessario porre attenzione a non confondere tali situazioni con le neoplasie di comportamento incerto

Coesistenza di due o più tumori primitivi

Quando coesistono due o più Tumori primitivi si codificano tutti utilizzando i codici dei tumori primitivi, classificando come principale la Neoplasia che ha assorbito la maggior quota assistenziale.

Tumore interessante più sedi confinanti

Quando il Tumore primitivo interessa più sedi dello stesso organo e non è possibile identificare il punto di origine, si deve usare la 4° (quarta) cifra 8.

Esempi: Carcinoma del tratto testa-corpo del pancreas, Carcinoma dell'esofago cervico-toracico

157.8 -Tumori maligni di altre sedi specificate del pancreas

150.8 -Tumori maligni di altra parte specificata dell'esofago

Rimozione chirurgica seguita da chemio o radioterapia

Quando il ricovero comporta la Rimozione chirurgica di una Neoplasia maligna, primitiva o secondaria, seguita da Chemioterapia o Radioterapia, deve essere selezionata in Diagnosi principale la Neoplasia maligna

Estensione per contiguità o a distanza

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 e la neoplasia progressa deve essere segnalata utilizzando il codice V10.__ -Anamnesi personale di tumore maligno

Diagnosi principale: forma secondaria

Diagnosi secondaria: V10.__ -Anamnesi personale di tumore maligno

Neoplasia primitiva metastatizzata

Nel caso di un paziente ricoverato a causa di una Neoplasia primitiva metastatizzata e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la Neoplasia secondaria deve essere selezionata come Diagnosi principale. La Neoplasia primitiva (se la forma primitiva è ancora presente) o l'Anamnesi di neoplasia, va indicata fra le Diagnosi secondarie

Diagnosi Principale: Neoplasia secondaria

Diagnosi secondaria: Neoplasia primitiva o l'anamnesi di neoplasia

Se, invece, il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la Radioterapia o la Chemioterapia della forma metastatica, la Diagnosi principale deve essere codificata con V58.0 -Radioterapia o V58.11 -Chemioterapia

Sede di insorgenza incerta

Quando un paziente è ricoverato per Metastasi e la Neoplasia primitiva non può essere identificata, la Diagnosi principale è la Sede metastatica e la Diagnosi secondaria è il cod. 199.1 -Altri tumori maligni senza indicazione della sede

Stadiazione o ristadiazione

Nei casi in cui le condizioni cliniche del paziente o l'invasività della procedura non consentono un appropriato setting ambulatoriale, se il ricovero è finalizzato a determinare la stadiazione o ristadiazione medica o chirurgica della neoplasia, deve essere selezionata come Diagnosi principale la Neoplasia

Accertamenti per sospetto di tumore maligno

Fatte salve valutazioni di appropriatezza del ricovero rispetto alla sede ambulatoriale, quando un paziente viene sottoposto ad accertamenti diagnostici che non conducono alla diagnosi di tumore, utilizzare in Diagnosi principale, in assenza di segni o sintomi specificati, il codice V71.1 Osservazione per sospetto di tumore maligno. Qualora il paziente fosse stato in passato portatore di tumore, utilizzare in Diagnosi secondaria il codice di -Anamnesi personale di tumore maligno

Trattamento di una complicanza

Se un ricovero è finalizzato al trattamento di una complicanza (Ostruzione, Compressione, Anemia, Neutropenia, Disidratazione, da intervento chirurgico), questa va codificata come Diagnosi principale; la Neoplasia primitiva o secondaria o l'Anamnesi di neoplasia, va indicata fra le Diagnosi secondarie.

Diagnosi principale: La complicanza

Diagnosi secondarie: Neoplasia primitiva oppure Neoplasia secondaria oppure V10.__ -Anamnesi personale di tumore maligno

Trattamento per il controllo del dolore neoplastico

Il ricovero finalizzato al Trattamento per il controllo del dolore in paziente neoplastico, deve riportare come Diagnosi principale il Dolore, codice 338.3 -Dolore correlato a neoplasia (acuto e cronico).

Diagnosi principale: 338.3 -Dolore correlato a neoplasia (acuto e cronico)

Diagnosi secondaria: Codice del tumore

Trattamento di chemoembolizzazione di tumore

Indicare come Diagnosi principale il Tumore o la Metastasi se presenti

Diagnosi principale: Codice di tumore oppure metastasi

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

Trattamento di chemoembolizzazione di tumore con radio farmaco

Diagnosi principale: V58.0 -Sessione di radioterapia

Diagnosi secondaria: Codice del tumore oppure metastasi

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

Embolizzazione di tumore

Diagnosi principale: Codice di tumore oppure Metastasi

Codice Procedure: 99.29 -Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche, 38.91
-Cateterismo arterioso

Cachessia neoplastica

Dovuta a Neoplasia maligna primitiva o secondaria, deve essere codificata in Diagnosi principale con i codici contenuti nel capitolo tumori (140-239) ed in Diagnosi secondaria il codice 799.4

Chemioterapia e/o immunoterapia per via sistemica:

Diagnosi principale: V58.11² -Chemioterapia antineoplastica; oppure
V58.12 -Immunoterapia antineoplastica

Altre diagnosi: codice di Tumore oppure codice di Metastasi oppure V10._ _ -Anamnesi personale di tumore maligno

Procedure: 99.25 -Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore oppure
99.28 -Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici, oppure 00.15 -Infusione di interleuchina-2 ad alte dosi

Ciclo di Radioterapia associato a Chemioterapia antiblastica

Quando il paziente è sottoposto a ciclo di Radioterapia associato a Chemioterapia la codifica delle diagnosi è la seguente :

Diagnosi principale: V58.0 -Sessione di radioterapia

Altre diagnosi: V58.11 -Chemioterapia antineoplastica codice di tumore oppure codice di metastasi oppure V10._ _ -Anamnesi personale di tumore maligno

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

Brachiterapia o terapie radiometaboliche

Nel caso di ricovero per l'esecuzione di Brachiterapia o di Terapie radiometaboliche si utilizzano le seguenti codifiche:

Diagnosi principale: V58.0 -Sessione di radioterapia

Altre diagnosi: codice di tumore oppure codice di metastasi oppure V10._ _ -Anamnesi personale di tumore maligno

² Il codice V58.11 descrive anche terapie endocavitarie peritoneali, intrapleuriche, intravescicali (compreso BCG) e intrarachidee.

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

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

Elettrochemioterapia

Diagnosi principale: codice di Neoplasia o di Metastasi

Altre diagnosi: V58.11 -Chemioterapia antineoplastica

Procedura principale: 86.3 -Asportazione/demolizione locale di lesione (cute) oppure 77.6_ (osso)

Procedura: 99.25 -Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

Linfoma extranodale

In caso di diagnosi di Linfoma di sede specificata extranodale (ad esempio, un Linfoma gastrico) occorre utilizzare il codice di Linfoma specificandone la tipologia anziché codificarlo come una Neoplasia gastrica. Esempio: Linfoma gastrico primitivo associato al MALT (mucose associated lymphoid tissue) di Malt (Maltoma gastrico): Diagnosi principale: 200.10 -Linfosarcoma, sito non specificato, organi solidi o sito extranodale

Leucemia mieloide

Devono essere utilizzate le codifiche disponibili nell'ICD9-CM che consentano di introdurre una diversificazione, attraverso l'utilizzo della quarta cifra, tra la fase cronica e la fase accelerata e soprattutto blastica, caratterizzata da un impegno assistenziale e terapeutico nettamente diverso. Inoltre l'inserimento della quinta cifra indica la remissione o meno della malattia

Esempio:

Diagnosi principale: 205.1_ -Leucemia mieloide cronica oppure 205.10 senza remissione oppure 205.11 in remissione

Sindrome Mielodisplastica

Per la Sindrome mielodisplastica va utilizzato il cod. 238.7 -Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici, ricorrendo alla quinta cifra per specificare il tipo di alterazione dei tessuti linfatici ed emopoietici ed il relativo grado di lesione

Ricovero finalizzato al confezionamento di accessi vascolari per successivo trattamento

Quando il ricovero è finalizzato esclusivamente al confezionamento di Accessi vascolari per successivo trattamento, in Diagnosi principale va posto il codice V58.81 -Collocazione e sistemazione di catetere vascolare.

Fatte salve valutazioni di appropriatezza del ricovero rispetto alla sede ambulatoriale, l'inserimento di Dispositivo totalmente impiantabile ("Port a cath") è descritto attraverso l'uso del codice di procedura 86.07 -Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile, mentre, nel caso di Dispositivo non totalmente impiantabile o Catetere venoso centrale tunnellizzato (tipo Groshong, Hickman, PIC, Broviac, Quinton) si utilizza il codice 38.93 -Altro catetere venoso non classificato altrove (o 38.94 Preparazione di vena per incannulamento).

Diagnosi principale: V58.81 -Collocazione e sistemazione di catetere vascolare
 Procedure: 86.07 -Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
 oppure 38.93 -Altro cateterismo venoso non classificato altrove o 38.94 -
 Preparazione di vena per incannulamento.

Qualora le procedure di confezionamento di Accessi vascolari siano incidentali nel corso di un ricovero per Chemioterapia, deve essere assegnato come Diagnosi principale il codice V58.1 - Chemioterapia. Esempio:

Carcinoma dell'esofago ricoverato per confezionamento di accesso vascolare
 Diagnosi principale: V58.81 -Collocazione e sistemazione di catetere vascolare
 Diagnosi secondaria: 150._ -Carcinoma dell'esofago
 Procedure: 86.07 -Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile

Carcinoma dell'esofago ricoverato per accesso vascolare e chemioterapia
 Diagnosi principale: V58.1 -Chemioterapia
 Diagnosi secondarie: 150._ -Carcinoma dell'esofago V58.81 -Collocazione e sistemazione di
 catetere vascolare
 Procedure: 86.07 - Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile 99.25
 iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

Stop-flow metodica

La metodica Stop-flow viene utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico e prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale con attivazione della circolazione extracorporea. In tali casi indicare:

Diagnosi principale: V58.11 - Chemioterapia
 Procedure: 38.08 -Incisione di arterie dell'arto inferiore, 38.91 -Cateterismo arterioso, 99.25 -
 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove, 39.97 -Altra
 perfusione

Termoablazione a radiofrequenza di tumore

In caso di ricovero per il trattamento di tumore mediante Termoablazione a radiofrequenza indicare in:

Diagnosi principale: il Tumore o la Metastasi trattata

Procedure:

per Neoplasia epatica:

50.23 -Ablazione di tessuto o lesione epatica (se ablazione aperta)
 50.24 -Ablazione di tessuto o lesione epatica (se ablazione percutanea)
 aggiungere 99.85 -Ipertermia per il trattamento di tumore

per Neoplasia renale:

55.32 se Ablazione aperta
 55.33 se per cutanea aggiungere 99.85 -Ipertermia per il trattamento di
 tumore

per Neoplasia prostatica:

60.61 -Asportazione di lesione prostatica
 aggiungere 99.85 -Ipertermia per il trattamento di tumore

per Neoplasia pancreaticca:

52.22 -Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico
aggiungere 99.85 -Ipertermia per il trattamento di tumore

per Neoplasia ossea:

77.6_ -Asportazione locale di lesione o tessuto osseo (indicare con la 4^a cifra la sede)
aggiungere 99.85 -Ipertermia per il trattamento di tumore

per Neoplasia polmonare:

32.23 se Ablazione a cielo aperto
32.24 -Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
aggiungere 99.85 -Ipertermia per il trattamento di tumore

❑ ORTOPEDIA

MALATTIE DEL SISTEMA OSTEO-MUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO

Molte delle categorie del Sistema muscolo scheletrico richiedono l'utilizzo della codifica a 5 caratteri. Il quinto carattere si riferisce alla sede coinvolta

SINDROME DA ALLETTAMENTO

Sindrome ipocinetica

728.2 -Atrofia muscolare da inattività non classificata altrove

Sindrome da immobilizzazione

728.3 -Altri specifici disturbi muscolari

Debolezza muscolare (generalizzata)

728.87 -Debolezza muscolare

PATOLOGIE DELLA COLONNA

Fratture patologiche

Coerentemente alle regole generali di selezione della Diagnosi principale, il codice della Frattura patologica (733.1-) deve essere utilizzato in Diagnosi principale solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della Frattura patologica. Data la natura poco specifica del codice si deve associare ad esso il codice relativo alla patologia di base.

In caso di viziosa o mancata saldatura di Frattura con presenza di Frattura patologica vertebrale ed intervento di Cifoplastica, è indicata la seguente codifica:

Diagnosi principale: 733.81/82 -Mancata e viziosa saldatura di frattura

Altra diagnosi: V54.27 -Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica di vertebra

Intervento principale: 81.66 -Cifoplastica (compresa tecnica con palloncino)

Vertebroplastica

81.65 -Vertebroplastica

Cifoplastica

81.66 -Cifoplastica

Inserzione di protesi artificiale del disco vertebrale e la revisione o sostituzione
Utilizzare i codici dal 84.60-84.69

Inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali (Cambre a "C", Cage, Gabbie, Chiodi ossei filettati)
Utilizzare codice 84.51 -Inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali

Inserzione di altri dispositivi senza fusione tra i corpi vertebrali
Utilizzare il codice 84.59 -Inserzione di altri dispositivi spinali

Inserzione di spaziatore in silicone interspinoso (DIAMM)
Utilizzare il codice 84.58 -Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso

Intervento di nucleoplastica a radiofrequenza per il trattamento dell'ernia del disco
Utilizzare il codice 80.59 -Altra distruzione del disco intervertebrale

Interventi per ernia del disco
Utilizzare i codici 80.51 e 80.59 solo per gli approcci chirurgici, sia classici che mini-invasivi.
In caso di Iniezione di sostanze terapeutiche, senza intervento cruento, deve essere utilizzato il codice 80.52

Arto inferiore
Protesi d'anca va descritta con i seguenti codici:
81.51 -Sostituzione totale dell'anca
81.52 -Sostituzione parziale dell'anca
Sono stati introdotti nuovi codici di procedura:
Rivestimento totale di anca, acetabolo o testa del femore, viene descritto con i codici 00.85-00.87

Revisione di protesi
Rimozione della sola protesi senza reimpianto:
Diagnosi principale: 996.66 -Infezione reazione infiammatoria da protesi articolari interne
o 9964_ -Complicazioni meccaniche di dispositivi impianti e innesti ortopedici interni
Procedura: 80.0_ -Artrotomia per rimozione di protesi
84.56 -Inserzione di spaziatore (quando utilizzato)

Rimozione della protesi con reimpianto
Diagnosi principale: 996.66 -Infezione reazione infiammatoria da protesi articolari interne
o 9964_ -Complicazioni meccaniche di dispositivi impianti e innesti ortopedici interni

Interventi: Revisione di protesi d'anca 00.70-0073
Revisione di protesi di ginocchio 00.80-00.84

Tali codici identificano specificatamente la componente protesica revisionata.

Si sconsiglia l'utilizzo dei codici 81.53 e 81.55 in quanto non specifici.

Per l'utilizzo dei codici di Revisione di protesi si consiglia di porre attenzione alle note d'uso dei singoli codici.

Eventualmente codificare la Rimozione di spaziatore di cemento codice 84.57 -Rimozione di spaziatore di cemento

Protesi di rotula: va considerata come sostituzione totale di ginocchio, pertanto il codice da utilizzare è 81.54 -Sostituzione totale del ginocchio, bicompartimentale, tricompartmentale, unicompartimentale (emiarticolare)

Revisione con sostituzione di protesi di caviglia: va descritta con il codice 81.56 -Sostituzione totale della tibio-tarsica; il codice 81.59 -Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificato altrove, va impiegato quando si esegue la sola revisione

Impianto (trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione

In caso di correzione di Lesioni osteocondrali, anche di grado elevato, non assimilabili alle Sostituzioni articolari, con sostituti osteocondrali biologici o sintetici, la codifica prevede l'uso del codice 84.52 -Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti, associato ai codici di Riparazione articolare specifici per sede (81.47 Ginocchio, 81.83 Spalla, 81.49 Caviglia).

Procedura (opzionale): 00.93 -Trapianto da cadavere

Impianto di biomateriale per condropatia della rotula

Diagnosi principale: 717.7 -Condromalacia della rotula

Intervento principale: 78.46 -Altri interventi di riparazione e plastica della rotula

84.52 -Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti

Applicazione fattori di crescita sotto forma di membrane (Regen Membrane PRFM)

Procedura cod 84.52 -Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti

Intervento di pulizia della cartilagine articolare totale o parziale (shaving cartilagineo)

Intervento principale: 80.8_ -Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione

80.4_ -Incisione di capsula articolare, legamento o cartilagine_

Tale codice può essere associato ad altri codici chirurgici

Sindrome della plica del ginocchio trattata con asportazione artroscopica

Diagnosi principale: 727.83 -Sindrome della plica

Intervento principale: 80.76 -Sinoviectomia del ginocchio

Altri interventi: 80.26 -Artroscopia del ginocchio

Riparazione del legamento

Diagnosi principale: indicativamente 717.xx o 844.xx

Intervento principale: 81.45 -Altra riparazione

N.B.: La procedura di Tunnellizzazione del femore utilizzata per l'Ancoraggio dei diversi tipi di tendini utilizzati nel corso dell'intervento di Riparazione del legamento crociato è già ricompresa nel codice 81.45 "Altra riparazione dei legamenti crociati" e non deve essere ulteriormente segnalata. Pertanto non deve essere mai utilizzato il codice 7845 per questa tipologia di intervento.

Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine

Nella SDO relativa al ricovero in cui si effettua il prelievo di cartilagine dal paziente codificare nelle procedure:

80.96 -Altra asportazione dell'articolazione + 80.26 -Artroscopia del ginocchio

Quando si effettua il Trapianto codificare sempre nelle procedure come segue:

81.47 -Altra riparazione del ginocchio + 80.26 -Artroscopia del ginocchio

La stessa logica di codifica è valida anche nel caso di Allo-trapianto di menisco da “banca” o altri simili interventi su altre articolazioni (codificando correttamente la 4° cifra della procedura).

1° RICOVERO

Diagnosi principale: codificare la patologia che richiede l'autotrapianto

Intervento principale: 80.9_ -Altra asportazione dell'articolazione

Altri interventi: 80.2_ -Artroscopia.

2° RICOVERO

Diagnosi principale: codificare la patologia che richiede l'autotrapianto

Altra diagnosi: V42.89 -Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto

Intervento principale: 81.4_ -Altra riparazione di articolazioni degli arti inferiori

Altri interventi: 80.2_ -Artroscopia

Quando il trapianto è da cadavere inserire nelle procedure il codice 00.93 -Trapianto da cadavere

Arto superiore:

Revisione della protesi della spalla va descritto con i seguenti codici:

81.97 -Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore (parziale o totale, rimozione di spaziatore in cemento)

81.80 -Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)

oppure

81.81 -Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)

Lussazione recidivante della Spalla

Diagnosi principale: 718.31 -Lussazione recidivante della spalla

Intervento principale: 81.82 -Riparazione di lussazione ricorrente della spalla

Se per via artroscopica: 80.21 -Artroscopia della spalla

80.41 -Incisione di capsula articolare legamento o cartilagine della spalla

Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori

Diagnosi principale: 727.61 -Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori

Intervento principale: 83.63 -Riparazione della cuffia dei rotatori

Se per via artroscopica: 80.21 -Artroscopia della spalla

80.41 -Incisione di capsula articolare legamento o cartilagine della spalla

Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori

Diagnosi principale: 840.4 -Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori (capsula)

Intervento principale: 83.63 -Riparazione della cuffia dei rotatori

Se per via artroscopica: 80.21 Artroscopia della spalla

80.41 -Incisione di capsula articolare legamento o cartilagine della spalla

Per migliorare la tenuta della Riparazione della cuffia dei rotatori, si può usare il codice intervento 81.83 -Altra riparazione della spalla solo se è stato effettuato l'intervento di Acromionplastica e deve essere descritto sul verbale operatorio.

Rigidità o Blocco di spalla

Diagnosi principale: 718.41 -Rigidità articolare della spalla

Intervento principale: 81.92 -Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento (lavaggio spalla)

Altri interventi: 93.26 -Rottura manuale di aderenze articolari (sblocco spalla)

Procedura di blocco continuo perinervoso

Utilizzare il codice 05.89 -Altri interventi su nervi simpatici. Qualora sia necessario un successivo ricovero finalizzato alla mobilizzazione dell'articolazione o al trattamento del dolore articolare, il codice da utilizzare in diagnosi principale è 338.29 -Altro dolore cronico

Protesi del gomito va descritta con i seguenti codici:

81.84 -Sostituzione totale del gomito

81.97 -Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore

Protesi di capitello radiale va descritta con il seguente codice

81.85 -Altra riparazione del gomito

Protesi della spalla va descritta con i seguenti codici:

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

81.81 -Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)

TRAPIANTO TENDINE-OSSO

Trapianto di tendine da cadavere

Deve essere descritto con il codice 83.75 -Trasposizione o trapianto di tendini. Tra le Diagnosi secondarie inserire il codice V42.89 -Altro organo o tessuto sostituito da trapianto

Trapianto di osso con finalità di supporto strutturale sostitutivo, ove siano state asportate strutture ossee di notevoli dimensioni, codificare nel modo seguente:

Diagnosi principale: codificare la Patologia che richiede il trapianto

Altra diagnosi: V42.4 -Osso sostituito da trapianto

Negli spazi degli interventi utilizzare un codice della sottocategoria 78.0_ -Innesto osseo (ad esclusione di 78.04 -Innesto osseo del carpo e del metacarpo, 78.06 -Innesto osseo della rotula, 78.08 -Innesto osseo del tarso e del metatarso)

Si precisa che la sottocategoria 78.00 -Innesto osseo, sede non specificata non dovrebbe essere mai utilizzata in quanto aspecifica

Autoinnesto di gel piastrinico: utilizzare il codice 9974 -Piastrinoferesi terapeutica se eseguito in corso di altro intervento

CHEMIOEMBOLIZZAZIONE

L'intervento di Chemioembolizzazione di cisti aneurismatica dell'osso va descritto ponendo in Diagnosi principale il codice 733.22 -Cisti aneurismatica dell'osso, e negli spazi relativi agli interventi il codice 99.25 -Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove ed il codice 38.91 -Cateterismo arterioso

L'Asportazione di tessuto o lesione ossea deve essere codificata utilizzando la sottocategoria 77.6_ -Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo (che comprendono la biopsia); non utilizzare i codici della sottocategoria 77.4_ Biopsia dell'osso

PATOLOGIE DELLA MANO

Interventi di chirurgia della mano

Diagnosi principale: 728.85 -Contrattura muscolare

Altra diagnosi: 342.1_ -Emiplegia spastica (escluso dovuta a postumi di accidente cerebro vascolare 438.20-438.22, congenita 343.1 e infantile SAI 343.4)

oppure

344.0_ -Tetraplegia non altrimenti classificata

Intervento chirurgico: 82.57 -Trasposizione tendine mano

oppure

82.56 -Altro trasferimento o trapianto di tendine e/o 83.19 -Tenotomia o miotomia e/o 83.85

-Allungamento tendineo

Interventi di reimpianto dita mano per traumatismo

Utilizzare in Diagnosi principale i seguenti codici a seconda della sede e tipo di lesione:

885.0 -Amputazione traumatica del pollice (completa) (parziale) senza menzione di complicazioni

885.1 -Amputazione traumatica del pollice (completa) (parziale) con complicazioni

oppure

886.0 -Amputazione traumatica delle altra dita della mano (completa) (parziale) senza menzione di complicazioni

886.1 -Amputazione traumatica delle altra dita della mano (completa) (parziale) con complicazioni

in associazione ai seguenti codici di intervento:

84.21 -Reimpianto del pollice della mano

oppure

84.22 -Reimpianto di dita della mano

N.B.: In caso di Reimpianto multiplo il codice della procedura dovrà essere ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate.

RABDOMIOLISI

Se dovuta Rabbdomiolisi postraumatica (crush syndrome o s. di Bywaters) cod. 958.5; se dovuta a Rabbdomiolisi idiopatica cod. 728.89 -Altri disturbi dei muscoli, dei legamenti e delle fasce. Se dovuta a cause tossiche farmacologiche o avvelenamenti codificare questi

☐ OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Questo capitolo comprende le malattie dell'apparato genito-urinario femminile così suddivise:

GRAVIDANZA E MOLA VESCICOLARE: 630 - 633

ALTRE GRAVIDANZE CON ESITO ABORTIVO: 634 - 639

COMPLICAZIONI PRINCIPALMENTE CORRELATE ALLA GRAVIDANZA: 640 - 649

PARTO NORMALE E ALTRE INDICAZIONI PER RICOVERO IN GRAVIDANZA, TRAVAGLIO E PARTO:
650- 659

COMPLICAZIONI CHE AVVENGONO PRINCIPALMENTE NEL CORSO DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO: 660 - 669

COMPLICAZIONI DEL PUERPERIO: 670 - 677

Quando una paziente è ricoverata a causa di una condizione che complica la gravidanza, oppure consegue a quest'ultima, il codice relativo alla Complicazione ostetrica deve essere selezionato come Diagnosi principale

Le categorie da 630 a 633 descrivono Gravidanze ectopiche e molari. Come indicato nella nota iniziale del Cap. XI della Classificazione ICD-9-CM, qualsiasi complicazione deve essere descritta con un codice aggiuntivo appartenente alla categoria 639

Le categorie da 634 a 638 descrivono Altre gravidanze con esito abortivo ed includono le complicazioni legate ad aborto utilizzando:

- la quarta cifra per indicare la presenza di Complicazione avvenuta nel corso di ricovero per aborto
- la quinta cifra per distinguere se l'Aborto è completo o incompleto o non specificato

Nel caso in cui la Complicazione venga trattata in un ricovero successivo all'evento abortivo e gravidanze ectopiche e molari, utilizzare in Diagnosi principale i codici della categoria 639 Complicazioni successive all'aborto e gravidanze ectopiche e molari

Esempio:

Esiti non completi di aborto

Diagnosi principale: 639.8 -Altre complicazioni specificate in seguito ad aborto

Procedura: 69.52 -Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di gravidanza e aborto

Interruzione volontaria farmacologia di gravidanza (RU 486)

Diagnosi principale: 635.__ -Aborto indotto legalmente

Diagnosi secondaria: V5883 -Trattamento per monitoraggio di farmaci terapeutici

Procedura: 99.24 -Iniezione di altri ormoni (prima ed eventuale seconda somministrazione per os)

Qualora venga effettuata la seconda somministrazione per via vaginale, si utilizzi, oltre al codice 99.24, il codice 96.49 -Altra instillazione genitourinaria

Le categorie da 640 a 649 descrivono:

Minaccia di aborto

Diagnosi principale: 640.0_ -Minaccia di aborto se prima della conclusione della 22^a settimana di gestazione (< 22 settimane + 6 gg)

Minaccia di travaglio prematuro fra la 23a (> 23) e la 37a (< 37) settimana di gestazione

Diagnosi principale: 644.0_ -Minaccia di travaglio prematuro

Minaccia di travaglio (falso travaglio) se dopo la 37a settimana (>37)

Diagnosi principale: 644.1_ -Altra minaccia di travaglio

Per le categorie 640-649, 651-659, 660-669, 670-676, la quinta cifra zero non descrive la condizione o l'episodio di cura e non va utilizzata per codificare la SDO, mentre se diversa da zero connota l'attuale episodio di ricovero

Nel caso di riscontro casuale di gravidanza in una donna ricoverata per altri motivi può essere utilizzato tra le Diagnosi secondarie il codice V22.2 reperto accidentale di gravidanza

Il Parto normale in pazienti che non presentano nessuna complicazione legata o meno alla gravidanza, come indicato nella nota esplicativa posta sotto al codice: Parto spontaneo, cefalico, vaginale, a termine, di feto singolo e vitale che richiede poca o nessuna assistenza con o senza episiotomia, senza intervento manuale sul feto (es. rotazione) o strumentale (es. Forcipe), viene indicato con il codice 650. Questo codice va usato come diagnosi singola e non deve essere usato insieme ad alcun altro codice dell'intervallo 630 -676

Ogni ricovero che esiti in Parto deve essere descritto riportando tra le Diagnosi secondarie il codice V27._ che ne segnala l'esito

Le categorie dal 651 al 669 descrivono le Condizioni o le Complicazioni del parto che devono essere riportate in Diagnosi principale

Nelle categorie 652._._ -Posizione e presentazione anomale del feto, 653._._ -Sproporzione, 654._._ -Anomalie degli organi e dei tessuti molli della pelvi, va applicata la nota "Codificare per prima ogni associazione con ostacolo del travaglio", che rimanda rispettivamente ai codici 660.0_ , 660.1_ , 660.2_.

Per le categorie 651-676 le quinte cifre 1 e 2 identificano il ricovero con parto, consentendo di distinguere esclusivamente il momento in cui è stata fatta la diagnosi di complicazione

Per altre Condizioni morbose in atto della madre, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio (Anemia, Diabete mellito, Psicosi, Malattie cardiovascolari congenite, ecc.) fare riferimento ai codici della categoria 648 -Altre condizioni morbose in atto della madre classificate altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio

Il codice 648.9_ -Altre manifestazione altrimenti classificabili altrove, deve essere utilizzato in Diagnosi principale, in quanto la classificazione non prevede codice specifico, e tra le Diagnosi secondarie indicare le condizioni particolari come: Gravidanza ad alto rischio (V23), Retinopatie (362) etc..

La categoria 649 -Altre manifestazioni in atto della madre complicante la gravidanza, parto, puerperio ricomprende alcune condizioni complicanti la Gravidanza (Epilessia, Obesità, Chirurgia bariatrica, etc.) e non incluse nella categoria 648.

I ricoveri per Gravidanza, Parto o Puerperio di pazienti con HIV, vanno descritti, indicando in Diagnosi principale il codice 647.6_ -Altre malattie virali e in diagnosi secondaria il codice 042 in caso di HIV sintomatico, o il codice V08 per la paziente sieropositiva asintomatica

Si sconsiglia l'utilizzo del codice 669.7_ -Taglio cesareo senza menzione dell'indicazione in quanto poco specifico

I codici della sottocategoria 674.5_ -Cardiomiopatia peripartum esprimono una cardiomiopatia peri e postpartum

Per i casi in cui la paziente partorisce fuori dalla struttura ospedaliera e necessita di ricovero per trattamenti successivi al parto, senza complicazioni, in Diagnosi principale utilizzare il codice V24.0 -Cure ed esami postpartum subito dopo il parto; se sono presenti complicazioni, fare riferimento ai codici del capitolo 11 ICD-9-CM -Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio

Nel caso di riscontro casuale di gravidanza in una donna ricoverata per altri motivi può essere utilizzato tra le Diagnosi secondarie il codice V22.2 -Reperto accidentale di gravidanza

Il codice V0251 -Portatore o portatore sospetto di Streptococco Gruppo B va inserito tra le Diagnosi secondarie nei casi in cui il tampone vagino-rettale (TVR) e/o l'urinocultura risultano positive per Streptococco β -emolitico Gruppo B

I codici ICD9CM di procedura appartenenti alle categorie 72-75 vanno usati solo ed esclusivamente nel caso di parto

Taglio cesareo secondo Stark: utilizzare il codice 74.4 -Taglio cesareo specificato

Taglio cesareo: nel caso di Taglio cesareo in Diagnosi principale occorre specificare la condizione che ha determinato l'intervento

Esempio:

Diagnosi principale: 656.31 -Sofferenza fetale o 651.01 -Gravidanza gemellare o 653.41 Sproporzione feto pelvica

Inoltre, qualora la donna sia precesarizzata occorre indicare obbligatoriamente in Diagnosi secondaria il cod. 654.21 -Pregresso parto cesareo

Qualora il Pregresso parto cesareo rappresenti l'unico motivo per cui è stato effettuato l'intervento, indicare in Diagnosi principale il cod. 654.21

L'Aborto terapeutico mediante Isterotomia è rappresentato dal codice 74.91 -Isterotomia per interruzione di gravidanza

La codifica del Parto indolore mediante Anestesia epidurale viene descritta dal codice 03.91 - Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia e con il codice 03.90 -Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative

Deinfibulazione

Diagnosi principale: 629.2 -Mutilazione genitali femminili

Intervento chirurgico: 71.01 -Lisi di aderenze vulvari associato al codice 71.09 -Altra incisione della vulva e del perineo

Per asportazione di condilomi acuminati della cervice uterina o della vagina, si utilizzano i seguenti codici:

Diagnosi principale 078.11 -Condiloma acuminato

Intervento principale: 67.3_ -Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice

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

oppure 71.3_ -Altra asportazione o demolizione locale della vulva e del perineo

□ OTORINOLARINGOIATRIA

Interventi di tonsillectomia parziali

Procedure: 28.2 -Tonsillectomia senza adenoidectomia - 28.3 -Tonsillectomia con adenodectomia

Chirurgia endoscopica dei seni paranasali

Intervento principale: codice di intervento

Altro intervento: 22.51 -Etmoidotomia

Intervento per paralisi di corda vocale

Diagnosi principale: 478.32 -Paralisi delle corde vocali unilaterale completa

Intervento principale: 31.69 -Altra riparazione della laringe

Altri interventi: 31.0 -Iniezione della laringe.

Se eseguito stripping 30.09 -Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe

Protesi fonatoria in laringectomizzati

Diagnosi principale: V528 -Collocazione di altra protesi

Altre diagnosi: V10.21 -Anamnesi personale di tumore maligno della laringe

Intervento principale: 31.69 -Altra riparazione della laringe

Intervento di ugulofaringoplastica per sindrome dell'apnea notturna

Diagnosi principale: 327.23 -Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)

Intervento principale: 2939 -Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe

se effettuata anche 294 -Sospensione ioidea-linguale

Diagnosi principale: 327.23 -Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)

Altre diagnosi: 529.8

Altre manifestazioni morbose specificate della lingua

Intervento principale: 27.39 -Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe

Altri interventi: 29.4 -Intervento di plastica sul faringe

Trattamento con radiofrequenza (RFVR) per sindrome dell'apnea notturna

Diagnosi principale: 327.23 -Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto)(pediatrica)

Intervento principale: 29.39 -Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe oppure

21.69 -Altra turbinectomia oppure 28.99 -Altri interventi su tonsille e adenoidi

L'apnea notturna di natura non organica si descrive con i codici:

780.51 -Insonnia con apnea del sonno, non specificata

780.53 -Ipersomnia con apnea del sonno, non specificata

780.57 -Non specificata apnea del sonno

Riduzione aperta di frattura della mandibola

Si segnala l'assenza sul volume, per un errore tipografico, del codice 76.76 attribuito a questa procedura

Stenosi della trachea da compressione derivante, ad esempio, da un gozzo: si ritiene che la descrizione più indicata sia la segnalazione in Diagnosi principale del codice 519.19 -Stenosi dei bronchi e della trachea, e, tra le Diagnosi secondarie, del codice 240.0 -Gozzo specificato come semplice, (o altra causa di compressione)

Sindrome dell'Apnea Notturna

La sindrome dell'apnea notturna viene descritta utilizzando come codice di diagnosi il 27.23 -Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica). I codici: 780.51 -Insonnia con apnea del sonno, 780.53 -Ipersomnia con apnea del sonno, 780.57 -Altra e non specificata apnea del sonno, devono essere utilizzati solo per descrivere l'apnea notturna di natura non organica (segno/sintomo)

I casi sottoposti ad intervento chirurgico di Ugulofaringoplastica vanno descritti utilizzando i seguenti codici:

Diagnosi principale: Intervento principale: 2939 -Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe, se effettuata anche 294 -Sospensione ioidea-linguale

Se contemporaneamente vengono effettuati anche interventi di -Sospensione Ioidea e Linguale (spesso sono interventi associati), occorre codificarli con un unico codice aggiuntivo: 29.4 -Intervento di plastica sul faringe

Pazienti laringectomizzati: inserimento di protesi fonatoria

Diagnosi principale 478.79 -Altre malattie della laringe. Intervento chirurgico 31.69 -Altra riparazione della laringe

Per la Distruzione o Escissione di lesione tracheale il codice di procedura da utilizzare è 31.5 -Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea. Se contestualmente viene inserita una Protesi tracheale, l'intervento va codificato con il codice 31.99 -Altri interventi sulla trachea

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

Acquisita:

Diagnosi principale: 470 -Deviazione del setto nasale (setto)

oppure

738.0 -Deformazioni acquisite del naso (cartilagine)

Congenita:

Diagnosi principale: 748.1 -Altre anomalie del naso

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

❑ PNEUMOLOGIA

Asma

I diversi quadri clinici di Asma vengono classificati alla categoria 493XX. (in particolare i codici 493.00 -Asma intrinseco e 493.10 -Asma estrinseco)

Si segnala che esiste uno specifico codice per la descrizione del Broncospasmo acuto (519.11) in paziente non asmatico

Bronchite e BPCO

Bronchite cronica semplice riacutizzata

Va codificata ponendo in Diagnosi principale il codice 466.0 -Bronchite acuta e in Diagnosi secondaria il codice 491.0 -Bronchite cronica semplice

BPCO

E' codificata con i codici 491.2X -Bronchite cronico ostruttiva" e 492.X -Enfisema

La compresenza di Bronchite cronica ed Enfisema deve essere codificata con 491.2X; la compresenza di Asma e BPCO con 493.2X.

La Bronchite acuta in BPCO deve essere codificata con 491.22.

La presenza di -Insufficienza respiratoria acuta (518.81) o -Insufficienza respiratoria cronica (518.83) deve essere codificata, solo quando rigorosamente definita e documentata

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

Per il corretto utilizzo dei codici relativi all'Insufficienza respiratoria, 518.81 -Insufficienza respiratoria acuta, 518.84 -Insufficienza respiratoria cronica riacutizzata, e 518.83 -Insufficienza respiratoria cronica deve essere indicata la condizione di Insufficienza respiratoria:

- in Diagnosi principale con il codice 518.81, sulla base di alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi (PaO₂, PaCO₂, pH e bicarbonati); dovranno essere correttamente riportati in cartella clinica e indicati nella SDO gli interventi terapeutici effettuati con particolare attenzione ai codici che indicano le Terapie ventilatorie/ossigenoterapia
- in Diagnosi secondaria dovranno essere indicate le patologie che hanno determinato l'Insufficienza respiratoria e/o le Patologie concomitanti

I Valori emogasanalitici arteriosi soglia caratterizzanti la condizione di Insufficienza respiratoria, in respiro spontaneo in aria ambiente, e che giustificano l'utilizzo dei codici 518.81 e 518.84 in Diagnosi principale sono:

- Ipossiemia arteriosa: PaO₂ < 60 mmHg (8 kPa x 7,5), in associazione con almeno uno dei seguenti parametri alterati
- Ipercapnia arteriosa: PaCO₂ > 45 mmHg (8 kPa x 7,5); Acidosi respiratoria: pH ≤ 7.35 (che equivale ad una [H⁺] ≥ 45 nmol/l) o normale; bicarbonati: HCO₃ normali o elevati (> 26 mEq).

L'Ipossiemia pura isolata non è condizione sufficiente a giustificare l'utilizzo del codice 518.81 in Diagnosi principale, a meno che non si protragga per almeno 48 ore e sia documentata attraverso i criteri per l'appropriato utilizzo del codice 93.96 (ossigenoterapia)

Il codice 518.82_ -Altre insufficienze polmonari, non classificate altrove, va riservato a particolari forme di Insufficienza polmonare, quali ad esempio il Distress respiratorio nei soggetti adulti, qualora esse non siano dovute a cause classificate altrove

Quando la causa della Insufficienza polmonare è costituita da Shock, Traumi o Interventi chirurgici è assegnato il codice 518.5 -Insufficienza polmonare successiva a trauma o intervento chirurgico.

POLMONITE

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 di inclusione che specifica di “Codificare per prima la malattia di base”

❑ PROCEDURE INVASIVE

Vedi capitolo Chirurgia Toracica

❑ PSICHIATRIA

Stato confusionale acuto non riconducibile ad alcuna patologia:

Diagnosi principale: cod. 293.0 -Delirium da condizioni patologiche classificate altrove

STATI PSICOTICI ORGANICI (290-294)

Demenza da infarti multipli (Multinfartuale, precedentemente denominata anche Demenza arteriosclerotica):

Diagnosi principale: 290.4 -Demenza vascolare

Diagnosi secondaria: 437._ -Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali

In assenza di evidenza della Patogenesi di origine cerebrovascolare: Diagnosi principale: 290.9 - Manifestazioni psicotiche senili, non specificate

Quadro di demenza arteriosclerotica in presenza di stato confusionale acuto

Diagnosi principale: 290.41 -Demenza vascolare con delirium

La Forma paranoide e quella associata a depressione dell'umore si descrivono rispettivamente:

Diagnosi principale: 290.42 -Demenza vascolare con deliri

Diagnosi principale: 290.43 -Demenza vascolare con umore depresso

Esito di ischemia o emorragia cerebrale con comparsa di decadimento cognitivo ed eventuali altre sequele:

Diagnosi principale: 290.4_ -Demenza vascolare

Diagnosi secondaria: 438.0 -Deficit cognitivo

Possono essere aggiunti eventuali altri codici della categoria 438._ _ -Postumi delle malattie cerebrovascolari

Disturbi psicotici associati all'alcool, se presenti durante il ricovero, devono essere segnalati in Diagnosi principale, impiegando la specifica categoria di codici 291._ -Disturbi mentali indotti dall' alcool, dove la 4° cifra indica il tipo di disturbo psicotico

Per la Sindrome da astinenza da farmaci e quella da droghe indicare contemporaneamente in:

Diagnosi principale: 292.0 -Sindrome da astinenza da droghe

Diagnosi secondaria: la Tossicodipendenza specifica mediante un codice della categoria 304._ - Dipendenza da droghe

ALTRE PSICOSI (295-299)

Nei codici relativi alle Psicosi schizofreniche (295) la quarta cifra indica la tipologia di schizofrenia e la quinta cifra lo stato attuale di malattia secondo il seguente schema:

- 295. _0 Non specificata
- 295. _1 Sub cronica
- 295. _2 Cronica
- 295. _3 Sub cronica con esacerbazione acuta
- 295. _4 Cronica con esacerbazione acuta
- 295. _5 In remissione

Le Psicosi affettive vengono classificate dalla categoria 296 -Disturbi episodici dell'umore, ordinate in funzione del tono affettivo predominante e dalla frequenza degli episodi.

Se il paziente ha sia il periodo maniaco che depressivo, la patologia è indicata come Bipolare, con la sottocategoria (4a cifra) che segnala lo stato di malattia in corso

Esempi: 296.4_ -Disturbo bipolare I, più recente (o corrente) episodio maniaco descrive una Psicosi maniaco-depressiva, tipo circolare, ma attualmente maniaco ovvero una Sindrome bipolare, ora in fase maniaco. 296.5_ -Disturbo bipolare I, più recente (o corrente) Episodio depressivo descrive una Psicosi maniaco-depressiva, tipo circolare, ma attualmente depresso ovvero una Sindrome bipolare ora in fase depressiva

La quinta cifra nelle sottocategorie 296.0-296.6 sta ad indicare invece la gravità degli episodi o se la malattia si trovi in una fase di remissione parziale o completa, secondo il seguente schema:

- 296. _0 --, Non specificata
- 296. _1 --, Lieve
- 296. _2 --, Moderato
- 296. _3 --, Severo, senza menzione di comportamento psicotico
- 296. _4 --, Severo, specificato come comportamento psicotico
- 296. _5 --, In remissione parziale o non specificata
- 296. _6 --, In remissione completa

DISTURBI NEVROTICI E DELLA PERSONALITÀ E ALTRI DISTURBI PSICHICI NON PSICOTICI (300-316)

Gli Stati d'ansia vengono classificati con i codici della sottocategoria 300.0, dove 300.00 indica uno Stato ansioso non specificato (Nevrosi d'ansia), mentre 300.02 descrive il Disturbo ansioso generalizzato

Per segnalare l'Attacco/Stato di panico, invece, occorre utilizzare: 300.01 -Disturbo di panico senza agorafobia; in caso di Disturbo di panico con agorafobia utilizzare il cod.300.21.

Si tenga presente, inoltre, che l'Ansia dovuta a reazione acuta da stress e la Nevrastenia si indicano, rispettivamente, con 308.0 -Disturbi predominanti dell'emotività e con 300.5 -Nevrastenia

Identità di genere: interventi medico chirurgici per la modifica dei caratteri sessuali

In tutti i casi di trasformazione di sesso indicare:

Diagnosi principale: 302.5_ -Transessualismo

La Trasformazione di sesso richiede solitamente diversi ricoveri (almeno due episodi per la trasformazione maschio-femmina e almeno tre episodi per quella femmina-maschio):

Diagnosi principale di ciascun ricovero:302.5_ -Transessualismo. Procedure: segnalare tutte le procedure effettuate

Sindrome di dipendenza da alcool

Diagnosi principale: 303 -Sindrome di dipendenza da alcool

Diagnosi secondaria: codice per descrivere ogni condizione associata come:

Dipendenza da droghe (304.0-304.9)

Psicosi indotte da alcool (291.0-291.9)

Abuso di alcool senza dipendenza

Nella categoria cod. 305.0_ -Abuso di alcool, la quinta cifra specifica la frequenza dell'abuso:

_0 Non specificato

_1 Continuo

_2 Episodico

_3 In remissione

Il codice 305._ va utilizzato qualora non si riscontri dipendenza e comprende i casi in cui una persona, per la quale non è possibile alcuna altra diagnosi, è pervenuta all'attenzione medica in conseguenza degli effetti mal adattativi di una droga di cui non è dipendente e che ha assunto di propria iniziativa, con detrimento della propria salute e del proprio rendimento sociale.

La quinta cifra specificante la Frequenza dell'abuso (vedi sopra) deve essere utilizzata per i codici 305.0_, e da 305.2_ a 305.9_

Intossicazione acuta accidentale, avvelenamento, ad esempio nel bambino:

Diagnosi principale: 980.0 -Effetti tossici dell'alcool

EFFETTI TOSSICI SOSTANZE STUPEFACENTI

Uso di sostanze stupefacenti, dipendenza da sostanze:

Diagnosi principale: cod. 304._ -Dipendenza da oppioidi

La quinta cifra specifica il grado di dipendenza:

_0 Non specificato

_1 Continuo

_2 Episodico

_3 In remissione

In caso di ricovero per Disintossicazione/Riabilitazione da alcool e/o farmaci:

Diagnosi principale: 303.__ -Sindrome di dipendenza da alcool, oppure 304.__ -Dipendenza da sostanze

Procedure:

94.61 Riabilitazione da alcool

94.63 Disintossicazione e Riabilitazione da alcool

94.64 Riabilitazione da farmaci

94.66 Disintossicazione e Riabilitazione da farmaci cod. 94.67 Riabilitazione combinata da alcool e farmaci

94.69 Riabilitazione e Disintossicazione combinata da alcool e farmaci

Tentativo di suicidio

Per i ricoveri successivi ai tentativi di suicidio si precisano le seguenti indicazioni di codifica:

Diagnosi principale: va posta la condizione morbosa che si è rilevata responsabile del ricovero (ad esempio Avvelenamento, Trauma, ecc.) sempre che tale condizione risponda ai criteri di selezione della Diagnosi principale.

Diagnosi secondaria: va posta la Diagnosi psichiatrica e il cod. 300.9 -Suicidio potenziale o tendenze al suicidio

In taluni casi specifici la Diagnosi psichiatrica può coincidere con la Diagnosi principale: ad es. nel caso di un paziente che non ha riportato danni fisici evidenti e che viene ricoverato per osservazione dello stato psichico ed accertamenti viene aggiunto il cod. V62.84 -Ideazione suicida

Esempio:

Diagnosi principale: 296._ -Depressione

Diagnosi secondaria: cod. V.62.84 -Ideazione suicida

N.B.: Nella SDO, come prevede il Decreto Ministeriale 380/2000, oltre alle informazioni relative alle diagnosi, deve essere compilato anche il campo -Traumatismi o intossicazioni, specificando con il codice 5 l'autolesione o il tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove questo sia avvenuto).

Ritardo mentale

Nella codifica dei Ritardi mentali, categorie 317-319, è richiesta la specificazione aggiuntiva di ogni disturbo psichico od organico associato

Diagnosi principale: 318.1 -Ritardo mentale grave

Diagnosi secondaria: 770.89 -Problemi respiratori dopo la nascita

REUMATOLOGIA

MALATTIA DI SJOGREN

Diagnosi principale: 710.2 -Malattia di Sjogren

Procedura: 26.11 -Biopsia chiusa o aperta

RIABILITAZIONE

Per i ricoveri nei reparti di Recupero e di Riabilitazione funzionale (Codice 56, 75, 28), effettuabili a seguito di ricovero in disciplina per acuti, per la scelta della diagnosi principale si dovranno utilizzare codici indicanti la patologia che ha determinato il bisogno di assistenza riabilitativo e nelle diagnosi secondarie andranno specificati anche i codici V descrittivi del tipo di riabilitazione eseguita, in modo che il caso sia assegnato al corretto MDC

Es:

Diagnosi principale: codice di postumo/ codice di patologia

Altre diagnosi: V57._._.

Procedura: codice di procedura

Oppure Codici che indicano le particolari condizioni in cui si trova il paziente o il motivo del ricorso alla riabilitazione, ad esempio:

Riabilitazione cardiologica post-chirurgica

Diagnosi principale V42.2 - Valvola cardiaca sostituita da trapianto

V42.1 - Cuore sostituito da trapianto

Altre diagnosi: V57._._.

Riabilitazione post-chirurgica per sostituzione di protesi articolare:

Diagnosi principale V43.6_ -Articolazione sostituita con altri mezzi

Altre diagnosi: V57._._

Si precisa inoltre che in tutti i ricoveri per riabilitazione, per una corretta descrizione dell'attività svolta, devono essere segnalate le appropriate procedure effettuate

□ TERAPIA ANTALGICA

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

Introduzione di catetere epidurale per iniezione di farmaci:

Diagnosi principale: 338._ -Dolore cronico

Procedure:

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

99.29 -Iniezione o Infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

Inserzione di pompa per terapia antalgica in dolore cronico:

Diagnosi principale : 338._ -Dolore cronico

Procedure: 03.90 -Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative³ 86.06 -Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile⁴

Impianto o sostituzione di neurostimolatore spinale o vescicale

E' composto dal Generatore (canale singolo, doppio, ricaricabile): codice 86.96 e dall'Elettrodo (canale vertebrale): codice 03.93

Nel caso l'impianto venga effettuato in tempi successivi codificare:

Primo ricovero (fase test: impianto di solo elettrodo)

Diagnosi principale: codice di patologia

Intervento principale: 03.93 -Impianto o Sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.

(Omettere la codifica del generatore che è dispositivo esterno e temporaneo)

Secondo ricovero (impianto definitivo: impianto di solo generatore)

Diagnosi principale: codice di patologia

Intervento principale: 86.96 -Inserzione o Sostituzione di altro generatore di impulsi di neuro stimolatore. (Se viene sostituito l'elettrodo indicare il codice di procedura 03.93.)

³ Dispositivo antalgico esterno alla cute

⁴ Pompa totalmente impiantabile con formazione di tasca sottocutanea

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

Diagnosi principale: V53.02 -Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)

Intervento principale: 86.96 -Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neuro stimolatore (pila) e/o 03.93 -Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale

Rimozione di neurostimolatore spinale

Diagnosi principale: V53.02 -Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)

- di elettrodo

Procedura: 03.94 -Rimozione di neurostimolatore spinale

- di generatore: pila

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

Rimozione di neurostimolatore spinale per infezione e/o deiscenza nella sede di impianto dell'elettrodo

Diagnosi principale: 996.63 -Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso

Diagnosi secondaria: V45.89 -Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico (a indicare la presenza dell'elettrodo o del neurostimolatore)

Intervento chirurgico: 03.94 -Rimozione di neurostimolatore spinale

Decubito della tasca contenente il generatore (pila)

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

Collocazione del neurostimolatore per angina pectoris refrattaria

diagnosi principale: 337.29 -Disfunzione riflessa del simpatico di altra sede specificata

diagnosi secondaria: 413._

Procedura: 03.93 -Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale

Collocazione del neurostimolatore per cefalee croniche intrattabili

Diagnosi principale: 784.0 -Cefalea

Procedura: 04.92 -Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici

Codificare anche l'eventuale contemporanea Inserzione del generatore d'impulsi cod da 86.90 a 86.96

Peridurolisi

Diagnosi principale: Malattia di base

Procedura: 03.6 -Separazione del midollo spinale e delle radici dei nervi

Radiofrequenza dei nervi periferici

Diagnosi principale: Malattia di base

Procedura: 04.2 -Demolizione di nervi cranici e periferici

Radiofrequenza su gangli o sulle radici nervose del midollo

Diagnosi principale: Malattia di base

Procedura: 03.99 -Altri interventi sul midollo spinale e sulle strutture del canale vertebrale

Interventi percutanei o Radiofrequenza faccette articolari

Diagnosi principale: Malattia di base

Procedura: procedura 03.96 -Denervazione percutanea delle faccette articolari

□ UROLOGIA E ANDROLOGIA

Incontinenza urinaria

Il sintomo Incontinenza urinaria da sforzo nella donna (625.6), Incontinenza urinaria da sforzo nel maschio (788.32), Incontinenza mista (788.33) o Incontinenza da urgenza allo stimolo (788.31) va posto in Diagnosi Principale nel caso in cui sia il solo elemento che determina la procedura chirurgica.

In tutti i casi in cui sia presente un Cistocele (618.01; 618.02), un Prolasso utero-vaginale (618.2 incompleto, 618.3 completo) associati ad Incontinenza, la patologia ginecologica va posta in Diagnosi principale e il sintomo incontinenza in Diagnosi secondaria.

L'Intervento di colpo sospensione secondo Burch è codificato 70.77 -Sospensione e fissazione della vagina; l'Intervento TVT con il codice 59.79 -Altra riparazione per incontinenza urinaria da stress.

Per l'incontinenza urinaria negli uomini si utilizza il codice 788.32 nei casi in cui non sia possibile identificare la patologia di base (esempio Patologia prostatica)

Ematuria

L'Ematuria spesso rappresenta la Diagnosi di ammissione, ma la Diagnosi principale di dimissione deve descrivere la condizione clinica effettivamente trattata o diagnosticata nel corso del ricovero.

Ad esempio: se non si identifica attraverso indagini strumentali, al termine del ricovero, una specifica patologia che sostiene l'Ematuria, il codice 599.7 -Ematuria viene indicato in Diagnosi principale; nel caso in cui l'Ematuria sia una manifestazione di complicazione post chirurgica, il codice da utilizzare per la Diagnosi principale è da ricercare tra le categorie 996 – 999 Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove

La Diagnosi secondaria di -Ematuria successiva ad intervento chirurgico non deve essere inserita in Diagnosi secondaria se questo non comporta un prolungamento della degenza, trasfusioni o ritorno in sala operatoria

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 e in Diagnosi principale dal codice 456.4 -Varicocele

Tecniche eseguite mediante Sclerosi per via retrograda sono identificate dall'uso combinato dei seguenti codici:

63.1 -Asportazione di varicocele e 99.29 -Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche; la via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione del codice di procedura 88.67 -Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate

Nei casi di Intervento sullo scroto per asportazione di Lipomi, Cisti, etc. codificare in Diagnosi principale la patologia e come intervento utilizzare il codice 61.3 -Asportazione o demolizione di parte del tessuti scrotale

Per la correzione del Reflusso vescico-ureterale con tecnica di iniezione di collagene in cistoscopia, si utilizzano i seguenti codici:

Diagnosi principale: 593.7_ -Reflusso vescico-ureterale

Intervento principale: 59.72 -Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale

Nei casi di prostatectomia eseguita con tecnica HiFu (High Focused Ultrasound) la corretta codifica prevede l'uso associato dei codici 60.61 -Asportazione di lesione prostatica in diagnosi principale e 99.85 -Ipertermia per il trattamento di tumore come intervento principale (SOLO IN CENTRI DI ALTA SPECIALITA' AUTORIZZATI)

Stenosi uretrale con inserimento di protesi

Diagnosi principale: 598._ -Stenosi uretrale, utilizzando codici aggiuntivi per indicare Incontinenza urinaria: 625.6 - 788.30 - 788.39 o -Ritenzione 788.2_

Intervento chirurgico: 58.6 -Dilatazione uretrale (il codice 58.6 indica sia la Dilatazione sia l'Inserimento di uno stent uretrale)

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 V536 e non si ritiene logica la contemporanea presenza in Diagnosi secondaria del codice di Idronefrosi (59.1)

Sostituzione o rimozione dello stent uretrale:

Diagnosi principale: V53.6 -Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari

Intervento principale: per la sostituzione dello stent codice 58.6 - per la rimozione definitiva dello stent il codice 97.62

Stenosi ureterale

La Stenosi ureterale acquisita si indica con il codice 593.3.

Il codice per la Dilatazione mediante ureterotomia è 56.2 e quello per l'Inserzione di un doppio J è 59.8

Sostituzione o rimozione di stent ureterale

Diagnosi principale: V53.6 -Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari

Intervento principale: per la Sostituzione dello stent utilizzare il codice 59.8 - per la Rimozione definitiva dello stent utilizzare il codice 97.62

Calcolosi vescicale

Diagnosi Principale 59.41 -Altro calcolo vescicale

Procedura 570 -Drenaggio trans uretrale della vescica

Utilizzare il codice 57.99 -Altri interventi sulla vescica se eseguito intervento open

Calcolosi ureterale

Diagnosi Principale 59.21 -Calcolosi ureterale

Procedura 560 -Estrazione endoscopica di calcolo.utilizzare il codice 562 -Ureterotomia se eseguito intervento open

□ SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI

I codici compresi in questo capitolo possono essere utilizzati in Diagnosi principale o quando la manifestazione clinica si identifica con il sintomo stesso (es. Convulsioni febbrili) o in assenza di un'indicazione diagnostica più precisa, considerato anche che ne deriverebbe spesso l'assegnazione dei casi a DRG inappropriati. Si tratta di solito di patologie "ad Eziopatogenesi non determinata" o "Transitorie" o "Non altrimenti specificate" che rimangono tali dopo esami approfonditi oppure perché il paziente viene trasferito altrove o muore prima del completamento delle indagini. In Diagnosi secondaria possono essere riportati se rappresentano manifestazioni rilevanti e non costanti della patologia segnalata in Diagnosi principale. Ad esempio l'Ascite, quando presente nella cirrosi epatica, va segnalata in Diagnosi secondaria

Convulsioni

Il codice 780.31 -Convulsione febbrile va utilizzato soltanto in soggetti con età inferiore ai 14 anni; infatti si riferisce ad una entità nosologica specifica per l'età pediatrica.

La Convulsione febbrile complessa, va codificato come 780.32 escluso stato di male epilettico (345.3). La Convulsione in corso di febbre, senza specifica causa, è da codificare con 780.39 -Altre convulsioni

Disturbi del sonno

La Sindrome da Apnea ostruttiva del sonno (OSAS) deve essere codificata come 496 -Ostruzioni croniche delle vie respiratorie non classificate altrove.

I codici 780.53 -Ipersomnia con apnea del sonno e 780.57 -Altra e non specificata apnea del sonno devono essere utilizzati in Diagnosi principale, se si esclude la natura ostruttiva del disturbo

Nausea e vomito Codice 787.0

Non utilizzare questo codice in caso di EMATEMESI (578.0)

Colica Renale

Utilizzare il codice 788.0 -Colica renale solo in assenza di urolitiasi dimostrata

Se si dimostra la Calcolosi va usato con codice della categoria 592 -Calcolosi del rene e dell'uretere: non è necessario specificare il sintomo -Colica renale

Altri sintomi relativi all'apparato urinario

Si consiglia l'uso del codice 788.9 in caso di Uremia extrarenale e pre-renale; come Diagnosi principale preferire i codici dell'insufficienza renale

Aggiunti:

- 788.38 -Incontinenza da sovraccarico vescicale
- 788.6 -Altre anomalie della minzione

- 788.63 -Urgenza urinaria
- 788.64 -Esitazione urinaria
- 788.65 -Sforzo minzionale

Dolore addominale

In caso di Colica epatica se vi è la presenza di calcoli biliari, il codice appropriato è quello della categoria 574 -Colelitiasi; altrimenti è il 789.01 -Dolore addominale con la quinta cifra che indica il quadrante superiore dx. Reperti anormali non specifici (790-796) vanno segnalati in Diagnosi secondaria solo quando abbiano una particolare rilevanza clinica

Emoglobinuria

In caso di macroematuria si utilizza il codice 599.7

Il codice 791.2 -Emoglobinuria può essere usato in caso di Microematuria

Mioglobinuria

Se dovuta a Rbdomiolisi postraumatica (crush sindrome o sindrome di Bywater) si usa il codice 958.5

se dovuta a Rbdomiolisi idiopatica si usa il codice 728.89 -Altri disturbi dei muscoli,dei legamenti e delle fasce

se dovuta a Cause tossiche farmacologiche o Avvelenamenti codificare questi ultimi

Collasso respiratorio

Codice 799.1

In caso di Decesso, come Diagnosi principale va codificata la grave malattia che si presume abbia causato l'arresto respiratorio (es. Ictus cerebrale, Insufficienza respiratoria acuta.)

Febbre 780.6 -Febbre

codificare per prima una delle eventuali manifestazioni associate:

- Leucemia (204-208)
- Neutropenia (288.00-288.09)
- Anemia a cellule falciformi (286.60-288.09)

ALTRI MOTIVI DI RICORSO AI SERVIZI SANITARI (CODICI V)

Ricerca dei codici V

Devono essere ricercati nell'indice alfabetico delle diagnosi utilizzando i seguenti termini principali: Ammissione, Esame, Storia, Osservazione, Problema, Screening, Anamnesi, Assistenza, Controllo, Sorveglianza, Verifica, Chemioterapia

Utilizzo dei codici V

Si utilizzano per descrivere quelle circostanze, diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute di paziente

Possono essere utilizzati come Diagnosi principale nei seguenti casi:

- Paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura pregressi come, ad esempio, Chemioterapia, Radioterapia, Dialisi e Rimozione di un dispositivo ortopedico, in questi casi, deve essere indicata come Diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse
- Pazienti ricoverati come donatori (V59.__ Donatori)
- Persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche, o consulenza
- Per indicare lo stato o l'osservazione di neonato (V29.__) in assenza di segni o sintomi

Possono essere utilizzati come Diagnosi secondaria: per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che possono influenzare il trattamento del paziente, ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma

Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi

Per il Ricovero di pazienti per trattamenti specifici in relazione a cure pregresse si devono utilizzare come Diagnosi principale i codici appartenenti alle categorie V51-V58. Tali codici non devono essere utilizzati nel caso di trattamento di un problema attuale acuto. A tale regola fanno eccezione i ricoveri per Dialisi (V56.__), Chemioterapia (V58.1) e Radioterapia (V58.0)

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

Le categorie V10-V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti; i codici di tali categorie devono essere riportati, tra le Diagnosi secondarie, solo quando tale condizione ha rivestito qualche significato nel corso dell'episodio di cura attuale. A tale regola possono far eccezione le situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno.

Ad esempio, il codice V10.__ può essere utilizzato come Diagnosi principale nel caso di Controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo, quali TAC, Endoscopie, Scintigrafie, etc. Se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, riportare in Diagnosi principale il codice relativo alla Neoplasia primitiva o alle Metastasi

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

Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi (codici V42 e V43)

Questi codici possono essere utilizzati in Diagnosi principale solo per descrivere i ricoveri effettuati per terminare la convalescenza o per il follow up del paziente

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

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

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

I codici V52._ e V53._ devono essere utilizzati in Diagnosi principale per descrivere i ricoveri finalizzati a Posizionamento, Sostituzione, Manutenzione, Estrazione di dispositivi e protesi; si tratta di attività programmate da tener distinte rispetto ai Malfunzionamenti che vanno invece codificati con le categorie 996 e 997

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

Altro trattamento ortopedico ulteriore (V54)

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

Trattamento di pazienti in dialisi (V56)

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

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

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

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

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

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

*Questo lavoro è dedicato alla memoria del dr. Massimo Peraldo
che si è sempre dedicato alle attività del gruppo
con interesse e passione
condividendo esperienze e conoscenze
con entusiasmo e professionalità*

MODALITÀ TECNICHE PER L'INVIO DEGLI ATTI DESTINATI ALLA PUBBLICAZIONE

Con l'entrata in vigore dal 1 gennaio 2008 della L.R. n. 23 del 23 aprile 2007 "Nuovo ordinamento del Bollettino Ufficiale della Regione Toscana e norme per la pubblicazione degli atti. Modifiche alla legge regionale 20 gennaio 1995, n. 9 (Disposizioni in materia di procedimento amministrativo e di accesso agli atti)", cambiano le tariffe e le modalità per l'invio degli atti destinati alla pubblicazione sul B.U.R.T.

Tutti gli Enti inserzionisti devono inviare i loro atti per la pubblicazione sul B.U.R.T. in formato esclusivamente digitale. Le modalità tecniche per l'invio elettronico degli atti destinati alla pubblicazione sono state stabilite con Decreto Dirigenziale n. 5615 del 12 novembre 2007. **L'invio elettronico avviene mediante interoperabilità dei sistemi di protocollo informatici (DPR 445/2000 artt. 14 e 55) nell'ambito della infrastruttura di Cooperazione Applicativa Regionale Toscana. Le richieste di pubblicazione firmate digitalmente (D.Lgs. 82/2005) hanno come allegato digitale l'atto di cui è richiesta la pubblicazione. Per gli enti ancora non dotati del protocollo elettronico, per i soggetti privati e le imprese la trasmissione elettronica deve avvenire esclusivamente tramite posta certificata (PEC) all'indirizzo regionetoscana@postacert.toscana.it.**

Il materiale da pubblicare deve pervenire all'Ufficio del B.U.R.T. entro il mercoledì per poter essere pubblicato il mercoledì della settimana successiva.

Il costo della pubblicazione è a carico della Regione.

La pubblicazione degli atti di enti locali, altri enti pubblici o soggetti privati obbligatoria per previsione di legge o di regolamento è effettuata senza oneri per l'ente o il soggetto interessato.

I testi da pubblicare, trasmessi unitamente alla istanza di pubblicazione, devono possedere i seguenti requisiti formali:

- testo - in forma integrale o per estratto (ove consentito o espressamente richiesto);
- collocazione fuori dai margini del testo da pubblicare di firme autografe, timbri, loghi o altre segnature;
- utilizzo di un carattere chiaro tondo preferibilmente times newroman, corpo 10;
- indicazione, all'inizio del testo, della denominazione dell'ente emittitore e dell'oggetto dell'atto sintetizzato nei dati essenziali;
- inserimento nel testo di un unico atto o avviso; più atti o avvisi possono essere inseriti nello stesso testo se raggruppati per categorie o tipologie omogenee.

Per ogni eventuale chiarimento rivolgersi alla redazione del B.U.R.T. tel. n. 0554384611-4631