

## ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 1 aprile 2011.

**Aggiornamento delle Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti nella scheda di dimissione ospedaliera.**

### IL DIRIGENTE GENERALE DEL DIPARTIMENTO REGIONALE PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 di istituzione del servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto n. 36613 del 27 novembre 2001, che istituisce presso il dipartimento osservatorio epidemiologico il Centro elaborazione dati (CED) che, in ottemperanza ai dettami sulla sicurezza del trattamento dei dati sensibili, è autorizzato al trattamento dei flussi informativi necessari per lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui alla legge regionale n. 6/81;

Visto il decreto 23 dicembre 2002, con il quale il dirigente generale del dipartimento osservatorio epidemiologico ha adottato nella Regione siciliana le linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui all'allegato 1 dell'accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002;

Vista la legge regionale n. 19 del 16 dicembre 2008, che all' art. 1 indica i nuovi dipartimenti in cui si articola l'Assessorato regionale della sanità;

Vista la delibera della Giunta regionale n. 94 del 24 marzo 2009 ed in particolare l'allegato B che nel definire il nuovo assetto dell'Assessorato della Sanità costituisce il servizio 7 osservatorio epidemiologico e l'area interdipartimentale 4 "Sistemi informativi, statistica e monitoraggi" nella quale confluiscono le competenze relative a monitoraggi di flussi, statistiche ecc., precedentemente svolte dal CED del soppresso dipartimento osservatorio epidemiologico;

Visto il decreto n. 1999 del 3 agosto 2010, con il quale si stabilisce che, a decorrere dall'1 gennaio 2011, le informazioni di carattere clinico contenute nella scheda di dimissione ospedaliera devono essere codificate utilizzando la versione italiana 2007 della International Classification of Diseases 9th revision – Clinical Modification (ICD9CM);

Visto l'accordo, sancito nel corso della seduta del 29 aprile 2010, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, con il quale si approvano le nuove linee guida per le informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), di cui al precedente Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002;

Ritenuto di dover recepire il citato Accordo del 29 aprile 2010 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano provvedendo alla conseguente adozione dell'aggiornamento delle linee guida per le informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO);

Decreta:

Art. 1

Viene recepito l'Accordo del 29 aprile 2010 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Art. 2

A decorrere dall'1 gennaio 2011, sono adottate nella Regione siciliana le linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui all'allegato 1, dell'accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

Art. 3

Le disposizioni contenute nel presente decreto, ivi comprese le istruzioni contenute nell'allegato 1, che ne costituisce parte integrante, entrano in vigore dalla data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Art. 4

Il presente decreto verrà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 1 aprile 2011.

GUIZZARDI

### Allegato

#### Finalità

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

#### Obiettivi

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

I principali obiettivi delle linee guida sono:

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

Le linee guida, pertanto, non sono esaustive rispetto al complesso delle problematiche di codifica; tuttavia, è intenzione realizzare successivi aggiornamenti ed integrazioni.

#### Metodologia

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

La bozza di linee guida è stata sottoposta alla verifica e al parere degli esperti regionali. In alcuni settori specifici, inoltre, il documento è stato integrato con i commenti e i suggerimenti espressi dalle società medico-scientifiche, previa valutazione del gruppo di lavoro. Nella presente revisione delle linee guida sono state contestualizzate nei capitoli di appartenenza le tecniche chirurgiche presentate nel capitolo delle "Prestazioni innovative" della prima edizione. Il gruppo di lavoro ha quindi individuato i codici di nuova introduzione nell'aggiornamento alla versione 2007 dell'ICD-9-CM, per i quali dare indicazioni tecniche peculiari o modificare regole precedentemente adottate, al fine di una maggiore specificità di descrizione.

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

- situazioni cliniche frequentemente causa di ricovero, per le quali siano state evidenziate prassi di codifica disomogenee, ad esempio: diabete mellito, ipertensione arteriosa, malattie ischemiche del cuore, demenze, epatiti croniche e loro complicanze, sostituzione di protesi d'anca e/o di ginocchio, malformazioni congenite, traumatismi, stati settici;

- situazioni e prestazioni innovative con particolare riguardo alla chirurgia protesica e interventistica;
- utilizzo della classificazione supplementare dei codici V (es. trattamento non eseguito).

#### Regole generali per l'utilizzo della classificazione ICD-9-CM

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

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

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

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

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

#### Specificità della codifica

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

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

#### Codici relativi ad altre condizioni e a condizioni non specificate

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

I codici individuati dalla sigla NIA devono essere utilizzati quando l'informazione disponibile individua una specifica condizione ma nella classificazione ICD non è disponibile un codice specifico per la condizione stessa. I codici identificati dalla sigla SAI devono essere utilizzati quando l'informazione riportata nella SDO non consente l'utilizzo di un codice più specifico. Quando la consultazione dell'indice alfabetico individua un codice identificato dalle sigle NIA e SAI, verificare nell'elenco sistematico la possibilità di utilizzare un codice più specifico.

#### Regole generali per la codifica delle diagnosi

##### Codici combinati

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

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

formulazione diagnostica, può essere utilizzato insieme al codice combinato un codice aggiuntivo.

##### Codifica multipla

Quando una formulazione diagnostica non può essere rappresentata da un unico codice, è necessario ricorrere alla codifica multipla, ovvero alla utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi. Il ricorso alla codifica multipla è sollecitato dalle indicazioni "Utilizzare, eventualmente, un codice aggiuntivo", "codificare per primo", che possono essere riportate all'inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria.

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

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

##### Postumi

Un postumo è un effetto causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo è terminata. Non vi è un limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato. Il postumo può essere relativamente precoce come negli incidenti cerebrovascolari o può verificarsi dopo mesi o anni come nel caso dei traumatismi. Per codificare i postumi sono necessari due codici, uno relativo alla condizione residua o alla natura del postumo; l'altro relativo alla causa del postumo. Il codice relativo alla natura del postumo deve essere riportato per primo; il codice relativo alla causa del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

##### Condizione "imminente"

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

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

#### Selezione e codifica della diagnosi principale di dimissione

La selezione della diagnosi principale deve essere effettuata sulla base delle circostanze che determinano e caratterizzano il ricovero ospedaliero. La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse. Salvo che le note dell'elenco sistematico o dell'indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo 16 della classificazione. Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale. I codici contenuti in parentesi quadra nell'indice alfabetico non devono essere utilizzati come diagnosi principale.

##### Condizioni acute e croniche

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

##### Osservazione e valutazione di condizioni sospette

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

*Trattamento non eseguito*

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

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

*Ustioni multiple*

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

*Traumi multipli*

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

*Neoplasie*

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

*Avvelenamenti e intossicazioni*

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

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

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, o a problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi, il codice relativo alla complicazione deve essere selezionato come diagnosi principale.

Se la complicazione è classificata con i codici ICD-9-CM compresi fra le categorie 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo in diagnosi secondaria per specificarne la natura.

*Complicazioni della gravidanza*

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

Può essere utilizzato un codice aggiuntivo per conferire maggiore specificità.

**Selezione e codifica delle diagnosi secondarie**

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

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

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

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

*Condizioni pregresse*

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

*Condizioni associate alla malattia principale*

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

Nel caso, invece, in cui siano presenti condizioni che non sono ordinariamente associate alla diagnosi principale, queste devono essere riportate e codificate solo se influenzano il trattamento erogato nel corso del ricovero.

*Risultati anomali*

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

**Regole generali per la codifica degli interventi chirurgici/procedure diagnostiche e terapeutiche***Codici combinati*

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

*Codifica multipla*

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

*Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari*

L'esecuzione di più interventi nel corso dello stesso atto operatorio può richiedere la codifica separata, qualora non sia previsto un codice combinato.

Esistono codici che segnalano l'esecuzione di un intervento aggiuntivo che avvenga nel corso di un altro: ad esempio: ovariectomia monolaterale e appendicectomia: 65.39 + 47.19. L'espressione "codificare anche" viene utilizzata nel manuale anche per segnalare l'utilizzo di procedure o di strumentazioni complementari o di supporto ad un intervento.

*Codifica di interventi bilaterali*

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

*Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento*

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

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

**Selezione e codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche**

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

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

1) in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi

principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, equipe operatoria, ecc.);

2) nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;

3) quando nella cartella clinica vengano indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:

- interventi chirurgici a cielo aperto;
- interventi per via endoscopica e/o laparoscopica;
- procedure interventistiche, diagnostiche o terapeutiche;
- procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nei capitoli 0-15 (codici da 00.- a 86.-);
- altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel capitolo 16.- Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche (codici da 87.- a 99.-).

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

- 87.53 colangiografia intraoperatoria;
- 88.52 angiocardigrafia del cuore destro;
- 88.53 angiocardigrafia del cuore sinistro;
- 88.54 angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro;
- 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo;
- 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio;
- 88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica;
- 88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo;
- 92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi;
- 92.30 radiocirurgia stereotassica S.A.I.;
- 92.31 radiocirurgia fotonica a sorgente singola;
- 92.32 radiocirurgia fotonica multi-sorgente;
- 92.33 radiocirurgia particolare;
- 92.39 radiocirurgia stereotassica N.I.A.;
- 94.61 riabilitazione da alcool;
- 94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool;
- 94.64 riabilitazione da farmaci;
- 94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci;
- 94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci;
- 94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci;
- 95.04 esame dell'occhio in anestesia;
- 96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata;
- 96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive;
- 96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più;
- 98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica;
- 99.10 iniezione o infusione di agente trombolitico.

#### Biopsie

Il prelievo e l'analisi di materiale istologico prelevato nel corso di un intervento chirurgico non richiede la codifica aggiuntiva di biopsia. La codifica di biopsia è invece necessaria, come codice aggiuntivo, nei casi in cui nel corso di un intervento, sia effettuata una biopsia il cui risultato si attende per poter definire il tipo e l'estensione dell'intervento in corso. Sono parimenti da codificare le biopsie effettuate nel corso di un intervento su organi diversi da quello cui è rivolto l'intervento principale.

#### Biopsie chiuse

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

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

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

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

#### Infezione da HIV (042)

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

- sindrome da immunodeficienza acquisita;

- AIDS;
- sindrome tipo-AIDS;
- complesso collegato all'AIDS;
- ARC;
- Infezione da HIV, sintomatica.

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

• Lo stato di sieropositività asintomatico va descritto con il codice V08.

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

#### Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico

I termini "setticemia" e "sepsi" non sono sinonimi. A tal fine si precisa quanto segue:

- *Setticemia (038.-)*

Patologia sistemica dovuta alla presenza nel sangue di microrganismi patogeni o tossine.

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

- *SIRS, sepsi, sepsi severa (995. 9-)*

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

Sepsi: SIRS dovuta a infezione.

Sepsi severa: sepsi associata a insufficienza acuta d'organo.

Codificare prima la patologia di base, es. infezione (038.-, 112.5, etc.) o trauma, seguita dalla sottocategoria 995.9 -. La codifica della sepsi severa richiede l'uso di codici aggiuntivi per descrivere l'insufficienza acuta d'organo. Se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il codice 995.92.

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

- *Shock settico (785.52)*

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

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

Sono diagnosi aggiuntive che possono essere utilizzate per indicare l'agente patogeno responsabile (es. Prostatite acuta da streptococco A: cod. 601.0 + cod. 041.01).

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

### Capitolo II - Tumori (140-239)

Regole generali per la selezione e codifica della diagnosi principale:

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

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

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

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

• Qualunque estensione per contiguità o a distanza deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasa; quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come dia-

gnosi 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-.

#### Interventi/procedure

Ricovero per ablazione percutanea di tumori.

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

- 32.24 Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare;
- 50.24 Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatici;
- 55.33 Ablazione percutanea di tessuto o lesione renali.

#### Ricovero per embolizzazione/chemioembolizzazione di tumore

I trattamenti di embolizzazione sono identificati dalla seguente combinazione di codici:

- 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze;
- 38.91 Cateterismo arterioso.

I trattamenti di chemioembolizzazione sono identificati dalla seguente combinazione di codici:

- 99.25 Iniezione o infusione di sostanza chemioterapica per tumore;
- 38.91 Cateterismo arterioso.

#### Ricovero per brachiterapia o terapie radiometaboliche per neoplasie maligne

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

- diagnosi principale: V58.0
- diagnosi secondaria: neoplasia maligna
- procedura, a seconda del trattamento effettuato:
  - 92.27 Impianto di elementi radioattivi;
  - 92.28 Iniezione di radioisotopi;
  - 92.29 Altre procedure radioterapeutiche.

#### Ricovero per cicli di immunoterapia

• Diagnosi principale: V58.12 Immunoterapia antineoplastica.  
 • Procedure: 99.28 Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici (immunoterapia antineoplastica).

#### Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali

• Il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali è descritto dallo stesso gruppo di codici, da 41.00 a 41.09.

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

• Si richiamano le regole già evidenziate dal manuale ICD-9-CM per i trapianti allogenici, soprattutto la necessità di differenziare le forme con purging (codici 41.02 e 41.08), da quelle senza purging (codici 41.03 e 41.05).

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

• Il prelievo di cellule staminali è codificato con il codice 99.79 sia per autotrapianto che per allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi).

#### Inserzione/rimozione di "port a cath"

Diagnosi principale: V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare

- procedura impianto:
  - 86.07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile;
- procedura rimozione:
  - 86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute o tessuto sottocutaneo.

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

#### Diabete mellito (250.-)

Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravi-

danza (descritte nel capitolo 11, che devono essere codificate utilizzando i codici 648.0- Diabete mellito complicante la gravidanza, parto o puerperio, o 648.8- Alterata tolleranza al glucosio complicante gravidanza, parto o puerperio):

- diabete senza menzione di complicanze: 250.0;
- complicazioni metaboliche acute:
  - 250.1- Diabete con chetoacidosi;
  - 250.2- Diabete con iperosmolarità;
  - 250.3- Diabete con altri tipi di coma;
- complicazioni croniche o a lungo termine:
  - 250.4- Diabete con complicanze renali;
  - 250.5- Diabete con complicanze oculari;
  - 250.6- Diabete con complicanze neurologiche;
  - 250.7- Diabete con complicanze circolatorie periferiche;
  - 250.8- Diabete con altre complicanze specificate;
- per diabete con complicazioni non specificate deve essere utilizzato il codice 250.9- il quinto carattere del codice identifica il tipo di diabete e se è controllato o scompensato:
  - 0 tipo II o non specificato, non definito se scompensato;
  - 1 tipo I (diabete giovanile), non definito se scompensato;
  - 2 tipo II o non specificato, scompensato;
  - 3 tipo I (diabete giovanile), scompensato.

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

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

• esempio:  
 Amputazione in arto con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica: indicare in diagnosi principale il diabete con complicanze circolatorie periferiche (250.7-) e in diagnosi secondaria l'angiopatia periferica (443.81).

In caso di paziente diabetico affetto da cataratta, è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica (codice 366.41), rispetto a quella della cataratta senile in paziente diabetico (codice 366.1-). In quest'ultimo caso, l'individuazione della corretta sequenza dei codici di diagnosi segue le regole generali: la diagnosi principale può essere costituita sia dal diabete mellito (250.0-) sia dalla cataratta senile (366.1-). Ad esempio, nel caso di ricovero di paziente diabetico per asportazione della cataratta senile, la corretta sequenza di codici di diagnosi è la seguente: 366.1- + 250.0-.

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

Si raccomanda, per la descrizione dei casi di diabete con complicanze, di individuare con accuratezza i corrispondenti specifici codici (da 250.4- a 250.8-), evitando l'uso improprio e generico del codice 250.0- in diagnosi principale.

#### Malfunzionamento di pompa di insulina

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

### Capitolo V - Disturbi mentali (290-319)

#### Demenze

La demenza dovuta a malattia di Alzheimer si codifica, secondo le indicazioni riportate nel manuale, ponendo come principale la malattia di base (codice 331.0) e come diagnosi secondaria la demenza (294.1).

La demenza da infarti multipli (multinfartuale) si codifica, secondo le indicazioni del manuale, ponendo come diagnosi principale la demenza stessa (290.4) e utilizzando come codice aggiuntivo quello delle "Altre e mal definite vasculopatie cerebrali" (437.-).

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

#### Dolore (338.-)

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

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

- diagnosi principale: 338.-
- procedura: 86.06 (inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile)

#### *Impianto/sostituzione/rimozione di Neurostimolatore*

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

#### *Epilessia (345)*

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

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

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

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

#### *Interventi/procedure*

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

I codici da 00.61 a 00.65 identificano le procedure di angioplastica o atrectomia o inserzione di stent sui vasi cerebrali e precerebrali. Occorre sempre specificare anche il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40 - 00.44) e il numero di stent inseriti (codici 00.45 - 00.48).

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

I codici di procedura raccomandati per descrivere il trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore sono: 11.61 per l'autotrapianto e 11.62 per il trapianto da altro donatore.

In presenza di un innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale il codice di procedura raccomandato è 11.62.

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

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

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

#### *Iperensione arteriosa*

- è opportuno consultare nell'indice alfabetico delle diagnosi la tabella che indica, per ciascuna condizione clinica legata all'ipertensione arteriosa, i tre codici relativi alla forma maligna, benigna o non specificata;
- ove l'ipertensione sia secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice della malattia di base che causa l'ipertensione;
- dove l'ipertensione sia associata ad altre patologie, devono essere indicati sia il codice della patologia, sia quello relativo all'ipertensione; la sequenza dei codici segue le regole generali per la selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie.
- l'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 (capitolo XI).

#### *Cardiopatía ipertensiva (402)*

Comprende con codici combinati sia condizioni in cui l'ipertensione è causa diretta della cardiopatía, sia condizioni in cui essa vi è implicata. Se la diagnosi clinica menziona sia l'ipertensione sia la malattia cardiaca ma non indica una relazione causale tra loro, si devono assegnare codici separati.

Ad esempio:

- malattia cardiaca congestizia dovuta a ipertensione: 402.91;
- malattia cardiaca ipertensiva con insufficienza cardiaca congestizia: 402.91;
- malattia cardiaca congestizia con ipertensione: 428.0 + 401.9.

#### *Nefropatia ipertensiva cronica (403)*

Descrive le situazioni cliniche in cui sono presenti sia ipertensione che nefropatia cronica (condizioni classificabili alle categorie 585-587). L'ICD-9-CM presuppone una relazione causa/effetto tra loro e classifica la malattia renale cronica con ipertensione come nefropatia ipertensiva cronica. Il quinto carattere della categoria raggruppa in due classi gli stadi della malattia renale:

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

Come diagnosi secondaria deve essere codificata la malattia renale cronica (585.-) per identificare lo stadio della malattia.

#### *Cardioneftropatia ipertensiva cronica (404)*

Comprende le condizioni in cui sono presenti sia la malattia cardiaca ipertensiva, sia la nefropatia ipertensiva cronica.

Il quinto carattere della categoria identifica:

- 0 - senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato;
- 1 - con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato;
- 2 - senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale;
- 3 - con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale.

Nelle diagnosi secondarie codificare il tipo di insufficienza cardiaca (cod. 428.-); ove presente, e la malattia renale cronica (585.-) per identificarne lo stadio

#### *Malattie ischemiche del cuore (410-414)*

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

#### *Infarto miocardico acuto, IMA (410)*

Le sottocategorie da 410.0 a 410.6 e 410.8 identificano i casi di IMA con sovrallivellamento del tratto ST (STEMI). La sottocategoria 410.7, infarto subendocardico, identifica i casi di IMA con sottoslivellamento del tratto ST (NSTEMI) e di infarto non transmurale.

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

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

Nella definizione di episodio iniziale di assistenza (quinto carattere 1) sono compresi anche i ricoveri di pazienti trasferiti verso altro istituto per acuti come pure i ricoveri di pazienti provenienti da altro istituto per acuti; sono, invece, esclusi i casi in cui vi sia stata interruzione dell'assistenza per acuti (ad esempio, per dimissione ordinaria al domicilio per trasferimento in istituti non per acuti); in tali casi, si utilizza, invece, il quinto carattere 2. La quinta cifra 0 (episodio di cura non specificato) non dovrebbe essere mai utilizzata in quanto la documentazione clinica deve sempre contenere le informazioni necessarie per la descrizione precisa del caso.

Ove il successivo ricovero avvenga oltre le otto settimane dall'infarto non deve essere utilizzata la categoria 410\_ ma il codice 414.8 (Altre forme specificate di cardiopatía ischemica cronica).

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

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

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

Il codice 412 non deve essere utilizzato in caso di malattia ischemica attuale (nel qual caso si utilizza il codice 414.8). Il codice 412 dovrebbe essere assegnato esclusivamente come diagnosi secondaria nei casi in cui siano assenti sintomi e l'indicazione del pregresso infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale.

#### *Malattie cerebrovascolari*

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

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

— ad esempio, nel caso di arteriosclerosi cerebrovascolare con emorragia subaracnoidea dovuta a rottura di un aneurisma sacculare: 430 + 437.0.

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

0 - senza menzione di infarto cerebrale

1 - con infarto cerebrale

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

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

#### *Ictus cerebrale ischemico*

I codici da utilizzare sono i seguenti: 434.01, 434.11 e 434.91, ponendo attenzione all'appropriato utilizzo del codice 434.91 che va riservato ai casi in cui il medico non abbia specificato la natura trombotica o embolica dell'ictus ischemico.

#### *Ischemia cerebrale transitoria*

Per codificare correttamente tale diagnosi, si deve utilizzare la categoria 435 evitando l'improprio utilizzo di codici relativi ad altre condizioni cliniche (ad esempio: amnesia globale transitoria, codice 437.7).

#### *Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali*

I codici di questa categoria possono essere utilizzati per individuare, tra l'altro, alcune condizioni cliniche relativamente frequenti quali la "encefalopatia multi-infartuale" (437.1) o lo "stato lacunare" (437.8).

#### **Interventi/procedure**

##### *Angioplastica percutanea e inserzione di stent*

- Vasi coronarici:

L'angioplastica coronarica si codifica con il codice 00.66 seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40-00.44). L'eventuale inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi: uno per specificare il tipo di stent utilizzato (medicato cod. 36.07, non medicato cod. 36.06), l'altro il numero di stent inseriti (codici 00.45-00.48).

- Vasi cerebrali o precerebrali:

I codici da 00.61 a 00.65 identificano le procedure di angioplastica o atrectomia o inserzione di stent. Occorre sempre specificare anche il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40-00.44) e il numero di stent inseriti (codici 00.45-00.48).

##### *Altri vasi*

L'angioplastica di altri vasi si codifica con il codice 39.50 seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40-00.44). L'eventuale inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi: uno per specificare il tipo di stent utilizzato (medicato cod. 00.55, non medicato cod. 39.90), l'altro il numero di stent inseriti (codici 00.45-00.48).

##### *Riparazione endovascolare di vasi*

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

##### *Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore*

Indicare entrambi i seguenti codici intervento:

- 38.59 legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore;
- 38.69 altra asportazione di vene dell'arto inferiore.

##### *Legatura endoscopica di vene perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)*

Indicare i seguenti codici intervento:

- 38.59 legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore;
- 83.09 altra incisione di tessuti molli.

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

##### *BPCO*

È codificata con i codici 491.2- Bronchite cronico-ostruttiva e 492.- Enfisema. La compresenza di bronchite cronica ed enfisema deve essere codificata con 491.2 la compresenza di asma e BPCO con 493.2-.

La bronchite acuta in BPCO deve essere codificata con 491.22.

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

##### *Insufficienza respiratoria e polmonare (518.-)*

L'insufficienza respiratoria deve essere segnalata sulla base di alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi (PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, pH e bicarbonato).

Dovranno inoltre essere correttamente riportati in cartella clinica e nella SDO gli interventi terapeutici effettuati con particolare attenzione ai codici che segnalano le terapie ventilatorie/ossigenoterapia. Il codice 518.82 va riservato a particolari forme di insufficienza polmonare, quali ad esempio il distress respiratorio nei soggetti adulti, qualora esse non siano dovute a cause classificate altrove. Quando la causa della insufficienza polmonare è costituita da shock, traumi o interventi chirurgici, è assegnato il codice 518.5.

##### *Interventi/procedure*

- Le procedure, per via endoscopica, di inserzione, sostituzione o rimozione di dispositivo terapeutico o sostanze nei bronchi o nei polmoni sono individuate dal quarto carattere del codice 33.7.
- L'inserzione di stent tracheale è identificata dal codice 96.05.
- L'ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del polmone viene identificata dal codice 32.24.

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

##### *Epatite cronica, cirrosi e complicanze*

Si ponga attenzione al fatto che la classificazione ICD-9-CM consente di distinguere le epatiti croniche di origine virale (codici categoria 070.-) rispetto alle altre forme di epatite cronica (codici categoria 571). Nella categoria 571 sono inoltre comprese le diverse forme di cirrosi, tra cui quella post-epatitica (571.5).

##### *Esofagite con emorragia e varici esofagee*

L'emorragia esofagea deve essere codificata con il codice 530.82 salvo che sia causata da varici esofagee. Le varici esofagee sono codificate come malattie del sistema circolatorio (capitolo VII).

Esempi:

- varici esofagee con sanguinamento: 456.0;
- varici esofagee senza menzione di sanguinamento: 456.1.

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

Esempi:

- sanguinamento da varici esofagee con cirrosi epatica: 571.- + 456.20;
- sanguinamento da varici esofagee in ipertensione portale: 572.3 + 456.20.

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

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

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

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

##### *Complicazioni infettive o meccaniche di stomie*

Sono specificamente individuate le complicazioni da:

- gastrostomia (536.4-);
- colostomia ed enterostomia (569.6-).

##### *Interventi/procedure*

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

**Metodica "stop flow"**

È una metodica utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico che prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale e l'attivazione della circolazione extracorporea; indicare le seguenti procedure: 38.08 (incisione di arterie dell'arto inferiore) + 38.91 (cateterismo arterioso) + 99.25 (iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove) + 39.97 (altra perfusione).

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

Indicare i codici di procedura: 39.1 (anastomosi arteria cava e polmonare) + 38.93 (altro cateterismo venoso non classificato altrove).

**Tecniche per l'intervento di emorroidectomia**

Per segnalare l'intervento di emorroidectomia eseguito secondo la tecnica "di Longo", utilizzare il codice di procedura 49.49 (altri interventi sulle emorroidi).

**Capitolo X - Malattie del sistema genitourinario (580-629)****Malattia renale cronica (585)**

La malattia renale cronica viene classificata sulla base dello stadio di gravità (stadi I-V). Gli stadi da II a IV corrispondono, rispettivamente, a malattia renale cronica di grado lieve, moderato e severo.

Il codice 585.6 identifica la malattia in stadio terminale. I pazienti sottoposti a trapianto di rene potrebbero ancora manifestare qualche grado di disfunzione renale, perché il rene trapiantato potrebbe non aver ancora pienamente ripristinato la funzionalità renale. La sola presenza di malattia renale cronica non costituisce quindi una complicazione del trapianto. In questi casi occorre codificare con il codice 585.-, seguito dal codice V42.0 che identifica lo status di trapianto renale.

**Interventi/procedure**

L'ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del rene è identificata dal cod. 55.33.

**Fimosi**

L'intervento chirurgico di correzione di fimosi, circoncisione, deve essere codificato con il codice 64.0 evitando l'utilizzo improprio del codice 64.93 (liberazione di sinechie peniene). Le plastiche di slittamento del prepuzio devono essere codificate con il codice 64.91.

**Intervento per la correzione del varicocele**

L'intervento tradizionale di correzione di varicocele mediante legatura dei vasi spermatici è identificato dal codice 63.1 (Asportazione di varicocele).

Tecniche innovative eseguite mediante sclerosi per via anterograda o retrograda sono identificate dall'uso combinato dei seguenti codici: 63.1 (Asportazione di varicocele) + 99.29 (Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche); la via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione del codice di procedura 88.67 (Flebografia con m.d.c. di altre sedi specificate).

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

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

Per i casi in cui la paziente partorisce fuori dalla struttura ospedaliera e necessita di ricovero per trattamenti successivi al parto, senza complicazioni, in diagnosi principale utilizzare il codice V24.0 cure ed esami postpartum subito dopo il parto; se invece sono presenti complicazioni, fare riferimento ai codici specifici presenti in questo capitolo.

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

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

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

- 0 - sede non specificata;
- 1 - spalla;
- 2 - gomito;
- 3 - polso;
- 4 - mano;

- 5 - anca;
- 6 - ginocchio;
- 7 - ossa della caviglia e del piede;
- 8 - altre sedi specificate;
- 9 - sedi multiple.

**Fratture patologiche**

Coerentemente alle regole generali di selezione della diagnosi principale, il codice della frattura patologica (733.1-) deve essere utilizzato in diagnosi principale solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura patologica. Data la natura poco specifica del codice si deve associare ad esso il codice relativo alla patologia di base (ad esempio neoplasia, osteoporosi, etc.) se conforme ai criteri di selezione delle diagnosi secondarie.

**Interventi/procedure****Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio**

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

- 00.70-00.73 per la revisione di protesi di anca;
- 00.80-00.84 per la revisione di protesi del ginocchio.

Si sconsiglia l'utilizzo dei codici 81.53 e 81.55 relativi alla revisione, rispettivamente, di protesi dell'anca e del ginocchio non altrimenti specificata.

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

Per i ricoveri che prevedono interventi di ricostruzione articolare di ginocchio, spalla e caviglia, in cui venga utilizzato un sostituto osteoarticolare biologico di ampie dimensioni utilizzare il codice di procedura: 81.54 (Sostituzione totale del ginocchio) nella accezione di unicompartimentale (emiarticolare); i codici 81.80 e 81.81 (sostituzione totale e parziale di spalla); il codice 81.56 (sostituzione di caviglia).

È opportuno associare il codice aggiuntivo 00.93, qualora si tratti di trapianto da donatore cadavere.

**Vertebroplastica**

La procedura è identificata dal codice 81.65.

**Cifoplastica**

La procedura è identificata dal codice 81.66.

**Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine**

Per il ricovero in cui si effettua il prelievo di cartilagine, indicare i seguenti codici di procedura: 80.9- (altra asportazione dell'articolazione) + 80.26 (artroscopia).

Per il successivo ricovero, in cui si effettua l'autotrapianto, indicare i seguenti codici di procedura: 81.4 - (altra riparazione di articolazioni degli arti inferiori) + 80.26 (artroscopia).

**Interventi per ernia discale**

L'utilizzo dei codici 80.51 e 80.59 è indicato esclusivamente per gli approcci chirurgici, sia classici che mini-invasivi. In caso di iniezione locale di sostanze terapeutiche, senza intervento cruento, deve essere utilizzato il codice 80.52.

**Capitolo XIV - Malformazioni congenite (740-759)**

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

La distinzione tra condizioni congenite ed acquisite è indicata nell'indice alfabetico attraverso l'utilizzo di modificatori. Alcune condizioni sono congenite per definizione, altre sono sempre considerate acquisite; per altre non vi è alcuna distinzione. Le malformazioni congenite sono classificate sulla base del sistema o dell'apparato coinvolto; alcune sono classificate con codici specifici, altre sono raggruppate nell'ambito di un termine generico. Nei casi in cui non sia previsto un codice specifico, dovrebbero essere indicati eventuali ulteriori codici aggiuntivi per le manifestazioni. L'età del paziente non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo XIV; le patologie descritte in tale capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età. Alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita. Inoltre, molte condizioni non possono essere risolte, permanendo per tutta la vita del paziente. La malformazione rilevata alla nascita viene indicata come diagnosi principale nella SDO del



neonato se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza. Le diagnosi secondarie debbono essere segnalate sulla SDO solo quando esse siano significative, cioè influenzino il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.

Si sconsiglia di utilizzare i codici 758.9 e 759.9 in diagnosi principale; questi codici possono essere utilizzati tra le diagnosi secondarie per completare la descrizione del caso, riportando invece come diagnosi principale la malformazione più rilevante.

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

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

I codici delle categorie 760-763 (cause materne di morbosità e mortalità perinatale) possono essere utilizzati come diagnosi secondarie sulla SDO del neonato (e solo su di essa) esclusivamente quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato. Tali codici non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicità durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia determinare un'influenza sul trattamento del neonato. Quando la condizione della madre ha provocato in un neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle categorie 760-763; ad esempio, se il diabete materno ha provocato un'ipoglicemia nel neonato, quest'ultima viene codificata con il codice 775.0.

I codici 768.0 (Morte fetale da asfissia o anossia prima dell'inizio del travaglio o in un momento non specificato), 768.1 (Morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio) e 779.6 (Interruzione della gravidanza - riferita al feto) non devono essere utilizzati, in quanto riferiti al feto per il quale non deve essere compilata la scheda di dimissione.

#### Infezioni neonatali (771)

##### Sepsi del neonato (771.81)

Il codice 771.81, setticemia (sepsi) del neonato, deve essere accompagnato dal codice aggiuntivo 041.- per identificare il microorganismo. Non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi (995.91 o 995.92).

Nel caso di manifestazioni a lungo termine delle infezioni neonatali identificate con i codici 771.0, 771.1, 771.2 e 760.2 si sconsiglia di utilizzare questi codici in diagnosi principale, riportando invece come diagnosi principale la manifestazione clinica più rilevante. Gli stessi codici possono essere utilizzati, per completare la descrizione del caso, tra le diagnosi secondarie.

#### Codifica del neonato sano

I codici da V30 a V39 riportati come diagnosi principale, devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale nella SDO del neonato sano ospitato nel nido; non devono essere riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture per specifiche cure) né sulla SDO della madre.

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

Il codice V35 (Altro parto multiplo (tre o più) tutti nati morti) non deve essere utilizzato, in quanto riferito al feto per il quale non deve essere compilata la scheda di dimissione.

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

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

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

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

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

#### Capitolo XVII - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)

##### Traumatismi cranici

Particolare attenzione va posta al corretto utilizzo dei codici che identificano i traumatismi cranici evitandone l'uso per i casi clinici in cui i traumatismi esterni non si accompagnano a sintomi o segni di interessamento cerebrale.

Le fratture sono classificate secondo la sede nelle categorie 800-804. Il quarto carattere del codice indica se la frattura è aperta o chiusa, se è associata a trauma intracranico ed il tipo del trauma intracranico. Fa eccezione la categoria 802 per la quale il quarto ed il quinto carattere identificano la sede della frattura.

I traumi intracranici non associati a frattura sono classificati con le categorie 850-854; il quarto carattere del codice indica il tipo di trauma e l'eventuale associazione con una ferita aperta.

Per le categorie 800, 801, 803, 804 e 851-854 il quinto carattere del codice indica l'eventuale perdita di coscienza, la durata di tale perdita e se vi è il ritorno al preesistente stato di coscienza:

- 0 - stato di coscienza non specificato;
- 1 - senza perdita di coscienza;
- 2 - con perdita di coscienza di durata <1h;
- 3 - con perdita di coscienza di durata compresa tra 1 e 24h;
- 4 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24h e recupero dello stato di coscienza preesistente;
- 5 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24h senza recupero dello stato di coscienza preesistente (paz. incosciente che muore prima di riacquistare la coscienza);
- 6 - con perdita di coscienza di durata non specificata;
- 9 - con stato commotivo non specificato.

Per la categoria 850 "Concussione", l'informazione relativa allo stato di coscienza è riportata con diverse modalità nella quarta cifra. Nel solo caso di breve perdita di coscienza, occorre specificarne la durata con la quinta cifra (850.1.).

La sindrome post-commotiva (310.2) include una grande varietà di sintomi (mal di testa, vertigini, fatica, difficoltà di concentrazione, depressione, ansietà, apatia, palpitazioni cardiache), che talora durano poche settimane.

Normalmente il codice 310.2 non viene assegnato in relazione al ricovero iniziale per il trattamento della concussione. Nei casi in cui il paziente viene trattato per sindrome post-commotiva entro 24-48 ore dall'evento traumatico, ove la concussione sia ancora presente si dovrà codificare la concussione stessa (850.) e non la sindrome post-commotiva.

Nei casi in cui il trauma cranico sia ulteriormente descritto come lacerazione cerebrale o contusione cerebrale (851.8.) o quando sia associato ad emorragia subdurale, subaracnoidea o ad altra emorragia intracranica o ad altra specifica condizione classificabile nelle categorie 851-854, non deve essere assegnato il codice della concussione.

I traumatismi esterni o superficiali della faccia e del cuoio capelluto devono essere codificati secondo specifici codici, ad esempio quelli appartenenti alle categorie 910, 920, ecc.

##### SIRS da processi non infettivi (995.93, 995.94)

La sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) può svilupparsi in conseguenza di alcuni processi non infettivi come traumi, tumori maligni o pancreatiti. In questi casi occorre codificare per prima la patologia di base, seguita dal codice 995.93, in caso di SIRS senza disfunzione acuta di organo, o 995.94 se SIRS con disfunzione acuta di organo.

##### Complicazioni di cure mediche e chirurgiche (996-999)

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

##### Complicazioni di trapianto di rene

Il codice 996.81 deve essere utilizzato per le complicazioni di trapianto di rene come "failure" o rigetto. Il codice non deve essere assegnato ai casi di malattia renale cronica nel post trapianto se non è documentata una stretta relazione con il trapianto.

#### Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V)

##### 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 del paziente.

• Possono essere utilizzati come diagnosi principale nei seguenti casi:

1) paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura (come, ad esempio, chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico); in questi casi, può essere indicata come diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse;

2) pazienti ricoverati come donatori;

3) persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche, o consulenza per indicare lo stato o l'osservazione di neonato.

• Possono essere utilizzati come diagnosi secondaria nei seguenti casi:

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

#### Ricerca dei codici V

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

#### Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi

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

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

Le categorie V10-V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti; i codici di tali categorie devono essere riportati, tra le diagnosi secondarie, solo quando tale condizione ha rivestito qualche significato nel corso dell'episodio di cura attuale.

A tale regola possono far eccezione le situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno.

Ad esempio, il codice V10.\_ può essere utilizzato come diagnosi principale nel caso di controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo, quali TAC, endoscopie, scintigrafie, ecc. Se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, riportare in diagnosi principale il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi.

#### Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi (codici V42 e V43)

Questi codici possono essere utilizzati in diagnosi principale solo per descrivere i ricoveri effettuati per terminare la convalescenza o per il follow up del paziente.

I codici V che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente non devono essere utilizzati nel caso in cui il codice della diagnosi già indichi la presenza dello stato del paziente (es. nel caso di "complicazioni di trapianto di rene" (996.81), il codice V42.0 "rene sostituito da trapianto" non deve essere indicato).

#### Nati vivi sani secondo il tipo di nascita (V30.\_ / V39.\_)

Quando viene compilata una SDO di nato vivo sano, relativa all'episodio di assistenza per la nascita, occorre sempre compilare il campo della diagnosi principale con uno dei codici delle categorie da V30.\_ a V39.

#### Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi (V52.\_ e V53.\_)

I codici V52.\_ e V53.\_ devono essere utilizzati in diagnosi principale per descrivere i ricoveri finalizzati a posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi; si tratta di attività programmate da tener distinte rispetto ai malfunzionamenti che vanno invece codificati con le categorie 996 e 997.

Un ricovero per solo impianto di protesi della mammella deve essere identificato dal codice V52.4 in diagnosi principale.

#### Altro trattamento ortopedico ulteriore (V54)

L'uso di tale codice è consentito in diagnosi principale per specifiche ed appropriate esigenze di ricovero, ad esempio per la rimozione di placche o di viti; in tali casi non deve essere indicata la patologia di base.

#### Trattamento di pazienti in dialisi (V56)

Con il codice V56.- è possibile descrivere le diverse procedure relative ai trattamenti dialitici e alla loro valutazione funzionale.

#### Donatori di organi o tessuti (V59. 1 - V59. 8)

Questi codici possono essere utilizzati, in diagnosi principale, solo quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organi. Gli interventi eseguiti dovranno essere segnalati mediante i codici ICD-9-CM negli spazi della SDO riservati agli interventi chirurgici.

#### Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti (V64)

Tipici casi in cui si ricorre ai codici di questa categoria in diagnosi principale sono i ricoveri per interventi chirurgici programmati che però non vengono eseguiti per soprabbondante controindicazioni (V64.1) o per decisione del paziente (V64. 2) o per altre ragioni (V64.3).

Nel caso in cui il trattamento non è eseguito per l'insorgenza di altra patologia quest'ultima va riportata come diagnosi principale se trattata nel ricovero.

Rientra in questa categoria anche la segnalazione dei casi chirurgici iniziati per via laparoscopica e convertiti in interventi a cielo aperto (V64. 4).

#### Ricovero per cure palliative (V66. 7)

Il codice V66.7 si può utilizzare come diagnosi principale per ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative, utilizzando la diagnosi di tumore come secondaria.

**(2011.19.1468)102**

DECRETO 11 aprile 2011.

**Attivazione del Flusso G "trasporti in ambulanza ed eli-soccorso" e determinazione delle relative tariffe.**

#### L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge regionale 23 dicembre 1978 n. 833 di istituzione del servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto n. 36613 del 27 novembre 2001, che istituisce, presso il dipartimento osservatorio epidemiologico, il Centro elaborazione dati (CED) che, in ottemperanza ai dettami sulla sicurezza del trattamento dei dati sensibili, è autorizzato al trattamento dei flussi informativi necessari per lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui alla legge regionale n. 6/81;

Vista la legge regionale n. 19 del 16 dicembre 2008, che all'art. 1 indica i nuovi dipartimenti in cui si articola l'Assessorato regionale della sanità;

Vista la delibera della Giunta regionale n. 94 del 24 marzo 2009 ed, in particolare, l'allegato B che, nel definire il nuovo assetto dell'Assessorato della sanità, costituisce il servizio 7 Osservatorio epidemiologico e l'area interdipartimentale 4 "Sistemi informativi, statistica e monitoraggi" nella quale confluiscono le competenze relative a monitoraggi di flussi, statistiche ecc. precedentemente svolte dal CED del soppresso dipartimento osservatorio epidemiologico;

Visto il decreto n. 1174 del 30 maggio 2008, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana parte I, n. 29 del 27 giugno 2008, inerente l'approvazione della direttiva sui flussi informativi;