LE LINEE GUIDA DI CODIFICA DELLA SDO RIABILITATIVA
(Proposte per l'utilizzo dei codici ICD-9-CM)

Dr Maurizio Maini – Fisiatra
Senior Fellow of European Board of Physical and Rehabilitation Medicine
Direttore Sanitario Ospedale San Giacomo - Ponte dell'Olio (PC)

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2251_allegato.pdf

MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE, DEI TRAUMATISMI, DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

VERSIONE ITALIANA DELLA ICD-9-CM
"International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification"
2007

Modifica Vista Documento Strumenti Finestra ?
2 / 7 100% Trova

I capitoli in cui si articola la classificazione riflettono i due assi principali: il criterio eziologico determina i cosiddetti capitoli speciali (malattie infettive, malattie costituzionali e generali, malattie dello sviluppo, traumi); il criterio anatomico determina i capitoli cosiddetti locali, ovvero riferiti ad una specifica sede anatomica. In generale il criterio eziologico prevale su quello anatomico, per cui le condizioni morbose sono in via prioritaria classificate in uno dei capitoli speciali.

La maggior parte dei codici ICD-9-CM è di tipo numerico, mentre le classificazioni supplementari contengono codici alfanumerici. Tutti sono composti da tre, quattro o cinque caratteri ed ognuno ha una specifica descrizione. In particolare, i codici presenti nella ICD-9-CM relativi alle *diagnosi* sono costituiti da caratteri numerici o alfanumerici, in numero di tre, quattro o cinque; quando sono necessari più di tre caratteri, un punto decimale è interposto tra il terzo e il quarto carattere. I codici ICD-9-CM relativi alle *procedure* sono costituiti esclusivamente da caratteri numerici, in numero di due, tre o quattro, con un punto decimale interposto tra il secondo e il terzo carattere.

La classificazione contiene oltre 12.400 codici finali di diagnosi e circa 3.700 codici finali di procedure, ed integra tutti gli aggiornamenti ufficiali pubblicati dall'ottobre 1986 all'ottobre 2006.

LA STRUTTURA DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM

Il sistema ICD-9-CM contiene due classificazioni, una per le malattie ed una per le procedure, ciascuna delle quali è costituita da un indice alfabetico e da un elenco sistematico; si configurano così le seguenti quattro parti:

- *indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi*
- *elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi*
- *indice alfabetico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche*
- *elenco sistematico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche*

Inoltre sono presenti due classificazioni supplementari:

- la classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V)
- la classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codici E)

L'indice alfabetico e l'elenco sistematico delle due classificazioni sono concepiti per integrarsi a vicenda: i singoli termini clinici, di patologia o procedura, si ricercano negli indici alfabetici e la correttezza dei codici attribuiti viene quindi verificata con tutte le indicazioni accessorie riportate nei relativi elenchi sistematici.

Modifica Vista Documento Strumenti Finestra ?
4 / 83 100% Trova

2. INTRODUZIONE

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è parte integrante della cartella clinica di cui assume le stesse valenze di carattere medico legale; le informazioni in essa rilevate devono essere rigorosamente congruenti con quelle presenti nella cartella clinica.

La cartella clinica ospedaliera costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente. Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nel presidio, conseguentemente coincide con la storia della degenza del paziente all'interno del presidio. La cartella clinica ospedaliera segue il paziente nel suo percorso all'interno del presidio, fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.

La responsabilità della corretta compilazione della SDO compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso.

La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dal medico responsabile della dimissione oppure da personale sanitario, individuato dal direttore sanitario. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato.

Il direttore sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche, in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.

Modifica Vista Documento Strumenti Finestra ?
5 / 83 100% Trova

In caso di ricovero diurno, la cartella clinica e la corrispondente SDO devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero trattamento; ogni singolo accesso del paziente è conteggiato come una giornata di degenza, la data di ammissione e la data di dimissione corrispondono rispettivamente alla data del primo e dell'ultimo contatto con la struttura ospedaliera.

L'invio dei dati di day hospital deve rispettare regole omogenee per le aziende, si ricorda la necessità di chiudere la SDO all'ultimo accesso e di inviare i dati in Regione rispettando le scadenze e il ritardo al massimo di un trimestre. Per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero continuare nell'anno successivo, la cartella clinica e la corrispondente SDO devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, e dar luogo a una nuova cartella e a una nuova SDO che si riaprono il 1° gennaio dell'anno successivo. Relativamente al day hospital medico è importante compilare il campo "Altri interventi e/o procedure".

A partire dai dimessi del 1° gennaio 2017, così come stabilisce il decreto ministeriale, il trasferimento interno del paziente da un reparto acuto a uno di riabilitazione o lungodegenza (codici disciplina '28', '56', '60' e '75') o viceversa, comporterà la sua dimissione e successiva riammissione. In questi casi ci saranno due SDO e due cartelle cliniche. Per i ricoveri a cavaliere misti (acuto + post acuto) , con data di ammissione antecedente il 2017 e data dimissione 2017, convenzionalmente si opererà una chiusura al 31/12/2016 e una nuova apertura della SDO con data ammissione 01/01/2017 con tutte le informazioni richieste dal seguente disciplinare.

Altre importanti novità del decreto ministeriale sono l'inserimento delle variabili codice fiscale chirurgo, anestesista e check list. Quindi i modelli organizzativi che si stanno diffondendo, rappresentati dall'erogazione di attività da parte di equipe non appartenenti allo stabilimento di ricovero del paziente, fino ad oggi non tracciati nei sistemi informativi, grazie all'introduzione degli identificativi chirurghi/anestesisti saranno ben rappresentati.

Modifica Vista Documento Strumenti Finestra ?
6 / 83 100% Trova

Inoltre è prevista la possibilità di inserire nella SDO le prestazioni erogate al di fuori del Presidio dove è degente il paziente (Service), segnalando nel tracciato SDO tutte le informazioni relative (presidio, stabilimento, reparto, intervento, ora intervento, codice fiscale del chirurgo e dell'anestesista, check list).

Con il recepimento degli obblighi normativi previsti dal DM, si è ritenuto opportuno inserire delle scale di valutazione della disabilità e della complessità clinico-riabilitativa dei pazienti ricoverati in regime ordinario in tutti i reparti di riabilitazione e lungodegenza delle strutture pubbliche e private della Regione, sia all'ingresso che alla dimissione, in modo di disporre di informazioni ulteriori utili ai fini della valutazione della complessità clinico-assistenziale e degli esiti dei trattamenti erogati. Viste le specifiche peculiarità della riabilitazione respiratoria e cardiologica e delle alte specialità riabilitative (codice 75 adulti e codice 28), sono state previste ulteriori apposite scale di valutazione, oltre alle informazioni relative alla data dell'evento acuto ed alla specificazione dell'eziologia sottesa all'alta specialità riabilitativa o all'ictus ischemico acuto. Non di minore importanza l'opportunità di potere definire la presa in carico riabilitativa precoce nella SDO Acuti per tutti i ricoveri ordinari che avranno nel percorso di continuità assistenziale anche un ricovero ordinario in reparto post-acuto.

3.2 *Descrizione dei tracciati*

Nel rispetto del Decreto Legislativo 196 del 30/6/2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e successive modifiche, la rilevazione è sempre costituita da 2 file:

Dati del paziente (File 1) che comprende i dati anagrafici del paziente.

Dati riguardanti il ricovero (File 2) che contiene tutte le informazioni specifiche della scheda di dimissione comprese le informazioni sui trasferimenti, diagnosi, interventi e controlli.

Modifica Vista Documento Strumenti Finestra ?
74 / 83 100% Trova

7.3 Tabella 3 - Codici delle diagnosi secondo la codifica ICD-9-CM

Le diagnosi sono consultabili attraverso il seguente link:

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/patologie/

Le informazioni sulla sottocategoria, range di età, compatibilità con il genere, ammissibilità come patologia principale, flag codici_E sono utilizzate per validare le SDO.

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

DIAGNOSI SECONDARIE.
Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: procedure diagnostiche eseguite, trattamento terapeutico, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.
Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate.
Per le informazioni relative alle regole di selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie si rimanda alle *Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera* disponibili sul sito internet della SDO nell'area Documentazione (http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/sdo).

DIAGNOSI PRESENTI AL RICOVERO (0=NO 1=SI)
Indicare con '1' se le diagnosi erano presenti al momento del ricovero oppure diagnosticate successivamente all'ammissione, ma comunque preesistenti e non insorte durante il ricovero.
Codificare con '0' le diagnosi relative a complicanze insorte nel corso del ricovero.

Modifica Vista Documento Strumenti Finestra ?
69 (1 di 3) 75% Trova

1. Ricoveri di Riabilitazione post-acuzie

Per i casi in cui la riabilitazione post-acuzie avvenga in un ricovero successivo a quello relativo all'evento acuto, si è definita una finestra temporale massima di 0-30 giorni tra i due ricoveri. La descrizione di tali casi prevede l'utilizzo, di norma, del codice di postumo in diagnosi principale; quando non sia possibile disporre di un codice di postumo si utilizza un codice di patologia. Tra le diagnosi secondarie va segnalato il codice di riabilitazione V57._ _ (dove previsto utilizzare la quinta cifra). Nel caso in cui la fase acuta e quella riabilitativa rientrano in un unico ricovero, la descrizione di tali casi prevede l'utilizzo del codice di patologia acuta in diagnosi principale e tra le secondarie il codice V57._ _ di riabilitazione.

2. Ricoveri elettivi di mantenimento per l'attività riabilitativa

Per questi casi che non sono in diretta connessione con l'evento acuto e l'intervallo temporale tra i due ricoveri (ricovero acuto - ricovero riabilitativo) è superiore a 30 giorni, la codifica è la seguente: codice V57._ _ in diagnosi principale e in diagnosi secondaria il codice di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo.

Si precisa che per una più completa descrizione dell'attività riabilitativa svolta devono essere utilizzati, negli spazi relativi alle procedure, anche i codici ICD-9-CM 2007 di procedura.

Di seguito si riportano i codici di postumo ed altri codici che assumono la stessa valenza da utilizzare in diagnosi principale per la descrizione dei casi trattati durante il ricovero di riabilitazione post-acuzie di cui al punto 1:

- **Malattie infettive e parassitarie**
  - **137._** *Postumi della tubercolosi*
  - **138** *Postumi della poliomielite acuta*
  - **139._** *Postumi di altre malattie infettive e parassitarie.*

- **Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi**
  - **326** *Postumi di ascesso o di infezione da piogeni intracranici.*

- **Riabilitazione post-chirurgica per asportazione di lesione a carico del SNC**
  - **349.89** *Altri specificati disturbi del Sistema Nervoso.*

- **Malattie del sistema circolatorio**
  - **438._ _** *Postumi di malattie cerebrovascolari*
  - **410._2** *Infarto miocardico acuto,* tale codice va utilizzato per descrivere i casi di riabilitazione cardiologica post-IMA, entro le otto settimane.
  - **412** *Infarto miocardico pregresso*, tale codice va utilizzato per descrivere i casi di riabilitazione cardiologica post-IMA, dopo le otto settimane.

- **Riabilitazione cardiologica post-chirurgica:**
  - **V42.2** *Valvola cardiaca sostituita da trapianto*

Modifica Vista Documento Strumenti Finestra ?
70 (2 di 3) 75% Trova

- **Malattie dell'apparato respiratorio**
  518.5 *Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico*
  Questo codice va utilizzato per la riabilitazione respiratoria post-intervento chirurgico.

  V55.0 *Controllo di tracheostomia*
  Questo codice va utilizzato per la riabilitazione in pazienti che hanno subito un intervento di tracheostomia.

  La riabilitazione effettuata per le patologie polmonari croniche prevede l'utilizzo dei rispettivi codici di patologia.

- **Terapia fisica riabilitativa**
  905._ *Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo*
  907._ *Postumi di traumatismi del sistema nervoso.*

- **Riabilitazione post-chirurgica per sostituzione di protesi articolare:**
  V43.6_ *Articolazione sostituita con altri mezzi.*

Si riportano di seguito alcuni esempi di codifica esplicativi per i Ricoveri di Riabilitazione Post-Acuzie, di cui al punto 1:

A) Ricovero per trattamento riabilitativo post-acuto, finestra temporale 0-30 giorni, per un paziente con ***pregresso ictus o emorragia cerebrale***.
Diagnosi principale: 438._ _ *Postumi di malattia cerebrovascolare* (completare il codice con la 4° o 5° cifra)
altra diagnosi: V57._ _ *Cure* riabilitative (completare il codice con 4ª o 5ª cifra)
altra diagnosi: *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
intervento/procedura 93._ _ *Trattamento Riabilitativo* (completare con 3ª e 4ª cifra).
Si ricorda che il tipo di trattamento riabilitativo deve essere indicato negli appositi campi interventi/procedure della SDO; utilizzando i codici della rubrica 93 che indicano i trattamenti riabilitativi e procedure correlate (completare i codici con la quarta cifra).

B) Ricovero per trattamento riabilitativo post-intervento chirurgico di ***sostituzione di valvola cardiaca***, finestra temporale 0-30 giorni.
Diagnosi principale: V42.2 *Valvola cardiaca sostituita da trapianto (biologica)*
Oppure V43.3 *Valvola cardiaca sostituita da altri mezzi (sintetica)*
altra diagnosi: V57._ _ *Cure riabilitative* (completare il codice con 4ª o 5ª cifra)
altra diagnosi: *codice di eventuale danno residuale o sequela*
altra diagnosi: *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
intervento/procedura: 93._ _ *Trattamento Riabilitativo* (completare con 3ª e 4ª cifra).

C) Ricovero per trattamento riabilitativo post intervento chirurgico di ***by-pass aortocoronarico o di sostituzione di altro vaso arterioso*** (aorta), finestra temporale 0-30 giorni.
Diagnosi principale: V43.4 *Vaso sostituito con altri mezzi*

Modifica Vista Documento Strumenti Finestra ?
71 (3 di 3) 75% Trova

D) Ricovero per trattamento riabilitativo ***post- trauma del sistema osteomuscolare o del sistema nervoso***, finestra temporale 0-30 giorni.

Diagnosi principale:	905._	*Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo* (completare il codice con la 4ª cifra)
oppure	907._	*Postumi di traumatismi del sistema nervoso* (completare il codice con la 4ª cifra)
altra diagnosi:	V57._ _	*Cure riabilitative* (completare il codice con 4ª o 5ª cifra)
altra diagnosi		*codice di eventuale danno residuale o sequela*
altra diagnosi		*codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
intervento/procedura	93._ _	*Trattamento Riabilitativo* (completare con 3ª e 4ª cifra).

E) Ricovero per trattamento riabilitativo post intervento chirurgico di ***sostituzione di protesi articolare***, finestra temporale 0-30 giorni.

Diagnosi principale:	V43.6_	*Organo o tessuto sostituito con altro mezzi* (protesi articolare:completare il codice con la quinta cifra)
altra diagnosi:	V57._ _	*Cure riabilitative* (completare il codice con 4ª o 5ª cifra)
altra diagnosi:		*codice di eventuale danno residuale o sequela*
altra diagnosi:		*codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
intervento/procedura	93._ _	*Trattamento Riabilitativo* (completare con 3ª e 4ª cifra).

F) Ricovero per trattamento riabilitativo di tipo respiratorio ***post- intervento chirurgico o post trauma degli organi dell'apparato respiratorio***, finestra temporale 0-30 giorni.

Diagnosi principale:	518.5	*Insufficienza polmonare post-trauma o post- intervento chirurgico*
altra diagnosi:	V57._ _	*Cure riabilitative* (completare il codice con 4ª o 5ª cifra)
altra diagnosi:		*codice di eventuale danno residuale o sequela*
altra diagnosi:		*codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
intervento/procedura:	93._ _	*Trattamento Riabilitativo* (completare con 4ª e 5ª cifra).

G) Ricovero per trattamento riabilitativo in paziente **tracheostomizzato**, finestra temporale 0 – 30 giorni.

Diagnosi principale:	V55.0	*Controllo di tracheostomia*
altra diagnosi:	V57._ _	*Cure riabilitative* (completare il codice con 4ª o 5ª cifra)
altra diagnosi:		*codice di altra eventuale condizione morbosa*
intervento/procedura:	93._ _	*Trattamento Riabilitativo* (completare con 3ª e 4ª cifra).

H) Ricovero per trattamento riabilitativo ***post-asportazione di meningioma cerebrale (o altre lesioni a carico del SNC),*** finestra temporale 0-30 giorni.

Diagnosi principale:	349.89	*Altri specificati disturbi del Sistema Nervoso*
altra diagnosi:	V57._ _	*Cure riabilitative* (completare il codice con 4ª o 5ª cifra)
altra diagnosi:		*codice di eventuale danno residuale o sequela*
altra diagnosi:		*codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
intervento/procedura:	93._ _	*Trattamento Riabilitativo* (completare con 3ª e 4ª cifra).

NB: nei rari casi in cui l'aspetto patologico da codificare non rientri negli esempi sopra riportati,

Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Tabella Finestra ?
Digitare una domanda.
100% Lettura
Normale + Grass Times New Roman 12

MDC8

Diagnosi principale

9053-4-5-8-9 (Postumi fratture escluse arti superiori, amputazione traumatica)
V4364-5 (Protesi anca, ginocchio)

Diagnosi secondarie

Menomazioni come

- Rigidità articolare 718.4
- Atrofia muscolare da disuso 728.2
- Dolore (es postoperatorio= 338.18)

Interagenti/disabilitanti per esempio: sempre in ambito MDC8 AR 714.0… o in altro ambito per esempio MDC1 Parkinson 332.0

Interagenti pure

Diabete scompensato

MDC1

Diagnosi principale

438 (codice di patologia, 357**, 340, 332*)

Diagnosi secondarie

Menomazioni come

- Deficit cognitivi
- Disfagia
- Afasia
- Spasticità
- Emipllegia (flaccida o spastica/ dominante non dominante)

Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Tabella Finestra ?
Digitare una domanda.
100% Lettura
Normale + 12 pt, Calibri 12

CONDIZIONE	MDC ATTUALE	SET CODICI 1° DIAGNOSI	CODICI DI "COMPLESSITA'" 728.2 338.18 338.28 (validi per tutti MDC)	CODICI DI "GRAVITA'" Malattie infettive interferenti con attuazione Progetto Riabilitativo 707.0 _	Eventuali criteri per inserire in 1° diagnosi il cod V57 _ _ Intervallo fra dimissione da acuto e ricovero riabilitativo superiore a 30 giorni
Mal cerebrovascolari	1	438_ _	V48.1 438.0 438.11 438.81 438.82 438.84 781.8 V44.0 V44.1		
Mal degenerative snc	1	332.0 332.1 340	596.5 _		
Altre condizioni neurologiche	1	907.0 907.2 907.5 344._ _	596.5 _		

Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Tabella Finestra ?
Digitare una domanda.
Default + 10 pt, Tahoma 10 G C S 75% Lettura

ELENCO SINTETICO DEI CODICI ICD-9-CM UTILIZZABILI IN SDO RIABILITATIVA

Le direttive regionali prevedono l'utilizzo come 1° codice sulla SDO alla dimissione il codice relativo ai **postumi** laddove esso esista, e di utilizzare invece il codice di patologia laddove non ne esista uno specifico per postumi. Quando la dimissione da reparto per acuti è avvenuta da più di 30 giorni, la diagnosi principale è **V5789.**
N.B.:nell'elenco sotto riportato la presenza di trattino basso (_) all'interno o alla fine di un codice, indica la necessità di aggiungere un ulteriore numero che caratterizza maggiormente il codice in questione; senza l'aggiunta di tale numero, il Sistema Centralizzato non consente di utilizzare il codice.

Codici utilizzabili come prima diagnosi in Riabilitazione Neurologica

POSTUMI DI MALATTIA CEREBROVASCOLARE	
emiplegia destra (dell'emisfero dominante)	**438.21**
emiplegia sinistra (dell'emisfero non dominante)	**438.22**
altro postumo di malattia cerebrovascolare	**438.89**
monoplegia arto inferiore destro (emisfero dominante)	**438.41**
monoplegia arto inferiore sinistro (emisfero non dominante)	**438.42**
altra sindrome paralitica bilaterale	**438.53**
danno anossico cerebrale	**997.01**

POSTUMI DI SINDROMI PARALITICHE DI ORIGINE NON CEREBROVASCOLARE	
emiplegia destra, normotonica	**342.81**
emiplegia destra, spastica	**342.11**
emiplegia destra, flaccida	**342.01**
emiplegia sinistra, normotonica	**342.82**
emiplegia sinistra, spastica	**342.12**
emiplegia sinistra, flaccida	**342.02**
monoplegia dell'arto inferiore a sede emisferica non specificata	**344.30**
monoplegia dell'arto inferiore dell'emisfero dominante	**344.31**
monoplegia dell'arto inferiore dell'emisfero non dominante	**344.32**
postumi asportazione lesione a carico del SNC (meningioma o altro)	**349.89**

Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Tabella Finestra ?
Digitare una domanda.
75% Lettura
Default + 10 pt, Tahoma 10

PATOLOGIE MIDOLLARI	
mielopatia vascolare	**336.1**
quadriplegia o tetraparesi post-traumatica	**344.0 _**
paraplegia post-traumatica	**344.1**
postumi di traumatismi del midollo spinale	**907.2**

Codici utilizzabili come prima diagnosi in Riabilitazione Ortopedica

postumi di fratture della colonna vertebrale, del tronco, e del bacino (senza mielolesione)	**905.1**
postumi di frattura del collo femorale	**905.3**
postumi di frattura agli arti inferiori	**905.4**
postumi di fratture multiple non specificate	**905.5**
Postumi di amputazione traumatica (arto inferiore qualunque livello)	**905.9**
Sostituzione di articolazione dell' anca	**V43.64**
Sostituzione di articolazione del ginocchio	**V43.65**
Sostituzione di articolazione della caviglia	**V43.66**

Codici utilizzabili come prima diagnosi in Riab. Cardiovascolare

Valvola cardiaca sostituita da trapianto	**V42.2**
Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi	**V43.3**
Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi	**V43.4**
Scompenso cardiaco con recente episodio di riacutizzazione	**428. _ _**
Dissezione dell'aorta	**441.0_**
Aneurisma aortico	**441.9**
Infarto miocardio acuto, episodio successivo di assistenza (entro 8 settimane dall'esordio)	**410._2**

Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Tabella Finestra ?
Digitare una domanda.
75% Lettura
Default + 10 pt, Tahoma 10

DIAGNOSI SECONDARIE NEUROLOGICHE

deficit cognitivo	**438.0**
afasia	**438.11**
disfasia	**438.12**
monoplegia arto superiore destro (emisfero dominante)	**438.31**
monoplegia arto superiore sinistro (emisfero non dominante)	**438.32**
aprassia	**438.81**
atassia	**438.84**
disfagia (origine cerebrovascolare)	**438.82**
neglect, agnosia, inattenzione	**781.8**
disartria	**784.5**
disfagia (origine non cerebrovascolare)	**787.2**

demenza senile, non complicata	**290.0**
demenza presenile	**290.1** _
demenza vascolare non complicata	**290.40**
demenza vascolare con delirium	**290.41**
malattia di Alzheimer	**331.0**
atassia cerebellare	**334.3**
atassia da altra causa	**781.3**
disturbi dell'andatura	**781.2**
idrocefalo comunicante	**331.3**
lesione del plesso brachiale	**353.0**
lesione del plesso lombosacrale	**353.1**
lesione nervo SPE	**355.3**
lesione nervo SPI	**355.4**
lesione nervo femorale	**355.2**
coma	**780.01**
sopore, stupor	**780.09**
depressione nevrotica	**300.4**
occlusione o stenosi carotidea (senza infarto cerebrale)	**433.10**
occlusione o stenosi carotidea (con infarto cerebrale)	**433.11**
incontinenza urinaria non specificata	**788.30**
incontinenza urinaria da urgenza allo stimolo	**788.31**
incontinenza mista (stimolo e stress)	**788.33**
incontinenza senza consapevolezza sensoriale	**788.34**
presenza di tracheostomia	**V44.0**
presenza di PEG o gastrostomia	**V44.1**

Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Tabella Finestra ?
Digitare una domanda.
75% Lettura
Default + 10 pt, Tahoma 10

DIAGNOSI SECONDARIE ORTOPEDICHE

Artrite reumatoide	**714.0**
Lupus eritematoso sistemico	**710.0**
Polimiosite	**710.4**
Artropatie da agenti infettivi	**711. _ _**
Polimialgia reumatica	**725**
Sclerosi sistemica	**710.1**
Osteoartrosi generalizzata a sedi multiple	**715.09**
Condromalacia della rotula	**717.7**
Lussazione recidivante della spalla	**718.31**
Rigidità articolare	**718.4_**
Instabilità articolare di ginocchio	**718.86**
Versamento articolare di ginocchio	**719.06**
Lesioni del menisco	**717. _ _**
Stenosi del canale vertebrale	**724.0_**
Sindrome della cuffia dei rotatori	**726.1_**
Paraosteoartropatia (ossificazione muscolare)	**728.10**
Lassità dei legamenti	**728.4**
Rottura tendinea di origine non traumatica	**727.6_**
Rottura tendinea di origine traumatica	**905.8**
Osteoporosi senile	**733.01**
Osteoporosi idiopatica	**733.02**
Algoneurodistrofia	**733.7**
Difetto di consolidazione di frattura (pseudoartrosi)	**733.82**
Postumi di lussazioni	**905.6**
Postumi di distorsioni senza rotture tendinee	**905.7**
Lussazione protesi	**996.77**
Infiammazione/infezione della protesi	**996.66**
Mobilizzazione/rottura mezzi di fissazione o di innesti ortopedici interni	**996.4_**
Osteomielite	**730.2_**
sindrome post-laminectomia lombare	**722.83**
Postumi protesi spalla	**¥43.61**
Discite lombo-sacrale	**722.93**
Complicanze su moncone d'amputazione	**997.6_**
Sindrome dell'arto fantasma	**353.6**
Altre complicazioni specificate di interventi, non classificati altrove	**998.8**
Ferita chirurgica non cicatrizzata	**998.83**
Fistola post-operatoria persistente non classificata altrove	**998.6**
Emorragia o ematoma complicante un intervento non classificate altrove	**998.1**

Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Tabella Finestra ?
Digitare una domanda.
75% Lettura
Default + 10 pt, Tahoma 10 G C S

DIAGNOSI SECONDARIE GENERALI

Diabete mellito tipo 2 (non i.d.), con complicanze neurologiche	**250.60**
Diabete mellito tipo 1 (i.d.), con complicanze neurologiche	**250.61**
Diabete mellito tipo 2 (non i.d.), scompensato	**250.02**
Diabete mellito tipo 1 (i.d.), scompensato	**250.03**
Malnutrizione	**263._**
Disidratazione	**276.51**
Acidosi	**276.2**
Ipopotassiemia	**276.8**
Ipercolesterolemia	**272.0**
Dislipidemia	**272.2**
Etilismo	**303.9**
Obesità' non specificata	**278.00**
Anemia ferro carenziale da perdita ematica cronica	**280.0**
Anemia post emorragica	**285.1**
Broncopolmonite (focolaio)	**485**
Bronchite cronica ostruttiva (BPCO) non riacutizzata	**491.20**
Bronchite cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata	**491.21**
Polmonite da aspirazione di cibo o vomito (ab ingestis)	**507.0**
Versamento pleurico	**511.9**
Insufficienza respiratoria	**786.09**
TVP della vena femorale (superficiale/profonda)	**451.11**
TVP della vena poplitea/tibiale	**451.19**
TVP della vena iliaca	**451.81**
Sindrome post-flebitica	**459.1**
Ipotensione ortostatica	**458.0**
Cirrosi epatica	**571.5**
Insufficienza renale cronica	**586**
Cistite acuta	**595.0**
Infezione del sistema urinario sito non specificato	**599.0**

Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Tabella Finestra ?
Digitare una domanda.
75% Lettura
Default + 10 pt, Tahoma 10

Vescica a bassa compliance	**596.52**
Vescica dissinergica (sfintero-detrusoriale)	**596.55**
Vescica con instabilità del detrusore	**596.59**
Ipertrofia prostatica benigna con ostruzione urinaria e altri sintomi basse vie urinarie (LUTS)	**60001**
Ulcera da decubito	**707.0_**
Gangrena	**785.4**
Deiscenza ferita chirurgica	**998.32**
Infezione post-operatoria, non classificata altrove	**998.5**
Sepsi	**995.91**
Shock settico	**785.52**
Altre reazioni trasfusionali non classificate altrove	**999.8**
Ipossiemia	**799.02**
Asma con stato asmatico	**493.01**
Uso a lungo termine di anticoagulanti orali	**V58.61**

DIAGNOSI SECONDARIE CARDIOLOGICHE

Cardiopatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia	**402.11**
Sindrome post-infartuale	**411.0**
Sindrome coronarica intermedia (angina instabile)	**411.1**
Embolia polmonare e infarto polmonare	**415.1_**
Pericardite acuta	**420._ _**
Endocardite acuta	**421._**
Miocardite acuta	**422._ _**
Altre malattie del pericardio	**423._**
Altre malattie dell'endocardio	**424._**
Disturbi della conduzione	**426. _ _**
Aritmie cardiache	**427._ _**
Presenza di pace maker	**V45.01**
Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca	**429.4**
Insufficienza cardiaca in periodo post-operatorio	**997.1**
Shock cardiogeno	**785.51**
Presenza di defibrillatore automatico	**V45.02**

Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Tabella Finestra ?
Digitare una domanda.
75% Lettura
Default + 10 pt, Tahoma 10

PRINCIPALI INTERVENTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI

Consulto Specialistico	**89.06**
Valutazione funzionale	**93.01**
TAC cerebrale	**87.03**
Risonanza Magnetica del cervello e del tronco encefalico	**88.91**
Risonanza Magnetica del canale vertebrale	**88.93**
RX anca	**88.26**
RX femore ginocchio e gamba	**88.27**
RX piede e caviglia	**88.28**
Ecocardiografia	**88.72**
Ecodoppler vascolare periferico	**88.77**
Ecografia apparato urinario	**88.75**
Ecografia addominale	**88.76**
Videofluoroscopia	**88.90**
Densitometria ossea	**88.98**
Elettroencefalogramma	**89.14**
Emogasanalisi arteriosa	**89.65**
Elettromiografia	**93.08**
Manometria urinaria	**89.21**
EMG dello sfintere uretrale	**89.23**
Uroflussometria	**89.24**
Urocoltura	**91.33**
Telemetria	**89.54**
Spirometria	**89.37**
ECG sec. Holter	**89.50**
Prova da sforzo con pedana mobile	**89.41**
Prova da sforzo al cicloergometro	**89.43**
Alimentazione per sonda gastrica	**96.35**
Toilette di tracheostomia	**96.55**
Posizionamento PEG	**43.11**
Sostituzione di sonda naso-gastrica	**97.01**
Sostituzione di cannula per tracheostomia	**97.23**
Sostituzione di catetere vescicale	**57.95**
Trasfusione di emazie concentrate	**99.04**
Infusione parenterale di sostanze nutrizionali concentrate	**99.15**

Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Tabella Finestra ?
Digitare una domanda.
75% Lettura
Default + 10 pt, Tahoma 10

Valutazione manuale di funzione muscolare	**93.04**
Valutazione di ampiezza del movimento	**93.05**
Esercizi assistiti	**93.11**
Altri esercizi attivi	**93.12**
Esercizi contro resistenza	**93.13**
Allenamento nei movimenti articolari	**93.14**
Mobilizzazione della colonna vertebrale	**93.15**
Mobilizzazione di altre articolazioni	**93.16**
Altri esercizi passivi	**93.17**
Esercizi respiratori	**93.18**
Riabilitazione cardiologica	**93.36**
Training del passo	**93.22**
Messa a punto di apparecchio ortesico	**93.23**
Addestramento all'uso di protesi	**93.24**
Rottura manuale di aderenze articolari	**93.26**
Stretching muscolo-tendineo	**93.27**
Diatermia	**93.34**
Trazione scheletrica intermittente	**93.43**
Terapia occupazionale	**93.83**
Altra terapia fisica (TENS, Magnetoterapia, Ultrasuoni, Laser, ecc.)	**93.39**
Iniezione di anestetico in nervo periferico a scopo antalgico	**0481**
Rimozione di dispositivo esterno di immobilizzazione	**97.88**
Rimozione di altro dispositivo terapeutico (punti)	**97.89**
Applicazione di medicazione compressiva	**93.56**
Applicazione di altra medicazione su ferita	**93.57**

INTERVENTI RELATIVI A FUNZIONI COGNITIVE

Training per afasia	**93.72**
Altro training per linguaggio	**93.75**
Riabilitazione neuropsicologica	**93.89**
Valutazione neuropsicologica	**94.08**
Valutazione logopedica	**94.08**
Valutazione dello stato psicologico	**94.09**

Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Tabella Finestra ?
Digitare una domanda.
100% Lettura
Normale + 14 pt, Calibri 14

Stroke MDC 1

1° codice	Disabilità oggetto dell'intervento	*438.21 Emiplegia dx* *438.22 Emiplegia sn* *438.84 Atassia*
2° codice	Identificativo di complessità	*438.82 Disfagia* *438.11 Afasia* *438.0 Deficit cognitivo* *V48.1 Deficit controllo tronco* *596.5_ Patologie funzionali della vescica* *V44.0 Presenza tracheotomia* *V44.1 Presenza di gastrostomia* *781.8 Sindromi di inattenzione*
3° codice	Identificativo di gravità	*263.9 Malnutrizione* *707.0_ Lesioni da decubito* *____ Malattie infettive interferenti*
4° codice	Comorbidità	*428_ Scompenso cardiaco* *518.83 Insuff.Respiratoria*

Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Tabella Finestra ?
Digitare una domanda.
100% Lettura
Normale + 14 pt, Calibri 14

MDC5

1° codice	Disabilità oggetto dell'intervento	428._ scompenso cardiaco V422 sostituzione valvolare V434 by-pass 410.__ infarto, episodio successivo assistenza
2° codice	Identificativo di complessità	V45.0 _ stimolatore o defibrillatore cardiaco in situ 728.2 atrofia muscolare da inattività 338.12 dolore post-toracotomia
3° codice	Identificativo di gravità	_ _ _ _ *Malattie infettive interferenti* *707.0_Ulcere da decubito*
4° codice	comorbidità	*518.8 _ Insuff . respiratoria* *438. __ Postumi di ictus* *V49.2 Deficit motori degli arti*

Modifica Visualizza Inserisci Formato Strumenti Tabella Finestra ?
Digitare una domanda.
100% Lettura
Normale Calibri 11

Postumi fratture del collo femorale MDC 8

1° codice	Disabilità oggetto dell'intervento	*905.3*
2° codice	Identificativo di complessità	*438.0 Deficit cognitivo* *438._ _ Postumi di ictus* *332._ _ M.di Parkinson* *728.2 Atrofia muscolare da inattività* *338.18 Altri dolori acuti post-operatori*
3° codice	Identificativo di gravità	*451._ _ Flebite e tromboflebite* *_ _ _ _ Malattie infettive interferenti* *707.0_ Ulcere da decubito*
4° codice	Comorbidità	**278.0_ Obesità** **428_ Scompenso cardiaco**

Amputazione arto inferiore MDC 8

1° codice	Disabilità oggetto dell'intervento	*905.9* *V49.7_*
2° codice	Identificativo di complessità	*438.0 Deficit cognitivo* *997.6_ Complicanze tardive su moncone* *353.6 Sindrome arto fantasma*
3° codice	Identificativo di gravità	*998.32 Deiscenza ferita* *_ _ _ _ Malattie infettive interferenti* *707.0_ Ulcere da decubito*
4° codice	Comorbidità	*440.29 Arteriosclerosi arti inferiori* *278.0_ Obesità*

PROPOSTA DI CLASSIFICAZIONE IN GRUPPI DEI CODICI ICD-9-CM DI PATOLOGIA DA UTILIZZARE NELLA SDO RIABILITATIVA

- **1° Codice: Condizione identificata come principale causa del bisogno di trattamento e dell'impiego maggiore di risorse**
- **2° Codice: Condizioni indicative di COMPLESSITA' RIABILITATIVA**
- **3° Codice: Condizioni indicative di COMPLESSITA' CLINICA**
- **4° Codice: Condizioni di Comorbidità**

TRE BUONI MOTIVI PER DEDICARE ATTENZIONE ALLA COMPILAZIONE COMPLETA E CORRETTA DELLA SDO

- **La SDO è parte integrante della cartella clinica di cui assume le stesse valenze di carattere medico-legale; le informazioni in essa contenute devono essere rigorosamente congruenti con quelle presenti nella cartella clinica**

- **La nuova SDO riabilitativa consentirà di migliorare la descrizione della complessità riabilitativa e clinica del paziente e delle procedure attuate, fornendo indicazioni utili in tema di appropriatezza (Linee di Indirizzo 2011)**

- **La nuova SDO riabilitativa permetterà un miglioramento significativo della qualità dei dati utilizzabili ai fini di studi epidemiologici in ambito riabilitativo**

grazie per l'attenzione
www.sfondigratis.it