

REGIONE TOSCANA

**REGOLE PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI
E DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E PROCEDURE
DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE**

REVISIONE 2007

Sommario

1. LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: I PRINCIPI GENERALI E LE RESPONSABILITÀ.....	4
2. REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI CLINICHE RILEVATE ATTRAVERSO LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA.....	4
3. REGOLE GENERALI RELATIVE ALL'USO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM.....	5
4. SELEZIONE DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE.....	8
5. SELEZIONE DELLE DIAGNOSI SECONDARIE	10
6. SELEZIONE E CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	12
7. RIABILITAZIONE in REPARTI per ACUTI.....	15
Capitolo I - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (001-139).....	16
Capitolo II - TUMORI (140-239).....	18
Capitolo III – MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI (240–279)	22
Capitolo IV - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATO- POIETICI (280 – 289)	24
Capitolo V - DISTURBI PSICHICI (290 – 319).....	26
Capitolo VI - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI (320–389).....	28
Capitolo VII - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (390-459).....	33
Capitolo VIII – MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO (460-519)	38
Capitolo IX - MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE (520-579)	40
Capitolo X - MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO (580-629).....	43
Capitolo XI - COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO (630-677)	45
Capitolo XII - MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTO CUTANEO (680-709).....	47
Capitolo XIII - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEO-MUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO (710 – 739).....	48
Capitolo XIV - MALFORMAZIONI CONGENITE (740-759)	50
Capitolo XV – ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE di ORIGINE PERINATALE (760-779) e codifica del neonato.....	52
Capitolo XVI – SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI (780 – 799).....	58
Capitolo XVII TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI (800 – 999)	60
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano la stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (V01 – V82)	64
INDICE ANALITICO	69

Hanno collaborato alla stesura delle regole di codifica:

Coordinamento: M. Peraldo

ASL 1 Massa e Carrara: C. Bruzzi

ASL 2 Lucca: M. Maielli

ASL 3 Pistoia: M. Pierucci

ASL 3 Pistoia: M. Rossi

ASL 4 Prato: P. L. Mennici

ASL 6 Livorno B. Moretti Razzolini

ASL 6 Livorno: P. Boni

ASL 8 Arezzo: E. Puttini

ASL 9 Grosseto: C. Mori

ASL 10 Firenze: G. Regoli

ASL 12 Viareggio: D. Giannotti

AO Careggi: F. Vancini

AO Careggi: S. Andorlini

AO Pisa E. Golgini

AO Siena: G. Autieri

AO Siena: S. Brogi

ASL 1 Massa e Carrara: F. Lazzoni

ASL 3 Pistoia: E. Sensoli

ASL 3 Pistoia: S. Briani

ASL 4 Prato: L. Tattini

ASL 5 Pisa S. Cuozzo

ASL 6 Livorno: I. Galli

ASL 7 Siena : C. Cocchi

ASL 8 Arezzo: R. Caposciutti

ASL 9 Grosseto: P. Nardini

ASL 12 Viareggio: A. Tabarrani

AO Careggi: F. Primi

AO Careggi: I. Agostino

AO Meyer: A. Savelli

AO Pisa: S. Meucci

AO Siena: G. Boschini

AIOP : A. Sermenghi

1. LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: I PRINCIPI GENERALI E LE RESPONSABILITÀ

1. **La scheda di dimissione ospedaliera (in seguito “SDO”) costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale.**
2. **La SDO costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.**
3. **La compilazione della SDO e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle linee guida nazionali e regionali.**
4. **La responsabilità della corretta compilazione e codifica della SDO compete al medico responsabile della dimissione** o ad un medico individuato dal Responsabile della Struttura Organizzativa dalla quale il paziente è dimesso; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico dimettente e del Responsabile della Struttura.
5. (Soppresso)
6. Il Direttore Sanitario dell’Istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.
7. **Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l’intero ricovero del paziente nell’Istituto di cura;** essa, conseguentemente, coincide con la storia della degenza del paziente all’interno dell’Istituto di cura.
8. L’eventuale trasferimento interno del paziente da una Struttura Organizzativa all’altra dello stesso Istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione, **fatto salvo il trasferimento in Strutture di Riabilitazione.**
9. Ne consegue che il medico dimettente deve tenere in considerazione, nel compilare la SDO, **dell’intero percorso diagnostico e terapeutico del paziente** e non limitarsi a segnalare i trattamenti e le diagnosi effettuati nel proprio reparto.
10. Nel caso, invece, di trasferimento del paziente dal regime di ricovero diurno ad altro regime di ricovero, o viceversa, il paziente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova cartella clinica e una nuova SDO.

2. REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI CLINICHE RILEVATE ATTRAVERSO LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Una formulazione diagnostica è abitualmente composta da due parti: un *termine principale* ed uno o più *modificatori*. I termini principali e i modificatori forniscono informazioni specifiche sulle diagnosi, le condizioni, i sintomi ed altre circostanze attinenti il ricovero.

I **termini principali** descrivono una malattia, un traumatismo, un problema o un sintomo, e rappresentano le voci di accesso alla classificazione.

I **modificatori** (sotto-voci) sono dei termini elencati al fine di fornire delle informazioni aggiuntive. L'indice alfabetico li riporta, al di sotto del termine principale, in parentesi o rientrati.

Per identificare il codice appropriato, è necessario seguire le seguenti **fasi operative**:

1. Individuare, nell'indice alfabetico, il **termine principale** che meglio descrive la diagnosi del paziente;
2. Analizzare attentamente le **sotto-voci** elencate al di sotto del termine principale, per identificare i **modificatori** appropriati, prestando particolare attenzione alla gerarchia delle sotto-voci (indicata con uno o più trattini -);
3. Verificare l'accuratezza del codice selezionato nell'**elenco sistematico**;
4. Analizzare tutti i codici appartenenti alla **intera categoria** per essere sicuri che il codice selezionato rappresenti la scelta migliore;
5. Esaminare attentamente ogni **nota illustrativa**.

3. REGOLE GENERALI RELATIVE ALL'USO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM

3.1 Utilizzo integrato dell'indice alfabetico e dell'elenco sistematico

E' indispensabile utilizzare sia l'indice alfabetico sia l'elenco sistematico al fine di individuare il codice corretto: i due elenchi sono concepiti per integrarsi reciprocamente. L'utilizzo del solo indice alfabetico o del solo elenco sistematico può determinare errori nell'individuazione del codice ed insufficiente specificità nella selezione del codice; particolare attenzione va prestata nel controllare la esistenza di note specifiche e di voci di inclusione o esclusione.

Ricordare che scegliere i codici basandosi su schemi e "mini-guide" di Reparto è possibile fonte di errore, per cui ogni dubbio di codifica deve indurre ad un attento riesame del Manuale. Le regole di codifica interne alla Struttura Organizzativa devono essere regolarmente discusse, aggiornate e validate con la firma dei referenti di Reparto.

3.2 Specificità della codifica

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

- assegnare un codice a 5 caratteri tutte le volte in cui ciò sia possibile. Frequentemente questo è possibile solo consultando l'elenco sistematico. Il quinto carattere "0" non deve essere utilizzato quando sono presenti sotto-classificazioni più specifiche;

- **Esempi:**

- IMA parete anterolaterale: *NON 410.00 (episodio di assistenza non specificato), MA 410.01 o 410.02, a seconda se episodio iniziale o successivo di assistenza*
- Emorragia da placenta previa: *NON 641.10 (episodio di assistenza non specificato), MA 641.11 (parto, con o senza menzione della condizione ante partum) o 641.12 (condizione o complicazione ante partum)*
- Otite media acuta non suppurativa: *NON 381.00 (non specificata), MA ad esempio 381.01 (sierosa) e seguenti*

- assegnare un codice a 4 caratteri solo se non vi sono codici a 5 caratteri nell'ambito della stessa categoria;
- **Esempio:**
 - *Tiroidite linfocitaria cronica: 245.2; Bronchite cronica semplice: 491.0; Insufficienza cardiaca congestizia: 428.0*
- assegnare un codice a 3 caratteri solo se non vi sono codici a 4 caratteri nell'ambito della stessa categoria.
- **Esempio:**
 - *Faringite acuta: 462; Bronchiectasie 494; Necrosi acuta e subacuta del fegato: 570*

Si deve inoltre cercare di limitare l'utilizzo della 4°- 5° cifra "9", o comunque codici associati alla sotto-categoria "non specificata", ai soli casi nei quali non è possibile fare altrimenti.

I codici individuati dalla sigla NIA (Non Indicato Altrove) o SAI (Senza Altre Indicazioni) devono essere infatti utilizzati quando l'informazione disponibile individua una specifica condizione ma nella classificazione ICD-9-CM non è presente un codice specifico per la condizione stessa.

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

Esempi: *829.0 e 829.1 Frattura di osso non specificato, chiusa o esposta*
355.9 Mononeuriti di sede non specificata
608.9 Patologia non specificata organi genitali maschili
424.99 Altre endocarditi, valvole non specificate

3.3 Codici combinati

Un codice utilizzato per classificare simultaneamente due diagnosi oppure una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata oppure una diagnosi insieme ad una complicazione associata è definito "codice combinato". I codici combinati sono riportati come sotto-voci nell'indice alfabetico e come note di inclusione nell'elenco sistematico. I termini combinati sono spesso elencati nell'elenco alfabetico come sotto-voci, preceduti da espressioni quali: "associato (con)", "complicato (da)", "conseguente", "secondario".

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

Esempi: *487.0 Influenza con polmonite*
574.00 Calcolosi della cistifellea con colecistite acuta, senza menzione di ostruzione
402.01 Cardiopatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia

3.4 Codifica multipla

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

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

La nota “**codificare per prima la malattia di base**” indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, che quello relativo alla manifestazione conseguente. **Quest’ultimo, riportato tra parentesi [] nell’indice alfabetico, non può essere utilizzato come diagnosi principale.**

Esempi: 484.x *Polmonite in altre malattie infettive classificate altrove: codificare per prima la malattia di base (agente etiologico)*

456.2x *Varici esofagee in malattie classificate altrove: codificare per prima la malattia di base (cirrosi del fegato o ipertensione portale)*

La nota “**utilizzare un codice aggiuntivo per identificare manifestazioni quali ...**” indica la necessità di utilizzare un ulteriore codice per identificare manifestazioni analoghe agli esempi riportati. **Questi codici, riportati tra parentesi [] nell’indice alfabetico, non possono essere utilizzati come diagnosi principale.**

Esempi: Sindrome nefrosica da diabete mellito tipo 2:

1) 250.40 *Diabete mellito tipo 2 non scompensato con complicanze renali +*

2) 581.81 *Nefrosi diabetica*

Pericardite uremica in uremia cronica

1) 585 *Uremia cronica +*

2) 420.0 *Pericardite uremica*

3.5 Postumi

Un postumo è un effetto causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo è terminata. **Non vi è un limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato.** Il postumo può essere relativamente precoce come negli accidenti cerebrovascolari o può verificarsi dopo mesi o anni come nel caso dei traumatismi. Per codificare i postumi, in generale, sono **necessari due codici**, uno relativo alla *natura (causa)* del postumo; l’altro relativo alla *condizione residua*. Il codice relativo alla **causa** del postumo deve essere riportato per primo; il codice relativo al **postumo** stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell’indice sistematico indichino diversamente. Nella nuova versione della classificazione sono stati introdotti codici unici per la descrizione dei postumi delle malattie cerebrovascolari.

I codici possibili di postumo sono i seguenti:

137._ Postumi della Tbc

138 Postumi della Poliomielite

139._ Postumi di altre malattie infettive e parassitarie

2681 Rachitismo, postumi

326 Postumi di ascesso o di infez. di piogeni intracranici

366.5_ Postumi di cataratta

429.7 Alcuni postumi di IMA non classificati altrove

438.:_ _Postumi di malattie cerebrovascolari

5728 Altri postumi di malattie croniche del fegato

905._ Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo

906._ Postumi di traumatismi pelle e tessuto s.c.

907._ Postumi di traumatismi del Sistema Nervoso

908._ Postumi di altri e NS traumatismi

909._ Postumi di altre e NS cause esterne

Nota: nella quasi totalità dei casi, questi codici non possono essere reperiti nell’indice alfabetico alla voce “Postumo”, né nelle sotto-voci (salvo eccezioni) del termine principale (“Tubercolosi”, “Infarto miocardico” ecc.), ma vanno ricercati nell’elenco sistematico, sia per Apparato, sia nella categoria specifica dei postumi (da 905._ in poi).

Esempi: Afasia, esito di ictus cerebrale:

438.11 *Postumi di malattie cerebrovascolari con afasia*

Consolidamento difettoso di frattura arto inferiore

- 1) 905.4 Postumi di frattura di arti inferiori +
- 2) 733.81 Viziosa saldatura di frattura

NOTA BENE: Nel caso invece in cui il paziente venga ricoverato in un reparto di Riabilitazione o Lungo degenti **per trattare i postumi dell'incidente, vale la regola inversa, cioè la condizione residua (il postumo) va codificata come prima diagnosi. Altrettanto vale se durante il ricovero, in Ospedale per acuti, è stata effettuata specifica terapia chirurgica del postumo stesso.**

3.7 Condizione “imminente”

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

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

4. SELEZIONE DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

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

4.1 Definizione di diagnosi principale

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

Salvo che le note dell'elenco sistematico o dell'indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo 16 dell'elenco sistematico

Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.

I codici contenuti in parentesi () o [] nell'indice alfabetico non devono essere utilizzati come diagnosi principale.

4.2 Condizioni acute e croniche

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

Se nell'elenco è indicato uno specifico codice che comprende entrambe le due condizioni va utilizzato solo questo.

Esempio: 491.21 *bronchite cronica ostruttiva con riacutizzazione*

4.3 Osservazione e valutazione di condizioni sospette

I codici compresi fra V71.0 e V71.9 devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale quando si sospetta una condizione anomala la quale, in assenza di segni o sintomi, richiede una specifica valutazione e al termine del ricovero risulta essere non confermata.

4.4 Trattamento non eseguito

La condizione che al termine del ricovero è risultata essere il motivo dello stesso deve essere selezionata come diagnosi principale anche quando il relativo trattamento non è stato praticato per circostanze impreviste. In tali casi, fra le diagnosi secondarie deve essere riportato il codice V64._ (Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti).

Esempio: Ricovero d'urgenza per appendicite, intervento non eseguito per rifiuto del paziente, dimissione volontaria:

- 1) codice 540.9 *appendicite acuta senza peritonite*
- 2) codice V 64.2 *intervento chirurgico non eseguito per decisione del paziente*

Quando un ricovero **è stato programmato per eseguire un particolare trattamento** e questo non viene eseguito per circostanze impreviste, va riportato come diagnosi principale il codice V64._ e come diagnosi secondaria la condizione che avrebbe determinato il trattamento.

Esempio: Ricovero programmato per intervento di ernia inguinale, non eseguito per sopravvenuta febbre:

- 1) codice V 64.1 (*Intervento chirurgico o altra proc. non eseguita per controindicazioni*)
- 2) codice 550.9_ (*Ernia inguinale senza menzione di ostruzione o gangrena*)

4.5 Ustioni multiple

Quando le ustioni sono identificate come diagnosi principale ed esse sono multiple, riportare per primo il codice che descrive l'ustione di maggiore gravità. Particolare attenzione va posta, in caso di ustioni estese e gravi, nella combinazione tra i codici relativi alle sedi (Categorie 940-947) e quelli che classificano la estensione della superficie interessata (Categoria 948). Da evitare l'utilizzo della Categoria 949. (vedi Cap. 17 Traumatismi ed Avvelenamenti)

4.6 Traumi multipli

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

4.7 Neoplasie

Quando il ricovero è finalizzato a trattare una neoplasia maligna, quest'ultima deve essere selezionata come diagnosi principale salvo che il ricovero sia finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia (V58.0) o la chemioterapia (V58.1): in tali casi la neoplasia maligna **deve essere codificata** come diagnosi secondaria e la diagnosi principale deve essere codificata con i codici V58.0 o V58.1.

Quando un paziente è ricoverato per eseguire prevalentemente la radioterapia o la chemioterapia e nel corso del ricovero si sviluppano delle complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione, deve essere indicata quale diagnosi principale la radioterapia (V58.0) o la chemioterapia (V58.1).

Quando il ricovero comporta la rimozione chirurgica di una neoplasia maligna, primitiva o secondaria seguita da chemioterapia o radioterapia, deve essere selezionata quale diagnosi principale la neoplasia maligna.

Quando il ricovero è finalizzato a determinare la stadiazione della neoplasia, deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia, anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia.

Qualunque estensione per contiguità o a distanza deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasiva; quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia progressiva deve essere segnalata utilizzando il codice V10._.

Quando un paziente è ricoverato a causa di una neoplasia primitiva metastatizzata e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale anche se la forma primitiva fosse ancora presente; se, invece, il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma secondaria, la diagnosi principale deve essere codificata con V58.0 o V58.1.

4.8 Avvelenamenti e intossicazioni

Nel codificare l'avvelenamento o la reazione ad uso improprio di farmaci (esempio: errore nel dosaggio, nella via di somministrazione, nella selezione del farmaco), il codice relativo all'avvelenamento deve essere riportato per primo, seguito dal codice relativo alla manifestazione.

4.9 Complicazione di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici

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

4.10 Complicazioni della gravidanza

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

5. SELEZIONE DELLE DIAGNOSI SECONDARIE

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

Richiamando quanto riportato ai primi due capoversi del 1° capitolo, si sottolinea come sia importante non omettere la codifica di diagnosi secondarie rilevanti, in quanto da queste può dipendere anche la corretta attribuzione al DRG più appropriato nel rappresentare le risorse consumate nell'iter diagnostico terapeutico del ricovero.

5.1 Codifica delle diagnosi secondarie

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

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

5.2 Condizioni pregresse

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

5.3 Condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale

Le condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale non devono essere riportate e codificate come diagnosi secondarie.

Esempi: *Cardiopatía ipertensiva maligna o benigna (402._) vedi note (incluse....)*

- *Nefropatia ipertensiva maligna o benigna (403._) vedi note (incluse....)*

- *Discopatía con mielopatía della regione lombare 722.73*

5.5 Risultati anomali

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

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

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

In presenza di più interventi e/o procedure chirurgiche, selezionare e codificare, come principale, quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggiore consumo di risorse in termini di uso della sala operatoria e maggior impegno assistenziale della équipe chirurgica-anestesiologica. Ne deriva che non necessariamente l'intervento chirurgico principale è il primo effettuato in ordine di tempo.

E' importante riportare anche le procedure diagnostiche e terapeutiche **più importanti** fra quelle cui è stato sottoposto il paziente, seguendo le regole sotto riportate.

1. nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
2. quando nella cartella clinica vengano indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:
 - **interventi chirurgici a cielo aperto**
 - **interventi per via endoscopica e/o laparoscopica**
 - **le seguenti procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):**
 - 87.53 colangiografia intraoperatoria
 - 88.52 angiocardiografia del cuore destro
 - 88.53 angiocardiografia del cuore sinistro
 - 88.54 angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro
 - 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo
 - 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio
 - 88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica
 - 88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
 - 92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi
 - 92.3 radiochirurgia stereotassica
 - 94.61 riabilitazione da alcool
 - 94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool
 - 94.64 riabilitazione da farmaci
 - 94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci
 - 94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci
 - 94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
 - 95.04 esame dell'occhio in anestesia
 - 96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
 - 96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
 - 96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
 - 98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica

- **procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche** (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica)
- **procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore** (codd. da 01._ a 86._) (es. gastroscopia)
- **altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore** (codd. da 87._ a 99._), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TC, RM, litotripsia, radioterapia, ecc.).

Le regole di codifica degli interventi e delle procedure sono analoghe a quelle da utilizzare per selezionare i codici di diagnosi: l'indice alfabetico facilita il reperimento dell'intervento ricercato, ma occorre sempre ricontrollare il codice selezionato nella parte sistematica, in modo da verificarne la correttezza e la congruità. Inoltre vanno attentamente seguite le eventuali note aggiuntive.

Nota Bene: nel sistema di "Classificazione degli interventi e delle procedure diagnostico terapeutiche" sono presenti codici che si riferiscono a prestazioni definite come "... altre procedure diagnostiche su...": con questi si intendono approcci che prevedono comunque una significativa invasività, che non possono essere accomunati con prestazioni di carattere fondamentalmente medico.

6.1 Codici combinati

Alcuni codici consentono di classificare simultaneamente due interventi, identificando completamente una prestazione. In tali casi, non devono essere utilizzati ulteriori codici.

Esempio: Tonsillectomia ed adenoidectomia (28.3)

6.2 Codifica multipla

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

Esempio:

Anastomosi uretero-intestinale 56.71 *Codificare anche eventuale sincrona colostomia (46.10 – 46.13)*

6.3 Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari

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

Esempio: ovariectomia monolaterale e appendicectomia: 65.39 + 47.19.

Quindi nei casi di appendicectomia complementare non si deve usare il codice 47.09 (o 47.01 se per via Laparoscopica), ma i corretti 47.19 o (47.11)

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

6.4 Codifica di interventi bilaterali

Alcuni codici consentono una distinzione tra interventi monolaterali e bilaterali. Quando tale possibilità non esista, è possibile utilizzare due volte lo stesso codice di intervento per descrivere l'intervento bilaterale. Tale regola deve essere seguita nei soli casi in cui la completa descrizione ha

rilevanza sul processo di cura o sul consumo delle risorse; essa non è appropriata per i casi di procedure minori (ad esempio: escissioni di lesioni cutanee).

Esempi: Intervento per ernia inguinale bilaterale

531._ Riparazione bilaterale di ernia inguinale

- Protesi di ginocchio bilaterale nel corso del medesimo intervento

81.54 Sostituzione totale del ginocchio (dx)

81.54 Sostituzione totale del ginocchio (sin)

6.5 Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento

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

Esempi: *51.22 Colectomia*

51.23 Colectomia per via laparoscopica

65.39 Altra Ovariectomia monolaterale

65.31 Ovariectomia monolaterale per via laparoscopica

51.88 Rimozione endoscopica di calcoli del tratto biliare

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

Esempi: - Meniscectomia mediante artroscopia

80.6 Asportazione di cartilagine semi lunare del ginocchio

80.26 Artroscopia del ginocchio

- Plastica anti Reflusso vescico-ureterale per via cistoscopica

56.74 Uretero-neocistostomia diretta con plastica antireflusso o con flap vescicale

57.32 Altra cistoscopia

- Occlusione del Dotto di Botallo con cateterismo arterioso

38.85 Altra occlusione chirurgica di altri vasi toracici

38.91 Cateterismo arterioso (o 37.22 Cateterismo cuore sinistro)

Analogamente dovrà essere codificato come primo l'intervento a cielo aperto e come secondo l'approccio laparoscopico (o endoscopico) ove, nel corso dell'intervento, si abbandoni la via mini-invasiva. In questo caso è opportuno inserire, tra le diagnosi secondarie, il relativo codice V descrittivo dell'evento (*V644 intervento chirurgico per via laparoscopica convertito in intervento a cielo aperto*)

6.6 Biopsie

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

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

Sono parimenti da codificare le biopsie effettuate nel corso di un intervento su organi diversi da quello cui è rivolto l'intervento principale, *scegliendo il codice che specifica l'approccio a cielo aperto*.

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

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

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

Si precisa che le "Biopsie osteomidollari" effettuate per via percutanea con agoaspirazione vanno codificate esclusivamente con il codice 41.31 Biopsia del midollo osseo.

7. RIABILITAZIONE in REPARTI per ACUTI

Nel caso di un pazienti che si ricoverano in un Reparto di Recupero e di Riabilitazione funzionale (Codice Reparto 56), per la scelta della diagnosi principale si dovranno utilizzare codici indicanti la patologia che ha determinato il ricovero, in modo che il caso sia assegnato ad una delle 4 MDC cui fanno riferimento le categorie di riabilitazione (neurologica, ortopedica, cardiovascolare, respiratoria) in base alle quali il sistema di remunerazione regionale dei ricoveri prevede una diversificazione delle tariffe.

- Codici riferiti a esiti o postumi, ad esempio: categoria 438 *postumi delle malattie cerebrovascolari*; categoria 907 *postumi di traumatismi del sistema nervoso*; categoria 905 *postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo*;
- Codici riferiti a patologie in atto, ad esempio 49.12 *bronchite cronica ostruttiva*;
- Codici che indicano le particolari condizioni in cui si trova il paziente o il motivo del ricorso alla riabilitazione, ad esempio: nella riabilitazione cardiovascolare V42.1 *cuore sostituito da trapianto* o V42.2 *valvola sostituita da trapianto*; nella riabilitazione ortopedica V43.64 *sostituzione di articolazione dell'anca (portatore di protesi d'anca)*.

E' **da evitare il ricorso**, in prima diagnosi, ai codici della categoria V57 *cure riabilitative*, poiché il DRG elaborato non descrive la specificità clinica del caso e non orienta verso una corretta MDC. Un codice della categoria V57 va, invece, riportato tra le diagnosi secondarie.

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

Capitolo I - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (001-139)

Questo primo capitolo del manuale ICD-9-CM comprende le categorie dal 001 a 139; si precisa che vanno trascritti anche gli zeri iniziali così come riportato nella classificazione.

D1.1 Stato di portatore o portatore sospetto di malattie infettive

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

D1.2 Infezione da HIV, virus dell'immunodeficienza umana

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

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

Il codice 042 deve essere utilizzato come diagnosi principale ogni qual volta un paziente viene ricoverato per una patologia associata alla infezione da HIV, codificando in 2° diagnosi le varie complicanze (vedi esempi B,C)

Nel caso in cui il paziente affetto da HIV venga ricoverato per una patologia **indipendente** dall'infezione, sarà quella patologia ad essere codificata in prima diagnosi segnalando con il codice 042 in seconda diagnosi l'infezione (vedi esempio A).

Di seguito si riportano alcuni esempi:

- A Paziente con AIDS, con epatite cronica B e delta, trattato per frattura del femore:
Diagnosi principale: 821.01 *frattura chiusa diafisaria del femore*
Altre diagnosi: 042 *Inf. da virus della immunodeficienza umana*; 070.33 *epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, con epatite delta.*
Procedura: 79.35 *riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna*
- B Paziente affetto da AIDS, ulcera mucocutanea cronica dovuta ad Herpes virus (HSV), piastrinopenia e ipogammaglobulinemia:
Diagnosi principale: 042 *Inf. da virus della immunodeficienza umana.*
Altre diagnosi: 054.79 *Herpes Simplex con altre complicazioni specificate*; 287.4 *Trombocitopenia secondaria*; 279.00 *Ipogammaglobulinemia non specificata.*
- C Paziente affetto da AIDS, tbc polmonare nodulare, candidiasi laringea:
Diagnosi principale: 042 *Inf. da virus della immunodeficienza umana*
Altre diagnosi: 011.11 *Tubercolosi del polmone nodulare, esame batteriologico o istologico non effettuato*; 112.89 *Altre candidiasi di altre sedi specificate.*

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

D1.3 Epatite virale

Tutte le epatiti virali sono raggruppate in un'unica categoria (070), con la distinzione a livello di quarta cifra a seconda dell'agente etiologico e/o della presenza o meno di coma.

La quinta cifra per alcune sotto-categorie identifica la presenza o meno di epatite Delta (es: 070.30_070.33).

D1.4 Tubercolosi

Nelle categorie 010-018 Tubercolosi, la quinta cifra descrive la diagnostica batteriologica:

Es.: 011.13 *Tubercolosi del polmone nodulare, esame microscopico dell'espettorato positivo.*

D1.5 Infezione Gonococcica

Prestare attenzione alla categoria 098._ _ Infezione gonococcica dove la quinta cifra può specificare il sesso.

D1.6 Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci

I codici della categoria V09 Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci possono essere utilizzati solo in diagnosi secondaria per descrivere la resistenza ai farmaci in condizioni infettive specificate.

D1.7 Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio

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

D1.8 La codifica delle infezioni nel neonato

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 influente se i codici di patologia sono presenti in diagnosi principale o in diagnosi secondaria..

Per le condizioni specifiche di infezione peri e neonatali si prega far riferimento al Capitolo 15°.

Capitolo II - TUMORI (140-239)

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

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

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

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

D2.1 Tumori di comportamento incerto e tumori di natura non specificata

I codici relativi alle categorie *Tumori di comportamento incerto* (235._ - 238._) sono da utilizzare solamente nei casi di neoplasia di cui non è prevedibile il comportamento clinico anche se ben localizzata per sede anatomica

I codici della categoria 239._ *Tumori di natura non specificata*, sono da usare nei rari casi in cui non sia possibile indicare la natura del tumore.

D2.2 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.

D2.3 Tumore interessante più sedi confinanti

I casi di tumori maligni estesi a sedi confinanti per i quali non sia possibile determinare il punto di origine devono essere classificati utilizzando 8 come quarta cifra. Esempi:

- carcinoma del tratto testa-corpo del pancreas 157.8;
- carcinoma dell'esofago cervico-toracico 150.8.

D2.4 Localizzazione secondaria di un tumore maligno primitivo

(vedi parte generale, capitolo 4.9)

D2.5 Estensione per contiguità o a distanza

(vedi parte generale, capitolo 4.9)

D2.6 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 199.1 *Altri tumori maligni senza indicazione della sede*.

Nel caso di metastasi diffuse da sede primitiva non identificabile (che coinvolgono cioè almeno due sedi non contigue) va utilizzato come diagnosi principale il codice 199.0 *Tumori maligni*

disseminati senza indicazione della sede soltanto se il trattamento non è diretto ad una specifica sede metastatica.

D2.7 Osservazione per sospetto di tumore maligno

Se il paziente viene ricoverato per sospetto di tumore maligno e le indagini effettuate non consentono di formulare una diagnosi, va utilizzato in diagnosi principale il codice V71.1 *Osservazione per sospetto di tumore maligno*, ricordando che l'uso di tale categoria di codici é da preferire **per i soli casi in cui non venga rilevata la presenza di una patologia o di un sintomo.**

D2.8 Controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata

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, ecc., può essere utilizzato come diagnosi principale un codice della categoria V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*.

D2.9 Ricovero finalizzato esclusivamente al trattamento di una complicanza della neoplasia

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

D2.10 Linfoma

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

D2.11 Istiocitosi

La codifica di queste forme è complicata dalla denominazione e classificazione non aggiornata del manuale.

- a) Le forme delimitate e localizzate, che rispondono a terapia cortisonica o sono in fase di follow-up senza terapia, si codificano come previsto dal Manuale: 277.8 *Altri disordini specificati del metabolismo: Istiocitosi acuta/cronica; Istiocitosi X (cronica); Malattia di Hand-Schüller-Christian*.
- b) Le forme che richiedono chemioterapia e/o non hanno chiari elementi di “benignità”, si codificano come “Tumori a comportamento incerto”, per sede (categorie 235-238)
- c) Le forme clinicamente rilevanti e/o diffuse con i codici 202.5_

E' implicito che le complicazioni delle forme “classiche” (esoftalmo, diabete insipido, mucositi) vengono appropriatamente codificate come diagnosi principali o secondarie in base all'impegno clinico.

D2.12 Leucemia mieloide cronica

Devono essere utilizzate le codifiche disponibili nell'ICD9-CM che consentano di introdurre una diversificazione tra la fase cronica e la fase accelerata e soprattutto blastica, caratterizzata da un impegno assistenziale e terapeutico nettamente diverso. In particolare per la leucemia mieloide

cronica va utilizzato il codice 205.1_ *Leucemia mieloide cronica*, con la quinta cifra che indica se si tratta di malattia in remissione o meno.

D2.13 Sindrome Mielodisplastica

Per la Sindrome mielodisplastica va utilizzato il codice 238.7 *Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici*.

D2.14 Ricovero finalizzato al follow-up del paziente oncologico

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

- follow-up negativo per ripresa di malattia. In tal caso si utilizzano i codici della categoria V10._ *Anamnesi personale di tumore maligno*;
- follow-up positivo per metastasi senza recidiva locale della neoplasia. In tal caso si codifica in diagnosi principale la metastasi e in diagnosi secondaria la pregressa neoplasia con i codici della categoria V10._.

I2.1 Chemioterapia e Radioterapia (vedi parte generale, cap. 4.7)

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 : V58.1 *Chemioterapia*

Se il trattamento radioterapico è associato a chemioterapia va inserito, tra le procedure, anche il codice 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*.

Il codice V58.1 va utilizzato anche nei casi di ricovero per **chemioterapie endocavitari** (peritoneali, intrapleuriche, intravescicali, intrarachidee).

I2.2 Ricovero per immunoterapia antineoplastica

Nel caso di ricovero per immunoterapia antineoplastica deve essere riportato in diagnosi principale il codice V58.1 *Chemioterapia*, e in diagnosi secondaria va posto il codice del tumore (se non asportato) o di metastasi se presenti. Negli spazi relativi alle procedure utilizzare il codice 99.28 *iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici* (immunoterapia antineoplastica). Se associata chemioterapia, codificare anche **99.25 iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore**

I2.3 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*.

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*.

Esempi:

A) 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*;

Interventi/Procedure: 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile*

B) Carcinoma dell'esofago ricoverato per accesso vascolare e chemioterapia:

Diagnosi Principale: V58.1 *Chemioterapia*;

Diagnosi Secondaria: 150._ *Carcinoma dell'esofago*;

Diagnosi Secondaria: V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*;

Interventi/Procedure: 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile*; 99.25 *iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*

I2.4 Ricovero per terapie radiometaboliche

Nel caso di ricovero per terapie radiometaboliche deve essere indicata come diagnosi principale la **neoplasia** oggetto del trattamento, e negli spazi relativi alle procedure utilizzare, a seconda del trattamento effettuato, i seguenti codici:

- 92.27 *impianto o inserzione di elementi radioattivi* (NOTA: Codificare anche la sede di incisione)
- 92.28 *iniezione o instillazione di radioisotopi*.
- 92.29 *Altre procedure radioterapeutiche*.

I2.5 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*. Nel caso che l'impianto abbia richiesto l'utilizzo della sala operatoria, con intervento in anestesia generale, è accettata la codifica di *Altri interventi sui vasi* (39.99).

I2.6 Inserimento di “catetere venoso centrale tunnellizzato”

Fatte salve valutazioni di appropriatezza del ricovero rispetto alla sede ambulatoriale, l'inserimento di “catetere venoso centrale tunnellizzato” è descritto attraverso l'uso del codice 38.93 *Altro catetere venoso non classificato altrove* (o 38.94 *Preparazione di vena per incannulamento*). Nel caso che l'inserimento abbia richiesto l'utilizzo della sala operatoria, con intervento in anestesia generale, è accettata la codifica di *Altri interventi sui vasi* (39.99).

I2.7 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.

Capitolo III – MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI (240–279)

Prestare attenzione alla nota introduttiva che specifica che tutte le neoplasie, sia funzionalmente attive sia non, sono classificate nel capitolo 2.

I codici del capitolo 3 (per es. 242.8, 246.0) possono essere utilizzati, se si desidera, per identificare quelle attività funzionali associate ad una qualsiasi neoplasia o a tessuto endocrino ectopico.

D3.1 Specificità della codifica relativa al diabete

Il **quarto carattere** del codice identifica la presenza di eventuali **complicazioni** associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza (descritte più avanti in questo capitolo) e che distingue il diabete senza complicanze (250.0_), il diabete con complicanze metaboliche acute (250.1_; 250.2_; 250.3_) o con complicazioni croniche a lungo termine (da 250.4_ a 250.8_).

Il codice 250.9_ *diabete con complicazioni non specificate* deve essere utilizzato solo in casi eccezionali.

La **quinta cifra** indica il **tipo di diabete** (insulino o non-insulino dipendente) e la presenza o meno di **scompenso metabolico**.

D3.1.1 Diabete con complicazioni a lungo termine o croniche

Occorre porre attenzione alla regola presente sul manuale ICD-9-CM di indicare, in caso di complicanze del diabete, la patologia di base come diagnosi principale e la specifica complicazione tra le diagnosi secondarie

Ad esempio:

- Diabete non insulino-dipendente scompensato, complicato da **polineuropatia diabetica**: in diagnosi principale indicare cod. 250.62 *Diabete con complicanze neurologiche, non insulino dipendente, scompensato* e in diagnosi secondaria cod. 357.2 *Polineuropatia diabetica*.
- Amputazione in arto con predomanti **disturbi vascolari** o con **eziologia mista vascolare neuropatica**: in diagnosi principale indicare il diabete con complicanze circolatorie periferiche (250.7_) e in diagnosi secondaria l'angiopatia periferica (443.81) e la neuropatia.
- Trattamento di **Ulcera cutanea cronica** da angio- e/o neuropatia diabetica: in diagnosi principale codificare il diabete con la relativa complicanza (250.7_ o 250.6_), in secondaria uno dei codici della sottocategoria 707.1_ o il 707.8. Come procedura utilizzare uno dei codici più appropriati nella categoria 86._ _ .
- In caso di paziente diabetico affetto da **cataratta**, è necessario distinguere la codifica della **cataratta diabetica** (codice 366.41), rispetto a quella della **cataratta senile** in paziente diabetico senza complicazioni oculari (codice 366.1_).

Nel caso della **cataratta senile**, l'individuazione della corretta sequenza dei codici di diagnosi segue le regole generali: la diagnosi principale può essere costituita sia dal diabete mellito (250.__) sia dalla cataratta senile (366.1_). Ad esempio se un paziente diabetico si ricovera per asportazione della cataratta senile, la corretta sequenza di codici di diagnosi è la seguente: 366.1__ + 250.___.

Nel caso della **cataratta diabetica** in diagnosi principale indicare il diabete con complicanze oculari (250.5_) e in diagnosi secondaria indicare la cataratta diabetica (366.41).

D3.1.2 In caso di **diabete latente** usare il codice 790.2 *Curva da carico al glucosio alterata*, con esclusione delle complicazioni di gravidanza, parto o puerperio (648.8_).

D3.1.3 Diabete provocato da terapia con steroidi

Per codificare tale condizione deve essere utilizzato il codice 251.8 *altri disturbi della secrezione insulare*. A meno che il Diabete sia stato provocato da dosi eccessive assunte per errore (962.0 *avvelenamento da adrenocorticosteroidi*)

D3.1.4 Diabete gestazionale

In caso di diabete gestazionale si ricorre alla categoria 648.8 *Altre condizioni morbose in atto della madre complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio: alterata tolleranza al glucosio*, utilizzando la quinta cifra per indicare se la situazione è diagnosticata prima del parto, durante il parto o dopo il parto.

D3.1.5 Gravidanza in diabetica

In caso di gravidanza in diabetica, va utilizzato un codice della categoria 648.0 *Altre condizioni morbose in atto della madre complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio: diabete mellito*, utilizzando anche in questo caso la quinta cifra per indicare se la situazione è diagnosticata prima del parto, durante il parto o dopo il parto.

D3.2 Deficit immunitario

D3.2.1 Immunodeficienze congenite non specificamente menzionate nell'elenco sistematico, con clinica e fisiopatologia variabile: codificare in base al quadro clinico e al meccanismo prevalente, evitando l'utilizzo dei codici 279.3 o 279.9

D3.2.2 Sindrome da Iper IgE: se c'è deficit immunitario vedi sopra, altrimenti, in assenza di sintomi o altri rilievi laboratoristici significativi, codificare 790.99.

D3.3 Errori congeniti del metabolismo, patologie Neuro-metaboliche congenite

Anche in questo capitolo di patologie è da notare una grave carenza di aggiornamento delle classificazioni e si devono affrontare gravi lacune di codifica. In linea generale si cercherà di utilizzare il codice che meglio è assimilabile alla condizione clinico-metabolica del paziente.

Le forme con gravi compromissioni neurologiche, se non identificate correttamente con i codici previsti, possono essere codificate in diagnosi principale come 330.8 *Altre degenerazioni specificate cerebrale dell'infanzia*.

In alternativa potrà essere utilizzato il codice 277.9 *Disordini NS del metabolismo*.

Assolutamente da evitare l'utilizzo del codice 277.8, in quanto riferentesi alle forme localizzate di Istiocitosi (la cosiddetta M. di Hand-Schüller-Christian o "granuloma eosinofilo", più correttamente inquadrate ora nella 3 forme di Istiocitosi delle cellule di Langerhans).

D3.4 Sindrome X dismetabolica

A differenza di quanto specificato nella nota, è inopportuno codificare in diagnosi secondaria patologie che sono parte della sindrome e quindi condizioni essenziali per la diagnosi (ad esempio "obesità")

Capitolo IV - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATO-POIETICI (280 – 289)

La codifica delle patologie afferenti a questo settore può risultare particolarmente difficoltosa per la costante evoluzione delle nozioni che portano ad una continua revisione della classificazione.

Si tenga presente, inoltre, che la classificazione ICD-9 CM risulta datata e particolarmente carente in questo settore; per tale motivo, se non è possibile trovare un codice che esprima compiutamente una diagnosi, si dovrà scegliere il codice che si avvicini di più.

D4.1 Anemia aplastica

E' bene fare attenzione a non utilizzare con eccessiva facilità i codici di anemia aplastica: 284.0 *Anemia aplastica costituzionale* e 284.8 *Altre anemie aplastiche specificate*; ricordiamo che il termine di "anemia aplastica" va riferito ad una precisa patologia, identificata con criteri istopatologici sulla base di una biopsia osteomidollare, ed associata ad un quadro emocromocitometrico ben definito in letteratura e non può quindi essere impiegato ogniqualvolta ci sia il dubbio di una anemia iporigenerativa.

Il codice 284.9 *Anemia aplastica non specificata* deve essere utilizzato per l'anemia aplastica (idiopatica) SAI, arigenerativa, ipoplastica SAI, non rigenerativa, refrattaria, ipoplasia midollare.

Per codificare le aplasie midollari iatrogene, postinfettive, tossiche va utilizzato il codice 284.8 *Altre anemie aplastiche specificate*

D4.2 Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti

Per le alterazioni emorragiche da fattori anticoagulanti circolanti utilizzare il codice 286.5 *Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti*.

Tale codice non deve essere impiegato per codificare le alterazioni emorragiche da farmaci anticoagulanti: in tal caso deve essere utilizzato il codice 995.2 per codificare gli effetti indesiderati o avversi del farmaco ed il codice 964.2 per codificare l'assunzione errata o di una dose eccessiva del farmaco (avvelenamento).

Per segnalare la condizione di trattamento con farmaci anticoagulanti, senza menzione di problemi emorragici, è possibile utilizzare tra le diagnosi secondarie il codice V58.61 *Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti*.

I4.3 Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali

Il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali è descritto dal gruppo di codici di intervento da 41.00 a 41.09.

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

Dal punto di vista della corretta attribuzione della tariffa DRG, secondo la differenziazione elaborata in Regione Toscana, il Responsabile della U.O. o il Medico Referente per l'attività di trapianto, dovrà certificare formalmente al Sistema Informativo Aziendale e/o alla Direzione Sanitaria, la tipologia del trapianto effettuato, indipendentemente dalla procedura codificata come sopra: a) Autologo; b) allogenico da familiare HLA identico; c) da registro o da familiare incompatibile, compreso il trapianto da sangue placentare o da cordone ombelicale (delibera 1309 del 25/11/2003).

Nota bene: al di fuori di indicazioni specificamente oncologiche, la infusione di cellule staminali autologhe deve essere codificata con 99.09 *trasfusione di altre sostanze*.

L'aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto è codificata con il codice 41.91 *Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto* (sia per autotrapianto che per allotrapianto).
Il prelievo di cellule staminali è codificato 99.79 *Altre aferesi terapeutiche* sia per autotrapianto che per allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi).

Capitolo V - DISTURBI PSICHICI (290 – 319)

D5.1 Assunzione di alcool

In relazione all'assunzione di alcool si segnalano i seguenti quadri:

- Psicosi alcoliche: 291._ () *Sindromi psicotiche indotte dall'alcool*;
- Lo stato di alcool-dipendenza: 303.0_ *Intossicazione acuta da alcool*; 303.9_ *Dipendenza da alcool, altra e non specificata*; aggiungere eventualmente altri codici per identificare ogni condizione associata.
- L'ubriachezza acuta senza dipendenza: 305.0_ *Abuso di alcool*;

D5.2 Riabilitazione e disintossicazione da alcool e farmaci

Nella codifica della scheda di dimissione ospedaliera devono essere inseriti i codici relativi alla riabilitazione e disintossicazione da alcool e farmaci, in quanto possono determinare l'attribuzione a specifici DRG:

94.61 riabilitazione da alcool

94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool

94.64 riabilitazione da farmaci

94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci

94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci

94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci

D5.3 Tentativi di suicidio

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

- in diagnosi principale va posta la condizione morbosa che si è rilevata responsabile del ricovero in ospedale (ad esempio avvelenamento, trauma, ecc.), sempre che tale condizione risponda effettivamente ai criteri di selezione della diagnosi principale;
- tra le diagnosi concomitanti va posta l'eventuale diagnosi psichiatrica;
- e come previsto dal 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 od il tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove questo sia avvenuto).

D5.4 Ritardo mentale

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

D5.5 Demenze

La **demenza da infarti multipli (multinfartuale)** si codifica con il codice 290.40 *Demenza arteriosclerotica* e con il codice aggiuntivo 437.0 *Aterosclerosi cerebrale*

Il ricovero per motivi familiari o sociali di pazienti con demenza richiede in diagnosi principale il codice della demenza ed in diagnosi secondaria un codice delle categorie comprese tra V60._ e V63._.

D5.6 Identità di genere: interventi medico chirurgici per la modifica dei caratteri sessuali

In tutti i casi di trasformazione di sesso indicare come diagnosi principale un codice della categoria 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): come diagnosi principale di ciascun ricovero va utilizzata la diagnosi di transessualismo.

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

I medesimi codici di procedura possono essere utilizzati per interventi non finalizzati alle modifiche del sesso: in tali casi, ovviamente, le diagnosi saranno diverse da quella di transessualismo.

Capitolo VI - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI (320–389)

In questo settore (320-389) sono trattate le malattie e i disturbi del sistema nervoso centrale (320-349), del sistema nervoso periferico (350-359), dell'occhio e degli annessi oculari (360-379), dell'orecchio e dell'apofisi mastoide (380-389).

D6.1 Epilessia

E' importante fare attenzione alla codifica corretta **dell'accesso convulsivo come sintomo**, che si accompagna, ad esempio a febbre, distinguendolo dalla diagnosi di epilessia vera e propria.

Epilessia: cod. 345._ (_); Convulsioni: nell'adulto e nel bambino codice 780.3_ , nel neonato codice 779.0.

D6.2 Sindrome di West

Il codice di questa malattia è 345.6_ *Spasmi infantili*.

D6.3 Sindrome post- commotiva

Sindrome post-commotiva: quadro psicologico e/o somatico, ad esempio presenza di vertigine, cefalea ecc., in pazienti con pregresso trauma cranico: utilizzare il codice 310.2 .

D6.4 Neurite, sciatica e danno radicolare in ernia del disco intervertebrale

Queste patologie sono inserite nel settore XIII Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, categoria 722 *Patologie dei dischi intervertebrali*.

Non vanno quindi utilizzati per la loro codifica i codici della categoria 353 *Disturbi delle radici e dei plessi nervosi*.

D6.6 Emiplegia ed altre sindromi paralitiche

I codici dell'emiplegia 342._ _ e delle altre sindromi paralitiche 344._ (_) vanno usati solamente per indicare le emiplegie o le sindromi paralitiche di antica o di lunga durata, ma di origine non specificata.

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_.

Si fa osservare che il codice **344.6 Altre sindromi paralitiche - Cauda equina** presenta alla quinta cifra la possibilità di descrivere la presenza/assenza di vescica neurologica.

D6.7 Atassie cerebellari

6.7.1 Atassia cerebellare in **tossicità da farmaci**, solventi, metalli, agenti fisici:

cod. 995.2 *Effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici non classificati altrove* (come diagnosi principale)

cod. 334.3 *Altre atassie cerebellari* (come diagnosi secondaria).

6.7.2 Atassia cerebellare in malattie classificate altrove: infezioni ad esordio acuto-subacuto, alcoolismo, malattie vascolari, carenziali, etc:

cod. 334.4 *Atassia cerebellare in malattie classificate altrove* (come diagnosi secondaria)

codice malattia di base (come diagnosi principale).

D6.8 Vertigini

6.8.1. Malattia di **Meniere**: cod. 386.0_.

6.8.2. Vertigini **periferiche**: cod. 386.1_. *Altre e non specificate vertigini periferiche*

6.8.3. Vertigini di **origine centrale**: cod. 386.2_, valutare bene prima di utilizzare come prima diagnosi se rientra nei criteri di selezione della diagnosi principale.

6.8.4. Vertigine **post-traumatica acuta**, funzionale:

310.2 *Sindrome post-commotiva* (come diagnosi principale);

386.19 *Altre vertigini periferiche* (come diagnosi secondaria).

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

951.5 *Traumatismo del nervo acustico* (come diagnosi principale);

386.19 *Altre vertigini periferiche* (come diagnosi secondaria).

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

905.0 *Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia* (come diagnosi principale);

907.1 *Postumi di traumasmi dei nervi cranici*.

386.19 *Altre vertigini periferiche* (come diagnosi secondaria);

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

907.1 *Postumi di traumasmi dei nervi cranici* (come diagnosi principale).

386.19 *Altre vertigini periferiche* (come diagnosi secondaria);

6.8.8. Vertigine **tossica labirintica**:

386.34 *Labirintite tossica*.

6.8.9. Sindrome vertiginosa di **origine indeterminata**: 780.4 *Stordimento e capogiro*.

I6.1 Somministrazione intratecale di farmaci citotossici

La somministrazione intratecale di farmaci citotossici viene codificata con il codice di procedura 03.8, in associazione alla codifica di rachicentesi (03.31).

I6.2 Trattamento chirurgico di malformazione arterovenosa cerebrospinale congenita

Il trattamento chirurgico di malformazione arterovenosa congenita va descritto come segue:

6.2.1 Sede cerebrale:

diagnosi principale: cod. 747.81 *Anomalie del sistema cerebrovascolare*;

intervento chirurgico: cod. 38.81 *Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici* oppure cod. 38.61 *Altra asportazione di vasi intracranici*.

6.2.2 Sede spinale:

diagnosi principale: cod. 747.82 *Anomalie dei vasi spinali*;

diagnosi secondaria: cod. 336.1 *Mielopatie vascolari*;

intervento chirurgico: cod. 38.80 *Altra occlusione chirurgica di vasi, sede non specificata* oppure cod. 38.60 *Altra asportazione di vasi*.

I6.3 Trattamento chirurgico di fistola arteriovenosa cerebrospinale acquisita

Il trattamento chirurgico di fistola arterovenosa va descritto ponendo come intervento chirurgico il codice 39.53 *Riparazione di fistola arteriovenosa*.

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

- Se **cerebrovascolare intracranica** o carotideo-cavernosa:
diagnosi principale: cod. 437.3 *Aneurisma cerebrale senza rottura*;
- Se **cerebrovascolare extracranica**:
diagnosi principale: 442.81 *Aneurisma dell'arteria del collo*;
- Se **spinale**:
diagnosi principale: cod. 447.0 *Fistola arterovenosa acquisita*;
diagnosi secondaria: cod. 336.1 *Mielopatie vascolari*.

I6.4 Trattamento chirurgico di aneurisma di arteria intracranica

Il trattamento chirurgico di aneurisma di arteria intracranica va descritto ponendo come intervento chirurgico il codice 38.81 *Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici* + eventuali altre procedure.

Per la diagnosi si utilizzerà, a seconda della presenza o assenza di emorragia, il codice 430 *Rottura di aneurisma cerebrale congenito SAI* (se con emorragia) o il codice 437.3 *Aneurisma cerebrale senza rottura*.

I6.5 Collocazione e sostituzione di neuro-stimolatore spinale

6.5.1 Ricovero per effettuare il PNE Test (test di elettrostimolazione percutanea di un nervo sacrale):

Diagnosi principale: **Codice dalle categorie 355._, 356._, 357._;**

Diagnosi secondarie:

788.32 *Incontinenza urinaria da sforzo nel maschio* oppure 625.6 *Incontinenza urinaria da sforzo nella donna* oppure 597.81 *Sindrome uretrale SAI* oppure 788.20 *Ritenzione urinaria* oppure 788.0 *Dolore del Sistema Urinario* oppure 788.9 *Dolore vescicale* o altre patologie concomitanti o complicanze della malattia principale;

Intervento chirurgico principale: 04.19 *Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli*.

6.5.2 Ricovero per collocazione di impianto definitivo o re-impianto di stimolatore spinale:

Per la diagnosi principale e le diagnosi secondarie valgono le indicazioni fornite al punto precedente

Intervento chirurgico principale: 03.93 *Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale*.

In caso di collocazione del neurostimolatore per **angina pectoris refrattaria** codificare in diagnosi principale 337.29 *disfunzione riflessa del simpatico di altra sede specificata* ed in secondaria 413._ .

6.5.3 Rimozione di neuro-stimolatore spinale

- Ricovero per rimozione del neurostimolatore spinale (per inefficacia):

Diagnosi principale: V.53.02 *Collocazione, sistemazione di neurostimolatore cervello, sistema nervoso periferico, midollo spinale*,

Diagnosi secondaria: V45.89 *Altro stato post-chirurgico (presenza di neuroregolatore...)*;

Intervento chirurgico principale: 03.94 *Rimozione di neurostimolatore spinale*.

- Ricovero per rimozione del solo elettrodo con mantenimento in situ del neurostimolatore (nel caso di infezioni e/o deiscenze nella sede di impianto dell'elettrodo) o per rimozione di

neurostimolatore spinale con mantenimento in situ dell'elettrodo (nel caso di infezioni e/o deiscenze, decubiti della tasca):

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*.

I6.6 Trattamento chirurgico dei tumori benigni del cranio

Nel trattamento di adenoma dell'ipofisi con approccio chirurgico trans-frontale, usare in prima diagnosi la codifica 22.50 "tumori benigni dell'encefalo", in seconda 22.73 "tumori benigni dell'ipofisi e dotto craniofaringeo"

Fra le procedure usare 07.61 "asportazione parziale dell'ipofisi, per via trans-frontale"

I6.7 Trattamento chirurgico dell'iperidrosi

Diagnosi principale 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del S.N.A.*

Altre diagnosi 780.8 *Iperidrosi*

Intervento chirurgico 05.2_ *Simpatectomia*

I6.8 Trattamento con tossina botulinica

In caso di ricovero per trattamento con tossina botulinica si deve fare riferimento alle seguenti indicazioni di codifica:

- in diagnosi principale va posta la sintomatologia per la quale viene effettuato il trattamento (disfagia, spasmo, paralisi del facciale);
- come intervento/procedura principale va riportato il codice 83.98 *Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli*.

I6.9 Biopsia percutanea di lesione cerebrale

La biopsia percutanea di lesione cerebrale effettuata mediante foro di trapanazione con metodo stereotassico va codificata esclusivamente con il codice: 01.13 *Biopsia [percutanea] [agobiopsia] di lesione cerebrale associato* al codice 01.18 *altre procedure diagnostiche su cervello e meningi*.

I6.10 Interventi di chirurgia oftalmica

6.10.1 Per indicare l'anestesia locale per intervento **non può essere utilizzato** il cod. 10.91 *Iniezione sottocongiuntivale*: ad esempio, nel caso dell'intervento per **cataratta** ne deriverebbe l'assegnazione di un DRG non corretto; inoltre il codice 10.91 non è da utilizzarsi per i trattamenti di profilassi antibiotica e/o antiinfiammatoria in corso di intervento chirurgico.

I codici che identificano i trattamenti di profilassi sono da ricercarsi nel paragrafo 99.2_ *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

6.10.2 Per l'**iniezione retrobulbare** di sostanze terapeutiche va utilizzato il codice 16.91

I6.11 Intervento di sostituzione del cristallino artificiale

In caso di ricovero per rimozione e contemporanea sostituzione di lenti oculari protesiche impiantate vanno utilizzati i seguenti codici:

- a) se la rimozione è dovuta a **complicazioni meccaniche** (ad es. dislocazione):

Diagnosi principale: 996.53 *Complicazioni meccaniche di lenti oculari protesiche*;

- b) se la rimozione non è dovuta a complicazioni meccaniche (ad es. opacizzazione, errato calcolo del cristallino artificiale intraoculare impiantato):

Diagnosi principale: 366.53 *Postumi di cataratta disturbanti la vista*

Diagnosi secondaria: V45.6 *Stati postchirurgici successivi alla chirurgia dell'occhio e dei suoi annessi*.

Sia nel caso a), sia nel caso b) va riportato in diagnosi secondaria il codice V43.1 *Cristallino sostituito con altri mezzi*.

Negli spazi relativi agli interventi vanno riportati i seguenti codici:

Intervento chirurgico principale: 13.71 *Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea*;

Intervento chirurgico secondario: 13.8 *Rimozione di cristallino impiantato*.

I6.12 Interventi oculistici di innesto di limbus e di innesto di membrana amniotica

Trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore: codici di procedura raccomandati: 11.61 *Cheratoplastica lamellare autologa* per l'autotrapianto e 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare* per il trapianto da altro donatore.

Innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale: codice di procedura raccomandato: 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare*.

I6.13 Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto

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

I6.14 Impianto di lipociti per gravi retinopatie

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

12.89 *Altri interventi sulla sclera*

86.69 *Altro innesto di cute su altre sedi*.

I6.15 Impianto di rete contenitiva per il cristallino

Indicare come codice di intervento il 13.9 *Altri interventi sul cristallino*.

Capitolo VII - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (390-459)

Nel capitolo VII sono descritte le malattie relative al sistema circolatorio (categorie 390 – 459) ad eccezione di quelle riferite a condizioni ostetriche, descritte nel capitolo XI, ed a patologie congenite, descritte nel capitolo XIV.

In questo capitolo è necessario prestare particolare attenzione nella scelta dei codici in quanto minime variazioni terminologiche possono orientare verso scelte di codifica differenti e conseguente attribuzione a DRG diversi. Inoltre, comprendendo situazioni complesse e spesso intercorrelate, è fondamentale leggere tutte le note presenti nell'indice alfabetico e nell'elenco sistematico.

D7.1 Reumatismo articolare acuto (categorie 390-392)

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

D7.2 Edema polmonare acuto

Se 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*.

D7.3 Cuore polmonare cronico

In caso di scompenso acuto, va descritto ponendo in diagnosi principale il codice *428.0 insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)* ed in diagnosi secondaria i codici *416.8 altre forme di malattia cardiopolmonare* o *416.9 Malattia cardiopolmonare cronica n.s.*

In assenza di scompenso acuto, i codici *416.8 altre forme di malattia cardiopolmonare* o *416.9 Malattia cardiopolmonare cronica n.s.* vanno inseriti come diagnosi principale e sono da considerare descrittivi sia della patologia polmonare che di quella cardiaca secondaria.

D7.4 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.

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

La categoria 402 (cardiopatía ipertensiva) comprende condizioni in cui esiste una relazione causale tra l'ipertensione e la cardiopatía, mentre nei casi in cui tale relazione causale non è presente è necessario codificare con codici distinti le patologie. Esempio:

- malattia cardiaca congestizia dovuta ad ipertensione codice 402.91

- malattia cardiaca ipertensiva con insufficienza cardiaca congestizia codice 402.91
- malattia cardiaca congestizia con ipertensione codici 428.0 + 401.9.

7.4.1 La categoria 403 (nefropatia ipertensiva) descrive le situazioni cliniche in cui sono presenti sia ipertensione che nefropatia. Il quinto carattere indica la eventuale presenza dell'insufficienza renale; la categoria non include tuttavia l'insufficienza renale acuta.

7.4.2 La categoria 404 (cardioneuropatia ipertensiva) comprende le condizioni in cui sono presenti sia la malattia cardiaca ipertensiva sia la nefropatia.

7.4.3 L'ipertensione che complica la gravidanza, il parto e il puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 (capitolo XI).

D7.5 Infarto miocardico acuto (categoria 410)

E' previsto un quarto carattere per identificare la sede della lesione ed un quinto per specificare l'episodio di assistenza:

-0 episodio di assistenza non specificato (da non utilizzare possibilmente)

-1 episodio iniziale di assistenza. Tale valore deve essere utilizzato anche nel caso di ricoveri di pazienti dimessi con trasferimento presso un'altra struttura per acuti e di ricoveri di pazienti provenienti da altre strutture per acuti e va assegnato indipendentemente dal numero di trasferimenti che il paziente può avere effettuato. Non deve essere impiegato nei casi sottoposti ad interruzione dell'assistenza per acuti (trasferimento in strutture non per acuti o dimissioni a domicilio) perché in tali situazioni va utilizzato il quinto carattere 2

-2 episodio successivo di assistenza. Tale valore va utilizzato per i ricoveri successivi all'episodio iniziale di assistenza ed effettuati entro le otto settimane dall'evento acuto.

D7.5.1 Nei casi di ricoveri effettuati oltre le otto settimane dall'evento acuto deve essere utilizzato il codice *414.8 altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica.*

Se nel corso di un ricovero per infarto si verifica un secondo infarto in una sede differente devono essere codificati entrambi utilizzando il quinto carattere 1 e specificando per ognuno la sede con il relativo quarto carattere.

D7.5.2 Il codice *412 infarto miocardico pregresso* va utilizzato in diagnosi secondaria per i casi in cui siano assenti sintomi e l'indicazione del pregresso infarto sia significativa in termini assistenziali per il ricovero attuale.

D7.6 Angina pectoris

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

D7.7 La **sindrome post-infartuale** si codifica con il codice *411.0.*

D7.8 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.*

D7.9 Lo **shock cardiogeno** va codificato con il codice *785.51.*

D7.10 Ricovero per impianto di pace-maker

Nei casi con diagnosi principale di **sindrome del seno carotideo**, per l'attribuzione del DRG appropriato, va utilizzato il codice *427.89 altre aritmie cardiache specificate* e per le procedure i codici *37.7_ inserzione di elettrodi* e *37.8_ inserzione di pace-maker*.

Per descrivere i casi di ricovero al solo scopo di applicazione di pace-maker, va segnalato in diagnosi principale il codice *V53.31 collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco*.

7.10.1 Nel caso di ricovero per **complicanze (es. malfunzionamento) dovute al pace-maker** in diagnosi principale possono essere segnalati, in base alla causa, i codici: *996.01 complicazioni meccaniche da pace-maker cardiaco*, *996.61 infezione e reazione infiammatoria da pace-maker cardiaco* e *996.72 altre complicazioni da pace-maker*.

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

7.10.2 In caso di **inserzione 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 elettrodi transvenosi in atrio e ventricolo".

7.10.3 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

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

D7.11 Portatori di by-pass, protesi valvolari, pace maker.

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

1) *V43.3 Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi*

2) *V45.01 stimolatore cardiaco in situ*

3) *V45.81 stato postchirurgico di by-pass aortocoronarico*

4) *V 43.4 vaso sanguigno sostituito con altri mezzi (protesi vascolari)*

(7.12 Malattie cerebrovascolari: soppresso)

D7.12 Ictus cerebrale ischemico

I codici da utilizzare per codificare sono il *434.01* e il *434.11* mentre il *434.91* va riservato ai casi in cui non sia stato possibile specificare la natura trombotica o embolica dell'occlusione.

D7.13 Ischemia cerebrale transitoria

Si codifica correttamente utilizzando la categoria 435. I codici della categoria 437 (altre e mal definite vasculopatie cerebrali) possono essere utilizzati per individuare alcune condizioni cliniche quali l'*encefalopatia multi-infartuale (437.1)* e lo *stato lacunare (437.8)*.

D7.14 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 (440.2_) e come procedura il codice 03.93 *collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale*.

7.14.1 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 03.93.

D7.15 Trombosi arterovenosa in dializzato

Utilizzare il codice 996.73 *altre complicazioni da protesi, impianti e innesti vascolari per dialisi renale*, anziché la categoria 444. _*embolie e trombosi arteriose* ed in diagnosi secondaria il codice V56.0 *dialisi extracorporea* se il paziente effettua la seduta di dialisi.

D7.16 Mediastinite post-operatoria e il relativo eventuale intervento chirurgico

Vanno così rappresentati:

Diagnosi principale: 998.59 *Altra Infezione postoperatoria*

Diagnosi secondaria: 519.2 *Mediastinite*

Intervento chir. principale: 34.3 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino*.

I7.1 L'applicazione del **defibrillatore cardiaco a permanenza** va descritta con i seguenti codici :

- Sostituzione o 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 solo elettrodi...*) + 37.96 (*Impianto di solo generatore di impulsi...*) associati
- Sostituzione del solo elettrodo: solo il codice 37.97 (*Sostituzione del solo elettodo....*)
- Sostituzione del generatore di impulsi: codici 37.97 + 37.98 (*Sostituzione del solo generatore di impulsi...*) associati.

I7.2 L'intervento di **crossing associato allo stripping di vene varicose** dell'arto inferiore va codificato utilizzando entrambi i seguenti codici di procedura :

38.59 *Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore*

38.69 *Altra asportazione di vene dell'arto inferiore*

I7.3 L'intervento di **SEPS** (legatura endoscopica di perforanti incontinenti in sede sottofasciale) va descritto utilizzando i seguenti codici di procedura :

38.59 *Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore*

83.09 *Altra incisione dei tessuti molli*

Altri approcci mini-invasivi via catetere venoso (con tecniche laser o simili) vanno codificati con *38.89 altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore*

38.93 altro cateterismo venoso non classificato altrove o 38.99 altra puntura di vena

I7.4 La codifica degli **interventi di TIPSS per shunt venoso intraddominale per via endovasale** prevede i seguenti codici di procedura:

39.1 anastomosi cava e polmonare

38.93 altro cateterismo venoso NIA

I7.5 Le procedure di **angioplastica per via percutanea sui vasi:**

A. Per interventi di **PTCA con l'applicazione di stent** è indicata la seguente associazione di codici:

Intervento chir. principale : *36.0_ di angioplastica coronarica*

Altri interventi *36.06 Inserzione di stent nell'arteria coronarica*

B. Per interventi di **PTA di altri vasi, con l'applicazione di stent**, la codifica è la seguente:

Intervento chir. principale : *39.50 Angioplastica di vaso non coronarico*

Altri interventi *39.90 Inserzione di stent su arteria non coronarica.*

I7.6 Se viene effettuata **brachiterapia** il codice da utilizzare è il 92.29

I7.7 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*. Nel caso che l'impianto abbia richiesto l'utilizzo della sala operatoria, con intervento in anestesia generale, è accettata la codifica di *Altri interventi sui vasi (39.99)*.

I7.8 Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria

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

Capitolo VIII – MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (460-519)

D8.1 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”.

D8.2 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*.

D8.3 Insufficienza respiratoria

Deve essere codificata con il codice 518.81 la forma acuta, con 518.84 la riacutizzazione, mentre la cronica con 518.83.

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 traumi o interventi chirurgici è assegnato il codice 518.5 (*insufficienza polmonare successiva a trauma o intervento chirurgico*).

D8.4 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 519.1 *altre malattie della trachea e dei bronchi, non classificate altrove* e tra le diagnosi secondarie del codice 240.0 *gozzo specificato come semplice*, (o altra causa di compressione).

D8.5 Sindrome dell'Apnea Notturna

Se non sottoposti ad intervento chirurgico, vanno descritti utilizzando come codice di diagnosi 496 *Ostruzioni croniche delle vie respiratorie non classificate altrove*, mentre i casi sottoposti ad intervento chirurgico di ugulofaringoplastica vanno descritti utilizzando i seguenti codici :

Diagnosi principale : 528.9 *Altre e non specificate malattie dei tessuti molli orali*

Intervento chirurgico: 27.99 *Altri interventi sulla cavità orale*.

8.5.1 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*.

I8.1 Pazienti laringectomizzati: inserimento di protesi fonatoria

Vanno così descritti: Diagnosi principale 478.79 *Altre malattie della laringe* Intervento chirurgico 31.69 *Altra riparazione della laringe*.

I8.2 Applicazione di stent tracheali e bronchiali

Il codice da utilizzare è il 31.99 *altri interventi sulla trachea* e per gli stent bronchiali il codice 33.98 *altri interventi sui bronchi*.

18.3 Termoablazione di lesione neoplastica polmonare

Indicare come diagnosi principale il tumore o la metastasi trattata. Per le procedure codificare come segue:

codice 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore;*

codice 32.29 *altra asportazione o demolizione locale di tessuto o lesione polmonare*

Capitolo IX - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE (520-579)

Per gran parte delle patologie descritte in questo capitolo va utilizzata la quinta cifra per cui la codifica richiede particolare attenzione.

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

D9.1 Colica addominale

In assenza di una formulazione diagnostica più precisa si utilizza il codice 789.0_ *dolore addominale* (con la quinta cifra che indica la sede anatomica) del capitolo XVI Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti. Altrimenti, ad esempio, in caso di colica epatica con presenza di calcoli biliari il codice appropriato va ricercato all'interno della categoria 574 colelitiasi (senza necessità di codificare il sintomo colica); se non vi è, invece, dimostrazione di calcoli, utilizzare la sottocategoria 789.0_ *dolore addominale*, indicando la sede anatomica mediante la quinta cifra.

D9.2 Occlusione intestinale

Nel caso in cui la Occlusione Intestinale non sia descrivibile con i codici della categoria 560, ma sia dovuta ad altra causa, codificare per prima la patologia di base e come seconda i codici 560.9 o 560.1

D9.3 Insufficienza epatica

E' preferibile codificare in diagnosi principale la causa che ne è alla base **evitando, ove possibile, di utilizzare il codice 573.8 Altri disturbi epatici specificati** richiamato dall'indice alfabetico.

D9.4 Emorragia gastrointestinale

Va codificata la causa dell'emorragia (es. *ulcera duodenale acuta con emorragia, senza ostruzione 532.00*). Solo nei casi per i quali non è stata determinata la causa utilizzare in diagnosi principale il codice della manifestazione clinica: 578.0 *ematemesi* o 578.1 *melena o rettorragia*.

D9.5 Sanguinamento di varici esofagee

Codificare per prima la malattia di base (cirrosi epatica). Esempio:

diagnosi principale 571.2 *cirrosi epatica alcolica*; altre diagnosi 456.20 *varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove*.

I casi di varici esofagee che non rientrano nel suddetto punto vanno codificati ponendo in diagnosi principale il codice 456.0 *Varici esofagee con sanguinamento*.

Quando non è provocata da varici esofagee *l'emorragia dell'esofago* deve essere codificata con il codice 530.82.

D9.6 Steatosi epatica non alcolica

Deve essere codificata con il codice 571.8 *altra epatopatia cronica non alcolica*.

D9.7 Epatiti croniche

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

Nella categoria 571 sono inoltre comprese le diverse forme di *cirrosi*, tra cui quella *post epatitica* (571.5).

D9.8 Ulcera del moncone in gastroresecato

Ricorrere alla categoria 534 Ulcera gastrodigiunale.

D9.9 Complicazioni da colostomia ed enterostomia

Vanno descritte con le sottoclassificazioni specifiche relative alla sottocategoria 569.6_ *complicazioni da colostomia ed enterostomia*.

D9.10 Per alcune situazioni cliniche relativamente frequenti di **displasia epiteliale** di grado grave o severo, istologicamente accertata, si ricorre all'uso dei codici della categoria 230 carcinomi in situ degli organi digerenti.

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

I9.1 Trattamento di termoablazione , chemioembolizzazione o di alcolizzazione di tumore epatico

Indicare come diagnosi principale il tumore o la metastasi trattata. Per la codifica delle procedure utilizzare:

- Per la chemioembolizzazione 99.25 (*iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*) + 50.94 (*altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato*) + 38.91 *cateterismo arterioso*;
- Per l'alcolizzazione 99.29 (*iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*) + 50.94 (*altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato*) ; per la termoablazione 99.85 (*ipertermia per il trattamento di tumore*).
- Per la termoablazione 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*; 50.29 *altra demolizione di lesione epatica*

I9.2 Inserimento di stent nelle vie biliari

Nel caso di approccio laparoscopico codificare: 51.98 *altri interventi percutanei sul tratto biliare* + 54.21 *laparoscopia* (oppure 51.99 *altri interventi sulle vie biliari*);

in caso di approccio percutaneo codificare 51.99 *altri interventi sulle vie biliari* + 87.51 *colangiografia epatica percutanea*;

nel caso di intervento per via endoscopica codificare: 51.87 *inserzione endoscopica di tubo nel dotto biliare* + 51.11 *colangiografia retrograda endoscopica*.

I9.3 Rimozione del tubo di Kehr

Si codifica con il codice 51.95 *rimozione protesi del dotto biliare*.

19.4 La codifica dell'intervento per emorroidi con **tecnica di Longo** richiede l'utilizzo del codice di procedura *49.99 altri interventi sull'ano*.

Nota: a pag. 947 è stato omesso per errore il codice 51.11 colangiografia retrograda endoscopica ed alla pagina seguente il codice 51.88 rimozione endoscopica di calcoli del tratto biliare

Capitolo X - MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO (580-629)

Le patologie dell'apparato genitourinario femminile collegate alla gravidanza sono trattate nel capitolo XI.

D10.1 Insufficienze renali acute e croniche

E' particolarmente importante non fare riferimento all'indice alfabetico in quanto errato.

L'insufficienza renale acuta si codifica con i codici della categoria 584 ad esclusione di quella post-operatoria per la quale va utilizzato il codice *997.5 complicanze urinare, non classificate altrove*.

D10.2 Colica renale

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

D10.3 Nefropatia diabetica

Va codificata con *250.4_ diabete con complicanze renali*, specificando, con un codice aggiuntivo di questo capitolo, la patologia renale associata al diabete, esempio *nefrosi diabetica 581.81*.

D10.4 Macroematuria

Il codice da utilizzare è il *599.7 ematuria*, per la microematuria il codice *791.2 emoglobinuria*.

D10.5 Incontinenza urinaria

Il sintomo incontinenza urinaria da sforzo (625.6), incontinenza mista (788.33) o incontinenza da urgenza (788.31) va posto in DP nel caso in cui sia il solo elemento che determina la procedura chirurgica.

In tutti i casi in cui sia presente un cistocele (618.0), un prollasso utero-vaginale (618.2 incompleto, 618.3 completo) associati ad incontinenza, la patologia ginecologica va posta in DP e il sintomo incontinenza in DS.

L'intervento di colposospensione 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).

D10.6 Rene escluso

Si possono utilizzare: il codice *58.89 Patologie non specificate, causate da ridotta funzione renale* o il codice *59.39 patologia specificata del rene e dell'uretere*

I10.1 Nel caso di ricovero per **prelievo di rene (nephrectomia)** da donatore vivente in diagnosi principale va utilizzato il codice *V59.4 donatori di rene*.

I10.1 Per codificare la inserzione di **stent ureterale** utilizzare il codice *56.99 altri interventi sull'uretere* + la eventuale cateterizzazione ureterale *59.8* o la ureterotomia *56.2*

I10.2 Correzione di varicocele

- L'intervento tradizionale mediante legatura dei vasi spermatici è identificato dal codice *63.1 Asportazione di varicocele*.
- Tecniche innovative eseguite mediante sclerosi per via anterograda o retrograda sono identificate dall'uso combinato dei seguenti codici:
63.1 Asportazione di varicocele + 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche.
- Nel caso sia utilizzata la via retrograda deve essere segnalato anche il codice *88.67 flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specifiche*.

I10.3 L'intervento di correzione di **fimosi** deve essere codificato con il codice *64.0* come procedura principale evitando l'utilizzo improprio del codice *64.91* che individua l'esecuzione di una diversa specifica procedura chirurgica (plastiche di slittamento del prepuzio) ed il codice *64.93* liberazione di sinechie peniene.

Capitolo XI - COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO (630-677)

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

Per numerose condizioni morbose, infettive e non, classificate in altri capitoli del volume, devono essere utilizzati i codici specifici del capitolo XI quando sono associate alla gravidanza.

Il capitolo va consultato attentamente, con particolare riferimento alle note di inclusione e di esclusione poste al di sotto della categoria di codici selezionati.

D11.1 La categoria **637** (aborto non specificato) va utilizzata con molta cautela e solo per i casi realmente incerti.

D11.2 Per le categorie **640-648** (complicazioni principalmente correlate alla gravidanza), **650-659** (parto e altre indicazioni per ricovero in gravidanza, travaglio e parto), **660-669** (complicazioni che avvengono principalmente nel corso del travaglio e del parto), **670-677** (complicazioni del puerperio) la quinta cifra connota l'attuale episodio di ricovero rispetto a quello in cui avviene il parto:

0 episodio di assistenza non specificato

1 **parto**, con o senza menzione della condizione antepartum

2 **parto**, con menzione della condizione postpartum

3 condizione o complicazione antepartum, **senza parto** in questo ricovero

4 condizione o complicazione postpartum, **senza parto** in questo ricovero

Porre particolare attenzione alla selezione della quinta cifra: la quinta cifra zero, che descrive in modo specifico la condizione o l'episodio di cura, non va assolutamente utilizzata per codificare la SDO perché il DRG assegnato non è corretto.

In caso di procedure di sedo-analgesia è essenziale codificare la procedura utilizzata (ad es. 03.91 *iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia*)

D11.3 Il codice **650** individua il parto completamente normale in soggetti che non presentano nessuna complicazione legata o meno alla gravidanza (vedi nota esplicativa posta sotto al codice) e può essere impiegato soltanto in diagnosi principale, mai associato ad altri codici del capitolo XI.

D11.4 Le categorie dal **651 al 669** descrivono le condizioni o le complicazioni del parto da utilizzare in diagnosi principale e naturalmente anche come diagnosi secondarie quando ne siano presenti più di una.

D11.5 I codici della sottocategoria **669.7_ taglio cesareo senza menzione dell'indicazione** vanno utilizzati il meno possibile dal momento che manca la segnalazione clinica della motivazione.

Possono essere impiegati nei casi in cui il ricorso al cesareo è dovuto ad una precisa volontà della donna. Tale decisione va espressamente riportata in cartella clinica.

D11.6 Si ricorda che per **ogni ricovero che esiti in parto** si deve riportare tra le diagnosi secondarie il codice V27._ che ne segnala l'esito.

Inoltre è **indispensabile codificare le procedure o gli interventi effettuati** (esempio assistenza manuale al parto) perché in assenza di tali codici non viene attribuito il DRG appropriato di parto.

D11.7 Per i casi in cui il **parto è avvenuto fuori dal presidio ospedaliero** 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 specifici del capitolo XI.

D11.8 Condizioni infettive della madre complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio

Fare riferimento alla categoria **647**. Ad esempio in caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio di una paziente con infezione da HIV, in diagnosi principale utilizzare un codice della sottocategoria *647.8_ altre malattie infettive e parassitarie* e tra le diagnosi secondarie, il codice specifico *042* dell'infezione da HIV ed i codici delle eventuali patologie ad essa correlata.

D11.9 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*.

I11.1 Il parto con **anestesia epidurale** viene descritto riportando nelle procedure il codice 03.91 *iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia*

Regole di codifica Scheda di Dimissione Ospedaliera per la IVG farmacologica :

1. Dimissione al termine del ciclo assistenziale in regime di ricovero ordinario: **diagnosi** – 635.92 *Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, completo*; **procedura** – 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche* (somministrazione RU 486); eventuali altre procedure quali: 96.49 *somministrazione di prostaglandine e/o* 69.51 *Raschiamento dell'utero mediante aspirazione per interruzione di gravidanza* o 69.01 *Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza*.
2. Dimissione volontaria della utente, prima della conclusione del ciclo assistenziale: **diagnosi principale** 669.03 *Sofferenza materna, condizione o complicazione antepartum* e in **1° diagnosi secondaria** V 61.7 *gravidanza indesiderata*; **procedura** – 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche* (somministrazione RU 486).
3. Dimissione dopo nuovo ricovero, sia presso la stessa Struttura che in altra, con anamnesi positiva di somministrazione di RU: **diagnosi** – 635.92 *Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, completo*; **procedura** 96.49 *Altra instillazione genitourinaria (applicazione o supposta prostaglandinica)* +/- 69.51 *raschiamento dell'utero mediante aspirazione per interruzione gravidanza* o dilatazione o +/- 69.01 *Raschiamento per interruzione di gravidanza*.

Capitolo XII - MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTO CUTANEO (680-709)

Questo capitolo non presenta particolari difficoltà per la descrizione dei casi e tratta le patologie della cute, del tessuto sottocutaneo, delle unghie, delle ghiandole sudoripare e sebacee. Sono escluse le forme congenite (capitolo XIV) e le neoplasie (capitolo II).

D12.1 Le **manifestazioni cutanee dovute ad avvelenamento** (ad esempio un effetto nocivo dovuto ad una sostanza tossica o ad una dose eccessiva di un farmaco) vanno codificate utilizzando i codici delle categorie 960 – 979 del capitolo XVII in prima diagnosi e segnalando in diagnosi secondaria il codice specifico delle categorie 680 – 709 di questo capitolo.

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 penicillina*

diagnosi secondaria *693.0 dermatite da farmaci*

I12.1 Per codificare la **rimozione di nodulo mammario** va impiegato il codice *85.21 asportazione locale di lesione della mammella*.

I12.2 Asportazione estensiva successiva a diagnosi di Melanoma

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

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: *864 asportazione radicale di lesione della cute + eventualmente 8674 trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi + eventualmente 403 asportazione di linfonodi regionali*

I12.3 Interventi su cute e sottocute

Relativamente ai codici di procedure 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 non è conseguente allo strumento utilizzato (laser, criochirurgia, bisturi...) ma all'estensione e profondità della exeresi eseguita

Capitolo XIII - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEO-MUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO (710 – 739)

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

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

D13.1 Sindrome da Allettamento

Questa sindrome va codificata con il codice 728.2 "Decadimento muscolare ed atrofia da inattività non classificati altrove".

D.13.2 Malattia di Dupuytren

Il codice di questa malattia é il 728.6 "Contrattura della fascia palmare".

D.13.3 Fratture patologiche

Il codice 733.1_ "Frattura patologica" va utilizzato con attenzione. Se la frattura rappresenta un elemento secondario in un quadro clinico dominato dalla malattia di base, si deve selezionare come diagnosi principale la patologia primaria (ad esempio un tumore) e riportare la frattura patologica tra le diagnosi secondarie. Quando invece la frattura ha richiesto realmente la quota maggiore di risorse (ad esempio in relazione ad un intervento chirurgico) si codificherà in modo inverso.

D13.4 Rabdomiolisi

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

I.13.1 Intervento chirurgico di revisione e sostituzione di anca o di ginocchio

In caso di sostituzione di protesi di anca o di ginocchio il codice di procedura (81.53 oppure 81.55) è comprensivo sia della revisione che della contemporanea sostituzione. Dal 1/1/2004 tali codici daranno sempre il DRG 209, ma l'importo sarà diversificato dai casi di impianto (stesso DRG).

I.13.2 Intervento di autotrapianto di cartilagine del ginocchio in artroscopia

- 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)

I.13.3 Intervento per lussazione ricorrente di spalla

In caso di intervento invasivo codificare la procedura 81.82 *riparazione di lussazione ricorrente di spalla*

In caso di approccio artroscopico codificare come prima procedura 81.83 *altra riparazione di spalla* e in seconda 80.21 *artroscopia spalla*

I.13.4 Onde d’urto per calcificazioni patologiche

Per la procedura, utilizzare il codice 98.59 *Litotripsia extracorporea di altre sedi*

Capitolo XIV - MALFORMAZIONI CONGENITE (740-759)

Le malformazioni congenite sono classificate nel capitolo 14 (740-759) della ICD-9-CM. Altre condizioni di origine perinatale, comprese alcune condizioni specificate come congenite, sono descritte nel capitolo 15 (760-779), che include anche i traumi ostetrici classificati con la categoria 767.

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

L'età del paziente non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo 14; le patologie descritte in tale capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età. Alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita. Inoltre, molte condizioni non possono essere risolte, permanendo per tutta la vita del paziente. Va comunque sempre ricordato, prima di utilizzare i codici di questo Capitolo in diagnosi principale, di prendere in esame il/i motivo/i del ricovero e la condizione che ha assorbito il maggior numero di risorse.

REGOLE SPECIFICHE di CODIFICA

Alcuni codici in questo Capitolo danno origine a DRG "impropri" se utilizzati in diagnosi principale al di là del periodo neonatale. Se, infatti, la quasi totalità delle diagnosi correlano con appropriati MDC di sistema o apparato, alcuni codici elaborano, ad esempio, il DRG 390 (NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE), indipendentemente dall'età del paziente. Nello specifico i seguenti:

758.9 (*Condizioni dovute ad anomalie di cromosomi non specificati*)

759.7 (*Anomalie congenite multiple, così descritte*)

759.81 (*Sindrome di Prader-Willy*)

759.83 (*Sindrome della X fragile*)

759.89 (*Altro*)

759.9 (*Anomalie congenite, non specificate*)

758.5 (*altre condizioni dovute ad anomalie autosomiche*)

Relativamente ai codici .9 e, in questo caso, al 759.7, si richiama quanto detto nelle regole generali di codifica, riguardo all'utilizzo di codici aspecifici. E' comunque opportuno evitare l'utilizzo di tutti i sopra elencati codici in diagnosi principale **per soggetti di età superiore all'anno di età**. In alternativa dovrà essere codificata come prima diagnosi la affezione o la malformazione più rilevante. Ciò è particolarmente importante qualora la malformazione congenita abbia richiesto un intervento chirurgico nel corso del ricovero, in quanto i codici di cui sopra in diagnosi principale elaborano comunque il DRG 390, non un DRG chirurgico.

In caso di controllo clinico in soggetto senza patologia importante, utilizzare un codice della categoria V7_, codificando la situazione specifica come diagnosi secondaria.

Altrettanto dicasi per il codice 758.5 (*Altre condizioni dovute ad anomalie autosomiche*), che invece elabora il DRG 467 (Altri fattori che influenzano lo stato di salute), considerato ad alto rischio di inappropriatezza.. Anche in questo caso dovrà essere codificata come prima diagnosi la affezione o la malformazione più rilevante.

La malformazione rilevata alla nascita viene indicata come diagnosi principale nella SDO del neonato, relativa al ricovero contestuale all'evento nascita, esclusivamente se essa ha richiesto un

intervento chirurgico correttivo. Le malformazioni vanno altrimenti codificate in diagnosi secondaria, e soltanto quando esse siano significative, cioè influenzino il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.

Condizioni Specifiche

D14.1 Criptorchidismo (752.51 Testicolo non disceso - 752.52 Testicolo retrattile)

Codificare la diagnosi di ernia (e la relativa procedura) solo se la condizione è clinicamente evidente.

D14.2 Reflusso vescico – ureterale

Codificare come prima diagnosi 593.7_ , eventualmente come secondarie 753.4 (*Altre anomalie specificate dell'uretere*) e/o 753.15 (*Displasia renale*).

D14.3 Malformazioni muscolo – scheletriche di origine meccanica in gravidanza

Alcune malformazioni muscolo-scheletriche da malposizione sono classificate nella Categoria 754_ ; se invece l'anomalia è legata a traumi alla nascita, occorre utilizzare i codici della Categoria 767_ (traumi Ostetrici del Capitolo 15)

D14.4 Atresia esofagea / fistola esofago – tracheale

750.3 Fistola tracheo - esofagea, atresia esofagea e stenosi

Utilizzare solo quando la malformazione non è ancora stata corretta chirurgicamente; in trattamenti successivi (dilatazioni) in prima diagnosi 997.4 (Complicazioni gastrointestinali, NCA), in diagnosi secondaria 750.3, con eventuali procedure endoscopiche.

D14.5 Idrocele congenito

Al di là del periodo neonatale, non utilizzare il codice 778.6, ma uno dei codici 603._

Capitolo XV – ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE di ORIGINE PERINATALE (760-779) e codifica del neonato

Le malattie classificate nel capitolo 15 hanno origine nel periodo perinatale (intrauterino e nei 28 giorni successivi alla nascita), ma possono manifestarsi anche in epoche successive. **I codici diagnostici di questo settore possono essere utilizzati solo per i bambini ricoverati entro il primo anno di vita.**

Per la codifica di patologie neonatali occorre, quindi, utilizzare i codici specifici di questo Capitolo ogni volta che siano previsti; solo in loro assenza potranno essere usati codici appropriati di altri settori.

- *Esempi:*

- *frattura di clavicola (trauma ostetrico): NON 810._ (frattura della clavicola), MA 767.2 (Traumatismo ostetrico, frattura della clavicola)*
- *Convulsione neonatale: NON 780.3_ (Convulsioni), MA 779.0 (Convulsioni nel neonato)*
- *Dermatite impetiginizzata in neonato: 684 (Impetigine, nel Capitolo XII “Malattie della pelle e tessuto connettivo)*

Codifica del neonato (ricovero con evento nascita)

I codici da V30 a V39 riportati come **diagnosi principale**, identificano tutte le nascite avvenute in ospedale o immediatamente prima del ricovero; **non devono essere riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture per specifiche cure) né sulla SDO della madre.**

I codici da V30 a V39, quindi, devono essere riportati comunque come diagnosi principale, nelle SDO di ricovero che comprendano l'evento nascita, indipendentemente se il neonato è prematuro o a termine, se è sano o patologico. Si sconsiglia l'utilizzo dei codici V33, V37 e V39 in quanto non specifici.

Eccezione a questa regola è il caso di neonato, con evento nascita nel medesimo ricovero, sottoposto ad intervento chirurgico per patologia malformativa o intercorrente: in questi casi la codifica sopra-riportata elaborerebbe infatti un DRG neonatale (385-390), non rendendo ragione del “consumo di risorse”. In questi casi i codici da V30_ a V39_ vanno inseriti tra le diagnosi secondarie.

Nota bene: si ricorda che la Regione Toscana, nella normativa relativa alle regole ed alle codifiche da utilizzare nei flussi informativi relativi ai ricoveri ospedalieri, ha introdotto una ulteriore informazione specifica per il neonato, individuando le seguenti definizioni:

“Neonato sano”

“Neonato non sano”

“Neonato proveniente da altro Istituto di ricovero e cura”

Tale informazione è di pertinenza specifica del pediatra-neonatologo, in base al decorso clinico intra-ospedaliero e non allo stato alla dimissione. Pertanto il giudizio di “neonato sano” da parte del pediatra è compatibile anche con la segnalazione, tra le Diagnosi Secondarie, di alcune patologie riscontrate durante il ricovero, che siano ormai risolte o in via di risoluzione, o di natura tale comunque da non rappresentare un problema clinico significativo.

In particolare la definizione di “neonato sano” deve essere attribuita a tutti i neonati nei quali la osservazione clinica e le eventuali indagini diagnostiche routinarie, in caso di potenziale patologia a trasmissione materno-fetale, hanno dato esito negativo.

REGOLE SPECIFICHE di CODIFICA

I codici delle categorie 760-763 (cause materne di morbilità e mortalità perinatale) possono essere utilizzati 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.

Sempre fatto salvo quanto precisato più sopra relativamente al ricovero del neonato “con evento nascita”, quando la condizione della madre ha provocato nel neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle sottocategorie 760._ - 763._ ; ad esempio, se il diabete materno ha provocato un'ipoglicemia nel neonato, quest'ultima viene identificata con il codice 775.0 *Sindrome del neonato di madre diabetica*.

Condizioni Specifiche

D15.1 Basso peso per l'età gestazionale – Malnutrizione fetale: (Categoria 764._ _ Basso peso per l'età gestazionale con / senza menzione di malnutrizione fetale / Malnutrizione fetale senza menzione di “basso peso”)

I codici che meglio definiscono il difetto di crescita fetale sono 764.1_ *Peso basso per l'età gestazionale, con segni di malnutrizione fetale* : in questa sottoclassificazione rientrano i bambini che, alla nascita hanno un peso inferiore al 10° percentile.

D15.2 Prematurità (Categoria 765._ _Prematurità, immaturità e basso peso alla nascita)

Seguire le indicazioni nelle “Note” delle sotto categorie 765.0_ e 765.1_

D15.3 “Sofferenza” perinatale (Categoria 768._Ipossia intrauterina e asfissia alla nascita)

Per formulare diagnosi di “sofferenza” fetale ed asfissia, e di conseguenza assegnare un codice appropriato, non è sufficiente la segnalazione di un basso indice di Apgar, un liquido meconiale e/o decelerazioni nella frequenza cardiaca in travaglio, ma occorre un'attenta valutazione del neonatologo sulla presenza di indicazioni rilevabili e documentate nella cartella clinica.

- I codici 768.0 e 768.1 (morte fetale) non devono essere utilizzati nella SDO, in quanto non pertinenti
- E' da evitare l'utilizzo dei codici 768.2 , .3, .4 come diagnosi esclusive, in quanto descrivono problemi in travaglio ed al momento espulsivo. Essi devono essere associati alla codifica di altre patologie specificamente presentate dal neonato.
- In diagnosi principale, in caso di ricovero senza evento nascita, sono accettabili, anche come singola codifica, i codici 768.5 e 768.6

D15.4 Distress Respiratorio, Malattia delle Membrane Ialine, Aspirazione di liquido amniotico, altri problemi respiratori neonatali

769 Sindrome da distress respiratorio

770.1 Sindrome da aspirazione neonatale

770.6 Tachipnea transitoria del neonato

770.8 Altri problemi respiratori del neonato

Il codice **769** descrive una grave patologia respiratoria neonatale che necessita di elevato livello assistenziale (ventilazione assistita) ; deve essere riservato :

- • alla Malattia delle Membrane Ialine di terzo e quarto stadio,
- all'Ipertensione Polmonare Primitiva,
- alla severa Sindrome da Distress Respiratorio (RDS).

Per i distress respiratori lievi o moderati (ad esclusione della Tachipnea transitoria o Sindrome del Polmone “umido” codificabile con il 770.6 *Tachipnea transitoria del neonato* e la Aspirazione di liquido amniotico [*Sindrome da Aspirazione neonatale*, codice 770.1]) si consiglia di utilizzare il codice **770.8** *Altre condizioni morbose respiratorie dopo la nascita*.

Per motivi statistici ed epidemiologici si da indicazione di usare il codice **769** come diagnosi principale nella Malattia delle Membrane Ialine di terzo e quarto stadio e come diagnosi secondaria in tutti gli altri casi.

D15.5 Apnea e/o Cianosi neonatale

Codificare con 770.8 *Altre condizioni morbose respiratorie dopo la nascita*

D15.6 Displasia bronco-polmonare

770.7 Malattia respiratoria cronica insorta nel periodo neonatale

E' accettabile il suo utilizzo in diagnosi principale solo sotto l'anno di vita. Successivamente va codificata l'affezione acuta, lo scompenso acuto (518.82) o la insufficienza respiratoria acuta, acuta-su-cronica e cronica (518.81), utilizzando il 770.7 in diagnosi secondaria.

D15.7 Infezioni specifiche del periodo neonatale – Infezioni a trasmissione materno-fetale

15.7.1 771.0 Rosolia congenita

771.1 Infezione congenita da CMV

771.2 Altre Infezioni congenite, specifiche del periodo neonatale

A) Ricovero con “evento nascita”

- Ricovero senza accertamenti à V3_._
- Ricovero con accertamenti negativi à V3_._ + V29.0
- Ricovero con neonato sintomatico e/o accertamenti sierologici (IgM o PCR virale) positivi e/o terapia à V3_._ + utilizzare i codici appropriati (77._) + 760.2 *Malattie infettive e parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o neonato* (+ eventualmente il codice relativo alla infezione specifica (se in diagnosi principale 771.2 *altre infezioni congenite, specifiche del periodo neonatale*))

B) Ricovero successivo in periodo neonatale (< 28 gg.)

- Ricovero con accertamenti negativi, neonato asintomatico, senza terapia à V29.0 + V01._ (o V02._) + 760.8 *Malattie infettive e parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o neonato*
- Ricovero per accertamenti positivi, osservazione, con eventuale terapia, in neonato sintomatico o asintomatico: utilizzare i codici appropriati (77._) + eventualmente il codice relativo alla infezione specifica (se in diagnosi principale 771.2)

Nel caso di manifestazioni a lungo termine delle infezioni connatali, si sconsiglia di utilizzare questi codici in diagnosi principale, riportando invece come prima diagnosi la manifestazione clinica più rilevante. Gli stessi codici possono essere utilizzati, per completare la descrizione del caso, tra le diagnosi secondarie.

15.7.2 Nato da madre affetta da Epatite

1. Epatite B:

A) Ricovero con “evento nascita”

- a) Neonato sano da madre HBsAg + : V3._. (la somministrazione di gammaglobuline iperimmuni e la vaccinazione non comportano assegnazione di codici ulteriori)
- b) Neonato da madre con Epatite B acuta in gravidanza: **se sintomatico** V3._. + 771.2 *Altre infezioni congenite specifiche del periodo neonatale* e un codice della categoria 070_ *Epatite virale*, oppure
- **se asintomatico** V3._. + 760.2 *Malattie Inf. o Parass. della madre con ripercussioni sul feto o neonato* + V02.6 *Portatore o sospetto portatore di epatite virale*

B) Ricovero successivo in periodo neonatale (< 28 gg.)

Commento: evenienza improbabile, legata a mancata sierovaccinoprofilassi alla nascita.

- a) Ricovero con accertamenti negativi, neonato asintomatico à V29.0 + 760.2 *Malattie Inf. o Parass. della madre che hanno ripercussioni sul feto o neonato* + V02.6 *Portatore o sospetto portatore di epatite virale*
- b) Neonato sintomatico, HBsAg +: 771.2 *Altre infezioni congenite specifiche del periodo neonatale* e, in diagnosi secondaria un codice delle sottocategorie 070.2_ o 07.3_ *Epatite virale B*

2. Epatite C:

A) Ricovero con evento nascita

Commento: secondo i protocolli nazionali e regionali non sono opportune, perché non sufficientemente sensibili e specifiche, indagini sierologiche o virologiche al neonato “sano” prima del compimento del 1° mese.

- a) Neonato sano da madre HCV +: V3._.
- b) Neonato sintomatico: V3._. + 771.2 *Altre Infezioni congenite specifiche del periodo neonatale* + un codice della sottocategoria 070.4_ o 070.5_ *Altre Epatiti virali*

B) Ricovero successivo in periodo neonatale (< 28 gg.)

- a) Ricovero con accertamenti, neonato asintomatico à V29.0 *Osservazione per sospetto di condizione morbosa infettiva* + 760.2 *Malattie Inf. o Parass. della madre con ripercussioni sul feto o neonato* + V02.6 *Portatore o sospetto portatore di epatite virale*
- b) Neonato sintomatico: 771.2 *Altre Infezioni congenite* + un codice della sottocategoria 070.4_ o 070.5_

15.7.3 Neonato da madre HIV positiva o affetta da AIDS conclamato

Commento: secondo il protocollo regionale non sono opportune, perché non sufficientemente sensibili e specifiche, indagini sierologiche o virologiche al neonato “sano” prima del compimento del 1° mese.

- a) se il neonato è PCR-negativo: V01.7 (*Contatto con o esposizione ad altre malattie virali*) + V29.0, (V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”).
- b) se il neonato è PCR-positivo, asintomatico: utilizzare in diagnosi principale il codice 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato*, e, in diagnosi secondaria il codice V08 *Stato infettivo asintomatico da virus dell'immunodeficienza umana (HIV)* (V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”)
- c) Neonato sintomatico: 771.2 (*Altre infezioni congenite specifiche del periodo neonatale*) + 042 (*Malattia da virus HIV*) (V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”)

- d) Se al neonato sono state richieste indagini sierologiche aspecifiche (ELISA), positive: V01.7 *contatto con o esposizione ad altre malattie virali* + 795.7 (*prove sierologiche NS del virus HIV*) (+ V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”)

15.7.4 Nato da madre con varicella in gravidanza (insorgenza nella madre 5 gg prima o 2 gg dopo il parto)

Ricovero con isolamento ed osservazione, monitoraggio infettivologico e profilassi e/o trattamento: 771.2 *Altre infezioni congenite, specifiche del periodo perinatale* (V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”)

D15.8 Nato da madre con tampone positivo per Strep. Gruppo B

Ricovero con segni **clinici** e/o lab. indicativi di infezione, con trattamento parenterale à 771.8 (*Altri tipi di infezione specif. periodo neonatale*) [+ 038.0 (*Setticemia streptococcica*)] + 760.8 (*Altre condiz. materne specif. con ripercussioni sul feto*) (V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”).

- Ricovero con tamponi positivi, monitoraggio infettivologico, terapia à 760.8 (*Altre condiz. materne specif. con ripercussioni sul feto.*) + V02.5 (*Portatore o portatore sospetto di altre mal. Batteriche specif.*). (V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”).
- Ricovero per osservazione, tamponi e indagini Lab. negative, profilassi antibiotica à V3._. associato a V29.0

Commento: questa logica di codifica è valida anche per le forme precoci e tardive di sepsi di origine perinatale (escluso naturalmente il codice relativo all'agente etiologico)

D15.9 Neonato da madre con Prematura Rottura delle Membrane

Ricovero con segni **clinici** e/o lab. indicativi di infezione, con trattamento parenterale à V3._. + 771.8 (*Altri tipi di infezione specif. periodo neonatale*) + 761.1 *Rottura prematura delle membrane con ripercussioni sul feto o neonato*

Ricovero con tamponi positivi e PCR negativa – monitoraggio infettivologico ed profilassi antibiotica: V3._. + 761.1 *Rottura prematura delle membrane con ripercussioni sul feto o neonato*

Ricovero con osservazione clinica – tamponi e PCR non eseguiti o negativi: V3._. + V29.8

D15.10 Neonato da madre con patologia gravidica (diabete, gestosi, piastrinopenia, ipertiroidismo ...)

Ricovero senza accertamenti: V3._.

15.10.1 Nato da Madre diabetica o Diabete gravidico

Ricovero con glicemie seriate negative ed osservazione: V3._. + V29.8 + 775.0 *Sindrome del neonato di madre diabetica*

Ricovero con sintomi/reperti anomali/terapia: V3._. + utilizzare il codici specifico (775.0 + eventualmente 779.0 *Convulsioni nel neonato*)

15.10.2 Nato da Madre con gestosi sintomatica

Ricovero con neonato asintomatico ed indagini seriate negative: V3._. + V29.8 + 760.0 (*Disturbi ipertensivi che hanno ripercussioni sul feto e sul neonato*)

Ricovero con sintomi/reperti anomali/terapia: V3._.+ utilizzare i codici specifici + 760.0

15.10.3 Nato da Madre piastrinopenica

Ricovero con neonato asintomatico ed indagini seriate negative: V3_._ + V29.8 + V78.8 (*Esame per l'individuazione di altri disturbi del sangue e organi emopoietici*)

Ricovero con sintomi/reperti anomali/terapia: V3_._ + 776.1 *Trombocitopenia transitoria del neonato*

15.10.4 Nato da Madre con patologia tiroidea

Ricovero con neonato asintomatico ed indagini negative: V3_._ + V29.8 + V77.0 (*Esame per l'individuazione di disturbi della tiroide*)

Ricovero con sintomi/reperti anomali/terapia: V3_._ + 775.3 *Tireotossicosi neonatale* (o 775.8 altri disturbi endocrini e metabolici transitori del neonato)

D15.11 Ittero neonatale (Categoria 774._)

In caso di ittero con valori di BT > 17 mg/dL senza patologia di base specificata, che comunque ha richiesto indagini etiopatogenetiche ed assistenza significativa, è indicato l'utilizzo del codice 774.1. L'ittero "fisiologico" o comunque con BT < inferiore, anche se il neonato è stato sottoposto a fototerapia, va codificato con i codici 774.30 o 774.6.

Nel caso di ricovero successivo all'evento nascita per ittero prolungato, in assenza di patologia dimostrata, per evitare la elaborazione incongrua del DRG 391 Neonato normale, viene data indicazione di utilizzare un codice della categoria V29._ in diagnosi principale, con uno dei codici 774.30 o 774.6 in diagnosi secondaria

Capitolo XVI – SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI (780 – 799)

I codici compresi in questo capitolo possono essere utilizzati in diagnosi principale solo in assenza di un'indicazione diagnostica più precisa. Si tratta di solito di patologie “ad etiopatogenesi 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 segnalato in diagnosi secondaria.

D16.1 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 dell'età pediatrica. La convulsione in corso di febbre, senza causa specifica, è da codificare con 780.39 *altre convulsioni*.

D16.2 Disturbi del sonno

La s. da apnea ostruttiva nel sonno (OSAS) deve essere codificata come 496 *ostruzioni croniche delle vie respiratorie non classificate altrove*. In diagnosi principale, i codici 780.53 *Ipersonnia con apnea del sonno* e 780.57 *Altra e non specificata apnea del sonno* devono essere utilizzati se si esclude la natura ostruttiva del disturbo.

D16.3 Nausea e vomito (787.0)

NON utilizzare mai questo codice in caso di ematemesi (578.0).

D16.4 Colica renale

Usare il codice 788.0 *Colica renale* solo in assenza di urolitiasi dimostrata. Se si dimostra la calcolosi va usato un codice della categoria 592 *Calcolosi del rene e dell'uretere* e non è necessario specificare il sintomo “colica renale”.

D16.5 Altri sintomi relativi all'apparato urinario

Si sconsiglia l'uso del codice 788.9 in caso di uremia extrarenale e prerenale come diagnosi principale; preferire i codici dell'insufficienza renale

D16.6 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 sup. dx.)

D16.7 Reperti anormali non specifici (790 – 796)

Vanno segnalati in diagnosi secondaria solo quando abbiano una particolare rilevanza clinica

D16.8 Emoglobinuria

In caso di macroematuria si utilizza il codice 599.7. Il codice 791.2 *Emoglobinuria* può essere usato in caso di microematuria.

D16.9 Mioglobinuria

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

D16.10 Collasso respiratorio

799.1 o arresto respiratorio. Può essere causa mortis; in questo caso come diagnosi principale va codificata la grave malattia che si presume abbia causato l'arresto respiratorio (p. es.: ictus cerebrale o insuff. respiratoria acuta)

D16.11 Cachessia

799.4: da non usare in diagnosi principale. Non comprende cachessia da denutrizione 261. La cachessia cancerosa va codificata 199.1 *altri tumori maligni senza indicazione della sede*.

Capitolo XVII TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI (800 – 999)

Questo settore comprende la patologia traumatica, gli avvelenamenti e le complicazioni da cure mediche e chirurgiche. Occorre fare attenzione alle specificazioni della quarta cifra che si trovano spesso elencate sotto i titoli dei paragrafi.

D17.1 Fratture

Nel corso del primo ricovero si deve codificare in diagnosi principale la frattura. Nei ricoveri successivi, effettuati allo scopo di completare le cure necessarie alla risoluzione della frattura iniziale, la frattura va specificata tra le diagnosi secondarie mentre si potrà impiegare in prima diagnosi:

- il codice V54.0 "*Trattamento per rimozione mezzi di sintesi*" (non trascurare di segnalare il codice ICD-9-CM che specifica l'intervento eseguito) nel caso di un ricovero per rimozione di mezzi di sintesi;
- il codice V54.9 "*Altri non specificati trattamenti ortopedici*" se il ricovero avviene per controllo del gesso, o degli esiti della frattura o dell'intervento ortopedico;
- il codice V54.8 "*Altri trattamenti ortopedici*" se il ricovero avviene per rimozione del gesso;
- il codice V57.1 "*Altre forme di terapia fisica*" se il ricovero é dovuto a fisiokinesiterapia.

In realtà il ricorso al ricovero per i motivi espressi dai codici V54.8 e V54.9 appare quasi sempre ingiustificato, così come appare inappropriato un ricovero per fisioterapia in un reparto per acuti, fatto salvo il verificarsi di eccezionali condizioni cliniche o sociali del paziente o di particolari difficoltà organizzative.

D17.2 Traumi Cranici

17.2.1 Fratture del cranio senza traumatismi intracranici.

I codici utilizzabili si trovano all'interno delle categorie 800._, 801._, 803._ e 804._ con quarta cifra 0 (frattura chiusa senza traumatismo intracranico) o 5 (frattura esposta senza traumatismo intracranico) con quinta cifra indicante il grado di perdita di coscienza.

17.2.2 Fratture del cranio con associati traumatismi intracranici.

I codici utilizzabili si trovano all'interno delle categorie 800._, 801._, 803._ e 804._ con quarta cifra 1 (frattura chiusa con lacerazione e contusione cerebrale) o 3 (frattura chiusa con emorragia intracranica) con quinta cifra indicante il grado di perdita di coscienza.

17.2.3 Trauma cranico in assenza di fratture del cranio.

- per le contusioni semplici senza soluzione di continuo, occorre utilizzare il codice 959.0 *Altri e non specificati traumatismi di faccia e collo*;
- per le ferite del cuoio capelluto i codici appropriati sono 873.0 "*Ferita del cuoio capelluto senza menzione di complicazioni*" e 873.1 "*Ferita del cuoio capelluto con menzione di complicazioni*";
(nei casi indicati ai due punti precedenti in realtà le indicazioni per il ricovero sono assai scarse).
- in caso di commozione cerebrale, in prima diagnosi occorre riportare il codice 850.0 "*Commozione cerebrale*". Tale codice va utilizzato anche nei casi di ricovero per trattamento anche a distanza 24-48 ore dal trauma;
- in presenza di lacerazione e contusione cerebrale il codice appropriato sarà 851.0_ "*Lacerazione e contusione cerebrali senza menzione di ferita intracranica esposta*" o 851.1_ "*Lacerazione e*

contusione cerebrali con ferita intracranica esposta" con quinta cifra indicante il grado di perdita di coscienza.

- in presenza di emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale, occorre codificare con 852.0_ "*Emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale consecutive a traumatismo senza menzione di ferita intracranica esposta*" o con 852.1_ "*Emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale consecutive a traumatismo con ferita intracranica esposta*" con quinta cifra indicante il grado di perdita di coscienza.

- in presenza di altre e non specificate emorragie intracraniche, occorre codificare con 853.0_ "*Altre e non specificate emorragie intracraniche consecutive a traumatismo senza menzione di ferita intracranica esposta*" o con 853.1_ "*Altre e non specificate emorragie intracraniche consecutive a traumatismo con ferita intracranica esposta*" con quinta cifra indicante il grado di perdita di coscienza.

La presenza contemporanea di più condizioni riportate ai punti precedenti dovrà indurre alla scelta della diagnosi principale più appropriata, senza trascurare di segnalare tra le diagnosi secondarie le condizioni rimanenti.

Non appare giustificato il ricorso alla categoria 854._ "*Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura*", se non in situazioni di reale complessità clinica che male possono essere definite attraverso le categorie più specifiche prima descritte.

In ogni caso, il codice 854._ non deve essere mai impiegato per la codifica dei traumi cranici semplici, in cui, anche in assenza di sindrome commotiva, il ricovero viene fatto soprattutto a scopo precauzionale e di osservazione.

D17.3 Traumatismi multipli

In caso di traumatismi multipli generalmente la diagnosi principale sarà quella relativa alla lesione più grave. Ricordarsi comunque sempre di riportare tutti i traumi e non utilizzare la dizione politrauma che non trova un codice adeguato.

D17.4 Postumi di traumatismi

Sono considerati postumi di traumatismi (categorie 905._ / 908._) le manifestazioni cliniche determinate da un precedente traumatismo ma insorgenti dopo l'esaurimento delle cure per il solo trauma. Si tratta pertanto di codici da impiegare nei ricoveri successivi a quello in cui è stata trattata la lesione traumatica.

Le complicanze precoci di traumatismi sono raggruppate alla categoria 958._ "*Alcune complicazioni precoci di traumatismi*".

Nel caso di pazienti con ustioni multiple vanno codificate in diagnosi principale le ustioni di grado più elevato.

D17.5 Complicazioni post traumatiche

Le condizioni di infezione e complicazione postoperatorie con quadro di:

17.5.1 Mediastinite e relativo intervento chirurgico di asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino vanno così rappresentati:

Diagnosi principale: 998.59 *Altra Infezione postoperatoria*;

Diagnosi secondaria: 519.2 *Mediastinite*;

Intervento chir. principale: 34.3 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino*.

17.5.2 L'infezione della ferita chirurgica e la conseguente toilette devono essere così codificate:

Diagnosi principale: 998.59 *Altra Infezione postoperatoria*;

Intervento chir. principale: 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*.

17.5.3 In caso di ricovero per **deiscenza della ferita sternale e la conseguente risutura** si devono utilizzare i seguenti codici:

Diagnosi principale: 998.3 *Lacerazione di ferita operatoria*;

Intervento chir. principale: 78.11 *Applicazione di fissatore esterno di scapola, clavicola e torace*.

17.5.4 In caso di **reintervento per controllo di emorragia post-operatoria**, i codici di procedura da utilizzare, a seconda dell'organo o distretto interessato, sono:

39.41 *controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare*;

39.98 *controllo di emorragia, NAS*;

49.95 *controllo (postoperatorio) di emorragia dell'ano*;

57.93 *rimozione di tampone ed emostasi vescicale postchirurgica*;

21.0_ *controllo di epistassi....* ;

60.94 *controllo di emorragia prostatica postchirurgica*;

28.7 *controllo di emorragia dopo tonsillectomia e adenoidectomia*;

Escluso il controllo:

mediante legatura (38.80-38.89);

mediante sutura (39.30-39.32).

AVVELENAMENTI

Avvelenamento e intossicazione da farmaci:

- a) Gli avvelenamenti da farmaci, medicinali e prodotti biologici vengono descritti nelle categorie 960._ / 979._ .
- b) Nella definizione sono compresi gli effetti nocivi derivanti da uso in dosi eccessive delle sostanze elencate e l'uso di sostanze non appropriate e prese per errore.
- c) In diagnosi principale si riporta il codice della sostanza che ha determinato l'avvelenamento o gli effetti tossici; la descrizione delle sintomatologie o manifestazioni deve essere riportata in diagnosi secondaria.
- d) Gli effetti nocivi (ipersensibilità, reazioni varie) di sostanze correttamente somministrate sarebbe opportuno codificarle con il codice 99.52 in prima diagnosi, tranne nei casi in cui si renda necessario specificare in prima diagnosi, per giustificare il consumo di risorse impiegate, il quadro clinico, in quanto rilevante dal punto di vista assistenziale.
- e) N.B. Mettere in prima diagnosi come riferito dalle precedenti linee guida i codici relativi ai vari effetti nocivi ottenuti crea in molti casi DRG non LEA.
- f) L'abuso di farmaci senza dipendenza deve essere codificato con i codici della Categoria 305._
- g) La farmacodipendenza deve essere codificata con i codici della Categoria 304._

D17.6 Esofagite da caustici

Quando si dimette paziente con esofagite da caustici in diagnosi principale codificare 983.1 (*acidi*) o 983.2 (*basi*) e come diagnosi **secondaria** l'esofagite

D17.7 Condizioni morbose da tossici inalati

In caso di intossicazione da vapori di cloro usare in prima diagnosi il codice 987.6.

D17.8 Intossicazione acuta da alcool

Si deve usare il codice 305.02 (da il DRG 435) se sporadica, 303.01 se in cronico.

D17.9 Punture di insetto

- Le punture di insetto velenoso vanno codificate con il codice 989.5
- Le punture di insetto non velenoso si devono codificare con il codice 910.4 (se su faccia, collo, cuoio capelluto) senza menzione di infezione, oppure 910.5 (se su faccia, collo, cuoio capelluto) con infezione. Se le punture di insetto vengono fatte su altre parti del corpo usare i codici 919.4 senza menzione di infezione oppure 919.5 con infezione.
- Se però la reazione alla puntura dell'insetto è una reazione allergica codificare per prima diagnosi 995.1 oppure 995.3 e come diagnosi secondaria 910.4 o 919.4 ; si otterrà così il DRG 447

D17.10 Coma ipoglicemico da incidente terapeutico

In caso di coma diabetico dovuto ad incidente terapeutico con insulina codificare in diagnosi principale 962.3 ed in diagnosi secondaria 250.3_ (coma diabetico...)

D17.11 Complicazioni di cure mediche e chirurgiche

- Ricordare che granuloma da punto di sutura va codificato con 998.89
- Ricordare che deiscenza di ferita operatoria va codificata con 998.3

Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (V01 – V82)

Utilizzo dei codici V

Si utilizzano per descrivere le circostanze diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie, o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute di paziente

Possono essere utilizzati come diagnosi principale nei seguenti casi:

- paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura pregressi come, ad esempio, chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico; in questi casi, deve essere indicata come diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse;
- pazienti ricoverati come donatori (donatore sano V59.);
- 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.

Elenco dei codici V accettabili in diagnosi principale

V08 Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)

V10. Codici di categoria di Anamnesi personale di tumore maligno.

V20.0 Risulta necessario abilitarlo per giustificare la degenza di bambini o neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione.

V20.1 Cure ad altro neonato o bambino sano

V24.0 Utilizzare per cure immediatamente dopo il parto, senza complicazioni, se questo non avviene in una struttura ospedaliera.

V26.0 Plastica degli ovidotti e dei condotti deferenti dopo sterilizzazione precedente.

V28.2 Altre ricerche basate sull'amniocentesi

V29._ Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose.

V30-V39 Nati vivi sani secondo il tipo di nascita. Escluso il codice V35 in quanto non pertinente.

V42.0 - V42.8 Organo o tessuto sostituito da trapianto.

V43.3 Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi.

V43.4 Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi.

V43.6_ Organo o tessuto sostituito con altri mezzi - Articolazione. Tale codice va utilizzato per descrivere i pazienti portatori di protesi (anca, spalla, ecc.); ad eccezione del codice V43.60 da non utilizzare in diagnosi principale perché aspecifico.

V46.1 Dipendenza da respiratore

V50.2 Circoncisione rituale o di routine

V52.4 Collocazione di protesi mammaria in caso tumore asportato in precedente ricovero

V52.0 / 1 / 8 / 9 Collocazione di protesi artificiale ortopedica esterna.

V53.0 Dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi dei sensi. Il codice deve essere utilizzato nei casi di sostituzione del generatore del neurostimolatore spinale.

V53.31 Collocazione e sistemazione di dispositivo cardiaco . Il codice deve essere utilizzato nei soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione di batteria di P.M. in assenza di una patologia specifica.

V53.7 Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici. Da utilizzarsi unicamente nei casi di adattamento di protesi esterna per gli arti e per il tronco.

V54.0 Trattamento ulteriore per l'estrazione di una placca o di altro dispositivo di fissazione interna.

V54.8 Altri trattamenti ortopedici ulteriori. Rimozione di dispositivo immobilizzante esterno, compreso il fissatore esterno invasivo. Ed ulteriori trattamenti post-frattura.

V55.0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 Controllo di aperture artificiali. Da utilizzare unicamente nei casi in cui il paziente necessita di trattamenti specifici per la stomia, o per la PEG, in assenza di patologia.

V56.0 , V56.8 Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente.

V58.0 Sessione di radioterapia.

V58.1 Chemioterapia di mantenimento.

V58.49 Altro trattamento ulteriore postoperatorio.

V59.1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 8 Donatori . Da utilizzare solo nei casi di ricoveri di donatori sani.

V64.1 / 2 / 3 Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi chirurgici non eseguiti.

V71. Codici di categoria di Osservazione e valutazione per sospetto di condizioni morbose. Si ricorda che, l'uso di tale categoria di codici é da preferire per i soli casi in cui non venga rilevata la presenza di una patologia o di un sintomo.

- Possono essere utilizzati come diagnosi secondaria nei seguenti casi:

Per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che possono influenzare il trattamento del paziente ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma.

D.V.1 Stato infettivo asintomatico da HIV

V08 Il suo utilizzo non è necessariamente vincolato alla diagnosi secondaria né entro i 28 giorni dalla nascita. Nei ricoveri contestuali alla nascita, se del caso codificare in diagnosi secondaria e in diagnosi principale utilizzare il V3_._ (vedi D.15.8.3).

D.V.2 Anamnesi personale di tumore maligno

V1000 – V109: Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate e precedenti episodi di ricovero, che non abbiano influenza sul ricovero attuale, non devono essere riportate e codificate; i codici V1000/V198 possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso di quello stesso episodio.

Quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia progressa deve essere segnalata utilizzando i codici V10.

D.V.3 Controllo della salute del neonato o del bambino abbandonato

V200 Il codice V200 può essere utilizzato in diagnosi principale per giustificare la degenza di bambini o neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione

D.V.4 Reperto accidentale di gravidanza

V222 Questo codice può essere utilizzato nel caso di riscontro casuale di gravidanza in una donna ricoveratasi per altri motivi,

D.V.5 Cure ed esami subito dopo il parto

V240 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 V240 *Cure ed esami post partum subito dopo il parto.*

Se sono presenti complicazioni fare riferimento ai codici del capitolo 11 – Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio

D.V.6 Esito del parto

V270 – V279 Nel caso il ricovero sia esitato in parto è obbligatorio precisare tale codice nello spazio delle diagnosi secondarie nella SDO della madre.

Non è consentito utilizzare questi codici per la diagnosi principale

D.V.7 Ricerca di aberrazioni cromosomiche mediante amniocentesi

V280 Nell'eventualità di ricoveri (stima molto rara) dovuti all'amniocentesi porre il codice **V280** in diagnosi principale e tra le diagnosi secondarie codificare il problema a monte della ricerca (es. primipara attempata, ecc)

D.V.8 Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose

V290 – V299 Questa categoria deve essere utilizzata per i neonati sospettati, nel periodo neonatale, (i primi 28 giorni dalla nascita) di avere una condizione anormale, ma senza segni o sintomi, e di cui dopo l'esame e l'osservazione non si trovano segni.

Al momento della nascita il codice deve essere utilizzato in diagnosi secondaria, successivamente alla nascita può essere messo in diagnosi principale qualora non esista un codice più specifico relativo alla diagnosi

D.V.9 Circoncisione rituale o di routine

V50.2 Si utilizza in diagnosi principale quando il ricovero è specifico per tale intervento e non vi sono indicazioni mediche significative.

D.V.10 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica

V51 Si consiglia l'utilizzo del codice in diagnosi principale sui pazienti che necessitano di trattamento di chirurgia plastica in seguito ad un intervento avvenuto in un precedente ricovero

D.V.11 Collocazione e sistemazione di protesi

V52.0 – V52.9 La categoria comprende la collocazione, sostituzione e manutenzione ed estrazione di dispositivi e protesi e può essere utilizzata in diagnosi principale se l'attuale episodio di ricoveri è successivo ad un intervento chirurgico demolitivo. Questi sono codici da tenere distinti rispetto a quelli dei malfunzionamenti (996 – 997)

D.V.11.1 Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario

V52.4 Si utilizza in diagnosi principale in caso di ricovero per impianto di protesi mammaria solo se il tumore è stato precedentemente asportato.

D.V.12 Rimozione di dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi dei sensi

V530 Utilizzare in diagnosi principale solo in caso di rimozione di generatore del neurostimolatore spinale non per cause specifiche (complicazioni), inserendo nelle procedure il codice **03.93** (collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale).

D.V.13 Collocazione e sistemazione di dispositivo cardiaco

V53.31 Da utilizzare in diagnosi principale solo per i ricoveri programmati per la regolare sostituzione di batterie di P.M. in assenza di una patologia specifica. Per i casi di malfunzionamento del P.M. utilizzare il codice diagnostici 99601.

D.V.14 Altro trattamento ortopedico ulteriore

V54.0 – V54.8 Questi codici si utilizzano in diagnosi principale se il paziente si ricovera per rimuovere in dispositivo di fissazione ortopedica interna segnalando tra le diagnosi secondarie il codice della frattura pregressa.

L'utilizzo del codice V549 in diagnosi principale è quasi sempre ingiustificato.

D.V.15 Controllo di aperture artificiali

V55.0 – V55.9 La categoria comprende i codici da utilizzare per il controllo e la gestione di aperture artificiali. Si utilizzano in diagnosi principale nei casi in cui il paziente necessita di trattamenti specifici per la stomia o per la PEG in assenza di patologia ed in diagnosi secondaria per indicare la presenza di aperture artificiali che richiedono particolare sorveglianza e/o trattamento durante il ricovero. Le disfunzioni o le complicazione delle stomie dovranno essere codificate con i codici specifici (5190, 5696,9975,9974).

D.V.15.1 Controllo di tracheostomia

V55.0 Il codice può essere utilizzato in diagnosi secondaria per i casi di svezzamento nei pazienti tracheostomizzati. In diagnosi principale il codice si utilizza per la chiusura della tracheostomia accompagnata dal codice specifico di procedura (3172).

D.V.15.2 Controllo di stomie

V55._ In diagnosi principale quando vi è necessità di particolari procedure (chiusura, estrazione e sostituzione di sonde o cateteri ect) accompagnate dal codice specifico di procedura.

D.V.16 Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente

V56.0 Il codice si utilizza comunemente in diagnosi secondaria nei ricoveri in cui viene effettuata dialisi durante la degenza. In entrambe i casi occorre segnalare tra le procedure il codice della dialisi (39.95)

V56.1 Il codice si utilizza in diagnosi i principale quando il ricovero avvenga per eseguire revisione / rimozione di shunt artero –venoso o revisione / sostituzione di catetere ,accompagnato da dialisi extracorporea, aggiungendo la rispettiva procedura ICD9CM.

D.V.17 Cure riabilitative

V57.0 – V57.9 I codici di questa categoria devono essere riservati alle diagnosi secondarie per descrivere che durante il ricovero è stato eseguito un trattamento di riabilitazione

D.V.18 Sessione di Radioterapia

V58.0 In diagnosi principale quando il paziente esegue il ricovero per effettuare trattamento radioterapico. Si deve segnalare in diagnosi secondaria la patologia che richiede il trattamento. Descrivere sempre il codice ICD9CM delle procedure.

D.V.19 Chemioterapia

V58.1 In diagnosi principale quando il paziente esegue il ricovero per effettuare trattamento chemioterapico. Si deve segnalare in diagnosi secondaria la patologia che richiede il trattamento. Tra le procedure, codificare anche 99.25 *Infusione di sostanze chemioterapiche per tumore.*

D.V.20 Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti

V58.61 In diagnosi secondaria per segnalare l'uso di farmaci anticoagulanti ,(senza menzione di problemi emorragici) solo se ciò ha influenzato la degenza .

D.V.21 Donatori

V59.0-V59.9 Questi codici vanno utilizzati in diagnosi principale, quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organi. Codificare sempre anche le procedure eseguite.

D.V.22 Altri motivi giustificati di indisponibilità di servizi medici

V638 Deve essere sempre segnalato in diagnosi secondaria, quando si ricorre a strutture esterne per prestazioni che non possono essere fornite nel presidio in cui il paziente è ricoverato. E' necessario specificare tra le procedure la prestazione effettuata.

D.V.23 Intervento chirurgico/procedura non eseguita per ragioni specificate

V641.-2-.3 Si utilizzano in diagnosi principale nei casi di intervento chirurgico programmato, che non viene eseguito per ragioni specifiche.

Quando, sempre nei ricoveri con intervento programmato, subentra un problema clinico del paziente che ,oltre a rinviare l'intervento, sposta l'impegno assistenziale verso la risoluzione della patologia sopraggiunta, si suggerisce di utilizzare in diagnosi principale la patologia e in diagnosi secondaria il codice V641.

Nel ricovero urgente che necessità di un intervento chirurgico, non eseguito nell'ambito dello stesso ricovero, si utilizza in diagnosi principale il codice della patologia e in diagnosi secondaria i codici V di questa categoria.

D.V.24 Convalescenza

V660 – V669 Si suggerisce l'utilizzo di questi codici in diagnosi principale, quando il ricovero necessita di una particolare sorveglianza dei pazienti che hanno subito un trattamento come specificato dalle sottocategorie.

D.V.25 Cure palliative

V667 Si utilizza in diagnosi principale per ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative, utilizzando la diagnosi di tumore come secondaria.

D.V.26 Osservazione e valutazione per sospetto di condizioni morbose

V710 – V719 Si sconsiglia l'uso di questi codici in diagnosi principale ad eccezione dei soli casi in cui non venga rilevata la presenza di una patologia o di un sintomo.

INDICE ANALITICO

Aberrazioni cromosomiche		
codifica	50	
test antenatali	66	
Accesso vascolare		
confezionamento	20	
Adenoma ipofisi	31	
AIDS	16	
nel neonato.....	55	
Alcool		
abuso	26	
dipendenza	26	
disintossicazione	26	
intossicazione acuta.....	26; 63	
sindromi psicotiche	26	
Anemia aplastica	24	
Angina pectoris	34	
Angioplastica percutanea.....	37	
Aperture artificiali - controllo	67	
Atassie cerebellari	28	
Atresia esofagea	51	
Avvelenamenti	62	
Basso peso per l'E. G.	53	
Biopsia cerebrale.....	31	
Brachiterapia.....	37	
Bronchite		
cronica semplice riacutizzata	38	
Cachessia.....	59	
Calcificazioni patologiche	49	
Caratteri sessuali		
intervento modifica	26	
Catetere venoso centrale		
inserimento	21	
Chemioembolizzazione.....	41	
Chemioterapia.....	20; 67	
Chirurgia ricostruttiva mammaria.....	21	
Codici combinati		
diagnosi	6	
interventi.....	13	
Codifica multipla		
diagnosi	6	
interventi.....	13	
Colica addominale.....	40; 58	
Colica renale	43; 58	
Collasso respiratorio.....	59	
Coma ipoglicemico	63	
Commozione cerebrale	28	
Complicanza		
colostomia	41	
cure mediche e chirurgiche	63	
enterostomia.....	41	
ferita chirurgica.....	62	
gravidanza, parto, puerperio.....	46	
mediastinite post traumatica.....	61	
mediastinite post-operatoria.....	36	
post chirurgica.....	62	
post traumatiche	61	
tumore - trattamento	19	
Condizione imminente.....	8	
Convalescenza	68	
Convulsioni.....	58	
Criptorchidismo	51	
Crush syndrome	59	
Cuore polmonare cronico.....	33	
Cure palliative.....	68	
Cure riabilitative - vedi anche pag. 14.....	67	
Defibrillatore cardiaco permanente.....	36	
Deficit immunitari	23	
Demenze	26	
Dermatite		
da farmaci	47	
tossica.....	47	
Diabete	22	
complicazioni.....	22	
gestazionale.....	23	
in Gravidanza.....	23	
latente	22	
nefropatia - vedi anche pag.22.....	43	
terapia con Steroidi.....	23	
Displasia bronco-polmonare (neonatale).....	54	
Displasia epiteliale intestino.....	41	
Disturbi del sonno	58	
Donatori.....	68	
Edema polmonare.....	33	
Emiplegia.....	28	
Emoglobinuria.....	58	
Emorragia		
da anticoagulanti	24	
varici esofagee	40	
Emorragia gastrointestinale.....	40	
Emorragia postoperatoria.....	37	
Epatite virale	17	
nel neonato.....	55	
Epatiti croniche	40	
Epilessia.....	28	
Ernia del disco.....	28	
Errori congeniti del metabolismo	23	
Esofagite da caustici	62	
Farmaci		
disintossicazione	26	
Fimosi.....	44	
circoncisione rituale.....	66	
Fistola esofago - tracheale	51	
Follow-up		
tumori	20	
Fratture	60	
Ginocchio		
interventi.....	48	
Gravidanza		
in diabetica.....	23	
riscontro casuale.....	46; 65	
Ictus cerebrale ischemico.....	35	
Identità di genere.....	26	
Idrocele.....	51	
Immunoterapia antineoplastica.....	20	
Incontinenza urinaria	43	
Infarto miocardico acuto	34	
Infezioni		
da HIV,	16	
da microrganismi resistenti ai farmaci	17	
gonococcica.....	17	
nel neonato.....	17; 54	
Insufficienza cardiaca		
nel post operatorio.....	34	
Insufficienza epatica.....	40	
Insufficienza respiratoria	38	
Insufficienze renali acute e croniche.....	43	
Interventi		
"port-a-cath".....	21; 37	
accesso laparoscopico.....	14	
accesso vascolare.....	20	

adenoma ipofisi.....	31	Neonato	
aneurisma intracranico.....	30	apnea e cianosi.....	54
angioplastica percutanea.....	37	asfissia perinatale.....	53
biopsia cerebrale.....	31	basso peso per l'E.G.....	53
catetere venoso centrale.....	21	controllo salute.....	65
chirurgia oftalmica.....	31	da madre diabetica.....	56
cristallino.....	32	da madre gestosica.....	56
cute e sottocute.....	47	da madre ipo- ipertiroidea.....	57
defibrillatore permanente impianto.....	36	da madre piastrinopenica.....	57
defibrillatore permanente sostituzione.....	36	displasia bronco-polmonare.....	54
emorragia postoperatoria.....	37	distress respiratorio.....	53
fimosi.....	44	infezioni specifiche.....	54
glaucoma.....	32	ittero.....	57
impianto lipociti.....	32	osservazione.....	66
incontinenza urinaria.....	43	patologia gravidica.....	56
innesto -cheratoplastica.....	32	prematura rottura membrane.....	56
iperidrosi.....	31	pre maturità.....	53
Longo - tecnica di.....	42	sepsi.....	56
malf. arterovenosa cerebrospinale.....	29	Strep. Gruppo B.....	56
modifica caratteri sessuali.....	26	varicella.....	56
neuro stimolatore spinale collocazione.....	30	Neonato - codifica.....	52
neurostimolatore spinale rimozione.....	30; 66	Neurostimolatore spinale.....	30; 66
nodulo mammario.....	47	Nodulo mammario.....	47
prelievo di rene.....	43	Occlusione intestinale.....	40
protesi anca o ginocchio.....	48	Onde d'urto.....	49
protesi fonatoria.....	38	Osservazione	
ricostruzione mammaria.....	21	per sospetto di tumore.....	19
shunt venoso intraddominale.....	37	Pace maker	
sostituzione cristallino.....	31	complicanze.....	35
stent bronchiale.....	38	impianto.....	35
stent tracheale.....	38	sostituzione.....	35
stent vie biliari.....	41	Parto	
termoablazione neopl. epatica.....	41	anestesia epidurale.....	46
termoablazione neopl. polmone.....	39	codifica.....	45; 66
tossina botulinica.....	31	extra ospedaliero - assistenza.....	46; 65
trapianto cartilagine.....	48	indolore.....	46
tubo di Kehr - rimozione.....	41	Port-a-cath.....	21; 37
varicocele.....	44	Portatore	
vene varicose.....	36	by-pass.....	35
Intervento non eseguito.....	68	di malattia infettiva.....	16
Intossicazioni.....	62	HIV.....	16; 65
Iperidrosi.....	31	pace maker.....	35
Ipertensione.....	33	protesi valvolari.....	35
Ischemia cerebrale transitoria.....	35	Postumi.....	7
Istiocitosi.....	19	di traumatismi.....	61
Ittero neonatale.....	57	Prelievo di rene da donatore.....	43
IVG farmacologica.....	46	Prematura Rottura delle Membrane.....	56
Leucemia mieloide cronica.....	19	Prematurità.....	53
Linfoma.....	19	Protesi	
Longo - tecnica di.....	42	di anca o di ginocchio.....	48
Lussazione ricorrente di spalla.....	49	fonatoria.....	38
Macroematuria.....	43	post chirurgia demolitiva.....	66
Malattia di Dupuytren.....	48	Punture di insetto.....	63
Malattia di Meniere.....	<i>Vedi Vertigini</i>	Rabdomiolisi postraumatica.....	59
Malattia Hand Schüller Christian.....	23	Radioterapia.....	20; 67
Malattie infettive		Reflusso vescico - ureterale.....	51
in gravidanza.....	17	Rene escluso.....	43
nel neonato.....	17; 54	Reperti anormali.....	58
stato di portatore.....	16	Reumatismo articolare acuto.....	33
Malform. muscolo-scheletriche da malposizione.....	51	Rimozione del tubo di Kehr.....	41
Malformazione arterovenosa cerebrospinale		Ritardo mentale.....	26
acquisita.....	29	SEPS vene varicose.....	36
congenita.....	29	Shock cardiogeno.....	34
Mediastinite post operatoria.....	36	Shunt venoso intraddominale.....	37
Melanoma.....	47	Sindrome da allettamento.....	48
Mielodisplasia.....	<i>Vedi Sindrome mielodisplastica</i>	Sindrome da Iper IgE.....	23
Mioglobinuria.....	48; 59	Sindrome dell'Apnea Notturna.....	38
Nausea e vomito.....	58	Sindrome di Marfan.....	50
Nefropatia diabetica.....	43	Sindrome di Prader Willy.....	50

Sindrome di West.....	28	Tubercolosi	17
Sindrome Mielodisplastica.....	20	Tumori	
Sindrome post- commotiva	28	anamnesi di	65
Sindrome post infartuale.....	34	chemioembolizzazione	41
Sindrome seno carotideo.....	35	chemioterapia.....	20
Sindrome X dismetabolica.....	23	chirurgia plastica mammaria	21
Sindrome X fragile	50	coesistenza di due o più	18
Somministrazione intratecale di farmaci.....	29	comportamento incerto	18
Sospetto di condizioni morbose.....	68	estensione per contiguità.....	<i>Vedi Parte Gen. cap. 4.9</i>
Steatosi epatica.....	40	follow-up	20
Stenosi trachea	38	immunoterapia antineoplastica	20
Stent tracheale.....	38	localizzazione secondaria.....	<i>Vedi Parte Gen. cap. 4.9</i>
Stent ureterale	44	natura non specificata	18
Stent vie biliari	41	osservazione per sospetto.....	19
Stripping vene varicose.....	36	radioterapia	20
Suicidio	26	rivalutazione clinica.....	19
Terapia radiometabolica	21	sede insorgenza incerta	18
Termoablazione.....	<i>Vedi Interventi: termoablazione</i>	sedi confinanti.....	18
Tossina botulinica	31	terapia radiometabolica.....	21
Trapianto cellule staminali.....	24	trattamento complicità	19
Trapianto midollo osseo.....	24	Ulcera in gastroresecatto.....	41
Traumatismi multipli	61	Varici esofagee.....	40
Traumi Cranici	60	Varicocele.....	44
Trombosi arterovenosa		Vene varicose.....	36
in dializzato.....	36	Vertigini.....	29