

Ultima revisione delle FAQ: 20 maggio 2022
Versione aggiornata con richieste pervenute al gruppo regionale a far data dal 1° gennaio 2019.

CODIFICA DELLA MALATTIA DA SARS-CoV-2 (COVID-19)
DM 28/10/2020 (dal 01/01/2021)

L'elenco dei nuovi codici e delle esclusioni secondo il formato in uso per il sistema di classificazione ICD9 CM è parte integrante dell'allegato al DM 28/10/2020, cui si rimanda.

Molti degli esempi e delle indicazioni che seguono sono presenti nella nota ministeriale Prot. 0002494-P-03-02-2021; gli stessi sono riportati integralmente in corsivo nelle presenti note. Le indicazioni sono state arricchite ed integrate con alcune osservazioni unitamente ad esempi aggiuntivi.

NB: Il dettaglio indicato nel DM 28/10/2020 di utilizzare la quinta cifra per identificare il rilevamento della malattia da SARS-CoV2 (COVID-19) in caso di positività o meno al tampone, posto nei riquadri dei capitoli "Aggiunta di nota informativa alla categoria 480 Polmonite virale", "Aggiunta di nota informativa alla categoria 518 Altre malattie del polmone" e "Aggiunta di nota informativa alla categoria 519 Altre malattie dell'apparato respiratorio" è da intendersi come riservato unicamente alle nuove sottocategorie 480.4_, 518.9_ e 519.7_.

Codifica delle manifestazioni cliniche dell'apparato respiratorio in COVID-19

Esempio 1 Caso di polmonite in COVID-19, sintomatico, con manifestazioni cliniche severe o critiche, ricoverato e dimesso da ricovero ospedaliero per acuti in regime ordinario, per il quale la malattia da COVID-19 costituisce il motivo principale del consumo di risorse nel ricovero.

1.a) con SARS-CoV-2 identificato (caso confermato)

Diagnosi principale: 480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato

Diagnosi secondaria e/o complicanza: se polmonite complicata.

1.b) con SARS-CoV-2 non identificato (caso non confermato)

Diagnosi principale: 480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato

Diagnosi secondaria e/o complicanza: se polmonite complicata.

Esempio 2 Caso di altra patologia respiratoria in COVID-19, sintomatico, con manifestazioni cliniche severe o critiche, ricoverato e dimesso da ricovero ospedaliero per acuti in regime ordinario, per il quale la malattia da COVID-19 costituisce il motivo principale del consumo di risorse nel ricovero.

2.a) Caso di bronchite acuta o di bronchite altrimenti specificata in COVID-19 SARS-CoV-2 identificata (caso confermato)

Diagnosi principale: 519.71 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19

Diagnosi secondaria e/o complicanza: se bronchite acuta o bronchite altrimenti specificata complicata

2.b) con SARS-CoV-2 non identificato (caso non confermato)

Diagnosi principale: 519.72 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato

Diagnosi secondaria: se bronchite acuta o bronchite altrimenti specificata complicata

Esempio 3: Caso di infezione delle vie respiratorie inferiori, non altrimenti specificata, in COVID-19

3.a) CoV-2 identificato (caso confermato)

Diagnosi principale: 519.71 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus identificato

Diagnosi secondaria: Complicanza (se presente)

3.b) con SARS-CoV-2 non identificato (caso non confermato)

Diagnosi principale: 519.72 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato

Diagnosi secondaria: Complicanza (se presente)

Esempio 4: Caso di sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19

4.a) SARS-Cov-2 identificato (caso confermato)

Diagnosi principale: 518.91 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus identificato

4.b) con SARS-CoV-2 non identificato (caso non confermato)

Diagnosi principale: 518.92 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus non identificato

Il codice diagnosi principale 518.9_ deve essere utilizzato nei casi di ventilazione invasiva (96.7_) con paziente intubato o tracheostomizzato; nei casi di insufficienza respiratoria acuta trattata con CPAP (93.90 o 93.91) utilizzare in diagnosi principale il codice 518.81.

Esempio 5: Caso di ricovero per polmonite complicata da insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione invasiva

5.a) SARS-Cov-2 identificato (caso confermato)

Diagnosi principale: 518.91 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus identificato

Diagnosi secondaria: 480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato

Procedure: 96.7_ Ventilazione meccanica continua + 31.1 Tracheostomia temporanea (se tracheostomizzato) o 96.04 inserzione di tubo endotracheale

5.b) con SARS-CoV-2 non identificato (caso non confermato)

Diagnosi principale: 518.92 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus non identificato

Diagnosi secondaria: 480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato

Procedure: 96.7_ Ventilazione meccanica continua + 31.1 Tracheostomia temporanea (se tracheostomizzato) o 96.04 inserzione di tubo endotracheale

Esempio 6: Caso di ricovero per polmonite complicata da insufficienza respiratoria trattata con CPAP

6.a) SARS-Cov-2 identificato (caso confermato)

Diagnosi principale: 518.81 Insufficienza respiratoria acuta

Diagnosi secondaria: 480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato

Procedura: 93.90 Respirazione a ventilazione positiva continua (CPAP)

6.b) con SARS-CoV-2 non identificato (caso non confermato)

Diagnosi principale: 518.81 Insufficienza respiratoria acuta

Diagnosi secondaria: 480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato

Procedura: 93.90 Respirazione a ventilazione positiva continua (CPAP)

Esempio 7:

Caso di ricovero per polmonite complicata da insufficienza respiratoria trattata con terapia con ossigeno ad alti flussi.

7.a) SARS-Cov-2 identificato (caso confermato)

Diagnosi principale: 480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato.

Diagnosi secondaria: 518.81 Insufficienza respiratoria acuta.
V46.2 Ossigeno supplementare.

Procedura: 93.96 altro tipo di arricchimento di ossigeno (anche se l'ossigeno è somministrato tramite occhialini o Ventimask)

7.b) SARS-Cov-2 identificato (caso non confermato)

Diagnosi principale: 480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato

Diagnosi secondaria: 518.81 Insufficienza respiratoria acuta.

V46.2 Ossigeno supplementare.

Procedura: 93.96 altro tipo di arricchimento di ossigeno (anche se l'ossigeno è somministrato tramite occhialini o Ventimask).

N.B. I codici 043.11 COVID-19 conclamata, virus identificato e 043.12 COVID-19 conclamata, virus non identificato NON devono essere utilizzati in caso di manifestazione clinica respiratoria in COVID-19. I nuovi codici ICD-9-CM introdotti per le manifestazioni cliniche respiratorie in COVID-19, infatti, identificano già di per sé l'eziologia, il riscontro o meno del virus e la presentazione conclamata della malattia.

Codifica di casi con manifestazioni cliniche in apparati diversi da quello respiratorio, attribuite a infezione da SARS-CoV-2, quindi positivi ai test per SARS-CoV-2.

In presenza di casi con manifestazioni cliniche in apparati diversi da quello respiratorio, attribuite a infezione da SARS-COV-2 e quindi in pazienti che risultino positivi al test per SARS-CoV-2, la compilazione della SDO segue le procedure routinarie:

a) se le manifestazioni cliniche in apparati diversi da quello respiratorio hanno determinato il maggiore assorbimento di risorse nel ricovero, devono essere codificate in diagnosi principale con codici ICD-9-CM specifici di malattia.

b) la malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) deve essere codificata tra le diagnosi secondarie con i codici:

043.11 COVID-19 conclamata, virus identificato.

043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato.

Non può essere utilizzato il codice 043.31 in quanto trattasi di manifestazioni cliniche attribuite al SARS-CoV-2 e quindi non si può considerare la malattia da COVID-19 asintomatica

c) nel caso in cui le manifestazioni cliniche in apparati diversi da quello respiratorio non abbiano determinato assorbimento di risorse durante il ricovero, devono essere codificate in diagnosi secondaria con codici ICD9-CM, unitamente ai codici 043.11 o 043.21, specifici per la malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19).

N.B. L'eventuale positività al tampone per SARS-Cov-2 (COVID-19) riscontrata in caso di effettuazione di esami preoperatori per il quale viene posticipato l'intervento fino a negativizzazione, non deve essere codificata nella successiva SDO ove va invece utilizzato il codice V12.04 - Anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2 (vedi oltre).

Codifica della sepsi in corso di malattia da SARS-CoV-2.

In questi casi le regole di codifica seguono quanto già previsto per la sepsi:

Diagnosi principale: 043.11 COVID-19 conclamata, virus identificato

Diagnosi secondaria 1: 995.92 Sepsis severa

Diagnosi secondaria 2: Disfunzione d'organo acuta correlata alla sepsi (Es. 518.81 Insufficienza respiratoria acuta, 286.6 Sindrome da

defibrinazione, 584.9 Insufficienza renale acuta, non specificata, 785.52 Shock settico).

NB: nella sepsi da Covid-19 il codice 043.11 deve essere utilizzato in diagnosi principale.

Nella sepsi da SARS-CoV-2, l'insufficienza respiratoria acuta deve essere codificata con il codice 518.81 anche quando si manifesta sotto forma di ARDS.

Se la malattia da Covid-19 interessa secondariamente pazienti già affetti da sepsi legate ad altri agenti etiologici, il codice 043.11 deve essere utilizzato tra le diagnosi secondarie, mentre in diagnosi principale va inserito il codice specifico dell'agente etiologico responsabile del quadro settico.

Se la sepsi polmonare da SARS-CoV-2 evolve in malattia diffusa generalizzata con insufficienza polmonare e shock settico il codice di polmonite (480.41 o 480.42) non va inserito tra le diagnosi secondarie in quanto implicito.

Codifica di casi paucisintomatici o asintomatici con SARS-CoV-2 identificato o non identificato

Esempio 1. Se la malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19), con presentazione clinica asintomatica o paucisintomatica, costituisce il motivo principale del consumo di risorse nel ricovero:

1.a) SARS-CoV-2 identificato (caso confermato)

Diagnosi principale:

043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato

043.31 COVID-19 asintomatica, virus identificato

1.b) con SARS-CoV-2 non identificato (caso non confermato)

Diagnosi principale:

043.22 COVID-19 paucisintomatica, virus non identificato

043.32 COVID-19 asintomatica, virus non identificato

Esempio 2. Se la malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19), asintomatica o paucisintomatica, non costituisce il motivo principale di consumo di risorse nel ricovero.

2.a) SARS-CoV-2 identificato (caso confermato)

Diagnosi principale: Codice patologia principale che ha determinato il ricovero.

Diagnosi secondaria:

043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato

043.31 COVID-19 asintomatica, virus identificato

2.b) con SARS-CoV-2 non identificato (caso non confermato)

Diagnosi principale: Codice patologia principale che ha determinato il ricovero.

Diagnosi secondaria:

043.22 COVID-19 paucisintomatica, virus non identificato

043.32 COVID-19 asintomatica, virus non identificato

Codifica di casi con manifestazioni cliniche respiratorie o in apparati diversi da quello respiratorio, sospette per infezione da SARS-CoV-2, negativi ai test per SARS-CoV-2.

In presenza di casi con manifestazioni cliniche respiratorie o in apparati diversi da quello respiratorio, sospette per infezione da SARS-CoV-2, che risultino negative al test per SARS-CoV-2, la compilazione della SD0 segue le procedure routinarie:

a) la malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) NON deve essere codificata tra le diagnosi;

b) se le manifestazioni cliniche respiratorie o in apparati diversi da quello respiratorio hanno determinato il maggiore assorbimento di risorse nel ricovero, devono essere codificate in diagnosi principale con codici ICD-9-CM specifici di malattia, in caso di individuazione dell'agente eziologico oppure con codici residuali non specifici, in caso di mancata individuazione dell'eziologia.

c) nel caso in cui le manifestazioni cliniche respiratorie o in apparati diversi da quello respiratorio non hanno determinato il maggiore assorbimento di risorse nel ricovero, devono essere codificate in diagnosi secondaria con codici ICD-9-CM, secondo i criteri esplicitati al punto b.

d) in diagnosi secondaria devono essere utilizzati i seguenti codici, afferenti alla classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (codici V);
V01.85 Esposizione a SARS-CoV-2
V71.84 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione a SARS-CoV-2
V07.00 Necessità di isolamento per rischio collegato a infezione da SARS-Cov-2 (nei reparti Covid-19 non va utilizzato per i pazienti con tampone positivo, mentre invece va utilizzato per i pazienti con tampone negativo).

Codifica di ricorso ai servizi sanitari di persone con rischi potenziali di malattia in relazione all'anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)

In diagnosi principale o secondaria deve essere utilizzato il seguente codice, afferente alla classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (Codice V): V12.04 Anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19).

In caso di terapia riabilitativa intensiva o estensiva per postumi da malattia da Covid-19 identificare le patologie trattate, ad es. l'allettamento, l'insufficienza respiratoria residua, la depressione, ponendo in prima diagnosi la patologia con maggior consumo di risorse e fra le diagnosi secondarie il codice v12.04 - Anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) ed il codice 139.8 - Postumi di altre e non specificate malattie infettive e parassitarie.

Codifica di parto e di nascita da madre con malattia da Covid-19

In diagnosi principale deve essere utilizzato il codice 647.61 (Altre malattie virali, parto, con o senza menzione della condizione antepartum), in secondaria si utilizza il relativo codice della malattia (ad es. il 519.71 - Altra infezione delle vie respiratorie in covid-19, virus identificato).

Nella SDO del neonato, in assenza di patologia in atto, si associano i codici 760.2 (Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato) e V01.85 (Esposizione a sars-cov-2).

Sindrome di malattia "Kawasaki like" in pazienti pediatrici con esiti di malattia da Covid-19

Diagnosi principale: 446.1 - Sindrome muco-cutanea linfonodale febbrile acuta (MCLS).

Diagnosi secondaria: 995.93 (Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo senza disfunzione d'organo acuta) oppure 995.94 (Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo

non infettivo con disfunzione d'organo acuta). Associare il codice 043.11 in caso di tampone positivo oppure la coppia di codici V12.04 e 139.8 in caso di tampone negativo e pregressa positività al SARS-CoV-2.

NOTA: a seconda del consumo di risorse e della patologia in atto indicare in diagnosi principale o secondaria i codici di eventuali complicanze come quelli di insufficienza respiratoria o cardiaca, di aneurisma delle coronarie, etc.

Somministrazione di terapia monoclonale in malattia da SARS Cov2

D.: Quale codice di procedura è adatto a descrivere la somministrazione di terapia monoclonale in malattia da SARS Cov 2 (Covid 19)?

R.: Si ritiene assuma adeguata specificità l'uso del codice 99.22: Iniezione di altri antiinfettivi.

CARDIOLOGIA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

D.: Nei casi di infarto per **Sindrome di Takotsubo** quale codice bisogna utilizzare in diagnosi principale, quello di infarto o quello descrittivo della sindrome?

R.: poiché la sindrome di Takotsubo si manifesta clinicamente attraverso un vero e proprio infarto miocardico acuto è indicata la seguente codifica: Diagnosi principale: "410._1 - Infarto miocardico acuto (descrivere sede)"; Diagnosi secondaria: "429.83 - Sindrome di Takotsubo".

D.; Come si codifica la procedura "**pressure wire**" in corso di coronarografia?

R.: Questa procedura viene effettuata durante coronarografia, attraverso guide intra-coronariche apposite, con il fine di fornire una valutazione accurata del significato funzionale di singole stenosi coronariche, dando indicazioni sulla necessità o meno di procedere all'angioplastica. Allo stato attuale non esiste un codice ad hoc nel manuale ICD9 CM; a tal fine viene indicato il codice "89.69: Monitoraggio del flusso ematico coronarico" associato al codice "88.56: Coronarografia".

D.: Come si può codificare nella SDO la procedura di trattamento per i pazienti a rischio di morte cardiaca improvvisa con dispositivo **LifeVest** (giubbotto defibrillatore indossabile), applicato prima della dimissione del paziente?

R.: In assenza di un aggiornamento del sistema di classificazione in uso che preveda un codice specifico per questo tipo di dispositivo viene suggerito l'uso del codice procedura "37.94: Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale (AICD)".

D.: sono a chiedervi se potete darmi indicazioni sulla corretta codifica SDO in caso di utilizzo di dispositivo **Impella** (pompa intracardiaca per l'assistenza ventricolare sinistra) in pazienti con shock cardiogeno o grave insufficienza cardiaca, etc.

R.: Diagnosi principale: "428.__ - Insufficienza Cardiaca" oppure "785.51 - Shock cardiogeno"

Procedura: "37.68 - Inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo".

NOTA: In caso di infarto codificare nelle diagnosi secondarie il 410.x1 e le relative procedure di angioplastica.

D. Come è possibile codificare l'impianto di specifico dispositivo **Reducer** per via percutanea nel seno coronarico in pazienti con angina refrattaria?

R.: Diagnosi principale: "413.9 - Altre e non specificate forme di angina pectoris".

Procedure: "37.49 - Altra riparazione di cuore e pericardio" associata a "38.91 - Cateterismo arterioso".

D.: la procedura di **ablazione circonferenziale delle vene polmonari** come può essere appropriatamente codificata?

R.: Diagnosi principale "427.3_ - Fibrillazione/Flutter atriali".

Procedure:

"37.26 - Test invasivo elettrofisiologico con cateterismo"

"37.34 - Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesioni del cuore, altro approccio"

"35.41 - Allargamento difetto esistente del setto atriale"

"38.65 - Altra asportazione di altri vasi toracici"

D. **Ablazione Ibrida della Fibrillazione Atriale.** In laboratorio di elettro fisiologia viene posto introduttore attraverso la vena Femorale DX ed effettuato mappaggio elettro-anatomico con ablazione dx e sx tramite puntura transettale. Successivamente si effettua piccola incisione subxifoidea con inserimento di catetere per mappaggio e sostituzione con catetere ablatore per ablazione epicardica. Quali codici è indicato utilizzare?

R.: Le procedure indicate possono essere descritte con l'associazione dei seguenti codici: "37.26 - Test invasivo elettrofisiologico con cateterismo", "37.34 - Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesioni del cuore, altro approccio", "35.41 - Allargamento di difetto esistente del setto atriale" e "37.99 - Altri interventi sul cuore e sul pericardio".

AGGIORNAMENTI

NOTA: Le seguenti indicazioni recepiscono direttive fornite dalle linee guida ministeriali del 19/10/2016.

TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) oppure VIV (Sostituzione Valve in Valve);

Diagnosi:

"424.1 - Disturbi della valvola aortica" oppure

"395.x - Malattie reumatiche della valvola aortica (stenosi, insufficienza, o entrambe)" oppure

"396.x - Disturbi associati multipli delle valvole aortica e mitralica"

oppure (VIV) "996.02, 996.61, 996,71 - Degenerazione di valvola già sostituita" (complicazioni meccaniche, infezioni e reazioni infiammatorie oppure altre complicazioni)

Procedure:

Impianto per via trans-femorale o via trans-succlavia

"35.21 - Sostituzione della valvola aortica"

"37.22 - Cateterismo cardiaco del cuore sinistro"

"38.91 - Cateterismo arterioso"

Impianto per via transapicale o transaortica

"35.21 - Sostituzione della valvola aortica"

"37.22 - Cateterismo cardiaco del cuore sinistro"

"38.91 - Cateterismo arterioso"

"37.11 - Cardiotomia"

NOTA: il presente aggiornamento permette contemporaneamente sia il riconoscimento della tripletta richiesta dalla DGR 1673/2014, sia l'allineamento alle indicazioni fornite dalle linee guida del Ministero della Salute.

Impianto di protesi valvolare polmonare trans-catetere per via venosa trans-femorale: Valvola nativa oppure VIV (Sostituzione Valve in Valve);

Diagnosi:

"424.3 - Disturbi della valvola polmonare" oppure

"397.1 - Malattie reumatiche della valvola polmonare" oppure

"746.0_ - Anomalie congenite della valvola polmonare"

oppure (VIV) "996.02, 996.61, 996,71 - Degenerazione di valvola già sostituita" (complicazioni meccaniche, infezioni e reazioni infiammatorie oppure altre complicazioni)

Procedure:

"35.25 - Sostituzione della valvola polmonare con bioprotesi"

"37.21 - Cateterismo cardiaco destro"

"37.22 - Cateterismo cardiaco sinistro"

D.: Come si codifica l'**angioplastica (con o senza stent) delle arterie polmonari?**

R.: Diagnosi principale: "747.3 - Anomalie dell'arteria polmonare" oppure "996.74 - Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti vascolari"

Procedure:

Angioplastica senza inserzione di stent:

"38.65 - Altra asportazione di altri vasi toracici" associato a "37.21 - Cateterismo cardiaco destro"

Angioplastica con inserzione di stent:

"38.45 - Resezione di altri vasi toracici con sostituzione" associato a "37.21 - Cateterismo cardiaco destro"

CHIRURGIA GENERALE - RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

D.: In caso di **fallimento della riperfusione polmonare** in corso di ricovero programmato di trapianto del polmone, come possiamo codificarlo?

R.: si suggerisce di aggiungere ai codici utilizzati per la descrizione della patologia principale in atto il codice diagnosi V64._ (Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per _) in associazione con il codice procedura 39.97 = Altra perfusione.

D.: Come si possono codificare i casi **deiscenze anastomotiche conseguenti a progressi interventi chirurgici sull'intestino** trattate con E-VAC Therapy (Endoluminal Vacuum Assisted Closure)?

R.: Per la descrizione dei casi trattati con endosponge: Diagnosi: 997.4 (Complicazioni gastro-intestinali, non classificate altrove); Procedure: 86.89 (altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo) e 46.79 (Altra riparazione dell'intestino).

D.: In caso di **esiti clinici successivi ad intervento di chirurgia bariatrica** come ad es. lassità cutanea di braccia, coscia, torace, etc. è corretto usare in diagnosi principale il codice V51 (Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica) e in procedura il codice 83.83 (Ricostruzione di puleggia tendinea)?

R.: Diagnosi: si conferma l'uso del codice diagnosi V51; Procedure: 86.83 (Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza).

D.: Come si codifica il **mini-by pass gastrico** per via laparoscopica, intervento effettuato nei centri dedicati al trattamento dell'obesità?

R.: Procedure: 44.68 (gastroplastica laparoscopica), 44.38 (gastroenterostomia laparoscopica).

D.: Come si può codificare una procedura effettuata per via endoscopica da cui risulti una **GEA (gastro-entero-anastomosi)** finalizzata al superamento di una stenosi neoplastica del piloro? La procedura prevede il posizionamento di protesi trans-gastrica e penetrante una ansa digiunale identificata con indaco di carminio inserito trans-sondino attraverso la stenosi (filo guida trans-stenosi).

Risposta: Diagnosi Principale: "151.9 - Tumori maligni dello stomaco, non specificato" (Lignite gastrica tumorale). Procedure: "44.13 - Altra gastroscopia" associata a "44.69 - Altra riparazione dello stomaco".

D.: Come codificare una procedura eco-endoscopica di posizionamento di **gastro-colecisti-stomia con inserimento di protesi metallica**?

R.: Diagnosi: "574.01 - Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, con ostruzione". Interventi:

"44.13 - Altra gastroscopia (eco-endoscopia)"

"88.74 - Diagnostica ecografica dell'apparato digerente"

"51.34 - Anastomosi tra colecisti e stomaco"

"51.99 - Altri interventi sulle vie biliari".

D.: Come si codifica il **posizionamento di endoprotesi biliare metallica per via percutanea**?

R.: Diagnosi: codice della patologia in atto. Procedure: è indicato l'uso associato dei codici 51.98 (Altri interventi percutanei sul tratto biliare) e 51.87 (Inserzione endoscopica di tubo nel dotto biliare).

D.: Si chiedono indicazioni per la corretta codifica delle procedure di **embolizzazione arterovenosa e/o alcolizzazione nei casi di pazienti affetti da MAV** (malformazione artero-venosa) rappresentate con il codice ICD9-CM "747.69 Anomalie di altre sedi specificate del sistema vascolare".

R.: Diagnosi: "228.00 - Emangioma di sede non specificata". Intervento: "39.59 Altra riparazione dei vasi" associato a "38.91 Cateterismo arterioso".

D.: Come si può codificare il caso di un paziente in terapia anticoagulante con enoxaparina e copatologie complesse ricoverato per shock emorragico da **ematoma rifornito** dello PSOAS, **trattato con procedura di angioembolizzazione**?

R.: Diagnosi: 447.2 (Rottura di arteria) oppure 459.0 (Emorragia non specificata), 286.5 (disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti intrinseci), e altre diagnosi secondarie. Procedura: "39.79 - Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi".

D.: Nella **chiusura di ileo/colostomia**, se si effettuano procedure diverse dall'anastomosi termino-terminale, lisi di aderenze intraaddominali diverse da quelle peristomiali, è giusto codificarle?

R.: Se durante l'intervento si attuano manovre che esulano dalla routine, è indicato darne descrizione attraverso gli appositi codici ICD9CM.

D.: Come si può codificare l'**omeo-trapianto di nervo** surale sulla palpebra, in paziente con lagofталmo e deficit post-traumatico del nervo facciale.

R.: Diagnosi Principale: 374.21: Lagofталmo paralitico.

Diagnosi Secondaria: 907.1: Postumi di traumatismi dei nervi cranici.
Intervento Principale: 04.6: Trasposizione di nervi cranici e periferici.

NOTA: In linea con quanto suggerito in tema di trapianti per tutte le discipline specialistiche, l'uso del codice diagnosi "V42.89 - Altro organo o tessuto sostituito da trapianto" non risulta indicato in quanto non utilizzabile negli omeo-trapianti (bensì unicamente per quelli eterologhi o da banca).

D.: In altre realtà regionali sono fornite indicazioni in merito alla **Timectomia eseguita in chirurgia robotica per Miastenia Gravis**, proponendo la codifica della patologia in diagnosi principale.

R.: Vengono ribadite le indicazioni regionali: Diagnosi Principale: Codice della patologia interessante il timo, ad esempio "254.0 - Iperplasia persistente del timo" associata a "358.0_ - Miastenia Gravis". Procedura Principale "00.35 - Chirurgia computer-assistita con datasets multipli" associata a "07.82 - Asportazione totale del timo".

NOTA: l'ordine di codifica presente nella richiesta non risulta conforme alle indicazioni offerte dalle linee guida regionali, modificando artificialmente l'assegnazione del DRG e la relativa tariffa.

D.: Come si può codificare un **tentativo di procedura non effettuato** per aumento dei valori pressori?

R.: Diagnosi Principale: "997.91 - Complicazioni interessanti altri sistemi specificati dell'organismo, non classificate altrove, Iperensione".

Procedura: "V64.3 - Procedura non eseguita per altre ragioni"

LUNGODEGENZA

D.: cure palliative: è possibile utilizzare il codice V66.7 in setting assistenziale di Lungodegenza (codice 60), non Hospice, qualora il ricovero sia stato finalizzato all'**assistenza di paziente terminale** con gestione di terapia di supporto, sedazione (es. morfina in pompa...)?

R.: si conferma la possibilità di utilizzare il codice V66.7 (Cure palliative) in posizione di diagnosi principale anche per la fattispecie di ricovero descritto nella richiesta.

MALATTIE RARE E DISMETABOLICHE

D.: Per i casi relativi a pazienti complessi ricoverati per una definizione diagnostica nei quali, a seguito di numerosi accertamenti di laboratorio e strumentali, viene posta diagnosi di **Malattia di Takayasu**, è corretto utilizzare per la codifica della SDO il codice di diagnosi principale 446.7 (Malattia di Takayasu) e il codice 444.89 (Embolia e trombosi di altre arterie) in diagnosi secondaria?

R.: Vale il principio generale per il quale in diagnosi principale si deve utilizzare il relativo e specifico codice ICD9 CM indicando in tal modo la patologia che ha comportato il maggiore impiego di risorse di per sé già riconosciuta e valorizzata dal sistema di tariffazione regionale. Nel caso in cui l'embolia o la trombosi di altre arterie (tranne quelle escluse dal sistema di classificazione) risultino una complicanza in atto, trattata e presa in carico durante il ricovero, devono essere appropriatamente codificate.

NEUROCHIRURGIA

D.: Quali sono i codici corretti da utilizzare per lo **studio della dinamica liquorale** nei pazienti affetti da idrocefalo normoteso effettuato per l'adeguata selezione chirurgica dei pazienti?

R.: I codici da utilizzare sono i seguenti in associazione fra loro: 0331=Rachicentesi; 0339=Altre procedure sul canale vertebrale e 0390=Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative.

NOTA: Risulta determinante ai fini dell'appropriatezza del ricovero il tempo di degenza in regime ordinario che, salvo complicazioni, non dovrebbe risultare superiore ad una singola giornata.

D.: Per la rendicontazione e il monitoraggio periodico dei casi riguardanti la **chirurgia dell'epilessia** da parte della rete regionale risulterebbe utile porre in diagnosi principale i codici "345.____Epilessie" (anziché quelli relativi alla causa primaria dell'epilessia come indicato nelle linee guida regionale), invertendo di fatto l'usuale modalità di descrizione delle patologie, associando il codice di procedura "01.59 "Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale".

R.: La richiesta, malgrado non rispetti propriamente le regole di successione logica di assegnazione delle diagnosi, non presenta ricadute determinanti concernenti la descrizione della casistica in banca dati regionale delle SDO offrendo nel contempo il vantaggio di permetterne un'estrazione univoca. Pertanto, si ritiene accettabile l'uso strutturato dell'inversione di codici richiesta.

NEUROLOGIA

D.: Come si deve codificare la **DISE pediatrica (Drug Induced Sleep Endoscopy)**? La prestazione risulta chirurgica?

R.: la codifica di procedure attuate con strumenti a fibre ottiche (nel caso in esame broncoscopia e laringoscopia), non offre di per sé una prestazione chirurgica, come nel caso in esame. I codici suggeriti: Diagnosi: 327.23 (OSAS pediatrica); codice sindrome associata. Procedure: 29.11 (Faringoscopia); 31.42 (Laringoscopia e altra tracheoscopia); 89.17 (Polisonnogramma).

ONCOLOGIA

D.: Quale codice si può utilizzare per la procedura "Ultrasonografia endobronchiale per aspirazione trans bronchiale eco-guidata" definita anche **EBUS (Endo Bronchial Ultra Sound)**?

R.: La procedura va ricercata nei codici di biopsia chiusa della sede anatomica in cui è stato prelevato il campione bioptico; nel caso di prelievi in più sedi anatomiche nella stessa procedura i codici possono essere associati. Possibili scenari:

- EBUS e Biopsia polmonare (transbronchiale) 33.27 (è compreso un eventuale lavaggio bronco-alveolare BAL);
- EBUS e Biopsia polmonare (transbronchiale) e biopsia strutture linfonodali 33.27 + 40.11;
- EBUS e sola biopsia strutture linfonodali 33.22 e 40.11 (il passaggio è sempre transbronchiale);

- EBUS e Biopsia Bronchiale, (BAL) e biopsia strutture linfonodali 33.24 + 40.11.

NOTE: Lo strumento EBUS non viene utilizzato se si effettua la sola biopsia bronchiale o il lavaggio broncoalveolare BAL; in questi casi si utilizza il codice 33.24.

D.: Paziente con diagnosi di **neoplasia maligna della mammella** (biopsia con mammotome), sottoposta a chemioterapia neoadiuvante e successivamente a intervento di mastectomia/quadrantectomia. L'istologico del pezzo operatorio e del linfonodo/i risultano negativi. Come codificare questo caso?

R.: Poiché la diagnosi di negativizzazione della neoplasia è desumibile solo a seguito della procedura chirurgica sono suggeriti i codici: 174.X (Tumore maligno della mammella in sede X) e V07.39 (Necessità di altra chemioterapia profilattica).

D.: Si richiedono indicazioni di codifica per i casi di donne con **diagnosi di mutazione BRCA1** che vengono sottoposte a intervento chirurgico alla mammella in due tempi successivi. Il primo tempo prevede un'incisione bilaterale peri-areolare allargata con distacco del complesso areola-capezzolo e biopsia retro-areolare; il secondo prevede la mastectomia semplice bilaterale (se istologico negativo), allestimento di tasca sotto-muscolare con posizionamento di espansore e posizionamento di derma umano decellularizzato.

R.: 1° tempo: Diagnosi: "V50.41 - Rimozione profilattica della mammella" associato a "V84.01 - Suscettibilità genetica al tumore maligno della mammella".

Interventi: "85.12 Biopsia a cielo aperto della mammella" associato a "85.99 Altri interventi sulla mammella".

2° tempo: Diagnosi: se biopsia negativa: "V50.41 - Rimozione profilattica della mammella", se biopsia positiva "174._ - Tumori maligni della mammella nella donna".

Interventi: "85.36 - Altra mammectomia sottocutanea bilaterale" associato a "85.95 - Inserzione di espansore tessutale nella mammella".

D.: Paziente con diagnosi di **melanoma** successivamente sottoposto a intervento di stadiazione con allargamento dell'area e biopsia del relativo linfonodo sentinella risultata negativa. Come codificare il caso in esame?

R.: Trattandosi di stadiazione chirurgica della neoplasia, deve essere selezionata come diagnosi principale quella suggerita dal codice V10.82 = Anamnesi personale di melanoma maligno della pelle.

D.: qual è la codifica per la classe di tumori definibile come **GIST (GastroIntestinal Stromal Tumors)**?

R.: vista la recente identificazione etiologica di questi tumori risulta indicata la codifica della loro sede primitiva di origine: es GIST stomaco: 151._; GIST colon: 153._...

D.: Come si può codificare correttamente un caso di **leiomiosarcoma retroperitoneale** infiltrante la vena cava superiore?

R.: Diagnosi: 158.0 (Tumori maligni del retroperitoneo); 198.89 (Tumori maligni secondari di altre sedi specificate, per indicare l'infiltrazione della parete cavale). Procedure: 39.32 (Sutura di vena); eventuali codici specifici del gruppo 590.xx (interventi sul retroperitoneo).

D.: Esiste una codifica univoca per l'asportazione di **linfonodo sentinella** indipendentemente dall'esito di positività/negatività dell'esito?

R.: Sì. A fronte del medesimo intervento e dello stesso impiego di risorse è indicato utilizzare una codifica unica che descrive l'asportazione del linfonodo sentinella e che permette di uniformare la casistica nonché di favorirne la tracciabilità in banca dati: Diagnosi principale: "V71.1 Osservazione per sospetto di tumore maligno associato a "V10. __Anamnesi personale di tumore" e/o "Codice di neoplasia".
Codice intervento: "40.2_ Asportazione semplice di strutture linfatiche"

ORTOPEDIA

D.: In caso di intervento artroscopico di **riparazione della cuffia dei rotatori**, al fine di rinforzare i tessuti indeboliti, è possibile applicare un device costituito di cute di suino che viene fissato con clips e ancore. In questo caso è richiesta una codifica aggiuntiva?
R.: il codice di intervento 83.63, utilizzato per indicare la riparazione delle lesioni complete/incomplete, traumatiche e non, dei tendini della cuffia dei rotatori è già comprensivo dell'uso di eventuali device.

D.: Gli interventi di **artrodesi cervicale** con approccio anteriore che prevedono la discectomia e la fusione intersomatica con osso autologo (prelievo di tassello osseo dalla cresta iliaca) possono ricondursi in termini di codifica delle procedure ad una delle tipologie di interventi indicate nell'allegato 1 della DGR 2384/2019 "Rimodulazione delle tariffe per prestazioni di artrodesi vertebrale erogate dalle strutture sanitarie della regione Emilia-Romagna, applicabili a decorrere dal 1° gennaio 2020"? E in caso di utilizzo di cage?

R.: Le procedure descritte, 80.51 (Asportazione di disco intervertebrale) e 78.09 (Innesto osseo di altre ossa) non risultano assimilabili a quelle presenti nella DGR 2384/2019 risultando di fatto artrodesi "non strumentate".

Risultano invece assimilabili a quanto indicato per gli altri distretti vertebrali le fusioni intersomatiche cervicali con cage che vanno codificate con i seguenti codici: 81.02 (altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore), 80.51 (Asportazione di disco intervertebrale), 84.51 (Inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali) e 81.62 (Fusione o rifusione di 2-3 vertebre).

D.: Chiediamo se negli interventi di **artrodesi** descritti dalla DGR 2348/2019 si può utilizzare il codice "78.09 - Innesto osseo di altre ossa" in caso di innesto osseo con materiale di risulta o d'uso di matrici ossee sintetiche?

R.: le diverse serie di codici utilizzate nella DGR 2348/2019 per definire le varie tipologie di artrodesi non svolgono il ruolo di descrivere dettagliatamente ogni singola procedura eseguita negli interventi, né i differenti dispositivi utilizzati ormai sempre più numerosi e differenziati, bensì quello di definire un raggruppamento omogeneo di prestazioni che siano sicuramente riconoscibili attraverso specifica associazione di codici in banca dati regionale e cui sia applicabile la relativa tariffa al 75% di quella prevista per i DRG 497/498. Pertanto, nei casi di artrodesi propriamente definite strumentate (rifusione vertebrale, artrodesi vertebrale, decompressione con fissazione interspinosa), e solo in essi, è indicato utilizzare il codice "78.09 - Innesto osseo di altre ossa" in associazione ai codici indicati nella DGR 2348/2019 anche in assenza di innesto osseo propriamente detto (vedi nota seguente).

D.: Gli interventi di **artrodesi sacro-iliaca con approccio posteriore** per i quali è previsto l'utilizzo di prismi (sistema iFuse Si Bone), che vengono inseriti a livello dell'articolazione sacro-iliaca, possono trovare una corretta descrizione in una delle tipologie menzionate nell'allegato 1 della DGR 2384/2019 "Rimodulazione delle tariffe per prestazioni di artrodesi vertebrale erogate dalle strutture sanitarie della regione Emilia-Romagna, applicabili a decorrere dal 1° gennaio 2020"?

R.: La procedura risulta effettuata su un'articolazione extra-vertebrale non rendendo di fatto riproducibile l'ambito. Pertanto, concordando sull'oggetto artrodesi che assume l'impianto di tali dispositivi, il codice procedura da utilizzare è 81.29 (artrodesi di altre articolazioni).

D.: Come si codifica la procedura di **rizotomia delle faccette articolari e dell'articolazione sacro-iliaca** per via endoscopica come trattamento della lombalgia cronica (con il sistema Diemme)?

R.: Diagnosi: 724.2 (lombalgia Cronica); Procedure: 03.96 (denervazione percutanea della faccetta articolare).

D.: Che cosa si intende per innesto osseo e come si codifica **l'innesto osseo negli interventi di scoliosi**?

R.: Negli interventi di artrodesi per correzione di scoliosi, cifosi, e altre deviazioni della colonna il codice "78.09 - Innesto osseo di altre ossa" è indicato solo in caso d'impiego di innesti ossei biologici (autologo prelevato da altra sede, eterologo o omologo); il codice "84.55 - Inserzione di sostanza riempitiva dell'osso" è invece da utilizzarsi per tutte le altre sostanze riempitive e/o per l'osso sintetico o di risulta.

NOTE: Occorre considerare la classificazione degli innesti in base all'origine di provenienza:

- materiale biologico, come osso autologo (prelevato dall'individuo ricevente), osso omologo (prelevato da individuo della stessa specie) e osso eterologo (prelevato da individuo di altre specie, come suino bovino ed equino);
- materiali sintetici, quali quelli metallici, o di ceramica o polimerici.

L'osso omologo, proveniente da individui della stessa specie, viene prelevato da cadaveri entro 24 ore dal decesso, oppure da teste di femore asportate durante gli interventi di protesi d'anca (donatore vivente) e conservato, dopo adeguato trattamento, nelle "banche dell'osso" ove non si può non tener conto delle procedure di trasformazione del tessuto biologico e della sua conservazione nelle varie forme finali. Appare pertanto più che plausibile che la tariffa differenziata, prevista da diversi anni per gli interventi di artrodesi vertebrale associati a diagnosi di deviazione della colonna, sia stata motivata, in caso di utilizzo di innesto osseo, dalle risorse aggiuntive richieste, dai maggiori tempi procedurali necessari, dai maggiori rischi in caso di prelievo di tessuto autologo e dalla complessità delle procedure necessarie a garantire standard di sicurezza nell'utilizzo dell'osso omologo. L'integrazione tariffaria prevista fin dalla delibera 1673/2014 è pertanto da riferirsi ai soli innesti ossei "biologici".

D.: **L'impianto di segmenti ossei prelevati da donatore cadavere**, con finalità di supporto strutturale sostitutivo in soggetti neoplastici ove siano state asportate lesioni ossee di notevoli dimensioni può essere codificato con diagnosi secondaria V42.4 "Osso sostituito da trapianto" insieme ai codici degli interventi principali del codice 78.0_ (ad

esclusione delle sottocategorie 78.04, 78.06, 78.08) e con riconoscimento della tariffa aggiuntiva?

R.: La risposta è affermativa. Gli innesti ossei omologhi provengono sia da donatori cadavere che da donatori viventi e pertanto da banca dell'osso; si tratta di impegnativi interventi ortopedici con sostituzione di ossa "strutturali" per i quali è previsto per l'appunto l'uso del codice V42.4 in seconda diagnosi. Allo stato attuale quanto descritto non vale né in caso di piccole ossa o segmenti autologhi, né nei casi che esulino dalla pertinenza oncologica, così come disposto dalla delibera tariffaria 1875/2020.

D.: Come si codifica la **sutura meniscale** in paziente con diagnosi di lussazione del ginocchio oppure con lesione della articolazione interna del ginocchio?

R.: Diagnosi: 836 (lussazione del ginocchio) oppure 717 (lesioni interne del ginocchio); Procedure: 81.47 (altra riparazione del ginocchio)

D.: Come si può codificare **l'infiltrazione intra-articolare di tessuto adiposo autologo processato (sistema LIPOGEMS/TULIP, lipofilling)** in pazienti affetti da artrosi?

R.: È indicato l'utilizzo della seguente tripletta di codici: 86.01 (aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo), 86.69 (Altro innesto di cute su altre sedi) e infine il codice ICD9 CM della procedura chirurgica di riparazione effettuata. Se presente chirurgo plastico, per liposuzione con aspirazione e processazione di grosse quantità di grasso, inserire al posto del codice 86.01, il codice 86.83 (Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza).

NOTA: In assenza di procedura riparativa propriamente ortopedica sull'articolazione, la prestazione va erogata in regime ambulatoriale. Il LIPOGEMS/TULIP è una metodica di riparazione utilizzata anche in altri campi come, ad esempio, la chiusura fistole ano/rettali in pazienti con IBD (Inflammatory bowel disease) o la riparazione anale dopo interventi ricostruttivi in bambini con ano imperforato; va sempre utilizzata associando i codici 86.01 e 86.69 con quelli corrispettivi alla tecnica di riparazione utilizzata (ad esempio 49.73 - Riparazione fistola anale).

D.: Come si codificano gli interventi di **legamentoplastica LCA (legamento crociato anteriore) con legamento artificiale LARS?**

R.: per questi casi è indicato l'uso del codice procedura "81.45 - Altra riparazione dei legamenti crociati".

D.: Come si codifica un **innesto per via artroscopica di cellule mesenchimali "staminali"** in un ginocchio, per una condropatia femoro-rotulea?

R.: Diagnosi 715.16 - 715.26 - 715.36, Artrosi localizzata primaria, secondaria o non specificata del ginocchio oppure 733.92: Condromalacia (localizzata o sistemica tranne patella) o 717.7: Condromalacia della rotula. Procedure: 1° tempo chirurgico: 41.91: Aspirazione (dalla cresta iliaca) di midollo osseo da donatore per trapianto (con lavorazione delle cellule con centrifuga in SO/emoteca); 2° tempo cod. 4192: Iniezione di (nel) midollo osso associato a 8147: Altra riparazione del ginocchio. Non va codificata l'Artroscopia (8026).

D.: Pazienti con **mobilizzazione settica di protesi di ginocchio** sottoposti ad intervento di artrotomia per rimozione della protesi, impianto di spaziatore di cemento e toilette con asportazione di tessuto sinoviale ipertrofico (sinoviectomia). Si richiede se la sinoviectomia deve essere indicata tra le procedure in SDO o se deve essere considerata un tempo chirurgico già rappresentata dai codici di artrotomia e rimozione della protesi.

R.: La sinoviectomia, qualora ancora possibile, è da ritenersi già compresa negli altri codici di artrotomia e rimozione della protesi.

D.: L'intervento di **sostituzione d'anca bilaterale** eseguito in un unico atto operatorio come va codificato?

R.: Come indicato per gli interventi bilaterali nella versione 2018 delle Linee Guida Regionali va codificato due volte il codice procedura 81.51 "Sostituzione totale dell'anca", indicando che un intervento è stato fatto a destra e l'altro a sinistra.

D.: Secondo le indicazioni di codifica pregresse (LG RER Ed. 2012) l'intervento di **correzione di conflitto femoro-acetabolare** si codifica con l'associazione del codice diagnosi "719.65 - Altri disturbi dell'articolazione dell'anca" con i codici procedura "80.85 - Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione dell'anca" associato a "80.25 - Artroscopia dell'anca". Nel caso l'intervento sia completato con plastica della testa femorale e con pulizia acetabolare si possono descrivere tali procedure?

R.: Le procedure aggiuntive indicate, qualora effettuate mediante rimodellamento del labbro acetabolare con fissazione tramite ancorette (PIN CER) e/o con l'asportazione dell'osso in eccesso dell'acetabolo con plastica dell'acetabolo (BUMP), vanno codificate con i codici associati "78.45 - Altri interventi o plastica del femore" e "80.95 - Altra asportazione dell'articolazione anca".

D.: Quale codice di procedura è richiesto per descrivere l'intervento di **calcagno stop**?

R. In caso d'uso di vite sferica, il codice suggerito è l'81.18: Artroeresi dell'articolazione sottoastragalica. In caso di fusione subastragalica senza uso di vite sferica il codice corretto da utilizzare è l'81.13: Fusione sottoastragalica.

D.: Come si può codificare l'intervento di riparazione della **malattia di Kienböck** (necrosi avascolare del semilunare) con lembo fasciale?

R. Diagnosi Principale: 733.49 Necrosi asettica delle ossa, altre sedi.

Intervento Principale: 86.73 Trasferimento di innesto pedunculato o a lembo sulla mano.

04.43: Liberazione del tunnel carpale.

80.43: Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del polso.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

D.: Come si può codificare un intervento chirurgico eseguito in laparoscopia in cui si effettua **asportazione di salpinge ed ovaio** monolaterale, ma contemporaneamente, si asporta anche solo salpinge da altro lato?

R.: Occorre associare il codice 65.41 (salpingo-ovariectomia laparoscopica monolaterale) con il codice 66.4 (salpingectomia totale monolaterale); non va aggiunto in questo caso il codice procedura 5421 di laparoscopia.

OTORINOLARINGOIATRIA

D.: In caso d'impianto di sistema **Cochlear Osia** (impianto uditivo che utilizza la stimolazione piezoelettrica digitale per bypassare le aree danneggiate del sistema uditivo naturale e inviare il suono direttamente alla coclea utilizzando un attuatore fissato alla teca cranica con una vite osteointegrata) è corretto utilizzare il codice intervento 20.97, considerando l'impianto assimilabile ad un impianto cocleare monocanale?

R.: la risposta è affermativa; il sistema Cochlear Osia risulta assimilabile ad un apparecchio protesico cocleare monocanale; il codice intervento da utilizzare risulta pertanto il "20.97 - Impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare, singolo canale".

TERAPIA INTENSIVA

D.: Com'è possibile codificare la procedura **ECCO2R di decapneizzazione** attraverso ossigenazione extra-corporea, non potendola assimilare a quella di ECMO 39.65?

R.: Vista la complessità del processo e considerata la sostanziale affinità con la procedura di ECMO, malgrado i differenti aspetti fisiopatologici, si ritiene indicato l'uso del codice "39.65 Ossigenazione extracorporea delle membrane (ECMO)".

UROLOGIA

D.: nei casi di calcolosi renale trattati con **litotrissia endoscopica ureteroscopica - RIRS** (retrograde intra renal surgery) (utilizzo di laser ad olmio) quali sono i codici di procedura da attribuire?

R.: Procedure: è indicato l'uso della seguente tripletta di codici: 56.31 (ureterosopia), 55.99 (altri interventi sul rene) e 59.95 (litotrissia con ultrasuoni o elettroidraulica).

D.: Quale codice utilizzare per indicare la **litotrissia endoscopica per via ureteroscopica (URS)** con laser olmio, con o senza l'utilizzo del cestello/i per il recupero dei frammenti di calcolo/i?

R.: Procedure: è indicato l'uso della seguente tripletta di codici: 56.0 (estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo), 56.31 (ureterosopia), e 59.95 (litotrissia con ultrasuoni o elettroidraulica).