

Ultima revisione delle FAQ: 25 giugno 2021

**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: **(ATTENZIONE MODIFICATO dal GRC in data 25/06/2021)**

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.

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

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; si propone l'utilizzo del codice "89.69: Monitoraggio del flusso ematico coronarico" associato al codice "88.56: Coronarografia".

ORTOPEDIA

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.: 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 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 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.: 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.: 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.: 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: 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 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.

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.

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).

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. 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.

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.

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 alla 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.: 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 leiomioma 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).

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.

CHIRURGIA GENERALE

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.: 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 pregressi 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 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 peristomali, è giusto codificarle?

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

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.

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).