



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Repertorio Atti n. 1457 del 6 giugno 2002

**CONFERENZA STATO REGIONI
SEDUTA DEL 6 GIUGNO 2002**

Oggetto: Accordo tra il Ministro della Salute e le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano di approvazione delle Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

VISTO gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi, in attuazione del principio di leale collaborazione, e che prevedono che i suddetti accordi possano essere conclusi al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO il Decreto del Ministro della Sanità del 28 dicembre 1991, "Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 13 del 17 gennaio 1992, con il quale si istituisce il flusso informativo relativo alla SDO, "quale supporto ai processi di valutazione, programmazione, gestione e controllo dell'attività ospedaliera, nonché quale rilevazione sistematica di carattere epidemiologico";

VISTE le "Linee guida relative alla scheda di dimissione ospedaliera, istituita ex D.M. 28.12.1991", emanate con nota del Ministro della Sanità del 17 giugno 1992, con le quali si forniscono i primi orientamenti uniformi per la compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera;

VISTO il Decreto del Ministro della Sanità del 26 luglio 1993, "Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 180 del 3 agosto 1993, con il quale sono state ulteriormente precisate le modalità di raccolta e trasmissione delle informazioni della SDO;

VISTO il Decreto del Ministro della Sanità del 27 ottobre 2000, n. 380, "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 295 del 19 dicembre 2000, con il quale sono state fornite, tra l'altro, regole generali per la codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera;

VISTO lo schema di accordo in oggetto che è stato trasmesso dal Ministero della salute il 23 aprile 2002;

CONSIDERATO che il 29 maggio 2002, in sede tecnica, i rappresentanti regionali hanno consegnato un documento contenente alcune proposte di modifica allo schema di accordo in oggetto, che sono accolte dai rappresentanti del Ministero della salute;

VISTO lo schema di accordo trasmesso con nota del 31 maggio 2002 dal Ministero della salute nella stesura definitiva con le modifiche concordate in sede tecnica il 29 maggio 2002;

CONSIDERATA la rilevanza che la raccolta di informazioni avvenga in modo omogeneo ai fini della comparabilità dei dati e degli indicatori rilevati, anche ai fini della corretta applicazione del “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” disciplinato dal Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, del 12 dicembre 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 27 del 9 febbraio 2002;

CONSIDERATO che la omogeneità delle definizioni informative assume una specifica rilevanza alla luce del DPCM 29 novembre 2001, “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, pubblicato sul S.O. n.26 alla Gazzetta Ufficiale n.33 dell’8 febbraio 2002;

RILEVATO che, nonostante precise disposizioni sviluppate in ambito regionale, sussistono ancora aree di variabilità nei comportamenti di selezione e di codifica delle informazioni cliniche della SDO e la necessità di migliorarne la standardizzazione per l’utilizzo sia ai fini amministrativi che epidemiologici;

RAVVISATA, pertanto, l’utilità di fornire ulteriori e più analitiche indicazioni per la codifica delle informazioni cliniche della SDO che specifichino, integrino ed esemplifichino le regole generali riportate nel predetto Decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380, e nella “Classificazione delle Malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, versione italiana della ICD 9 CM”;

CONSIDERATA l’opportunità di procedere, in tale processo di standardizzazione delle informazioni, attraverso lo strumento di linee guida concordate tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province autonome che rappresentino indicazioni e raccomandazioni valide su tutto il territorio nazionale;

VALUTATA la possibilità di realizzare gradualmente tale processo di standardizzazione, dando priorità immediata, con una prima linea guida, alle situazioni di maggiore frequenza e problematicità e prevedendo l’adozione di successive linee guida di aggiornamento ed integrazione;

ACQUISITO l’assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell’art. 4, comma 2, del richiamato decreto legislativo n. 281 del 1997;

Sancisce il seguente accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nei termini sottoindicati:

1. Sono adottate le “Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)”, che allegata al presente provvedimento ne costituisce parte integrante (All.1).

2. Le Regioni si impegnano a dare diffusione ed attuazione, entro il corrente anno, a quanto previsto nelle predette linee guida, attivando anche opportuni sistemi di controllo e di monitoraggio.

3. Il Ministero della Salute, nell'ambito delle proprie competenze, si impegna a promuovere, con la collaborazione delle Regioni, l'aggiornamento delle Linee guida attraverso successivi documenti ispirati ai medesimi criteri di rilevanza, impatto ed innovatività delle situazioni cliniche da esaminare, tenendo in opportuno conto le evoluzioni nelle pratiche assistenziali, gli aggiornamenti apportati al sistema di codifica e di classificazione e la disponibilità di documenti tecnici eventualmente emanati da Società medico-scientifiche.

Il Segretario
f.to Carpino

Il Presidente
f.to La Loggia

ALLEGATO 1

**LINEE GUIDA PER LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI CLINICHE
PRESENTI NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)**

INDICE

Finalità

1.Obiettivi

2.Metodologia

3.Linee guida:

Codifica interventi chirurgici e procedure diagnostico-terapeutiche

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

- ◆ Diabete mellito

Capitolo V – Disturbi psichici (290-319)

- ◆ Demenze

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

- ◆ Epilessie

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

- ◆ Ipertensione arteriosa
- ◆ Malattie ischemiche del cuore
- ◆ Malattie cerebrovascolari
- ◆ Ictus cerebrale ischemico
- ◆ Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali
- ◆ Ischemia cerebrale transitoria
- ◆ Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali

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

- ◆ Insufficienza respiratoria e polmonare

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

- ◆ Epatite cronica, cirrosi e complicanze
- ◆ Esofagite con emorragia e varici esofagee
- ◆ Alcune forme di displasia di organi digerenti

Capitolo X – Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)

- ◆ Fimosi

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

- ◆ Fratture patologiche
- ◆ Intervento chirurgico di revisione di sostituzione di anca o di ginocchio

Capitolo XIV - Malformazioni congenite (740-759)

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

Capitolo XVII - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)

- ◆ Traumatismi cranici
- ◆ Traumatismi superficiali
- ◆ Nota sulla codifica della causa esterna dei traumatismi

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

- ◆ Utilizzo dei codici V

- ◆ Ricerca dei codici V
- ◆ Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi
- ◆ Codici che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente
- ◆ Esito del parto
- ◆ Nati vivi sani secondo il tipo di nascita
- ◆ Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi
- ◆ Altro trattamento ortopedico ulteriore
- ◆ Donatori di organi o tessuti
- ◆ Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti
- ◆ Ricovero per cure palliative

Prestazioni innovative

- ◆ Ricostruzione chirurgica della mammella in paziente mastectomizzata
- ◆ Ricovero per brachiterapia o per terapie radiometaboliche
- ◆ Ricovero per cicli di immunoterapia in ambito oncologico per via sistemica
- ◆ Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali
- ◆ Inserimento di “port a cath”
- ◆ Riparazione di aneurisma aortico (toracico o addominale) mediante inserimento di protesi
- ◆ Crossing associato a stripping di vene varicose dell’arto inferiore
- ◆ Legatura endoscopica di perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)
- ◆ Intervento per la correzione del varicocele
- ◆ Trattamento di chemioembolizzazione o alcoolizzazione di tumore epatico
- ◆ Metodica “stop flow”
- ◆ Intervento di TIPSS per shunt venoso intraaddominale per via endoscopica
- ◆ Tecniche per l’intervento di emorroidectomia
- ◆ Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine
- ◆ Interventi oculistici di innesto di limbus e di innesto di membrana amniotica

Finalità

Uniformare la codifica di diagnosi, interventi e procedure in modo da migliorarne l'utilizzo ai fini sia amministrativi che epidemiologici.

1. Obiettivi

- Fornire regole generali circa:
 - l'utilizzo della classificazione ICD-9-CM
 - 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 situazioni di rilievo in quanto di difficile codifica (interpretazione della classificazione o codifica di patologie/interventi/procedure non chiaramente identificabili) o perché frequentemente oggetto di errori o di comportamenti di codifica non omogenei. Le linee guida, pertanto, non sono esaustive rispetto al complesso delle problematiche di codifica; tuttavia, è intenzione del Ministero della salute realizzare, con il concorso delle Regioni e delle Province autonome, successivi aggiornamenti ed integrazioni.
- Le linee guida presenti non sostituiscono né il manuale ICD-9-CM¹, alle cui indicazioni si deve in ogni caso far riferimento, né le regole generali di codifica stabilite con il D.M. 27 ottobre 2000, n. 380². Rispetto a tali fonti, le presenti linee guida rappresentano una integrazione ed una maggiore specificazione.

2. Metodologia

Sono state utilizzate fonti bibliografiche ed istituzionali, sia italiane che estere.

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.

La bozza di linee guida è stata messa a disposizione anche delle Società medico-scientifiche che si occupano di problematiche inerenti a quanto trattato, che hanno espresso commenti e suggerimenti che sono stati esaminati e ove possibile recepiti dal gruppo di lavoro.

Nella presente prima edizione delle linee guida sono state analizzate situazioni di codifica scelte 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.
- Situazioni e prestazioni innovative con particolare riguardo all'oncologia, alla cardiologia, gastroenterologia, oftalmologia.
- Utilizzo dei codici V.

¹ di seguito verranno utilizzate le espressioni “decreto” e “regole generali” con riferimento al D.M. 27.10.2000; per “manuale” si intende la “Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche” – Versione italiana dell'ICD9CM.

² con l'eccezione dell'indicazione di codifica prevista per la categoria diagnostica 433 (occlusione e stenosi delle arterie precerebrali)

3. Linee guida

Codifica di interventi chirurgici e procedure

Il DM n. 380 specifica le regole generali per la codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

Ad integrazione di tali regole, si precisano alcuni aspetti frequentemente oggetto di problemi di corretto utilizzo della classificazione ICD-9-CM.

Per brevità, le espressioni di seguito utilizzate per “interventi” si intendono riferite sia agli interventi chirurgici che alle procedure.

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: Parto con forcipe alto, con episiotomia: 72.31

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 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).

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.

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).

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

E' possibile in molti casi utilizzare un codice combinato che individua sia la biopsia sia l'approccio utilizzato. In alcune situazioni, tuttavia, nella 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 III - Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari (240-279)

◆ Diabete mellito (250. __)

- il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza (descritte nel capitolo 11, che devono essere codificate utilizzando i codici 648.0- diabete mellito complicante la gravidanza parto o puerperio, o 648.8- alterata tolleranza al glucosio complicante gravidanza parto o puerperio):
 - diabete senza menzione di complicanze: 250.0
 - complicazioni metaboliche acute:
 - 250.1- Diabete con chetoacidosi
 - 250.2- Diabete con iperosmolarità
 - 250.3- Diabete con altri tipi di coma
 - complicazioni croniche o a lungo termine:
 - 250.4- Diabete con complicanze renali
 - 250.5- Diabete con complicanze oculari
 - 250.6- Diabete con complicanze neurologiche
 - 250.7- Diabete con complicanze circolatorie periferiche
 - 250.8- Diabete con altre complicanze specificate
 - per diabete con complicazioni non specificate deve essere utilizzato il codice 250.9-
- il quinto carattere del codice identifica il tipo di diabete e se è controllato o scompensato:
 - 0 - tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, non definito se scompensato
 - 1 - tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), non definito se scompensato
 - 2 - tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, scompensato
 - 3 - tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), scompensato

Il diabete è definito scompensato solo se il medico lo ha diagnosticato esplicitamente come tale

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

Ad esempio:

Amputazione in arto con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica :

in diagnosi principale indicare il diabete con complicanze circolatorie periferiche (250.7_) e in diagnosi secondaria l'angiopatia periferica (443.81).

In caso di paziente diabetico affetto da cataratta, è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica (codice 366.41), rispetto a quella della cataratta senile in paziente diabetico (codice 366.1_). In quest'ultimo caso, l'individuazione della corretta sequenza dei

codici di diagnosi segue le regole generali: la diagnosi principale può essere costituita sia dal diabete 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.

Capitolo V – Disturbi psichici (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 maldefinite vasculopatie cerebrali” (437._).

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

◆ Epilessie (345)

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

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

0 - senza menzione di epilessia non trattabile

1 - con epilessia non trattabile

Si utilizza il codice 780.3 per classificare l'episodio convulsivo isolato, al di fuori della malattia epilettica.

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

Le malattie relative al sistema circolatorio sono descritte nel capitolo 7 (categorie 390-459) ad eccezione di quelle riferite a condizioni ostetriche, descritte nel capitolo 11, e a patologie congenite, descritte nel capitolo 14.

Il capitolo 7 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.

In particolare si riportano le linee guida di codifica per l'ipertensione arteriosa e per le malattie ischemiche del cuore.

◆ Ipertensione arteriosa

- Nella codifica, è 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;
- ove l'ipertensione sia secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice della malattia di base che causa l'ipertensione;
- ove 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;
- la categoria 402, Cardiopatia ipertensiva, comprende con codici combinati sia condizioni in cui l'ipertensione è causa diretta della cardiopatia, 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 |
- 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.
- la categoria 404, Cardionefropatia ipertensiva, comprende le condizioni in cui sono presenti sia la malattia cardiaca ipertensiva, sia la nefropatia
- l'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 (capitolo 11).

◆ **Malattie ischemiche del cuore**

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

Infarto miocardico acuto (410._):

la nota riportata nell'elenco sistematico precisa il carattere numerico che deve essere utilizzato come quinta cifra per identificare se si tratta di episodio iniziale di assistenza (1) o successivo per lo stesso infarto (2), ovvero di episodio di assistenza non specificato (0). Nella definizione di episodio iniziale di assistenza (quinto carattere 1) sono compresi anche i ricoveri di pazienti trasferiti verso altro istituto per acuti come pure i ricoveri di pazienti provenienti da altro istituto per acuti; sono, invece, esclusi i casi in cui vi sia stata interruzione dell'assistenza per acuti (ad esempio, per dimissione ordinaria al domicilio o per trasferimento in istituti non per acuti); in tali casi, si utilizza, invece, il quinto carattere 2.

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

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

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

Infarto miocardico pregresso asintomatico:

deve essere codificato utilizzando il codice 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 la indicazione del pregresso infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale.

◆ **Malattie cerebrovascolari (430-438)**

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

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

ad es. arteriosclerosi cerebrovascolare con emorragia subaracnoidea dovuta a rottura di un aneurisma saccolare: 430 + 437.0.

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

0 - senza menzione di infarto cerebrale

1 - con infarto cerebrale

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

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.

◆ **Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali (433. _)**

La presente modalità di codifica, pur in contrasto con le indicazioni presenti nel manuale, deve essere adottata per ottenere la corretta attribuzione del DRG versione 10[^].

I codici della categoria 433 devono essere utilizzati:

- in diagnosi principale, per identificare un ricovero avvenuto, in assenza di un evento cerebrovascolare acuto, per la correzione chirurgica di una stenosi per la effettuazione di una tromboendarteriectomia (TEA);
- in diagnosi secondaria nei casi in cui vi sia una "Ischemia cerebrale transitoria"(435) e sia necessaria ricorrere alla codifica multipla per la completa descrizione del caso;
- contrariamente a quanto indicato nel manuale, la categoria 433 con quinto carattere 1 indicante la presenza di infarto cerebrale non dovrebbe essere utilizzata per identificare i casi in cui vi sia una diagnosi principale di occlusione o stenosi precerebrale e di infarto cerebrale. In tali casi dovrebbe essere utilizzata la categoria 434 in sostituzione della categoria 433.

◆ **Ischemia cerebrale transitoria (435.)**

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 (437)**

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

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

◆ Insufficienza respiratoria e polmonare

L'insufficienza respiratoria deve essere codificata con il codice 518.81 che comprende le forme acuta, acuta e cronica (acuta-su-cronica) e cronica. L'insufficienza respiratoria è implicita nell'asma e in varie forme di malattia polmonare cronica ostruttiva e pertanto in presenza di tali condizioni non è richiesto un codice aggiuntivo.

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.

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 dell'esofago 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 7).

Esempi:

Varici esofagee con sanguinamento 456.0

Varici esofagee senza menzione di sanguinamento 456.1

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

Per esempio:

Sanguinamento da varici esofagee con cirrosi epatica 571._ + 456.20

Sanguinamento da varici esofagee in ipertensione portale 572.3 + 456.20

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

◆ **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.

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

◆ Fimosi (605)

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.

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.

◆ Intervento chirurgico di revisione di sostituzione di anca (81.53) o di ginocchio (81.55)

In caso di sostituzione di protesi d'anca o di ginocchio, il codice di procedura 81.53 o 81.55 ricomprende sia la revisione che la contemporanea sostituzione ed è sufficiente a descrivere l'intervento complessivo di revisione e sostituzione.

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.

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 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.

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, 759.4, 759.7, 759.8 e 759.9 in diagnosi principale, riportando invece come diagnosi principale la malformazione più rilevante. Gli stessi codici possono essere utilizzati, per completare la descrizione del caso, tra le diagnosi secondarie.

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 delle categorie 760-763 (cause materne di morbilità e mortalità perinatale) possono essere utilizzati come diagnosi secondarie sulla SDO del neonato (e solo su di essa) esclusivamente quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato.

Tali codici non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia determinare un'influenza sul trattamento del neonato.

Quando la condizione della madre ha provocato in un neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle categorie 760-763; ad esempio, se il diabete materno ha provocato un'ipoglicemia nel neonato, quest'ultima viene codificata con il codice 775.0.

I codici 768.0 (Morte fetale da asfissia o anossia prima dell'inizio del travaglio o in un momento non specificato), 768.1 (Morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio) e 779.6 (Interruzione della gravidanza – riferita al feto) non devono essere utilizzati.

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

Codifica del neonato sano

I codici da V30 a V39 riportati come diagnosi principale, 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.

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.

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.

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 mamma non richiede la compilazione della SDO; le eventuali annotazioni che lo riguardano possono essere documentate nella cartella clinica della mamma.

Capitolo XVII - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)

Particolare attenzione va posta nel 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.

◆ Traumatismi cranici

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 800-804 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, che non prevede la quinta cifra, l'informazione relativa allo stato di coscienza è riportata con diverse modalità nella quarta cifra.

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.

◆ Traumatismi superficiali

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.

◆ ***Nota sulla codifica della causa esterna dei traumatismi***

Ove il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione, è necessario compilare, oltre alle informazioni relative alle diagnosi, come previsto dal DM 380/2000, anche l'informazione "*Traumatismi o intossicazioni*" che specifica la causa del trauma.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. infortunio sul lavoro;
2. infortunio in ambiente domestico;
3. incidente stradale;
4. violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);
5. autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);
9. altro tipo di incidente o di intossicazione.

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 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 (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
 - pazienti ricoverati come donatori
 - persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche, o consulenza
 - per indicare lo stato o l'osservazione di neonato.
- Possono essere utilizzati come diagnosi secondaria nei seguenti casi:
 - Per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che possono influenzare il trattamento del paziente ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma.

◆ Ricerca dei codici V

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

◆ Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura 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, mettere in prima diagnosi il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi.

- I codici V di queste categorie 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).

◆ **Esito del parto (V27._)**

L'esito del parto va segnalato sempre come diagnosi secondaria nella SDO di una donna che ha partorito in ospedale.

Non è consentito utilizzare questi codici per le diagnosi principali.

◆ **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 di tali codici.

◆ **Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi (V52._ e V53._)**

L'uso dei codici V52._ e V53._ relativi a ricoveri appropriati è consentito come diagnosi principale per descrivere il ricovero per posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi; si tratta di attività programmate da tener distinte rispetto ai malfunzionamenti (codificare con le categorie 996 e 997).

Un ricovero per solo impianto di protesi della mammella può essere identificato dal codice V52.4 in diagnosi principale se il tumore è stato precedentemente asportato.

◆ **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.

◆ **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 (V64.1, V64.2, V64.3)**

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

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

◆ **Ricovero per cure palliative (V66.7)**

Si può utilizzare come diagnosi principale per ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative, utilizzando la diagnosi di tumore come secondaria.

Prestazioni innovative con particolare riguardo all'oncologia

◆ Ricovero per brachiterapia o per terapie radiometaboliche

- Codificare come diagnosi principale il tumore
- Codificare la procedura a seconda del trattamento effettuato con codici
 - 92.27 impianto di elementi radioattivi, oppure
 - 92.28 l'iniezione di radioisotopi, oppure
 - 92.29 altre procedure radioterapeutiche.

◆ Ricovero per cicli di immunoterapia in ambito oncologico per via sistemica

- diagnosi principale: V58.1 chemioterapia di mantenimento
- diagnosi secondarie: codice di tumore (se non asportato) o di metastasi se presenti
- 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 41.04.
- Il codice 41.00 trapianto di midollo osseo NAS non dovrebbe essere utilizzato in quanto poco specifico.
- Nei soli casi in cui si utilizzino i DRG versione 10[^], ai fini della corretta classificazione dei casi, è possibile codificare il trapianto di cellule staminali indicando come procedura principale il codice 41.04 (Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche) e riportando come procedura secondaria il codice 41.01 (Trapianto di midollo osseo autologo).
- Si richiamano le regole già evidenziate dal manuale ICD-9-CM per i trapianti allogenici, soprattutto la necessità di differenziare le forme con *purging* (codice 41.02), da quelle senza *purging* (codice 41.03).
- 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).

◆ 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).

Prestazioni innovative con particolare riguardo alla cardiologia

- ◆ **Riparazione di aneurisma aortico (toracico o addominale) mediante inserimento di protesi**
 - In mancanza di un codice di intervento più specifico, indicare la seguente combinazione di intervento e procedura:
39.52 altra riparazione di aneurismi
38.91 cateterismo arterioso
tale associazione di codici non deve essere utilizzata in altri casi .

- ◆ **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 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

Prestazioni innovative con particolare riguardo alla urologia

- ◆ **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).

Prestazioni innovative con particolare riguardo alla gastroenterologia

◆ Trattamento di chemoembolizzazione o di alcolizzazione di tumore epatico

- indicare come diagnosi principale il tumore o la metastasi trattata. Per la codifica delle procedure indicare:
per la chemoembolizzazione: 99.25 (iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove) + 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).

◆ 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 TIPSS per shunt venoso intraaddominale per via endoscopica

- 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).

Prestazioni innovative con particolare riguardo all'apparato osteomuscolare

◆ Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine

- Per il ricovero in cui si effettua il prelievo di cartilagine dal paziente, 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

Prestazioni innovative con particolare riguardo agli interventi sull'occhio

◆ 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 per l'autotrapianto e 11.62 per il trapianto da altro donatore;
- innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale: codice di procedura raccomandato: 11.62.

