

DELIBERAZIONE N. VII/13796 DEL 25 LUGLIO 2003

Oggetto: Modifiche della classificazione, delle tariffe e della erogabilità a carico del servizio sanitario regionale di alcune prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, tra cui quelle indicate agli allegati 2B e 2C del d.p.c.m. 29 novembre 2001 “definizione dei livelli essenziali di assistenza”, ed aggiornamento delle linee guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche – revisione 2003.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n° 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il decreto legislativo n° 502/92 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" così come modificato dal decreto legislativo n° 229/99, recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art.1 della legge 30 novembre 1998, n° 419";

VISTA la legge regionale 11 luglio 1997, n° 31, recante “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”;

VISTA la Legge Costituzionale n.3/2001 che modifica il Titolo V della Costituzione, valorizzando il ruolo delle Regioni e stabilendo che la tutela della salute rientra tra le materie a legislazione concorrente fra Stato e Regioni;

VISTA la Delibera Consiglio Regionale del 13 marzo 2002 n. VII/462 che ha approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004;

VISTO il DPCM 29 Novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

VISTO il testo unico approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni in data 19 Giugno 2003 riguardante la “compensazione interregionale della mobilità sanitaria”

VISTA, infine, la legge 27 dicembre 2002 n. 289 (Legge Finanziaria per il 2003);

RICHIAMATE:

- la DGR n. VII/12287 del 04.03.03 che, tra le altre disposizioni, stabilisce le nuove tariffe per le attività di ricovero e cura a decorrere dal 5 marzo 2003;
- la DGR. n. VII/11637 del 20.12.2002 che dispone, a partire dal 1 gennaio 2003, l’adozione dell’ ICD-9-CM 2002 (traduzione dell’International Classification of Disease -9th revision- Clinical Modification 2002) e di un nuovo insieme di DRG corrispondente alla Vers. 19.0 CMS-Group;
- la DGR. n. VII/12692 del 10.04.2003 “Determinazioni in merito alle modalità di controllo delle prestazioni sanitarie per l’anno 2003”, con cui la Regione Lombardia intende proseguire le iniziative promosse per organizzare un efficace sistema di controlli riguardanti la qualità ed l’appropriatezza dell’assistenza sanitaria;
- la DGR n. VII/8866 del 24.04.2002 che ha predisposto un apposito tavolo tecnico istituito all’interno della DG Sanità, al fine di definire proposte per l’applicazione dei criteri e delle modalità di accesso alle prestazioni di cui all’ Allegato 2B del citato d.p.c.m. LEA;
- la DGR n. VI/42606 del 23.04.99 e successive modifiche ed integrazioni, che ha aggiornato il nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale.
- la DGR n. VII/12691 del 10.4.03 “Proposta di deliberazione consiliare. Determinazioni in merito all’offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali “

RITENUTO DI:

- modificare la DGR n. VII/2418 del 01.12.2000 e i DDG Sanita' n. 4733 del 28.02.2000 e n. 1946 del 30.01.2001, al fine di fornire ulteriori e più analitiche indicazioni per la corretta codifica delle informazioni cliniche della SDO (allegato 1);
- di recepire le "Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della SDO", parte integrante dell'Accordo raggiunto nella Conferenza Stato-Regioni, Repertorio Atti n. 1457 del 06.06.2002, con l'intento di uniformare la codifica dei dati sanitari a livello nazionale, in modo da migliorarne l'utilizzo sia a fini epidemiologici che amministrativi;
- introdurre delle specifiche indicazioni cliniche per l'erogazione a carico del SSR delle prestazioni di Densitometria Ossea (MOC) (codici 88991, 88992, 88993, 88994, 88995 del nomenclatore tariffario ambulatoriale) e della correzione dei vizi di refrazione con laser ad eccimeri PRK, LASIK (codice M 11992 del nomenclatore tariffario ambulatoriale) così come previsto dal DPCM 29 novembre 2001 ed evidenziato negli allegati 2 e 3;
- prevedere che l'accertamento del criterio che determina l'erogabilità della suddette prestazioni a carico del SSR sia compito del prescrittore che stila l'impegnativa e che i soggetti erogatori debbano mantenere in archivio copia della documentazione clinica comprovante la corretta indicazione, anche al fine di permettere i controlli da parte delle ASL competenti;
- consentire che i cittadini che si trovano in lista di attesa alla data di approvazione della presente deliberazione possano accedere alle suddette prestazioni (MOC e Laser Eccimeri LASIK, PRK) senza limitazioni e che tale previsione si estenda all'intervento di Laser ad Eccimeri nell'occhio controlaterale per chi abbia già effettuato entro la stessa data l'intervento sul primo occhio;
- introdurre una modalità di tariffazione che permetta di ridurre entro limiti accettabili, in termini di appropriatezza, l'erogazione in regime ordinario dei 43 DRG di cui all'allegato 2C del citato DPCM 29 novembre 2001, evidenziati in allegato 4;
- utilizzare come criterio di tariffazione dei suddetti 43 DRG quello indicato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni tenutasi in data 19 Giugno 2003 in materia di tariffa unica nazionale per la mobilità interregionale delle attività di ricovero;
- applicare il suddetto criterio individuando per la casistica chirurgica una tariffa indistinta ordinaria/day hospital con una riduzione della tariffa ordinaria variabile dal 15% al 23%, a seconda del rischio di complicanze dei diversi DRG valutato sulla casistica del 1° quadrimestre 2003, ed una riduzione della tariffa ordinaria variabile dal 30% al 40% della tariffa ordinaria dei DRG medici, a seconda del rischio di complicanze dei diversi DRG valutato sulla casistica del 1° quadrimestre 2003, allegato 4;
- dettagliare in modo più consono alla tecnologia utilizzata la prestazione "Terapia ad onde d'urto extracorporee per patologie muscolo-scheletriche" (cod. 98591) introducendo due nuove prestazioni di seguito specificate ed afferenti alle branche specialistiche di "ortopedia e traumatologia" e "medicina fisica e riabilitazione - recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi": "terapia ad onde d'urto focalizzate per patologie muscolo-scheletriche - per seduta con un massimo di tre sedute" (cod. MI 98591) e "terapia ad onde d'urto radiali per patologie muscolo-scheletriche - per seduta con un massimo di tre sedute" (cod. I 98592) mantenendo per la prima (MI 98591) la tariffa attuale di 61,97 € e valorizzando la seconda (I 98592) a 33,00 €(allegato 5);
- modificare le tariffe relative alle prestazioni di diagnostica strumentale di Risonanza Magnetica Nucleare e di Tomoscintigrafia (PET). Tale modifica comporta la valorizzazione delle prestazioni di RM e di PET così come indicato nell'allegato 5 (cod. 88911, 88912, 88913, 88914, 88915, 88916, 88917, 88918, 8892, 88921, 88922, 88923, 88924, 88925, 88926, 88927, 88928, 88929, 8893, 88931, 88941, 88942, 88943, 88951, 88952, 88953, 88954, 88955, 88956, 92091, 92116, 92117, 92186);
- introdurre la prestazione "risonanza magnetica nucleare (RM) articolare con apparecchiatura dedicata" (cod. MI 88944), afferente alla branca specialistica "diagnostica per immagini: radiologia diagnostica", alla tariffa di 145,33 €(allegato 5);
- di introdurre la differenziazione prevista con la DGR n. VII/12287 del 04.03.03 per la tariffa del DRG 008 "Interventi su nervi periferici e cranici ed altri interventi su sistema nervoso senza CC" nel caso in cui durante il ricovero si proceda alla esecuzione della procedura indicata dal codice 92.32 "Radiochirurgia fotonica multisorgente" anche per le procedure 92.31 "Radiochirurgia fotonica a sorgente singola" e 92.33 "Radiochirurgia particolare";
- di differenziare, così come concordato con l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, la tariffa del DRG 518 "interventi su sist. cardiovasc. per via per cutanea senza inserz. stent. in arteria

coron. o IMA” sulla base della tipologia della procedura effettuata e codificata sulla scheda di dimissione ospedaliera così come segue:

- o cod. 3734 asportazione mediante catetere di lesione o tessuto del cuore €5.100,00
 - o cod. 3726 stimolazione cardiaca elettrofisiologia e studi di registrazione e cod. 3727 mappatura del cuore €4.100
 - o cod. 3596, 3601, 3602, 3605, 3609, €4.831
- di prevedere di non finanziare, all'interno della stessa struttura, lo studio elettrofisiologico (cod. 3726 e 3727) quando venga effettuato in follow – up di ablazione in più del 5% dei casi nei 12 mesi successivi all'intervento di ablazione;

CONSIDERATO di consentire che, nell'ambito di collaborazioni pubblico /privato riguardanti attività ad alto contenuto tecnologico ed innovativo, si possa procedere all'autorizzazione, accreditamento e messa a contratto di nuove attività in ambito di specialistica ambulatoriale;

STABILITO di estendere le modalità di erogazione degli acconti e dei saldi, così come previste dalla DGR VII/12692 del 10.4.03 per le attività di specialistica ambulatoriale, anche alle attività di ricovero e cura;

CONSIDERATO altresì che con DDG Sanità 17 giugno 2002, n. 11255 è stato istituito un gruppo di lavoro per l'individuazione dei percorsi diagnostico – terapeutici in ambito cardiologico interventistico e cardiocirurgico ai sensi della DGR. 18 febbraio 2002, n. VII/8078;

STABILITO che il sistema tariffario prospettato dal presente atto possa risultare suscettibile di verifiche, ed eventualmente rettifiche, e che il monitoraggio sul sistema tariffario così indicato sarà compiuto da parte delle Unità Operative preposte della DG Sanità;

DATO ATTO che il presente provvedimento non concerne le prestazioni sanitarie erogate in area riabilitativa che restano pertanto valorizzate secondo il tariffario attualmente in vigore, in attesa del riordino della rete riabilitativa disposto dal PSSR 2002-2004;

RITENUTO inoltre di mantenere invariati gli effetti dei precedenti atti relativi a tariffe e modalità di rimborso non esplicitamente citati nel presente provvedimento;

RIBADITO inoltre, che le attività di controllo sulle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate della regione Lombardia sono regolate dalle D.G.R. 10 ottobre 1997, n. VI/31684, 27 febbraio 1998, n. VI/34809, 28 ottobre 1999, n. VI/45934, 16 marzo 2001, n. VII/3826, 18 febbraio 2002, n. VII/8078, 10 aprile 2003, n. VII/12692, oltre che dai singoli contratti stipulati o da stipulare - secondo lo schema contrattuale di cui alla D.G.R. 29 dicembre 1999, n. VI/47508 e le integrazioni di cui al punto alla DGR VII/12287 del 04.03.03 - fra le ASL e le strutture erogatrici, ai sensi dell'art. 8 quinquies del d. lgs. 229/99 ;

RITENUTO opportuno che le presenti disposizioni entrino in vigore per le prestazioni erogate a partire dal 1 agosto 2003 e per i ricoveri ospedalieri con dimissione a partire da tale data;

RITENUTO altresì di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale, ai fini della notifica a tutti i soggetti interessati e sul sito web della D.G. Sanità ai fini della diffusione del provvedimento;

VAGLIATE ed assunte come proprie le predette considerazioni;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

Per le motivazioni espresse nelle premesse del presente provvedimento che qui s'intendono integralmente riportate:

- 1) **DI APPROVARE**, con conseguente modifica della DGR n. 7/2418 del 01.12.2000 e delle DDG Sanità n. 4733 del 28.02.2000 e n. 1946 del 30.01.2001, le modalità per la corretta codifica delle diagnosi e

degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche/terapeutiche, che sono determinate nell'allegato 1 "Linee guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche – Revisione 2003", parte integrante e sostanziale del presente atto;

- 2) **DI INTRODURRE** delle specifiche indicazioni cliniche per l'erogazione a carico del SSR delle prestazioni MOC (codici 88991, 88992, 88993, 88994, 88995 del nomenclatore tariffario ambulatoriale) e della correzione dei vizi di refrazione con laser ad eccimeri PRK, LASIK (codice M 11992 del nomenclatore tariffario ambulatoriale) così come previsto dal DPCM 29 novembre 2001 ed evidenziato negli allegati 2 e 3 parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 3) **DI PREVEDERE** che l'accertamento del criterio che determina l'erogabilità della suddette prestazioni a carico del SSR sia compito del prescrittore che stila l'impegnativa e che i soggetti erogatori dovranno mantenere in archivio copia della documentazione clinica comprovante la corretta indicazione, anche al fine di permettere i controlli da parte delle ASL competenti;
- 4) **DI CONSENTIRE** che i pazienti che si trovano in lista di attesa alla data di approvazione della presente deliberazione possano accedere alle suddette prestazioni (MOC e Laser Eccimeri LASIK, PRK) senza limitazioni e che tale previsione si estenda all'intervento di Laser ad Eccimeri nell'occhio controlaterale per chi abbia già effettuato entro la stessa data l'intervento sul primo occhio;
- 5) **DI INTRODURRE** una modalità di tariffazione che permetta di ridurre entro limiti accettabili, in termini di appropriatezza, l'erogazione in regime ordinario dei 43 DRG di cui all'allegato 2C del citato DPCM 29 novembre 2001, evidenziati in allegato 4 parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 6) **DI UTILIZZARE** come criterio di tariffazione dei suddetti 43 DRG quello indicato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni tenutasi in data 19 Giugno 2003 in materia di tariffa unica nazionale per la mobilità interregionale delle attività di ricovero;
- 7) **DI APPLICARE** il suddetto criterio individuando per la casistica chirurgica una tariffa indistinta ordinaria/dh con una riduzione della tariffa ordinaria variabile dal 15% al 23%, a seconda del rischio di complicanze dei diversi DRG valutato sulla casistica del 1° quadrimestre 2003, ed una riduzione della tariffa ordinaria variabile dal 30% al 40% della tariffa ordinaria dei DRG medici, a seconda del rischio di complicanze dei diversi DRG valutato sulla casistica del 1° quadrimestre 2003; (allegato 4 parte integrante e sostanziale del presente atto)
- 8) **DI INTRODURRE** due nuove prestazioni, afferenti alle branche specialistiche di "ortopedia e traumatologia" e "medicina fisica e riabilitazione – recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi", come di seguito specificato: "terapia ad onde d'urto focalizzate per patologie muscolo-scheletriche – per seduta con un massimo di tre sedute" (cod. MI 98591) e "terapia ad onde d'urto radiali per patologie muscolo-scheletriche – per seduta con un massimo di tre sedute" (cod. I 98592) mantenendo per la prima (MI 98591) la tariffa attuale di 61,97 € e valorizzando la seconda (I 98592) a 33,00 € (allegato 5, parte integrante e sostanziale del presente atto);
- 9) **DI MODIFICARE** le tariffe relative alle prestazioni di diagnostica strumentale di Risonanza Magnetica Nucleare e di Tomoscintigrafia (PET). Tale modifica comporta la valorizzazione delle prestazioni di RM e di PET così come indicato nell'allegato 5 (cod. 88911, 88912, 88913, 88914, 88915, 88916, 88917, 88918, 8892, 88921, 88922, 88923, 88924, 88925, 88926, 88927, 88928, 88929, 8893, 88931, 88941, 88942, 88943, 88951, 88952, 88953, 88954, 88955, 88956, 92091, 92116, 92117, 92186);
- 10) **DI INTRODURRE** la prestazione "risonanza magnetica nucleare (RM) articolare con apparecchiatura dedicata" (cod. MI 88944), afferente alla branca specialistica "diagnostica per immagini: radiologia diagnostica", alla tariffa di 145,33 € (allegato 5);
- 11) **DI INTRODURRE** la differenziazione prevista con la DGR n. VII/12287 del 04.03.03 per la tariffa del DRG 008 "Interventi su nervi periferici e cranici ed altri interventi su sistema nervoso senza CC" nel caso in cui durante il ricovero si proceda alla esecuzione della procedura indicata dal codice 92.32 "Radiochirurgia fotonica multisorgente" anche per le procedure 92.31 "Radiochirurgia fotonica a sorgente singola" e 92.33 "Radiochirurgia particolata";
- 12) **DI DIFFERENZIARE**, così come concordato con l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, la tariffa del DRG 518 "interventi su sist. Cardiovasc. per via per cutanea senza inserz. stent. in arteria coron. o IMA" sulla base della tipologia della procedura effettuata e codificata sulla scheda di dimissione ospedaliera così come segue:
 - a. cod. 3734 asportazione mediante catetere di lesione o tessuto del cuore €5.100,00
 - b. cod. 3726 stimolazione cardiaca elettrofisiologia e studi di registrazione e cod. 3727 mappatura del cuore €4.100
 - c. cod. 3596, 3601, 3602, 3605, 3609, €4.831

- 13) **DI PREVEDERE** di non finanziare, all'interno della stessa struttura, lo studio elettrofisiologico (cod. 3726 e 3727) quando venga effettuato in follow – up di ablazione in più del 5% dei casi nei 12 mesi successivi all'intervento di ablazione;
- 14) **DI CONSENTIRE**, nell'ambito di collaborazioni pubblico /privato riguardanti attività ad alto contenuto tecnologico ed innovativo, l'autorizzazione, accreditamento e messa a contratto di nuove attività in ambito ambulatoriale;
- 15) **DI ESTENDERE** le modalità di erogazione degli acconti e dei saldi, così come previste dalla DGR VII/12692 del 10.4.03 per le attività di specialistica ambulatoriale, anche alle attività di ricovero e cura;
- 16) **DI MANTENERE** le modalità di codifica attualmente in vigore, e non esplicitamente modificate dal presente provvedimento;
- 17) **CHE** il sistema tariffario oggetto del presente atto sia suscettibile di verifiche e rettifiche, in seguito all'analisi dell'impatto complessivo sui volumi, sui costi di produzione e sulla qualità delle prestazioni erogate, e che il monitoraggio sul sistema tariffario così indicato sia compiuto dalle Unità Organizzative preposte della DG Sanità;
- 18) **CHE** le presenti disposizioni entrino in vigore per le prestazioni erogate a partire dal 1 agosto 2003 e per i ricoveri ospedalieri con dimissione a partire da tale data;
- 19) **CHE** sia disposta la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale, ai fini della notifica a tutti i soggetti interessati e sul sito web della D.G. Sanità ai fini della diffusione del provvedimento.

IL SEGRETARIO

Allegato 1)

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

Revisione 2003

INDICE

	Pag.
Premessa	3
Cap. 1 - Malattie infettive e parassitarie	4
Cap. 2 - Tumori	7
Cap. 3 - Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	9
Cap. 4 - Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	11
Cap. 5 - Disturbi psichici	14
Cap. 6 - Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	15
Cap. 7 - Malattie del sistema circolatorio	16
Cap. 8 - Malattie del sistema respiratorio	22
Cap. 9 - Malattie dell'apparato digerente	25
Cap. 10 - Malattie dell'apparato genito-urinario	29
Cap. 11 - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	31
Cap. 12 - Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	32
Cap. 13 - Malattie del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	34
Cap. 14 - Malformazioni congenite	
Cap. 15 - Alcune condizioni morbose di origine perinatale	36
Cap. 16 - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	38
Cap. 17 - Traumatismi e avvelenamenti	40
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie	42
Considerazioni sul Cap.16-Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche	48

PREMESSA

L'introduzione in Lombardia dell'aggiornamento della ICD9CM all'anno 2002, ha permesso di perfezionare le indicazioni per la corretta codifica delle diagnosi e delle procedure ed impone pertanto la revisione di quanto determinato con D.G.R. n. 7/2418 del 01.12.2000 e D.D.G. Sanità n. 4733 del 28.02.2000 e n. 1946 del 30.01.2001.

Questo documento, nel recepire le "Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della SDO" adottate a livello nazionale (Accordo Conferenza Stato-Regioni del 6 giugno 2002), rivede alcune modalità di codifica e fornisce indicazioni per "situazioni cliniche" particolarmente problematiche e di frequente occorrenza, come rilevato dalle segnalazioni degli operatori sanitari delle strutture di ricovero e cura lombarde e dal monitoraggio del flusso informativo della SDO.

Le modalità di codifica attualmente in vigore, e non esplicitamente qui modificate, continuano a sussistere.

Si è provveduto ad analizzare in modo organico ogni capitolo della Classificazione, ribadendo e/o sviluppando alcune regole già in uso, evidenziando gli aggiornamenti dei codici (di diagnosi e di interventi) ed individuando le situazioni più critiche e controverse.

Le raccomandazioni per l'appropriata codifica sono state predisposte tenendo conto delle formulazioni diagnostiche e delle procedure utilizzate attualmente nella pratica clinica e pertanto sono suscettibili di integrazioni e/o modifiche, soprattutto in funzione dell'evoluzione delle tecnologie sanitarie o dei percorsi diagnostici/terapeutici adottati.

CAP. 1 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (001-139)

I postumi sono compresi nelle categorie 137-139.

Il Capitolo è improntato ad un criterio eziologico piuttosto che di manifestazione d'organo e la sua tassonomia è essenzialmente imperniata sul microorganismo responsabile dell'infezione.

Vi sono comprese tutte le patologie ad eziologia infettiva o di probabile natura infettiva, ad eccezione di alcune infezioni localizzate, quali:

Meningiti, sia batteriche che virali (v. Cap. 6 codd. 320-322)

Infezioni dell'app. respiratorio e Sindrome influenzale (v. Cap. 7 codd. 460-466 e cod. 486)

Per codificare correttamente le malattie infettive è necessaria un'accurata ricerca nell'Indice Alfabetico (ad es. cistite cronica da candida).

- in alcuni casi viene assegnato *un solo codice* per indicare unicamente il microorganismo in questione (cod. 071 Rabbia)
- in altri casi una **quarta cifra** specifica un sito d'infezione od una condizione associata (cod. 112.4 Candidiasi del polmone)
- a volte *un unico codice* identifica sia la patologia che l'organismo responsabile (cod. 130.1 Congiuntivite da toxoplasmosi)
- altre volte occorre *una codifica multipla* per descrivere una condizione di infezione (Polmonite in corso di pertosse cod. 033.0 + cod. 484.3)

Tubercolosi (Cat. 010-018)

Esistono codici specifici per sede anatomica (polmonare, app. respiratorio, meningi e sist. nervoso centrale, app. digerente, osteomuscolare, genitourinario) e tipo di tubercolosi (primaria, miliare).

La *quinta cifra* è prevista per indicare il metodo usato per porre diagnosi di tubercolosi:

- .0 non specificato
- .1 esame batteriologico o istologico non eseguito
- .2 esame batteriologico o istologico eseguito, ma con risultato non disponibile
- .3 esame microscopico positivo (in espettorato)
- .4 esame microscopico negativo (in espettorato), ma con esame colturale positivo
- .5 esame batteriologico negativo (in espettorato), ma tubercolosi confermata istologicamente
- .6 esame batteriologico o istologico negativo (in espettorato), ma tubercolosi confermata con altri metodi

Setticemia (Cat. 038)

La categoria è ulteriormente specificata dalla **quarta** e *quinta* cifra, ad indicare i microorganismi responsabili. Altre setticemie sono classificate con cod. 112.5 (Candidiasi disseminata) e cod. 054.5 (Setticemia erpetica).

La condizione di **shock settico** è spesso una componente della setticemia, per cui nel caso in cui si documenti la setticemia o la sepsi generalizzata con shock settico, si dovranno utilizzare prima il cod. 038.- e poi il cod. 785.59.

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

Sono diagnosi addizionali, che possono essere utilizzate per indicare l'agente patogeno responsabile (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 oppure in quei rari casi in cui è così indicato nell'Indice Alfabetico (Infezione batterica NIA).

Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV) (Cat. 042)

La ICD9CM classifica l'AIDS in base a criteri CDC.

Questa categoria include tutti i tipi di infezione da HIV (comprese le patologie correlate):

Sindrome da immunodeficienza umana (HIV)

AIDS

Sindrome tipo AIDS

ARC

Complesso collegato all'AIDS

Infezione da HIV, sintomatica

La categoria 042 deve essere utilizzata 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 (Es. per trauma).

Nel caso di pazienti ricoverate per problemi ostetrici con infezione da HIV, occorre utilizzare il cod. 647.6-, seguito dal cod. 042 e da ogni altra manifestazione.

Se invece una paziente ha solo la sierodiagnosi positiva per HIV, ma non presenta sintomatologia correlata né al momento del ricovero, né in anamnesi, allora è più corretto assegnare il cod. V08.

Per pazienti con test sierologico anormale per HIV, senza diagnosi di infezione da HIV, occorre utilizzare i seguenti codici:

- | | |
|--------|---|
| V08 | Stato infettivo asintomatico da HIV
Paziente con test HIV positivo, ma senza sintomi, complicazioni correlate, né storia di patologie HIV correlate |
| 795.71 | Evidenze sierologiche non specifiche di HIV
questo codice va assegnato <i>solo</i> quando il risultato di un test è definito come non specifico. I reperti negativi non devono essere codificati.
(Spesso i neonati da madri HIV-positive sono essi stessi positivi e tale condizione, <i>false positivo</i> , potrebbe persistere per circa 18 mesi dalla nascita, senza che il neonato sia stato infettato; anche in tal caso si dovrà assegnare il cod. 795.71, come diagnosi principale, seguito dal cod. V01.7, fino a quando il medico non documenti la reale infezione). |

Test HIV con risultato negativo:

- | | |
|--------|--|
| V72.6 | Esame di laboratorio solo per test HIV |
| V65.44 | Consigli su HIV |

Epatite virale (Cat. 070)

Questa Categoria è stata profondamente rivista dalla ICD9CM, infatti vengono esplicitamente previste le infezioni diverse dall'epatite A e B con l'aggiunta di una *quinta cifra* ai codici:

- | | |
|-------|---|
| 070.2 | Epatite virale B con coma epatico e 070.3 Epatite virale B senza coma epatico |
| .0 | acuta o non specificata, senza menzione di epatite delta |
| .1 | acuta o non specificata, con epatite delta |
| .2 | cronica, senza menzione di epatite delta |
| .3 | cronica, con epatite delta |

- 070.4 Altre epatiti virali con coma epatico e 070.5 Altre epatiti virali senza coma epatico
- .1 epatite C acuta o non specificata
 - .2 epatite delta senza menzione di epatite B attiva
 - .3 epatite E
 - .4 epatite C cronica
 - .9 altre epatiti virali specificate

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

007.4 Criptosporidiosi

007.5 Ciclosporiasis

031.2 Malattia disseminata

038.10 Setticemia da stafilococco, non specificato

038.11 Setticemia da stafilococco aureo

038.19 Setticemia da altri stafilococchi

082.4 Erlichiosi

082.40 Erlichiosi, non specificata

082.41 Erlichiosi chaffensis

082.49 Altra erlichiosi

CAP. 2 - TUMORI (140-239)

La ICD9CM classifica le neoplasie per tipo istologico in accordo con la sede di origine, ad eccezione dei tumori linfatici ed emopoietici, del melanoma maligno della pelle, del lipoma e di pochi tumori comuni delle ossa, utero, ovaie etc.

Tutti gli altri tumori sono classificati per sistema od apparato, organo o sede.

Da qui l'importanza di consultare per prima la Tabella "Neoplasia, neoplastico/a", riportata nell'Indice Alfabetico, e poi l'Elenco sistematico.

La Tabella elenca i codici delle neoplasie a seconda della loro natura, in ordine alfabetico e per ciascun sito anatomico:

Neoplasia maligna secondaria	(196-199)
Carcinoma in situ	(230-234)
Neoplasia benigna	(210-229)
Neoplasia di comportamento incerto (neoplasia ben definita da un punto di vista isto-morfologico, ma di cui non può essere chiaramente previsto, al momento della diagnosi, il successivo comportamento clinico)	(235-238)
Neoplasia di natura non specificata (neoplasia di morfologia ed evoluzione non specificata)	(239)

Occorre:

- seguire le istruzioni della Tabella, a meno che la documentazione clinica non la smentisca
(Es. adenoma *maligno* del colon cod. 153.9 e non cod. 211.3)
- assegnare un codice aggiuntivo per classificare l'attività funzionale associata alla neoplasia
(Es. T.M. ovaio con iperestrogenismo cod. 183.0 + cod. 256.0)
- utilizzare la **quarta cifra .8** (altre sedi specificate) nei casi in cui, per le categorie 140-195, il punto di insorgenza del tumore primario sia a confine tra due o più organi

Esistono due categorie (eccezioni) in cui la **quarta cifra** non è mutuamente esclusiva, ma piuttosto complementare:

Categoria **150 Tumori maligni esofago**

- .0** tratto cervicale
- .1** tratto toracico
- .2** tratto addominale
- .3** terzo superiore
- .4** terzo medio
- .5** terzo inferiore

Categoria **201 Malattia di Hodgkin**

- .0-** paragranuloma di Hodgkin
- .1-** granuloma di Hodgkin
- .2-** sarcoma di Hodgkin
- .4-** predominanza linfocito-istiocitica
- .5-** sclerosi nodulare
- .6-** cellularità mista
- .7-** deplezione linfocitaria
- .9-** malattia di Hodgkin non specificata

La *quinta cifra* (da .0 a .8) identifica, per le Categorie **da 200 a 202**, i linfonodi coinvolti. Il mieloma multiplo e gli altri tumori immunoproliferativi sono classificati alla Categoria **203**, con la **quarta cifra** che identifica il particolare tipo di neoplasia. Le leucemie sono classificate alle Categorie **204-208**, con la **quarta cifra** che identifica lo stato della malattia (acuta, cronica, subacuta). Per tutti i codici delle suddette categorie la *quinta cifra* indica:

- .0** senza menzione di remissione
- .1** in remissione

PROCEDURE PARTICOLARI IN AMBITO ONCOLOGICO

Gli episodi di ricovero per **cicli di immunoterapia** in ambito oncologico per via sistemica, devono essere così indicati:

diagnosi principale	cod. V58.1	Chemioterapia
diagnosi secondaria	cod. Tumore (se non asportato) o di metastasi se presenti	
procedure	cod. 99.28	Iniezione o infusione di agente modificatore di risposta biologica (BRM), come agente antineoplastico (immunoterapia antineoplastica)

Metodica “stop flow”

Si tratta di una tecnica per l’infusione loco-regionale di chemioterapico che prevede l’incisione dell’arteria e della vena femorale e l’attivazione della circolazione extracorporea; occorre segnalare le seguenti procedure:

cod. 38.08	Incisione di arterie dell’arto inferiore
cod. 38.91	Cateterismo arterioso
cod. 99.25	Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore
cod. 39.97	Altra perfusione

CAP. 3 - MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI (240-279)

Alla categoria 242 Tireotossicosi con o senza gozzo, è stata aggiunta una *quinta cifra*:

- .0 senza crisi tireotossica in atto
- .1 con crisi tireotossica in atto

Il **diabete mellito** è descritto dalla categoria 250, con la **quarta cifra** che indica l'eventuale presenza di complicanze associate (codd. da 250.1- a 250.3-, se evolvono in disordini metabolici acuti; codd. da 250.4- a 250.8-, se evolvono in complicanze a lungo termine) e la *quinta cifra* che specifica il tipo di diabete e se è sotto controllo o scompensato (in tal modo esplicitamente diagnosticato dal medico stesso):

- .0 Tipo II o non specificato, non definito come scompensato
- .1 Tipo I, non definito come scompensato
- .2 Tipo II o non specificato, scompensato
- .3 Tipo I, scompensato

Nel caso di diabete con complicazioni a lungo termine o croniche, devono essere indicati, oltre al codice specifico del diabete complicato, i codici relativi a ciascuna manifestazione, ponendo attenzione alla regola presente sul manuale dell'ICD9CM che segnala di indicare, in caso di complicanze del diabete, la patologia di base in diagnosi principale e la complicazione tra le diagnosi secondarie. (Es.: Amputazione in arto con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica:

- cod. 250.7- Diabete con complicanze circolatorie periferiche in diagnosi principale
- cod. 443.81 Angiopatia periferica in diagnosi secondaria).

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

Il diabete mellito complicante la gravidanza, parto e puerperio, è identificato dal cod. 648.0- seguito da un codice della categoria 250, ad indicare il tipo di diabete riscontrato.

Il diabete gestazionale (in quanto non vero diabete mellito e che regredisce nel periodo post-partum) è identificato dal cod. 648.8-.

I neonati di madri diabetiche spesso sono affetti da ipoglicemia transitoria (cod. 775.0) o da iperglicemia transitoria (cod. 775.1); tuttavia questi codici possono essere utilizzati *solo* quando le alterazioni del neonato sono determinate dalla patologia materna.

Diabete latente	cod. 790.2
Diabete indotto da somministrazione di steroidi	cod. 251.8 seguito da cod. 909.5
Coma diabetico dovuto ad incidente terapeutico da insulina	cod. 962.3 seguito da cod. 250.3-

Nelle categorie 260-269, oltre alla malnutrizione, sono compresi i deficit di apporto vitaminico, eccetto le anemie da carenza (280 e 281) ed il malassorbimento intestinale (cod. 579.-).

Gotta	cod. 274.-, dove la <i>quinta cifra</i> .1 o .8 consente la descrizione puntuale della patologia gottosa
Fibrosi cistica	cod. 277.0-, dove la <i>quinta cifra</i> distingue se la patologia è associata o meno ad ileo da meconio

Obesità	cod. 278.0-, dove la <i>quinta cifra</i> differenzia la forma grave da quella non specificata
Mal. sist. immunitario	codd. 279.0- e 279.1-, dove la <i>quinta cifra</i> specifica il tipo di deficit.

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

256.31 Insufficienza ovarica primaria

256.39 Altre insufficienza ovariche

275.40 Disordini del metabolismo del calcio, non specificati

275.41 Ipocalcemia

275.42 Ipercalcemia

275.49 Altri disordini del metabolismo del calcio

277.7 Sindrome X dismetabolica

PROCEDURE INTERVENTISTICHE PARTICOLARI

Il **trattamento chirurgico dell'obesità** può essere descritto con codici diversi in funzione del tipo di intervento. Si riportano di seguito le indicazioni per la descrizione di tali casi (sempre di obesità grave cod. 278.01), precisando che la scelta di alcuni codici di procedura, apparentemente inadeguati e/o insufficientemente descrittivi, nasce dall'assenza nell'ICD9CM di codici specifici per alcune tecniche attualmente in uso, eseguite tutte per via laparoscopica (+ cod. 54.21):

- Intervento di **diversione biliopancreatica (BPD)**
 - cod. 43.81 Gastrectomia parziale con trasposizione digiunale
 - cod. 45.91 Anastomosi intestinale tenue-tenue
 - cod. 51.22 Colectomia
- Intervento di **gastroplastica verticale**
 - cod. 44.99 Altri interventi sullo stomaco
- Intervento di **bypass gastrico**
 - cod. 44.39 Altra gastroenterostomia senza gastrectomia
- Intervento di **banding gastrico**
 - cod. 44.69 Altra riparazione dello stomaco

CAP. 4 - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI (280-289)

Nell'ICD9CM si è provveduto, soprattutto attraverso un'analitica inclusione nei codici di entità nosologiche in uso, alla "modernizzazione" del Capitolo, che comprende:

Anemie da carenza	(280-281) dove la quarta cifra ne specifica la causa
Emolitica	(282-283) (è prevista <i>una quinta</i> cifra al cod. 282.6)
Aplastica	(284)
Altre e non specificate	(285)

E' importante distinguere la perdita ematica cronica da quella acuta, poiché le due condizioni nella ICD9CM hanno codici completamente diversi (rispettivamente cod. 280.0 e cod. 285.1). Nel caso in cui la perdita ematica acuta avvenga dopo un intervento chirurgico, non sarà necessariamente una complicanza e quindi non dovrà essere codificata prima di averne approfondito la causa.

Difetti della coagulazione	(286)
Porpora ed altre condizioni emorragiche	(287)
Malattie dei globuli bianchi	(288) (compresa la neutropenia comune ai pazienti sottoposti a chemioterapia)
Altre mal. del sangue e degli organi ematopoietici	(289) (è prevista una <i>quinta cifra</i> al cod. 289.5)
Anemia complicante gravidanza, parto, puerperio	cod. 648.2-
Anemia emolitica del neonato	cod. 773.-

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

- 285.2 Anemie in malattie croniche
 - 285.21 Anemia in malattia renale in fase terminale
 - 285.22 Anemia in malattia neoplastica
 - 285.29 Anemia in altre malattie croniche

Interventi

(è evidenziata in grassetto la modifica della descrizione del codice)

- 41.01 Trapianto di midollo osseo autologo **senza depurazione**
- 41.04 Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche **senza depurazione**
- 41.05 Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione
- 41.06 Trapianto di cellule staminali da sangue prelevato da vasi del cordone ombelicale
- 41.07 Trapianto autologo di cellule staminali con depurazione
- 41.08 Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche con depurazione
- 41.09 Trapianto autologo di midollo osseo con depurazione

VARIAZIONI NELLA CODIFICA DEL TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO

(Gruppo di lavoro istituito con DDG Sanità n. 9854 del 17.06.2003)

Il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali ematopoietiche è descritto dalla stessa sottocategoria 41.0.

Il cod. 41.00 Trapianto di midollo osseo SAI, non deve mai essere utilizzato, in quanto poco specifico.

La definizione dei *Gruppi* di trattamento, determinati con DGR n.7/941 del 3 agosto 2000, e la corretta identificazione dei codici afferenti, è al momento così modificata:

Gruppo "A" Chemioterapia intensificata con supporto di cellule staminali periferiche autologhe

Cod. 41.04 Trapianto autologo di cellule staminali ematop. senza depurazione

oppure

Cod. 41.07 Trapianto autologo di cellule staminali con depurazione

Gruppo "B" Trapianto di cellule staminali autologhe dopo condizionamento mieloablativo

Cod. 41.01 Trapianto di midollo osseo autologo senza depurazione

oppure

Cod. 41.04 Trapianto autologo di cellule staminali ematop. senza depurazione

oppure

Cod. 41.07 Trapianto autologo di cellule staminali con depurazione

oppure

Cod. 41.09 Trapianto autologo di midollo osseo con depurazione

Gruppo "C" Trapianto di cellule staminali allogeniche HLA identiche, da consanguineo compatibile

Cod. 41.02 Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione

oppure

Cod. 41.03 Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione

oppure

Cod. 41.05 Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. senza depurazione

oppure

Cod. 41.08 Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. con depurazione

Gruppo "D" Trapianto di cellule staminali allogeniche da consanguineo non identico

Trapianto di cellule staminali allogeniche da non consanguineo

Cod. 41.02 Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione

oppure

Cod. 41.03 Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione

oppure

Cod. 41.05 Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. senza depurazione

oppure

Cod. 41.08 Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. con depurazione

Trapianto di cellule staminali da cordone ombelicale

Cod. 41.06 Trapianto di cellule staminali da sangue prelevato da vasi del cordone ombelicale

Biopsia del midollo osseo cod. 41.31

Biopsia ossea cod. 77.4- dove la **quarta cifra** specifica la sede

L'aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto è indicata dal cod. 41.91, sia per autotrapianto che per allotrapianto.

Il prelievo di cellule staminali è indicato dal cod. 99.79, sia per autotrapianto che per allotrapianto.

CAP. 5 - DISTURBI PSICHICI (290-319)

Con l'introduzione della ICD9CM è stato eliminato il glossario; il sottocapitolo dei disturbi psichici è stato integrato con ulteriori disturbi non presenti nell'ICD-9.

Psicosi	(290-299)
Stati psicotici organici	(290-294)
Altre psicosi	(295-299)
Disturbi nevrotici e della personalità ed altri dist. psichici non psicotici	(300-316)
Ritardo mentale	(317-319)

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

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

294.10 Demenza in condizioni morbose classificate altrove, senza disturbi comportamentali

294.11 Demenza in condizioni morbose classificate altrove, con disturbi comportamentali

CAP. 6 - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO (320-389)

Malattie infiammatorie del SNC	(320-326)
Malattie ereditarie e degenerative del SNC	(330-337)
Altri disturbi del SNC	(340-349)
Disturbi del SNP	(350-359)
Malattie dell'occhio e degli annessi	(360-379)
Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	(380-389)

Le **epilessie** sono descritte dalla categoria 345, con la **quarta cifra** che indica l'epilessia generalizzata (.0 e .1) oppure lo stato di male (.2 e .3) oppure l'epilessia parziale (.4, .5 e .7) oppure gli spasmi infantili (.6); i codd. .8 e .9 identificano rispettivamente altre forme di epilessia e l'epilessia non specificata; la *quinta cifra* per i codd. 345.0, 345.1, e da 345.4 a 345.9 specifica la resistenza alla terapia:

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

L'episodio convulsivo isolato, al di fuori della malattia epilettica, deve essere segnalato con il cod. 780.3.

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

373.3 Disriflessia autonómica

372.81 Congiuntivocalasia

372.89 Altre affezioni della congiuntiva

CAP. 7 - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (390-459)

Questo Capitolo comprende situazioni complesse e spesso correlate; pertanto è necessario porre particolare attenzione alla selezione della diagnosi principale, in quanto minime variazioni di terminologia, possono orientare a scelte differenti ed erranee di codifica (Es. Edema polmonare acuto di origine cardiaca o di origine non cardiaca).

Cardiopatie reumatiche	(390-398)
Iperensione arteriosa	(401-405)
Malattie ischemiche del cuore	(410-414)
Malattie del circolo polmonare	(415-417)
Altre malattie del cuore	(420-429)
Malattie cerebrovascolari	(430-438)
Malattie delle arterie, arteriole e capillari	(440-448)
Malattie delle vene, vasi linfatici ed altre mal. sistema circolatorio	(451-459)

Le **cardiopatie reumatiche croniche** (393-398), includono le patologie cardiache da pregressa infezione reumatica attiva, in cui le valvole cardiache risultano spesso danneggiate in modo esteso.

L'ICD9CM presume l'origine reumatica anche per alcune malattie della valvola mitrale di eziologia non specificata. Quando si presume che più di un fattore abbia contribuito a generare la lesione della valvola mitrale, uno dei quali si ritiene di natura reumatica, allora questo prevale su tutti gli altri (Es. la stenosi della valvola mitrale (cod. 394.0) è classificata *solo* tra le cardiopatie reumatiche, mentre non lo è l'insufficienza mitralica (cod. 394.1 o 424.0)).

Nel caso di steno-insufficienza mitralica, il fattore eziologico reumatico prevale sugli altri (cod. 394.2).

Le patologie che interessano entrambe le valvole aortica e mitrale sono considerate di origine reumatica (Cat. 396).

La codifica della **malattia ipertensiva** è riprodotta analiticamente nella Tabella dell'Indice Alfabetico, che elenca i codici a seconda della natura dell' ipertensione (maligna, benigna o non specificata).

Reperto accidentale di elevata pressione arteriosa, senza diagnosi di ipertensione cod. 796.2

Iperensione post-operatoria (intesa come complicazione) cod. 997.91

+ un codice per identificare il tipo di ipertensione

(è importante precisare che spesso si potrebbe trattare solo di una elevata pressione arteriosa dovuta allo stato emotivo del paziente o ad un inadeguato controllo del dolore, in tal caso il codice corretto è 796.2).

Cardiopatía ipertensiva (Cat. 402)

Una relazione causa-effetto tra ipertensione e cardiopatía deve essere ben definita, e deve essere posta quindi una particolare attenzione nella formulazione diagnostica; quando la diagnosi menziona entrambe le condizioni, ma non indica una relazione causale fra loro, si devono assegnare codici diversi. Ad esempio:

malattia cardiaca congestizia dovuta ad ipertensione	cod. 402.91
malattia cardiaca congestizia con ipertensione	cod. 428.0 + 401.9
malattia cardiaca ipertensiva con insuff. cardiaca congestizia	cod. 402.91

Nefropatia ipertensiva (Cat. 403)

La **quarta cifra** identifica il tipo, la *quinta cifra* la presenza o meno di insufficienza renale.

Cardionefropatia ipertensiva (Cat. 404)

La **quarta cifra** identifica la natura, la *quinta cifra* la presenza di insufficienza cardiaca congestizia, insufficienza renale o entrambe.

Quando la formulazione diagnostica indica che sia l'ipertensione che il diabete sono responsabili dell'insufficienza renale cronica, occorre assegnare entrambi i codici delle categorie 403 o 404 e della sottocategoria 250.4- (non sono richiesti codici aggiuntivi per indicare l'insufficienza renale).

L'**ipertensione arteriosa secondaria** a patologie renali (in genere vasculorenali) deve essere indicata con la categoria 405.

Infarto miocardio acuto (Cat. 410)

La **quarta cifra** indica la localizzazione anatomica della parete interessata (la sottocategoria 410.9- sede non specificata, non deve essere mai usata per i ricoveri ospedalieri); la *quinta cifra* indica se si tratta di ricovero iniziale di assistenza (.1) o di episodio successivo per la medesima patologia (.2); la *quinta cifra* (.0) Episodio di cura non specificato, non è accettabile, in quanto la documentazione clinica deve sempre contenere le informazioni necessarie per una descrizione più precisa del caso.

Nella definizione di episodio iniziale di assistenza (.1) sono compresi anche i ricoveri di pazienti trasferiti ad altro istituto per acuti, ed 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 es. per dimissione ordinaria a domicilio o per trasferimento in istituti di assistenza): in tali casi deve essere utilizzata la *quinta cifra* .2.

Nel caso in cui nel corso dello stesso episodio di ricovero per infarto, si verifichi un secondo infarto in una sede diversa, devono essere codificate entrambe le sottocategorie (ciascuna secondo la propria sede), utilizzando come *quinta cifra* .1.

Se l'episodio ischemico ha una durata superiore alle 8 settimane, viene considerata una malattia ischemica cronica e quindi deve essere segnalato con cod. 414.8- Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica; lo stesso codice deve essere utilizzato se l'episodio ha durata minore, ma viene diagnosticato come malattia ischemica cronica.

L'**infarto miocardico pregresso asintomatico (cod. 412)** deve essere assegnato, esclusivamente come diagnosi secondaria, nei casi in cui siano assenti sintomi e la segnalazione sia in qualche modo significativa per il ricovero in corso.

Altre forme di cardiopatia ischemica cronica (Cat. 414)

Questa categoria include l'aterosclerosi coronarica, l'aneurisma cardiaco, l'insufficienza coronaria cronica e l'ischemia miocardica cronica. La *quinta cifra* del cod. 414.0- Aterosclerosi coronarica, specifica la natura dell'arteria coronaria coinvolta: nel caso in cui non siano stati effettuati precedenti interventi di bypass occorre utilizzare il cod. 414.01.

E' importante tener presente che l'aterosclerosi di un vaso del bypass non è codificata come complicazione post-operatoria.

Le **malattie cerebrovascolari** sono codificate con le categorie da 430 a 437, mentre i loro postumi con i codd. 438.- -. Per le categorie 433 e 434 è previsto l'utilizzo di una *quinta cifra* ad indicare se esiste infarto cerebrale:

- .0** senza menzione di infarto cerebrale
- .1** con infarto cerebrale

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

Il cod. 436 Vasculopatie cerebrali acute mal definite, può essere utilizzato come diagnosi principale solo nei casi in cui non siano disponibili ulteriori e più specifiche informazioni. E' da evitarsi l'abbinamento del cod. 436 con altri codici riferiti a forme cerebrovascolari (cat. 430-435 e 437).

L'**ictus cerebrale ischemico** può essere identificato con i codd. 434.01 oppure 434.11 oppure 434.91 (quest'ultimo codice è riservato solo a quei casi in cui il medico non abbia accertato la natura trombotica od embolica dell'ictus ischemico).

Postumi di malattie cerebrovascolari (Cat. 438)

Con la revisione ICD9CM 2002, sono state aggiunte **quarte** e **quinte** cifre alla categoria 438 (Vedi sotto "**INTEGRAZIONI...**"), consentendo l'inclusione nei codici stessi di specifici deficit neurologici. Pertanto è stata così modificata la regola di codifica: "la condizione residua o natura del postumo deve essere codificata per prima (diagnosi principale), seguita dalla causa del postumo (diagnosi secondaria), **eccetto in quei pochi casi in cui il codice del postumo è seguito da un codice di manifestazione identificato nell'Indice alfabetico ed il codice stesso è stato espanso (alla quarta ed alla quinta cifra) per includere la/e manifestazione/i**" (Ad es. il ricovero di un paziente per i postumi di afasia è identificato dal solo cod. 438.11; quello di un paziente per i postumi di emiplegia dal cod. 438.2-).

Aterosclerosi (Cat. 440)

La **quarta cifra** identifica la sede; la **quinta cifra** della sottocategoria 440.2- indica la progressione della malattia.

Gli aneurismi sono classificati in base alla loro localizzazione anatomica:

aneurisma dei vasi coronarici	cod. 414.11
aneurismi dell'aorta	cod. 441.- -
altri aneurismi	cod. 442.- -

Trombosi e tromboflebiti (Cat. 451)

La tromboflebite delle estremità è classificata in base alla localizzazione anatomica delle vene coinvolte.

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

411.81 Occlusione coronaria acuta senza infarto miocardio

438.0 Deficit cognitivo

438.1 Deficit nella parola e nel linguaggio

438.10 Deficit nella parola e nel linguaggio, non specificato

438.11 Afasia

438.12 Disfasia

438.19 Altri deficit nella parola e nel linguaggio

438.2 Emiplegia/emiparesi

438.20 Emiplegia a sede emisferica

438.21 Emiplegia dell'emisfero dominante

- 438.22 Emiplegia dell'emisfero non dominante
- 438.3 Monoplegia degli arti superiori
 - 438.30 Monoplegia degli arti superiori a sede emisferica non specificata
 - 438.31 Monoplegia degli arti superiori dell'emisfero dominante
 - 438.32 Monoplegia degli arti superiori dell'emisfero non dominante
- 438.4 Monoplegia degli arti inferiori
 - 438.40 Monoplegia degli arti inferiori a sede emisferica non specificata
 - 438.41 Monoplegia degli arti inferiori dell'emisfero dominante
 - 438.42 Monoplegia degli arti inferiori dell'emisfero non dominante
- 438.5 Altre sindromi paralitiche
 - 438.50 Altre sindromi paralitiche a sede emisferica non specificata
 - 438.51 Altre sindromi paralitiche dell'emisfero dominante
 - 438.52 Altre sindromi paralitiche dell'emisfero non dominante
 - 438.53 Altre sindromi paralitiche bilaterali
- 438.8 Altri postumi di malattie cerebrovascolari
 - 438.81 Aprassia
 - 438.82 Disfagia
 - 438.89 Altri postumi di malattie cerebrovascolari
- 438.9 Postumi non specificati di malattie cerebrovascolari

- 458.8 Altra ipotensione specificata

Interventi

- 36.31 Rivascolarizzazione transmiocardica a torace aperto
- 36.32 Altra rivascolarizzazione transmiocardica
- 36.39 Altra rivascolarizzazione cardiaca

- 37.28 Ecocardiografia intracardiaca

- 37.35 Asportazione parziale di ventricolo

- 37.67 Impianto di sistema di cardiomiostimolazione

- 39.7 Riparazione endovascolare di vaso
 - 39.71 Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale
 - 39.79 Altra riparazione endovascolare di aneurisma con graft

PROCEDURE INTERVENTISTICHE PARTICOLARI

L'**asportazione di vene varicose** può essere descritta con codici diversi in funzione della tecnica utilizzata. Di seguito si riportano le indicazioni per la codifica di tali casi (sempre con diagnosi di varici degli arti inferiori cod. 454.-), precisando che la scelta di alcuni codici di procedura, apparentemente inadeguati e/o insufficientemente descrittivi, nasce dall'assenza nell'attuale revisione dell'ICD9CM, di codici specifici per alcune metodiche attualmente in uso:

- **Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore**
 indicare entrambi i seguenti codici
 - cod. 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
 - cod. 38.69 Altra asportazione di vene dell'arto inferiore

- **Legatura endoscopica di perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)**
 indicare entrambi i seguenti codici
 - cod. 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
 - cod. 83.09 Altra incisione di tessuti molli
- **Stripping e asportazione di vene varicose con Laser**
 indicare entrambi i seguenti codici
 - cod. 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
 - cod. 38.93 Cateterismo venoso e
 - cod. 38.69 nel caso venga eseguita anche l'asportazione di vene adiacenti

Gli studi **elettrofisiologici [EPS]** (cod. 37.26) eseguiti durante l'impianto, la revisione o la sostituzione del defibrillatore [AICD], si considerano facenti parte della procedura in toto e quindi non devono esser codificati in aggiunta. Se gli studi EPS sono stati eseguiti prima dell'impianto, per determinare il trattamento adeguato dell'aritmia cardiaca, si codificano sia lo studio EPS, sia l'impianto (e comunque la procedura deve far parte dello stesso episodio di ricovero e di conseguenza verrà attribuito un unico DRG).

Mappatura del cuore cod. 37.27 (non O.R., ma
che ha effetti sull'attribuzione del DRG)
 Asportazione mediante catetere di lesione/tessuto del cuore cod. 37.34

Solo nel caso in cui un paziente con **endocardite di Libman-Sacks** venga sottoposto a sostituzione valvolare, è necessario indicare (**eccezione alla regola di *codifica multipla della ICD9CM***) come:

diagnosi principale	cod. 424.91	Endocardite
diagnosi secondaria	cod. 710.0	Malattia di Libman-Sacks
procedure	cod. 35.22	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
	cod. 39.61	Circolazione extracorporea

Si ricorda che, al momento, esistono i seguenti codici di cardiologia interventistica, **per l'identificazione dell'inserzione di stent o graft**:

cod. 39.7	Riparazione endovascolare di vaso Riparazione endoluminale Escl.: angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico (39.50) inserzione di stent su arteria non coronarica (39.90) altra riparazione di aneurisma (39.52) resezione dell'aorta addominale, con sostituzione (38.44) resezione dell'aorta toracica, con sostituzione (38.45) resezione di vasi dell'arto superiore, con sostituzione (38.43) resezione di vasi dell'arto inferiore, con sostituzione (38.48)
39.71	Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale Riparazione endovascolare di aneurisma dell'aorta addominale con graft Stent graft(s)
39.79	Altra riparazione endovascolare di aneurisma con graft Impianto di graft in: arterie delle estremità inferiori aorta toracica arterie delle estremità superiori Stent graft(s)

cod. 39.9 Altri interventi sui vasi

39.90 Inserzione di stent su arteria non coronarica
 Tecniche endovascolari di ricanalizzazione di stent
Escl.: riparazione endovascolare di aneurisma (39.71-39.79)
Codificare anche eventuale angioplastica non coronarica (39.50)

CAP. 8 - MALATTIE DEL SISTEMA RESPIRATORIO (460-519)

Altre malattie respiratorie sono classificate nei Capitoli delle neoplasie e delle malattie infettive.

Infezioni acute vie respiratorie	(460-466)
Altre mal. vie respiratorie superiori	(470-478)
Polmonite e influenza	(480-487)
Mal. polmonari croniche ostruttive e condizioni associate	(490-496)
Pneumoconiosi e altre malattie del polmone da agenti esterni	(500-508)
Altre mal. sistema respiratorio	(510-519)

Laringite e tracheite acuta

La *quinta cifra* identifica la presenza o meno di ostruzione.

Bronchite e bronchiolite acuta

(incluse quelle con broncospasmo/ostruzione)

La *quinta cifra*, per la bronchiolite acuta, specifica se dovuta a RSV o ad altri agenti infettivi.

Malattie croniche tonsille e adenoidi

La *quinta cifra*, per l'ipertrofia di tonsille e adenoidi, ne specifica la localizzazione.

Altre malattie vie respiratorie superiori

Le eventuali *quinte cifre* specificano le altre patologie della faringe e della laringe.

Polmonite

Può essere codificata in vari modi, ad es.:

dovuta a Klebsiella	cod. 482.0
da virus respiratorio-sinciziale	cod. 480.1
da salmonella	cod. 003.22
postmorbillosa	cod. 055.1
influenza con polmonite	cod. 487.0

Altre polmoniti vengono classificate come manifestazioni di infezioni sistemiche, attraverso la definizione della localizzazione polmonare, per cui è corretto attribuire un doppio codice (Ad es. Polmonite da carbonchio cod. 022.1 + 484.5).

Polmonite, agente infettivo non identificato	cod. 486
Polmonite interstiziale (quando non è possibile specificarla meglio)	cod. 516.8
Polmonite interstiziale a plasmacellule da Pneumocystis carinii	cod. 136.3
Polmonite da gram-negativi	cod. 482.81-.83
Polmonite da gram-positivi (non ulteriormente specificata)	cod. 482.9
Polmonite da aspirazione	cod. 507.-

Malattia polmonare cronica ostruttiva

La corretta codifica di questa patologia dipende sia dall'accurata identificazione della causa di ostruzione delle vie respiratorie, sia dall'identificazione di un'eventuale patologia associata, come ad esempio l'insufficienza respiratoria.

La categoria 496 Ostruzione cronica delle vie respiratorie, non classificata altrove, va utilizzata *solo* quando non sono disponibili ulteriori specificazioni e, comunque, *mai* con i codici delle categorie da 491 a 493.

La *quinta cifra* .1 per la bronchite cronica ostruttiva (cod. 491.21) ne considera la riacutizzazione (la categoria 466 non deve essere utilizzata come aggiuntiva).

Asma

La **quarta cifra** identifica il tipo di asma, la *quinta cifra* la presenza o meno dello stato asmatico.

Asma tipo non specificato con stato asmatico	cod. 493.91
Asma estrinseco senza menzione di stato asmatico/riacutizzazione/stato non specificato	cod. 493.00
Asma cronico ostruttivo senza menzione di stato asmatico/riacutizzazione/stato non specificato	cod. 493.20
Asma psicogena	cod. 316+493.90
Bronchite ostruttiva asmatica con riacutizzazione	cod. 491.21

Pneumotorace (Cat. 512)

Una **quarta cifra** distingue quello spontaneo iperteso, da quello iatrogeno (compreso il postoperatorio) e da altri spontanei.

Edema polmonare cronico o non altrimenti specificato di origine non cardiaca cod. 514

Edema Polmonare Acuto non cardiogeno

E' codificato con diverse modalità dipendenti dalla causa:

non specificato o postoperatorio	cod. 518.4
da radiazioni	cod. 508.0
da fumi e vapori	cod. 506.1
dovuto ad aspirazione di acqua	cod. 994.1
da altitudine	cod. 993.2

Insufficienza respiratoria

Il cod. 518.5 va utilizzato quando l'insufficienza polmonare è successiva a trauma, ad intervento chirurgico od a shock.

Il cod. 518.81 descrive l'insufficienza respiratoria acuta, il cod. 518.82 descrive altre insufficienze respiratorie, non classificate altrove (ad es. distress respiratorio acuto nell'adulto), il cod. 518.83 l'insufficienza respiratoria cronica ed il cod. 518.84 l'insufficienza respiratoria acuta e cronica.

L'insufficienza respiratoria nell'asma e nei vari tipi di ostruzione cronica polmonare non richiede una sottocategoria aggiuntiva, in quanto già inclusa nei codici relativi a quelle patologie.

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

(è evidenziata in grassetto la modifica della descrizione del codice)

464.00 Laringite acuta senza menzione di ostruzione

464.01 Laringite acuta con ostruzione

464.5 Sopraglottite, non specificata

- 464.50 Sopraglottite senza menzione di ostruzione
- 464.51 Sopraglottite con ostruzione

- 474.0 **Tonsillite ed anoidite croniche**
 - 474.00 Tonsillite cronica
 - 474.01 Adenoidite cronica
 - 474.02 Tonsillite ed adenoidite croniche

- 477.1 Rinite allergica da cibo

- 482.40 Polmonite da Stafilococco, non specificato
- 482.41 Polmonite da Stafilococco aureo
- 482.49 Polmonite da altri Stafilococchi

- 482.84 Malattia dei legionari

- 493.00 Asma estrinseco senza menzione di stato asmatico o **riacutizzazione o stato non specificato**
- 493.02 Asma estrinseco con riacutizzazione

- 493.10 Asma intrinseco senza menzione di stato asmatico o **riacutizzazione o stato non specificato**
- 493.11 Asma intrinseco con riacutizzazione

- 493.20 Asma cronico ostruttivo senza menzione di stato asmatico o **riacutizzazione o stato non specificato**
- 493.22 Asma cronico ostruttivo con riacutizzazione

- 493.92 Asma, tipo non specificato, con riacutizzazione

- 494.0 Bronchiectasie senza riacutizzazione
- 494.1 Bronchiectasie con riacutizzazione

- 518.6 Aspergillosi allergica broncopolmonare

- 518.81 Insufficienza respiratoria **acuta**
- 518.83 Insufficienza respiratoria cronica
- 518.84 Insufficienza respiratoria acuta e cronica

- 519.00 Complicazioni di tracheostomia, non specificata
- 519.01 Infezione di tracheostomia
- 519.02 Complicazioni meccaniche di tracheostomia
- 519.09 Altre complicazioni di tracheostomia

CAP. 9 - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE (520-579)

Malattie della cavità orale, ghiandole salivari e mascelle	(520-529)
Mal. esofago, stomaco e duodeno	(530-537)
Appendicite	(540-543)
Ernie della cavità addominale	(550-553)
Enteriti e coliti non infettive	(555-558)
Altre mal. intestino e peritoneo	(560-569)
Altre mal. dell'apparato digerente	(570-579)

Malattia di Sjogren (Cod. 710.2)

L'episodio di ricovero per indagini su tale patologia, quando associata a disturbi delle ghiandole salivari, deve essere così descritto:

diagnosi principale	cod. 527.7 Disturbi della secrezione salivare
diagnosi secondaria	cod. 710.2
procedure	cod. 26.11 se con biopsia chiusa (agobiopsia) cod. 26.12 se con biopsia a cielo aperto

Tale modalità di selezione di diagnosi principale è un'**eccezione alla regola generale di codifica multipla**, che indica di codificare per prima la malattia di base e poi la manifestazione conseguente.

Malattie dell'esofago

Tra le dieci sottocategorie della categoria 530, sono escluse le varici esofagee, le patologie congenite e quelle di origine traumatica.

La sottocategoria 530.8 utilizza la *quinta cifra* per indicare non le sedi anatomiche, ma specifiche patologie esofagee. L'emorragia dell'esofago deve essere segnalata con il cod. 530.82, salvo che sia causata da varici esofagee (quest'ultime sono codificate come malattie del sistema circolatorio al Cap. 7):

varici esofagee con sanguinamento	cod. 456.0
varici esofagee senza menzione di sanguinamento	cod. 456.1)

Ove le varici esofagee siano associate a cirrosi del fegato o ad ipertensione portale, è necessario codificare entrambe le patologie:

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

I codici della categoria 456 Varici in altre sedi, possono essere utilizzati come diagnosi principale nei casi in cui non sia presente cirrosi epatica od ipertensione portale.

Malattie dello stomaco e del duodeno (Ulcere)

La **quarta cifra** indica se si tratta di una forma acuta (da .0 a .3) oppure cronica (da .4 a .7) con o senza emorragia o perforazione.

La *quinta cifra* indica la presenza di occlusione (.1) o l'assenza (.0).

(Ad es.: cod. 531.71 Ulcera gastrica cronica, senza menzione di emorragia/perforazione, con occlusione).

Appendicite

La **quarta cifra** indica la presenza di peritonite generalizzata (.0) o ascesso peritoneale (.1).

Il cod. 541 Appendicite non precisata, non dovrebbe *mai* essere utilizzato, data la definizione vaga e generica.

Ernie della cavità addominale

(Escluse quelle congenite diaframmatiche o iatali e traumatiche)

La **quarta cifra** dell'ernia inguinale indica la presenza di gangrena o ostruzione.

Per le altre ernie questa complicanza, descritta a livello di categoria, assume maggior importanza della sede anatomica, che invece viene specificata con la **quarta cifra**:

- .0** femorale
- .1** ombelicale
- .2** laparocele
- .3** diaframmatica
- .8** altri siti specificati
- .9** altri siti non specificati

La *quinta cifra* specifica:

- .0** monolaterale o non specificata (non specificata come ricorrente)
- .1** monolaterale o non specificata, ricorrente
- .2** bilaterale (non specificata come ricorrente)
- .3** bilaterale, ricorrente

Le ernie descritte come strozzate o incarcerate devono essere codificate come con ostruzione. Occorre prestare attenzione a ben formulare le diagnosi, affinché siano coerenti con l'intervento chirurgico. Ad es.:

Paziente con ernia inguinale ds. diretta e sn. indiretta, senza menzione di ostruzione o gangrena e che subisce un intervento

cod. 550.92 diagnosi
cod. 53.13 intervento

Paziente operato per ernia inguinale sn. incarcerata

cod. 550.10 diagnosi
cod. 53.04 intervento

Enteriti e coliti non infettive

Morbo di Crohn cod. 555 con 4 sottocategorie a seconda della sede anatomica

Colite ulcerosa cod. 556 con 9 sottocategorie

Insuff. vascolare intestinale cod. 557 con 3 sottocategorie

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, supportata da referto istologico, su polipi adenomatosi dell'apparato digerente (cod. 230.-) o su ulcera gastrica (cod. 230.2) o quando associata a rettocolite ulcerosa oppure a morbo di Crohn (codd. 230.3 o 230.4). In caso di displasia severa o di alto grado su gastrite od ulcera gastrica, occorre segnalare in diagnosi secondaria il codice a cinque cifre relativo alla gastrite o all'ulcera gastrica.

Altre malattie dell'intestino e del peritoneo

I diverticoli sono classificati in congeniti e acquisiti e quindi occorre utilizzare codici diversi per identificarli:

diverticoli acquisiti colon cod. 562.10
diverticoli congeniti colon cod. 751.5

Per i diverticoli del tenue e del colon la *quinta cifra* specifica la presenza o meno di diverticolite o emorragia.

Le diarree infettive in cui l'agente patogeno è stato identificato, sono descritte dalle categorie 001-008:

diarrea dissenterica o epidemica	cod. 009.2
diarrea presunta origine infettiva	cod. 009.3
diarrea funzionale	cod. 564.5
diarrea successiva a intervento gastrointestinale	cod. 564.4
diarrea psicogena	cod. 306.4
diarrea SAI	cod. 787.91

Le aderenze peritoneali, sia post-operatorie che post-infettive sono descritte nella categoria 568.

Le complicanze di enterostomia e colostomia sono così codificate:

non specificata	cod. 569.60
infezione da entero/colostomia	cod. 569.61 + cod. agente infettivo
malfunzionamento di entero/colostomia	cod. 569.62
altra complicanza specificata	cod. 569.69

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

Altre malattie dell'apparato digerente

La Classificazione ICD9CM consente di distinguere le epatiti croniche di origine virale (Cat. 070) dalle altre forme di epatite cronica (Cat. 571, nella quale sono ricomprese le diverse forme di cirrosi, tra cui quella post-epatitica (cod. 571.5)).

Per l'epatite cronica è stata aggiunta una *quinta cifra*:

.0	non specificata
.1	persistente
.2	altre epatiti croniche

Nelle malattie delle vie biliari è prevista una combinazione di codici per le colecistiti associate a calcolosi della colecisti o dei dotti biliari.

Quando la colelitiasi è presente (Cat. 574) la *quinta cifra* indica se è associata (.1) o meno (.0) l'ostruzione:

colecistite acuta	cod. 575.0
colecistite acuta con colelitiasi	cod. 574.00
colecistite cronica con colelitiasi e ostruzione	cod. 574.11
colecistite cronica	cod. 575.1
stenosi dotto biliare con ostruzione	cod. 576.2
sindrome post-colecistectomia	cod. 576.0
(e non descrive le complicanze postoperatorie)	

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

- 521.00 Carie dentaria, non specificata
- 521.01 Carie dentaria limitata allo smalto
- 521.02 Carie dentaria estesa alla dentina

521.03 Carie dentaria estesa alla polpa
521.04 Carie dentaria arrestata
521.05 Odontoclasia
521.09 Altra carie dentaria

525.10 Assenza acquisita dei denti, non specificata
525.11 Perdita dei denti successiva a trauma
525.12 Perdita dei denti successiva a malattia peridontale
525.13 Perdita dei denti a seguito di carie
525.19 Altra perdita di denti

530.12 Esofagite acuta

536.4 Complicazioni di gastrostomia
 536.40 Complicazioni di gastrostomia, non specificata
 536.41 Infezione di gastrostomia
 536.42 Complicazione meccanica di gastrostomia
 536.49 Altre complicazioni di gastrostomia

558.3 Gastroenterite e colite allergica

564.00 Stipsi, non specificata
564.01 Stipsi da transito intestinale rallentato
564.02 Stipsi da disfunzione del retto
564.09 Altra stipsi

564.1 Sindrome del colon irritabile

564.81 Colon neurogenico
564.89 Altri disturbi funzionali specificati dell'intestino

569.62 Complicazione meccanica da colostomia ed enterostomia

Interventi

44.32 Gastrodigiunostomia percutanea [endoscopica]

46.97 Trapianto dell'intestino

PROCEDURE INTERVENTISTICHE PARTICOLARI

Alle categorie 47.0 e 47.1 è stata aggiunta **una quarta cifra** a distinguere l'intervento di appendicectomia effettuato per via laparoscopica od altra tecnica.

L'intervento di **emorroidectomia eseguito secondo la tecnica di Longo** (Procedure for Prolapse Haemorrhoids), deve essere segnalato con il cod. 49.49 Altri interventi sulle emorroidi.

CAP. 10 - MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO (580-629)

Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi	(580-589)
Altre patologie del sistema urinario	(590-599)
Patologie degli organi genitali maschili	(600-608)
Disturbi del seno	(610-611)
Malattie infiammatorie degli organi pelvici femminili	(614-616)
Altre malattie dell'apparato genitale femminile	(617-629)

Nefropatie (580-593)

L'insufficienza renale acuta è codificata dalla categoria 584, mentre l'insufficienza renale cronica e la malattia renale allo stadio finale sono codificate dalla categoria 585. La sottocategoria 593.9 Patologia non specificata del rene e dell'uretere, si riferisce allo stadio precoce del danno renale, evidenziato da diminuita *clearence* della creatinina o da creatinina sierica mediamente elevata.

Infezioni del tratto genito-urinario

Per la corretta codifica di queste infezioni occorre ricercare, nell'Indice Alfabetico, i termini principali che descrivono tali patologie (ad es. cistite o pielonefrite):

pielonefrite cronica dovuta a <i>Escherichia Coli</i>	cod. 590.00+041.4
cistite acuta dovuta ad infezione da <i>Proteus</i>	cod. 595.0+041.6
cistite dovuta a <i>Trichomonas</i>	cod. 131.09

Incontinenza urinaria

L'incontinenza urinaria da sforzo nella donna è identificata dal cod. 625.6, mentre nell'uomo dal cod. 788.32; quando la causa primaria dell'incontinenza è conosciuta (nella maggior parte dei casi), deve essere indicato come diagnosi principale il codice che descrive tale patologia.

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

- 600.0 Ipertrofia (benigna) della prostata
- 600.1 Prostata nodulare
- 600.2 Iperplasia benigna localizzata della prostata
- 600.3 Cisti della prostata
- 600.9 Iperplasia della prostata, non specificata

602.3 Displasia della prostata

608.82 Ematospermia

608.87 Eiaculazione retrograda

Interventi

- 60.96 Distruzione transuretrale di tessuto prostatico mediante termoterapia con microonde
- 60.97 Altra distruzione transuretrale di tessuto prostatico mediante altra termoterapia

67.5 Riparazione di ostio cervicale interno

67.51 Cerchiaggio transaddominale della cervice

67.59 Altra riparazione di ostio cervicale interno

PROCEDURE INTERVENTISTICHE PARTICOLARI

La **correzione di incontinenza urinaria femminile o maschile**, con tecnica endoscopica di iniezione di collagene, deve essere identificata con il cod. 59.72.

L'**intervento chirurgico di correzione di fimosi** (cod. 605), deve essere segnalato con il cod. 64.0 di circoncisione, evitando l'utilizzo improprio del cod. 64.93 Liberazione di sinechie peniene.

Le plastiche di slittamento del prepuzio devono essere indicate con il cod. 64.91, mentre il semplice atto di scollamento-stiramento del prepuzio, in generale, non necessita di ricovero.

L'**intervento tradizionale di correzione del varicocele** (cod. 456.4), mediante legatura dei vasi spermatici, è identificato dal cod. 63.1; **le tecniche innovative** eseguite mediante sclerosi per via anterograda, sono identificate dall'uso combinato dei codd. 63.1 + 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche; se effettuate per via retrograda si richiede anche la segnalazione del cod. 88.67 Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate.

CAP. 11 - COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO (630-677)

Si veda il DDG n. 1946 del 30.01.2001, Direzione Generale Sanità - Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera in ostetricia.

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

(è evidenziata in grassetto la modifica della descrizione del codice)

645 Gravidanza avanzata

645.0 Codice eliminato

645.1 Gravidanza post-termine

645.10 Gravidanza post-termine, episodio di cura non specificato

645.11 Gravidanza post-termine, parto, con o senza menzione della condizione antepartum

645.13 Gravidanza post-termine, condizione o complicazione antepartum

645.2 Gravidanza protratta

645.20 Gravidanza protratta, episodio di cura non specificato

645.21 Gravidanza protratta, parto, con o senza menzione della condizione antepartum

645.23 Gravidanza protratta, condizione o complicazione antepartum

655.7 Diminuzione dei movimenti fetali

655.70 Diminuzione dei movimenti fetali, ricovero non specificato

655.71 Diminuzione dei movimenti fetali, parto, con o senza menzione della condizione antepartum

655.73 Diminuzione dei movimenti fetali, condizione o complicazione antepartum

659.6 **Multigravida in età materna avanzata**

659.60 **Multigravida in età materna avanzata, ricovero non specificato**

659.61 **Multigravida in età materna avanzata, parto, con o senza menzione della condizione antepartum**

659.63 **Multigravida in età materna avanzata, condizione o complicazione antepartum**

659.7 Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto

659.70 Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto, ricovero non specificato

659.71 Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto, con o senza menzione della condizione antepartum

659.73 Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto, condizione o complicazione antepartum

Interventi

75.34 Altro monitoraggio fetale

75.37 Amnioinfusione

75.38 Ossimetria fetale

CAP. 12 - MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (680-709)

Il Capitolo non presenta particolari difficoltà per la descrizione dei casi.

Occorre comunque porre attenzione nella scelta dei codici, distinguendo correttamente quelli che individuano manifestazioni cutanee di natura allergica, da quelli che descrivono condizioni di tossicità o avvelenamento.

Infezioni cute e tessuto sottocutaneo	(680-686)
Altre condizioni infiammatorie della cute e del tessuto sottocutaneo	(690-698)
Altre malattie cute e tessuto sottocutaneo	(700-709)

In questo Capitolo sono incluse anche le patologie relative alle unghie, alle ghiandole sudoripare ed al cuoio capelluto.

Cellulite

Questa infezione acuta e diffusa della pelle e dei tessuti molli è codificata:

cod. 681.- - flemmone e ascesso delle dita mani e piedi

cod. 682.- altri flemmoni e ascessi

In genere l'organismo responsabile è lo stafilococco e in questi codici è compreso sia l'ascesso che la linfangite.

Dermatiti

La ICD9CM distingue tra dermatiti da contatto (codd. 692.- -) e dermatiti causate da sostanze assunte per via orale (codd. 693.-).

E' bene distinguere gli effetti collaterali del farmaco, dagli effetti legati ad un uso scorretto del farmaco stesso:

dermatite da reazione avversa alla penicillina cod. 693.0

dermatite da ingestione accidentale di penicillina (avvelenamento) cod. 960.0+693.0

Ulcere della pelle

La maggior parte delle ulcere croniche della pelle è classificata nella categoria 707, con il cod. 785.4 se è presente la gangrena.

L'ulcera degli arti inferiori associata ad arteriosclerosi è classificata:

cod. 440.23 oppure

cod. 440.24 (se associata a gangrena)

Le ulcere da stasi sono legate alla presenza di vene varicose e vengono quindi classificate con i codd. 454.- Varici degli arti inferiori, piuttosto che con quelli dei disturbi della pelle.

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

686.00 Pioderma, non specificato

686.01 Pioderma gangrenoso

686.09 Altro ipoderma

692.75 Porocheratosi superficiale attinica, parte non specificata

692.76 Ustione solare di secondo grado

692.77 Ustione solare di terzo grado

- 701.10 Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata
- 701.11 Ulcera della coscia
- 701.12 Ulcera del polpaccio
- 701.13 Ulcera della caviglia
- 701.14 Ulcera del tallone e della parte mediana del piede
- 701.15 Ulcera di altre parti del piede
- 701.19 Ulcera di altre parti degli arti inferiori

Interventi

(è evidenziata in grassetto la modifica della descrizione del codice)

- 86.5 Sutura **o altra chiusura** della cute e del tessuto sottocutaneo
- 86.59 **Chiusura** di cute e tessuto sottocutaneo di altre sedi

- 86.67 Innesto di derma rigenerativo

PROCEDURE INTERVENTISTICHE PARTICOLARI

Nella sottodescrizione del cod. 85.21 Asportazione locale di lesione della mammella, è ricompresa anche la “rimozione di nodulo mammario”.

L'intervento di **escissione dell'ipertrofia del corpo di Hoffa** al ginocchio (cod. 729.31) deve essere identificato dai codd. 86.3 oppure 86.4 a seconda del tipo di asportazione e della tecnica utilizzata.

CAP. 13 - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO (710-739)

Molte categorie del sistema muscolo-scheletrico richiedono l'utilizzo della *quinta cifra* che indica la sede coinvolta dal processo patologico:

- .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

Artropatie e disturbi correlati	(710-719)
Dorsopatie	(720-724)
Reumatismo, escluse le forme dorsali	(725-729)
Osteopatie, condropatie e deformità acquisite	(730-739)

Tutte le manifestazioni algiche da ernia discale sono associate all'ernia stessa e quindi da codificare nella categoria 722 Patologie dei dischi intervertebrali; la sindrome da allettamento deve essere segnalata con il cod. 728.2 Atrofia muscolare da inattività, non classificata altrove.

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 stessa; considerata la natura poco specifica del codice, occorre associarvi il codice relativo alla patologia di base (causa della frattura patologica).

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

- 718.7 Lussazione articolare evolutiva
 - 718.70 Lussazione articolare evolutiva, sede non specificata
 - 718.71 Lussazione articolare evolutiva della spalla
 - 718.72 Lussazione articolare evolutiva del gomito
 - 718.73 Lussazione articolare evolutiva del polso
 - 718.74 Lussazione articolare evolutiva del carpo,metacarpo ed articolaz. interfalangee mano
 - 718.75 Lussazione articolare evolutiva dell'anca
 - 718.76 Lussazione articolare evolutiva del ginocchio
 - 718.77 Lussazione articolare evolutiva tibio tarsica ed articolazioni del piede
 - 718.78 Lussazione articolare evolutiva di altre sedi specificate
 - 718.79 Lussazione articolare evolutiva di sedi multiple

727.83 Sindrome della plica

733.93 Frattura da stress della tibia o perone

733.94 Frattura da stress del metatarso

733.95 Frattura da stress di altro osso

Interventi

(è evidenziata in grassetto la modifica della descrizione del codice)

81.01 Artrodesi atlo-epistrofica

81.09 codice eliminato

81.3 Rifusione della colonna vertebrale

81.30 Rifusione vertebrale, SAI

81.31 Rifusione atlo-epistrofica

81.32 Altra rifusione cervicale, con approccio anteriore

81.33 Altra rifusione cervicale, con approccio posteriore

81.34 Rifusione dorsale e dorsolombare, approccio anteriore

81.35 Rifusione dorsale e dorsolombare, approccio posteriore

81.36 Rifusione delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore

81.37 Rifusione lombarie e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi

81.38 Rifusione lombarie e lombosacrale, approccio posteriore

81.39 Rifusione della colonna, NIA

PROCEDURE INTERVENTISTICHE PARTICOLARI

L'**escissione di cisti sinoviale** in regione poplitea/cisti di Baker (cod. 727.51), deve essere identificata dal cod. 83.39; mentre l'**asportazione di cisti ossea** localizzata (cod. 733.20) avrà il cod. 77.6-, dove la **quarta cifra** identifica la sede interessata.

Intervento di revisione di sostituzione di anca (cod. 81.53) o di ginocchio (cod. 81.55)

In caso di sostituzione di protesi di anca o di ginocchio, i rispettivi codici di procedura ricomprendono sia la revisione che la contemporanea sostituzione, e sono quindi sufficienti a descrivere l'intervento complessivo.

Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine

Per l'episodio di ricovero in cui si effettua il prelievo di cartilagine dal paziente, occorre indicare i seguenti codici:

cod. 80.9- Altra asportazione dell'articolazione

cod. 80.26 Artroscopia

per il ricovero successivo, in cui viene eseguito l'autotrapianto, è necessario utilizzare:

cod. 81.4- Altra riparazione di articolazioni degli arti inferiori

cod. 80.26 Artroscopia

CAP. 14 - MALFORMAZIONI CONGENITE (740-759)

Si veda la DGR n. 7/2418 del 1.12.2000 - Linee guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche-Revisione 2000.

La malformazione rilevata alla nascita deve essere indicata come diagnosi principale nella SDO del neonato, *solo* se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza; le diagnosi secondarie debbono essere segnalate solo quando siano significative, cioè influenzino il trattamento erogato e/o la durata della degenza.

Si sconsiglia di utilizzare i codici 758.9, 759.4, da 759.7 a 759.9 in diagnosi principale, riportando invece la malformazione più rilevante; gli stessi codici possono essere utilizzati per completare la descrizione dell'episodio di ricovero, fra le diagnosi secondarie.

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

756.70 Anomalia della parete addominale, non specificata

756.71 Sindrome di Prune belly

756.79 Altre anomalie congenite della parete addominale

CAP. 15 - ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE (760-779)

Si veda la DGR n. 7/2418 del 1.12.2000 - Linee guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche-Revisione 2000.

I codici 768.0 Morte fetale da asfissia o anossia prima 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 codd. 771.0, .1, .2 e 760.2, si sconsiglia l'utilizzo di tali codici in diagnosi principale, riportando invece la manifestazione clinica più importante; gli stessi codici possono essere utilizzati per completare la descrizione dei casi, in diagnosi secondaria.

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

763.81 Anomalia del battito o della frequenza cardiaca del feto prima dell'inizio del travaglio

763.82 Anomalia del battito o della frequenza cardiaca del feto durante il travaglio

763.83 Anomalia del battito o della frequenza cardiaca del feto, non specificata rispetto al momento dell'insorgenza

763.89 Altre complicazioni specificate del travaglio e del parto, con ripercussioni sul feto o neonato

772.10 Grado non specificato

772.11 Grado I

772.12 Grado II
772.13 Grado III
772.14 Grado IV

779.7 Leucomalacia periventricolare

CAP. 16 - SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI (780-799)

In questo Capitolo sono classificati quei segni o sintomi (780-789) che possono essere attribuiti a più di una malattia o sistemi o che hanno eziologia non specificata; quelli che si riferiscono ad una patologia che spesso colpisce un determinato apparato, sono classificati negli specifici capitoli della ICD9CM.

Le tipologie di situazioni in cui è ammissibile assegnare uno di questi codici, come **diagnosi principale**, sono:

- più ipotesi diagnostiche che possono spiegare un sintomo (Es. emorragia gastrointestinale con gastrite acuta e angiodisplasia)
- assenza di diagnosi che possono giustificare il sintomo trattato durante quel ricovero (Es. tachicardia senza evidenza di patologia cardiaca)
- i segni o i sintomi presenti sono transitori e non può essere posta una diagnosi definitiva.

Si possono utilizzare i codici di questo Capitolo, come **diagnosi secondaria**, quando i segni o i sintomi non sono ricompresi nella diagnosi principale e la loro presenza comporta una differenza nella gravità della patologia trattata e/o nella terapia condotta (Es. cirrosi epatica con ascite).

Reperti anormali non specifici (Cat. 790-796)

Sono da segnalare *solo se*, a parere del medico, rivestono un qualche significato clinico.

Cause mal definite e sconosciute di morbosità e mortalità (Cat. 797-799)

Anche questi codici non devono essere utilizzati quando è possibile una diagnosi più specifica.

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

(è evidenziata in grassetto la modifica della descrizione del codice)

780.31 Convulsione febbrile

780.39 Altre convulsioni

780.71 Sindrome da affaticamento cronico

780.79 Altro malessere ed affaticamento

781.91 Perdita di altezza

781.92 Postura anormale

781.99 Altri sintomi interessanti il sistema nervoso e il sistema muscoloscheletrico

783.2 Dimagrimento anomalo e **sottopeso**

783.21 Dimagrimento

783.22 Sottopeso

783.40 Difetto dello sviluppo fisiologico normale, non specificato

783.41 Insufficienza dello sviluppo staturale ponderale

783.42 Ritardo nella crescita

783.43 Bassa statura

783.7 Insufficienza dello sviluppo staturale ponderale nell'adulto

786.03 Apnea

786.04 Respirazione di Cheyne-Stokes

786.05 Affanno

786.06 Tachipnea

786.07 Respiro sibilante (Wheezing)

790.01 Rapido decremento dell'ematocrito

790.09 Altre anomalie dei globuli rossi

790.94 Sindrome da alterata funzionalità tiroidea in paziente clinicamente non tiroideo
(Euthyroid sick syndrome)

792.5 Torbidità dell'effluente in corso di dialisi (emodialisi) (peritoneale)

793.80 Mammografia anormale, non specificata

793.81 Microcalcificazione mammografica

793.89 Altri reperti anormali in esami radiologici del torace

796.5 Reperti anormali su screening prenatali

CAP.17 - TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI (800-999)

Questo Capitolo classifica i traumi, gli avvelenamenti, altri effetti di cause esterne, complicazioni di traumi e di cure mediche/chirurgiche non classificate altrove.

Occorre porre particolare attenzione al corretto utilizzo dei codici che identificano i traumi cranici, evitandone l'uso per i casi clinici in cui i traumatismi esterni non si accompagnano a segni o sintomi di interessamento cerebrale (Vedi DGR n. 7/2418 del 1.12.2000 - Linee guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche-Revisione 2000 , parte relativa ai "Traumi cranici"). Si ribadisce che, **i traumatismi esterni o superficiali della faccia e del cuoio capelluto devono essere codificati con gli appropriati codici appartenenti alle categorie 910 e 920.**

È necessario porre particolare attenzione al sottocapitolo delle Complicanze di cure mediche e chirurgiche, non classificate altrove (Cat. 996-999), che non vanno confuse con gli stati post-operatori, come presenza di drenaggi od apparecchi interni, in cui non sono presenti complicazioni; non esiste limite di tempo per lo sviluppo della complicanza: se accade durante lo stesso episodio di ricovero verrà assegnata come diagnosi secondaria, se avviene a distanza di tempo e rappresenta la causa principale di dimissione, verrà assegnata come diagnosi principale.

Le note di esclusione, in questa sezione, sono molto numerose e spesso indirizzano in altra sede:

- complicanze di agenti medicinali come effetti avversi
- complicanze dell'anestesia ed avvelenamenti dovuti a medicinali o ad agenti tossici;
- ustioni da applicazioni locali o irradiazioni
- complicanze dovute alla condizione che ha richiesto l'intervento
- condizioni specifiche classificate altrove, come lo squilibrio elettrolitico
- ogni condizione classificata altrove nell'Indice Alfabetico, descritta come dovuta a procedura o cura, come psicosi post-operatoria o sindrome post-laminectomia.

INTEGRAZIONI/REVISIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

(è evidenziata in grassetto la modifica della descrizione del codice)

959.0 Altri e non specificati traumatismi **di testa**, faccia e collo

959.01 Traumatismo della testa, non specificato

959.09 Traumatismo di faccia e naso

965.61 Avvelenamento da derivati dall'acido propionico

965.69 Avvelenamento da altri antireumatici

995.7 Altre reazioni avverse all'alimento, non classificate altrove

995.86 Ipertermia maligna

996.55 Complicazioni meccaniche da innesto cutaneo artificiale e da alloderma decellularizzato

- 996.56 Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale
- 996.68 Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale

- 996.87 Complicazioni di trapianto di intestino

- 997.7 Complicazioni vascolari di altri vasi sanguigni
 - 997.71 Complicazioni vascolari dell'arteria mesenterica
 - 997.72 Complicazioni vascolari dell'arteria renale
 - 997.79 Complicazioni vascolari di altri vasi sanguigni

CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO ALLE STRUTTURE SANITARIE (CODICI V)

La Classificazione supplementare dei Codici V è utilizzata per descrivere una serie di condizioni o stati e di procedure che, indipendentemente dalla presenza di malattie in atto, possono determinare il ricorso a prestazioni sanitarie o che comunque influenzano le condizioni di salute del paziente.

In particolare **i codici V possono essere utilizzati per segnalare:**

Problemi clinici che influenzano lo stato di salute del paziente, ma che non sono una malattia, un traumatismo, un segno od un sintomo (Es. cod. V14.2 Anamnesi personale di allergia a sulfamidici); tale specifico problema deve essere riportato in SDO e codificato solamente se esercita una effettiva influenza sul trattamento del paziente

Servizi erogati che descrivono quelle circostanze, diverse da malattie e traumatismi, che determinano il ricorso ai servizi sanitari (Es. paziente portatore di neoplasia, che viene ricoverato per chemioterapia o radioterapia)

Altre circostanze che descrivono circostanze diverse dalle precedenti, e che comunque influenzano l'andamento del ricovero (Es. cod. V27.2 Esito parto gemellare)

I **codici V** possono essere utilizzati come diagnosi principale nei seguenti casi:

- paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure (ad es. chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di dispositivi); 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
- per indicare lo stato o l'osservazione di neonato

e 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 ricoverato, ma che di per sé non costituiscono malattia o trauma.

L'*Indice Alfabetico* riporta un'ampia terminologia riferita alle diagnosi espresse con i codici V:

ammissione, impianto (rigetto), anamnesi (personale) di, applicazione di, assistenza di, consigli NIA, contatto per, controllo di, donatore, esame (generale) (di routine) (di) (per), follow-up (visita) (routine) (controllo), osservazione (per), problema (con), screening (per), sorveglianza di, status (post-), terapia, test, trapianto (trapiantato), trattamento ulteriore, verifica di, ed altri.

Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi

Per il ricovero di pazienti per trattamenti specifici a seguito di episodi di cura pregressi, si devono utilizzare come diagnosi principale i codici appartenenti alle categorie V51-V58; tali codici non devono essere assegnati nel caso di trattamento di un problema attuale acuto (ad eccezione dei ricoveri per dialisi cod. V56.- -, chemioterapia cod. V58.1 e radioterapia cod. V58.0).

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

- Le categorie V10-V15 stanno ad indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti; i relativi codici devono essere riportati, tra le diagnosi secondarie, *solo* quando tale condizione abbia influenzato il trattamento del paziente nel corso dello stesso episodio di cura. **A questa regola fanno eccezione le situazioni in cui si esegue un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno** (ad esempio, il cod. V10.- - deve 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 quell'episodio di ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo, quali TAC, endoscopie, scintigrafie etc.); se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, occorrerà indicare in prima diagnosi, il codice relativo alla neoplasia primitiva od alle eventuali metastasi.
- I codici V non devono essere utilizzati nel caso in cui il codice della diagnosi già indichi lo stato del paziente (ad esempio, nel caso di complicazioni di trapianto di rene, cod. 996.81, il cod. V42.0 Rene sostituito da trapianto, non deve essere riportato).
- Le categorie V42-V46, e le sottocategorie V49.6 e V49.7 indicano la presenza di organi o tessuti trapiantati o sostituiti, di aperture artificiali, di protesi (senza necessità di cure), per cui, in episodi di ricovero per acuti, non possono essere segnalate in diagnosi principale, bensì *solo* come diagnosi secondarie; attualmente , alcune di queste categorie, si possono utilizzare in diagnosi principale *solamente* per particolari ricoveri di riabilitazione.

Controllo della salute del neonato o del bambino abbandonato (Cod. V20.0)

Questo codice può essere utilizzato, come diagnosi principale, *solo* in caso di degenza di bambini o neonati sani, che non possono essere dimessi, perché in attesa di affido o adozione.

La maggior parte dei codici delle **categorie V20-V24**, non possono essere utilizzati come diagnosi principale.

Fecondazione artificiale (Cod. V26.1)

Questo codice, ovviamente da attribuirsi a pazienti donne, è ritenuto **inaccettabile come diagnosi principale**, e può essere quindi utilizzato *solo* come diagnosi secondaria:

diagnosi principale	cod. 628.- Infertilità femminile
diagnosi secondaria	cod. V26.1
procedure	cod. 69.92 Inseminazione artificiale ed eventuali altre indagini, tipo cod. 65.11 oppure 65.91 (Vedi Nomenclatore Tariffario delle prestazioni ambulatoriali)

Esito del parto (Cod. V27.-)

L'esito del parto va segnalato sempre come diagnosi secondaria, nella SDO della madre che ha partorito in ospedale.

Nati vivi sani secondo il tipo di nascita (Cat. V30-V39)

Quando viene compilata una SDO di nato vivo sano, relativa all'episodio di assistenza per la nascita, occorre sempre riempire il campo della diagnosi principale con uno di tali codici.

Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi (Cat. V52 e V53)

L'utilizzo dei codici V52.- e V53.- 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 dai malfunzionamenti (Cat. 996 e 997).

Si ritiene che l'episodio di ricovero per **l'inserzione sottocutanea sopraclavicolare del generatore di impulsi, rivolto a pazienti già sottoposti a craniotomia e ad impianto di neurostimolatore intracranico**, debba essere identificato dalla diagnosi di dimissione cod. V53.02 Collocazione e sistemazione di neuropacemaker (cervello) (sist. nervoso periferico) (midollo spinale), e dalla procedura cod. 02.93 Impianto di neurostimolatore intracranico.

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

Altro trattamento ulteriore ortopedico (Cat. V54)

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

Donatori di organi e tessuti (Cat. V59)

I codici di questa categoria possono essere utilizzati in diagnosi principale, *solo* quando il ricovero è finalizzato alla donazione di organi.

Trattamento per cure palliative (Cod. V66.7)

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

REVISIONI/INTEGRAZIONI A SEGUITO DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD9CM 2002

Diagnosi

(è evidenziata in grassetto la modifica della descrizione del codice)

V02.51 **Portatore o portatore sospetto di streptococco Gruppo B**

V02.52 **Portatore o portatore sospetto di altri streptococchi**

V02.59 **Portatore o portatore sospetto di altre malattie batteriche specificate**

V02.60 **Portatore o portatore sospetto di epatite virale, non specificata**

V02.61 **Portatore o portatore sospetto di epatite B**

V02.62 **Portatore o portatore sospetto di epatite C**

V02.69 **Portatore o portatore sospetto di altre epatiti virali**

V10.48 **Anamnesi personale di tumore maligno dell' epididimo**

V10.53 **Anamnesi personale di tumore maligno della pelvi renale**

V12.40 **Anamnesi personale di disturbi, non specificati, del sistema nervoso e degli organi di senso**

V12.41 **Anamnesi personale di neoplasia benigna del cervello**

V12.49 **Anamnesi personale di altri disturbi del sistema nervoso e degli organi di senso**

V13.61 Anamnesi personale di ipospadia
V13.69 Anamnesi personale di altre malformazioni congenite

V15.01 Anamnesi personale di allergia alle arachidi
V15.02 Anamnesi personale di allergia ai latticini
V15.03 Anamnesi personale di allergia alle uova
V15.04 Anamnesi personale di allergia ai frutti di mare
V15.05 Anamnesi personale di allergia ad altri alimenti
V15.06 Anamnesi personale di allergia agli insetti
V15.07 Anamnesi personale di allergia al lattice
V15.08 Anamnesi personale di allergia ai mezzi di contrasto radiografici
V15.09 Anamnesi personale di altra allergia diversa da quella provocata da sostanze medicinali

V16.40 Anamnesi familiare di tumore maligno di organo genitale, non specificato
V16.41 Anamnesi familiare di tumore maligno dell'ovaio
V16.42 Anamnesi familiare di tumore maligno della prostata
V16.43 Anamnesi familiare di tumore maligno dei testicoli
V16.49 Anamnesi familiare di altro tumore maligno degli organi genitali

V16.51 Anamnesi familiare di tumore maligno del rene
V16.59 Anamnesi familiare di altro tumore maligno degli organi urinari

V18.61 Anamnesi familiare di rene policistico
V18.69 Anamnesi familiare di altre malattie renali

V21.3 Stato di basso peso alla nascita
V21.30 Stato di basso peso alla nascita, non specificato
V21.31 Stato di basso peso alla nascita, < 500 grammi
V21.32 Stato di basso peso alla nascita, 500-999 grammi
V21.33 Stato di basso peso alla nascita, 1000-1499 grammi
V21.34 Stato di basso peso alla nascita, 1500-1999 grammi
V21.35 Stato di basso peso alla nascita, 2000-2500 grammi

V23.81 Primipara attempata
V23.82 Multigravida in età materna avanzata
V23.83 Primipara giovane
V23.84 Multigravida giovane
V23.89 Altre gravidanze ad alto rischio

V26.21 Test di fertilità
V26.22 Cure successive al ripristino della fertilità, a seguito di sterilizzazione pregressa
V26.29 Altre indagini ed analisi

V26.3 Consigli e test di genetica

V26.5 Stato di sterilizzazione
V26.51 Stato di legatura delle tube
V26.52 Stato di vasectomia

V28.6 Ricerca prenatale di Streptococco B

V29.3 Osservazione per sospetto di condizione morbosa genetica o metabolica

V42.81Midollo osseo sostituito da trapianto
V42.82Cellule staminali periferiche sostituite da trapianto
V42.83Pancreas sostituito da trapianto
V42.84Intestino sostituito da trapianto
V42.89Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto

V43.83Presenza di sostituzione di pelle artificiale

V44.50Cistostomia, non specificata
V44.51Cutaneo-vescicostomia
V44.52Appendico-vescicostomia
V44.59Altre cistostomie

V45.61Stato postchirurgico successivo ad estrazione di cataratta
V45.69Altri stati postchirurgici successivi a chirurgia dell'occhio e suoi annessi

V45.7 Assenza acquisita di organi
 V45.71Mammella
 V45.72Intestino (crasso) (tenue)
 V45.73Rene
 V45.74Altre parti del tratto urinario
 V45.75Stomaco
 V45.76Polmone
 V45.77Organi genitali
 V45.78Occhio
 V45.79Assenza acquisita di altri organi

V45.84Presenza di riparazione odontoiatrica

V49.81Stato postmenopausale correlato all'età (naturale)
V49.82Presenza di amalgama dentale di piombo nelle otturazioni
V49.89Altri problemi specificati che influenzano lo stato di salute

V53.01Collocazione e sistemazione di shunt ventricolare cerebrale (comunicazione)
V53.02Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)
V53.09Collocazione e sistemazione di altri dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi di senso

V56.1 Collocazione e sistemazione di catetere **extracorporeo** per dialisi
V56.2 Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi
V56.3 Valutazione dell'adeguatezza della dialisi
 V56.31Emodialisi
 V56.32Dialisi peritoneale

V58.62Uso a lungo termine (in corso) di antibiotici

V58.83Monitoraggio di farmaci terapeutici

V64.4 Intervento chirurgico per via laparoscopica convertito in intervento a cielo aperto

V66 **Convalescenza e cure palliative**

V66.7 **Trattamento** per cure palliative

V67.00Visita di controllo, successiva a chirurgia, non specificata

V67.01Pap-test vaginale in follow-up

V67.09Visita di controllo successiva ad altra chirurgia

V71.81Osservazione per sospetto di abuso e trascuratezza

V71.89Osservazione per sospetto di altre condizioni morbose specificate

V76 **Esame speciale (screening) per l'individuazione di tumori maligni**

V76.10Screening della mammella, non specificato

V76.11Screening mammografico per pazienti ad alto rischio

V76.12Altri screening mammografici

V76.19Altri screening per l'esame della mammella

V76.44Screening per l'individuazione di tumore maligno della prostata

V76.45Screening per l'individuazione di tumore maligno dei testicoli

V76.46Screening per l'individuazione di tumore maligno dell'ovaio

V76.47Screening per l'individuazione di tumore maligno della vagina

V76.5 Screening per l'individuazione di tumori maligni dell'intestino

V76.50Screening per l'individuazione di tumori maligni dell'intestino, non specificato

V76.51Screening per l'individuazione di tumore maligno del colon

V76.52Screening per l'individuazione di tumore maligno dell'intestino tenue

V76.81Screening per l'individuazione di tumori maligni del sistema nervoso

V76.89Screening per l'individuazione di altri tumori maligni

V77.91Screening per dislipidemia

V77.99Screening per altri e non specificati disturbi endocrini, nutritivi, metabolici e immunitari

V82.81Screening per l'individuazione di osteoporosi

V82.89Screening per l'individuazione di altre condizioni morbose specificate

V83 **Stato di portatore genetico**

V83.0 **Portatore di emofilia A**

V83.01Portatore asintomatico di emofilia A

V83.02Portatore sintomatico di emofilia A

Interventi

(è evidenziata in grassetto la modifica della descrizione del codice)

92.30 **Radiochirurgia stereotassica SAI**

92.31 **Radiochirurgia fotonica a sorgente singola**

92.32 **Radiochirurgia fotonica multi-sorgente**

92.33 **Radiochirurgia articolata**

92.39 **Radiochirurgia stereotassica NIA**

- 96.29 Riduzione di invaginazione del tratto alimentare
 97.44 Rimozione sistemi di circolazione assistita
- 99.10 Iniezione o infusione di agente trombolitico
 99.20 Iniezione o infusione di inibitore piastrinico
- 99.7 **Aferesi terapeutica o altra iniezione, somministrazione, o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche**
 99.75 Somministrazione di agente neuroprotettivo

ALCUNE CONSIDERAZIONI RIGUARDO AL CAP. 16 - MISCELLANEA DI PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)

Radiologia diagnostica	(87)
Altre procedure diagnostiche radiologiche e relative tecniche	(88)
Anamnesi, valutazione, consulto e visita	(89)
Esame microscopico I e II	(90-91)
Medicina nucleare	(92)
Terapia fisica, respiratoria, riabilitazione e procedure correlate	(93)
Procedure relative alla psiche	(94)
Esami diagnostici e trattamenti oftalmologici o otologici	(95)
Intubazioni ed irrigazioni non operatorie	(96)
Sostituzione e rimozione di sussidio terapeutico	(97)
Rimozione non operatoria di corpo estraneo o calcolo	(98)
Altre procedure non operatorie	(99)

L'*Indice Alfabetico* riporta un'ampia terminologia riferita alle procedure espresse con i codici di questo capitolo:

analisi, applicazione, arteriografia, dopplergramma, ecografia, esame (per), esercizio NIA, ESWL NIA, flebografia, immobilizzazione (con), immunizzazione, infusione, iniezione (in), ed altri.

Nell'*Elenco Sistematico*, in diversi capitoli, alla terminologia "Altre procedure diagnostiche su...", corrispondono miscellanee di procedure diagnostiche.

A tale proposito va ricordato che, in generale, **le procedure eseguite per via endoscopica, in assenza di codice specifico**, devono essere segnalate:

- **se operative**, con i codici che rispondono alla terminologia "Altre procedure diagnostiche su..."
- **se diagnostiche**, con i codici relativi all'endoscopia più quelli relativi all'ecografia/ultrasonografia dello stesso organo indagato. (Es. gastroscopia + ecografia codd. 44.13 +88.74)

I ricoveri **per brachiterapia o per terapie radiometaboliche** devono essere così codificati:

diagnosi principale	cod. tumore
procedura, a seconda del trattamento erogato	cod. 92.27
	Impianto di elementi radioattivi
	oppure

- cod. 92.28 Iniezione di radioisotopi
oppure
cod. 92.29 Altre procedure radioterapeutiche

Il trattamento di **radiochirurgia stereotassica (effettuato in un'unica seduta)**, per tumore o metastasi od altra patologia presente, viene distinto, alla **quarta cifra**, a seconda dell'approccio tecnologico basato su differenti fonti radioattive:

- cod. 92.30 Radiochirurgia stereotassica SAI
cod. 92.31 Radiochirurgia fotonica a sorgente singola
Alta energia Raggi X
Acceleratore Lineare (LINAC)
cod. 92.32 Radiochirurgia fotonica multi-sorgente
Cobalto 60
Irradiazioni gamma (Gamma Knife)
cod. 92.33 Radiochirurgia particolata
Radiazione particolata (ciclotrone)
Acceleratore protoni
cod. 92.39 Radiochirurgia stereotassica NIA

Impianto di dispositivi vascolari

Fatte salve valutazioni di appropriatezza del ricovero rispetto alla sede ambulatoriale, l'inserimento di port-a-cath (VAD) è descritto dal cod. V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare, come diagnosi principale, e dal cod. 86.07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile, come procedura.

Codifica di altri dispositivi vascolari:

- cod. 86.06 Pompa infusoriale totalmente impiantabile (solitamente vascolare)
(la laparotomia necessaria per inserire la pompa non deve essere codificata, in quanto considerata come approccio operatorio)
cod. 38.93 Cateterismo venoso (Es. CVC tipo Broviac o Hickman o Groshion)
cod. 03.90 Inserzione catetere in canale vertebrale
cod. 38.91 Cateterismo arterioso
cod. 89.64 Cateterizzazione di Swan-Ganz

Terapia psichiatrica

Le procedure più comuni includono la farmacoterapia, le psicoterapie, la terapia con litio (cod. 94.22), la psicoterapia ludica (cod. 94.36), la terapia di gruppo (cod. 94.44), etc.; poiché spesso la sola diagnosi non spiega la durata del trattamento od il grado di utilizzo di risorse, è opportuno assegnare anche i codici delle terapie per poter meglio analizzare il modello di cura.

Allegato 2)

Criteria per l'erogazione con il SSN della densitometria ossea

LEA – Allegato 2B, punto b

L'osteoporosi è una malattia dello scheletro cui si associa un aumentato rischio di fratture per traumi anche lievi. Le fratture dovute ad osteoporosi (femore, vertebre etc.) si associano a compromissioni dello stato di salute, dello scadimento della qualità di vita e a diminuzione dell'attesa di vita. L'osteoporosi, insieme alle altre patologie croniche osteo-articolari, è stata messa al primo posto nelle priorità sanitarie delle OMS per la decade 2000-2010.

La densitometria ossea consente oggi di valutare in modo accurato e preciso la massa ossea ed è dirimente per la diagnosi di osteoporosi, anche se la diagnosi e l'eventuale terapia non vanno mai formulate sulla base del solo risultato densitometrico, ma solo dopo una valutazione clinica complessiva.

Una riduzione densitometrica di almeno 2,5 deviazioni standard rispetto al risultato medio di giovani adulti sani dello stesso sesso è suggestiva di osteoporosi e si associa ad un significativo aumento del rischio di frattura.

Una diagnosi di osteoporosi può essere formulata anche in presenza di fratture per traumi minimi.

In altri casi l'indagine densitometrica è consigliabile perché:

- la malattia può essere del tutto silente sino alla prima complicanza fratturativa
- i fattori di rischio clinici per ridotta massa ossea non sono sufficientemente sensibili per la diagnosi di osteoporosi o per la sua esclusione
- insieme ad altri fattori clinici, è utile per meglio valutare il rischio di frattura e le opportunità terapeutiche
- può essere utile per la valutazione del decorso clinico e la risposta o meno ad eventuali trattamenti.

Non è attualmente considerato utile lo screening densitometrico generalizzato.

Non è considerata appropriata la richiesta di esame per sintomatologia algica diffusa e/o segni e sintomi attribuibili ad artrosi, rachialgia o lombosciatalgia, in assenza di altri fattori di rischio per osteoporosi.

C'è consenso nel consigliare la densitometria su base individuale, considerando l'età e l'eventuale presenza di fattori di rischio.

Le indicazioni cliniche per l'effettuazione delle indagini di densitometria ossea con il SSR sono le seguenti:

1. CARENZA ESTROGENICA:

- Menopausa precoce, prima di 45 anni, spontanea o provocata
- Amenorrea secondaria prolungata per oltre due anni
- Amenorrea primaria non trattata
- Ipogonadismo primario o iatrogeno (da farmaci o da ovariectomia bilaterale precoce)

2. PATOLOGIE SISTEMICHE ASSOCIATE CON OSTEOPOROSI:

- Ipertiroidismo
- Iperparatiroidismo primitivo
- Sindromi da malassorbimento e malattie infiammatorie intestinali (celiachia, Crohn, ecc.)
- Anoressia nervosa
- Sindrome di Cushing
- Insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica e nefropatie croniche
- Trapianto d'organo
- Immobilizzazione prolungata
- Talassemia

ALTRE PATOLOGIE SISTEMICHE CON OSTEOPOROSI QUALE MANIFESTAZIONE SECONDARIA

3. TERAPIE SISTEMICHE PROLUNGATE, SIA GIÀ EFFETTUATE, SIA IN PREVISIONE (SUPERIORI A SEI MESI), CON:

- corticosteroidi sistemici (>5mg/die di prednisone-equiv.)
- levotiroxina (ad alte dosi soppressive)
- antiepilettici (fenitoina, fenobarbital)
- farmaci antiretrovirali
- eparina.

4. SOGGETTI IN TRATTAMENTO CON FARMACI PER L'OSTEOPOROSI

5. DONNE IN TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA

6. INSUFFICIENTE APPORTO ALIMENTARE DI CALCIO (INFERIORE A 600 MG/DIE) E VITAMINA D, E ALTRI STATI DI CARENTE O SQUILIBRATO APPORTO NUTRIZIONALE (INDICE DI MASSA CORPOREA -BMI- INFERIORE A 19 KG/MQ, ABUSO DI ALCOOL >60 G/DIE, ECC.)

7. EVIDENZA RADIOLOGICA DI OSTEOPOROSI O DI CEDIMENTI VERTEBRALI

8. PRECEDENTI FRATTURE DA FRAGILITÀ, SPECIALMENTE DI FEMORE, DI VERTEBRE O DI POLSO

9. PERDITA DI STATURA (SUPERIORE A 6 CM) O COMPARSA DI CIFOSI DOPO LA MENOPAUSA

8. ANAMNESI FAMILIARE MATERNA POSITIVA:

- per frattura di femore
- per fratture Colles o vertebrali in età inferiore a 75 anni

La ripetizione di esami densitometrici di controllo nel tempo e' indicata rispettando entrambe le seguenti condizioni:

1. nei casi in cui la conoscenza delle variazioni di massa ossea serve a modificare le decisioni cliniche sul singolo paziente
2. non prima di 18-24 mesi, in quanto il rimaneggiamento osseo necessita di tempi lunghi e le eventuali variazioni di massa ossea verificatesi in tale intervallo possono essere inferiori all'errore di misurazione dell'apparecchiatura

L'accertamento del criterio che determina l'erogabilità della prestazione con il SSR è a carico del prescrittore che stila l'impegnativa.

Allegato 3)

Criteria per l'erogazione con il SSN della chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri (LEA – Allegato 2B, punto d)

La chirurgia refrattiva si propone di correggere i vizi di refrazione, quali miopia, ipermetropia ed astigmatismo, modificando le caratteristiche ottiche del bulbo oculare, così da permettere alle immagini di esser focalizzate esattamente sulla retina, senza la necessità di ausili ottici. Questo obiettivo può essere raggiunto in vari modi: attraverso interventi intraoculari, e quindi invasivi, che agiscono sul cristallino ovvero prevedono l'inserimento di una lente intraoculare oppure grazie a procedure extraoculari che mirano al rimodellamento della superficie corneale. Tra queste tecniche, nell'ultimo decennio, l'interesse si è concentrato in tutto il mondo sulla procedura di cheratectomia fotorefrattiva con laser ad eccimeri che ha dimostrato un'elevata precisione e prevedibilità del risultato unite ad una assoluta sicurezza dell'intervento stesso. La chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri ha quindi suscitato negli ultimi tempi un enorme interesse evidentemente correlato all'alta prevalenza nella popolazione dei vizi di refrazione. Infatti è possibile stimare nella popolazione una prevalenza della miopia pari al 20%, dell'ipermetropia pari al 15-20% e dell'astigmatismo pari a circa il 10%. Questi indici di prevalenza dimostrano una domanda potenziale per l'esecuzione del laser ad eccimeri consistente, tenendo anche conto degli standard qualitativi di vita che si sono intensamente modificati in questi ultimi anni. Si ritiene che le indicazioni presenti nel DPCM sui LEA tendano ad una forte limitazione dell'attività in questo settore, vincolata alla presenza di particolari condizioni.

L'allegato 2B, punto d) del DPCM sui LEA prevede che la chirurgia con laser ad eccimeri sia erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali. Di seguito sono espressi i criteri per poter erogare il laser ad eccimeri con il SSR:

- 1. Anisometropia superiore alle 4 Diottrie d'equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva.** Oltre a tale valore il differente potere della lente induce un diverso ingrandimento dell'immagine che si forma sulla retina impedendo così che le due immagini provenienti dall'occhio destro e sinistro si fondano in una unica. In queste condizioni il paziente vede doppio, a meno di non ricorrere alle lenti a contatto. L'indicazione all'intervento è comunque

valida solo per l'occhio più ametropo ovvero il laser può essere erogato con il SSR unicamente nell'occhio che presenta il difetto refrattivo più elevato, allo scopo di ridurre o eliminare l'anisometropia esistente tra i due occhi.

- 2. Astigmatismo uguale o superiore alle 4 Diottrie.** La correzione dell'astigmatismo con occhiale di difetti oltre questo limite comporta una deformazione dell'immagine lungo l'asse dell'astigmatismo, per cui il paziente in questo ordine di difetto vede una realtà deformata a cui non riesce ad abituarsi quando tale correzione non provoca nausea o senso di vertigine
- 3. Ametropie post trapianto di cornea.** In questo caso i difetti di vista quali ipermetropia, miopia, astigmatismo, sono difficilmente sopportati dai pazienti perché:
 - vi è quasi sempre una grande differenza fra i due occhi
 - l'applicazione della lente a contatto è difficile se non spesso impossibile e, in alcuni casi, aumenta il rischio del rigetto del tessuto innestato
 - tali difetti generati da tale chirurgia sono asimmetrici sulla superficie corneale e spesso un occhiale non è in grado di correggere completamente tale difetto.
- 4. Ametropie post cataratta o post chirurgia della retina** In questo caso i difetti di vista quali ipermetropia, miopia, astigmatismo, sono difficilmente sopportati dai pazienti perché:
 - vi è quasi sempre una grande differenza fra i due occhi
 - l'applicazione della lente a contatto è difficile se non spesso impossibile, anche per l'età dei soggetti
 - l'alternativa di sostituire il cristallino artificiale è spesso più rischiosa di un intervento con laser dato che non comporta riapertura del bulbo oculare
- 5. Residui refrattivi post chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri eseguita in strutture sanitarie accreditate.** Tale condizione deve essere comprovata da idonea certificazione della struttura sanitaria accreditata che in passato ha erogato la prestazione.
- 6. PTK ovvero photo therapeutic keratectomy.** Questa procedura non ha la finalità di correggere difetti di vista o togliere gli occhiali ma mira a rimuovere opacità della cornea tali da penalizzare la vista, asportare tumori della cornea, regolarizzare ed asportare cicatrici della cornea, correggere astigmatismi irregolari (cioè quelli non correggibili con occhiali o lenti a contatto) curare distrofie corneali, migliorare la vista ad esiti infausti di chirurgia refrattiva ecc. Tutte condizioni cioè in cui l'unica alternativa praticabile è il trapianto di cornea. Poiché tale metodica non comporta l'anestesia generale, il rischio del rigetto del tessuto omologo e non richiede tessuto di donazione, merita di essere erogata con il SSR.
- 7. Traumi o malformazioni con deformazione della sella nasale tale da impedire l'applicazione di occhiale.** In questi casi non si può chiedere al paziente di applicare

obbligatoriamente esclusivamente lenti a contatto poiché spesso sono concomitanti alterazioni delle vie lacrimali

8. Perdita, gravi alterazioni o malformazioni delle orecchie tale da impedire l'applicazione di occhiale. In questi casi non si può chiedere al paziente di applicare obbligatoriamente esclusivamente lenti a contatto poiché spesso sono concomitanti alterazioni delle vie lacrimali

L'accertamento del criterio che determina l'erogabilità della prestazione con il SSR è a carico del prescrittore che stila l'impegnativa.

Le prestazioni ambulatoriali finalizzate all'accertamento dell'esecuzione della procedura chirurgica refrattiva e quelle necessarie ai controlli postoperatori possono essere erogate con il SSR solo se il paziente rientra nelle categorie cliniche sopra riportate.

allegato 4)

DRG	Descrizione	tipo	Tariffa Ordinaria	Soglia Deg	Tariffa Oltre Soglia	Tariffa 0-1 & DH
006	Decompressione tunnel carpale	C	877,03	4	114,00	877,03
019	Malattie nervi cranici e periferici senza CC	M	1.092,00	22	54,00	135,00
025	Convulsioni e cefalea eta' >17 senza CC	M	996,80	17	54,50	148,00
039	Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	C	940,17	4	96,50	940,17
040	Interventi su strutture extraoculari escl. l'orbita, eta' >17	C	1.078,40	4	97,50	1078,40
041	Interventi su strutture extraoculari escl. l'orbita, eta' <18	C	718,41	4	103,50	718,41
042	Interventi su strutture intraoculari escl. retina, iride e cristallino	C	1.328,55	9	62,50	1328,55
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	1.217,20	4	83,00	1217,20
065	Alterazioni dell'equilibrio	M	865,90	15	49,50	139,00
119	Legatura e stripping vene	C	1.362,13	4	153,00	1362,13
131	Mal. vascolari periferiche senza CC	M	1.128,40	27	46,50	131,00
133	Aterosclerosi senza CC	M	859,80	17	43,50	126,00
134	Ipertensione	M	915,00	18	50,00	143,00
142	Sincope e collasso senza CC	M	953,40	21	54,50	146,00
158	Interventi su ano e stoma senza CC	C	1.062,50	4	59,50	1062,50
160	Interventi per ernia escl. inguinale e femorale, eta' >17 senza CC	C	1.372,75	16	50,00	1372,75
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, eta' >17 senza CC	C	993,65	4	60,00	993,65
163	Interventi per ernia, eta' <18	C	937,09	4	127,00	937,09
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea mal. app. digerente, eta' >17 senza CC	M	903,00	18	58,00	142,00
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea mal. app. digerente, eta' <18	M	959,00	4	105,50	279,00
187	Estrazioni e riparazioni dentali	M	888,00	4	130,50	396,00
208	Mal. vie biliari senza CC	M	1.019,90	19	49,00	133,00
232	Artroscopia	C	1.232,00	4	115,50	1232,00
243	Affezioni mediche del dorso	M	1.253,00	22	59,00	167,00
262	Biopsia mammella ed escissione locale non per neoplasie maligne	C	1.120,00	4	102,50	1120,00
267	Interventi perianali e pilonidali	C	1.216,80	4	87,00	1216,80
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	C	1.278,97	13	98,00	1278,97
276	Patologie non maligne della mammella	M	955,80	13	83,50	217,00
281	Traumi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, eta' >17 senza CC	M	643,80	9	70,00	169,00
282	Traumi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, eta' <18	M	524,40	4	84,00	254,00
283	Mal. minori della pelle con CC	M	1.385,30	24	52,50	144,00
284	Mal. minori della pelle senza CC	M	671,40	19	50,00	115,00
294	Diabete, eta' >35	M	1.177,20	20	55,50	155,00
301	Mal. endocrine senza CC	M	912,60	21	56,50	139,00
324	Calcolosi urinaria senza CC	M	556,50	12	48,50	106,00
326	Segni e sintomi rene e vie urinarie, eta' >17 senza CC	M	730,80	15	46,50	118,00
364	D&C, conizzazione escl. per neoplasie maligne	C	795,41	4	139,50	795,41
395	Anomalie globuli rossi, eta' >17	M	1.444,80	25	51,50	143,00
426	Nevrosi depressive	M	1.225,00	22	43,00	134,00
427	Nevrosi escl. quelle depressive	M	1.102,20	25	50,00	152,00
429	Disturbi organici e ritardo mentale	M	1.924,30	29	56,50	170,00
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	786,10	9	54,50	191,00
503	Interventi su ginocchio senza dia. principale di infezione	C	1.874,25	4	302,50	1874,25

allegato 5)

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO Incluso: relativo distretto vascolare	231,20
	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: relativo distretto vascolare	343,36
	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	166,39
	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	259,70
	88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	256,48
	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	166,39
	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	259,70
	88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	256,48
	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	160,42
	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	251,43
	88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO	256,48
	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE	166,39
	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	259,70
	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE	323,13
	88.92.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Monolaterale	153,98
	88.92.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO Monolaterale	243,61
	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Bilaterale	166,39
	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO Bilaterale	259,70
	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	160,42
	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale	251,43
	88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA RM di spalla e braccio [spalla, braccio] RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio] RM di polso e mano [polso, mano] RM di bacino	184,78

allegato 5)

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
		RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore]	
		RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba]	
		RM di caviglia e piede [caviglia, piede]	
		Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare	
	88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO	283,14
		RM di spalla e braccio [spalla, braccio]	
		RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio]	
		RM di polso e mano [polso, mano]	
		RM di bacino	
		RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore]	
		RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba]	
		RM di caviglia e piede [caviglia, piede]	
		Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare	
	88.94.3	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE	256,48
MI	88.94.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) ARTICOLARE EFFETTUATA CON APPARECCHIATURA DEDICATA	145,33
	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE	166,39
		Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	
	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	259,70
		Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	
	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	256,48
	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	166,39
		Vescica e pelvi maschile o femminile	
		Incluso: relativo distretto vascolare	
	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	259,70
		Vescica e pelvi maschile o femminile	
		Incluso: relativo distretto vascolare	
	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	256,48
*	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	1058,57
*	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)	928,49
		Studio qualitativo	
*	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)	1058,57
		Studio quantitativo	
*	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	1058,57
MI	98.59.1	TERAPIA AD ONDE D'URTO FOCALIZZATE PER PATOLOGIE MUSCOLO - SCHELETRICHE	61,97
		Per seduta (con un massimo di tre sedute)	
I	98.59.2	TERAPIA AD ONDE D'URTO RADIALI PER PATOLOGIE MUSCOLO - SCHELETRICHE	33,00
		Per seduta (con un massimo di tre sedute)	