



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE  
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI  
E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

**Codice sito: 4.10/2010/4**

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CSR 0002163 P-2.17.4.10  
del 10/05/2010



*I.9.B/4*

Ministero della Salute  
DGPROG

0017096-A-21/05/2010



*I9B/A*



Al Ministero della salute

- Gabinetto
- Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome  
c/o CINSEDO

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano

LORO SEDI

**Oggetto:** Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002, rep. atti n. 1457.

Si trasmette, in allegato, per il seguito di competenza, copia conforme all'originale dell'accordo sancito dalla Conferenza Stato - Regioni nella seduta del 29 aprile 2010.

Il Direttore  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

*Ermenegilda Siniscalchi*

*Am 21/05*





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002, rep. atti n. 1457.

Rep. Atti n. *64/ESR* del *29 aprile 2010*

**LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE  
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO**

Nella odierna seduta del 29 aprile 2010:

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

VISTO l'Accordo sancito in data 6 giugno 2002 (Rep. atti n. 1457) recante approvazione delle Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO);

VISTO il documento trasmesso dal Ministero della salute con nota in data 18 gennaio 2010, recante "Aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)";

VISTA la lettera in data 19 gennaio 2010 con la quale il documento in parola è stato diramato alle Regioni e Province autonome;

VISTA la lettera in data 1 febbraio 2010 con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso l'avviso tecnico favorevole;

VISTA la lettera in data 28 aprile 2010 con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha comunicato di non avere osservazioni da formulare al riguardo;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome sul più volte richiamato documento concernente "Aggiornamento delle





Presidenza  
Consiglio dei Ministri

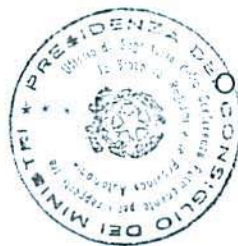
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)", che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante (Allegato sub A);

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nei termini di cui all'allegato sub A, richiamato in premessa, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE  
On. Dott. Raffaele Fitto

**Ministero della Salute**

**Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema**

---

**"AGGIORNAMENTO DELLE LINEE GUIDA PER LA CODIFICA  
DELLE INFORMAZIONI CLINICHE  
DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)"**



**Ministero della Salute**

**Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema**

---

**AUTORI**

Paola Cacciatore, Francesco Copello, Fulvia Marina Formigaro,  
Antonio Fortino, Rosa Ghioldi, Massimo Gianolino Peraldo, Luisa  
Varetto, Cristiano Visser, Maria Vizioli.

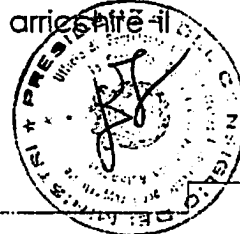
**Ringraziamenti**

La predisposizione della revisione delle linee guida, di cui all'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002, per la corretta codifica delle informazioni cliniche presenti sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è stata resa possibile grazie all'impegno e al coinvolgimento del Gruppo di lavoro per l'aggiornamento dei sistemi di classificazione ICD-9-CM e DRG, nato dalla proficua collaborazione fra Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della Salute e le Regioni, che ha unanimemente condiviso la necessità di introdurre l'aggiornamento delle linee guida tra gli obiettivi del gruppo anche a sostegno dell'adozione della nuova versione del sistema di codifica ICD-9-CM 2007.

Si ringraziano pertanto tutti i componenti del gruppo di lavoro, costituito dagli autori delle presenti linee guida e da Giuliana Alessandrini, Laura Arcangeli, Rosetta Cardone, Egidio Celentano, Susanna Ciampalini, Gaetano Antonio Di Pietro, Pietro Granella, Giuseppina Lanciotti, Sergio Lodato ed i coordinatori Lucia Lispi ed Alessandro Ghirardini (Ministero della Salute) ed Eleonora Verdini (Regione Emilia Romagna) per il sostegno e la rilevanza data al progetto.

Un particolare ringraziamento va a Rosa Ghioldi (Regione Lombardia) e Cristiano Visser (Regione Emilia Romagna) che hanno coordinato con impegno e autorevolezza le attività di revisione delle linee guida seguite con entusiasmo e partecipazione da un sottogruppo di esperti regionali e aziendali in materia di linee guida alla codifica.

Si ringraziano inoltre le Società medico-scientifiche che attraverso suggerimenti e problematiche proposte hanno contribuito ad arricchire il

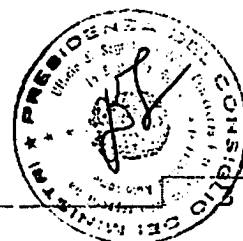


**Ministero della Salute**

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

materiale di lavoro e a fornire spunti di discussione oltre che utili indicazioni per la codifica.

*Questo lavoro, frutto delle attività del Gruppo di Lavoro per l'aggiornamento dei sistemi di classificazione ICD-9-CM e DRG, svolto in stretta collaborazione con le Regioni e alcune Aziende Sanitarie, è dedicato a Massimo Peraldo, medico dell'Area di Coordinamento Sanità della Regione Toscana, che ha partecipato alle attività del gruppo con 'spirito e presenza', condividendo esperienze e conoscenze con entusiasmo e professionalità, ma soprattutto mettendo a disposizione il proprio, prezioso e insostituibile, tempo.*

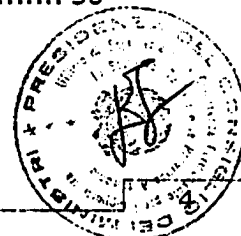


**Ministero della Salute**

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

**INDICE**

INTRODUZIONE .....	5
REGOLE GENERALI PER L'UTILIZZO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM.....	6
REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI.....	7
SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE.....	8
SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE .....	10
REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI / PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE.....	11
SELEZIONE E CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE .....	11
Capitolo I - Malattie infettive e parassitarie (001-139) .....	14
Capitolo II - Tumori (140-239).....	15
Capitolo III - Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari (240-279) .....	17
Capitolo V - Disturbi mentali (290-319) .....	18
Capitolo VI - Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (320-389) .....	18
Interventi/procedure .....	19
Capitolo VII - Malattie del sistema circolatorio (390-459) .....	19
Interventi/procedure .....	22
Capitolo VIII - Malattie dell'apparato respiratorio (460-519) .....	23
Interventi/procedure .....	23
Capitolo IX - Malattie dell'apparato digerente (520-579) .....	24
Interventi/procedure .....	24
Capitolo X - Malattie del sistema genitourinario (580-629) .....	25
Interventi/procedure .....	25
Capitolo XI - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677) .....	25
Capitolo XIII - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739).....	26
Interventi/procedure .....	26
Capitolo XIV - Malformazioni congenite (740-759).....	27
Capitolo XV - Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779) e codifica del neonato sano .....	28
Capitolo XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (780-799).....	29
Capitolo XVII - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999) .....	29
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V) .....	30



## Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

### INTRODUZIONE

#### Finalità

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

#### Obiettivi

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

I principali obiettivi delle linee guida sono:

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

Le linee guida, pertanto, non sono esaustive rispetto al complesso delle problematiche di codifica; tuttavia, è intenzione del Ministero realizzare, con il concorso delle Regioni e delle Province autonome, successivi aggiornamenti ed integrazioni.

#### Metodologia

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

La bozza di linee guida è stata sottoposta alla verifica e al parere degli esperti regionali. In alcuni settori specifici, inoltre, il documento è stato integrato con i commenti e i suggerimenti espressi dalle Società medico-scientifiche, previa valutazione del gruppo di lavoro.

Nella presente revisione delle linee guida sono state contestualizzate nei capitoli di appartenenza le tecniche chirurgiche presentate nel capitolo delle "Prestazioni innovative" della prima edizione.

Il gruppo di lavoro ha quindi individuato i codici di nuova introduzione nell'aggiornamento alla versione 2007 dell'ICD-9-CM, per i quali dare indicazioni tecniche peculiari o modificare regole precedentemente adottate, al fine di una maggiore specificità di descrizione.

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

- situazioni cliniche frequentemente causa di ricovero, per le quali siano state evidenziate prassi di codifica disomogenee, ad esempio: diabete mellito, ipertensione arteriosa, malattie ischemiche del cuore, demenze, epatiti,





## Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

- croniche e loro complicanze, sostituzione di protesi d'anca e/o di ginocchio, malformazioni congenite, traumatismi, stati settici;
- situazioni e prestazioni innovative con particolare riguardo alla chirurgia protesica e interventistica;
  - utilizzo della classificazione supplementare dei codici V (es. trattamento non eseguito).

### REGOLE GENERALI PER L'UTILIZZO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM

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

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

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

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

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

#### Specificità della codifica

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

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

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

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



**Ministero della Salute**

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

---

I codici individuati dalla sigla NIA devono essere utilizzati quando l'informazione disponibile individua una specifica condizione ma nella classificazione ICD non è disponibile un codice specifico per la condizione stessa.

I codici identificati dalla sigla SAI devono essere utilizzati quando l'informazione riportata nella SDO non consente l'utilizzo di un codice più specifico.

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

## **REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI**

### **Codici combinati**

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

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

### **Codifica multipla**

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

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

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

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

### **Postumi**

Un postumo è un effetto causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo è terminata. Non vi è un limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato. Il postumo può essere relativamente precoce come negli accidenti cerebrovascolari o può verificarsi dopo mesi o anni come nel caso del



## Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

traumatismi. Per codificare i postumi sono necessari due codici, uno relativo alla condizione residua o alla natura del postumo; l'altro relativo alla causa del postumo. Il codice relativo alla **natura** del postumo deve essere riportato per primo; il codice relativo alla **causa** del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

### Condizione "imminente"

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

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

### SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

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

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

Salvo che le note dell'elenco sistematico o dell'indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo 16 della Classificazione. Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.

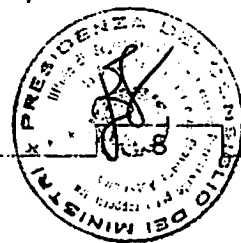
I codici contenuti in parentesi quadra nell'indice alfabetico non devono essere utilizzati come diagnosi principale.

### Condizioni acute e croniche

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

### Osservazione e valutazione di condizioni sospette

I codici compresi fra V71.0 e V71.9 devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale quando si sospetta una condizione anomala la quale, in



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

assenza di segni o sintomi, richiede una specifica valutazione e al termine del ricovero risulta essere non confermata.

**Trattamento non eseguito**

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

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

**Ustioni multiple**

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

**Traumi multipli**

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

**Neoplasie**

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

**Avvelenamenti e intossicazioni**

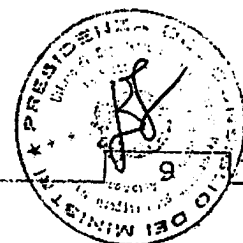
Nel codificare l'avvelenamento o la reazione ad uso non corretto di farmaci (esempio: errore nel dosaggio, nella via di somministrazione, nella selezione del farmaco), il codice relativo all'avvelenamento deve essere riportato in diagnosi principale, seguito dal codice relativo alla manifestazione.

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

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, o a problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi, il codice relativo alla complicazione deve essere selezionato come diagnosi principale. Se la complicazione è classificata con i codici ICD-9-CM compresi fra le categorie 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo in diagnosi secondaria per specificarne la natura.

**Complicazioni della gravidanza**

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



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

---

**SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE**

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

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

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

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

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

**Condizioni pregresse**

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

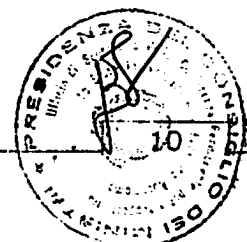
**Condizioni associate alla malattia principale**

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

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

**Risultati anomali**

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



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

**REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DEGLI INTERVENTI  
CHIRURGICI / PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE**

**Codici combinati**

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

**Codifica multipla**

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

**Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari**

L'esecuzione di più interventi nel corso dello stesso atto operatorio può richiedere la codifica separata, qualora non sia previsto un codice combinato. Esistono codici che segnalano l'esecuzione di un intervento aggiuntivo che avvenga nel corso di un altro: ad esempio: ovariectomia monolaterale e appendicectomia: 65.39 + 47.19 .

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

**Codifica di interventi bilaterali**

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

**Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento**

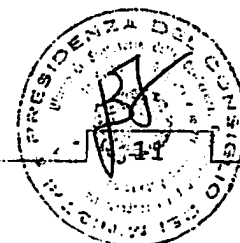
In molti casi i codici di procedura individuano specifici approcci per un intervento chirurgico e consentono di distinguere gli interventi a cielo aperto da quelli effettuati per via endoscopica o per via laparoscopica.

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

**SELEZIONE E CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE  
PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE**

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

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



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

1. in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.);
2. nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
3. quando nella cartella clinica vengano indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:
  - **interventi chirurgici a cielo aperto**
  - **interventi per via endoscopica e/o laparoscopica**
  - **procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche**
  - **procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nei capitoli 0-15 (codici da 00.- a 86.-)**
  - **altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel capitolo 16.- Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche (codici da 87.- a 99.-).**

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

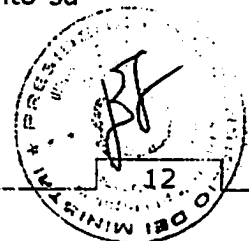
- 87.53 colangiografia intraoperatoria
- 88.52 angiocardiografia del cuore destro
- 88.53 angiocardiografia del cuore sinistro
- 88.54 angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro
- 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo
- 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio
- 88.57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

### Biopsie

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

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

Sono parimenti da codificare le biopsie effettuate nel corso di un intervento su organi diversi da quello cui è rivolto l'intervento principale.



**Ministero della Salute**

**Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema**

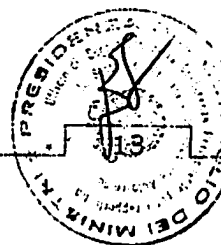
---

**Biopsie chiuse**

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

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

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





Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

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

◆ **Infezione da HIV (042)**

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

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

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

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

◆ **Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico**

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

• **Setticemia (038.-)**

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

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

• **SIRS, sepsi, sepsi severa (995.9-)**

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

**Sepsi:** SIRS dovuta a infezione.

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

Codificare prima la patologia di base, es. infezione (038.-, 112.5, etc) o trauma, seguita dalla sottocategoria 995.9-.

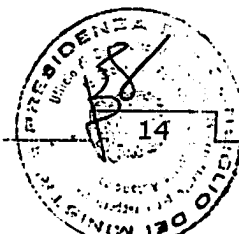
La codifica della sepsi severa richiede l'uso di codici aggiuntivi per descrivere l'insufficienza acuta d'organo.

Se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il codice 995.92.

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

• **Shock settico (785.52)**

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



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

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

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

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

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

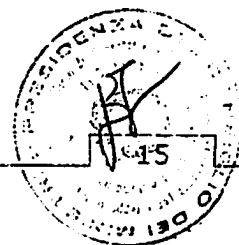
◆ Regole generali per la selezione e codifica della diagnosi principale:

- Quando il ricovero è finalizzato a trattare una neoplasia maligna, quest'ultima deve essere selezionata come diagnosi principale salvo che il ricovero sia finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia (V58.0) o la chemioterapia/immunoterapia (V58.1-); in tali casi la neoplasia maligna deve essere codificata come diagnosi secondaria e la diagnosi principale deve essere codificata con i codici V58.0 o V58.1-.
- Quando un paziente è ricoverato per eseguire prevalentemente la radioterapia o la chemioterapia e nel corso del ricovero si sviluppano delle complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione, deve essere indicata quale diagnosi principale la radioterapia (V58.0) o la chemioterapia/immunoterapia (V58.1-).
- Quando il ricovero comporta la rimozione chirurgica di una neoplasia maligna, primitiva o secondaria, seguita da chemioterapia o radioterapia, deve essere selezionata quale diagnosi principale la neoplasia maligna.
- Quando il ricovero è finalizzato a determinare la stadiazione della neoplasia deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia, anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia.
- Qualunque estensione per contiguità o a distanza deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasa; quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia progressa deve essere segnalata utilizzando il codice V10.-\_.
- Quando un paziente è ricoverato a causa di una neoplasia primitiva metastatizzata e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale anche se la forma primitiva fosse ancora presente; se, invece, il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma secondaria, la diagnosi principale deve essere codificata con V58.0 o V58.1-.

***Interventi/procedure***

◆ **Ricovero per ablazione percutanea di tumori**

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



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

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

➤ **Ricovero per embolizzazione/chemioembolizzazione di tumore**

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

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

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

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

➤ **Ricovero per brachiterapia o terapie radiometaboliche per neoplasie maligne**

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

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

◆ **Ricovero per cicli di immunoterapia**

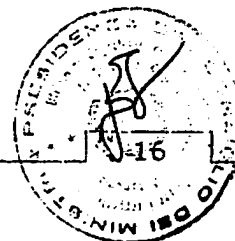
- diagnosi principale: V58.12 Immunoterapia antineoplastica
- procedure: 99.28 Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici (immunoterapia antineoplastica)

◆ **Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali**

- Il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali è descritto dallo stesso gruppo di codici, da 41.00 a 41.09.
- Il codice 41.00 Trapianto di midollo osseo NAS non dovrebbe essere utilizzato in quanto poco specifico.
- Si richiamano le regole già evidenziate dal manuale ICD-9-CM per i trapianti allogenici, soprattutto la necessità di differenziare le forme con purging (codici 41.02 e 41.08), da quelle senza purging (codici 41.03 e 41.05).
- L'aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto è codificata con il codice 41.91 (sia per autotrapianto che per allotrapianto).
- Il prelievo di cellule staminali è codificato con il codice 99.79 sia per autotrapianto che per allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi).

◆ **Inserzione/rimozione di "port a cath"**

- diagnosi principale: V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare
- procedura impianto:
  - 86.07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
- procedura rimozione:



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

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

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

◆ **Diabete mellito (250.-)**

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

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

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

Ad esempio:

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

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

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



**Ministero della Salute**

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

mellito (250.0-) sia dalla cataratta senile (366.1-). Ad esempio, nel caso di ricovero di paziente diabetico per asportazione della cataratta senile, la corretta sequenza di codici di diagnosi è la seguente: 366.1- + 250.0-.

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

- Si raccomanda, per la descrizione dei casi di diabete con complicanze, di individuare con accuratezza i corrispondenti specifici codici (da 250.4- a 250.8-), evitando l'uso improprio e generico del codice 250.0- in diagnosi principale.
- **Malfunzionamento di pompa di insulina**  
In caso di sottodosaggio o sovradosaggio di insulina per malfunzionamento della pompa, riportare in diagnosi principale il codice 996.57 "Complicazioni meccaniche dovute alla pompa di insulina", seguito dai codici che descrivono il quadro clinico.

**Capitolo V – Disturbi mentali (290-319)**

◆ **Demenze**

- La demenza dovuta a malattia di Alzheimer si codifica, secondo le indicazioni riportate nel manuale, ponendo come principale la malattia di base (codice 331.0) e come diagnosi secondaria la demenza (294.1).
- La demenza da infarti multipli (multinfartuale) si codifica, secondo le indicazioni del manuale, ponendo come diagnosi principale la demenza stessa (290.4) e utilizzando come codice aggiuntivo quello delle "Altre e mal definite vasculopatie cerebrali" (437.-).

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

◆ **Dolore (338.-)**

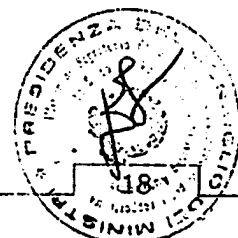
I codici di questa categoria possono essere utilizzati come diagnosi principale quando il trattamento del dolore sia il motivo principale/esclusivo del ricovero o nel caso in cui non sia stata individuata una diagnosi relativa alla patologia di base.

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

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

◆ **Impianto/sostituzione/rimozione di Neurostimolatore**

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



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

◆ **Epilessie (345)**

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

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

0 - senza menzione di epilessia non trattabile

1 - con epilessia non trattabile

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

**Interventi/procedure**

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

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

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

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

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

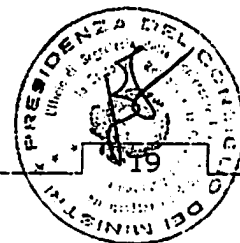
**Capitolo VII - Malattie del sistema circolatorio (390-459)**

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

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

◆ **Ipertensione arteriosa**

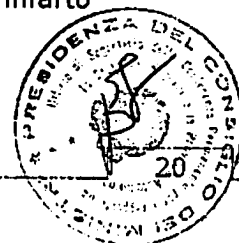
- è opportuno consultare nell'indice alfabetico delle diagnosi la tabella che indica, per ciascuna condizione clinica legata all'ipertensione arteriosa, i tre codici relativi alla forma maligna, benigna o non specificata;
- ove l'ipertensione sia secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice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



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

- l'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 (capitolo XI).
- ◆ **Cardiopatía ipertensiva (402)**  
Comprende con codici combinati sia condizioni in cui l'ipertensione è causa diretta della cardiopatía, sia condizioni in cui essa vi è implicata.  
Se la diagnosi clinica menziona sia l'ipertensione sia la malattia cardiaca ma non indica una relazione causale tra loro, si devono assegnare codici separati. Ad esempio:
  - malattia cardiaca congestizia dovuta a ipertensione: 402.91
  - malattia cardiaca ipertensiva con insufficienza cardiaca congestizia: 402.91
  - malattia cardiaca congestizia con ipertensione: 428.0 + 401.9
- ◆ **Nefropatia ipertensiva cronica (403)**  
Descrive le situazioni cliniche in cui sono presenti sia ipertensione che nefropatia cronica (condizioni classificabili alle categorie 585-587). L'ICD-9-CM presuppone una relazione causa/effetto tra loro e classifica la malattia renale cronica con ipertensione come nefropatia ipertensiva cronica.  
  
Il quinto carattere della categoria raggruppa in due classi gli stadi della malattia renale:  
0 - stadi I - IV o stadio non specificato  
1 - stadio V o terminale  
Come diagnosi secondaria deve essere codificata la malattia renale cronica (585.-) per identificare lo stadio della malattia.
- ◆ **Cardioneftropatia ipertensiva cronica (404)**  
Comprende le condizioni in cui sono presenti sia la malattia cardiaca ipertensiva, sia la nefropatia ipertensiva cronica.  
Il quinto carattere della categoria identifica:  
0 - senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato  
1 - con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato  
2 - senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale  
3 - con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale  
Nelle diagnosi secondarie codificare il tipo di insufficienza cardiaca (cod. 428.-), ove presente, e la malattia renale cronica (585.-) per identificarne lo stadio.
- ◆ **Malattie ischemiche del cuore (410-414)**  
Il capitolo delle Malattie ischemiche del cuore comprende le categorie 410 (infarto miocardico acuto), 411 (altre forme acute e subacute di cardiopatía ischemica), 412 (infarto miocardico pregresso), 413 (angina pectoris), 414 (altre forme di cardiopatía ischemica cronica).
- **Infarto miocardico acuto, IMA (410)**  
Le sottocategorie da 410.0 a 410.6 e 410.8 identificano i casi di IMA con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI). La sottocategoria 410.7, infarto



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

subendocardico, identifica i casi di IMA con sottoslivellamento del tratto ST (NSTEMI) e di infarto non transmurale.

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

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

Nella definizione di episodio iniziale di assistenza (quinto carattere 1) sono compresi anche i ricoveri di pazienti trasferiti verso altro istituto per acuti come pure i ricoveri di pazienti provenienti da altro istituto per acuti; sono, invece, esclusi i casi in cui vi sia stata interruzione dell'assistenza per acuti (ad esempio, per dimissione ordinaria al domicilio o per trasferimento in istituti non per acuti); in tali casi, si utilizza, invece, il quinto carattere 2.

La quinta cifra 0 (episodio di cura non specificato) non dovrebbe essere mai utilizzata in quanto la documentazione clinica deve sempre contenere le informazioni necessarie per la descrizione precisa del caso.

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

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

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

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

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

◆ **Malattie cerebrovascolari**

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

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

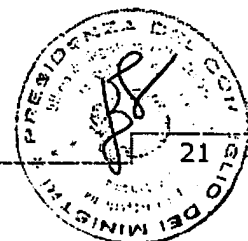
ad esempio, nel caso di arteriosclerosi cerebrovascolare con emorragia subaracnoidea dovuta a rottura di un aneurisma sacculare: 430 + 437.0.

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

0 - senza menzione di infarto cerebrale

1 - con infarto cerebrale

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





Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

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

◆ **Ictus cerebrale ischemico**

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

◆ **Ischemia cerebrale transitoria**

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

◆ **Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali**

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

**Interventi/procedure**

◆ **Angioplastica percutanea e inserzione di stent**

• **Vasi coronarici**

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

• **Vasi cerebrali o precerebrali:**

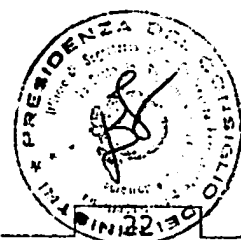
I codici da 00.61 a 00.65 identificano le procedure di angioplastica o aterectomia o inserzione di stent. Occorre sempre specificare anche il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40 - 00.44) e il numero di stent inseriti (codici 00.45 - 00.48)

• **Altri vasi**

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

◆ **Riparazione endovascolare di vasi**

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



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

- ◆ **Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore**  
Indicare entrambi i seguenti codici intervento:  
38.59 legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore  
38.69 altra asportazione di vene dell'arto inferiore.
- ◆ **Legatura endoscopica di vene perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)**  
Indicare i seguenti codici intervento:  
38.59 legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore  
83.09 altra incisione di tessuti molli.

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

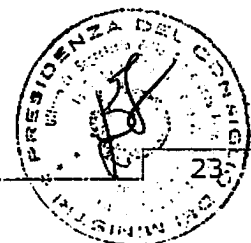
- ◆ **BPCO**  
E' codificata con i codici 491.2- Bronchite cronico-ostruttiva e 492.- Enfisema. La compresenza di bronchite cronica ed enfisema deve essere codificata con 491.2-; la compresenza di asma e BPCO con 493.2-.  
La bronchite acuta in BPCO deve essere codificata con 491.22.  
La presenza di insufficienza respiratoria acuta (518.81) o cronica (518.83) deve essere codificata, quando rigorosamente definita e documentata.
- ◆ **Insufficienza respiratoria e polmonare (518.-)**  
L'insufficienza respiratoria deve essere segnalata sulla base di alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi (PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, pH e bicarbonato).  
Dovranno inoltre essere correttamente riportati in cartella clinica e nella SDO gli interventi terapeutici effettuati con particolare attenzione ai codici che segnalano le terapie ventilatorie/ossigenoterapia.

Il codice 518.82 va riservato a particolari forme di insufficienza polmonare, quali ad esempio il distress respiratorio nei soggetti adulti, qualora esse non siano dovute a cause classificate altrove.

Quando la causa della insufficienza polmonare è costituita da shock, traumi o interventi chirurgici, è assegnato il codice 518.5.

***Interventi/procedure***

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



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

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

♦ **Epatite cronica, cirrosi e complicanze**

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

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

♦ **Esofagite con emorragia e varici esofagee**

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

Esempi:

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

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

Esempi:

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

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

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

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

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

♦ **Complicazioni infettive o meccaniche di stomie**

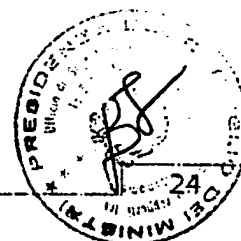
Sono specificamente individuate le complicazioni da:

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

**Interventi/procedure**

- ♦ L'ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del fegato è identificata dal codice 50.24.
- ♦ **Metodica "stop flow"**

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



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

- ◆ **Intervento di TIPS per shunt venoso intraaddominale per via percutanea**  
Indicare i codici di procedura: 39.1 (anastomosi arteria cava e polmonare) + 38.93 (altro cateterismo venoso non classificato altrove).
- ◆ **Tecniche per l'intervento di emorroidectomia**  
Per segnalare l'intervento di emorroidectomia eseguito secondo la tecnica "di Longo", utilizzare il codice di procedura 49.49 (altri interventi sulle emorroidi).

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

◆ **Malattia renale cronica (585)**

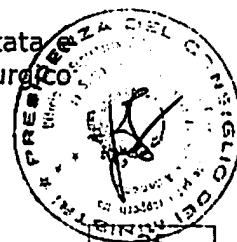
- La malattia renale cronica viene classificata sulla base dello stadio di gravità (stadi I-V). Gli stadi da II a IV corrispondono, rispettivamente, a malattia renale cronica di grado lieve, moderato e severo. Il codice 585.6 identifica la malattia in stadio terminale.
- I pazienti sottoposti a trapianto di rene potrebbero ancora manifestare qualche grado di disfunzione renale, perché il rene trapiantato potrebbe non aver ancora pienamente ripristinato la funzionalità renale. La sola presenza di malattia renale cronica non costituisce quindi una complicazione del trapianto. In questi casi occorre codificare con il codice 585.-, seguito dal codice V42.0 che identifica lo status di trapianto renale.

***Interventi/procedure***

- ◆ L'ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del rene è identificata dal cod. 55.33.
- ◆ **Fimosi**  
L'intervento chirurgico di correzione di fimosi, circoncisione, deve essere codificato con il codice 64.0 evitando l'utilizzo improprio del codice 64.93 (liberazione di sinechie peniene). Le plastiche di slittamento del prepuzio devono essere codificate con il codice 64.91.
- ◆ **Intervento per la correzione del varicocele**  
L'intervento tradizionale di correzione di varicocele mediante legatura dei vasi spermatici è identificato dal codice 63.1 (Asportazione di varicocele). Tecniche innovative eseguite mediante sclerosi per via anterograda o retrograda sono identificate dall'uso combinato dei seguenti codici: 63.1 (Asportazione di varicocele) + 99.29 (Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche); la via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione del codice di procedura 88.67 (Flebografia con m.d.c. di altre sedi specificate).

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

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



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

- ◆ Per i casi in cui la paziente partorisce fuori dalla struttura ospedaliera e necessita di ricovero per trattamenti successivi al parto, senza complicazioni, in diagnosi principale utilizzare il codice **V24.0 Cure ed esami postpartum subito dopo il parto**; se invece sono presenti complicazioni, fare riferimento ai codici specifici presenti in questo capitolo.
- ◆ Il parto con **anestesia epidurale** viene descritto riportando nelle procedure il codice 03.91 "iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia".

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

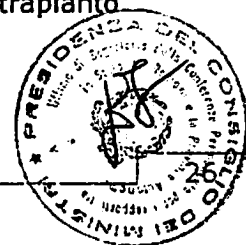
Molte delle categorie del sistema muscoloscheletrico richiedono l'utilizzo della codifica a 5 caratteri. Il quinto carattere dei codici indica la sede coinvolta:

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

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

***Interventi/procedure***

- ◆ **Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio**  
La revisione di protesi di anca o di ginocchio, prevede l'utilizzo di codici specifici per identificare le diverse componenti:
  - 00.70-00.73 per la revisione di protesi di anca
  - 00.80-00.84 per la revisione di protesi del ginocchioSi sconsiglia l'utilizzo dei codici 81.53 e 81.55 relativi alla revisione, rispettivamente, di protesi dell'anca e del ginocchio non altrimenti specificata.
- ◆ **Inserimento (o impianto, trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione**  
Per i ricoveri che prevedono interventi di ricostruzione articolare di ginocchio, spalla e caviglia, in cui venga utilizzato un sostituto osteoarticolare biologico di ampie dimensioni utilizzare il codice di procedura: 81.54 (Sostituzione totale del ginocchio) nella accezione di unicompartimentale (emiarticolare); i codici 81.80 e 81.81 (sostituzione totale e parziale di spalla); il codice 81.56 (sostituzione di caviglia).  
E' opportuno associare il codice aggiuntivo 00.93, qualora si tratti di trapianto da donatore cadavere.



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

◆ **Vertebroplastica**

La procedura è identificata dal codice 81.65.

◆ **Cifoplastica**

La procedura è identificata dal codice 81.66.

◆ **Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine**

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

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

◆ **Interventi per ernia discale**

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

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

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

La distinzione tra condizioni congenite ed acquisite è indicata nell'indice alfabetico attraverso l'utilizzo di modificatori. Alcune condizioni sono congenite per definizione, altre sono sempre considerate acquisite; per altre non vi è alcuna distinzione.

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

L'età del paziente non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo XIV; le patologie descritte in tale capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età. Alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita. Inoltre, molte condizioni non possono essere risolte, permanendo per tutta la vita del paziente.

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

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



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

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

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

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

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

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

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

◆ **Infezioni neonatali (771)**

• **Sepsi del neonato (771.81)**

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

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

◆ **Codifica del neonato sano**

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

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

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



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

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

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

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

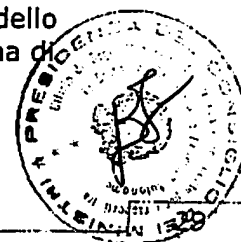
**Capitolo XVI – Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (780-799)**

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

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

◆ **Traumatismi cranici**

- Particolare attenzione va posta al corretto utilizzo dei codici che identificano i traumatismi cranici evitandone l'uso per i casi clinici in cui i traumatismi esterni non si accompagnano a sintomi o segni di interessamento cerebrale.
- Le fratture sono classificate secondo la sede nelle categorie 800-804. Il quarto carattere del codice indica se la frattura è aperta o chiusa, se è associata a trauma intracranico ed il tipo del trauma intracranico. Fa eccezione la categoria 802 per la quale il quarto ed il quinto carattere identificano la sede della frattura.
- I traumi intracranici non associati a frattura sono classificati con le categorie 850-854; il quarto carattere del codice indica il tipo di trauma e l'eventuale associazione con una ferita aperta.
- Per le categorie 800, 801, 803, 804 e 851-854 il quinto carattere del codice indica l'eventuale perdita di coscienza, la durata di tale perdita e se vi è il ritorno al preesistente stato di coscienza:
  - 0 - stato di coscienza non specificato
  - 1 - senza perdita di coscienza
  - 2 - con perdita di coscienza di durata <1h
  - 3 - con perdita di coscienza di durata compresa tra 1 e 24h
  - 4 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24h e recupero dello stato di coscienza preesistente
  - 5 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24h senza recupero dello stato di coscienza preesistente (paz. incosciente che muore prima di riacquistare la coscienza)





Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

- 6 - con perdita di coscienza di durata non specificata
- 9 - con stato commotivo non specificato.

- Per la categoria 850 "Concussione", l'informazione relativa allo stato di coscienza è riportata con diverse modalità nella quarta cifra.  
Nel solo caso di *breve* perdita di coscienza, occorre specificarne la durata con la quinta cifra (850.1\_).  
La sindrome post-commotiva (310.2) include una grande varietà di sintomi (mal di testa, vertigini, fatica, difficoltà di concentrazione, depressione, ansietà, apatia, palpitazioni cardiache), che talora durano poche settimane. Normalmente il codice 310.2 non viene assegnato in relazione al ricovero iniziale per il trattamento della concussione. Nei casi in cui il paziente viene trattato per sindrome post-commotiva entro 24-48 ore dall'evento traumatico, ove la concussione sia ancora presente si dovrà codificare la concussione stessa (850.\_) e non la sindrome post-commotiva.
- Nei casi in cui il trauma cranico sia ulteriormente descritto come lacerazione cerebrale o contusione cerebrale (851.8\_) o quando sia associato ad emorragia subdurale, subaracnoidea o ad altra emorragia intracranica o ad altra specifica condizione classificabile nelle categorie 851-854, non deve essere assegnato il codice della concussione.
- **I traumatismi esterni o superficiali** della faccia e del cuoio capelluto devono essere codificati secondo specifici codici, ad esempio quelli appartenenti alle categorie 910, 920, ecc.
- ♦ **SIRS da processi non infettivi (995.93, 995.94)**  
La sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) può svilupparsi in conseguenza di alcuni processi non infettivi come traumi, tumori maligni o pancreatiti. In questi casi occorre codificare per prima la patologia di base, seguita dal codice 995.93, in caso di SIRS senza disfunzione acuta di organo, o 995.94 se SIRS con disfunzione acuta di organo.
- ♦ **Complicazioni di cure mediche e chirurgiche (996-999)**  
Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, o a problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi, il codice relativo alla complicazione deve essere selezionato come diagnosi principale. Se la complicazione è classificata con i codici compresi fra 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo per specificarne la natura.
- ♦ **Complicazioni di trapianto di rene**  
Il codice 996.81 deve essere utilizzato per le complicazioni di trapianto di rene come "failure" o rigetto. Il codice non deve essere assegnato ai casi di malattia renale cronica nel post trapianto se non è documentata una stretta relazione con il trapianto.

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

- ♦ **Utilizzo dei codici V**
  - Si utilizzano per descrivere le circostanze diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

sanitarie, o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute del paziente.

- Possono essere utilizzati come diagnosi principale nei seguenti casi:
  - paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura (come, ad esempio, chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico); in questi casi, può essere indicata come diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse
  - pazienti ricoverati come donatori
  - persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche, o consulenza per indicare lo stato o l'osservazione di neonato.
- Possono essere utilizzati come diagnosi secondaria nei seguenti casi:
  - Per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che possono influenzare il trattamento del paziente ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma.

◆ **Ricerca dei codici V**

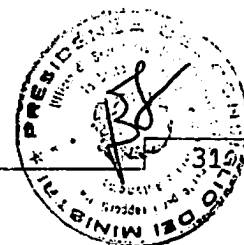
I codici V devono essere ricercati nell'indice alfabetico delle diagnosi utilizzando i seguenti termini principali: ammissione, esame, storia, osservazione, problema, screening, anamnesi, assistenza, controllo, sorveglianza, verifica, chemioterapia, ed altri.

◆ **Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura progressi**

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

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

- Le categorie V10 - V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti; i codici di tali categorie devono essere riportati, tra le diagnosi secondarie, solo quando tale condizione ha rivestito qualche significato nel corso dell'episodio di cura attuale. A tale regola possono far eccezione le situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno. Ad esempio, il codice V10.\_ può essere utilizzato come diagnosi principale nel caso di controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo, quali TAC, endoscopie, scintigrafie, ecc. Se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, riportare in diagnosi principale il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi.
- Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi (codici V42 e V43)  
Questi codici possono essere utilizzati in diagnosi principale solo per descrivere i ricoveri effettuati per terminare la convalescenza o per il follow up del paziente.



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema

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

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

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

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

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

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

◆ **Altro trattamento ortopedico ulteriore (V54)**

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

◆ **Trattamento di pazienti in dialisi (V56)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

Roma, 7<sup>o</sup> MAR 2010

IL FUNZIONARIO



CABINA DI REGIA DEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO  
SEDUTA DEL 9 LUGLIO 2008

**DOCUMENTO “Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)”**

Le seguenti indicazioni sono il risultato di un'attenta e puntuale ricognizione di aspetti critici nella compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), suscettibili di differenti interpretazioni da parte delle strutture coinvolte nella gestione degli archivi SDO. Sono in gran parte frutto del lavoro prodotto dal progetto “Mattoni del SSN”, mattone “Evoluzione del sistema DRG nazionale” e di una stretta collaborazione, già da tempo avviata, del Ministero della salute con le Regioni e Province Autonome.

Indicazioni sempre più specifiche risultano necessarie per uniformare la compilazione e la codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative relative al ricovero contenute nella SDO e per integrare alcuni aspetti non adeguatamente trattati nella normativa di riferimento.

**Le Regioni e Province Autonome sono invitate a divulgare ed implementare le seguenti indicazioni** presso tutti gli istituti di cura pubblici e privati presenti sul proprio territorio e a verificare, con le opportune modalità di controllo, il rispetto delle informazioni riportate.

Fermo restando quanto stabilito dal decreto ministeriale del 27 ottobre 2000, n. 380 “Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati”, nonché dalle istruzioni contenute nell'allegato disciplinare tecnico, le indicazioni qui fornite investono prevalentemente i campi anagrafici ed amministrativi del tracciato SDO, omettendo approfondimenti sulle informazioni cliniche, quali diagnosi ed interventi chirurgici/procedure, che saranno oggetto di specifiche linee guida e per le quali sono tuttora vigenti le regole stabilite dal DM n. 380/00 e dalle linee guida nazionali approvate con l'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002.

Tutti gli istituti di ricovero e cura presenti sul territorio nazionale, pubblici e privati, accreditati e non accreditati, sono tenuti alla compilazione della SDO per ciascuna dimissione effettuata.

Sono escluse le strutture di riabilitazione ex art.26 della Legge n. 833/1978 e le strutture socio-sanitarie residenziali di lungodegenza, per le quali non è prevista la compilazione dei modelli HSP del sistema informativo sanitario.

La normativa vigente prevede la trasmissione degli archivi semestrali SDO, da parte delle Regioni e Province Autonome al Ministero della salute, entro il 31 dicembre dell'anno per le dimissioni effettuate nel primo semestre ed entro il 30 giugno dell'anno seguente per le dimissioni relative al secondo semestre.

Nell'attesa di avviare le necessarie iniziative per intraprendere modifiche nelle modalità di trasmissione dei dati al Ministero, e considerata la disponibilità dei dati trimestrali a livello regionale, come indicato nel DM n. 380/00, **si raccomanda vivamente alle Regioni e Province Autonome di abbreviare di 3 mesi i tempi di trasmissione**, inviando il primo semestre dell'anno entro il 30 settembre dell'anno e il secondo semestre entro il 30 marzo dell'anno successivo.

Sempre in considerazione che saranno presto avviate iniziative per inserire, nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera, per i ricoveri programmati, la **data di prenotazione e la classe di priorità** secondo le modalità dell'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002, si raccomanda altresì alle Regioni e Province Autonome di provvedere ad integrare dette informazioni nei propri tracciati regionali. Per tali informazioni, ai fini di una lettura a tutto campo del fenomeno dei tempi di attesa, già l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento

e Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 al punto 7.1 "Monitoraggio di sistema" aveva previsto per le Regioni l'inserimento nella SDO dei 2 campi.

Si rammenta che la SDO costituisce una rappresentazione sintetica e fedele di quanto contenuto nella cartella clinica e che la normativa nazionale vigente prevede il controllo della congruenza tra le due fonti informative in un campione casuale di almeno il 2% dei ricoveri effettuati [art.88, comma 2, Legge n.388/2000].

### **Codice istituto**

Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP.11 e HSP.11/bis del Sistema Informativo Sanitario. Il codice è composto da 8 caratteri, dei quali i primi tre identificano la Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale (HSP.11), gli ultimi due costituiscono un eventuale ulteriore progressivo per individuare la singola struttura/stabilimento afferente al complesso ospedaliero (HSP.11/bis).

Si raccomanda di utilizzare solo i codici ad 8 cifre riportati nei modelli anagrafici HSP e, nel caso di istituti non organizzati in più strutture, gli ultimi due caratteri devono essere valorizzati con "00".

Per le strutture di ricovero non presenti nelle anagrafiche HSP, è necessario verificare che tali strutture svolgano effettivamente un'attività di ricovero ospedaliero e assicurarsi di censirle con uno specifico codice istituto utilizzando i modelli HSP.11 e HSP.11/bis.

I Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), reparti ospedalieri che afferiscono ai Dipartimenti di salute mentale (DSM), devono compilare le SDO utilizzando il codice della struttura ospedaliera in cui viene svolta l'attività di ricovero.

Particolare attenzione deve essere dedicata alla segnalazione di "esclusiva attività di riabilitazione" prevista nei modelli HSP.11 e HSP.11/bis, perché tale informazione viene utilizzata per determinare la tipologia di attività erogata dall'intera struttura. Quindi, nei casi in cui viene segnalata nei modelli HSP questa caratteristica della struttura, l'attività di "riabilitazione" è attribuita a tutti i ricoveri effettuati.

### **Comune di nascita**

Il comune di nascita individua il comune italiano, oppure lo Stato Estero, presso il quale il paziente è nato.

Se il paziente è nato in territorio italiano utilizzare il codice ISTAT a 6 caratteri, di cui i primi 3 individuano la provincia e i successivi 3 il progressivo del comune nell'ambito della provincia. Per i dimessi nati all'estero utilizzare il codice "999" al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT per l'anagrafe della popolazione.

Per i riferimenti alla codifica consultare la pagina web: <http://www.istat.it/strumenti/definizioni/>

### **Comune di residenza**

Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure lo Stato Estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

Se il paziente è residente in territorio italiano, come per il comune di nascita, utilizzare il codice ISTAT a 6 caratteri, per i dimessi residenti in Italia.

Per i dimessi residenti all'estero utilizzare il codice "999", seguito dal codice dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT per l'anagrafe della popolazione.

Per gli apolidi e senza fissa dimora utilizzare il codice "999", seguito dal codice "999".

Per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla Legge 15 maggio 1997, n. 127.

Per gli stranieri non residenti ma domiciliati, iscritti al SSN, va inserito il codice del comune di domicilio ed analogamente vanno inserite le relative informazioni sulla ASL e Regione di assistenza.

Non devono essere utilizzati i codici dei comuni cessati.

Per i riferimenti alla codifica consultare la pagina web: <http://www.istat.it/strumenti/definizioni/>

### **Cittadinanza**

Utilizzare il codice "100" per i dimessi con cittadinanza italiana; il codice a tre caratteri che identifichi lo Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT, per i dimessi con cittadinanza straniera.

Per gli apolidi e senza fissa dimora utilizzare il codice "999".

Per i riferimenti alla codifica consultare la pagina web: <http://www.istat.it/strumenti/definizioni/>

### **Codice sanitario individuale**

Il codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al SSN e per i residenti è costituito dal codice fiscale, composto da 16 caratteri.

Il codice fiscale da inserire nell'archivio SDO deve essere quello attribuito dal Ministero dell'Economia.

Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sul territorio italiano deve essere riportato il codice regionale con sigla STP (straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri.

Il codice fiscale può essere omesso per i neonati e nei casi previsti dalla normativa vigente (Legge 135 del 5 giugno 1990 per i casi di HIV e AIDS, Decreto 349 del 16 luglio 2001 per le donne che vogliono partorire in anonimato). Non deve comunque essere attribuito autonomamente mediante l'utilizzo di programmi informatici.

### **Data di nascita**

La data di nascita non deve essere successiva alla data del ricovero. La differenza tra la data di nascita e la data di dimissione non può essere superiore a 125 anni.

Per i neonati la data di nascita deve coincidere con la data di ricovero.

### **Azienda Sanitaria Locale di residenza**

Riportare il codice dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente.

Il codice deve corrispondere a quello inserito ed aggiornato nell'apposito modello FLS.11 del Sistema Informativo Sanitario.

### **Regime di ricovero ordinario**

Un ricovero ordinario riporta la data di ammissione o ricovero e la data di dimissione.

La prima può essere riferita al massimo ad un anno precedente l'anno di dimissione.

Le prestazioni chirurgiche che prevedono un solo pernottamento, la cosiddetta "one day surgery", devono essere indicate nella SDO come prestazioni in regime ordinario (codice regime di ricovero "1").

### **Regime di ricovero in day hospital e variabili correlate.**

Il day hospital costituisce una modalità di ricovero ospedaliero diurno ad accesso programmato da indicare con il codice "2".

Gli interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive effettuate in *day surgery*, ossia con ammissione e dimissione nello stesso giorno, rappresentano modalità di ricovero ospedaliero diurno ad accesso programmato, da indicare anche esse con il codice "2".

Il ricovero diurno è costituito da uno o più accessi (ciclo di contatti o accessi) durante i quali si effettuano prestazioni multidisciplinari e plurispecialistiche che richiedono una permanenza nella struttura ospedaliera nelle ore diurne e non sono configurabili con una normale prestazione ambulatoriale.

La SDO relativa deve comprendere l'intero ciclo diagnostico-terapeutico, specificando nell'apposito campo **Numero di giornate di presenza in ricovero diurno** il numero di accessi giornalieri effettuati.

Nel caso di day hospital la **Data di dimissione** corrisponde alla data dell'ultimo accesso alla struttura, a conclusione dell'intero ciclo assistenziale. Il 31 dicembre rappresenta comunque la data convenzionale per la chiusura della SDO in day hospital. Nell'eventualità quindi che il ciclo di accessi diurni non si concluda alla data del 31 dicembre, occorre comunque chiudere sia la cartella clinica che la corrispondente SDO entro il 31 dicembre dell'anno di rilevazione, per poi aprire una nuova cartella clinica ed una nuova SDO nell'anno successivo di rilevazione.

Il campo **traumatismi o intossicazioni** deve essere comunque omissso nel caso di ricovero in day hospital.

Ai fini della compilazione della SDO non è corretto sovrapporre più regimi di ricovero diversi tra loro (ordinario e day hospital e viceversa) all'interno della stessa struttura ospedaliera: per un paziente inserito in un percorso ospedaliero diurno e successiva necessità di ricorso alla degenza ordinaria nello stesso istituto, si dovrà procedere alla chiusura della SDO in ricovero diurno ed aprirne una nuova per la successiva degenza ordinaria.

Le SDO con modalità di ricovero diurno devono correttamente riportare il **Motivo del ricovero in regime diurno** utilizzando i seguenti codici:

- "1" – ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up), da utilizzare in caso di day hospital medico per fini diagnostici;
- "2" – ricovero diurno chirurgico (day surgery), da utilizzare in caso di interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive;
- "3" – ricovero diurno terapeutico, da utilizzare in caso di day hospital medico per fini terapeutici;
- "4" – ricovero diurno riabilitativo, da utilizzare in caso di day hospital a fini riabilitativi.

#### **Data di ricovero**

La data è costituita da 8 caratteri e tutti devono essere compilati, secondo il formato GGMMAAAA (ovvero DDMMYYYY). Essa rappresenta la data di ammissione o ricovero.

In caso di ricovero diurno va indicata la data del primo giorno del ciclo dei contatti con la struttura.

Nel caso di ricoveri programmati con preospedalizzazione, la data di ricovero deve comunque coincidere con la data di inizio della degenza ospedaliera.

Nel caso di nati nella struttura la data di ricovero coincide con la data di nascita.

#### **Onere della degenza**

Con onere della degenza si intende specificare su chi ricade l'onere di rimborso dei costi relativi al ricovero. A tal riguardo si rimanda alla codifica prevista nel disciplinare tecnico, allegato al decreto ministeriale 380/2000.

Se durante il ricovero cambia il soggetto su cui ricade l'onere della degenza, nella SDO sarà riportato il codice relativo all'onere della degenza alla dimissione del paziente.

Nei casi di seguito elencati si devono utilizzare i seguenti codici:

- "1" - Ricovero a totale carico del SSN; per i
  - cittadini italiani iscritti al S.S.N.;
  - lavoratori di diritto italiano residenti all'estero;
  - cittadino italiano iscritto all'AIRE, per urgenze, in assenza di polizza;
  - cittadini stranieri iscritti al S.S.N., in quanto aventi permesso di soggiorno che ne consente l'iscrizione volontaria;

- neonati figli di madri iscritte al SSN;
  - cittadini stranieri che nell'ambito dei progetti umanitari arrivano in Italia per cure medico-ospedaliere.
- “2” – Ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);
- “3” – Ricovero con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN;
- “4” - Ricovero senza oneri per il SSN; per i
- cittadini solventi
  - cittadini stranieri o italiani residenti all'estero con assicurazione personale stipulata nel paese di origine o di residenza o in Italia;
  - cittadini stranieri o italiani assicurati con Istituzioni Estere provenienti dai Paesi UE, SEE e Svizzera e Paesi convenzionati;
- “5” - Ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);
- “6” - Ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);
- “7” - Ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi U.E., SEE, Svizzera e Paesi convenzionati, in possesso degli attestati di diritto che consentono l'iscrizione al SSN;
- “8” - Ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza e per gli stranieri temporaneamente presenti con codice sanitario STP, per le prestazioni sanitarie individuate all'art.35, comma 3, del D.Lgs 286/98 (vedasi Circolare del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000, n. 5 per le prestazioni assicurate dal SSN);
- “A” - Ricovero a rimborso del Ministero dell'Interno di pazienti regolarmente soggiornanti che non corrispondono l'onere delle prestazioni in urgenza (vedasi Circolare del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000, n. 5 per le prestazioni assicurate dal SSN);
- “9” – Altro (ad esempio prestazioni richieste da altri enti come INAIL ai quali fatturare l'onere).

### **Provenienza del paziente**

Qualora il paziente acceda alla struttura su proposta della guardia medica (continuità assistenziale) utilizzare il codice “2” – “Paziente inviato all'istituto di cura con proposta del medico di base”.

Il codice utilizzato per la variabile “provenienza del paziente” deve essere coerente con il codice relativo al “tipo di ricovero”.

Ad esempio qualora il paziente acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico (codice provenienza “1”), allora deve trattarsi di ricovero urgente (codice tipo di ricovero “2”); se il ricovero è stato precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura (codice provenienza “3”), allora deve trattarsi di ricovero programmato, non urgente (codice tipo di ricovero “1”).

Utilizzare il codice “9” per ricoveri a pagamento in regime di libera professione, con onere a totale o parziale carico del paziente, secondo le disposizioni regionali che regolano la libera professione intra-moenia.

### **Tipo di ricovero**

Deve essere specificato, (programmato, urgente, etc.) in tutti i casi di ricovero ordinario. L'informazione può essere omessa per i neonati, dimessi a seguito dell'evento nascita.



Nel caso però di neonati, per i quali è necessario il trasferimento pressoché immediato ad altra struttura, a trasferimento avvenuto deve essere indicato il ricovero d'urgenza (codice tipo di ricovero "2") ed indicata la provenienza del paziente (codici "4" o "5" o "6").

Un ricovero con preospedalizzazione, con accertamenti pre-operatori, può essere identificato utilizzando il codice "4".- "Ricovero programmato con preospedalizzazione" Solo in tali casi possono essere riportate le procedure eseguite in data antecedente la data di ricovero.

Se il paziente accede tramite Pronto Soccorso il codice da utilizzare è "2" - "Ricovero urgente". In tal caso l'informazione relativa alla provenienza del paziente deve riportare il codice "1" - "Paziente che accede all'istituto senza proposta di ricovero formulata da un medico".

### **Traumatismi e intossicazioni**

Il campo traumatismi o intossicazioni deve essere compilato solamente in caso di ricovero in regime ordinario e le diagnosi, principali e/o secondarie, sono quelle relative al capitolo XVII – Traumatismi ed Avvelenamenti della Classificazione ICD-9-CM vigente (categorie 800-904 e 910-995).

Questa informazione deve essere indicata solamente nella SDO relativa al primo di eventuali successivi ricoveri per la cura del medesimo traumatismo.

Quindi se un paziente viene ricoverato per postumi di trauma, il campo traumatismi o intossicazioni non deve essere compilato e vanno utilizzati i codici relativi a postumi o sequele.

Si rimanda al disciplinare tecnico del decreto n. 380/00 per i codici da utilizzare per questa variabile.

### **Unità operativa di dimissione**

Indica l'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso a prescindere da dove viene inserito al momento del ricovero, oppure da eventuali trasferimenti interni.

I primi due caratteri devono riferirsi ad uno dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere previsti dalle tabelle di decodifica del SIS (vedasi DM 5 dicembre 2006 "Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie").

Il codice dell'unità operativa di dimissione deve inoltre trovare corrispondenza con i codici dei reparti dell'istituto di ricovero, rilevati dai modelli HSP.12, HSP.22/bis e HSP.13 del SIS e, nel caso di ricovero presso istituto privato, i primi due caratteri del codice devono corrispondere ad uno dei codici disciplina rilevati dal modello HSP.23.

### **Modalità di dimissione**

Il codice "9" - "Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata" deve essere utilizzata ogni qualvolta viene richiesta l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare o l'attivazione dei servizi territoriali quali ad esempio il Dipartimento di salute mentale, il Servizio per il recupero dei tossicodipendenti (SERT) o i centri di Neuropsichiatria Infantile.

La modalità di dimissione "protetta" deve essere indicata anche se il paziente viene dimesso presso la struttura extraospedaliera da cui proveniva prima dell'episodio di ricovero ospedaliero.

### **Peso alla nascita**

L'informazione va riportata solamente nella scheda del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita. Il peso va espresso in grammi ed il campo è composto da 4 caratteri. L'informazione deve essere coerente con eventuali codici delle diagnosi compresi nelle categorie 764-766, relativi a problemi di crescita fetale, prematurità, immaturità e postmaturità.