

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
DELLA
REGIONE LOMBARDIA

MILANO - VENERDÌ, 22 DICEMBRE 2000

5° SUPPLEMENTO STRAORDINARIO AL N. 51

S O M M A R I O

DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE 1 DICEMBRE 2000 – N. 7/2418	[3.2.0]
Linee guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche – Revisione 2000. Modifica della d.g.r. n. 6/34809 del 27 febbraio 1998 e d.d.g. Sanità n. 64001 del 6 luglio 1998	2

[BUR2000031]

[3.2.0]

D.G.R. 1 DICEMBRE 2000 - N. 7/2418**Linee guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche - Revisione 2000. Modifica della d.g.r. n. 6/34809 del 27 febbraio 1998 e d.d.g. Sanità n. 64001 del 6 luglio 1998****LA GIUNTA REGIONALE**

Visto il d.lgs. 502/92 art. 2 comma 2, art. 10 e successive modificazioni ed integrazioni;

Richiamato inoltre il d.m. Sanità 15 aprile 1994 art. 4 comma 1;

Viste le linee guida 1/95 per l'applicazione del d.m. Sanità 14 dicembre 1994, punto 6 (I controlli);

Richiamato il d.P.R. del 23 luglio 1998 «Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1998/2000» parte II, al punto in cui prevede «la definizione e attivazione di idonei e sistematici strumenti di controllo, da parte delle Regioni e delle Aziende Usl, del comportamento degli erogatori pubblici e privati, con particolare riguardo alla modificazione del mix di attività erogate, della selezione delle prestazioni, all'appropriatezza delle prestazioni rese e alla qualità dell'assistenza erogata»;

Rilevata la necessità di modificare il disciplinare tecnico allegato al d.d.g. n. 64001 del 6 luglio 1998, in considerazione dell'introduzione dal 1° gennaio 2000 della nuova scheda di Dimissione Ospedaliera ed in particolare dell'adozione della versione italiana dell'ICD-9-CM (International Classification of Diseases-9th revision Clinical Modification 1997), come da d.p.g.r. n. H/47640 del 24 novembre 1999 «Modifica della scheda regionale di dimissione ospedaliera prevista dall'art. 13 della l.r. 15 gennaio 1975, n. 5»;

Considerato che la Regione Lombardia, nell'ambito delle iniziative promosse per organizzare un efficace sistema di controlli riguardanti la qualità ed il costo dell'assistenza sanitaria, ha provveduto a costituire:

a) con d.d.g. Sanità n. 3906 del 18 febbraio 2000 il gruppo di lavoro per la revisione delle linee guida regionali per la corretta compilazione dei dati sanitari delle prestazioni di ricovero e di assistenza specialistica ambulatoriale, in ambito neurologico, neurochirurgico e neuroradiologico, avvalendosi anche di rappresentanti di strutture pubbliche, di strutture private e di società scientifiche;

b) con d.d.g. Sanità n. 50596 del 3 dicembre 1999 il gruppo di lavoro per l'individuazione di criteri ed indicatori nell'area riabilitativa al fine di adeguare le modalità di remunerazione delle prestazioni di ricovero;

c) con d.d.g. Sanità n. 50668 del 6 dicembre 1999 il gruppo di lavoro per la revisione delle linee guida regionali per la corretta compilazione dei dati sanitari delle prestazioni di ricovero e di assistenza specialistica ambulatoriale, in ambito cardiologico e cardiocirurgico, avvalendosi anche di rappresentanti di strutture pubbliche, di strutture private e di società scientifiche;

d) con d.d.g. Sanità n. 34202 del 6 luglio 1999 il gruppo di lavoro relativo alle problematiche delle prestazioni di ricovero e di assistenza specialistica ambulatoriale, in area pediatrica, avvalendosi anche di rappresentanti di strutture pubbliche, di strutture private e di società scientifiche;

Preso atto delle valutazioni e delle determinazioni assunte dai citati gruppi di lavoro la cui applicazione comporta la necessaria modifica della d.g.r. n. 34809 del 27 febbraio 1998 e d.d.g. Sanità n. 64001 del 6 luglio 1998;

Ritenuto pertanto opportuno approvare col presente atto le «Linee guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche - Revisione 2000»;

Rilevata la necessità di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della d.g. Sanità;

All'unanimità dei voti espressi nella forma di legge;

DELIBERA

1) di stabilire che le modalità per la corretta codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche, sono determinate nell'allegato disciplinare tecnico «Linee guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche - Revisione 2000», che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2) di approvare pertanto il suddetto disciplinare a modifica della d.g.r. n. 34809 del 27 febbraio 1998 e del d.d.g. Sanità n. 64001 del 6 luglio 1998;

3) di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della d.g. Sanità.

Il segretario: Sala

_____ • _____

ALLEGATO

REGIONE LOMBARDIA**DIREZIONE GENERALE SANITÀ**

Unità Organizzativa
Remunerazione delle prestazioni sanitarie
e flussi informativi

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

Revisione 2000

INDICE

Premessa
Neurologia, neurochirurgia e neuroradiologia
Cardiologia e cardiocirurgia
Area pediatrica
Riabilitazione
Nefrologia
Problematiche varie

PREMESSA

L'introduzione in Lombardia del nuovo sistema di classificazione (Versione italiana dell'ICD-9-CM 1997) dei dati sanitari della Scheda di Dimissione Ospedaliera (d.p.g.r. n. H/47640 del 24 novembre 1999) ha permesso di aggiornare e perfezionare le indicazioni per la corretta selezione e codifica delle diagnosi e delle procedure (d.d.g. Sanità del 28 febbraio 2000) ed impone pertanto la revisione di quanto determinato con d.g.r. n. 6/34809 del 27 febbraio 1998 e d.d.g. Sanità n. 64001 del 6 luglio 1998.

Queste linee guida, oltre che rivedere le modalità di codifica per le aree disciplinari già affrontate e per le quali sono stati costituiti appositi gruppi di lavoro, forniscono indicazioni di codifica per alcune «situazioni cliniche» particolarmente problematiche e di frequente occorrenza, come rilevato dal monitoraggio del flusso informativo della SDO.

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

Si ribadisce inoltre che il presente documento non sostituisce, ma completa il corretto utilizzo del manuale di codifica «Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche» Versione italiana della ICD-9-CM, 1997.

NEUROLOGIA, NEUROCHIRURGIA
 E NEURORADIOLOGIA

Gruppo di lavoro istituito con d.d.g. n. 3906 del 18/2/2000

NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Tumori maligni dell'encefalo (incl. linfoma primitivo cerebrale): encefalo, eccetto lobi e ventricoli lobo frontale lobo temporale lobo parietale lobo occipitale ventricoli cervelletto+angolo pontocerebellare tronco encefalo altre parti e sedi sconfinanti il cui punto di origine non può essere determinato (corpo calloso, ecc.)	<ul style="list-style-type: none"> • 191.0 • 191.1 • 191.2 • 191.3 • 191.4 • 191.5 • 191.6 • 191.7 • 191.8
Tumori maligni di altre e non specificate parti del SN e strutture connesse: nervi cranici+bulbo olfattorio meningi cerebrali (incl. tentorio e falce) midollo spinale e cauda equina meningi spinali altre sedi specificate del SNC ipofisi, sella turcica e dotto craniofaringeo/tasca di Rathke ghiandola pineale glomo carotideo glomo aortico ed altri paragangli	<ul style="list-style-type: none"> • 192.0 • 192.1 • 192.2 • 192.3 • 192.8 • 194.3 • 194.4 • 194.5 • 194.6
Tumori maligni dei nervi e gangli periferici del sistema simpatico e parasimpatico	<ul style="list-style-type: none"> • 171. – (la 4^a cifra identifica la sede)
Tumori maligni secondari (metastasi): encefalo e midollo spinale altre parti del SN (meningi cerebrali o spinali) altre sedi specificate	<ul style="list-style-type: none"> • 198.3 • 198.4 • 198.89
Tumori benigni dell'encefalo e delle altre parti del SN e strutture connesse: encefalo nervi cranici meningi cerebrali midollo spinale e cauda equina meningi spinali altre sedi specificate del SN ipofisi e dotto craniofaringeo ghiandola pineale glomo carotideo glomo aortico ed altri paragangli	<ul style="list-style-type: none"> • 225.0 • 225.1 • 225.2 • 225.3 • 225.4 • 225.8 • 227.3 • 227.4 • 227.5 • 227.6
Tumori benigni dei nervi e gangli periferici del sistema simpatico e parasimpatico	<ul style="list-style-type: none"> • 215. – (la 4^a cifra identifica la sede)
Tumori di comportamento incerto: ipofisi e dotto craniofaringeo ghiandola pineale paragangli encefalo e midollo spinale meningi cerebrali e spinali neurofibromatosi (non specificata, malattia di Von Recklinghausen tipo I e tipo II) di altre e non specificate parti del SN (nervi cranici)	<ul style="list-style-type: none"> • 237.0 • 237.1 • 237.3 • 237.5 • 237.6 • 237.7- • 237.9
Tumori di comportamento incerto dei nervi e gangli periferici del sistema simpatico e parasimpatico	<ul style="list-style-type: none"> • 238.1
Tumori di natura non specificata: nervi e gangli periferici del sistema simpatico e parasimpatico encefalo meningi cerebrali e nervi cranici, midollo spinale ed altre parti del SN	<ul style="list-style-type: none"> • 239.2 • 239.6 • 239.7
Angioma cerebrale	<ul style="list-style-type: none"> • 228.02

DEMENZE

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Ricovero di inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> • 331.0 oppure • 331.1 oppure • 331.2 se non è possibile porre una delle diagnosi precedenti

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Ricovero assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> • 290.0 oppure • 290.1 – oppure • 290.2 – oppure • 290.3
Esito di ischemia o emorragia cerebrale con comparsa di decadimento cognitivo ed eventuali altre sequele	<ul style="list-style-type: none"> • 438 (come I diagnosi) 290.4 (come II diagnosi)
Demenza multiinfartuale	<ul style="list-style-type: none"> • 290.4 (come I diagnosi) 437.0 (come II diagnosi)
Postumi di trauma cranico con comparsa di decadimento cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • 905.0 se con frattura • 907.0 se senza frattura 294.1 (come II diagnosi)
Ricovero per motivi familiari o sociali di pazienti con demenza	<ul style="list-style-type: none"> • da V60. – a V63. – (come I diagnosi) 331.0 o .1 o .2 (come II diagnosi)

MALATTIE MITOCONDRIALI

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Encefalomiopatie mitocondriali: Kearns-Sayre MERRF (Myoclonus Epilepsy with Ragged Red Fibers) MELAS (Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis, Stroke like episodes) NARP (Neuropathy, Ataxia, Retinitis Pigmentosa)	<ul style="list-style-type: none"> • 277.8 (come I dia.) 331.7 (come II dia.)
Oftalmoplegia progressiva esterna	<ul style="list-style-type: none"> • 378.72
Atrofia ottica di Leber	<ul style="list-style-type: none"> • 377.16

MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Morbo di Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • 332.0
Parkinsonismo secondario (compreso quello da farmaci)	<ul style="list-style-type: none"> • 332.1
Altre malattie extrapiramidali e disturbi con movimenti anomali: malattia di Hallervorden-Spatz degenerazione pigmentata del pallido OPCA (atrofia olivopontocerebellare) degenerazione striato-nigra sindrome di Shy-Drager PSP (paralisi sopranucleare progressiva) atrofia multisistemica	<ul style="list-style-type: none"> • 333.0
Sindrome dell'«uomo rigido» Sindrome delle «gambe senza riposo»	<ul style="list-style-type: none"> • 333.91 • 333.99
Tremore essenziale ed altre forme specificate di tremore	<ul style="list-style-type: none"> • 333.1
Tremore SAI Tic Salaam	<ul style="list-style-type: none"> • 781.0
Mioclono: essenziale/familiare epilessia mioclonica progressiva (malattia di Unverricht-Lundborg, Lafora)	<ul style="list-style-type: none"> • 333.2
Tics di origine organica non di origine organica: transitorio dell'infanzia cronico motorio non specificato	<ul style="list-style-type: none"> • 333.3 • 307.21 • 307.22 • 307.20
Distonia di torsione frammentaria: blefarospasmo torcicollo spasmodico crampo dello scrivano su base organica altre distonie focali	<ul style="list-style-type: none"> • 333.81 • 333.83 • 333.84 • 333.89
Sindrome di Gilles de la Tourette	<ul style="list-style-type: none"> • 307.23

MALATTIE CEREBELLARI E SPINOCEREBELLARI

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Atassia spinocerebellare, atassia prevalentemente spinale, ad esordio giovanile , autosomica recessiva (Harding AE) Atassia di Friedreich Atassia di Friedreich ad esordio giovanile	<ul style="list-style-type: none"> • 334.0

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Atassie corticali cerebellari, ad esordio tardivo , prevalentemente autosomiche dominanti (degenerazione corticale primaria) Atrofia cerebellare corticale familiare Atassia cerebellare ad esordio tardivo Atassia cerebellare autosomica dominante (ADCA tipo II e tipo III)	• 334.2
Atassia cerebellare complicata, ad esordio tardivo ADCA tipo I o OPCA Machado Joseph Azorean	• 333.0
Altre atassie cerebellari: atassia cerebellare in tossicità da farmaci, solventi, metalli, agenti fisici	• 334.3 (come I diagnosi) 995.2 (come II diagnosi)
Atassia cerebellare in mal. classificate altrove: infezioni ad esordio acuto-subacuto, alcolismo, malattie vascolari, carenziali, etc.	• codice malattia di base (come I diagnosi) 334.4 (come II diagnosi)
Altre malattie spinocerebellari	• 334.8

MALATTIA DEL MOTONEURONE

Situazione clinica	Codice ICD9CM
I e II motoneurone: malattia del motoneurone (SLA) SLA familiare	• 335.20
I motoneurone: paraplegia spastica ereditaria sclerosi laterale primaria	• 334.1 • 335.24
II motoneurone: atrofia muscolare spinale tipo I atrofia muscolare spinale tipo II atrofia muscolare spinale tipo III paralisi bulbare progressiva atrofia muscolare progressiva atrofia focale o monomelica ed altre malattie del motoneurone	• 335.0 • 335.11 • 335.19 • 335.22 • 335.21 • 335.29

EPILESSIE

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Epilessia e sindromi epilettiche generalizzate non convulsive: idiopatica piccolo male epilessia mioclonica benigna infantile picnolessia assenze atoniche crisi acinetiche-atoniche epilessia con assenze giovanile (piccolo male impulsivo) epilessia con assenze miocloniche crisi mioclono-astatiche sindrome di Lennox-Gastaut encefalopatia sintomatica mioclonica precoce sindrome di West crisi epilettiche non specifiche	• 345.0- (5ª cifra «.1» senza menzione di epilessia non trattabile; «2» con epilessia non trattabile)
Epilessia generalizzata convulsiva: epilessia con convulsioni generalizzate al risveglio grande male crisi cloniche crisi toniche e tonico-cloniche	• 345.1- (5ª cifra «.1» senza menzione di epilessia non trattabile; «2» con epilessia non trattabile)
Stato di male, epilettico: piccolo male grande male parziale continuo, parziale complesso, epilessia parziale continua (Kojevnikov)	• 345.2 • 345.3 • 345.7- (5ª cifra «.1» senza menzione di epilessia non trattabile; «2» con epilessia non trattabile)
Epilessia parziale, con alterazione della coscienza: crisi Jacksoniane crisi parziali secondariamente generalizzate crisi parziali complesse	• 345.4- (5ª cifra «.1» senza menzione di epilessia non trattabile; «2» con epilessia non trattabile)

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Epilessia parziale, senza menzione di alterazione della coscienza: epilessia con crisi ad esordio focale epilessia benigna dell'infanzia a parossismi rolandici epilessia infantile con parossismi occipitali crisi parziali semplici crisi senza alterazione della coscienza	• 345.5- (5ª cifra «.1» senza menzione di epilessia non trattabile; «2» con epilessia non trattabile)
Spasmi infantili: attacchi di Salaam	• 345.6- (5ª cifra «.1» senza menzione di epilessia non trattabile; «2» con epilessia non trattabile)
Epilessia gelastica	• 345.8- (5ª cifra «.1» senza menzione di epilessia non trattabile; «2» con epilessia non trattabile)
Epilessia e alcolismo: singola crisi in intossicazione acuta (episodica) crisi in corso di astinenza da alcool epilessia nell'alcolismo	• 305.02 (come I diagnosi) 780.3 (come II diagnosi) • 291.81 (come I diagnosi) 780.3 (come II diagnosi) • 303. – (come I diagnosi) 345. – (come II diagnosi)
Crisi convulsiva singola, senza somministrazione di terapia	• 780.3
Epilessia sintomatica	• codificare per I la patologia di base 345. – (come II diagnosi)
Epilessia mioclonica progressiva (Unverricht-Lundborg, Lafora)	• 333.2

CEFALEE

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Cefalea inquadrabile nella categoria «emicrania» sia essa episodica o cronica: emicrania classica, con aura, preceduta o accompagnata da fenomeni neurologici focali temporanei emicrania comune, atipica varianti dell'emicrania, neuralgia di Horton, cefalea a grappolo altre forme di emicrania, emiplegica oftalmoplegica	• 346.0- (la 5ª cifra «.1» senza menzione di emicrania non trattabile; «2» con emicrania non trattabile) • 346.1- (la 5ª cifra «.1» senza menzione di emicrania non trattabile; «2» con emicrania non trattabile) • 346.2- (la 5ª cifra «.1» senza menzione di emicrania non trattabile; «2» con emicrania non trattabile) • 346.8- (la 5ª cifra «.1» senza menzione di emicrania non trattabile; «2» con emicrania non trattabile)
Algie facciali atipiche	• 350.2
Cefalea inquadrabile nella sottocategoria «cefalea tensiva» sia essa episodica o cronica	• 307.81
Paziente cefalgico ricoverato per abuso o cattivo uso di farmaci analgesici (secondo DSMIII-R)	• 305.9 – (come I diagnosi) 346. – se cefalea già diagnosticata, di tipo «emicranico» o 307.81 se cefalea già diagnosticata, di tipo «tensivo» (come II diagnosi)
Paziente cefalgico ricoverato per dipendenza da farmaci analgesici (secondo DSMIII-R)	• 304.9 – (come I diagnosi) 346. – se cefalea già diagnosticata, di tipo «emicranico» o 307.81 se cefalea già diagnosticata, di tipo «tensivo» (come II diagnosi)

PATOLOGIA DEI NERVI CRANICI (*)
(esclusa la patologia traumatica, cod. 950. – per il nervo ottico e cod. 951. – per gli altri nervi e gli esiti di traumatismi cod. 907.1)

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Disturbi del I nervo cranico (olfattorio)	• 352.0
Disturbi del II nervo cranico (ottico): atrofia ottica papillite ottica nevrite retrobulbare (acuta)	• 377.1- • 377.31 • 377.32
Disturbi del III, IV e VI nervo cranico (oculomotori): strabismo paralitico	• 378.5-
Disturbi del V nervo cranico (trigemino): nevralgia post-erpetica nevralgia trigeminale algie facciali atipiche altri specificati disturbi trigeminali	• 053.12 • 350.1 • 350.2 • 350.8
Disturbi del VII nervo cranico (facciale): paresi o paralisi facciale di Bell gangliolite genicolata (escl. quella erpetica cod. 053.11) altri disturbi del nervo facciale (Sindromi di Melkersson-Rosenthal, miocimia e spasmo facciale)	• 351.0 • 351.1 • 351.8
Disturbi dell'VIII nervo cranico (*) (componente acustica)	• 388.5
Disturbi del IX nervo cranico (glossofaringeo): nevralgia del glossofaringeo altri disturbi del nervo glossofaringeo	• 352.1 • 352.2
Disturbi del X nervo cranico (vago)	• 352.3
Disturbi dell'XI nervo cranico (accessorio)	• 352.4
Disturbi del XII nervo cranico (ipoglosso)	• 352.5
Paralisi multipla dei nervi cranici (Sindrome di Collet-Sicard, polinevrite craniale [non la Sindrome di Miller-Fisher, variante di GBS, cod. 357.0])	• 352.6

(*) Per la componente vestibolare vedi «Vertigini».

MONONEUROPATIE DEGLI ARTI
(esclusa la patologia traumatica codd. 955. – e 956. – e gli esiti di lesioni traumatiche codd. 907.4 e .5)

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Sindrome del tunnel carpale	• 354.0
Altre lesioni del nervo mediano	• 354.1
Lesioni del nervo ulnare	• 354.2
Lesioni del nervo radiale	• 354.3
Causalgia dell'arto superiore	• 354.4
Mononevrite multipla (incl. anche le forme multiple che coinvolgono l'arto inferiore)	• 354.5
Altre mononeuropatie dell'arto superiore	• 354.8
Lesioni del nervo sciatico	• 355.0
Meralgia parestetica	• 355.1
Lesione del nervo femorale	• 355.2
Lesione dello SPE (nervo peroneo)	• 355.3
Lesione dello SPI (nervo tibiale post.)	• 355.4
Sindrome del tunnel tarsale	• 355.5
Lesione del nervo plantare: metatarsalgia di Morton neuroma interdigitale	• 355.6
Causalgia dell'arto inferiore	• 355.71

NEUROPATIE PERIFERICHE EREDITARIE ED IDIOPATICHE

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Malattia di Charcot-Marie-Tooth nelle diverse varianti	• 356.1
Neuropatie sensitive ereditarie (HSN 1 e 2)	• 356.2
Malattia di Refsum	• 356.3
Altre neuropatie periferiche ereditarie: malattia di Déjérine-Sottas	• 356.0
Polineuropatia progressiva idiopatica Neuropatia assonale cronica idiopatica	• 356.4

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Neuropatia idiopatica periferica del SNA	• 337.0
Disautonomia familiare (HAN) Sindrome Riley-Day (HSAN)	• 742.8

NEUROPATIE INFIAMMATORIE E TOSSICHE

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Sindrome di Guillain-Barré Poliradiculonevrite post-infettiva (incl. variante di Miller-Fisher)	• 357.0
Polineuropatia in corso di collagenopatie con interessamento vasculitico: LES, artrite reumatoide, poliarterite nodosa	• codice malattia di base (come I diagnosi) 357.1 (come II diagnosi)
Polineuropatia in diabete	• 250.6 (come I diagnosi) 357.2 (come II diagnosi)
Polineuropatia in tumori maligni	• cod. tumore (come I diagnosi) 357.3 (come II diagnosi)
Polineuropatia in altre malattie classificate altrove: amiloidosi, sarcoidosi, ipoglicemia, ecc. Malattia di Lyme MGUS (gammopatia monoclonale) Crioglobulinemia	• codice malattia sottostante (come I diagnosi) 357.4 (come II diagnosi) • 088.81 (come I diagnosi) 357.4 (come II diagnosi) • 273.1 (come I diagnosi) 357.4 (come II diagnosi) • 273.2 (come I diagnosi) 357.4 (come II diagnosi)
Polineuropatia alcolica	• 357.5
Polineuropatia da farmaci	• 357.6
Polineuropatia da altri agenti tossici	• 357.7
Altre neuropatie infiammatorie e tossiche: polineuropatia cronica infiammatoria demielinizzante (CIDP) polineuropatia della «critical illness» polineuropatia a blocchi multipli (MMCB)	• 357.8

MIOPATIE

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Malattie neuromuscolari: miastenia grave sindrome miastenica in malattie classificate altrove (amiotrofia, S. Eaton-Lambert): botulismo, diabete mellito, tumori maligni, ecc. disturbi neuromuscolari da agenti tossici miastenia ereditaria	• 358.0 • codice malattia di base (come I diagnosi) • 358.1 (come II diagnosi) • 358.2 • 358.8
Miopia congenita ereditaria: distrofia muscolare congenita miopia central core miopia minicore miopia multicore miopia miotubulare (centronucleare) miopia nemalinica ed altre	• 359.0
Distrofia muscolare progressiva ereditaria: malattia di Duchenne malattia di Becker malattia di Emery Dreifuss autosomica recessiva infantile ed altre	• 359.1
Disturbi miotonici: malattia di Steinert miotonia (condrodistrofica, da farmaci, sintomatica) miotonia congenita dominante (Mal. Di Thomsen) miotonia congenita recessiva paramiotonia congenita pseudomiopia neuromiotonia altri disturbi miotonici	• 359.2
Paralisi periodica familiare: iperkaliemica ipokaliemica normokaliemica	• 359.3
Miopia da agenti tossici	• 359.4

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Miopia in malattie endocrine classificate altrove: mal. di Addison, S. di Cushing, tireotossicosi, ecc.	• codice malattia di base (come I diagnosi) 359.5 (come II diagnosi)
Miopia infiammatoria sintomatica in malattie classificate altrove: amiloidosi, LES, artrite reumatoide, ecc.	• codice malattia di base (come I diagnosi) 359.6 (come II diagnosi)
Dermatomiosite	• 710.3
Polimiosite	• 710.4
IperCPKemia (in assenza di altra sintomatologia)	• V80.0 (come I diagnosi) 790.5 (come II diagnosi)

VERTIGINI

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Vertigini di origine centrale	• 386.2 (come I diagnosi), se non rientra nel quadro di una patologia predominante
Vertigini periferiche	• 386.1-
Vertigine post-traumatica acuta, funzionale	• 310.2 (come I diagnosi) 780.4 (come II diagnosi)
Vertigine post-traumatica acuta, conseguente a frattura del basicranio	• 801.0 - (come I diagnosi) 951.5 (come II diagnosi) 386.1 - (come III diagnosi)
Vertigine post-traumatica acuta, conseguente a lesione dell'VIII in assenza di frattura	• 951.5 (come I diagnosi) 386.19 (come II diagnosi)
Vertigine post-traumatica cronica, conseguente a frattura del basicranio e lesione dell'VIII	• 905.0 (come I diagnosi) 907.1 (come II diagnosi) 386.19
Vertigine post-traumatica cronica, conseguente a lesione dell'VIII in assenza di frattura del basicranio	• 907.1 (come I diagnosi) 386.19 (come II diagnosi)
Vertigine tossica labirintica	• 386.34 (come I diagnosi) 909.0 o. 1 (come II diagnosi)
Vertigine tossica dell'VIII	• 388.5 (come I diagnosi) 909.0 o. 1 (come II diagnosi)

PATOLOGIE DELLA COLONNA, MIDOLLO, RADICI E PLESSI

(esclusa la patologia traumatica cod. 953. - e gli esiti di traumatismi cod. 907.3)

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Ernia discale senza mielopatia: (1) cervicale lombare dorsale	• 722.0 • 722.10 • 722.11
Spondilosi senza mielopatia: cervicale dorsale lombare	• 721.0 • 721.2 • 721.3
Mielopatia in ernia discale: (1) cervicale dorsale lombare	• 722.71 • 722.72 • 722.73
Stenosi del canale vertebrale: cervicale dorsale lombare in presenza di mielopatia	• 723.0 • 724.01 • 724.02 336.3 (come II diagnosi)
Stenosi del canale vertebrale, da spondilosi con mielopatia: cervicale dorsale lombare	• 721.1 • 721.41 • 721.42
Sindromi dolorose del rachide: cervicale dorsale lombare sacrale (escl. sacroileite cod. 720.2) coccigea	• 723.1 • 724.1 • 724.2 • 724.6 • 724.7-
Sindromi radicolari non lesionali: cervicocraniale cervicobrachiale neurite o radicolite brachiale sciatica neurite o radicolite dorso o lombosacrale	• 723.2 • 723.3 • 723.4 • 724.3 • 724.4

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Sindromi lesionali delle radici e dei plessi nervosi: plesso brachiale plesso lombosacrale radici cervicali radici toraciche radici lombosacrali amiotrofia nevralgica	• 353.0 • 353.1 • 353.2 • 353.3 • 353.4 • 353.5
Sindrome dell'arto fantasma	• 353.6
Sindrome post-laminectomia	• 722.8 - (la 5ª cifra identifica la sede)
Discite: spontanea	• 722.9 - (come I diagnosi) (la 5ª cifra identifica la sede) 041.1 - (come II diagnosi il codice di infezione da stafilococco, se presente)
TBC della colonna vertebrale	• 015.0 - (come I diagnosi) 722.9 - (come II diagnosi)
post-operatoria	• 998.59 (come I diagnosi) 722.9 - (come II diagnosi)
Siringomielia e siringobulbia	• 336.0
Mielopatie vascolari	• 336.1
Degenerazione combinata subacuta del midollo spinale in malattie classificate altrove	• codice malattia di base (come I diagnosi) 336.2 (come II diagnosi)
Sindrome della cauda equina: senza vescica neurologica con vescica neurologica	• 344.60 • 344.61
Claudicatio midollare	• 435.1

Nota: (1) In caso di danno radicolare in ernia del disco intervertebrale, con asportazione, si devono utilizzare i seguenti codici:

cod. 722.0 o 722.10 o 722.11 a seconda della sede ed in assenza di

mielopatia

cod. 722.71 o 722.72 o 722.73 a seconda della sede e con mielopatia

e non il cod. 353. - (la 4ª cifra identifica la sede)

per l'intervento cod. 80.51 asportazione di disco intervertebrale.

PATOLOGIA CEREBROVASCOLARE

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Emorragie cerebrali: 1 subaracnoidea intraparenchimale subdurale (non traumatica)	• 430 • 431 • 432.1
Infarto cerebrale con occlusione e stenosi delle arterie precerebrali: arteria basilare carotide arteria vertebrale multiple e bilaterali delle arterie precerebrali altre arterie precerebrali specificate arteria precerebrale non specificata	• 433.01 • 433.11 • 433.21 • 433.31 • 433.81 • 433.91
Infarto cerebrale con occlusione delle arterie cerebrali: trombosi cerebrale embolia cerebrale arteria cerebrale non specificata (incluso infarto lacunare)	• 434.01 • 434.11 • 434.91
Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali, senza infarto cerebrale (in paziente asintomatico): arteria basilare carotide arteria vertebrale multiple e bilaterali delle arterie precerebrali altre arterie precerebrali specificate arteria precerebrale non specificata	• 433.00 • 433.10 • 433.20 • 433.30 • 433.80 • 433.90
Occlusione delle arterie cerebrali, senza infarto cerebrale (in paziente asintomatico): trombosi cerebrale embolia cerebrale arteria cerebrale non specificata	• 434.00 • 434.10 • 434.90

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Ischemia cerebrale transitoria (2)	• 435. - (la 4ª cifra identifica la sede)
Amaurosis fugax	• 362.34
Ictus di natura non specificata (non noto se ischemico o emorragico)	• 436
Postumi di malattie cerebrovascolari (3)	• 438 (per tutte le condizioni classificate da 430 a 434. - e 436, qualora identificabili come postumi)
Encefalopatia multi-infartuale (postumo)	• 438 (codificare anche la sequela)
Encefalopatia ipertensiva	• 437.2
Arterite cerebrale	• 437.4
Tromboflebite dei seni durali	• 437.6
Drop-attack (4)	• 437.8
Stato lacunare	• 437.8
Amnesia globale transitoria	• 437.7
Aneurisma cerebrale senza rottura	• 437.3
MAV senza rottura: cerebrale vasi spinali	• 747.81 • 747.82

- Note:
- (1) Utilizzare il cod. 286.5 come diagnosi secondaria quando l'emorragia è da considerare iatrogena in seguito alla somministrazione di anticoagulanti
 - (2) Il cod. 435. - non è da utilizzare nei seguenti casi:
 - drop attack
 - amnesia globale transitoria
 - stati vertiginosi transitori puriciò in considerazione dell'incertezza sul meccanismo patogenetico
 - (3) Utilizzare il cod. 438 quando il paziente presenta sintomi stabilizzati, esaurita la fase acuta dell'evento cerebrovascolare, senza limiti di tempo; si consiglia di codificare anche la sequela
 - (4) Pur non essendo univocamente interpretabile come sindrome vascolare, è sconsigliabile l'uso del cod. 781.4 (paralisi transitorie degli arti).

TRAUMI CRANICI

La codifica dei traumatismi cranici secondo il sistema ICD-9-CM segue due principi:

- Indicazione dello stato di coscienza
Per tutti i codici di trauma cranico l'ultima cifra specifica il livello di coscienza del paziente:
0 = stato di coscienza non specificato
1 = senza perdita di coscienza
2 = con perdita di coscienza di durata < 1 ora
3 = con perdita di coscienza di durata compresa fra 1 e 24 ore
4 = con perdita di coscienza di durata superiore alle 24 ore e recupero dello stato di coscienza pre-esistente
5 = con perdita di coscienza di durata superiore alle 24 ore senza recupero dello stato di coscienza pre-esistente
6 = con perdita di coscienza di durata non specificata
9 = con stato commotivo, non specificato

- Presenza/assenza di frattura cranica
Per i traumi fratturativi si utilizzeranno le categorie da 800 a 804 (a seconda della sede), indicando con l'uso appropriato della 4ª cifra le altre caratteristiche della lesione presente (se la frattura è esposta o chiusa, se è presente un trauma intracranico associato e di quale tipo); fa eccezione il codice 802.-, per il quale la 4ª e la 5ª cifra specificano la sede della frattura.
Per i traumi non fratturativi (intracranici) si utilizzeranno le categorie da 851 a 854, selezionando con la 4ª cifra le altre caratteristiche della lesione presente (tipologia, se è associata ad una ferita intracranica esposta, sede della lesione intracranica).

La categoria 850, che non prevede la 5ª cifra, utilizzerà la 4ª e ultima cifra per la definizione dello stato di coscienza.

TRAUMI CRANICI FRATTURATIVI

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Traumi fratturativi chiusi senza traumatismo intracranico: frattura della volta cranica frattura della base cranica altre e non specificate fratture del cranio fratture multiple	• 800.0- • 801.0- • 803.0- • 804.0-
Traumi fratturativi chiusi con traumatismo intracranico associato: volta, con lacerazione/contusione cerebrale volta, con ESA o emorr. subdurale/extradurale volta, con altra emorragia intracranica volta, con altro traumatismo intracranico base, con lacerazione/contusione cerebrale base, con ESA o emorr. subdurale/extradurale base, con altra emorragia intracranica base, con altro traumatismo intracranico altre, con lacerazione/contusione cerebrale altre, con ESA o emorr. subdurale/extradurale altre, con altra emorragia intracranica altre, con altro traumatismo intracranico multiple, con lacerazione/contusione cerebrale multiple, con ESA o emorr. subdurale/extradurale multiple, con altra emorragia intracranica multiple, con altro traumatismo intracranico	• 800.1- • 800.2- • 800.3- • 800.4- • 801.1- • 801.2- • 801.3- • 801.4- • 803.1- • 803.2- • 803.3- • 803.4- • 804.1- • 804.2- • 804.3- • 804.4-
Traumi fratturativi esposti senza traumatismo intracranico: frattura della volta cranica frattura della base altre e non specificate fratture del cranio fratture multiple	• 800.5- • 801.5- • 803.5- • 804.5-
Traumi fratturativi esposti con traumatismo intracranico associato: volta, con lacerazione/contusione cerebrale volta, con ESA o emorr. subdurale/extradurale volta, con altra emorragia intracranica volta, con altro traumatismo intracranico base, con lacerazione/contusione cerebrale base, con ESA o emorr. subdurale/extradurale base, con altra emorragia intracranica base, con altro traumatismo intracranico altre, con lacerazione/contusione cerebrale altre, con ESA o emorr. subdurale/extradurale altre, con altra emorragia intracranica altre, con altro traumatismo intracranico multiple, con lacerazione/contusione cerebrale multiple, con ESA o emorr. subdurale/extradurale multiple, con altra emorragia intracranica multiple, con altro traumatismo intracranico	• 800.6- • 800.7- • 800.8- • 800.9- • 801.6- • 801.7- • 801.8- • 801.9- • 803.6- • 803.7- • 803.8- • 803.9- • 804.6- • 804.7- • 804.8- • 804.9-

TRAUMI CRANICI NON FRATTURATIVI (INTRACRANICI)

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Trauma cranico senza commozione né segni/sintomi di interessamento cerebrale (la maggior parte dei traumatismi): in caso di contusione delle parti molli in caso di abrasione dei tegumenti in caso di ferita della testa	• 920 • 910.- • 873.0 oppure 873.1
Concussione (incl. commozione cerebrale): con confusione mentale o disorientamento con perdita di coscienza	• 850.0 • 850. - (con 4ª cifra da 1 a 5 a seconda della durata di perdita di coscienza)
Lacerazione e contusione cerebrale: (1) contusione, senza ferita intracranica esposta contusione, con ferita intracranica esposta (2) lacerazione, senza ferita intracranica esposta lacerazione, con ferita intracranica esposta	• 851.0- • 851.1- • 851.2- • 851.3-
Lacerazione e contusione cerebellare e del tronco cerebrale: contusione, senza ferita intracranica esposta contusione, con ferita intracranica esposta lacerazione, senza ferita intracranica esposta lacerazione, con ferita intracranica esposta	• 851.4- • 851.5- • 851.6- • 851.7-

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Altra e non specificata lacerazione e contusione: senza ferita intracranica esposta con ferita intracranica esposta	<ul style="list-style-type: none"> • 851.8- • 851.9-
ESA, ematoma subdurale ed extradurale traumatici: ESA, senza ferita intracranica esposta ESA, con ferita intracranica esposta Ematoma subdurale, senza ferita intracranica esposta ematoma subdurale, con ferita intracranica esposta ematoma extradurale, senza ferita intracranica esposta ematoma extradurale, con ferita intracranica esposta	<ul style="list-style-type: none"> • 852.0- • 852.1- • 852.2- • 852.3- • 852.4- • 852.5-
Altre e non specificate emorragie intracraniche traumatiche (compreso ematoma intraparenchimale): senza ferita intracranica esposta con ferita intracranica esposta	<ul style="list-style-type: none"> • 853.0- • 853.1-
Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura (da utilizzare nei rari casi in cui il paziente presenta un'alterazione specifica che si ritiene conseguenza della lesione encefalica, di caratteristiche o dimensioni tali da non essere dimostrabile con i mezzi diagnostici utilizzati): senza ferita intracranica esposta con ferita intracranica esposta	<ul style="list-style-type: none"> • 854.0- • 854.1-
Sindrome post-commotiva (quadro psicologico e/o somatico, ad es. presenza di vertigine, cefalea ecc., in pazienti con pregresso trauma cranico)	• 310.2

Note:

- (1) La contusione cerebrale coincide con un reperto neuroradiologico di edema cerebrale in assenza di sanguinamento, la lacerazione comporta un edema cerebrale in presenza di sanguinamento
- (2) per ferita intracranica esposta si intende una lesione interessante la dura meninge e comunicante con l'esterno (trauma aperto).

ALCUNI PROBLEMI DI NEUROCHIRURGIA E NEURORADIOLOGIA

Situazione clinica	Codice ICD9CM (diagnosi)	Codice ICD9CM (interventi)
Aneurisma di arteria intracranica: (*) con emorragia senza emorragia	<ul style="list-style-type: none"> • 430 • 437.3 	Con embolizzazione per entrambe le diagnosi codificare: <ul style="list-style-type: none"> • 38.81+eventuali altre procedure
MAV (Malformazione ArteroVenosa) congenita: cerebrale vasi spinali	<ul style="list-style-type: none"> • 747.81 • 747.82 336.1 (come II diagnosi) 	<ul style="list-style-type: none"> • 38.81 (con embolizzazione) • 38.61 (con asportazione) • 38.80 (con embolizzazione) • 38.60 (con asportazione)
FAV (Fistola ArteroVenosa): spinale acquisita cerebrovascolare intracranica carotideo-cavernosa cerebrovascolare extracranica	<ul style="list-style-type: none"> • 447.0 336.1 (come II diagnosi) • 437.3 • 437.3 • 442.81 	<ul style="list-style-type: none"> • 39.53 • 39.53 • 39.53 (incl. con embolizzazione) • 39.53

(*) In presenza di vasospasmo assegnare il cod. 435.9 (come II diagnosi) ed utilizzare il cod. 99.29 (nelle procedure) per indicare l'infusione intra-arteriosa di papaverina.

Quando nel corso di un intervento per ernia discale, spondilosi o stenosi del canale vertebrale (per la relativa codifica della diagnosi principale v. «Patologie della colonna, midollo, radici e plessi»), **si evidenzia instabilità vertebrale occorre utilizzare, negli spazi riservati agli interventi:**

cod. 80.51 asportazione disco intervertebrale

codificare anche eventuale concomitante decompressione di radice di nervo spinale **a livello diverso rispetto al sito di asportazione** o fusione spinale concorrente (codd. 81.00-81.09 che comprendono la fissazione interna).

IMPIANTO DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE in particolari situazioni cliniche

L'impianto di un neurostimolatore spinale (sinonimi: neurostimolatore midollare, elettrostimolatore spinale, elettrostimolatore epidurale) trova indicazione nel trattamento delle seguenti forme patologiche:

- a) alcune algie refrattarie alle comuni terapie farmacologiche od in soggetti già sottoposti ad altri trattamenti invasivi (ad es. dolore cronico di tipo neuropatico, dolore cronico lombare);
- b) sintomatologia algica da ischemia periferica in pazienti non più responsivi a trattamenti farmacologici locali o sistemici o non rivascolarizzabili con altre metodiche endoluminali o chirurgiche;
- c) spasticità (dolore sistemico motorio);
- d) dolore da ischemia cardiaca o angina pectoris refrattaria alla terapia medica o in soggetti non rivascolarizzabili con metodiche endoluminali o chirurgiche.

Trattandosi di un intervento a scopo antalgico sul sistema nervoso centrale su pazienti frequentemente ad elevato rischio, l'impianto di un neurostimolatore spinale si effettua in sala operatoria, con paziente sottoposto a monitoraggio cardiocircolatorio e respiratorio ed in posizione prona; si effettua in anestesia locale ed in genere trattando il paziente con blanda sedazione farmacologica.

Qualora non subentrino complicanze, in mani esperte, l'intervento ha una durata di circa 45 minuti (*impianto di elettrodo midollare per la stimolazione di prova*) e di circa 60 minuti (*impianto di neurostimolatore midollare*). Durante la *prima fase* è necessario sottoporre il paziente a scopia (esposizione a radiazioni ionizzanti per gli operatori), mentre durante la *seconda fase* l'amplificatore di brillantezza deve comunque essere in stand by.

L'elettrodo viene inserito tramite apposito ago di Tuohy con la tecnica del cateterismo peridurale; l'apice dell'elettrodo viene posizionato a differenti livelli rachidei a seconda della sede algica e della comparsa delle parestesie tipiche della neurostimolazione (cervicale, toracico alto medio o basso). È possibile che, nonostante i tentativi eseguiti durante una stessa seduta operatoria, l'elettrodo non possa essere posizionato per via percutanea. In questi casi si può impiantare l'elettrodo con intervento a cielo aperto eseguendo una minilaminotomia (in genere questo intervento viene eseguito in anestesia generale).

L'impianto del neurostimolatore, necessario per la stimolazione permanente, viene effettuato dopo un *periodo di prova (fase test)* di durata variabile (in genere non inferiore ai 15 giorni) durante il quale il paziente utilizza uno stimolatore esterno (tester) collegato all'elettrodo precedentemente posizionato. La decisione tra *impianto del neurostimolatore e rimozione dell'elettrodo* viene presa sulla base dei risultati della fase test sulla sintomatologia di base del paziente. Durante la fase test il paziente è di norma dimesso al proprio domicilio, a meno che le condizioni cliniche ne consiglino il mantenimento del ricovero in regime ordinario. La verifica dei risultati viene effettuata almeno settimanalmente sino alla decisione, da parte dello specialista, sull'impianto di neurostimolatore o sulla rimozione dell'elettrodo.

In situazioni particolari può essere previsto l'impianto contemporaneo di elettrodo e neurostimolatore (ad es. rischio elevato di infezioni in pazienti defedati).

In genere la stimolazione elettrica spinale nei pazienti responsivi al trattamento viene mantenuta per tutta la vita, non creando di norma alcun disagio per il paziente.

A seconda della tipologia di stimolazione e della patologia algica trattata, la sostituzione per esaurimento delle batterie del neurostimolatore avviene mediamente ogni 3-4 anni.

In alcune particolari situazioni sia l'elettrodo sia il neurostimolatore possono esser rimossi anche se le batterie di quest'ultimo non fossero esaurite (ad es. nel caso di perdita di efficacia a distanza di tempo dall'impianto, nel caso di intolleranza da corpo estraneo instauratasi nel tempo).

Va segnalato che sia l'elettrodo che lo stimolatore od entrambi possono essere rimossi e, in un secondo tempo, successivamente seguiti o meno dalla sostituzione (nei casi di complicanze quali: la lesione dell'elettrodo e delle sue connessioni, lo sposizionamento dell'elettrodo o del neurostimolatore, le infezioni ed i decubiti).

Situazioni cliniche a), b) e c)

Si è concordato a livello tecnico di prediligere la componente eziopatogenetica del dolore per ciò che riguarda la selezione della diagnosi principale; in particolare nella malattia ischemica periferica vanno riportati nella diagnosi principale i codd. 354.-- oppure 355.7- oppure 357.8, a seconda della sede della neuropatia ischemica periferica presente, in luogo dei non appropriati e/o poco specifici codici finora segnalati dalle strutture sanitarie lombarde (codd. 440.2-, 443.8- o .9, 444.2- o .8-, 447.1 o .5 o .9, 454.-, 785.4 ed altri).

Situazione clinica	Codice ICD9CM (diagnosi)	Codice ICD9CM (interventi)
Impianto di elettrodo epidurale	• 354.-- o 355.7 – o 357.8 (come I diagnosi) codice patologia di base (come II diagnosi)	• 03.93
Impianto N.S. o reimpianto (con rivalutazione globale del paziente)	• 354.-- o 355.7 – o 357.8 (come I diagnosi) V45.89 (come II diagnosi) a indicare la presenza dell'elettrodo	• 03.93
Reimpianto/riposizionamento elettrodo per complicità meccanica di dispositivi neuronali (ad es. per lesione elettrodo, spositzionamento)	• 996.2 (come I diagnosi) V53.0 (come II diagnosi)	• 03.93
Rimozione dell'elettrodo alla fine della fase test (per inefficacia)	• V53.0	• 03.94
Rimozione del solo elettrodo con mantenimento in situ del N.S. (nel caso di infezioni e/o deiscenze nella sede di impianto dell'elettrodo)	• 996.63 (come I diagnosi) V53.0 (come II diagnosi) a indicare la presenza del N.S.	• 03.94
Rimozione del N.S. con mantenimento in situ dell'elettrodo (nel caso di infezioni e/o deiscenze, decubiti della tasca)	• 996.63 (come I diagnosi) V45.89 (come II diagnosi) a indicare la presenza dell'elettrodo	• 03.94

Situazioni cliniche d)

In questi casi l'impianto dell'elettrodo e/o del N.S. va codificato riportando in diagnosi principale la patologia di base accertata e come intervento principale il cod. 03.93.

Nel caso di impianto di N.S., successivo alla fase test, va riportato in diagnosi secondaria il cod. V45.89.

CARDIOLOGIA E CARDIOCHIRURGIA

Gruppo di lavoro istituito con d.d.g. n. 50668 del 6/12/1999

CARDIOPATIA ISCHEMICA

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Infarto miocardico acuto (IMA) con durata di 8 settimane o meno	• 410.-- (dove la 4ª cifra identifica la sede dell'infarto e la 5ª cifra indica se il ricovero è descritto come episodio iniziale di cura «1» o si tratta di episodio successivo nella fase post-acuta dell'IMA «2»)
Sindrome post-infartuale, di Dressler (1)	• 411.0
Angina instabile, angina pre-infartuale tutti i pz. che appartengono alla 2ª e 3ª classe, e classe C di Braunwald (2) Ischemia silente tutti i pz. con ischemia a bassa soglia post-infartuale tutti i pz. con ischemia silente ad andamento clinico acuto	• 411.1 • 411.89
Nuovo ricovero dopo IMA, di pz. asintomatico , per eventuale procedura invasiva, oppure per eseguire indagini valutative o diagnostiche non correlate a sintomi	• 410.-2 (se entro 8 settimane) • 412 (se oltre 8 settimane) • 428.1 (se FE < 0.35 anche senza segni clinici di scompenso)
Ricoveri successivi a quello iniziale per IMA, entro le 8 settimane, di pz. sintomatici , devono essere classificati per la condizione morbosa che ha comportato le maggiori necessità assistenziali durante quello o quegli stessi episodi di ricovero	Esempi: • 411.1 se il ricovero successivo al 1º avviene per angina pectoris • 428.1 se il ricovero successivo al 1º avviene per scompenso cardiaco
Angina da decubito Angina di Prinzmetal (nonostante ciò non sia condiviso dal gruppo di lavoro, che non ritiene queste due forme cliniche assimilabili all'angina stabile)	• 413.0 • 413.1
Angina cronica stabile Ischemia silente ad andamento cronico stabile	• 413.9
Stenosi coronarica in assenza di angina: di arteria coronarica nativa di bypass venoso di bypass arterioso	• 414.01 • 414.02 • 414.04
Ristenosi dopo PTCA in assenza di angina	• 414.01

Note:

- (1) secondo i rappresentanti delle Società Mediche Scientifiche, membri del gruppo di lavoro, l'applicazione dell'ICD-9-CM non consente di modificare l'incongruenza del sistema di classificazione DRG, per cui l'angina precoce post-infartuale non complica l'infarto acuto; infatti il codice corretto da utilizzare in questo caso è il 411.1 (che non complica). L'utilizzo del cod. 411.0 consentirebbe di rendere l'infarto «complicato», ma tale codice (come precisato dal testo originale americano) può essere utilizzato solo in presenza della Sindrome di Dressler;
- (2) Classificazione di Braunwald

Severità

Classe I: insorgenza recente di angina severa o accelerata; pz. con angina severa o ricorrente due o più volte al giorno da meno di due mesi, ovvero angina che diviene sensibilmente più frequente e che viene provocata da sforzi significativamente meno intensi: nessun dolore a riposo negli ultimi due mesi

Classe II: angina a riposo con carattere subacuto; pz. con uno o più episodi di angina a riposo durante l'ultimo mese, ma non nelle ultime 48 ore

Classe III: angina a riposo con carattere acuto; pz. con uno o più episodi a riposo nelle ultime 48 ore

Circostanze cliniche

Classe A: angina instabile secondaria. Condizione clinica, chiaramente identificata, estrinseca al letto vascolare coronarico, che aggrava l'ischemia miocardica, come ad es. l'anemia, l'infezione, la febbre, l'ipotensione, la tachiaritmia, l'ipossitemia secondaria ad insufficienza respiratoria

Classe B: angina instabile primaria

Classe C: angina instabile dopo IMA, entro le prime due settimane dall'infarto medesimo.

CARDIOPATIE VALVOLARI

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Valvulopatie Mitraliche: Stenosi mitralica (SM)	
Reumatica	• 394.0
Congenita	• 746.5
Insufficienza mitralica (IM)	
Reumatica	• 394.1
Non reumatica	
con rottura di muscolo papillare	• 429.6
con rottura di corda tendinea	• 429.5
in CP ischemica cronica	• 424.0 (come I diagnosi)
	414.8 (come II diagnosi)
in IMA acuto (senza rottura di muscolo papillare o di corda tendinea)	• 410. – (come I diagnosi)
	424.0 (come II diagnosi)
degenerativa (prolasso)	
senza rottura corda tendinea	• 424.0
con rottura corda tendinea	• 429.5
con rottura muscolo papillare	• 429.6
congenita	• 746.6
in MCP dilatativa primitiva	• 425.4 (come I diagnosi)
	424.0 (come II diagnosi)
da endocardite infettiva in atto	• 421.0 (come I diagnosi)
	aggiungere eventualmente un codice per identificare l'agente infettivo (es. cod. 041.0 per streptococco)
	424.0 (come II diagnosi)
da endocardite infettiva in esiti	• 424.0
Steno-insufficienza mitralica (SIM) reumatica	• 394.2
Valvulopatie aortiche: Insufficienza aortica (IAo)	
Reumatica	• 395.1
Non reumatica	
da endocardite infettiva in atto	• 421.0 (come I diagnosi)
	424.1 (come II diagnosi)
da endocardite infettiva in esiti	• 424.1
da anulo-ectasia	• 424.1
in dissezione aortica	• 441.0 – (come I diagnosi)
	424.1 (come II diagnosi)
sifilitica	• 424.1 (come I diagnosi)
	093.1 (come II diagnosi)
congenita	• 746.4
Stenosi aortica (SAo) reumatica	• 395.0
Steno-insufficienza aortica (SIAo) reumatica	• 395.2
IAo, SAo e SIAo su base sclerotica e su valvola bicuspidale dell'adulto	• 424.1
Stenosi aortica congenita giovanile	• 746.3
Valvulopatie tricuspидali: Insufficienza tricuspидale (ITr), anche solo funzionale, ma in	
malattia mitralica reumatica	• 397.0
malattia reumatica primitiva	• 397.0
malattia non reumatica	• 424.2
Valvulopatie mitro-aortiche (specificate come reumatiche o non)	• 396. – (4 ^a cifra in base ai vari tipi di vizi specifici)
Valvulopatie polmonari: Insufficienza reumatica	• 397.1
Insufficienza non reumatica	• 424.3

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Ipertensione essenziale: maligna (grave) benigna (medio-lieve) non specificata	• 401.0 • 401.1 • 401.9
Cardiopatia ipertensiva (è corretto utilizzare questo codice in presenza di criteri ECGrafici, radiografici o ecocardiografici di ipertrofia e/o dilatazione del ventricolo sn.)	• 402.–
Nefropatia ipertensiva (intesa come danno d'organo, secondario all'ipertensione)	• 403.–
Cardionefropatia ipertensiva (intesa come danno d'organo associato renale e cardiaco, secondario all'ipertensione)	• 404.–
Ipertensione secondaria (comprende tutte le forme di ipertensione non essenziale)	• come I diagnosi si dovrà utilizzare il codice della patologia causale che ha determinato le maggiori necessità assistenziali 405.– (come II diagnosi)

DISTURBI DEL RITMO

Situazione clinica	Codice ICD9CM
BAV 1° grado	• 426.11
BAV 2° grado, Mobitz II	• 426.12
Altro BAV 2° grado, Mobitz I	• 426.13
BAV non specificato	• 426.10
BAV completo 3° grado	• 426.0
Emiblocco anteriore o posteriore sn.	• 426.2
Blocco di branca sn. completo	• 426.3
Blocco di branca ds.	• 426.4
Blocco di branca ds. e blocco fascicolare poster. sn.	• 426.51
Blocco di branca ds. e blocco fascicolare anter. sn.	• 426.52
Altro blocco bilaterale di branca	• 426.53
Blocco trifascicolare	• 426.54
Blocco di branca non specificato	• 426.50
Blocco seno-atriale (comprende anche l'arresto sinusale)	• 426.6
Sindrome di Wolff-Parkinson-White	• 426.7
Sindrome di Lown-Ganong-Levine	• 426.81
Dissociazione A-V (interferenza isoritmica)	• 426.89
Tachicardia parossistica sopraventricolare	• 427.0
Tachicardia parossistica ventricolare (sostenuta e non sostenuta) (*)	• 427.1
Tachicardia parossistica a complessi allargati (nella quale non viene posta diagnosi differenziale tra tachicardia sopraventricolare e ventricolare)	• 427.2
Fibrillazione e flutter atriali (sia parossistici che cronici)	• 427.3-
Fibrillazione e flutter ventricolari	• 427.4-
Arresto cardiaco (diagnosi da utilizzare solo nel caso di asistolia o di dissociazione elettromeccanica o di mancata documentazione di un substrato aritmico)	• 427.5
Extrasistoli sopraventricolari (indipendentemente dalla frequenza e dalle caratteristiche peculiari di precocità, bigeminismo, trigeminismo, ecc.)	• 427.61
Sistoli ventricolari	• 427.69
Extrasistoli non specificati	• 427.60
Disfunzione sinusale (sick-sinus syndrome, tachicardia-bradicardia)	• 427.81
Wandering pacemaker, ritmo del seno coronarico ed altre aritmie non riconducibili ai codici precedenti	• 427.89
Da utilizzare solo nel caso di rilievo clinico di aritmia , ma nell'impossibilità di un riscontro ECGrafico	• 427.9

(*) La mancanza di codici specifici conduce all'utilizzo dello stesso codice per identificare due quadri clinici significativamente diversi, sia dal punto di vista della gravità clinica, sia per le maggiori necessità assistenziali.

INSUFFICIENZA CARDIACA (SCOMPENSO CARDIACO)

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Scompenso cardiaco:	
Sinistro, compreso edema polmonare acuto (EPA) in cardiopatia ipertensiva	• 428.1 (1) • 402.01 oppure.11 oppure.91
Destro, secondario a scompenso sn. cuore polmonare cronico	• 428.0 • 428.0 (come I diagnosi) 416.9 (come II diagnosi)
ipertensione polmonare primitiva	• 428.0 416.0
malattia tromboembolica	• 428.0 416.8

Note:

I suddetti codici devono essere utilizzati **indipendentemente dall'eziologia dello scompenso**. È comunque necessario aggiungere, come diagnosi secondaria, la patologia responsabile dello scompenso stesso, come ad esempio:

cardiopatia ischemica cronica cod. 414.8
cardiopatia primitiva cod. 425.4
stenosi mitralica reumatica cod. 394.0

(1) l'insufficienza ventricolare sinistra, in assenza di sintomi (cod. 428.1) è documentabile in base al riscontro di FE < 0.35.

MALATTIA CARDIOPOLMONARE CRONICA

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Ipertensione polmonare:	
primitiva	• 416.0
secondaria	• 416.8
cuore polmonare cronico SAI	• 416.9

AFFEZIONI DEL PERICARDIO

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Pericardite reumatica cronica	• 393
Pericardite reumatica acuta	• 391.0
Sindrome di Dressler	• 411.0
Pericardite acuta in malattie classificate altrove:	
in tubercolosi	• 017.9 420.0 (come II diagnosi)
in uremia	• 585 420.0 (come II diagnosi)
Pericardite acuta idiopatica (comprese le forme benigna e virale)	(*) • 420.91
Altre forme di pericardite acuta	• 420.99
Emopericardio (anche post-chirurgico)	• 423.0
Pericardite adesiva	• 423.1
Pericardite costrittiva	• 423.2
Altre malattie del pericardio (calcificazione, fistola)	• 423.8
Malattia non specificata del pericardio (versamento pericardico non specificato, anche post-chirurgico e tamponamento cardiaco)	• 423.9

(*) È sconsigliato l'uso del cod. 420.90 perché troppo aspecifico; il suo utilizzo deve essere riservato ai rari casi in cui non sia identificabile una definizione diagnostica.

AFFEZIONI DELL'ENDOCARDIO

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Endocardite batterica acuta e subacuta	• 421.0 aggiungere eventualmente un codice per identificare l'agente infettivo (es. cod. 041.1 – per stafilococco) 424.0 (come II diagnosi) se localizzazione mitralica o 424.1 (come II diagnosi) se localizzazione aortica o 424.2 (come II diagnosi) se localizzazione tricuspideale
Endocardite infettiva acuta e subacuta in malattie classificate altrove:	
blastomicosi	• 116.0 421.1 (come II diagnosi)
febbre Q	• 083.0
febbre tifoide	• 421.1 (come II diagnosi) • 002.0
Endocardite acuta non specificata	421.1 (come II diagnosi) • 421.9
Endocardite reumatica acuta	• 391.1
Endocardite in malattie classificate altrove:	(*)
endocardite verrucosa atipica o LES	• 710.0 424.91 (come II diagnosi)
tubercolosi	• 017.9 424.91 (come II diagnosi)
Altre endocarditi croniche, valvola non specificata	• 424.99

(*) È sconsigliato l'uso del cod. 424.90 perché troppo aspecifico; il suo utilizzo deve essere riservato ai rari casi in cui non sia identificabile una definizione diagnostica.

AFFEZIONI DEL MIOCARDIO

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Miocarditi acute: Miocardite acuta in malattie classificate altrove	
Influenzale	<ul style="list-style-type: none"> • 487.8 422.0 (come II diagnosi)
Tubercolare	<ul style="list-style-type: none"> • 017.9 422.0 (come II diagnosi)
Altre miocarditi acute di Fiedler settica tossica	<ul style="list-style-type: none"> • 422.91 • 422.92 • 422.93
Miocardiopatie (escl. quelle insorte durante la gravidanza o il puerperio cod. 674.8-): fibrosi endomiocardica miocardipatia ipertrofica ostruttiva malattia di Becker fibroelastosi endomiocardica altre miocardiopatie primitive (MCP dilatativa primitiva) miocardipatia alcolica miocardipatia in malattia di Chagas	<ul style="list-style-type: none"> • 425.0 • 425.1 • 425.2 • 425.3 • 425.4 • 425.5 • 086.0
miocardiopatie nutritive e metaboliche in amiloidosi	<ul style="list-style-type: none"> • 277.3 425.7 (come II diagnosi)
in beriberi	<ul style="list-style-type: none"> • 265.0 425.7 (come II diagnosi)
in mucopolisaccaridosi	<ul style="list-style-type: none"> • 277.5 425.7 (come II diagnosi)
in glicogenesi cardiaca	<ul style="list-style-type: none"> • 271.0 425.7 (come II diagnosi)
in tireotossicosi	<ul style="list-style-type: none"> • 242.- 425.7 (come II diagnosi)
miocardipatia in altre malattie classificate altrove	
sarcoidosi cardiaca	<ul style="list-style-type: none"> • 135 425.8 (come II diagnosi)
miocardipatia secondaria (*) (comprese quelle iatrogene, da irradiazioni e da chemioterapici)	<ul style="list-style-type: none"> • 425.9

(*) Se su base ischemica utilizzare i codd. 414.8 e 428.1.

ANEURISMA DELL'AORTA

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Aneurisma dissecante	<ul style="list-style-type: none"> • 441.0- (dove la 5ª cifra identifica la sede specifica)
Rottura di aneurisma toracico Aneurisma toracico senza menzione di rottura	<ul style="list-style-type: none"> • 441.1 • 441.2
Rottura di aneurisma addominale Aneurisma addominale senza menzione di rottura	<ul style="list-style-type: none"> • 441.3 • 441.4
Rottura di aneurisma toracoaddominale Aneurisma toracoaddominale senza menzione di rottura (incl. pseudo-aneurisma aortico)	<ul style="list-style-type: none"> • 441.6 • 441.7
Aneurisma sifilitico dell'aorta	<ul style="list-style-type: none"> • 093.0 (come I diagnosi) 441.2 (come II diagnosi)
Aneurisma traumatico dell'aorta toracica	<ul style="list-style-type: none"> • 901.0
Aneurisma traumatico dell'aorta addominale	<ul style="list-style-type: none"> • 902.0

MALFORMAZIONI CARDIACHE

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Malformazioni del bulbo e dei setti: tetralogia di Fallot difetto del setto interventricolare (DIV) difetto del setto interatriale tipo ostium secundum difetto del setto interatriale tipo ostium primum canale atrio-ventricolare e atrio unico	<ul style="list-style-type: none"> • 745.2 • 745.4 • 745.5 • 745.61 • 745.69
Altre malformazioni congenite cardiache: anomalie della valvola polmonare atresia, congenita stenosi, congenita anomalie della tricuspidie (atresia e stenosi) malformazione di Ebstein stenosi congenita della valvola aortica insufficienza congenita della valvola aortica	<ul style="list-style-type: none"> • 746.01 • 746.02 • 746.1 • 746.2 • 746.3 • 746.4 • 746.5 • 746.6 • 746.7 • 746.81 • 746.82 • 746.83 • 746.84 • 746.85 • 746.86 • 746.87
stenosi congenita della mitrale insufficienza congenita della mitrale sindrome del cuore sinistro ipoplasico	
altre malformazioni specificate del cuore stenosi subaortica (*) cor triatriatum stenosi polmonare infundibolare altre anomalie ostruttive del cuore	<ul style="list-style-type: none"> • 746.81 • 746.82 • 746.83 • 746.84 • 746.85 • 746.86 • 746.87
Altre malformazioni congenite del sistema circolatorio: persistenza del dotto arterioso coartazione dell'aorta interruzione dell'arco aortico malformazioni delle grandi vene RVPAT (ritorno venoso polmonare totalmente anomalo) RVPAP (ritorno venoso polmonare parzialmente anomalo)	<ul style="list-style-type: none"> • 747.0 • 747.10 • 747.11 • 747.41 • 747.42

(*) La stenosi subaortica ipertrofica ostruttiva (idiopatica) va indicata con il cod. 425.1.

COMPLICANZE POST-CHIRURGICHE

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Complicazioni meccaniche di (dovute a) dispositivi, impianti ed innesti cardiaci: da pacemaker da protesi valvolare cardiaca da defibrillatore cardiaco automatico impiantabile	<ul style="list-style-type: none"> • 996.01 • 996.02 • 996.04
Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti ed innesti cardiaci (Es. endocardite da protesi valvolare cardiaca)	<ul style="list-style-type: none"> • 996.61 996.02 (come II diagnosi, nel caso di contemporaneo distacco di protesi)
Altre complicazioni, non meccaniche (occlusione SAI, embolia, trombo, stenosi), di protesi, impianti e innesti interni: da protesi valvolare cardiaca da bypass coronarico (*)	<ul style="list-style-type: none"> • 996.71 • 996.72
Effetti funzionali a lungo termine: insufficienza cardiaca, scompenso cardiaco successivo ad intervento o da protesi sindrome post-cardiotomica	<ul style="list-style-type: none"> • 429.4

(*) Se l'occlusione è dovuta ad arteriosclerosi coronarica occorre utilizzare il cod. 414.02.

Situazione clinica	Codice ICD9CM (diagnosi)	Codice ICD9CM (interventi)
Deiscenza della ferita sternale con risutura	• 998.3	• 78.51
Infezione di sternotomia con toilette chirurgica	• 998.59	• 86.22 con escissione ferita • 86.28 senza escissione ferita
Mediastinite con toilette chirurgica	• 998.59 (come I dia.) 519.2 (come II dia.)	• 34.3
Persistenza di fistola del mediastino postoperatoria	• 998.6	• 34.73

STORIA DI PREGRESSI INTERVENTI CARDIACI O VASCOLARI

(utilizzare la diagnosi clinica, come diagnosi principale, ed il pregresso intervento, come diagnosi secondaria e solo quando questo abbia influenzato l'assistenza erogata in quello specifico episodio di ricovero) (*)

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Presenza di cuore trapiantato	V42.1
Presenza di protesi biologica, di autograft, di homograft ed esiti di chirurgia ricostruttiva	V42.2
Presenza di cuore artificiale	V43.2
Presenza di valvola cardiaca artificiale	V43.3
Presenza di bypass vascolare non coronarico	V43.4
Mezzi di assistenza cardiaca in situ: pacemaker cardiaco	V45.01
AICD	V45.02
Altri stati postchirurgici: storia di pregresso bypass aorto-coronarico	V45.81
storia di pregressa PTCA	V45.82
Altre anamnesi personali comportanti rischi per la salute: pregressi interventi su cuore e grandi vasi	V15.1

(*) È importante tener presente che i codici V non devono essere utilizzati per indicare complicanze di un precedente intervento, quest'ultime se presenti, devono essere codificate con le specifiche categorie numeriche.

INTERVENTI CARDIOCHIRURGICI

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Coronaropatie Bypass aorto-coronarico (BPAC) con innesti venosi: su una arteria coronarica su due arterie coronariche su tre arterie coronariche su quattro o più arterie coronariche <i>Codificare anche CEC per chirurgia a cuore aperto</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 36.11 • 36.12 • 36.13 • 36.14 39.61
Bypass aorto-coronarico «classico» con impiego di aa. Mammarie (AMI): AMI semplice AMI doppia <i>Codificare anche CEC per chirurgia a cuore aperto</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 36.15 • 36.16 39.61
Bypass aorto-coronarico con arteria gastroepiploica <i>Codificare anche CEC per chirurgia a cuore aperto</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 36.17 39.61
Bypass aorto-coronarico con altre arterie (1) <i>Codificare anche CEC per chirurgia a cuore aperto</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 36.19 39.61
Rivascolarizzazione miocardica mediante laser (2)	<ul style="list-style-type: none"> • 36.3
Bypass aorto-coronarico+aneurismectomia del VS: BPAC asportazione aneurisma <i>Codificare anche CEC per chirurgia a cuore aperto</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 36.11 • 37.32 39.61
Valvulopatie Valvulotomia a cuore chiuso (senza CEC): valvola aortica valvola mitrale valvola polmonare	<ul style="list-style-type: none"> • 35.01 • 35.02 • 35.03
Valvuloplastica (riparazione chirurgica) mitralica a cuore aperto <i>Codificare anche CEC per chirurgia a cuore aperto</i> + eventuali interventi su corde tendinee	35.12 39.61 35.32 35.33
anuloplastica cateterismo cardiaco angiocardiografia	37.2- 88.5-
Valvuloplastica aortica <i>Codificare anche CEC per chirurgia a cuore aperto</i> + eventuali cateterismo cardiaco o angiocardiografia	<ul style="list-style-type: none"> • 35.11 39.61
Valvuloplastica della tricuspid <i>Codificare anche CEC per chirurgia a cuore aperto</i> + eventuale anuloplastica	<ul style="list-style-type: none"> • 35.14 39.61 35.33
Sostituzione di valvola aortica: con bioprotesi auto, omo, etero-graft con protesi meccanica <i>Codificare anche CEC per chirurgia a cuore aperto</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 35.21 • 35.22 39.61
Sostituzione di valvola mitrale: con bioprotesi auto, omo, etero-graft con protesi meccanica <i>Codificare anche CEC per chirurgia a cuore aperto</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 35.23 • 35.24 39.61
Sostituzione della valvola polmonare: con bioprotesi auto, omo, etero-graft con protesi meccanica <i>Codificare anche CEC per chirurgia a cuore aperto</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 35.25 • 35.26 39.61
Sostituzione della valvola tricuspid: con bioprotesi auto, omo, etero-graft con protesi meccanica <i>Codificare anche CEC per chirurgia a cuore aperto</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 35.27 • 35.28 39.61
Intervento di Bentall altra sostituzione di valvola aortica con protesi resezione di altri vasi toracici con sostituzione altro bypass per rivascolarizzazione cardiaca <i>Codificare anche CEC per chirurgia a cuore aperto</i> + eventuali cateterismo cardiaco o angiocardiografia	<ul style="list-style-type: none"> • 35.22 (come l'interv.) 38.45 e/o 36.19 (come altri interventi) 39.61

Note:

- (1) nel caso di intervento combinato, con innesti arteriosi e venosi, occorre utilizzare i codici specifici di ogni singolo innesto;
- (2) nei casi di rivascolarizzazione mediante laser **per via percutanea**, poiché neppure la versione più aggiornata dell'ICD-9-CM riporta il codice specifico, **si consiglia di utilizzare il cod. 37.34**, riservando il cod. 36.3 (altra rivascolarizzazione cardiaca) per gli interventi a cuore aperto.

PROCEDURE DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Valvuloplastica percutanea	• 35.96 (*)
Angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA): mono vaso più vasi <i>Codificare anche eventuale inserzione di stent coronarici</i>	• 36.01 • 36.05 36.06
PTCA con circolazione assistita	• 36.01 o.05 (come I intervento) 37.62 (come II intervento) • 39.50
Angioplastica percutanea transluminale di vaso non coronarico (PTA) <i>Codificare anche eventuale inserzione di stent non coronarici</i>	39.90

(*) Questo codice deve essere utilizzato anche per le procedure di chiusura del foro di Botallo e difetti settali, effettuate per via percutanea, in quanto l'ICD-9-CM non prevede codici specifici.

BYPASS CORONARICO E PROCEDURE INVASIVE ASSOCIATE SUL CUORE DESTRO

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Bypass aortocoronarico: (1) di una arteria coronarica di due arterie coronariche di tre arterie coronariche di quattro o più arterie coronariche singolo mammaria interna-arteria coronarica doppio mammaria interna-arteria coronarica arteria coronarica addominale	• 36.11 • 36.12 • 36.13 • 36.14 • 36.15 • 36.16 • 36.17
Procedure invasive sul cuore destro: (2) cateterismo venoso monitoraggio della pressione arteriosa sistemica monitoraggio della pressione venosa centrale monitoraggio della gettata cardiaca monitoraggio del flusso ematico coronarico biopsia cardiaca	• 38.93 • 89.61 • 89.62 • 89.68 • 89.69 • 37.25

Note: per una maggior comprensione si veda il d.d.g. n. 53018 del 19 febbraio 1998, pubblicata sul B.U.R.L. n. 76 del 30 marzo 1998, (estratto dalla serie editoriale ordinaria n. 13)

- (1) Nella quasi totalità dei casi associato a circolazione extracorporea (cod. 39.61);
 (2) Tutte queste procedure non sono in nessun modo assimilabili alla procedura di cateterismo cardiaco del cuore destro (cod. 37.21), la quale abitualmente viene eseguita a scopo diagnostico ed in ambiente appositamente dedicato (laboratorio di emodinamica); le procedure invasive di monitoraggio delle sezioni destre del cuore, spesso eseguite nel decorso post-operatorio cardiocirurgico **utilizzando il catetere di Swan-Ganz, debbono essere codificate con i codd. 89.63 o 89.64**, specificamente previsti per tali procedure nella Classificazione ICD-9-CM 1997.

PROCEDURE DIAGNOSTICHE SU CUORE E PERICARDIO

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Coronarografia (arteriografia coronarica): (1) catetere doppio catetere doppio	• 88.55 • 88.56
Angiocardiografia: del cuore destro del cuore sinistro combinata del cuore ds. e sn.	• 88.52 • 88.53 • 88.54
Cateterismo del cuore destro (registrazione dati emodinamici ed ossimetrici nelle cavità cardiache di destra ed in arteria polmonare) Cateterismo cardiaco NAS (escl. cateterismo di Swan-Ganz cod. 89.63 oppure 64 e cateterismo associato a cateterismo del cuore sn. cod. 37.23)	• 37.21
Cateterismo del cuore sinistro (registrazione dati emodinamici ed ossimetrici nelle cavità del cuore sinistro e nell'aorta) (escl. cateterismo associato a cateterismo cuore ds. cod. 37.23)	• 37.22
Cateterismo combinato del cuore ds. e sn.	• 37.23
Biopsia del cuore	• 37.25
Stimolazione cardiaca elettrofisiologica e studi di registrazione: SEF stimolazione elettrica programmata <i>Codificare anche eventuale procedura concomitante</i> (escl. registrazione del fascio di His cod. 37.29) (3)	• 37.26 (2)
Mappatura del cuore <i>Codificare anche eventuale procedura concomitante</i> (escl. elettrocardiogramma cod. 89.52, registrazione del fascio di His cod. 37.29)	• 37.27
Altre procedure diagnostiche su cuore e pericardio: registrazione del fascio di His ablazione, mediante catetere, di lesione o tessuto del cuore (incl. quelle mediante radiofrequenza o mediante laser per via percutanea)	• 37.29 (4) • 37.34
Inserzione di pacemaker transvenoso temporaneo (escl. PM cardiaco intraoperatorio cod. 39.64)	• 37.78

Note:

- (1) In caso di procedure combinate (ad es. coronarografia e ventricolografia) è necessario utilizzare entrambi i rispettivi codd. 88.56 e 88.53;
 (2) Include anche la cardioversione per via endocavitaria della F.A. (tecnica da utilizzare solo quando sia fallita la cardioversione esterna od in casi particolari, ad es. per pazienti obesi);
 (3) Nel caso di **studio elettrofisiologico del cuore per via transesofagea**, in assenza di un codice più specifico, **non utilizzare i codd. 37.26 o 37.29, ma il cod. 89.59** (altre misure cardiovascolari non invasive);
 (4) Questo codice deve essere utilizzato **da solo, unicamente nei casi di registrazione isolata del fascio di His** (in tutti i casi nei quali si eseguono altre procedure elettrofisiologiche associate, a questo codice si deve aggiungere il cod. 37.26).

PACEMAKERS

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Impianto temporaneo di PM	• 37.78 (sempre ed esclusivamente)
Impianto definitivo di PM <i>Codificare sia l'impianto dell'elettrocattetere, che l'impianto del generatore</i>	• 37.7- • 37.8-
Sostituzione del solo generatore	• dal 37.85 al 37.87
Sostituzione del solo elettrodo o dei soli elettrodi	• 37.76 (1) (esclusivamente)
Revisione, riparazione, riposizionamento del solo elettrodo, senza sostituzione dello stesso	• 37.75
Revisione, riparazione o rimozione di PM (per rimozione di pacemaker transvenoso temporaneo, omettere il codice) Impianto di defibrillatore sia transvenoso che epicardico	• 37.89 • 37.94 (2)

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Impianto di «loop recorder»	<ul style="list-style-type: none"> • 780.2 (come diagnosi) • 89.50 e 86.09 (come procedure) (3)
Espianto di «loop recorder»	<ul style="list-style-type: none"> • V53.39 (come diagnosi) • 89.50 e 86.05 (come procedure) (3)
Ricovero per la sola collocazione, sostituzione, regolazione di: pacemaker (in assenza di sintomi clinici) AICD	<ul style="list-style-type: none"> • V53.31 (come I diagnosi) • V53.32 (come I diagnosi)

Note:

- (1) Questo codice deve essere utilizzato anche quando si lascia **in situ** un vecchio elettrodo;
- (2) Questo codice deve essere utilizzato anche in caso di sostituzione simultanea sia del generatore che degli elettrodi;
- (3) L'utilizzo di questi codici di procedura è in accordo con quanto raccomandato da HCFA (ICD-9-CM coordination and maintenance committee, May 13-1999).

MISCELLANEA DI PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Diagnostica ecografica del cuore	• 88.72 (1)
Risonanza Magnetica Nucleare di torace e cuore	• 88.92
Test cardiologici da sforzo e controllo di pacemaker	• 89.4 - (2)
Altri test funzionali diagnostici cardiologici: controllo telemetrico e registrazione potenziali tardivi tilting test	<ul style="list-style-type: none"> • 89.54 • 89.59 (in assenza di codice specifico)
Qualsiasi procedura di cardiologia nucleare	• 92.05 (in assenza di codici più specifici)
Particolari procedure di emodinamica: Ecografia intracoronarica	<ul style="list-style-type: none"> • 88.72 (in assenza di codice specifico) • 89.69 (in assenza di codice specifico)
Pressure wire	<ul style="list-style-type: none"> • 89.69 (in assenza di codice specifico) e 88.55, 0.56, 0.57
Flow wire associata alla coronarografia	<ul style="list-style-type: none"> • 89.69 (in assenza di codice specifico) e 88.55, 0.56, 0.57
Alcoolizzazione dei rami coronarici settali (in cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva)	<ul style="list-style-type: none"> • 37.34 (in assenza di codice specifico)

Note:

- (1) Per quanto riguarda le procedure ecocardiografiche, questo codice deve essere utilizzato **per tutte le procedure trans-toraciche, trans-esofagee e da stress**. In quest'ultimo caso, sia per le procedure da stress farmacologico che per quelle da stress ergometrico, è necessario aggiungere il cod. 89.43;
- (2) In caso di esecuzione di **test da sforzo spiro-ergometrico** o di **test del cammino dei sei minuti**, non esistendo un codice specifico, **si deve utilizzare il cod. 89.44** (test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo).

AREA PEDIATRICA

Gruppo di lavoro istituito con d.d.G. n. 34202 del 6/7/1999

ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE (Cap. 15, codd. 760-779)

I codici di questo capitolo si utilizzano per segnalare le patologie del feto e del neonato che hanno avuto inizio nel periodo compreso tra la 28ª settimana di gestazione e la quarta settimana dopo la nascita.

Alcuni di questi codici possono essere utilizzati per patologie che, pur originatesi nel periodo perinatale, si sono manifestate negli anni successivi (ad es. una broncodisplasia, con cod. 770.7, può identificare un ricovero per malattia cronica di un adulto; oppure, ad es. un tumore vaginale, da esposizione a dietilstilbestrolo assunto dalla madre durante la gravidanza, diagnosticato ad una donna di 33 anni, dovrà essere codificato con il cod. 184.0 in diagnosi principale ed il cod. 760.76 come diagnosi secondaria, a segnalare l'esposizione materna), ma si tratta di eventi rari.

I codici appartenenti alle **categorie 760-763** (Cause materne di morbidità e mortalità perinatale) vanno utilizzati ovviamente per la SDO neonatale e solo quando la condizione ma-

terna ha realmente influenzato il feto od il neonato; quindi, per giustificare l'utilizzo di tali codici nella SDO del neonato, non sarà sufficiente che si verifichi la condizione descritta, ma sarà necessario che detta condizione sia derivata da una effettiva sofferenza del neonato e quindi da uno specifico impegno clinico-assistenziale.

I codici delle **categorie 764-765** (Disturbi della crescita e peso alla nascita) sono specifici per indicare le condizioni ospedaliere di immaturità e prematurità e non devono essere utilizzati solo sulla base del peso alla nascita o della stima dell'età gestazionale, ma dopo un'attenta valutazione clinica della «maturità» del neonato. Poiché esistono grosse differenze tra il trattamento di un prematuro di basso peso rispetto ad un neonato con la stessa diagnosi di prematurità, ma con peso più elevato, è stata introdotta per queste categorie, una quinta cifra per la descrizione del peso alla nascita.

Un codice della categoria 764 (Ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale) può essere assegnato anche quando un neonato non è prematuro, in quanto tale codice non implica prematurità in senso stretto, ma indica che il neonato è più piccolo rispetto alla durata della gestazione.

Occorre prestare attenzione al fatto che la quinta cifra, che indica il peso del neonato, corrisponda (sia compatibile) alla quarta cifra dello stesso codice (ad es. una diagnosi di immaturità sarebbe incompatibile con un codice con quinta cifra.9, poiché il peso associato di 2500 gr. è lontano dai criteri di immaturità, anche se nella Classificazione non esistono regole che escludano i pesi maggiori).

Ne caso in cui un neonato a basso peso venga riammesso o trasferito a causa delle sue condizioni patologiche, la quinta cifra deve essere riferita al peso alla nascita e non a quello attuale.

La categoria 765 codifica nello specifico:

l'immaturità (cod. 765.0-) ad indicare un neonato con peso minore di 1000 gr. e/o durata di gestazione minore di 28 settimane complete

la prematurità (cod. 765.1-) ad indicare un peso compreso tra 1000 e 2499 gr. e/o una durata di gestazione di 28-37 settimane complete.

È importante fare alcune precisazioni riguardo ai codici delle **categorie 766-779** (Altre condizioni morbose del periodo perinatale):

- la **post-maturità** viene definita come gestazione superiore a 42 settimane ed è identificata dalla categoria 766, che nelle quarte cifre tiene conto della gestazione oltre il termine e dell'elevato peso del neonato;
- per formulare diagnosi di **sofferenza fetale ed asfissia**, e di conseguenza assegnare un codice appropriato, non è sufficiente la segnalazione di un basso indice di Apgar, di una ritenzione di meconio oppure la presenza di quest'ultimo nel liquido amniotico, ma occorre un'attenta valutazione da parte del medico che dimette; in sintesi **la sofferenza fetale non deve essere codificata se non ci sono indicazioni rilevabili e documentate in cartella clinica**; si ricorda che i codici della categoria 768 devono essere sempre associati ad altre patologie del neonato;
- la **tachipnea e/o apnea** se presenti, possono risolversi in breve tempo od in un tempo più prolungato; in media la tachipnea compare dopo 2 o 3 giorni dalla nascita ed, al più, genera un ricovero breve.

Le **infezioni specifiche del periodo perinatale** (incluse quelle acquisite prima e durante il parto) sono riportate (cod. 771.-) in questo Capitolo, sebbene alcune possano ritrovarsi anche nel Capitolo 1 (ad es. la sifilide congenita).

Spesso i neonati da madri HIV-positive sono essi stessi positivi al Test ELISA e questo risultato può persistere per circa 18 mesi dalla nascita, senza che il neonato sia stato infettato; in tal caso dovrà essere assegnato il cod. 795.71 (come diagnosi principale) e V01.7 (come diagnosi secondaria), fino a quando il medico non documenti la reale infezione.

La condizione di **Neonato sano**, ospitato nel nido, dovrà essere identificata con le **categorie V30-V39** (esclusa la categoria V35). È importante specificare tramite la quarta cifra se la nascita è avvenuta in ospedale (.0) oppure prima dell'attuale episodio di ricovero (.1); nel caso di nascita in ospedale dovrà essere utilizzata una quinta cifra per descrivere l'eventuale parto cesareo.

Ulteriori codifiche possono essere assegnate solo in situa-

zioni che comportano interventi diagnostici o terapeutici con impegno assistenziale significativo; **non devono essere codificate le condizioni non rilevanti, o segni e sintomi che si risolvono senza specifico trattamento.**

Si raccomanda di evitare la segnalazione della modalità di parto.

I codici della **categoria V29** (Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non identificate) devono essere utilizzati per indicare quelle situazioni in cui

un neonato in apparente stato di buona salute ed entro i 28 giorni di vita, viene valutato per una condizione patologica sospetta che, dopo opportuni approfondimenti, non risulta essere confermata. Si noti che, sebbene di norma non debba essere assegnato nessun codice addizionale quando la categoria V29 è posta come diagnosi principale, alcuni codici possono essere utilizzati per segnalare quelle condizioni perinatali o congenite che richiedono terapia continuata o monitoraggio durante l'episodio di ricovero.

LINEE GUIDA PER LA CORRETTA CODIFICA DI ALCUNE SITUAZIONI CLINICHE NEONATALI PARTICOLARMENTE PROBLEMATICHE

SITUAZIONE CLINICA	CRITERI DI DIAGNOSI	PROFILI MINIMI DI DIAGNOSI E CURA	CODICE ICD9CM
ACIDOSI METABOLICA TRANSITORIA (*)	[pH < 7,20 persistente]	Eq A/B ripetuti con correzione acidosi – per disturbi transitori (*)	775.8 (*)
ANEMIA DEL NEONATO (*)	[Hb centrale < 13 g%] nelle prime 24 h. di vita	Anemia emolitica Anemia tardiva da isoimmunizzazione Anemia successiva ad emorragia fetale Emocromo+reticulociti – per disturbi transitori (*)	773.2 773.5 776.5 776.8 (*)
APNEE NEONATO (originatesi nel periodo perinatale)	se ripetute e documentate	Osservazione clinica – MCR – ECG – Eco cerebrale	770.8
CIANOSI NEONATALE (originatesi nel periodo perinatale)		Osservazione clinica – MCR – accertamenti cardiologici – glicemia	770.8
DISTRESS RESPIRATORIO LIEVE O MODERATO (originatosi nel periodo perinatale)		Osservazione clinica – O2 terapia per almeno 12 h. – MCR – Eq A/B – Rx torace	770.8
FRATTURA DI CLAVICOLA		Neonato asintomatico – non Rx o ecografia clavicola Neonato sintomatico, con interessamento del plesso – Rx o ecografia clavicola – visita specialistica – FKT	V30.0- 767.2
INFEZIONE E SEPSI PERINATALE	diagnosi clinica e/o laboratoristica	PCR – colture negative ripetute PCR e/o colture positive – terapia antibiotica	V29.0 771.8
ITTERO IN NATO A TERMINE	[con valori < a quelli soglia del protocollo ittero]	Vedi «protocollo ittero neonato fisiologico» Ittero che necessita di altri accertamenti di tipo eziologico e/o prolungamento di degenza e/o fototerapia per 24 h.	774.6 774.3-
ITTERO IN PREMATURO	diagnosi clinica	Fototerapia per almeno 24 h. – emocromo – bilirubine sierate	774.2
MEN ANTI ABO	test di Coombs diretto positivo	Emocromo – bilirubine sierate – osservazione – eventuale fototerapia per 24h. con ittero e/o emolisi Necessità di osservazione clinica ripetuta con emocromo e bilirubine sierate senza ittero e/o emolisi	773.1 V29.8
MEN ANTI Rh	test di Coombs diretto positivo	Emocromo – bilirubine sierate – osservazione – eventuale fototerapia per 24h. Necessità di osservazione clinica ripetuta con emocromo e bilirubine sierate	773.0 V29.8
NATO DA GRAVIDANZA CON DISTACCO DI PLACENTA	diagnosi ostetrica	Non accertamenti Necessità di osservazione clinica ripetuta con Eq A/B ed emocromo normali Osservazione clinica con Eq A/B ed emocromo patologici: utilizzare codice diagnosi specifico per la patologia	V30.0- V29.8 Patologia specifica
NATO DA GRAVIDANZA CON L. TINTO (poltaceo o tinto 3)	diagnosi ostetrica	PCR o colture negative ripetute Aspirazione tracheale – emocromo – PCR – Eq A/B – colture – eco cerebrale	V29.8 768.4 + altre patologie (**)
NATO DA GRAVIDANZA CON L. TINTO 1 E 2	diagnosi ostetrica		V30.0-
NATO DA GRAVIDANZA GEMELLARE	diagnosi ostetrica		V31.0-
NATO DA MADRE CHE ASSUME SOSTANZE POTENZIALMENTE NOCIVE PER IL FETO (incluso stupefacenti)	anamnesi ostetrica	Neonato asintomatico: osservazione – MCR – accertamenti chimico – fisico specifici Neonato sintomatico: osservazione – MCR – accertamenti chimico-fisico specifici ed eventuale terapia specifica	V29.8 760.7-
NATO DA MADRE CON EPATITE C	anamnesi materna positiva	Osservazione ed accertamenti sierologici negativi Osservazione – HCV RNA positivo	V29.0 V02.6
NATO DA MADRE CON FEBBRE	diagnosi ostetrica	PCR – accertamenti microbiologici: negativi PCR – accertamenti microbiologici: positivi – terapia	V29.0 771.8
NATO DA MADRE CON MALATTIA INFETTIVA	anamnesi materna positiva	Non accertamenti Accertamenti sierologici negativi: osservazione/isolamento Accertamenti sierologici positivi: utilizzare codice diagnosi specifico per la patologia	V30.0- V29.0 Patologia specifica
NATO DA MADRE CON OLIGOIDRAMNIO	diagnosi ostetrica	Eco rene negativa – osservazione clinica Eco rene patologica – osservazione clinica: utilizzare codice diagnosi specifico per la patologia	V29.8 Patologia specifica
NATO DA MADRE CON PLACENTA PREVIA	diagnosi ostetrica	Non accertamenti Emocromo+reticulociti: negativi Emocromo+reticulociti: patologici (v. Anemia del neonato)	V30.0- V29.8 776.8
NATO DA MADRE CON POLIDRAMNIO	diagnosi ostetrica	Non accertamenti Osservazione con eco o Rx addome negativi Se condizione patologica: utilizzare codice diagnosi specifico per la patologia	V30.0 V29.8 Patologia specifica

SITUAZIONE CLINICA	CRITERI DI DIAGNOSI	PROFILI MINIMI DI DIAGNOSI E CURA	CODICE ICD9CM
NATO DA MADRE CON PROM > 18 h.	diagnosi ostetrica	Osservazione clinica – tamponi e PCR negativi Tamponi positivi e PCR negative – > monitoraggio infettivologico – eventuale trattamento Tamponi positivi e PCR positive – > trattamento	V29.8 761.1 771.8
NATO DA MADRE CON CMV IN GRAVIDANZA	anamnesi materna positiva	Accertamenti virologici negativi: osservazione Accertamenti virologici positivi	V29.0 771.1
NATO DA MADRE CON TOXO IN GRAVIDANZA	anamnesi materna positiva	Accertamenti sierologici e osservazione clinica Accertamenti sierologici, osservazione clinica e trattamento	V29.0 771.2
NATO DA MADRE CON VARICELLA IN GRAVIDANZA	insorgenza nella madre 5 gg prima o 2 gg dopo il parto	Isolamento ed osservazione – monitoraggio infettivologico – profilassi e/o trattamento	771.2
NATO DA MADRE CON TAMPONE POSITIVO PER STREPTOCOCCO GRUPPO B (AGALACTIAE)	anamnesi materna positiva	Osservazione clinica – tamponi o PCR negativi Tamponi positivi – > monitoraggio infettivologico – eventuale trattamento Segni clinici e/o laboratoristici indicativi d'infezione – > trattamento	V29.0 760.8 771.8
NATO DA MADRE DIABETICA	anamnesi materna positiva	Non accertamenti Glicemie seriate: normali Glicemie seriate: patologiche – > ulteriori accertamenti (ECG, ecocardio...)	V30.0- V29.8 775.0
NATO DA MADRE HBsAg POSITIVO	anamnesi materna positiva	Osservazione – immunoprofilassi attiva e passiva	V05.8
NATO DA MADRE IPERTESA o ECLAMPTICA	anamnesi materna positiva	Neonato asintomatico: non accertamenti Neonato asintomatico: osservazione clinica – emocromo – coagulazione Neonato sintomatico: emocromo – coagulazione – eco cerebrale: utilizzare codice diagnosi specifico per la patologia	V30.0- V29.8 Patologia specifica
NATO DA MADRE IPO/IPERTIROIDEA	anamnesi materna positiva	FT4 – TSH: normali FT4 – TSH: patologici – > ulteriori accertamenti – eventuale trattamento: utilizzare codice diagnosi specifico per la patologia	V29.8 Patologia specifica
NATO DA MADRE PIASTRINOPENICA	anamnesi materna positiva	Emocromo – coagulazione: normali Emocromo – coagulazione: patologici – > ulteriori accertamenti per trombocitopenia transitoria	V29.8 776.1
SOFFERENZA IN NATO DA TAGLIO CESAREO	se neonato apnoico o con gasping o se con FC <100/min	Rianimazione primaria (esclusa la semplice disostruzione delle vie aeree superiori e la breve somministrazione di O2) – osservazione clinica – Eq A/B – emocromo – glicemia – funzionalità renale – eco cerebrale	763.4
PIEDE TORTO	diagnosi clinica	Visita specialistica (ortopedica/fisiatrice)	754.7-
PIEDE VALGO	diagnosi clinica	Visita specialistica (ortopedica/fisiatrice)	754.6-
PIEDE VARO	diagnosi clinica	Visita specialistica (ortopedica/fisiatrice)	754.5-
POLICITEMIA	diagnosi clinica	Emocromo, Ht, glicemia: negativi Se neonato sintomatico: emocromo, glicemia, Ht > 65%+eventuale salasso e/o infusione	V29.8 776.4
SOFFERENZA FETALE DURANTE IL TRAVAGLIO	diagnosi ostetrica con pH funicolare < 7.20 e con BE funicolare < 10	Osservazione clinica, eq A/B, dxt + eventuale trattamento	768.3 + altre patologie (**)
SOFFIO CARDIACO	diagnosi clinica	ECG – visita cardiologica	V29.8+785.2

(*) Da non usare come Diagnosi principale, tranne nei rari casi in cui non sia possibile identificare la patologia primaria.

(**) I codici della categoria 768 possono essere utilizzati solo quando la patologia descritta (ipossia uterina e asfissia alla nascita) è associata ad altre malattie del neonato.

PROTOCOLLO ITTERO DEL NEONATO FISIOLOGICO

• al parto devono essere noti Gruppo ed Rh di ogni madre: Test di Coombs di ogni madre Rh negativa

• sul cordone di ogni neonato deve essere eseguita la determinazione del Gruppo Rh e Test di Coombs diretto

• se l'ittero è clinicamente rilevante occorre: verificare l'assenza dei fattori di rischio e l'anamnesi familiare eseguire prelievo per la determinazione della bilirubinemia totale (BT)

- inizio fototerapia se:
BT ≥ 10 mg/dl nelle prime 24 h.
BT ≥ 15 mg/dl tra 25-48 h.
BT ≥ 17 mg/dl oltre le 48 h.

• durata fototerapia: almeno 24 h.

• controlli in corso di fototerapia: BT ogni 24 h.
altri controlli di BT possono essere effettuati considerando il valore iniziale d'ingresso e l'andamento

• sospensione fototerapia: quando la BT è inferiore al valore limite per la giornata di vita (considerare la stabilità del valore di bilirubinemia)

• dopo la sospensione della fototerapia: ulteriori controlli di BT solo su indicazione clinica

• altri esami in corso di fototerapia: solo se coesiste specifica indicazione anamnestica, clinica e/o di laboratorio (incremento rapido della bilirubinemia)

• considerare exanguinotrasfusione se BT compresa tra 20 e 24.9 mg/dl, ponendo particolare attenzione all'incremento orario della bilirubina

• eseguire exanguinotrasfusione se BT ≥ 25 mg/dl e sospendere l'allattamento al seno durante la procedura

• prima di effettuare qualsiasi procedura (fototerapia, exanguinotrasfusione) è necessario informare i genitori circa la necessità, l'efficacia, la sicurezza di tali interventi

• non integrare con liquidi a scopo terapeutico

MALFORMAZIONI CONGENITE (Cap. 14, codd. 740-759)

Il termine congenito viene utilizzato per descrivere una condizione anomala già presente alla nascita, ancorché possa manifestarsi clinicamente in età più avanzata. Inoltre molte condizioni congenite non correggibili persistono per tutta la vita e, quindi, l'età del paziente non può essere un fattore determinante nell'assegnazione di questi codici (ad es. nel caso di paziente di 25 a. con cisti colloide del III ventricolo ds. del cervello, è opportuno assegnare il cod. 742.4 in quanto la cisti colloide è un problema congenito e l'età del paziente non influenza l'attribuzione del codice).

Le malformazioni congenite sono classificate secondo il sistema/apparato coinvolto ed in base alle localizzazioni d'organo. Se non è possibile descrivere in maniera specifica una malattia con un solo codice, si possono utilizzare codici aggiuntivi di manifestazione presenti anche in altri settori della classificazione.

Alcune malformazioni muscolo-scheletriche di origine meccanica avvenute durante la gestazione (ad es. malposizione uterina) sono classificate nella categoria 754; se invece l'anomalia è legata a traumi alla nascita, occorre utilizzare i codici della categoria 767 (Traumi ostetrici) del Capitolo 15 dedicato alle condizioni morbose del periodo perinatale.

In caso di ricovero per reflusso vescico-ureterale occorre assegnare il cod. 593.7-, come diagnosi principale, e poi il cod. 753.0 oppure 753.15, come diagnosi secondaria (in generale quindi la diagnosi principale è la patologia specifica trattata, seguita dal codice che ne definisce la natura congenita).

RIABILITAZIONE

Gruppo di lavoro istituito con d.d.g. n. 50596 del 3/12/1999

RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA

Situazione clinica	Codice ICD9CM	Evento indice
Neurolesioni: emiplegia in esiti di ictus cerebri	• 342.- (come I diagnosi) 438 (come II diagnosi)	Data ictus pregresso o data I diagnosi
sclerosi multipla atassia cerebrale atassia cerebellare patologia extrapiramidale patologia del SNPeriferico	• 340 • 331.89 • 334.- • 332.- oppure 333.0 • 353.- oppure 355.- oppure 357.-	
altro mal. delle cellule delle corna anteriori neuropatie perif. ereditarie distrofie muscolari e miopatie esiti di poliometelite	• 335.- • 356.- • 359.- • 138	
Patologia muscolo-scheletrica: postumi traumi sistema osteomuscolare e tess. connettivo	• 905.- (1) • 805.- oppure 809.- oppure 820.- o 829.- (2)	Data I diagnosi o data trauma o data interv. pregresso
sostituzioni articolari artrite reumatoide malattie diffuse del connettivo spondilite anchilosante ed altre spondilopatie infiammatorie altro	• V43.6- • 714.0 • 710.- • 720.-	
sindrome postlaminectomia stenosi canale vert. cervicale stenosi canale vert. lombare decadimento muscolare ed atrofia da inattività	• 722.8- • 723.0 • 724.02 • 728.2	
artrogriposi multipla congenita presenza postchirurgica di artrodesi altro stato postchirurgico (es. osteosintesi)	• 754.89 • V45.4 • V45.89	
Patologia midollare: consecutiva a traumi ³ frattura colonna vertebrale con lesione midollo spinale traumatismo midollo spinale senza segni lesione vertebrale - traumatismo cauda equina	• 806.- • 952.- • 952.4 • 344.1	Data I diagnosi o data trauma o data interv. pregresso
paraplegia (codice da utilizzare per lesioni non traumatiche, secondarie a tumori o a problemi vascolari) siringomielia siringomielocle con idrocefalo	• 336.0 • 741.0- • 344.8-	
Locked in state ed altro		

Situazione clinica	Codice ICD9CM	Evento indice
Stato vegetativo (di pz. a minima responsività con DRS \geq 12): di origine traumatica lacerazione e contusione cerebrale emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale altre e NAS emorragie intracraniche traumatismi intracranici di altra e non specificata natura di origine non traumatica	• 851.-6 oppure • 852.-6 oppure • 853.-6 oppure • 854.-6 • 780.03	Data I diagnosi o data trauma
Ricovero di pazienti in stato confusionale di tipo psicomotorio post coma/stato vegetativo, descritto dai livelli 4 e 5 della scala di valutazione internazionale LCF	• 293.1 (come I diagnosi) 907.0 (come II dia., se postumo di trauma cranico) 438 (come II dia., se postumo di malattia cerebrovascolare)	Data I diagnosi o data trauma

Per consentire una più completa descrizione dell'attività riabilitativa svolta devono essere utilizzati, negli appositi campi, anche i codici ICD9CM delle procedure.

Note:

- (1) Codici da utilizzare quando la diagnosi principale riguarda una frattura sufficientemente consolidata da **consentire** il carico per la deambulazione al momento del ricovero
- (2) Codici da utilizzare quando la diagnosi principale riguarda una frattura che per l'insufficiente consolidamento **non consente** il carico per la deambulazione al momento del ricovero
- (3) Allo scopo di distinguere e meglio rappresentare le diverse modalità di gestione dell'evento ricovero per questi trattamenti riabilitativi, si ritiene opportuno specificare che:
 - in caso di accesso per riabilitazione post-acuzie (entro 6 mesi dal trauma) occorre utilizzare i codici sopra riportati come diagnosi principale
 - in caso di accesso più lontano nel tempo (dopo 6 mesi) occorre assegnare in diagnosi principale, per entrambe le situazioni, il cod. 907.2 (postumi di traumatismo del midollo spinale) seguito dai rispettivi codd. 806.- o 952.-, identificativi della patologia che ha determinato il bisogno di trattamento riabilitativo.

I pazienti (adulti od in età pediatrica) affetti da esiti di lesioni del SNC (lesioni cerebrali o midollari di origine vascolare o traumatica) che sono stati sottoposti ad interventi di chirurgia funzionale **nell'ambito di un programma specifico di riabilitazione, finalizzato ad emendare o contenere le problematiche funzionali**, devono essere classificati con il codice idoneo a identificare in I diagnosi la patologia neurologica che necessita di trattamento riabilitativo, ed in II diagnosi il cod. V45.89 ad indicare la presenza di stato post-chirurgico.

NEURORIABILITAZIONE in età evolutiva

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Aberrazioni cromosomiche: sindrome di Down sindrome di Patau sindrome di Edwards sindrome di delezione autosomica altre da aberrazioni autosomiche (S. di Williams, Cornelia-Delange, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • 758.0 • 758.1 • 758.2 • 758.3 • 758.5
Disfunzioni metaboliche: disturbi metabolismo e trasporto aa. lipidosi mucopolisaccaridosi	<ul style="list-style-type: none"> • 270.- • 272.7 • 277.5
Esiti di infezione del SNC: postumi di meningite altre cause di encefalite malformazioni congenite del SNC	<ul style="list-style-type: none"> • 326 • 323.8 • 742.--
Ritardi mentali: ritardo mentale lieve ritardo mentale medio o grave	<ul style="list-style-type: none"> • 317 • 318.-
Ritardi specifici dello sviluppo	<ul style="list-style-type: none"> • 315.--
Disturbi psichici: psicosi con origine nell'infanzia anoressia nervosa sindrome di Gilles de la Tourette disturbi specifici del sonno reazioni di adattamento disturbi dell'emotività specifici di infanzia ed adolescenza sindrome ipercinetica dell'infanzia	<ul style="list-style-type: none"> • 299.-- • 307.1 • 307.23 • 307.4- • 309.- • 313.- • 314.-
Disturbi sensoriali: ambliopia cecità e ipovisione strabismo ed altri disturbi dei movimenti binoculari nistagmo ipoacusia e sordità	<ul style="list-style-type: none"> • 368.0- • 369.- • 378.- • 379.5- • 389.-

RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Dopo infarto miocardico acuto (IMA): entro le 8 settimane oltre le 8 settimane	<ul style="list-style-type: none"> • 410.-2 • 414.8
Ricovero riabilitativo immediatamente successivo a chirurgia cardiaca: (1) chirurgia valvolare cardiaca bypass aorto-coronarico chirurgia valvolare+bypass aorto-coronarico trapianto cardiaco rivascolarizzazione coronarica non chirurgica (PTCA con o senza stent)	<ul style="list-style-type: none"> • 429.4 (come I diagnosi) V43.3 (come II diagnosi) V45.81 (come II diagnosi) V43.3 e V45.81 (come II dia.) V42.1 (come II diagnosi) V45.82 (come II diagnosi)

Note:

Si precisa che per una più completa descrizione dell'attività riabilitativa svolta deve essere utilizzato, nel campo relativo alle procedure, il cod. 93.36 (Riabilitazione cardiologica).

- (1) In caso di ricovero **per follow-up riabilitativo**, senza specifica indicazione clinica, a seguito di:
- trapianto cardiaco utilizzare il **cod. V42.1 in diagnosi principale**
 - tutti gli altri casi su menzionati utilizzare il **cod. V67.0 in diagnosi principale**.

RIABILITAZIONE RESPIRATORIA

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Malattia cronico ostruttiva: bronchite cronica mucopurulenta bronchite cronica ostruttiva enfisema asma bronchiale bronchiectasia fibrosi cistica	<ul style="list-style-type: none"> • 491.1 • 491.2- • 492.- • 493.90 • 494 • 277.00

Situazione clinica	Codice ICD9CM
Malattie interstiziali: postumi tubercolosi dell'app. respiratorio antracossilicosi asbestosi altre pneumoconiosi da silice e silicati pneumoconiosi da altre polveri inorganiche pneumoconiosi non specificata condizioni morbose respiratorie cr. da fumi e vapori fibrosi polmonari da radiazioni fibrosi polmonare postinfiammatoria pneumopatie alveolari e parietoalveolari polmonite reumatica complicazioni polmonari in sclerosi sistemica complicazioni polmonari in mal. classificate altrove polmonite reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> • 137.0 • 500 • 501 • 502 • 503 • 505 • 506.4 • 508.1 • 515 • 516.- 517.1 (codificare per prima la malattia di base) 517.2 (codificare per prima la malattia di base) 517.8 (codificare per prima la malattia di base) • 714.81
Insufficienza respiratoria cronica e postacuta e/o riacutizzata	<ul style="list-style-type: none"> • 518.81 (come I diagnosi) (1)
Malattie neuromuscolari, patologie del diaframma e della parete toracica (in assenza di insufficienza respiratoria): distrofie muscolari (con interessamento dei muscoli respiratori) miastenia paralisi diaframmatica scoliosi grave e cifoscoliosi Sclerosi Laterale Amiotrofica	<ul style="list-style-type: none"> • 359.0 oppure.1 oppure.2 oppure.8 • 358.0 • 519.4 • 737.3- • 335.2-
Riabilitazione respiratoria pre e post intervento chirurgico: esercizi respiratori pre intervento insufficienza polmonare successiva a trauma o ad intervento chirurgico (compresa riabilitazione per trapianto di polmone)	<ul style="list-style-type: none"> • V57.0 • 518.5 (2)

Note:

- (1) Codificare come diagnosi secondaria la malattia alla base della insufficienza respiratoria
 (2) Codificare come diagnosi secondaria la malattia che ha condizionato l'intervento chirurgico.

— • —

NEFROLOGIA

In collaborazione con sezione Lombarda SIND

ALCUNI PROBLEMI DI NEFROLOGIA

Situazione clinica	Codice ICD9CM (diagnosi)	Codice ICD9CM (interventi)
Ricovero per solo trattamento di dialisi: extracorporea (dialisi renale SAI) altre dialisi (dialisi peritoneale) utilizzare un codice aggiuntivo per identificare la patologia associata	<ul style="list-style-type: none"> • V56.0 • V56.8 	<ul style="list-style-type: none"> • 39.95 • 54.98
Ricovero con trattamento di dialisi renale e solo per : revisione o sostituzione di catetere revisione di shunt artero-venoso rimozione di shunt artero-venoso	<ul style="list-style-type: none"> • V56.1 	39.95 <ul style="list-style-type: none"> • 39.94 • 39.42 • 39.43
Ricovero con trattamento di dialisi peritoneale e solo per: inserzione di catetere permanente rimozione di catetere x drenaggio peritoneale incisione della parete addominale x infezione catetere	<ul style="list-style-type: none"> • V56.1 	54.98 <ul style="list-style-type: none"> • 54.93 • 97.82 • 54.0
Ricovero senza trattamento di dialisi renale e solo per: revisione o sostituzione di catetere revisione di shunt artero-venoso rimozione di shunt artero-venoso	<ul style="list-style-type: none"> • V45.1 	<ul style="list-style-type: none"> • 39.94 • 39.42 • 39.43
Ricovero senza trattamento di dialisi renale e ricovero con trattamento di dialisi renale per: shunt artero-venoso con cannula intersale creazione di fistola arteriovenosa (FAV) periferica inserzione protesi vascolare inserzione dispositivo per accesso vascolare totalmente impiantabile preparazione di vena per incannulamento inserzione catetere venoso	<ul style="list-style-type: none"> • 584. – o 585 • V56.0 	39.95 <ul style="list-style-type: none"> • 39.93 • 39.27 • 39.29 • 86.07 • 38.94 • 38.95
FAV con interposizionamento di stent: senza esecuzione di dialisi renale con esecuzione di dialisi renale	<ul style="list-style-type: none"> • 584. – o 585 • V56.0 	<ul style="list-style-type: none"> • 39.27 e 39.90 39.95
Protesi vascolare con interposizionamento di stent: senza esecuzione di dialisi renale con esecuzione di dialisi renale	<ul style="list-style-type: none"> • 584. – o 585 • V56.0 	<ul style="list-style-type: none"> • 39.29 e 39.90 39.95
Ricovero per insufficienza renale cronica (in caso di riacutizzazione e rivalutazione del paziente)	<ul style="list-style-type: none"> • 585 (come I diagnosi) 	
Ricovero per trombosi arterovenosa (causata da protesi, impianti o innesti per dialisi renale) di paziente in stato di dialisi	<ul style="list-style-type: none"> • 996.73 	Eventuali specifiche procedure
Prelievo di rene (nephrectomia) da donatore vivente	<ul style="list-style-type: none"> • V59.4 	<ul style="list-style-type: none"> • 55.51 oppure • 55.52 oppure • 55.54

PROBLEMATICHE VARIE

Situazione clinica	Codice ICD9CM (diagnosi)	Codice ICD9CM (interventi)
Varicocele	<ul style="list-style-type: none"> • 456.4 	<ul style="list-style-type: none"> • 99.29 in caso di iniezione di agenti sclerosanti per via percutanea retrograda, associare il cod. 88.67 • 63.1 in caso di legatura dei vasi spermatici a qualunque livello se per via laparoscopica associare il cod. 54.21 • 61.99 in caso di sclerosi transrotale anterograda previa incisione dello scroto, associare il cod. 99.29
Trattamento di tumori epatici in radiologia interventistica	<ul style="list-style-type: none"> • 155. – oppure 197.7 	<ul style="list-style-type: none"> • 99.85 e 88.76 in caso di termoablazione percutanea con radiofrequenza sotto guida ecografica • 50.94 e 99.25 in caso di chemoembolizzazione, associare eventuale cod. 38.91 o cod. 88.47 • 50.91 e 50.94 e 99.29 in caso di alcolizzazione