

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Settore Assistenza Ospedaliera
Responsabile: Dr.ssa Maurizia Rolli

**Indicazioni per
la compilazione e la
codifica ICD-9-CM della
scheda di dimissione
ospedaliera**

La redazione del volume è stata curata dal Gruppo Regionale Codifiche e Controlli (GRCC - istituito con determina 13561 del 16/07/2021).

Le indicazioni di codifica presenti nel presente documento integrano e sostituiscono i contenuti delle precedenti edizioni delle linee guida regionali.

Poiché il sistema di classificazione ICD-9-CM Ed. 2007 è in uso sul territorio nazionale dal 1° gennaio 2009, le indicazioni presenti nel presente testo risultano applicabili anche per casistiche pregresse, qualora se ne ravvisi l'opportunità.

Copia del presente volume è scaricabile dal sito web del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, area Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO); nella medesima area saranno pubblicate periodicamente le risposte ai nuovi quesiti richiesti al GRCC (Frequently Asked Questions - FAQ) che verranno successivamente integrate nei futuri aggiornamenti del presente volume. Le indicazioni presenti nelle FAQ possiedono la stessa valenza operativa di quelle contenute nel manuale.

[Schede di dimissione ospedaliera — Salute \(regione.emilia-romagna.it\)](http://regione.emilia-romagna.it)

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare o duplicare i contenuti di questa pubblicazione; è gradita la citazione della fonte.

I professionisti sanitari possono porre quesiti sulla codifica delle diagnosi e delle procedure inviando una mail all'indirizzo:
CodificaSDO@regione.emilia-romagna.it.

SOMMARIO

PRESENTAZIONE	13
PARTE GENERALE	15
DIAGNOSI	15
Definizione di diagnosi principale	15
Diagnosi secondarie	15
CODICI E	16
INTERVENTI E PROCEDURE	16
Selezione e codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche	16
INDICAZIONI GENERALI	18
Biopsie	18
Biopsie chiuse	18
Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari	18
Codifica multipla	18
Codici combinati	19
Codifica di interventi bilaterali	19
Complicanze di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici	19
Complicanze della gravidanza	19
Avvelenamenti e intossicazioni	19
Condizioni acute e croniche	19
Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento	20
Chirurgia robotica (Robotic Assisted Surgery)	20
Postumi	20
Tentativi terapeutici	20
Traumi multipli	20
Ustioni	20
Utilizzo dei codici V	20
Codici che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente	21
Rilevazione del dolore	22
Stadiazione condensata	22
AREA MEDICINA INTERNA	23
ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA	23
DESENSIBILIZZAZIONE DI SOGGETTO ALLERGICO AL VELENO ANIMALE	23
DESENSIBILIZZAZIONE DI SOGGETTO ALLERGICO A FARMACI O ALTRE SOSTANZE	23
DERMATOLOGIA	23
ASPORTAZIONE DI NEOFORMAZIONE CUTANEA CON TECNICA MICROGRAFICA DI MOHS	23
ASPORTAZIONE DI LESIONE CUTANEA E SOTTOCUTANEA NEOPLASTICA A CARICO DEL NASO	23
AUTOINNESTO DI GEL PIASTRINICO PER IL TRATTAMENTO DELLE ULCERE	23
TERAPIA FOTODINAMICA CON ALA (ACIDO AMINOLEVULINICO)	24
EMATOLOGIA	24
PRELIEVO DI CELLULE STAMINALI DA SANGUE PERIFERICO DA DONATORE (NON PER AUTOTRAPIANTO)	24
TRAPIANTO LOCO-REGIONALE DI CELLULE STAMINALI (QUALSIASI SEDE)	24
MIELOFIBROSI	24
ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	24
CATARATTA SENILE IN DIABETICO, SENZA COMPLICAZIONI OCULARI	24
CATARATTA DIABETICA	24
DIABETE DA SOMMINISTRAZIONE DI STEROIDI	25
COMA DIABETICO DOVUTO A INCIDENTE TERAPEUTICO DA INSULINA	25
PIEDE DIABETICO (PAZIENTE DIABETICO CON ULCERE)	25
PTA DI ARTERIE ARTI INFERIORI IN ARTERIOPATIA DIABETICA (PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY, AD ES. PIEDE DIABETICO)	25
AMPUTAZIONE PER GANGRENA DIABETICA	25
GERIATRIA	26

DEMENZA SENILE (SU BASE VASCOLARE).....	26
DEMENZA E/O DELIRIUM IN CONDIZIONI PATOLOGICHE SPECIFICATE	26
STATO CONFUSIONALE ACUTO NON RICONDUCEBILE AD ALCUNA PATOLOGIA	27
SHOCK IPOVOLEMICO.....	27
LUNGODEGENZA	27
RICOVERO PER CURE PALLIATIVE	27
MALATTIA DA COVID 19 (SARS-COV-2)	27
MANIFESTAZIONI CLINICHE DELL'APPARATO RESPIRATORIO IN COVID-19.....	27
MANIFESTAZIONI CLINICHE IN APPARATI DIVERSI DA QUELLO RESPIRATORIO, ATTRIBUITE A INFEZIONE DA SARS-CoV-2, QUINDI POSITIVI AI TEST PER SARS-CoV-2.....	29
SEPSI IN CORSO DI MALATTIA DA SARS-CoV-2.....	30
PAZIENTI PAUCISINTOMATICI O ASINTOMATICI CON SARS-CoV-2 IDENTIFICATO O NON IDENTIFICATO.....	30
MANIFESTAZIONI CLINICHE RESPIRATORIE O IN APPARATI DIVERSI DA QUELLO RESPIRATORIO, SOSPETTE PER INFEZIONE DA SARS-CoV-2, NEGATIVI AI TEST PER SARS-CoV-2.....	31
RICORSO AI SERVIZI SANITARI DI PERSONE CON RISCHI POTENZIALI DI MALATTIA IN RELAZIONE ALL'ANAMNESI PERSONALE DI MALATTIA DA SARS-CoV-2 (COVID-19).....	32
PARTO E NASCITA DA MADRE CON MALATTIA DA COVID-19	32
SINDROME DI MALATTIA "KAWASAKI LIKE" IN PAZIENTI PEDIATRICI	32
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	33
INFEZIONE DA HIV, VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA UMANA	33
PAZIENTI CON HIV RICOVERATE PER GRAVIDANZA, PARTO O PUERPERIO	33
RICOVERO DI NEONATO NATO DA MADRE AFFETTA DA MALATTIE INFETTIVE.....	33
RICOVERO DI NEONATO CON INFEZIONE CONGENITA	33
SETTICEMIA, SEPSI E SHOCK SETTICO	33
SETTICEMIA NEONATALE	34
MALFORMAZIONI CONGENITE.....	34
IMPRESSIONE-INVAGINAZIONE BASILARE DETERMINANTE COMPRESSIONE BULBO- MIDOLLARE E TETRAPLEGIA INGRAVESCENTE.....	35
NEFROLOGIA.....	35
IMPIANTO DI CATETERE VENOSO TUNNELIZZATO A PERMANENZA PER EMODIALISI	35
TROMBOSI DI FISTOLA ARTERO-VENOSA IN DIALIZZATO.....	35
RICOVERI DI PAZIENTI DIALIZZATI	35
NEONATOLOGIA	36
NEONATO SANO.....	36
RICOVERI PER I QUALI NON DEVE ESSERE COMPILATA LA SDO	36
PREMATURITÀ	37
SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO.....	37
ONCOLOGIA.....	37
PRINCIPI GENERALI DI CODIFICA DEI TUMORI	37
CHEMIOTERAPIA E/O IMMUNOTERAPIA PER VIA SISTEMICA:	39
CICLO DI RADIOTERAPIA ASSOCIATO A CHEMIOTERAPIA ANTIBLASTICA	39
BRACHITERAPIA O TERAPIE RADIOMETABOLICHE.....	39
METODICA "STOP FLOW"	40
CHEMIOEMBOLIZZAZIONE\CHEMIOTERAPIA LOCO-REGIONALE	40
ALCOLIZZAZIONE DI TUMORE EPATICO	40
ELETTROCHEMIOTERAPIA.....	40
GAMMA KNIFE	41
TUMORECTOMIA CON TECNICA HIFU (HIGH FOCUSED ULTRASOUND) \TERMOABLAZIONE OTTENUTA CON FASCI DI ULTRASUONI FOCALIZZATI (FUS)	41
Neoplasia della prostata	41
Neoplasia dell'osso	41
Mioma uterino	41
Fibroadenoma mammario.....	42
CRIOABLAZIONE DI NEOPLASIA OSSEA.....	42

IRE ELETTROPORAZIONE IRREVERSIBILE EPATICA (IRREVERSIBLE ELETTROPORATION)	42
REINFUSIONE DI CELLULE DENDRITICHE AUTOLOGHE	42
INSERIMENTO DI "PORT A CATH"	42
RIMOZIONE DI PORT-A-CATH	43
BIOPSIA ECO-ENDOSCOPICA EBUS-TBNA (ENDO BRONCHIAL ULTRA SOUND – TRANSBRONCHIAL NEEDLE ASPIRATION)	43
PRELIEVO PREVENTIVO DI OVOCITI AL FINE DI UNA EVENTUALE SUCCESSIVA FECONDAZIONE ASSISTITA IN PAZIENTE CHE NECESSITA DI TRATTAMENTO RADIO-CHEMIOTERAPICO	43
ASPORTAZIONE DI LINFONODO SENTINELLA POSITIVO/NEGATIVO	44
PNEUMOLOGIA	44
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	44
NIMV (VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA) ESEGUITA CON MASCHERA FACCIALE O CASCO	44
SVEZZAMENTO DA TRACHEOSTOMIA	44
CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA	44
IMPIANTO DI STENT TRACHEALE	44
INSERZIONE DI STENT TRACHEALE IN COMPRESSIONE AB EXTRINSECO	45
DISTRUZIONE O ESCISSIONE DI LESIONE TRACHEALE	45
IMPIANTO DI PROTESI BRONCHIALE	45
DECAPNEIZZAZIONE EXTRACORPOREA (ECCO2R – EXTRACORPOREAL CO2 REMOVAL)	45
REUMATOLOGIA	45
BIOPSIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI IN MALATTIA DI SJOGREN	45
RIABILITAZIONE	46
Attività riabilitativa post-acuzie	46
Ricoveri elettivi di mantenimento dell'attività riabilitativa	46
ATTIVITÀ RIABILITATIVA POST-ACUZIE	46
Riabilitazione da malattie infettive e parassitarie	46
Riabilitazione da malattie del sistema nervoso	46
Riabilitazione post-chirurgica per asportazione di lesione a carico del SNC	46
Riabilitazione da malattie cerebrovascolari	46
Riabilitazione cardiologica post-IMA, entro le otto settimane	47
Riabilitazione cardiologica post-IMA, dopo le otto settimane	47
Riabilitazione cardiologica post-chirurgica	47
Riabilitazione dopo bypass per rivascolarizzazione cardiaca	47
Riabilitazione respiratoria post-chirurgica	47
Riabilitazione post-tracheostomia	47
Riabilitazione post-traumatica	47
Riabilitazione post-chirurgica per sostituzione di protesi articolare	47
Sindrome ipocinetica	47
Sindrome da immobilizzazione	47
RICOVERI ELETTIVI DI MANTENIMENTO PER L'ATTIVITÀ RIABILITATIVA	47
RIABILITAZIONE DELLE MALATTIE POLMONARI CRONICHE	47
TERAPIA ANTALGICA	48
DOLORE POST-OPERATORIO DI GRADO MEDIO-ALTO (ELASTOMERI, PCA PATIENT CONTROLLED ANALGESIA, PCEA PATIENT CONTROLLED EPIDURAL ANALGESIA)	48
Analgesia continua con catetere epidurale	48
Blocco di parete e analgesia continua con catetere perineurale	48
Analgesia continua per via endovenosa	48
DOLORE CRONICO TRATTATO CON DISPOSITIVO ANTALGICO ESTERNO ALLA CUTE	48
BLOCCO CONTINUO PERINERVOSO	49
PENS THERAPY (PERCUTANEOUS ELECTRIC NEUROSTIMULATION)	49
TRATTAMENTO DEL DOLORE CON INFILTRAZIONI INTRAVERTEBRALI	49
TRATTAMENTO DEL DOLORE CON CEROTTO ALLA CAPSEICINA	49
DOLORE NEUROPATICO CRONICO RESISTENTE ALLE TERAPIE TRATTATO ATTRAVERSO CATETERE INTRATECALE O INTRAVERTEBRALE A PERMANENZA COLLEGATO A POMPA DI INFUSIONE MECCANICA O ELETTRONICA CON RESERVOIR	49
PERIDUROSCOPIA (CON EPIDUROLISI)	50

LISI DI ADERENZE CON PALLONCINO TIPO FOGARTY (AD ES. SISTEMA RESALOON) INTRODOTTO ATTRAVERSO FIBROSCOPIO:.....	50
IMPIANTO O SOSTITUZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE O VESCICALE	50
Primo ricovero (fase test: impianto di solo elettrodo).....	50
Secondo ricovero (impianto definitivo: impianto di solo generatore)	50
RIMOZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE (GENERATORE ED ELETTRODO).....	51
AREA CARDIOVASCOLARE	52
CARDIOLOGIA E ARITMOLOGIA	52
MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE	52
INFARTO MIOCARDICO ACUTO (410. __).....	52
INFARTO DI TIPO II O SECONDARIO (DOLORE PRECORDIALE, TROPONINE ELEVATE CON DELTA SUPERIORE AL 20% NELLA SECONDA RILEVAZIONE, TRACCIATO ECGRAFICO POSITIVO PER IMA)	53
SINDROME DI TAKOTSUBO (SINDROME DEL CUORE INFRANTO)	53
INOCA (ISCHEMIA WITH NON OBSTRUCTIVE CORONARY ARTERY DISEASE, ANGINA MICROVASCOLARE)	53
TROPONINOSI ISOLATE (CON DELTA INFERIORE AL 20% NELLA SECONDA RILEVAZIONE E PRECORDIALGIA, ECG NON INDICATIVO DI ISCHEMIA)	53
INFARTO PERI-POSTOPERATORIO.....	53
DISOSTRUZIONE CORONARICA PERCUTANEA	53
IMPIANTO REDUCER PER ANGINA REFRATTARIA	54
SHOCK-WAVE CORONARICO (LITOTRISSIA CORONARICA)	54
IPERTENSIONE ARTERIOSA	54
Denervazione arteria renale (DAR) per il controllo dell'ipertensione arteriosa refrattaria al trattamento farmacologico.....	55
Denervazione simpatica renale per via endovascolare	55
MONITORAGGIO (DIAGNOSTICO) DI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO.....	55
Monitoraggio non invasivo (cintura multisensore per diagnostica integrata).....	55
Monitoraggio invasivo: inserzione di misuratore di pressione atriale sinistra	55
Monitoraggio invasivo: sistema di monitoraggio sottocutaneo	55
CUORE POLMONARE CRONICO SCOMPENSATO	55
TRATTAMENTO DELLE ARITMIE	56
DISFUNZIONE SISTOLICA DEL VENTRICOLO SINISTRO, UTILIZZO DI DISPOSITIVI IMPIANTABILI	56
POSIZIONAMENTO DI DISPOSITIVI IMPIANTABILI PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE IMPROVVISA.....	56
Impianto di ICD transvenoso o sottocutaneo o ibrido sottocutaneo (Implantable Cardioverter Defibrillator).....	56
Impianto di defibrillatore per degenerazione ventricolare del cuore	57
LIFEVEST (Giubbotto defibrillatore)	57
Impianto di ICD LEADLESS.....	57
Pacemaker miniaturizzato senza elettrocateri (LEADLESS), impiantabile per via trans venosa (MICRA)	57
STIMOLAZIONE VAGALE CON NEUROPATIA PERIFERICA IDIOPATICA E SCOMPENSO CARDIACO	57
BRADI-ARITMIE	57
Pacemaker AAIR.....	57
Pacemaker DDD/R Pacemaker DDD (o VDD)	58
Upgrade a pacemaker DDD/R Pacemaker DDD o VDD	58
Pacemaker VVI/R.....	58
Pacemaker VVI/R LEADLESS	58
IMPIANTO DI PACE-MAKER PER SINDROME DEL SENO CAROTIDEO	58
IMPIANTO DI PACE-MAKER SUL GLOMO CAROTIDEO	58
RICOVERO PROGRAMMATO PER LA SOLA SOSTITUZIONE DI BATTERIE DI PACE-MAKER	58
UTILIZZO DI ENVELOPE ANTIBATTERICO IN RIAPERTURA DELLA TASCA DEL DISPOSITIVO.....	59
REVISIONE/SOSTITUZIONE DI ELETTROCATETERE [COMPLICANZA NON INFETTIVA].....	59
Posizionamento di nuovo elettrocaterete e rimozione/estrazione del non funzionante:.....	59
Sostituzione di elettrocaterete rotto:	59
IMPIANTO DI DEVICE CON FINALITÀ DIAGNOSTICHE	59
LOOP recorder esterno con impianto sottocute o patches adesivi	59
TILT UP test.....	59
STUDIO ELETTROFISIOLOGICO DIAGNOSTICO (CON MAPPATURA / RICOSTRUZIONE 3D).....	60
Codici intervento:	60
REVISIONE DELLA TASCA PER INFEZIONE.....	60
Codici intervento:	60

Rimozione del sistema in toto (pacemaker).....	60
Estrazione del sistema in toto (apparecchi e catetere ICD e CRT-D).....	60
REVISIONE DELLA TASCA PER DECUBITO	60
Plastica della tasca del generatore	60
REVISIONE DELLA TASCA PER EMATOMA CON SEGNI DI ISCHEMIA CUTANEA	60
Codici intervento:	60
ESPIANTO DI CATETERE SOTTOCUTANEO PER LA REGISTRAZIONE DEL RITMO	60
ABLAZIONE DI FIBRILLAZIONE/FLUTTER ATRIALE	61
Codici intervento:	61
Ablazione percutanea	61
Ablazione aperta:	61
Ablazione circonferenziale delle vene polmonari.....	61
Ablazione con incisione subxifoidea e ablazione epicardica/apice cardiaco.....	61
Esclusione dell'auricola sinistra dal circolo ematico:	61
CARDIOCHIRURGIA	61
IMPIANTO DI POMPA CENTRIFUGA CON CANNULE PERCUTANEE (PVAD – PERCUTANEOUS VENTRICULAR ASSIST DEVICE).....	61
SUPPORTO DEL CIRCOLO CON IMPELLA:	61
IMPIANTO DI VAD PARACORPOREO O POMPA CENTRIFUGA IMPIANTATO MEDIANTE STERNOTOMIA.....	62
IMPIANTO DI VAD INTRACORPOREO	62
ASSISTENZA CARDIOCIRCOLATORIA VENTRICOLARE DESTRA CON POMPA CENTRIFUGA	62
PORTATORE DI VAD, O ALTRI SUPPORTI CIRCOLATORI.....	62
BY-PASS AORTOCORONARICO	62
SOSTITUZIONE VALVOLARE AORTICA CON IMPIANTO PROTESI/SUTURELESS	62
SOSTITUZIONE DI AORTA E VALVOLA AORTICA CON TUBO VALVOLATO.....	63
INTERVENTO SECONDO BENTALL	63
INTERVENTO SECONDO DAVID	63
VALVULOPLASTICA CON TECNICA OZAKI.....	63
CHIRURGIA RIPARATIVA DELLA MITRALE CON ANNULOPLASTICA	64
CHIRURGIA RIPARTIVA DELLE VALVOLE CON ANELLO/EDGE TO EDGE/RISOSPENSIONE CUSPIDI/QUALSIASI RIPARAZIONE SENZA SOSTITUZIONE:	64
IMPIANTI DI PROTESI VALVOLARI CARDIACHE TRANSCATETERE.....	64
Impianto di protesi valvolare aortica biologica transcaterere TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation)	64
Codici intervento TAVI transfemorale o via succlavia.....	64
Impianto di protesi valvolare aortica biologica transcaterere su protesi degenerata Valve in Valve (TAVI VIV)	64
Impianto di protesi valvolare mitralica biologica transcaterere	65
Impianto di protesi valvolare mitralica biologica transcaterere su protesi degenerata Valve in Valve (VIV).....	66
Impianto di protesi valvolare biologica della tricuspide transcaterere.....	66
Impianto di protesi valvolare biologica della tricuspide transcaterere su protesi degenerata Valve in Valve (VIV)	67
Impianto di protesi valvolare polmonare biologica transcaterere per via venosa femorale	67
Impianto di protesi valvolare polmonare biologica transcaterere su protesi degenerata Valve in Valve (VIV).....	67
RIMODELLAMENTO VENTRICOLARE.....	67
VENTRICOLOPLASTICA PER ANEURISMA VENTRICOLARE SINISTRO.....	68
CHIUSURA DEL DOTTO DI BOTALLO PER VIA PERCUTANEA	68
CHIUSURA DIFETTO INTERATRIALE (DIA) PER VIA PERCUTANEA	68
DEBRANCHING (SENZA ARRESTO DI CIRCOLO) IN ANEURISMA DELL'ARCO AORTICO	68
RIPARAZIONE DI COARTAZIONE DELL'AORTA PER VIA ENDOVASCOLARE	68
RIPARAZIONE PERCUTANEA ANEURISMA DELL'AORTA TORACICA (ENDOPROTESI).....	69
RIPARAZIONE DI ANEURISMA DELL'ARCO AORTICO E DELL'AORTA TORACICA DISCENDENTE "FROZEN"	69
TRATTAMENTO PERCUTANEO DI: IPERTENSIONE POLMONARE, CUORE POLMONARE CRONICO, STENOSI ARTERIE POLMONARI/STENT ARTERIE POLMONARI, STENOSI CONDOTTI INTRA O EXTRACARDIACI.....	69
CHIRURGIA VASCOLARE E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	70
INTERVENTO PER CONTROLLO DI EMORRAGIA POST-OPERATORIA.....	70
TROMBOSI ARTERO-VENOSA IN CVC O ALTRO IMPIANTO	70

DISOSTRUZIONE DELLE GRANDI VIE VENOSE TORACICHE (SUCCLAVIA, ANONIMA, CAVA)	70
Venoplastica progressiva con palloni di dimensioni crescenti	70
RIPARAZIONE PERCUTANEA ANEURISMA DELL'AORTA ADDOMINALE (ENDOPROTESI).....	70
ANEURISMA DELL'AORTA ADDOMINALE (GRAFT + BRANCH)	71
ANEURISMA DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE - INTERVENTO DI CHIMNEY (CAMINO)/ IMPIANTO DI PROTESI FENESTRATA	71
DEBRANCHING (SENZA ARRESTO DI CIRCOLO) IN ANEURISMA DELL'AORTA ADDOMINALE.....	72
RIPARAZIONE DI ANEURISMA DELL'ARTERIA ILIACA O FEMORALE CON INSERIMENTO DI PROTESI ENDOVASCOLARE	72
EMBOLIZZAZIONE ENDOLEAK	72
PSEUDOANEURISMA SECONDARIO A PROCEDURA DI CHIRURGIA VASCOLARE (ES. DOPO PTCA, FAV – FISTOLA ARTERO VENOSA).....	72
TRATTAMENTO DI VENE VARICOSE CON LASERTERAPIA ENDOVASCOLARE O RADIOFREQUENZA	72
CROSSING ASSOCIATO A STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE	72
LEGATURA ENDOSCOPICA DI PERFORANTI INCONTINENTI IN SEDE SOTTOFASCIALE (SEPS).....	73
INTERVENTO DI TIPS (TRANS-JUGULAR-INTRAHEPATIC PORTO-SYSTEMIC SHUNT)	73
REVISIONE O RICANALIZZAZIONE DI TIPS	73
RIDUZIONE/CHIUSURA DI TIPS	73
EMBOLIZZAZIONI SHUNT PORTALE EXTRA-EPATICO BRTO (BALLOON-OCCLUDED RETROGRADE TRANSVENOUS OBLITERATION):.....	73
EMBOLIZZAZIONE DI SACCA ANEURISMATICA.....	73
EMBOLIZZAZIONE SELETTIVA PER ROTTURA SPONTANEA O TRAUMATISMO VASI/EMORRAGIA/SHUNT CON SPIRALI, AMPLATZER, ONYX, SQUID, ETC.....	74
EMBOLIZZAZIONE SELETTIVA PER ROTTURA SPONTANEA O TRAUMATISMO VASI/EMORRAGIA/SHUNT CON MATERIALI INIETTABILI (COLLA, PARTICELLE, SPONGE, ETC.)	74
INSERIMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE TUNNELLIZZATO (ESCLUSO CATETERE DIALISI).....	74
SCLEROEMBOLIZZAZIONE DI MALFORMAZIONE VENOSA	74
EMBOLIZZAZIONE ARTEROVENOSA E/O ALCOLIZZAZIONE DI MALFORMAZIONE ARTERO-VENOSA (MAV)/ELETTROPORAZIONE	75
MISURAZIONE PRESSIONE EPATICA HPVG (HEPATIC PRESSURE VENOUS GRADIENT)	75
TEST DI OCCLUSIONE CAROTIDEA	75
ANGIOPLASTICA ARTERIE INTRACRANICHE	75
ANGIOPLASTICA ARTERIE CAROTIDE/VERTEBRALE/BASILARE	76
ANGIOPLASTICA NON CORONARICA (ESCLUSE ARTERIE DEL CAPO E DEL COLLO) CON O SENZA PALLONE MEDICATO O CUTTING BALLOON	76
ANGIOPLASTICA FISTOLA DIALITICA CON PALLONE MEDICATO O CUTTING BALLOON	76
ANGIOPLASTICA VENOSA, QUALSIASI DISTRETTO CON PALLONE MEDICATO O CUTTING BALLOON	76
EMATOMI "SPONTANEI"	77
EMBOLIZZAZIONE ARTERIOSE DI LESIONI BENIGNE/MALIGNE	77
RECUPERO CORPO ESTRANEO ENDOVASALE	77
TROMBOLISI FARMACOLOGICA ARTERIE PRE-CEREBRALI E CEREBRALI	77
TROMBOLISI MECCANICA ARTERIE PRE-CEREBRALI E CEREBRALI IN CORSO DI STROKE.....	78
EMBOLIZZAZIONE ANEURISMA CEREBRALE E ALTRE MALFORMAZIONI CEREBROVASCOLARI	78
AREA CHIRURGICA	79
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	79
SVUOTAMENTO DEL CAVO ASCELLARE SUCCESSIVO A MASTECTOMIA (NEGATIVO).....	79
SVUOTAMENTO DEL CAVO ASCELLARE SUCCESSIVO A MASTECTOMIA (POSITIVO).....	79
INSERIMENTO DI PROTESI O ESPANSORE NELLA MAMMELLA IN PAZIENTE MASTECTOMIZZATA PER NEOPLASIA MALIGNA.....	79
RICOSTRUZIONE CHIRURGICA DELLA MAMMELLA CON TECNICHE DIVERSE DALL'IMPIANTO DI PROTESI (AD ES. RICOSTRUZIONE DEL CAPEZZOLO, INTERVENTO CON LEMBO).....	79
RICOSTRUZIONE DELLA MAMMELLA (SUCCESSIVA AD ASPORTAZIONE PER NEOPLASIA) ATTRAVERSO LIPOFILLING	80
ASPORTAZIONE PROFILATTICA DELLA MAMMELLA.....	80
CHIRURGIA GENERALE	80
INSERIMENTO PER VIA ENDOSCOPICA DI PALLONE BARIATRICO INTRAGASTRICO	80
INTERVENTO DI BANDING GASTRICO	80
INTERVENTO DI RESEZIONE DELLO STOMACO SECONDO SLEEVE (GASTRORESTRIZIONE).....	81
INTERVENTO DI DIVERSIONE BILIOPANCREATICA (BPD).....	81
INTERVENTO DI GASTROPLASTICA VERTICALE PER VIA LAPAROSCOPICA	81
MINI BY-PASS GASTRICO LAPAROSCOPICO	81

BYPASS GASTRICO CON MINI-BYPASS INTESTINALE/ANSA ALLA OMEGA.....	81
INTERVENTO DI POSE (PRIMARY OBESITY SURGERY ENDOLUMINAL)	82
RIPARAZIONE DI DEISCENZA DI GASTROPLASTICA VERTICALE	82
RIMOZIONE, RIPARAZIONE O REGOLAZIONE LAPAROSCOPICA DI SPOSTAMENTO, SCIVOLAMENTO DEL BANDING GASTRICO O DEL DISPOSITIVO SOTTOCUTANEO DI REGOLAZIONE (PORT)	82
RIPARAZIONE DI STENOSI DELL'OUTLET O NEOPILORO	82
INSERZIONE DI PROTESI METALLICA ESOFAGEA.....	83
FUNDOPLICATIO CON TECNICA LAPAROSCOPICA	83
PLICATURA ENDOSCOPICA DI ERNIA IATALE.....	83
INSERZIONE DI PROTESI METALLICA DUODENALE.....	83
COLEDOCOSCOPIA PERCUTANEA	83
POSIZIONAMENTO DI ENDOPROTESI BILIARE METALLICA INTERNA PER VIA PERCUTANEA	83
BILIOPLASTICA/PAPILLOPLASTICA PERCUTANEA/ENDOSCOPICA (*).....	84
DRENAGGIO CISTI PANCREATICA PERCUTANEA (*).....	84
PANCREATO-CISTO-GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA (*).....	84
TRATTAMENTO CON RF (RADIO-FREQUENZA) DELLE VIE BILIARI (ENDOBILIARE) (*).....	84
POSIZIONAMENTO DI GASTRO-COLECISTI-STOMIA CON INSERIMENTO DI PROTESI METALLICA PER VIA ECO-ENDOSCOPICA (*).....	85
APPENDICECTOMIA CON TECNICA T.U.L.A.A. (TRANSUMBELICAL LAPAROSCOPIC-ASSISTED APPENDICECTOMY)	85
RESERVOIR RETTALE CON COLOPLASTICA TRASVERSALE (STRICTUROPLASTICA COLICA)	85
CHIUSURA DI ENTEROSTOMIA	85
TRATTAMENTO CON E-VAC THERAPY (ENDOLUMINAL VACUUM ASSISTED CLOSURE) ED ENDOSPONGE DI DEISCENZE ANASTOMOTICHE SECONDARIE A INTERVENTI CHIRURGICI DELL'INTESTINO	85
ENDOPROTESI PER LA DILATAZIONE INTESTINALE DEL COLON	86
TATME (TRANSANAL TOTAL MESORECTAL EXCISION).....	86
RIPARAZIONE DI RETTOCELE CON PROTESI.....	86
RESERVOIR RETTALE CON J-POUCH COLICA-ILEALE	86
PROCTOPESSI ADDOMINALE CON PROTESI	86
PROCTOPESSI EMORROIDARIA (COMPRESA DEARTERIALIZZAZIONE DI PROLASSO MUCO EMORROIDARIO DOPPLER GUIDATA CON METODO THD-TRANSANAL HEMORRHOIDAL DEARTERIALIZATION).....	86
RESEZIONE A TUTTO SPESSORE DI PROLASSO EMORROIDALE E DEL RETTO PER VIA TRANSANALE (INTERVENTO DI STARR)	86
EMORROIDECTOMIA/MUCOSECTOMIA RETTALE NON A TUTTO SPESSORE (QUALSIASI TECNICA COME LONGO, MILLIGAN-MORGAN, ETC.).....	87
EMBOLIZZAZIONE DI PLESSI EMORROIDARI MEDIANTE INIEZIONI SELETTIVE E SUPER SELETTIVE DI PARTICELLE EMBOLIZZANTI.....	87
ENDOPROTESI PER LA DILATAZIONE INTESTINALE DEL RETTO.....	87
IMPIANTO E REVISIONE DI PROTESI DELLO SFINTERE ANALE	87
TEST DI POSIZIONAMENTO DI ELETTRODO MONOPOLARE NELL'ANO PER INCONTINENZA FECALE (PNE: PERIPHERAL NERVE EVALUATION)	87
MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANSANALE (TEM-TRANANAL ENDOSCOPIC MICROSURGERY).....	87
ASCESSO E FISTOLA ANALE	88
POSIZIONAMENTO DI PROTESI BIOLOGICA IN FISTOLA ANALE	88
TRAPIANTO MULTIVISCERALE.....	88
TRATTAMENTO CHIRURGICO DELL'IPERIDROSI	88
TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA SINDROME DELLO STRETTO TORACICO.....	88
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE.....	89
ORBITOTOMIA DECOMPRESSIVA IN ESOFALMO TIREOTOSSICO.....	89
ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA/ODONTOGENICA DELLA MANDIBOLA	89
ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA/ODONTOGENICA DELLA MASCELLA.....	89
CHIRURGIA PLASTICA	89
INTERVENTI PER LA MODIFICA DEI CARATTERI SESSUALI	89
Trasformazione nel sesso maschile.....	90
Trasformazione nel sesso femminile	90
LIPODISTROFIA LOCALIZZATA IN PAZIENTI CON HIV SINTOMATICO	90
Trattamento ricostruttivo del volto.....	90
Lipoaspirazione o lipectomia.....	91
Mammoplastica riduttiva	91
Addominoplastica.....	91

DIASTASI DEI RETTI	91
LAPAROCELE POST-CHIRURGICO	91
TRATTAMENTO DELL'ADDOME PENDULO DA LASSITÀ CUTANEA IN ESITI DI CHIRURGIA BARIATRICA O DI IMPORTANTI DIMAGRIMENTI	92
INNESTO DI LEMBO PEDUNCOLATO NEL PADIGLIONE AURICOLARE	92
INFEZIONI E COMPLICAZIONI OPERATORIE O POSTOPERATORIE	92
DISPOSITIVO V.A.C. (VACUUM ASSISTED CLOSURE THERAPY)	92
MEDIASTINITE	92
TOILETTE DI FERITA CHIRURGICA INFETTA	92
SUTURA DI DEISCENZA DI FERITA STERNALE (RIPARAZIONE DI DIASTASI DEI MONCONI STERNALI).....	93
LINFOCELE O CHILOTORACE POST-CHIRURGICO.....	93
GASTROENTEROLOGIA	93
CONTROLLO DI EMORRAGIA PER VARICI ESOFAGEE EFFETTUATO PER VIA ENDOSCOPICA.....	93
ECO-ENDOSCOPIA DELL'APPARATO DIGERENTE PER LA DIAGNOSTICA DELLE PATOLOGIE DEL PANCREAS E DELLE VIE BILIARI	93
POEM (PER-ORAL ENDOSCOPIC MIOTOMY).....	93
VIDEO-ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA CON CAPSULA	93
ENTEROSCOPIA CON SINGOLO PALLONE.....	94
TRAPIANTO DI MICROBIOTA FECALE.....	94
EPATITE	95
NEUROCHIRURGIA	96
BIOPSIA STEREOTASSICA	96
TEST DI SOTTRAZIONE ED INFUSIONE LIQUORALE	96
STUDIO DELLA DINAMICA LIQUORALE	96
CHIRURGIA DELL'EPILESSIA	96
IMPIANTO DI NEUROSTIMOLATORE VAGALE PER LA TERAPIA DELL'EPILESSIA REFRATTARIA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA	97
OCULISTICA.....	97
INIEZIONE DI CORTISONICI ENDOVITREALI	97
INIEZIONE INTRAVITREALE DI FARMACI PER LA CURA DELLE MACULOPATIE	97
INNESTO DI LIMBUS	97
INNESTO DI MEMBRANA AMNIOTICA	98
TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA CRONICO AD ANGOLO APERTO	98
IMPIANTO DI LIPOCITI PER GRAVI RETINOPATIE	98
IMPIANTO DI RETE CONTENITIVA PER IL CRISTALLINO	98
LUSSAZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE (IOL).....	98
ASPORTAZIONE DI XANTELASMA PALPEBRALE	98
CROSS-LINK CORNEALE	98
TRATTAMENTO CON TOSSINA BOTULINICA	98
ESAME VESTIBOLARE OTOFUNZIONALE CON VIDEOCULOGRAFIA COMPUTERIZZATA (V.O.G.).....	99
OSTETRICIA E GINECOLOGIA.....	99
PARTO INDOLORE MEDIANTE ANESTESIA EPIDURALE	101
PARTO VAGINALE PER MORTE INTRAUTERINA DEL FETO.....	101
INTERRUZIONE VOLONTARIA FARMACOLOGICA DI GRAVIDANZA (RU 486)	101
INTERRUZIONE LEGALE DI GRAVIDANZA CON CESAREO	101
DEINFIBULAZIONE	101
ASPORTAZIONE DI CONDILOMI ACUMINATI NELLA DONNA.....	102
RACCOLTA DI SANGUE DAL CORDONE OMBELICALE AI FINI DELLA DONAZIONE PER IL TRAPIANTO DELLE CELLULE STAMINALI	102
ASPORTAZIONE PROFILATTICA DELL'OVAIO	102
SOSPENSIONE COLLO DELL'UTERO IN PROLASSO UTERINO	102
OTORINOLARINGOIATRIA	102
CHIRURGIA ENDOSCOPICA DEI SENI PARANASALI	102
INTERVENTO PER PARALISI DI CORDA VOCALE.....	103
INSERIMENTO DI PROTESI FONATORIA IN LARINGECTOMIZZATI.....	103

INTERVENTO DI UGULO-FARINGOPLASTICA PER SINDROME DELL'APNEA NOTTURNA.....	103
INTERVENTO DI UGULO-FARINGOPLASTICA PER SINDROME DELL'APNEA NOTTURNA CON SOSPENSIONE IOIDEA-LINGUALE	103
TRATTAMENTO CON RADIOFREQUENZA (RFVR) PER SINDROME DELL'APNEA NOTTURNA	103
APNEA NOTTURNA DI NATURA NON ORGANICA.....	104
CORREZIONE FUNZIONALE DI DEVIAZIONE, DEFORMITÀ O DEFORMAZIONE DEL NASO (RINOPLASTICA).....	104
IMPIANTO DI SISTEMA COCHLEAR OSIA (IMPIANTO UDITIVO CHE UTILIZZA LA STIMOLAZIONE PIEZOELETTRICA DIGITALE)	104
POSIZIONAMENTO DI PROTESI ACUSTICA ETEROLOGA	104
UROLOGIA E ANDROLOGIA	105
EMATURIA	105
RIRS (RETROGRADE INTRA RENAL SURGERY) CON UTILIZZO DI LASER AD OLMIO.....	105
RECUPERO FRAMMENTI DI CALCOLO ATTRAVERSO URS (URETEROSCOPIA) CON O SENZA CESTELLO ATTRAVERSO LASER AD OLMIO	105
VARICOCELE	105
CIRCONCISIONE.....	105
LIBERAZIONE MANUALE DI ADERENZE BALANO-PREPUZIALI	106
ASPORTAZIONE DI CONDILOMI ACUMINATI NELL'UOMO	106
INIEZIONE DI COLLAGENE IN CISTOSCOPIA PER LA CORREZIONE DI REFLUSSO VESCICO-URETERALE O INCONTINENZA URINARIA	106
IMPIANTO DI DISPOSITIVO PERIURETRALE PER L'INCONTINENZA URINARIA	106
INSERIMENTO DI PROTESI PER STENOSI URETRALE.....	106
IMPIANTO DI PACEMAKER NEURALE O ELETTROSTIMOLATORE NEURO-UROLOGICO	107
POSIZIONAMENTO DI AdVANCE, PER INCONTINENZA URINARIA NELL'UOMO.....	107
INFILTRAZIONE DI TOSSINA BOTULINICA IN VESCICA, IN CISTOSCOPIA.....	107
STENT URETERALE	107
AREA ORTOPEDICA.....	108
PRINCIPI GENERALI	108
FRATTURE PATOLOGICHE	108
CHEMIOEMBOLIZZAZIONE DI CISTI ANEURISMATICA DELL'OSSO	108
EMBOLIZZAZIONE DI CISTI ANEURISMATICA DELL'OSSO	108
CRIOABLAZIONE DI FIBROMATOSI DESMOIDE AGGRESSIVA.....	109
ARTRODESI VERTEBRALE ED ALTRI INTERVENTI SULLA COLONNA	109
Artrodesi posteriore non strumentata di qualunque livello (effettuata solo con innesto osso)	109
Blocco degli elementi posteriori (spinose e/o faccette)	109
Fusione degli elementi posteriori (spinose e/o faccette) - interspinoso avvitato tipo Coflex	109
Artrodesi posteriore strumentata di qualunque livello	109
Artrodesi intersomatica stand alone	109
Fissazione dinamica intervertebrale (stabilizzazione senza fusione)	109
Artrodesi circonferenziale (PLIF/TLIF) qualunque livello	109
Artrodesi strumentata intersomatica anteriore (ALIF anteriore)	110
Artrodesi circonferenziale con approccio posteriore ed anteriore combinato (AXIALIF/XLIF/OLIF)	110
Inserzione di dispositivi senza fusione tra i corpi vertebrali	110
ERNIA DISCALE	110
REVISIONI DI ARTRODESI VERTEBRALI	111
RIPOSIZIONAMENTO DI CAGE INTERSOMATICA VERTEBRALE MANTENUTA CON BARRA IN TITANIO	111
ARTRODESI SACRO-ILIACA.....	111
DENERVAZIONE DELLE FACCETTE ARTICOLARI DELL'ARTICOLAZIONE SACRO-ILIACA (SISTEMA DIEMME)	111
ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPO-CARPALE O CARPO-METACARPALE	111
INTERVENTI SU SPALLA - GOMITO	112
Artroscopia della spalla per sindrome da conflitto	112
Protesi di spalla.....	112
Revisione di protesi di spalla	112
Rigidità o "blocco di spalla"	112
Trattamento percutaneo eco-guidato spalla:	112
Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori	112
Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori	113
Lussazione recidivante di spalla	113

Inserzione di spaziatore sottoacromiale "pallone InSpace" o Balloon (per rottura irreparabile dei tendini della spalla)	113
Transfer del gran dorsale	113
Sutura della cuffia dei rotatori con supplementazione con derma di banca	113
Tendinopatie e sindromi analoghe	113
Triade terribile gomito	113
Protesi di capitello radiale	114
RIPARAZIONE CON LEMBO FASCIALE DI NECROSI AVASCOLARE DEL SEMILUNARE (MALATTIA DI KIENBÖCK)	114
BIOPSIA OSTEOMIDOLLARE O CAROTIZZAZIONE OSSEA PERCUTANEA CON AGOASPIRAZIONE	114
INNESTO OSSEO DA DONATORE IN PAZIENTE ONCOLOGICO	114
FISSAZIONE PREVENTIVA DI OSSO (IN OSTEOLISI NEOPLASTICA).....	115
INSERIMENTO PREVENTIVO DI STELO METALLICO (OSTEOMIELITE CRONICA).....	115
PROTESI ARTICOLARI DI ANCA, GINOCCHIO, CAVIGLIA	115
Impianto di protesi d'anca	115
Impianto di protesi di ginocchio:.....	115
Protesi di rotula	115
Impianto di protesi di caviglia:.....	115
Revisione di protesi di anca, di ginocchio o caviglia con sostituzione	115
Revisione di protesi di anca, ginocchio o caviglia senza sostituzione	116
Inserzione di spaziatore antibiotato dopo rimozione di protesi articolare	116
Sostituzione di spaziatore antibiotato	116
ARTROSCOPIA DELL'ANCA PER CONFLITTO FEMORO-ACETABOLARE	116
ARTROSCOPIA PER ARTROSI DELL'ANCA.....	117
IMPIANTO DI DISPOSITIVO "KINESPRING"	117
INTERVENTO PER IPERTROFIA DEL CORPO DI HOFFA	117
IMPIANTO INTRA-ARTICOLARE DI TESSUTO ADIPOSO AUTOLOGO PROCESSATO (SISTEMA LIPOGEMS/TULIP/ LIPOFILLING) PER ARTROSI O CONDROPATIA DEL GINOCCHIO	117
PLASTICA DELLA GOLA INTERCONDILIOIDEA DEL FEMORE (NOTCHPLASTY).....	117
SINDROME DELLA PLICA DEL GINOCCHIO	118
IMPIANTO LOCALE DI CELLULE STAMINALI AUTOLOGHE NELLE ARTICOLAZIONI.....	118
INIEZIONE INTRA-ARTICOLARE DI FATTORI DI CRESCITA PIASTRINICI (PRP- PLATELET RICH PLASMA)	118
IMPIANTO DI BIOMATERIALE PER CONDROPATIA DELLA ROTULA	118
SOSTITUZIONE LCA CON LEGAMENTO LARS	118
AUTOTRAPIANTO OSTEO-CARTILAGINEO DEL CONDILO FEMORALE MEDIALE DEL GINOCCHIO IN ARTROSCOPIA ...	118
INTERVENTO ARTROSCOPICO DI AUTOTRAPIANTO DI CARTILAGINE	119
TRAPIANTO DI MENISCO DA BANCA	119
RIPARAZIONE DI MICROFRATTURE /LESIONE CONDRALE/SUTURA O REGOLARIZZAZIONE	
MENISCALE/NANOPERFORAZIONI ROTULEE	119
DEBRIDMENT SINOVIALE, MENISCALE E/O CARTILAGINEO	119
SHAVING CARTILAGINEO.....	120
CALCANEO-STOP CON ENDORTESI (VITE TIPO SPHERUS O STILL).....	120
CALCANEO-STOP CON FISSAZIONE	120
TRAPIANTO DI TENDINE DA CADAVERE/BANCA DEI TESSUTI	120
IMPIANTO (TRAPIANTO, INNESTO) DI SOSTITUTO OSTEOCONDRALE DI ARTICOLAZIONE	120
CHIRURGIA FUNZIONALE IN POSTUMO DI TRAUMATISMO E/O DI LESIONE CENTRALE	121
INTERVENTI DI REIMPIANTO DITA MANO PER TRAUMATISMO.....	121
DECOMPRESSIONE E TRASPOSIZIONE DEL NERVO PUDENDO.....	122
RIMOZIONE DI GESSO A FRATTURA CONSOLIDATA	122
RIMOZIONE DEI MEZZI DI SINTESI.....	122
Rimozione programmata.....	122
Dinamizzazione di mezzi di sintesi	122
Intolleranza, mobilizzazione, rottura o altra complicanza meccanica	122
PROTESI DI ARTO INFERIORE CUSTOM-MADE ED "OSTEOINTEGRATE" NEL FEMORE.....	122
FRATTURA OSSEA: SCHEDA DI SINTESI DIAGNOSI	123

PRESENTAZIONE

Scopo di questo elaborato è quello di affiancare il Manuale ICD-9-CM Ed. 2007, nell'intento di aiutare il clinico nel confezionamento della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e di rendere il più omogenea possibile la conseguente descrizione dei casi clinici in aderenza alle regole generali di codifica indicate nel D.M. n. 380 del 27/10/2000 e nell'accordo del 29 aprile 2010 della conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano inerente lo "Aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)".

Al tempo stesso questo manuale ha lo scopo di facilitare l'ingresso nel mondo della codifica ICD9 CM a tutto il personale di ruolo sanitario operante nei reparti e nelle strutture aziendali di verifica e controllo, considerato anche il rapido turn over dello stesso che caratterizza attualmente il sistema ospedaliero regionale. La maggior parte delle indicazioni fornite nel testo riguarda processi clinici per i quali sono pervenute nel tempo richieste di chiarimenti all'istituzione regionale. Non risultano invece presenti indicazioni in merito a codici che descrivono in maniera univoca diagnosi o procedure già contenute nel manuale ICD9 CM Ed. 2007.

Ad integrazione del prezioso lavoro svolto dai diversi componenti dei Gruppi Regionali negli anni che hanno preceduto la pubblicazione del presente manuale, il testo risulta comprensivo di gran parte dei contenuti offerti nelle edizioni precedenti ed arricchito delle indicazioni applicative e integrative di codifica fornite dal DM 28/10/2020 sulla malattia da Covid-19, nonché di suggerimenti relativi alla codifica di alcune procedure innovative per le quali non sono presenti indicazioni specifiche nel manuale ICD9 CM Ed. 2007. Si è ritenuto anche di ripristinare alcuni capitoli presenti in edizioni precedenti (ad esempio quello dedicato alle procedure sulla mammella) poiché le richieste pervenute al gruppo regionale sono risultate ancora oggi particolarmente ricorrenti.

In virtù del duplice ruolo istituzionale operato dai componenti del Gruppo Regionale Codifica e Controlli (GRCC), referenti anche in tema di regole per il controllo delle prestazioni sanitarie, alcuni casi ritenuti significativi sono stati arricchiti attraverso note esplicative sui rischi di potenziale inappropriata, con specifico riferimento al regime di erogazione degli stessi e con particolare attenzione alla salvaguardia delle scelte cliniche operate dal professionista.

L'eventuale presenza nel manuale di indicazioni di codifica riguardanti prestazioni ricomprese anche nel nomenclatore ambulatoriale e potenzialmente erogabili in tale regime di erogazione non ne comporta necessariamente la certificazione di appropriatezza in regime di ricovero diurno od ordinario; in questi scenari limite, oggetto di possibili contenziosi, potrà risultare necessaria la valutazione del singolo caso su cartella clinica, utilizzando, qualora applicabili, i criteri di appropriatezza indicati nel Box 2 del

PAC 2022 (determina 335 del 12 gennaio 2022) *oppure*, qualora si riferiscano a casistiche specifiche e consistenti, occorrerà valutare l'opportunità di identificare criteri condivisi di valutazione da definire in appositi accordi locali.

Vista la difficoltà per alcuni interventi-procedure di essere rappresentati in una disciplina univoca (si pensi ad es. ad una procedura di radiologia interventistica di ambito vascolare effettuata in campo oncologico) si è tentato di raggruppare le discipline specialistiche ed i relativi codici per grandi aree, con tutte le limitazioni che ciò comporta.

In caso di difficoltà nel reperire nel manuale una particolare patologia o procedura a causa della presenza di possibili differenti denominazioni o acronimi, si consiglia di sfogliare dettagliatamente il sommario *oppure* di effettuare la ricerca su stringa in caso di consultazione elettronica.

Infine, alcune codifiche, oggetto di precedenti indicazioni, hanno subito modifiche ad opera di nuove direttive fornite dal Ministero della Salute o dallo stesso gruppo regionale; si fa riferimento a mero titolo di esempio all'utilizzo di associazioni di codici di intervento/procedura come ad es. per le TAVI (Impianto di protesi valvolare aortica biologica trans-catetere) o per le artrodesi vertebrali, *oppure* alla dismissione operativa di alcuni codici legata al mutato inquadramento nosologico della patologia (ad es. la Sepsi).

PARTE GENERALE

Diagnosi

Definizione di diagnosi principale

La **diagnosi principale di dimissione** è la condizione morbosa, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere per il medico responsabile del caso clinico la maggior determinante nel produrre il bisogno di trattamento o di indagini diagnostiche sul paziente. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

Quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, per la codifica della diagnosi principale possono essere utilizzati i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel Capitolo 16 Sintomi, Segni e Stati Morbosi Mal Definiti, (cod. 780-799).

Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.

Diagnosi secondarie

Le **altre diagnosi di dimissione** sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto o la durata di degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero, che non hanno influenza sul ricovero attuale, non devono essere segnalate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale, che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

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

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

Diagnosi presente all'ammissione

Per ciascun codice diagnosi registrato sulla SDO è necessario specificare se la condizione descritta era presente anche al momento dell'ammissione; la condizione può essere identificata anche attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma deve comunque risultare preesistente nel paziente ed essere classificata in SDO come "Presente all'ammissione" (ad es. tumore diagnosticato in corso di ricovero *oppure* calcolosi della colecisti).

Al contrario qualsiasi evento che abbia origine all'interno del ricovero deve essere classificato come "Non presente all'ammissione" (ad es. complicazioni post-procedurali, infezioni secondarie, dolore post-operatorio, complicanze respiratorie o cardiache, ...).

Codici E

Si tratta di codici alfanumerici aggiuntivi che permettono di classificare le cause esterne di traumatismo, avvelenamento e altri effetti avversi. Si possono utilizzare per qualsiasi condizione patologica dovuta a causa esterna, ricercandoli attraverso la consultazione degli indici alfabetico e analitico.

L'indice alfabetico è reperibile, insieme alla Tavola Farmaci e Prodotti Chimici, nel sito della SDO alla voce "documentazione" e "ICD-9-CM 2007-Grouper 24".

Nella codifica:

- scegliere, quando possibile, il codice più specifico (quarta cifra);
- assegnare il codice E solo per il primo ricovero;
- quando sia possibile utilizzare due codici E, riportare quello maggiormente correlato alla diagnosi principale.

I codici E di postumo sono associabili ai codici di postumo da 905 a 909.

Interventi e procedure

Nella S.D.O. possono essere riportati:

- un intervento principale, inteso come la procedura effettuata nel corso del ricovero e individuata come quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione, ossia quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.)
- al massimo dieci ulteriori procedure oltre all'intervento principale.

Selezione e codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche

Il D.M. n. 380 del 27.10.2000 specifica le regole generali per la codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero. Nel caso siano stati effettuati nel corso dello stesso ricovero più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

- in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato un maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse in termini di uso di sala operatoria, équipe operatoria, medico anestesista;
- nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;

- quando nella cartella clinica vengono riportati interventi o procedure in numero superiore ai campi previsti dalla SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque presente il seguente ordine decrescente di priorità:
 - interventi chirurgici a cielo aperto;
 - interventi per via endoscopica o laparoscopica
 - procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica);
 - procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nella rubrica 00 o da 01 a 86 (es. gastroscopia) *oppure* procedure che determinano DRG specifici: 00.10 Impianto di agenti chemioterapici e 00.15 Infusione di interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2);
 - altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nelle rubriche da 87 a 99, dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (es. TAC, RMN, litotripsia, radioterapia).

Di seguito vengono riportate alcune procedure, presenti nella rubrica "Miscellanea" e nel capitolo "00-Procedure ed interventi non classificati altrove", che possono determinare di per sé l'attribuzione a specifici DRG (Diagnosis Related Group - raggruppamenti diagnostici principali):

00.15 Infusione di Interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2)
 87.53 Colangiografia intraoperatoria
 88.52 Angiocardiografia del cuore destro
 88.53 Angiocardiografia del cuore sinistro
 88.54 Angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro
 88.55 Arteriografia coronarica con catetere singolo
 88.56 Arteriografia coronarica con catetere doppio
 88.57 Altra e non specificata arteriografia coronarica
 88.58 Roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
 92.27 Impianto o inserzione di elementi radioattivi
 92.30 Radiochirurgia stereotassica SAI
 92.31 Radiochirurgia fotonica a sorgente singola
 92.32 Radiochirurgia fotonica multi-sorgente
 92.33 Radiochirurgia articolata
 92.39 Radiochirurgia stereotassica NIA
 94.61 Riabilitazione da alcool
 94.63 Disintossicazione e riabilitazione da alcool
 94.64 Riabilitazione da farmaci
 94.66 Disintossicazione e riabilitazione da farmaci
 94.67 Riabilitazione combinata da alcool e farmaci
 94.69 Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
 95.04 Esame dell'occhio in anestesia
 96.70 Ventilazione meccanica continua, durata non specificata
 96.71 Ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
 96.72 Ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
 98.51 Litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica
 99.10 Iniezione o infusione di agente trombolitico.

Indicazioni generali

Biopsie

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

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

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

Biopsie chiuse

È possibile in molti casi utilizzare un codice combinato che individua sia la biopsia sia l'approccio utilizzato. In alcune situazioni, tuttavia, nella quali non si dispone di un codice combinato si osservano le seguenti regole:

- quando si tratta di una biopsia endoscopica, è necessario riportare sia il codice dell'endoscopia, come procedura principale, sia quello della biopsia, come procedura associata;
- quando si tratta di una biopsia effettuata mediante "brush" o mediante aspirazione, è necessario utilizzare il codice della corrispondente biopsia chiusa.
- per le agobiopsie eseguite (su organi diversi da quelli operati) nel corso di interventi chirurgici a cielo aperto, il codice da utilizzare è quello della biopsia chiusa.

Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari

L'esecuzione di un intervento nel corso di un atto operatorio per altra procedura chirurgica richiede la codifica separata, identificando la stessa con il codice appropriato. Ad esempio: appendicectomia in corso di ovariectomia monolaterale:

65.31 Ovariectomia laparoscopica monolaterale, *associato a*

47.11 Appendicectomia laparoscopica in corso di altro intervento

Codifica multipla

La completa descrizione di un intervento può comportare l'impiego di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi. Nei casi specifici la relativa lista dei codici è presente nel manuale. Ad es. cistectomia radicale:

57.71 Cistectomia radicale

Se effettuati codificare anche:

40.3-40.5_ Linfoadenectomia

56.51-56.79 Derivazione urinaria

Codici combinati

Alcuni codici consentono di classificare simultaneamente due interventi, identificando completamente una prestazione. In tali casi, non devono essere utilizzati ulteriori codici. Ad esempio: Parto con forcipe alto, con episiotomia: 72.31.

Codifica di interventi bilaterali

Alcuni codici consentono una distinzione tra interventi monolaterali e bilaterali. Nei casi in cui non sia presente il codice di bilateralità è possibile inserire o due volte il codice di procedura, indicandone la relativa lateralità, *oppure* valorizzare con “bilaterale” il relativo campo della SDO.

Solo per i casi di sostituzione bilaterale delle articolazioni degli arti inferiori, e della correzione bilaterale del piede torto congenito occorre utilizzare due volte lo stesso codice di intervento, riportando la lateralità destra e sinistra, ed evitando il valore “bilaterale”.

Complicanze di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicanza di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, il codice relativo deve essere selezionato come diagnosi principale.

Se la complicanza è classificata con i codici compresi fra 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo per specificarne la natura.

Complicanze della gravidanza

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

Descrivendo tali condizioni è necessario prestare estrema attenzione nella definizione dell'episodio indice in relazione all'evento parto, evitando l'impiego della quinta cifra 0, non specifica.

Avvelenamenti e intossicazioni

Nel codificare l'avvelenamento o la reazione ad uso improprio di farmaci (esempio: errore nel dosaggio, nella via di somministrazione, nella selezione del farmaco), il codice relativo all'avvelenamento deve essere riportato per primo, seguito dal codice della manifestazione.

Condizioni acute e croniche

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

Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento

Nella maggioranza dei casi i codici individuano specifici approcci per un intervento chirurgico e consentono di distinguere gli interventi a cielo aperto, da quelli effettuati per via endoscopica o da quelli per via laparoscopica.

Nel caso non esista un codice che individui specificamente l'approccio endoscopico o quello laparoscopico, si ricorre alla codifica multipla riportando sia il codice dell'intervento (come principale) che quello dello specifico approccio utilizzato (come codice aggiuntivo). In assenza del codice che indica la specifica procedura laparoscopica, si utilizza il codice 54.21 *Laparoscopia* anche per sedi diverse dall'addome.

Chirurgia robotica (Robotic Assisted Surgery)

La chirurgia con assistenza robotica è convenzionalmente descritta con il codice procedura 00.35 *Chirurgia computer-assistita con dataset multipli*, da associare al codice descrittivo dell'intervento eseguito.

Il codice descrittivo dell'accesso laparoscopico/toracoscopico deve essere omesso.

Postumi

Un postumo è un effetto, causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo è terminata.

Non vi è limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato.

Per la ricerca dei codici di postumo è consigliabile consultare l'indice alfabetico con il termine principale "tardivo".

Tentativi terapeutici

Quando è impossibile portare a termine un intervento chirurgico o una procedura, tale intervento o procedura non deve essere codificato. Devono comunque essere rappresentate le manovre effettuate (es. cateterismo per angioplastica non eseguita).

Traumi multipli

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

Ustioni

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

Utilizzo dei codici V

Si utilizzano per descrivere quelle circostanze, diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute di paziente.

Possono essere utilizzati come **diagnosi principale** nei seguenti casi:

- Paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura pregressi come, ad esempio, chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico; in questi casi, deve essere indicata come diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse.
- Pazienti ricoverati come donatori (V59._ *Donatori*);
- Persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche, o consulenza;
- Quando viene compilata una SDO di nato vivo sano, relativa all'episodio di assistenza per la nascita, occorre utilizzare uno dei codici delle categorie da V30._ a V39._
- Quando un ricovero sia stato programmato per eseguire un particolare trattamento e questo non venga eseguito per circostanze impreviste, vanno riportati come diagnosi principale i codici V64.1, V64.2 o V64.3 e come diagnosi secondaria la patologia che avrebbe determinato il trattamento. Se il rinvio dell'intervento è causale all'insorgenza di altra patologia, quest'ultima va riportata come diagnosi principale, se trattata nel corso del ricovero.
- Le procedure sulle stomie vanno identificate con i codici V55._ Controllo di chiusure artificiali.
- Per i ricoveri finalizzati a posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi si utilizzano i codici V52._ (ad es. mammella V52.4) e V53._; si tratta di attività programmate da tener distinte rispetto ai malfunzionamenti che vanno invece codificati con le categorie 996 e 997.

Possono essere utilizzati come **diagnosi secondaria**:

- per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che influenzano il trattamento erogato nel corso del ricovero ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma. Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate.

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

Le categorie V10-V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti; i codici di tali categorie devono essere riportati, tra le diagnosi secondarie, solo quando tale condizione ha rivestito qualche significato nel corso dell'episodio di cura attuale.

A tale regola possono far eccezione le situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno. Ad esempio, il codice V10._ può essere utilizzato come diagnosi principale nel caso di controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo, quali TAC, endoscopie, scintigrafie, etc. Se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, riportare in diagnosi principale il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi.

I codici V che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente non devono essere utilizzati nel caso in cui il codice della diagnosi già indichi la presenza dello stato del paziente (es. nel caso di Complicazioni di trapianto di rene - cod. 996.81, il codice V42.0 Rene sostituito da trapianto, non deve essere indicato). Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi (codici V42 e V43). Questi codici possono essere utilizzati in diagnosi principale solo per descrivere i ricoveri effettuati per terminare la convalescenza o per il follow up del paziente.

Rilevazione del dolore

Con il Decreto Ministeriale 261/2016 è stata posta indicazione di dichiarare se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero. In ottemperanza alle indicazioni normative vigenti, "All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito" (Art. 7, comma 1, dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010).

Stadiazione condensata

Con il Decreto Ministeriale 261/2016 è stata posta indicazione di dichiarare lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione principale (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1), utilizzando la seguente classificazione:

- 1 = Tumore localizzato, confinato all'organo di origine
- 2 = Infiltrazione locale extraorgano
- 3 = Metastasi ai linfonodi regionali
- 4 = Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali
- 5 = Metastasi a distanza
- 6 = Metastasi ai linfonodi non regionali
- 7 = Non confinato all'organo di origine (ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6)
- 8 = Nessuna invasione degli organi distanti (ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4)
- 9 = Ignoto

NOTA: la stadiazione condensata non può assumere valore 1 Tumore localizzato, confinato all'organo di origine, se in diagnosi principale sono presenti i codici di tumori maligni secondari (codice categoria ICD9 CM 196-199).

AREA MEDICINA INTERNA

ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA

Desensibilizzazione di soggetto allergico al veleno animale

Codici diagnosi:

V07.1 Necessità di desensibilizzazione ad allergeni

V15.06 Anamnesi personale di allergia agli insetti

NOTA: se si manifesta effetto avverso inserire in diagnosi principale il codice 989.5 Effetti tossici di veleno di origine animale.

Desensibilizzazione di soggetto allergico a farmaci o altre sostanze

Codici diagnosi:

V07.1 Necessità di desensibilizzazione ad allergeni.

V14._ Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali.

NOTA: se si manifesta effetto avverso inserire in diagnosi principale il codice 995.2_ Altri effetti avversi non specificati di farmaci, medicamenti e prodotti biologici.

DERMATOLOGIA

Asportazione di neoformazione cutanea con tecnica micrografica di Mohs

Codici intervento:

86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo, *oppure*

86.4 Asportazione radicale di lesione della cute

86.24 Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs

Asportazione di lesione cutanea e sottocutanea neoplastica a carico del naso

Codici intervento:

86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo, *oppure*

86.4 Asportazione radicale di lesione della cute

Autoinnesto di gel piastrinico per il trattamento delle ulcere

Codice procedura:

99.74 Piastrinoafèresi terapeutica

Terapia fotodinamica con ALA (acido aminolevulinico)

Codici intervento:

- 86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo
- 99.88 Fotoferesi terapeutica

EMATOLOGIA

Prelievo di cellule staminali da sangue periferico da donatore (non per autotrapianto)

Codice diagnosi:

- V59.02 Donatori di sangue, cellule staminali

Codice procedura:

- 99.79 Altre aferesi terapeutiche

NOTA: in caso di raccolta delle cellule per autotrapianto codificare in diagnosi principale la patologia neoplastica.

Trapianto loco-regionale di cellule staminali (qualsiasi sede)

Codice procedura:

- 41.92 Iniezione (nel) di midollo osseo

Mielofibrosi

Codice diagnosi:

- 238.76 Mielofibrosi con metaplasia mieloide (il codice 289.83 non è utilizzabile in principale)

ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA

Cataratta senile in diabetico, senza complicazioni oculari

Codici diagnosi:

- 366.1_ Cataratta senile
- 250.___ Diabete

Cataratta diabetica

Codici diagnosi:

- 250.5_ Diabete con complicazioni oculari
- 366.41 Cataratta diabetica

Diabete da somministrazione di steroidi

Codici diagnosi:

- 251.8 Altri disturbi della secrezione insulare
- 909.5 Postumi di effetti sfavorevoli da farmaci, medicinali o altri prodotti biologici

Coma diabetico dovuto a incidente terapeutico da insulina

Codici diagnosi:

- 962.3 Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici
- 250.3_ Diabete con altri tipi di coma

Piede diabetico (paziente diabetico con ulcere)

Codici diagnosi:

- 250.8_ Diabete con altre complicanze specificate
- 707.1_ Ulcere degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito

PTA di arterie arti inferiori in arteriopatia diabetica (Percutaneous Transluminal Angioplasty, ad es. piede diabetico)

Codice diagnosi:

- 250.7_ Diabete con complicanze circolatorie

NOTA: Utilizzare un codice aggiuntivo per identificare la complicazione:

- 443.81 Angiopatia diabetica periferica

Codici procedura:

- 39.50 Angioplastica o aterectomia di altro vaso non coronarico

NOTA: Codificare anche eventuali:

- 99.10 Iniezione o infusione di agenti trombolitici
- 00.40-00.43 Numero di vasi trattati
- 00.44 Procedure sulla biforcazione dei vasi
- 39.90 Inserzione di stent non medicato in vaso periferico
- 00.45-00.48 Numero di stent vascolari inseriti

Amputazione per gangrena diabetica

Codici diagnosi:

- 250.7_ Diabete con complicazioni circolatorie periferiche

NOTA: Utilizzare un codice aggiuntivo per identificare la complicazione:

- 785.4 Gangrena diabetica
- 443.81 Angiopatia diabetica periferica

Codice intervento:

- 84.1_ Amputazione

GERIATRIA

La codifica delle demenze si fonda sulla seguente regola generale: in diagnosi principale viene codificata la condizione patologica di base, in diagnosi secondaria lo stato di demenza.

Demenza senile (su base vascolare)

Codici diagnosi:

437.0 Aterosclerosi cerebrale, *oppure*

437.1 Ischemia cerebrale cronica

associato a

290.40 Demenza vascolare, non complicata, *oppure*

290.41 Demenza vascolare con delirium, *oppure*

290.42 Demenza vascolare con deliri, *oppure*

290.43 Demenza vascolare con umore depresso

Demenza e/o delirium in condizioni patologiche specificate

Per la corretta definizione etiologica della demenza va sempre utilizzata la coppia di due codici diagnosi, secondo la regola sopra descritta; se presente delirium, aggiungere anche il 293.0.

Codici diagnosi:

331.0 Malattia di Alzheimer, *oppure*

331.82 Demenza con corpi di Lewy, *oppure*

333.4 Corea di Huntington, *oppure*

275.1 Degenerazione epatolenticolare, *oppure*

331.82 Demenza con parkinsonismo, *oppure*

331.19 Demenza frontale, *oppure*

331.19 Demenza frontotemporale, *oppure*

345.___ Epilessia, *oppure*

330.1 Lipidosi cerebrali, *oppure*

046.1 Malattia di Jakob-Creutzfeldt, *oppure*

331.11 Malattia di Pick, *oppure*

094.1 Paralisi generale progressiva [sifilide], *oppure*

446.0 Poliarterite nodosa, *oppure*

340 Sclerosi multipla, *oppure*

094.1 Neurosifilide

associato a

294.10 Demenza in condizioni patologiche classificate altrove, senza
disturbi comportamentali, *oppure*

294.11 Demenza in condizioni patologiche classificate altrove, con
disturbi comportamentali

eventualmente associato, quando presente, a

293.0 Delirium da condizioni patologiche classificate altrove.

Stato confusionale acuto non riconducibile ad alcuna patologia

Codice diagnosi:

293.0 Delirium da condizioni patologiche classificate altrove (anche in diagnosi principale)

Shock ipovolemico

Codici diagnosi:

276.5 Deplezione dei volumi
785.59 Altro shock senza menzione di trauma

LUNGODEGENZA

Ricovero per cure palliative

Codice diagnosi:

V66.7 cure palliative

MALATTIA DA COVID 19 (SARS-COV-2) 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 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_.

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, ad esempio bronchite o infezione delle vie respiratorie inferiori non altrimenti specificata, sintomatica, 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) SARS-Cov-2 identificato (caso confermato)

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

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 sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19

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

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

3.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.

Esempio 4: Caso di ricovero per polmonite complicata da insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione invasiva.

4.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;

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.

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 5: Caso di ricovero per polmonite complicata da insufficienza respiratoria trattata con CPAP.

5.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)

5.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 6: Caso di ricovero per polmonite complicata da insufficienza respiratoria trattata con terapia con ossigeno ad alti flussi.

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTA: 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.

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).

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.

Pazienti 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

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 ai test per SARS-CoV-2, la compilazione della SDO 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).

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.

Parto e 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

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

Caso con malattia da Covid_19 conclamata.

Diagnosi secondaria: 995.91 (Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo infettivo senza disfunzione d'organo acuta), *oppure* 995.92 (Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo infettivo con disfunzione d'organo acuta),

Caso con esiti di malattia da Covid_19

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. 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.

MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

Infezione da HIV, virus dell'immunodeficienza umana

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

Pazienti con HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio

Codici diagnosi:

647.6_ Altre malattie virali
associato a

- 042 Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV), *oppure*
- V08 Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)

Ricovero di neonato nato da madre affetta da malattie infettive

Codici diagnosi:

760.2 Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato

associato a

- V08 Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV), *oppure*
- V02.6_ Portatore o portatore sospetto di epatite virale, *oppure*
- V02.9 Portatore o portatore sospetto di altro organismo infettivo specificato

Ricovero di neonato con infezione congenita

Codici diagnosi:

771.2 Infezioni specifiche del periodo perinatale

associato a

- 070._ Epatite virale, *oppure*
- 042 Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV), *oppure*
- 130._ Toxoplasmosi

Setticemia, sepsi e shock settico

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

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

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

Sepsi: Disfunzione d'organo pericolosa per la vita, causata da una inappropriata risposta dell'ospite alle infezioni.

La corretta codifica della sepsi prevede l'impiego di tre codici, nel seguente ordine:

1. l'infezione (038._, 112.5, etc.) che ha determinato l'insorgenza della sepsi; per convenzione, se non è possibile risalire all'agente che ha infettato l'ospite, utilizzare il codice 038.9 Settichemia non specificata;
2. il codice 995.92 Sepsi severa (non va utilizzato in diagnosi principale);
3. un codice aggiuntivo per la descrizione dell'insufficienza acuta d'organo *oppure* dello shock settico.

Quando la sepsi è associata ad infezione localizzata, es. polmonite o cellulite, questa deve essere codificata con codici aggiuntivi.

Shock settico: Consta di alterazioni circolatorie e cellulari e/o metaboliche sufficientemente importanti da determinare un sostanziale aumento della mortalità del paziente. Il codice 785.52 Shock settico non va mai utilizzato in diagnosi principale.

NOTA: I seguenti codici:

995.90 Sindrome da risposta infiammatoria sistemica, non specificata

995.91 Sepsi

non dovrebbero essere utilizzati risultando obsoleti secondo la più recente identificazione nosologica della sepsi.

Setticemia neonatale

Si identifica univocamente con il codice 771.81 Settichemia (sepsi) del neonato.

NOTA: non si deve utilizzare il codice aggiuntivo di sepsi (995.92), ma deve essere identificato il microrganismo (categoria 041).

MALFORMAZIONI CONGENITE

La malformazione rilevata alla nascita viene indicata come diagnosi principale nella SDO del neonato solo se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza.

Le diagnosi secondarie debbono essere segnalate sulla SDO solo quando esse siano significative, cioè influenzino il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.

L'età del paziente non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al seguente capitolo del sistema di classificazione; alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita.

In caso di ricovero per trattamento chirurgico di una malformazione facente parte di una sindrome malformativa, in diagnosi principale dovrà essere registrata la condizione oggetto di trattamento e non la sindrome di cui è portatore il paziente.

Impressione-invaginazione basilare determinante compressione bulbo-midollare e tetraplegia ingravescente

Codici diagnosi:

- 348.4 Compressione dell'encefalo
- 756.0 Anomalie del cranio e delle ossa della faccia
- 344.0_ Quadriplegia e tetraparesi

Codici intervento:

- 01.24 Altra craniotomia
- 01.6 Asportazione di lesione osso base cranica
- 77.69 Asportazione locale di lesione o tessuto di altre ossa, escluse quelle facciali" (se presente la malformazione dell'atlante).

NEFROLOGIA

Impianto di catetere venoso tunnellizzato a permanenza per emodialisi

Codice diagnosi:

- 585.6 Malattia renale cronica, stadio finale

Codice intervento:

- 38.95 Cateterismo venoso per dialisi renale

Trombosi di fistola artero-venosa in dializzato

Codice diagnosi:

- 996.73 Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale

Ricoveri di pazienti dializzati

Sono di regola determinati da complicanze della patologia di base (Insufficienza Renale Cronica) o del trattamento dialitico stesso.

Codice diagnosi:

Codice della patologia complicante che ha determinato il ricovero associato a:

V45.1 Stato postchirurgico di dialisi renale (se non viene eseguito trattamento dialitico), *oppure*

V56.0 Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea (se viene eseguita emodialisi utilizzare anche il codice intervento 39.95 Emodialisi), *oppure*

V56.8 Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi (se viene eseguita dialisi peritoneale utilizzare anche il codice intervento 54.98 Dialisi peritoneale)

NEONATOLOGIA

I codici diagnostici di questa disciplina possono essere utilizzati solo per ricoveri di bambini entro il primo anno di vita.

I codici delle sottocategorie **760._ - 763._** Cause materne di morbosità e mortalità perinatale, possono essere utilizzati **solo sulla SDO del neonato, esclusivamente quando la condizione materna ha influenzato il trattamento rivolto al neonato.**

I codici **768.0** Morte fetale da asfissia o anossia prima dell'inizio del travaglio o in un momento non specificato, **768.1** Morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio e **779.6** Interruzione della gravidanza (riferita al feto) **non devono essere utilizzati.**

Neonato sano

Le categorie da V30 a V39 in diagnosi principale identificano tutte le nascite avvenute in ospedale o immediatamente prima del ricovero. Tali codici non devono essere utilizzati nei successivi ricoveri del neonato, compreso il ricovero per trasferimento da altre strutture, né sulla SDO della madre.

Le categorie V33, V37 e V39 non devono essere utilizzate, in quanto non specifiche.

L'esecuzione di vaccinazioni o di screening sui neonati sani non comporta l'assegnazione di codici.

Ricoveri per i quali non deve essere compilata la SDO

Se il neonato nasce morto, la SDO non deve essere compilata.

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

Prematurità

Codici diagnosi:

- 765._ Problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita
- 764.1_ Neonato di basso peso per l'età gestazionale, con segni di malnutrizione fetale

Sindrome da Distress Respiratorio

Codice diagnosi:

- 769 Sindrome da distress respiratorio neonatale

NOTA:

Questo codice deve essere utilizzato in diagnosi principale nelle seguenti patologie:

- malattia delle membrane ialine di terzo e quarto stadio;
- ipertensione polmonare primitiva;
- **severa** sindrome da distress respiratorio (RDS).

Il distress respiratorio **lieve o moderato** si codifica con il codice 770.84 Insufficienza respiratoria del neonato.

ONCOLOGIA

Principi generali di codifica dei tumori

Nella parte alfabetica del manuale ICD-9-CM, alla voce "neoplasia" si trova la tavola sinottica che consente una ricerca rapida e specifica del codice.

Quando il tumore primitivo interessa più sedi dello stesso organo e non è possibile identificare il punto di origine, si deve usare la quarta cifra 8.

I codici dei sarcomi di altri specifici organi vanno ricercati nei capitoli riguardanti i tumori maligni dei vari organi e apparati.

Esempi:

- Leiomioma gastrico: 151._. L'anamnesi personale di leiomioma gastrico è descritta dal codice V10.04.
- Neuroblastoma retroperitoneale: 158._. L'anamnesi personale di neuroblastoma retroperitoneale è descritta dal codice V10.09.
- GIST esofago: 150._ L'anamnesi personale di GIST esofageo è descritta dal codice V10.03.
- GIST stomaco: 151._; L'anamnesi personale di GIST stomaco è descritta dal codice V10.04.

- GIST tenue: 152._; L'anamnesi personale di GIST tenue è descritta dal codice V10.09.
- GIST colon: 153._; L'anamnesi personale di GIST colon è descritta dal codice V10.05.

Quando il ricovero comporta la rimozione chirurgica di una neoplasia maligna, primitiva o secondaria, seguita da chemioterapia o radioterapia, deve essere selezionata in diagnosi principale la neoplasia maligna.

Qualunque estensione per contiguità o a distanza deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasa; quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia pregressa deve essere segnalata utilizzando il codice V10._ Anamnesi personale di tumore maligno.

Nel caso di un paziente ricoverato a causa di una neoplasia primitiva metastatizzata e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale.

Se il ricovero è finalizzato a determinare la stadiazione o ristadiazione medica o chirurgica della neoplasia, deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia, se presente, *oppure* il codice V10._ Anamnesi personale di tumore maligno.

Quando un paziente viene sottoposto ad accertamenti diagnostici che non conducono alla diagnosi di tumore, utilizzare in diagnosi principale, in assenza di segni o sintomi specificati, il codice V71.1 Osservazione per sospetto di tumore maligno. Qualora il paziente fosse stato in passato portatore di tumore, utilizzare in diagnosi secondaria il codice V10.__ Anamnesi personale di tumore maligno.

Se un ricovero è finalizzato al trattamento di una complicanza (ostruzione, anemia, compressione, neutropenia, disidratazione, da intervento chirurgico), questa va codificata come diagnosi principale; la neoplasia primitiva o secondaria o l'anamnesi di neoplasia, va indicata fra le diagnosi secondarie.

Il ricovero finalizzato al trattamento per il controllo del dolore in paziente neoplastico deve riportare come diagnosi principale il dolore, codice 338.3 Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico).

Chemioterapia e/o immunoterapia per via sistemica:

Codici diagnosi:

- V58.11 Chemioterapia antineoplastica, *oppure*
- V58.12 Immunoterapia antineoplastica,
associato a
- Codice di tumore, *oppure*
- Codice di metastasi, *oppure*
- V10.__ Anamnesi personale di tumore maligno

Codici intervento:

- 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore, *oppure*
- 99.28 Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici, *oppure*
- 00.15 Infusione di interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2).

NOTA: Il codice V58.11 descrive anche terapie endocavitarie peritoneali, intrapleuriche, intravescicali (compreso BCG) e intrarachidee.

Il codice V58.11 descrive anche la terapia orale, in tal caso non è previsto alcun codice di procedura.

Ciclo di radioterapia associato a chemioterapia antineoplastica

Codici diagnosi:

- V58.0 Sessione di radioterapia,
associato a
- V58.11 Chemioterapia antineoplastica,
associato a
- Codice di tumore, *oppure*
- Codice di metastasi, *oppure*
- V10.__ Anamnesi personale di tumore maligno

Codici intervento:

- 92.2_ Radiologia terapeutica e medicina nucleare
- 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

Brachiterapia o terapie radiometaboliche

Codici diagnosi:

- V58.0 Sessione di radioterapia
associato a
- Codice di tumore, *oppure*
- Codice di metastasi, *oppure*
- V10._ Anamnesi personale di tumore maligno

Codici intervento:

- 92.27 Impianto o inserzione di elementi radioattivi (brachiterapia), *oppure*
- 92.28 Iniezione o instillazione di radioisotopi (t. radiometabolica, es. Itrio-90*), *oppure*
- 92.29 Altre procedure radioterapiche (es. Iodio 131 per os)

NOTA: Se loco-regionale è possibile specificare:

- la sede (es. 03.92 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale), *oppure*
- 54.97 Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale), *oppure*
- la via di accesso (es. 33.22 Broncoscopia)

Metodica “stop flow”

Codice diagnosi:

V58.11 Chemioterapia antineoplastica

associato a

Codice di tumore, *oppure*

Codice di metastasi, *oppure*

V10._ Anamnesi personale di tumore maligno

Codici intervento:

38.08 Incisione di arterie dell'arto inferiore

38.91 Cateterismo arterioso

99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

39.97 Altra perfusione

Chemioembolizzazione/chemioterapia loco-regionale

Codice diagnosi:

Codice di tumore

Codici intervento:

99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

38.91 Cateterismo arterioso

Alcolizzazione di tumore epatico

Codice diagnosi:

Codice di tumore

Codici intervento:

99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.

50.94 Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato.

Elettrochemioterapia

Codici diagnosi:

Codice di tumore,

V58.11 Chemioterapia antineoplastica

Codici intervento:

86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo, *oppure*

77.6_ Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo, *oppure*

52.22 Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico, *oppure*

71.3 Altra asportazione o demolizione locale della vulva e del perineo associato a

99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

Gamma Knife**Codici intervento:**

92.32 Radiochirurgia fotonica multi-sorgente,

93.59 Altra immobilizzazione, pressione e cura per ferita

NOTA: Il codice 93.59 identifica l'applicazione del casco

Tumorectomia con tecnica HiFu (High Focused Ultrasound)**\Termoablazione ottenuta con fasci di ultrasuoni focalizzati (FUS)****Neoplasia della prostata****Codice diagnosi:**

185 Tumori maligni della prostata

Codici intervento:

60.61 Asportazione di lesione prostatica

99.85 Ipertermia per il trattamento di tumore

Neoplasia dell'osso**Codice diagnosi:**

Codici di neoplasia benigna/maligna o metastasi ossee

Codici intervento:

77.6_ Asportazione locale di lesione o tessuto osseo

99.85 Ipertermia per trattamento di tumore

Mioma uterino**Codice diagnosi:**

218_ Leiomioma uterino

Codici intervento:

68.29 Altra asportazione o demolizione di lesione dell'utero

68.12 Isteroscopia

99.85 Ipertermia per il trattamento di tumore

Fibroadenoma mammario

Codice diagnosi:

217 Tumori benigni della mammella

Codici intervento:

85.21 Asportazione locale di lesione della mammella

99.85 Ipertermia per il trattamento di tumore

Crioablazione di neoplasia ossea

Codice diagnosi:

Codici di neoplasia benigna/maligna o metastasi ossee

Codici intervento:

77.6_ Asportazione locale di lesione o tessuto osseo

99.81 Ipotermia (locale)

IRE elettroporazione irreversibile epatica (Irreversible Electroporation)

Codice diagnosi:

Codice di tumore

Codici intervento:

50.26 Altre e non specificate ablazioni di tessuto o lesione epatici

Reinfusione di cellule dendritiche autologhe

Codice diagnosi:

Codice di tumore/anamnesi personale di tumore

Codici intervento:

41.04 Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione

99.59 Altre vaccinazioni ed inoculazioni

Inserimento di "port a cath"

Codice diagnosi:

V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare

Codice intervento:

86.07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile

NOTA: il Codice V58.81 va inserito come diagnosi principale in caso di ricovero programmato per impianto o sostituzione del catetere vascolare.

Rimozione di port-a-cath

Codici diagnosi:

Rimozione per cessata necessità di impiego:

V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare

Rimozione per sopraggiunta complicanza:

996.1 Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti e innesti vascolari, *oppure*

996.62 Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti vascolari, *oppure*

996.74 Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti vascolari

Codici intervento:

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

Biopsia eco-endoscopica EBUS-TBNA (Endo bronchial Ultra Sound – transbronchial needle aspiration)

Codici intervento:

- EBUS-TBNA polmonare: (compreso un eventuale lavaggio bronco-alveolare BAL):

33.27 Biopsia endoscopica del polmone

- EBUS-TBNA polmonare e strutture linfonodali:

33.27 Biopsia endoscopica del polmone,

associato a

40.11 Biopsia di strutture linfatiche

- EBUS-TBNA strutture linfonodali:

33.22 Broncoscopia con fibre ottiche,

associato a

40.11 Biopsia di strutture linfatiche

- EBUS-TBNA bronchiale, lavaggio bronco-alveolare (BAL) e strutture linfonodali:

33.24 Biopsia bronchiale (endoscopica)

associato a

40.11 Biopsia di strutture linfatiche

Prelievo preventivo di ovociti al fine di una eventuale successiva fecondazione assistita in paziente che necessita di trattamento radio-chemioterapico

Codici diagnosi:

V26.8 Altra misura procreativa specificata,

V10._ Anamnesi personale di tumore

Asportazione di linfonodo sentinella positivo/negativo

A fronte dello stesso intervento e dello stesso impiego di risorse è stata identificata una codifica unica che descrive l'asportazione del linfonodo sentinella, non dipende dall'esito della biopsia, uniforma la casistica e favorisce la tracciabilità della procedura in banca dati.

Codici diagnosi:

V71.1 Osservazione per sospetto di tumore maligno
Codice di tumore/anamnesi personale di tumore

Codice intervento:

40.2_ Asportazione semplice di strutture linfatiche

PNEUMOLOGIA

Insufficienza respiratoria

L'insufficienza respiratoria deve essere documentata da alterazione dei parametri emogasanalitici arteriosi (PaO₂, PaCO₂, pH e bicarbonati). Dovranno essere indicati gli interventi terapeutici effettuati, con particolare attenzione ai codici che segnalano terapie ventilatorie e ossigenoterapia.

NIMV (Ventilazione Meccanica Non Invasiva) eseguita con maschera facciale o casco

Codice procedura:

93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)

Svezzamento da tracheostomia

Codice diagnosi:

V55.0 Controllo di tracheostomia

Chiusura di tracheostomia

Codice diagnosi:

V55.0 Controllo di tracheostomia

Codice procedura:

31.72 Chiusura di fistola esterna della trachea

Impianto di stent tracheale

Codice procedura:

96.05 Altra intubazione del tratto respiratorio

Inserzione di stent tracheale in compressione ab extrinseco

Codice diagnosi:

519.1 Altre malattie della trachea e dei bronchi, non classificate altrove
associato a

240._ Gozzo semplice o non specificato, *oppure*
Codice di altra condizione patologica

Codici procedura:

31.99 Altri interventi sulla trachea
33.22 Broncoscopia con fibre ottiche, *oppure*
33.22 Altra broncoscopia

Distruzione o escissione di lesione tracheale

Codice procedura:

31.5 Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea

Impianto di protesi bronchiale

Codice intervento:

33.79 Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali.

Decapneizzazione extracorporea (ECCO2R – Extracorporeal CO2 Removal)

Codice procedura:

39.65 Ossigenazione extracorporea delle membrane (ECMO)

NOTA: l'uso del codice 39.65 Ossigenazione extracorporea delle membrane (ECMO) è da considerarsi appropriato viste sia la complessità che la sostanziale affinità procedurale, anche se nel caso della ECCO2R sono in causa aspetti fisiopatologici differenti.

REUMATOLOGIA

Biopsia delle ghiandole salivari in malattia di Sjogren

Codice diagnosi:

710.2 Malattia di Sjogren

Codice intervento:

26.11 Biopsia (agobiopsia) di ghiandola o dotto salivare

NOTA: Il codice 26.11 deve essere utilizzato anche per descrivere la biopsia a cielo aperto di ghiandola o dotto salivare.

RIABILITAZIONE

In considerazione del diverso assorbimento di risorse, è necessario distinguere l'attività riabilitativa post-acuzie, in diretta connessione con l'evento acuto, dai ricoveri elettivi di mantenimento effettuati in una fase successiva all'evento che ha scatenato il bisogno assistenziale riabilitativo.

In funzione di quanto sopra si ritiene di fornire le seguenti indicazioni:

Attività riabilitativa post-acuzie

Per i casi in cui la riabilitazione post-acuzie avvenga entro 30 giorni dal termine dell'episodio di ricovero relativo all'evento acuto, la codifica 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).

Ricoveri elettivi di mantenimento dell'attività riabilitativa

Per questi casi, per i quali l'intervallo temporale tra il ricovero acuto ed il ricovero riabilitativo è superiore a 30 giorni, il codice V57._ deve essere posto in diagnosi principale, mentre in diagnosi secondaria sarà descritto il codice di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo.

Attività riabilitativa post-acuzie

Codici diagnosi:

Codice di postumo

V57._ Cure riabilitative

NOTA: Di seguito, sono descritti i codici di postumo utilizzabili in diagnosi principale nel ricovero di riabilitazione post acuzie. Se il codice non rientra nell'elenco sotto riportato, utilizzare quello di patologia acuta.

Riabilitazione da malattie infettive e parassitarie

137._ Postumi della tubercolosi

138._ Postumi della poliomielite acuta

139._ Postumi di altre malattie infettive e parassitarie

Riabilitazione da malattie del sistema nervoso

326 Postumi di ascesso intracranico o di infezione da piogeni

Riabilitazione post-chirurgica per asportazione di lesione a carico del SNC

349.89 Altri specificati disturbi del sistema nervoso.

Riabilitazione da malattie cerebrovascolari

438._ Postumi delle malattie cerebrovascolari

Riabilitazione cardiologica post-IMA, entro le otto settimane.

410._2 Infarto miocardico acuto

Riabilitazione cardiologica post-IMA, dopo le otto settimane.

412 Infarto miocardico pregresso.

Riabilitazione cardiologica post-chirurgica

V42.2 Valvola cardiaca sostituita da trapianto

V43.3 Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi

Riabilitazione dopo bypass per rivascolarizzazione cardiaca

V43.4 Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi

Riabilitazione respiratoria post-chirurgica

518.5 Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico

Riabilitazione post-tracheostomia

V55.0 Controllo di tracheostomia.

Riabilitazione post-traumatica

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

Sindrome ipocinetica

728.2 Atrofia muscolare da inattività non classificata altrove

Sindrome da immobilizzazione

728.3 Altri specifici disturbi muscolari

Ricoveri elettivi di mantenimento per l'attività riabilitativa

Codici diagnosi:

V57._ Cure riabilitative

Codice di patologia

Riabilitazione delle malattie polmonari croniche

Nella riabilitazione delle malattie polmonari croniche (es. BPCO) la finestra temporale 0-30 si applica tra l'evento acuto (riacutizzazione, che deve essere sempre dettagliatamente documentata), e l'eventuale ricovero riabilitativo (non sempre necessario); in questi casi sarà utilizzato il codice di patologia in diagnosi principale ed il codice V57._ in diagnosi secondaria.

In assenza di detta documentazione, la codifica è la seguente: codice V57._ in diagnosi principale, e in diagnosi secondaria il codice di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo.

TERAPIA ANTALGICA

I codici della categoria 338, per la codifica del dolore, si utilizzano come diagnosi principale quando il trattamento del dolore sia motivo principale o esclusivo del ricovero, o nel caso in cui non sia stata individuata la diagnosi relativa alla patologia di base.

NOTA: Le prestazioni cui si riferiscono le indicazioni che seguono sono caratterizzate da un elevato rischio di inappropriatazza qualora erogate in regime diurno od ordinario in quanto potenzialmente erogabili a livello ambulatoriale. Le stesse richiedono però per lo più una competenza molto elevata, tempi di esecuzione e di osservazione del paziente rilevanti e la necessità di essere eseguiti in ambiente sterile; tutto ciò può comportare talvolta l'esecuzione degli stessi in regime diurno (e in casi eccezionali in regime ordinario).

Dolore post-operatorio di grado medio-alto (elastomeri, PCA Patient Controlled Analgesia, PCEA Patient Controlled Epidural Analgesia)

Analgesia continua con catetere epidurale

Codici intervento:

- 03.90 Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative
- 99.29 Iniezione o Infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

Blocco di parete e analgesia continua con catetere perineurale

Codici intervento:

- 04.81 Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia
- 99.29 Iniezione o Infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

Analgesia continua per via endovenosa

Codici intervento:

- 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove
- 99.29 Iniezione o Infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

Dolore cronico trattato con dispositivo antalgico esterno alla cute

- 03.90 Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative

Blocco continuo perinervoso

Codici intervento:

05.89 Altri interventi su nervi simpatici

PENS Therapy (Percutaneous Electric NeuroStimulation)

Codice Diagnosi:

338.29 Altri dolori cronici

Codice Intervento:

04.2 Demolizione di nervi cranici e periferici

Trattamento del dolore con infiltrazioni intravertebrali

Codice Diagnosi:

338.29 Altri dolori cronici

Codice Intervento:

05.31 Iniezione di anestetico nei nervi simpatici per analgesia

03.92 iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale.

Trattamento del dolore con cerotto alla capseicina

Codice Diagnosi:

338.29 Altri dolori cronici

V58.83 Osservazione farmaci terapeutici

053.13 Neuropatia post erpetica

Codice Intervento:

93.56 Applicazione di medicazione compressiva

Dolore neuropatico cronico resistente alle terapie trattato attraverso catetere intratecale o intravertebrale a permanenza collegato a pompa di infusione meccanica o elettronica con reservoir.

Codice Diagnosi:

338.29 Altri dolori cronici

353.8 Altri disturbi delle radici e dei plessi nervosi

V58.82 Collocazione e sistemazione di catetere non vascolare, non classificato altrove

Codice Intervento:

01.26 Inserzione di catetere/i nella cavità o tessuto del cranio, *oppure*

03.90 Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative

associato a

86.06 Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile

Periduroscopia (con epidurolisi)

Codice Diagnosi:

338.29 Altri dolori cronici;

Codice Intervento:

03.90 Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative

In caso di neuromodulazione del ganglio con radiofrequenza associare:

04.2 Demolizione di nervi cranici e periferici, *oppure*

05.39 Altra iniezione in nervi o gangli simpatici

Lisi di aderenze con palloncino tipo Fogarty (ad es. sistema Resaloon) introdotto attraverso fibroscopio:

Codice Diagnosi:

724.0x Stenosi del canale vertebrale, sede specificata

338.29 Altri dolori cronici;

Codice Intervento:

03.6 Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi.

Impianto o sostituzione di neurostimolatore spinale o vescicale

È composto da:

- generatore di impulsi (canale singolo, doppio, ricaricabile): codice 86.96
- elettrodo: codice 03.93

NOTA: i codici procedura segnalati sono in linea con le indicazioni contenute nella Delibera di Giunta Regionale numero 1673/2014.

Primo ricovero (fase test: impianto di solo elettrodo)

Codice diagnosi:

Codice di patologia

Codice intervento:

03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.

NOTA: Omettere la codifica del generatore, che è dispositivo esterno e temporaneo

Secondo ricovero (impianto definitivo: impianto di solo generatore)

Codice diagnosi:

V53.02 Neuropacemaker: cervello, sistema nervoso periferico, midollo spinale

Codice intervento:

86.96 Inserzione/sostituzione di altro generatore di impulsi di neuro stimolatore

NOTA: Se viene sostituito l'elettrodo indicare anche il codice 03.93.

Rimozione di neurostimolatore spinale (generatore ed elettrodo)

Codice diagnosi:

V53.02 Neuropacemaker: cervello, sistema nervoso periferico, midollo spinale

Codice intervento:

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

AREA CARDIOVASCOLARE

CARDIOLOGIA E ARITMOLOGIA

Malattie ischemiche del cuore

Infarto miocardico acuto (410.__)

La nota riportata nell'elenco sistematico precisa il carattere numerico che deve essere utilizzato come quinta cifra per identificare se si tratta di episodio iniziale di assistenza (1) o successivo per lo stesso infarto (2), *oppure* di episodio di assistenza non specificato (0). Nella definizione di episodio iniziale di assistenza (quinto carattere 1) sono compresi anche i ricoveri di pazienti trasferiti verso altro istituto per acuti come pure i ricoveri di pazienti provenienti da altro istituto per acuti; sono invece esclusi i casi in cui vi sia stata interruzione dell'assistenza per acuti (per dimissione ordinaria al domicilio o per trasferimento in istituti non per acuti); in tali casi si utilizza il quinto carattere 2.

Non deve mai essere utilizzata la quinta cifra uguale a zero.

L'infarto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) deve essere codificato con indicazione della sede, descritta dalla quarta cifra del codice.

L'infarto senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) (subendocardico - non Q) va codificato utilizzando in diagnosi principale il codice della categoria 410.7_ *Infarto subendocardico*.

Quando il successivo ricovero avviene oltre le otto settimane dalla data di ricovero per infarto, non deve essere utilizzata la categoria 410 ma il codice 414.8 *Altre forme specificate di cardiopatia ischemica* cronica, in presenza di sintomatologia.

Le complicanze dell'infarto, quali aritmie, fibrillazione o shock devono essere codificate tra le diagnosi secondarie.

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

Infarto di tipo II o secondario (dolore precordiale, troponine elevate con Delta superiore al 20% nella seconda rilevazione, tracciato ECGrafico positivo per IMA)

Diagnosi principale: 410._1

Diagnosi secondarie:

- 411.89 Ulteriori forme, acute e subacute di cardiopatia ischemica
Codificare anche la diagnosi che ha provocato l'infarto, ad esempio:
- 285.1 Anemia postemorragica acuta, *oppure*
- 518.81 Insufficienza respiratoria acuta, *oppure*
- 427.31 Fibrillazione atriale

Sindrome di Takotsubo (Sindrome del cuore infranto)

Codici diagnosi:

- 410.71 Infarto miocardico acuto
- 429.83 Sindrome di Takotsubo

INOCA (Ischemia with Non Obstructive Coronary Artery disease, angina microvascolare)

Codici diagnosi:

- 410.71 Infarto miocardico acuto, *oppure*
- 413.9 Altre e non specificate forme di angina pectoris, *oppure*
- 411.1 Sindrome coronarica intermedia
associato a
- 429.89 Altre cardiopatie mal definite.

Troponinosi isolate (con Delta inferiore al 20% nella seconda rilevazione e precordialgia, ECG non indicativo di ischemia)

- 429.89 Altre cardiopatie mal definite.

Infarto peri-postoperatorio

Codici diagnosi:

- 997.1 Complicazioni cardiache, non classificate altrove
- 410._1 Infarto del miocardio, specificato per sede

Disostruzione coronarica percutanea

Angioplastica progressiva con palloni di dimensioni crescenti

Codici intervento:

- 00.66 Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA), *oppure* atrectomia coronarica.

Codificare anche:

- V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata per identificare il pallone con rilascio di farmaci
- inserzione di stent nell'arteria coronarica (36.06-36.07)
- infusione trombolitica nell'arteria coronarica (36.04)
- numero di stent vascolari inseriti (00.45-00.48)
- numero di vasi trattati (00.40-00.43)
- procedure sulla biforcazione dei vasi (00.44)

Pressure wire in corso di coronarografia

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.

Codici intervento:

- 89.69 Monitoraggio del flusso ematico coronarico
- 88.56 Coronarografia.

Impianto REDUCER per angina refrattaria

Diagnosi Principale:

- 413.9 Altre e non specificate forme di angina pectoris

Codice intervento:

- 37.49 Altra riparazione di cuore e pericardio
- 38.91 Cateterismo arterioso

Shock-Wave coronarico (litotrissia coronarica)

La procedura risulta indicata nel trattamento di pazienti con coronaropatie e stenosi altamente calcifiche, difficilmente dilatabili con i comuni palloni da angioplastica.

Codice intervento:

- 00.02 Terapia ad ultrasuoni del cuore

NOTA: Nel caso la medesima procedura riguardi stenosi di vasi periferici il codice da utilizzare è il 00.03 Terapia ad ultrasuoni dei vasi vascolari periferici

Ipertensione arteriosa

È opportuno consultare la **tabella** dedicata nell'indice alfabetico delle diagnosi. Se l'ipertensione è **secondaria**, si deve indicare per primo il codice della malattia che ne è causa; in caso di ipertensione associata ad altre patologie, devono essere indicati sia il codice della patologia, sia quello relativo all'ipertensione; la sequenza dei codici segue le regole generali per la selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie.

Denervazione arteria renale (DAR) per il controllo dell'ipertensione arteriosa refrattaria al trattamento farmacologico

Codice intervento:

05.25 Simpaticectomia periarteriosa.

Denervazione simpatica renale per via endovascolare

Codice Diagnosi:

405.01 ipertensione reno vascolare maligna, *oppure*

405.11 ipertensione reno vascolare benigna

Codice intervento:

39.8 Intervento sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari

38.91 cateterismo arterioso

Monitoraggio (diagnostico) di pazienti con scompenso cardiaco

Codice diagnosi:

428.___ Scompenso cardiaco

Codici intervento:

Monitoraggio non invasivo (cintura multisensore per diagnostica integrata)

89.68 Monitoraggio della gettata cardiaca mediante altre tecniche

89.59 Altre misure cardiovascolari non invasive

Monitoraggio invasivo: inserzione di misuratore di pressione atriale sinistra

00.56 Inserzione o sostituzione di elettrodi a pressione impiantabili per il monitoraggio emodinamico intracardiaco.

Monitoraggio invasivo: sistema di monitoraggio sottocutaneo

00.57 Impianto o sostituzione di dispositivo sottocutanei per il monitoraggio emodinamico intracardiaco.

Se eseguito, codificare anche:

37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro

35.41 Allargamento di difetto esistente del setto atriale (accesso con puntura trans-settale)

Cuore polmonare cronico scompensato

Codici diagnosi:

428.0 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato) *associato a*

416.9 Malattia cardiopolmonare cronica, non specificata.

Trattamento delle aritmie

L'elencazione che segue ha lo scopo di facilitare e uniformare la codifica dei diversi device (la definizione degli acronimi di questa area risulta piuttosto complessa e destinata agli specialisti e pertanto non è oggetto di completa traduzione testuale).

Disfunzione sistolica del ventricolo sinistro, utilizzo di dispositivi impiantabili

Codici diagnosi:

Diagnosi principale:

428._ Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)

Diagnosi secondarie:

426._ Disturbi della conduzione, *oppure*

425.4 Altre cardiomiopatie primitive, *oppure*

425.9 Cardiomiopatia secondaria, non specificata

Codici intervento:

00.51 Impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca, sistema totale (CRT-D, Cardiac Resynchronization Therapy - Defibrillator)

NOTA: il codice 00.51 descrive sia il primo impianto che l'upgrade da ICD a CRT-D

Oppure,

00.50 Impianto di pacemaker per la risincronizzazione cardiaca senza menzione di defibrillazione, sistema totale (CRT-P, Cardiac Resynchronization Therapy - Pacemaker)

NOTA: il codice 00.50 descrive sia il primo impianto che l'upgrade.

Se effettuati codificare anche:

37.67 Impianto di sistema di cardiostimolazione (Posizionamento di sonda ventricolare sinistra LEADLESS PACEMAKER, impianto senza elettrocateri per via transaortica)

37.23 Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro (cateterismo combinato per ottimizzazione della terapia farmacologica dello scompenso)

Posizionamento di dispositivi impiantabili per la prevenzione della morte improvvisa

Impianto di ICD transvenoso o sottocutaneo o ibrido sottocutaneo (Implantable Cardioverter Defibrillator)

37.94 Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale (AICD, Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator)

NOTA: il codice 37.94 descrive sia il primo impianto che l'upgrade. Non esiste la possibilità di differenziare l'ICD sottocutaneo.

Impianto di defibrillatore per degenerazione ventricolare del cuore

Codici diagnosi:

- 429.1 Degenerazione miocardica, *associato a*
- 427.__ Aritmie cardiache

Codice intervento:

- 37.94 Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale (AICD).

LIFEVEST (Giubbotto defibrillatore)

- 37.94 Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale (AICD)

Impianto di ICD LEADLESS

- 37.94 Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale (AICD)
- 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

Pacemaker miniaturizzato senza elettrocateri (LEADLESS), impiantabile per via trans venosa (MICRA)

- 37.82 Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta
- 37.71 Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo
- 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

Stimolazione vagale con neuropatia periferica idiopatica e scompenso cardiaco

Codici diagnosi:

- 337.0 Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo
- 428.__ Scompenso cardiaco

Codici intervento:

- 86.96 Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neuro stimolatore, *oppure*
- 86.97 Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo ricaricabile

NOTA: codificare anche l'eventuale elettrodo associato:

- 04.92 Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici

Bradi-aritmie

Pacemaker AAIR

- 37.82 Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta, *associato a*
- 37.73 Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nell'atrio, *oppure*
- 37.74 Inserzione o riposizionamento di elettrodo epicardico nell'epicardio

Pacemaker DDD/R Pacemaker DDD (o VDD)

- 37.83 Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia, apparecchio sequenziale atrio-ventricolo, *associato a*
- 37.72 Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi nell'atrio e nel ventricolo, *oppure*
- 37.74 Inserzione o riposizionamento di elettrodo epicardico nell'epicardio

Upgrade a pacemaker DDD/R Pacemaker DDD o VDD

- 37.87 Sostituzione di eventuale apparecchio di pacemaker con camera doppia, *associato a*
- 37.76 Riposizionamento di elettrodo transvenoso atriale e/o ventricolare

Pacemaker VVI/R

- 37.82 Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta, *associato a*
- 37.71 Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo

Pacemaker VVI/R LEADLESS

- 37.82 Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta
- 37.71 Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo
- 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

Impianto di pace-maker per sindrome del seno carotideo

Codici diagnosi:

- 427.89 Altre aritmie cardiache specificate, *associato a*
- 337.0 Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo

Codici intervento:

- 37.7_ Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di elettrodi
- 37.8_ Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di PM cardiaco

Impianto di pace-maker sul glomo carotideo

Codice diagnosi:

- 337.0 Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo

Codice intervento:

- 39.8 Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari

Ricovero programmato per la sola sostituzione di batterie di pace-maker

Codice diagnosi:

- V53.31 Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco.

Utilizzo di envelope antibatterico in riapertura della tasca del dispositivo

Codice diagnosi secondaria:

V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata

Codice intervento:

37.80 Inserzione di pace maker permanente, iniziale o sostituzione, tipo di strumento non specificato

Revisione/sostituzione di elettrocatetere [complicanza non infettiva]

Codice diagnosi:

996.01 Complicazioni meccaniche da pacemaker cardiaco (elettrodo)

Riposizionamento dello stesso elettrocatetere:

37.75 Revisione di elettrodo

Posizionamento di nuovo elettrocatetere e rimozione/estrazione del non funzionante:

37.76 Riposizionamento di elettrodo transvenoso atriale e/o ventricolare

Descrivere l'eventuale ricorso ad ausili di potenziamento per facilitare l'estrazione:

37.34 Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesioni del cuore, altro approccio (estrazione laser-assistita)

37.33 Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio aperto (approccio toracotomico)

Sostituzione di elettrocatetere rotto:

00.52 Impianto o sostituzione di elettrodi transvenosi nel sistema venoso coronarico del ventricolo sinistro, *oppure*

37.97 Sostituzione del solo elettrodo del defibrillatore automatico

Descrivere l'eventuale ricorso ad ausili di potenziamento per facilitare l'estrazione:

37.34 Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesioni del cuore, altro approccio (estrazione laser-assistita)

37.33 Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio aperto (approccio toracotomico)

Impianto di device con finalità diagnostiche

LOOP recorder esterno con impianto sottocute o patches adesivi

37.79 Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco

TILT UP test

89.59 Altre misure cardiovascolari non invasive

Studio elettrofisiologico diagnostico (con mappatura / ricostruzione 3D)

Codici intervento:

- 37.26 Test invasivo elettrofisiologico con cateterismo
- 37.27 Mappatura del cuore

Revisione della tasca per infezione

Codice diagnosi:

- 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci

Codici intervento:

Rimozione del sistema in toto (pacemaker)

- 37.89 Revisione o rimozione di pace-maker
- 37.77 Rimozione di elettrodo senza riposizionamento (eventuale)

Estrazione del sistema in toto (apparecchi e catetere ICD e CRT-D)

- 37.99 Altri interventi sul cuore e sul pericardio
- 37.34 Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesioni del cuore, altro approccio (estrazione laser-assistita)
- 37.33 Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio aperto (approccio toracotomico)

Revisione della tasca per decubito

Codici diagnosi:

- 996.72 Altra complicazione di altre protesi, impianti e innesti cardiaci

Plastica della tasca del generatore

- 37.79 Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco
- 86.22 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione

Revisione della tasca per ematoma con segni di ischemia cutanea

Codici diagnosi:

- 998.12 Ematoma complicante un intervento

Codici intervento:

- 37.79 Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco
- 39.98 Controllo di emorragia, SAI

Espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo

Codice diagnosi:

- V53.39 Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco

Codice intervento:

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

Ablazione di fibrillazione/flutter atriale**Codice diagnosi:**

- 427.3_ Fibrillazione/flutter atriale

Codici intervento:**Ablazione percutanea**

- 37.34 Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesione del cuore, altro approccio.

Ablazione aperta:

- 37.33 Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio aperto.

Ablazione circonferenziale delle vene polmonari

- 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

- 38.65 Altra asportazione di altri vasi toracici

Ablazione con incisione subxifoidea e ablazione epicardica/apice cardiaco

- 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

- 37.99 Altri interventi sul cuore e sul pericardio

Esclusione dell'auricola sinistra dal circolo ematico:

- 37.90 Inserzione di dispositivo nell'appendice atriale sinistra, *oppure*
37.99 Altri interventi sul cuore e sul pericardio (procedura con accesso toracotomico)

CARDIOCHIRURGIA

Impianto di pompa centrifuga con cannule percutanee (pVAD – percutaneous Ventricular Assist Device)**Codice intervento:**

- 37.68 Inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo

Supporto del circolo con IMPELLA:**Diagnosi principale:**

- 428._ Insufficienza Cardiaca, *oppure*
785.51 Shock cardiogeno, *oppure*
410._1 Infarto miocardico acuto

Codice intervento:

37.68 Inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo
Aggiungere codici di eventuali procedure di angioplastica

Impianto di VAD paracorporeo o pompa centrifuga impiantato mediante sternotomia**Codice intervento:**

37.65 Impianto di sistema di assistenza cardiaca esterno

Impianto di VAD intracorporeo**Codice intervento:**

37.66 Inserzione di sistema di assistenza cardiaca impiantabile

Assistenza cardiocircolatoria ventricolare destra con pompa centrifuga**Codice intervento:**

37.62 Impianto di altri sistemi di circolazione assistita

Portatore di VAD, o altri supporti circolatori**Codice intervento:**

V43.21 Dispositivo di assistenza cardiaca

By-pass aortocoronarico**Codici intervento:**

36.1_ By-pass aortocoronarico.

Se eseguita (C.E.C.) codificare:

39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto

In caso di impiego di altri vasi arteriosi:

36.15 By-pass singolo di mammaria interna- arteria coronaria

- per arteria gastroepiploica addominale utilizzare 36.17 By-pass dell'arteria coronaria addominale;
- per arteria radiale o bovina utilizzare 36.19 Altro by-pass per rivascolarizzazione cardiaca;
- per doppia arteria mammaria o mammaria sinistra con anastomosi multiple (sequenziale) utilizzare: 36.16 By-pass doppio mammaria interna arteria coronaria

Sostituzione valvolare aortica con impianto protesi/sutureless**Codice diagnosi:**

424.1 Disturbi della valvola aortica

Codice intervento:

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto
(C.E.C.)

Sostituzione di aorta e valvola aortica con tubo valvolato**Codici intervento:**

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi, *oppure*
- 35.22 Altra sostituzione di valvola aortica con protesi,
associato a
- 38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione
- 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto
(C.E.C.)

Intervento secondo Bentall**Codici intervento:**

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi, *oppure*
- 35.22 Altra sostituzione di valvola aortica con protesi,

- 38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione
- 36.99 Altri interventi sui vasi del cuore (per indicare il reimpianto delle arterie
coronariche)
- 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto
(C.E.C.)

Intervento secondo David**Codici intervento:**

- 35.11 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
- 38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione
- 36.99 Altri interventi sui vasi del cuore (per indicare il reimpianto delle arterie
coronariche)
- 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto
(C.E.C.).

Valvuloplastica con tecnica Ozaki**Codici intervento:**

- 35.11 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione,
associato a
- 37.31 Pericardiectomia
- 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto
(C.E.C.)

Chirurgia riparativa della mitrale con annuloplastica

Codice diagnosi:

424.0 Disturbi della valvola mitrale

Codici intervento:

35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione

35.33 Annuloplastica

39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto
(C.E.C.)

Chirurgia ripartiva delle valvole con anello/edge to edge/risospensione cuspidi/qualsiasi riparazione senza sostituzione:

Codici intervento:

35.1_ Valvuloplastica a cuore aperto della valvola senza sostituzione

39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto
(C.E.C.)

Impianti di protesi valvolari cardiache transcateretere

Impianto di protesi valvolare aortica biologica transcateretere TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation)

Codice diagnosi:

424.1 Disturbi della valvola aortica, *oppure*

395.0 Stenosi aortica reumatica, *oppure*

395.1 Insufficienza aortica reumatica, *oppure*

395.2 Steno-insufficienza aortica reumatica, *oppure*

395.9 Altre e non specificate malattie reumatiche dell'aorta

Codici intervento TAVI transfemorale o via succlavia

35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi

37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro

38.91 Cateterismo arterioso

Codici intervento TAVI transapicale o transaortico

35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi

37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro

38.91 Cateterismo arterioso

37.11 Cardiotomia

Impianto di protesi valvolare aortica biologica transcateretere su protesi degenerata Valve in Valve (TAVI VIV)

Codice diagnosi:

996.02 Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca, *oppure*

996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti
cardiaci, *oppure*

996.71 Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache

Codici intervento TAVI VIV transfemorale o per via succlavia

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro
- 38.91 Cateterismo arterioso

Codici intervento TAVI VIV transapicale o transaortica

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 37.11 Cardiotomia

Impianto di protesi valvolare mitralica biologica transcateretere

Codici diagnosi:

- 424.0 Disturbi della valvola mitrale *oppure*
- 394.0 Stenosi mitralica *oppure*
- 394.1 Insufficienza mitralica reumatica *oppure*
- 394.2 Steno-insufficienza mitralica *oppure*
- 394.9 Altre e non specificate malattie della valvola mitrale *oppure*
- 396.0 Stenosi della valvola mitrale e della valvola aortica *oppure*
- 396.1 Stenosi della valvola mitrale e insufficienza della valvola aortica *oppure*
- 396.2 Insufficienza della valvola mitrale e stenosi della valvola aortica *oppure*
- 396.3 Insufficienza della valvola mitrale e della valvola aortica *oppure*
- 396.8 Interessamento multiplo della valvola mitrale e della valvola aortica *oppure*
- 396.9 Malattie della valvola mitrale e della valvola aortica, non specificate

Codici intervento Impianto per via venosa femorale e transettale

- 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro

Codici intervento Impianto transapicale

- 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro
- 37.11 Cardiotomia

Codici intervento Valvuloplastica transcateretere – Mitraclip

- 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro

Codici intervento Sistema di riduzione dell'anello valvolare con anuloplastica

- 35.33 Anuloplastica
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro

Codici intervento Impianto transapicale di neo-chord

- 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
- 35.32 Interventi sulle corde tendinee
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro
- 37.11 Cardiotomia

Impianto di protesi valvolare mitralica biologica transcateretere su protesi degenerata Valve in Valve (VIV)**Codici diagnosi:**

- 996.02 Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca *oppure*
- 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci, *oppure*
- 996.71 Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache

Codici intervento VIV venosa femorale - transettale

- 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro

Codici intervento VIV transapicale

- 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro
- 37.11 Cardiotomia

Impianto di protesi valvolare biologica della tricuspide transcateretere**Codici diagnosi:**

- 424.0 Disturbi della valvola mitrale *oppure*
- 397.0 Malattie della valvola tricuspide

Codici intervento Impianto per via venosa femorale o giugulare

- 35.27 Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro

Codici intervento Valvuloplastica transcateretere con Triclip

- 35.14 Valvuloplastica a cuore aperto della valv. tricuspide senza sostituzione
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro

Codici intervento Valvuloplastica transcateretere con annuloplastica

- 35.14 Valvuloplastica a cuore aperto della valv. tricuspide senza sostituzione
- 35.33 Annuloplastica
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro

Impianto di protesi valvolare biologica della tricuspide transcatetere su protesi degenerata Valve in Valve (VIV)

Codici diagnosi:

- 996.02 Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca *oppure*
- 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci *oppure*
- 996.71 Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache

Codici intervento VIV per via venosa transfemorale o transgiugulare

- 35.27 Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro

Codici intervento VIV con toracotomia e accesso transatriale dx

- 35.27 Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro
- 37.11 Cardiotomia

Impianto di protesi valvolare polmonare biologica transcatetere per via venosa femorale

Codici diagnosi:

- 424.3 Disturbi della valvola polmonare, *oppure*
- 397.1 Malattie reumatiche della valvola polmonare, *oppure*
- 746.0_ Anomalie congenite della valvola polmonare

Codici intervento Impianto di protesi per via venosa femorale

- 35.25 Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro

Impianto di protesi valvolare polmonare biologica transcatetere su protesi degenerata Valve in Valve (VIV)

Codici diagnosi:

- 996.02 Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca, *oppure*
- 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci, *oppure*
- 996.71 Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache

Codici intervento:

- 35.25 Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro

Rimodellamento ventricolare

Codice intervento:

- 37.35 Asportazione parziale di ventricolo

Se effettuato codificare anche

- 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)

Ventricoloplastica per aneurisma ventricolare sinistro

Codice diagnosi:

- 414.10 Aneurisma cardiaco (parete), *oppure*
- 429.71 Difetto settale acquisito (Aneurisma post-infartuale dopo 8 settimane)

Codici intervento:

- 37.32 Asportazione di aneurisma del cuore
- 37.35 Asportazione parziale di ventricolo

Se effettuato codificare anche

- 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)

Chiusura del dotto di Botallo per via percutanea

Codici intervento:

- 38.85 Altra occlusione chirurgica di altri vasi toracici, *associato a*
- 37.23 Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro

Chiusura difetto interatriale (DIA) per via percutanea

Codici intervento:

- 35.52 Riparazione di difetto del setto atriale con sutura diretta
- Se utilizzato, codificare anche:
- 00.39 Altra chirurgia computer-assistita

Debranching (senza arresto di circolo) in aneurisma dell'arco aortico

Codici diagnosi:

- 441.01 Dissezione dell'aorta toracica, *oppure*
- 441.1 Rottura di aneurisma toracico, *oppure*
- 441.2 Aneurisma toracico senza menzione di rottura

Codici intervento:

- 39.22 Bypass aorto-succlavio-carotideo
 - 39.23 Altra anastomosi o bypass vascolare intratoracico
- NOTA:** se eseguite codificare anche:
- 38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione
 - 39.73 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica
 - 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)
 - 39.63 Cardioplegia

Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare

Codice diagnosi:

- 747.___ Coartazione/anomalie dell'arco aortico

Codici intervento:

- 38.65 Altra asportazione di vasi toracici (in caso di solo dilatazione della coartazione), *oppure*
- 38.45 Resezione di vasi con sostituzione di vasi toracici (in caso di impianto di stent),
associato a
- 38.91 Cateterismo arterioso

Riparazione percutanea aneurisma dell'aorta toracica (endoprotesi)**Codici diagnosi:**

- 441.01 Dissezione dell'aorta, toracica, *oppure*
- 441.1 Rottura di aneurisma toracico, *oppure*
- 441.2 Aneurisma toracico senza menzione di rottura

Codice intervento:

- 39.73 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica

NOTA: il codice intervento 39.73 può essere ripetuto nel caso in cui, in relazione alle dimensioni del segmento vascolare da trattare, si renda necessario impiantare un numero di protesi superiore a uno.

Riparazione di aneurisma dell'arco aortico e dell'aorta toracica discendente "Frozen"**Codici diagnosi:**

- 441.01 Dissezione dell'aorta toracica, *oppure*
- 441.1 Rottura di aneurisma toracico, *oppure*
- 441.2 Aneurisma toracico senza menzione di rottura

Codici intervento:

- 38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione
- 39.62 Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto
- 39.73 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica
- 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)
- 39.63 Cardioplegia
- 39.23 Altra anastomosi o bypass vascolare intratoracico

Trattamento percutaneo di: ipertensione polmonare, cuore polmonare cronico, stenosi arterie polmonari/stent arterie polmonari, stenosi condotti intra o extracardiaci**Diagnosi principale:**

- 416._ Malattia cardiopolmonare cronica. *oppure*
- 747.3 Anomalie dell'arteria polmonare, *oppure*
- 996.72 Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti cardiaci, *oppure*
- 996.74 Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti vascolari

Codici intervento:**Solo dilatazione**

- 38.65 Altra asportazione di altri vasi toracici *associato a*
- 37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro

Impianto di stent

- 38.45 Resezione di vasi con sostituzione di vasi toracici
- 37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro

CHIRURGIA VASCOLARE e RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Intervento per controllo di emorragia post-operatoria

Codice intervento:

- 39.41 Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare

Trombosi artero-venosa in CVC o altro impianto

Codice diagnosi:

- 996.74 Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti vascolari
- NOTA:** non utilizzare la categoria 444._ Embolie e trombosi arteriose

Disostruzione delle grandi vie venose toraciche (succlavia, anonima, cava)

Venoplastica progressiva con palloni di dimensioni crescenti

Codice diagnosi:

- 459.2 Compressione venosa

Codici intervento:

- 39.50 Angioplastica o aterectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i

Codificare anche:

- iniezione o infusione di agente trombolitico (99.10)
- inserzione di stent non coronarici (39.90)
- numero di vasi trattati (00.40-00.43)
- numero di stent vascolari inseriti (00.45-00.48)
- procedura su biforcazione vascolare (00.44)
-

Riparazione percutanea aneurisma dell'aorta addominale (endoprotesi)

Codici diagnosi:

- 441.02 Dissezione dell'aorta, addominale, *oppure*
- 441.3 Rottura di aneurisma addominale, *oppure*
- 441.4 Aneurisma addominale senza menzione di rottura

Codice intervento:

39.71 Impianto di graft endovascolare nell'aorta addominale

NOTA: il codice intervento 39.71 può essere ripetuto nel caso in cui, in relazione alle dimensioni del segmento vascolare da trattare, si renda necessario impiantare un numero di protesi superiore a uno.

Aneurisma dell'aorta addominale (graft + branch)**Codici diagnosi:**

441.02 Dissezione dell'aorta, addominale, *oppure*

441.3 Rottura di aneurisma addominale, *oppure*

441.4 Aneurisma addominale senza menzione di rottura

Codici intervento:

39.71 Impianto di graft endovascolare nell'aorta addominale, *associato a*

00.44 Procedure sulla biforcazione dei vasi, *oppure*

39.90 Inserzione di stent non medicato in vaso periferico, *oppure*

00.55 Inserzione di stent medicati in vasi periferici, *oppure*

39.79 Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi, *associato a*

numero di vasi trattati (00.40-00.43)

numero di protesi inserite (00.45-00.48)

Aneurisma dell'aorta toraco addominale - intervento di Chimney (Camino)/ impianto di protesi fenestrata**Codici diagnosi:**

441.02 Dissezione dell'aorta, addominale, *oppure*

441.3 Rottura di aneurisma addominale, *oppure*

441.4 Aneurisma addominale senza menzione di rottura, *oppure*

441.01 Dissezione dell'aorta toracica, *oppure*

441.1 Rottura di aneurisma toracico, *oppure*

441.2 Aneurisma toracico senza menzione di rottura

Codici intervento:

39.71 Impianto di graft endovascolare nell'aorta addominale, *oppure*

39.73 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica, *associato a*

39.90 Inserzione di stent non medicato in vaso periferico, *oppure*

00.55 Inserzione di stent medicati in vasi periferici, *associato a*

numero di vasi trattati (00.40-00.43)

numero di protesi inserite (00.45-00.48)

Debranching (senza arresto di circolo) in aneurisma dell'aorta addominale

Codici diagnosi:

- 441.02 Dissezione dell'aorta addominale, *oppure*
- 441.3 Rottura di aneurisma addominale, *oppure*
- 441.4 Aneurisma addominale senza menzione di rottura

Codice intervento:

- 39.26 Altri anastomosi o bypass vascolari intra-addominali

NOTA: se eseguite codificare anche:

- 39.71 Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale, *oppure*
- 38.44 Resezione dell'aorta addominale, con sostituzione (aorto-aortica),
oppure
- 38.46 Resezione di arterie addominali, con sostituzione (aorto-bisiliaca)

Riparazione di aneurisma dell'arteria iliaca o femorale con inserimento di protesi endovascolare

Codice intervento:

- 39.79 Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi

Embolizzazione endoleak

Codice Diagnosi:

- 996.1 Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti e innesti vascolari

Codici Intervento:

- 39.79 Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi
- 38.91 Cateterismo arterioso

Pseudoaneurisma secondario a procedura di chirurgia vascolare (es. dopo PTCA, FAV – Fistola Artero Venosa)

Codice diagnosi:

- 997.79 Complicazioni vascolari di altri vasi sanguigni

Trattamento di vene varicose con laserterapia endovascolare o radiofrequenza

Codice intervento:

- 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore

Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore

Codici intervento:

- 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
- 38.69 Altra asportazione di vene dell'arto inferiore

Legatura endoscopica di perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)

Codici intervento:

- 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
- 83.09 Altra incisione dei tessuti molli

Intervento di TIPS (Trans-jugular-Intrahepatic Porto-systemic Shunt)

Codici intervento:

- 39.1 Anastomosi venosa intraddominale
- 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

Revisione o ricanalizzazione di TIPS

Codice Diagnosi:

- 997.79 Complicazioni vascolari di altri vasi sanguigni

Codici Intervento:

- 39.49 Altra revisione d'interventi vascolari
- Se angioplastica o estensione:
- 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

Riduzione/chiusura di TIPS

Codice Diagnosi:

- 997.79 Complicazioni vascolari di altri vasi sanguigni

Codici Intervento:

- 38.87 Altra occlusione di vena addominale
- 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

Embolizzazioni shunt portale extra-epatico BROTO (Balloon-occluded Retrograde Transvenous Obliteration):

Codice Diagnosi:

- 456.8 Varici di altre sedi

Codici Intervento:

- 38.87 Altra occlusione di vena addominale
- 88.64 Flebografia con mdc del sistema portale

Embolizzazione di sacca aneurismatica

Codice intervento:

- 39.79 Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi

Embolizzazione selettiva per rottura spontanea o traumatismo vasi/emorragia/shunt con spirali, amplatzer, onyx, squid, etc.

Codici Diagnosi:

- 447.2 Rottura di arterie, *oppure*
- 459.0 Emorragia, non specificata, *oppure*
- 998.11 Emorragia complicante un intervento, *oppure* ad esempio
- 902.23 Traumatismo dell'arteria splenica

Codice Intervento:

- 39.79 Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi

Embolizzazione selettiva per rottura spontanea o traumatismo vasi/emorragia/shunt con materiali iniettabili (colla, particelle, sponge, etc.)

Codici Diagnosi:

- 447.2 Rottura di arterie, *oppure*
- 459.0 Emorragia, non specificata, *oppure*
- 998.11 Emorragia complicante un intervento, *oppure* ad esempio
- 902.23 Traumatismo dell'arteria splenica

Codice Intervento:

- 39.59 Altra riparazione di vasi

Inserimento di catetere venoso centrale tunnellizzato (Escluso catetere dialisi)

Codice diagnosi:

- V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare

Codice intervento:

- 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

Scleroembolizzazione di malformazione venosa

Codice diagnosi:

- 747.6_ Anomalia del sistema vascolare periferico, sito non specificato

Codice intervento:

- 39.92 Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti
- 88.6_ Flebografia con mezzo di contrasto, sede non specificata

Embolizzazione arterovenosa e/o alcolizzazione di malformazione Artero-Venosa (MAV)/Elettroporazione

Codice diagnosi:

747.6_ Anomalia del sistema vascolare periferico, sito non specificato, *oppure*
447.0 Fistola arterovenosa acquisita, *oppure*
228.00 Emangioma di sede non specificata

Codici intervento:

39.59 Altra riparazione dei vasi
38.91 Cateterismo arterioso

Misurazione pressione epatica HPVG (Hepatic Pressure Venous Gradient)

Codice Diagnosi:

572.3 Ipertensione portale

Codici Intervento:

Accesso transgiugulare:

88.71 Diagnostica ecografica del capo e del collo
38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove
89.62 Monitoraggio della pressione venosa centrale

Accesso Portale transfemorale:

89.62 Monitoraggio della pressione venosa centrale
38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

Test di occlusione carotidea

Codice Diagnosi:

433.10 Occlusione e stenosi della carotide senza menzione di infarto cerebrale

Codici Intervento:

00.61 Angioplastica di vaso pre-cerebrale
88.42 Arteriografia arco aortico
88.49 Arteriografia sedi specificate

Angioplastica arterie intracraniche

Codici Intervento:

00.62 Angioplastica percutanea o aterectomia di vasi intracranici
38.91 Cateterismo arterioso
00.40-00.43 N° vasi trattati
Se stent:
00.65 Inserzione percutanea di stent vascolari intracranici
00.45-00.48 N° stent vascolari inseriti

Angioplastica arterie carotide/vertebrale/basilare

Codici Intervento:

- 00.61 Angioplastica percutanea o aterectomia di vasi pre-cerebrali extracranici
- Se stent:
- 00.63 Inserzione percutanea di stent nell'arteria carotidea
- 00.45-00.48 N° stent vascolari inseriti
- 00.40-00.43 N° vasi trattati

Angioplastica non coronarica (escluse arterie del capo e del collo) con o senza pallone medicato o cutting balloon

Codici Intervento:

- 39.50 Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico
- Se stent:
- 00.55 Inserzione di stent medicati in vasi periferici
- 39.90 Inserzione di stent non medicato in vaso periferico
- 00.40-00.43 N° vasi trattati
- Se utilizzato pallone a rilascio, inserire anche:
- V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata

Angioplastica fistola dialitica con pallone medicato o cutting balloon

Codice Diagnosi:

- 996.73 Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale

Codici Intervento:

- 39.50 Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico
- Se stent:
- 00.55 Inserzione di stent medicati in vasi periferici
- 39.90 Inserzione di stent non medicato in vaso periferico
- Se trombolisi:
- 99.10 Iniezione o infusione di agente trombolitico

Angioplastica venosa, qualsiasi distretto con pallone medicato o cutting balloon

Codici Intervento:

- 39.50 Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico
- 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove
- Se stent:
- 00.55 Inserzione di stent medicati in vasi periferici
- 39.90 Inserzione di stent non medicato in vaso periferico
- 00.40-00.43 N° vasi trattati
- 00.45-00.48 N° stent vascolari inseriti

Ematomi “spontanei”

Codici Diagnosi:

- 920-924 Codici di contusione senza soluzione di continuo
- 459.0 Emorragia, non specificata

Embolizzazione arteriose di lesioni benigne/maligne

Codici Diagnosi:

- V58.89 Altro trattamento ulteriore specificato
associato a
codici di tumore ad es.
 - 185 Tumori maligni della prostata
 - 600.0_ Ipertrofia (benigna) della prostata
 - 189.0 Tumori maligni del rene, eccetto la pelvi
 - 218.9 Leiomioma dell'utero, non specificato
 - 155._ Tumori maligni del fegato, non specificato se primitivi o secondari
 - 198.5 Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo
 - 170.9 Tumori maligni di osso e cartilagine articolare, sede non specificata
 - 192.1 Tumori maligni delle meningi cerebrali

Codici Intervento:

Se spirali, amplatzer, onyx, squid, etc.:

- 39.79 Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi

Se colla, particelle, sponge, etc.:

- 39.59 Altra riparazione di vasi

associato a

- 38.91 Cateterismo arterioso

Recupero corpo estraneo endovasale

Codici Intervento:

- 39.99 Altri interventi sui vasi

Arterioso:

- 38.91 Cateterismo arterioso

Venoso:

- 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

Trombolisi farmacologica arterie pre-cerebrali e cerebrali

Codici Intervento:

- 99.10 Iniezione o infusione di agente trombolitico
- 38.91 Cateterismo arterioso

Trombolisi meccanica arterie pre-cerebrali e cerebrali in corso di stroke

Codici Intervento:

39.74 Rimozione endovascolare di ostruzione di vaso/i di testa e collo

Se trombolisi:

99.10 Iniezione o infusione di agente trombolitico

Indicare numero vasi trattati

00.40-00.43 Numero di vasi trattati, *oppure*

00.44 Procedura su biforcazione vascolare

Embolizzazione aneurisma cerebrale e altre malformazioni cerebrovascolari

Codici Intervento:

39.72 Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo

38.91 Cateterismo arterioso

88.41 Arteriografia arterie cerebrali

AREA CHIRURGICA

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

Svuotamento del cavo ascellare successivo a mastectomia (negativo)

Codice diagnosi:

V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella

Codice intervento:

40.51 Asportazione radicale dei linfonodi ascellari

Svuotamento del cavo ascellare successivo a mastectomia (positivo)

Codice diagnosi:

196.3 Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi dell'ascella e dell'arto

V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella

Codice intervento:

40.51 Asportazione radicale dei linfonodi ascellari

Inserimento di protesi o espansore nella mammella in paziente mastectomizzata per neoplasia maligna

Codici diagnosi:

V52.4 Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario

V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella

Codice intervento:

85.53 Impianto di protesi monolaterale, *oppure*

85.84 Impianto di protesi bilaterale, *oppure*

85.95 Inserzione di espansore tissutale nella mammella

Ricostruzione chirurgica della mammella con tecniche diverse dall'impianto di protesi (ad es. ricostruzione del capezzolo, intervento con lembo)

Codice diagnosi:

V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica.

V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella

Codice intervento:

85.87 Altra riparazione o ricostruzione del capezzolo, *oppure*

85.85 Ricostruzione con lembo muscolare o muscolo/cutaneo della mammella

NOTA: Ulteriori procedure specifiche sono presenti nel manuale ICD9 CM.

Ricostruzione della mammella (successiva ad asportazione per neoplasia) attraverso lipofilling

Codice diagnosi:

V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica

V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella

Codice intervento:

85.89 Altra mammoplastica

86.83 Innesto a tutto spessore nella mammella

Asportazione profilattica della mammella

Codice diagnosi:

V50.41 Rimozione profilattica della mammella

NOTA: i codici della categoria V84.0_ Suscettibilità genetica ai tumori maligni possono essere associati in posizione di diagnosi secondaria.

Codice intervento:

85.41 Mastectomia semplice monolaterale, *oppure*

85.42 Mastectomia semplice bilaterale

CHIRURGIA GENERALE

Inserimento per via endoscopica di pallone bariatrico intragastrico

Codice diagnosi:

278.0_ Sovrappeso e obesità

V85.___Indice di massa corporea [BMI]

Codice intervento:

44.93 Inserzione di bolla gastrica (palloncino)

Intervento di banding gastrico

Codice diagnosi:

278.0_ Sovrappeso e obesità

V85.___Indice di massa corporea [BMI]

Codice intervento:

44.95 Procedura laparoscopica di restrizione gastrica

Intervento di resezione dello stomaco secondo Sleeve (gastrorestrizione)

Codice diagnosi:

278.0_ Sovrappeso e obesità
V85.___Indice di massa corporea [BMI]

Codici intervento:

43.89 Altra gastrectomia
44.99 Altri interventi sullo stomaco

Intervento di diversione biliopancreatica (BPD)

Codice diagnosi:

278.0_ Sovrappeso e obesità
V85.___Indice di massa corporea [BMI]

Codici intervento:

43.7 Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale
45.91 Anastomosi intestinale tenue-tenue.

Intervento di gastroplastica verticale per via laparoscopica

Codice diagnosi:

278.0_ Sovrappeso e obesità
V85.___Indice di massa corporea [BMI]

Codice intervento:

44.68 Gastroplastica laparoscopica

Mini by-pass gastrico laparoscopico

Codice diagnosi:

278.0_ Sovrappeso e obesità
V85.___Indice di massa corporea [BMI]

Codice intervento:

44.68 Gastroplastica laparoscopica
44.38 Gastroenterostomia laparoscopica

Bypass gastrico con mini-bypass intestinale/ansa alla omega

Codice diagnosi:

278.0_ Sovrappeso e obesità
V85.___Indice di massa corporea [BMI]

Codice intervento:

44.68 Gastroplastica laparoscopica
44.31 Bypass gastrico alto
45.91 Anastomosi intestinale tenue-tenue

Intervento di POSE (Primary Obesity Surgery Endoluminal)

Codice diagnosi:

278.0_ Sovrappeso e obesità
V85._ Indice di massa corporea [BMI]

Codice intervento:

44.69 Altra riparazione dello stomaco
44.13 Altra gastroscopia

Riparazione di deiscenza di gastroplastica verticale

Codici diagnosi:

V58.49 Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato
997.4 Complicazioni gastrointestinali, non classificate altrove

Codice intervento:

44.96 Revisione laparoscopica della procedura gastrica restrittiva.

Rimozione, riparazione o regolazione laparoscopica di spostamento, scivolamento del banding gastrico o del dispositivo sottocutaneo di regolazione (port)

Codice diagnosi:

V58.49 Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato

Codici intervento:

44.97 Rimozione laparoscopica di dispositivo/i di restrizione gastrica, *oppure*
44.98 Regolazione di misura (laparoscopica) del dispositivo di restrizione gastrica regolabile

Riparazione di stenosi dell'outlet o neopiloro

Codici diagnosi:

V58.49 Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato
996.79 Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni, *oppure* (in caso di complicità meccanica)
996.59 Complicazioni meccaniche di altri impianti e dispositivi interni non classificati altrove

Codice intervento:

44.99 Altri interventi sullo stomaco

Inserzione di protesi metallica esofagea

Codici intervento:

- 42.89 Altra riparazione dell'esofago
- 42.23 Altra esofagoscopia

Funduplicatio con tecnica laparoscopica

Codice intervento:

- 44.67 Procedure laparoscopiche per la creazione dello sfintere esofago-gastrico

Plicatura endoscopica di ernia iatale

Codici intervento:

- 44.66 Altri interventi per la creazione di sfintere esofagogastrico
- 44.13 Altra gastroscopia

Inserzione di protesi metallica duodenale

Codici intervento:

- 46.79 Altra riparazione dell'intestino
- 45.13 Altra endoscopia dell'intestino tenue

Coledocoscopia percutanea

Codice Diagnosi:

- 576.2 Ostruzione del dotto biliare

Codici Intervento:

- 51.98 Altri interventi percutanei sul tratto biliare

Posizionamento di endoprotesi biliare metallica interna per via percutanea

Codici intervento:

- 51.98 Altri interventi percutanei sul tratto biliare
- 51.87 Inserzione endoscopica di tubo nel dotto biliare

AVVERTENZA: I paragrafi che seguono contrassegnati dall'asterisco (*) sono caratterizzati dall'uso associato di alcuni codici finalizzato ad una precisa ed univoca definizione della casistica attraverso la consultazione della banca dati regionale delle SDO; ciò comporta in questi casi il riconoscimento di un DRG chirurgico e l'eventuale necessità di una ridefinizione tariffaria nel proprio accordo di fornitura.

Bilioplastica/papilloplastica percutanea/endoscopica (*)

Codice Diagnosi:

- 156.9 Tumori maligni delle vie biliari, non specificate
- 576.2 Ostruzione del dotto biliare

Codici Intervento:

- 51.98 Altri interventi percutanei sul tratto biliare
- Se bilioplastica
 - 51.89 Altri interventi sullo sfintere di Oddi
 - Se stent biliare (plastico/metallico/riassorbibile):
 - 51.87 Inserzione endoscopica di tubo nel tratto biliare

Drenaggio cisti pancreatica percutanea (*)

Codice Diagnosi:

- 577.2 Cisti e pseudocisti del pancreas

Codici Intervento:

- 52.01 Drenaggio di cisti pancreatica mediante catetere
- Se ecoguidato/tc guidato, *associato a*
 - 88.76 Diagnostica ecografica addominale e retroperitoneale, *oppure*
 - 88.01 Tomografia assiale computerizzata (TAC) dell'addome

Pancreato-cisto-gastrostomia endoscopica (*)

Codice Diagnosi:

- 577.2 Cisti e pseudocisti del pancreas

Codici Intervento:

- 52.4 Drenaggio interno di cisti pancreatica
- 88.01 TC addome con mdc

Trattamento con RF (radio-frequenza) delle vie biliari (endobiliare) (*)

Codice Diagnosi:

- 155.1 Tumori maligni dei dotti biliari intraepatici

Codici Intervento:

- 51.49 Incisione di dotti biliare per rimozione di occlusione
- 99.85 Ipertermia per trattamento di tumore

Posizionamento di gastro-colecisti-stomia con inserimento di protesi metallica per via eco-endoscopica (*)

Codice Diagnosi:

574.01 Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, con ostruzione

Codici Intervento:

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

Appendicectomia con tecnica T.U.L.A.A. (Transumbelical Laparoscopic-Assisted Appendectomy)

Codici intervento:

47.01 Appendectomia laparoscopica

Reservoir rettale con coloplastica trasversale (stricturoplastica colica)

Codice intervento:

45.03 Incisione dell'intestino crasso

Chiusura di enterostomia

Codice diagnosi:

V55._ Controllo di aperture artificiali

Codice intervento:

46.5_ Chiusura di orifizio intestinale artificiale

NOTA: include regolarizzazione/resezione parziale dei monconi. Codificare anche, qualora effettuate, la lisi delle aderenze e l'anastomosi intestinale diversa dalla termino-terminale (che non va mai codificata).

Trattamento con E-VAC Therapy (Endoluminal Vacuum Assisted Closure) ed endosponge di deiscenze anastomotiche secondarie a interventi chirurgici dell'intestino

Codice diagnosi:

997.4 Complicazioni gastro-intestinali, non classificate altrove

Codice intervento:

86.89 Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo
46.79 Altra riparazione dell'intestino

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon

Codici intervento:

- 46.79 Altra riparazione dell'intestino
- 45.23 Colonscopia con endoscopio flessibile

TaTME (Transanal Total Mesorectal Excision)

Codici intervento:

- 48.69 Altra resezione del retto

NOTA: Aggiungere ulteriore codice per indicare la via d'accesso in relazione al segmento anatomico esplorato

Riparazione di rettocele con protesi

Codici intervento:

- 70.52 Riparazione di rettocele
- 48.79 Altra riparazione del retto

Reservoir rettale con J-pouch colica-ileale

Codice intervento:

- 45.95 Anastomosi dell'ano

Proctopessi addominale con protesi

Codici intervento:

- 48.75 Proctopessi addominale
- 46.79 Altra riparazione dell'intestino

Proctopessi emorroidaria (compresa dearterializzazione di prolasso muco emorroidario doppler guidata con metodo THD-Transanal Hemorrhoidal Dearterialization)

Codici intervento:

- 49.46 Asportazione delle emorroidi
- 48.99 Altri interventi sul retto e sui tessuti perirettali

Resezione a tutto spessore di prolasso emorroidale e del retto per via transanale (intervento di Starr)

Codice intervento:

- 48.69 Altra resezione del retto

Emorroidectomia/mucosectomia rettale non a tutto spessore (qualsiasi tecnica come Longo, Milligan-Morgan, etc.)

Codice intervento:

49.46 Asportazione delle emorroidi

Embolizzazione di plessi emorroidari mediante iniezioni selettive e super selettive di particelle embolizzanti

Codice intervento:

49.46 Asportazione delle emorroidi
38.91 Cateterismo arterioso

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto

Codici intervento:

48.79 Altra riparazione del retto
48.23 Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido.

Impianto e revisione di protesi dello sfintere anale

Codice diagnosi:

787.6 Incontinenza fecale

Codice intervento:

49.75 Impianto o revisione di sfintere anale artificiale

Test di posizionamento di elettrodo monopolare nell'ano per incontinenza fecale (PNE: Peripheral Nerve Evaluation)

Codici diagnosi:

337.0 Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo
787.6 Incontinenza fecale

Codici intervento:

04.19 Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli
04.92 Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici

NOTA: I codici di procedura sono posti nella sequenza indicata (peraltro senza alcun impatto sull'assegnazione del DRG) al fine di poter diversificare la fase di test da quella del posizionamento degli elettrodi definitivo per la quale, al contrario, l'impianto sarà codificato come procedura principale.

Microchirurgia endoscopica transanale (TEM-Trananal Endoscopic Microsurgery)

Codice intervento:

48.36 Polipectomia (endoscopica) del retto

Ascesso e fistola anale

Codice diagnosi:

566 Ascesso anale e rettale
565.1 Fistola anale

Codice intervento:

49.01 Incisione di ascesso perianale, *oppure*
48.82 Asportazione di tessuto peri-rettale (cono like), *oppure*
49.11 Fistulotomia anale, *oppure*
49.12 Fistulectomia anale

Posizionamento di protesi biologica in fistola anale

Codice diagnosi:

565.1 Fistola anale

Codice intervento:

48.93 Riparazione di fistola perirettale

Trapianto multiviscerale

Codice diagnosi:

Codice della patologia

Codici intervento:

46.97 Trapianto dell'intestino
associato a
52.83 Trapianto eterologo di pancreas, *oppure*
50.59 Altro trapianto del fegato,
o entrambi.

Trattamento chirurgico dell'iperidrosi

Codici diagnosi:

337.0 Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo
780.8 Iperidrosi generalizzata, *oppure*
705.2_ Iperidrosi focale

Codice intervento:

05.2_ Simpatectomia

Trattamento chirurgico della sindrome dello stretto toracico

Codici diagnosi:

756.2 Costola cervicale

Codice intervento:

77.91 Osteotomia totale della scapola, della clavicola e del torace (coste e sterno).

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Orbitotomia decompressiva in esoftalmo tireotossico

Codici diagnosi principale:

376.21 Esoftalmo tireotossico

Codice intervento:

16.09 Altra orbitotomia

NOTA: non seguire le indicazioni del manuale ICD9CM che prevede di codificare per prima la malattia di base della tiroide (242.0- 242.9)

Asportazione di lesione dentaria/odontogenica della mandibola

Codice intervento:

24.4 Asportazione di lesione dentaria della mandibola

Asportazione di lesione dentaria/odontogenica della mascella

Codice intervento:

76.2 Asportazione o demolizione locale di lesione delle ossa facciali

CHIRURGIA PLASTICA

Interventi per la modifica dei caratteri sessuali

La trasformazione di sesso richiede solitamente diversi ricoveri successivi; in tutti i casi indicare come diagnosi principale il codice 302.5_ Transessualismo. Segnalare tutte le procedure effettuate, indicando come principale l'intervento ritenuto più rilevante. I medesimi codici di procedura possono essere utilizzati per interventi non finalizzati alle modifiche del sesso: in tali casi le diagnosi saranno diverse da quella di transessualismo.

Codice diagnosi:

302.5_ Transessualismo

Trasformazione nel sesso maschile

Codici intervento:

- 68.4 Isterectomia addominale totale
- 65.61 Altra rimozione di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento
- 86.93 Inserzione di espansore tissutale
- 86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute o tessuto sottocutaneo (rimozione di espansore tissutale)
- 64.43 Costruzione del pene (con lembo peduncolato)
- 58.46 Altre ricostruzioni uretrali (Allungamento dell'uretra)
- 64.95 Inserzione di protesi peniena semirigida
- 62.7 Inserzione di protesi testicolare
- 61.49 Altre riparazioni dello scroto e della tunica vaginale (Costruzione dello scroto)
- 70.4 Obliterazione della vagina
- 85.36 Altra mammectomia sottocutanea bilaterale con contemporaneo impianto di protesi (mammectomia sottocutanea bilaterale con asportazione parziale della cute e conservazione delle areole e dei capezzoli)

Trasformazione nel sesso femminile

Codici intervento:

- 62.41 Orchiectomia bilaterale nello stesso intervento
- 64.3 Amputazione del pene
- 64.5 Interventi per trasformazione di sesso non classificati altrove (costruzione della vulva e del clitoride)
- 70.61 Costruzione della vagina
- 85.54 Impianto di protesi bilaterale (protesi mammaria bilaterale)
- 30.29 Altra laringectomia parziale (asportazione della cartilagine tiroidea)
- 31.69 Altra riparazione della laringe (accorciamento delle corde vocali)
- 86.92 Elettrolisi ed altra depilazione cutanea (depilazione laser)

Lipodistrofia localizzata in pazienti con HIV sintomatico

Trattamento ricostruttivo del volto

Lipofilling del volto secondo la tecnica di Coleman

Codici diagnosi:

- 701.8 Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche specificate della cute
- 042 Infezione da virus dell'immunodeficienza umana

Codice intervento:

- 86.81 Riparazione di difetti del viso

Filler riassorbibili

Codici diagnosi:

- 701.8 Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche specificate della cute
- 042 Infezione da virus dell'immunodeficienza umana

Codice intervento:

86.02 Iniezione o tatuaggi o di lesioni o difetti della

Lipoaspirazione o lipectomia**Codici diagnosi:**

701.8 Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche specificate della cute

042 Infezione da virus dell'immunodeficienza umana

Codice intervento:

86.83 Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

Mammoplastica riduttiva**Codici diagnosi:**

611.1 Ipertrofia del seno

042 Infezione da virus dell'immunodeficienza umana

Codice intervento:

85.32 Mammoplastica riduttiva bilaterale

Addominoplastica**Codici diagnosi:**

701.9 Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche non specificate della cute

042 Infezione da virus dell'immunodeficienza umana

Codice intervento:

86.83 Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

Diastasi dei retti**Codice diagnosi:**

728.84 Diastasi muscolare

Codice intervento:

83.65 Altra sutura di muscoli o fasce

NOTA: non utilizzare il codice 54.63 Altra sutura della parete addominale

Laparocele post-chirurgico**Codice diagnosi:**

553.21 Laparocele postchirurgico, senza menzione di ostruzione o gangrena

Codice intervento:

53.6_ Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con innesto o protesi

NOTA: non utilizzare il codice 54.63 Altra sutura della parete addominale

Trattamento dell'addome pendulo da lassità cutanea in esiti di chirurgia bariatrica o di importanti dimagrimenti

Codice diagnosi:

- V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica
- V45.86 Condizione successiva a chirurgia bariatrica

Codice intervento:

- 86.83 Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

Innesto di lembo peduncolato nel padiglione auricolare

Codice intervento:

- 86.7_ Impianto di lembo peduncolato

INFEZIONI E COMPLICAZIONI OPERATORIE O POSTOPERATORIE

Dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure Therapy)

Codice intervento:

- 86.89 Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo

Mediastinite

Codici diagnosi:

- 998.59 Altra Infezione postoperatoria
- 519.2 Mediastinite

Codice intervento:

- 34.3 Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino.

Toilette di ferita chirurgica infetta

Codice diagnosi:

- 998.59 Altra Infezione postoperatoria

Codici intervento:

- 86.22 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione, *oppure*
- 86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione

Sutura di deiscenza di ferita sternale (Riparazione di diastasi dei monconi sternali)

Codice diagnosi:

- 998.31 Rottura di ferita chirurgica, *oppure*
- 998.83 Rottura di ferita chirurgica non cicatrizzata

Codice intervento:

- 78.51 Fissazione interna di scapola, clavicola e torace (coste e sterno) senza riduzione di frattura, *oppure*
- 78.41 Altri interventi di riparazione o plastica su scapola, clavicola e torace (coste e sterno) (Clip o barre)

Linfocele o chilotorace post-chirurgico

Codici diagnosi:

- 998.89 Altre complicazioni specificate di interventi, non classificate altrove
- 457.8 Altri disturbi non infettivi dei vasi linfatici.

GASTROENTEROLOGIA

Controllo di emorragia per varici esofagee effettuato per via endoscopica

Codice intervento:

- 42.33 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo.

Eco-endoscopia dell'apparato digerente per la diagnostica delle patologie del pancreas e delle vie biliari

Codici procedura:

- 88.74 Diagnostica ecografica dell'apparato digerente
- 45.13 Altra endoscopia dell'intestino tenue

POEM (Per-Oral Endoscopic Miotomy)

Codice diagnosi:

- 530.0 Acalasia del cardias

Codici intervento:

- 42.7 Esofagomiotomia
- 42.23 Altra esofagoscopia

Video-endoscopia diagnostica con capsula

Codice procedura:

- 45.19 Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue

Enteroscopia con singolo pallone

Codici diagnosi:

V72.85 Altro esame specificato

Codice procedura:

45.19 Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue

Trapianto di microbiota fecale

Codice diagnosi:

008.45 Infezione intestinale da clostridium difficile

Codici procedura:

Accesso colonscopico

45.23 Colonscopia con endoscopio flessibile

99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

96.43 Instillazione del tratto digerente, eccetto alimentazione mediante sonda gastrica

Accesso gastroscopico

45.13 Altra endoscopia dell'intestino tenue

99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

96.43 Instillazione del tratto digerente, eccetto alimentazione mediante sonda gastrica

Epatite

Diagnosi	Epatite virale infettiva (acuta o cronica)	070.____
	Epatite acuta da cytomegalovirus	078.5 Malattia citomegalica 573.1 Epatite in malattie virali classificate altrove
	Epatite parotitica	072.71
	Epatite malarica	573.2
	Epatite da toxoplasma	130.5
	Epatite in altre malattie infettive classificate altrove	573.2
	Epatite virale in gravidanza	647.8_
	Epatite acuta in gravidanza	646.7_
	Epatite fetale o neonatale	774.4
	Epatite virale	771.2
	Epatite acuta alcolica	571.1
	Epatite lupoide (sindrome di Bearn-Kunkel-Slater)	571.49
	Epatite autoimmune	571.49
	Epatite da farmaci	573.3
	Epatite cronica (non virale)	571.4_
	Sindrome post-epatite	780.79
	Portatore o portatore sospetto di epatite virale	V02.6_
	Necessità di vaccinazione e inoculazioni profilattiche contro l'epatite virale	V05.3
	Postumi di epatite virale	139.8
	Anamnesi personale di epatite virale	V12.09

NEUROCHIRURGIA

Biopsia stereotassica

Codici intervento:

01.13 Biopsia (percutanea) (agobiopsia) di lesione cerebrale

Test di sottrazione ed infusione liquorale

Codici intervento:

03.31 Rachicentesi

Studio della dinamica liquorale

Questa procedura viene praticata nei pazienti affetti da idrocefalo normoteso al fine di identificare i candidati all'intervento chirurgico.

Codice diagnosi:

331.4 Idrocefalo ostruttivo

Codici intervento:

03.31 Rachicentesi

03.39 Altre procedure sul canale vertebrale

03.90 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.

Chirurgia dell'epilessia

Codici diagnosi:

345.__ Epilessia

associato a

Codice della patologia determinante l'epilessia

Codice intervento:

01.59 Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale.

NOTA: In questo caso specifico, in assenza di ricadute determinanti, al fine di permettere la marcatura univoca dei casi presenti nella banca dati regionale delle SDO, non viene rispettata la regola generale che prevede l'inserimento del codice etiologico in diagnosi principale.

Impianto di neurostimolatore vagale per la terapia dell'epilessia refrattaria alla terapia farmacologica

Codici intervento:

04.92 Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici

associato a

86.94 Inserzione/riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo, non specificato se ricaricabile, *oppure*

86.95 Inserzione/riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio, non specificato se ricaricabile, *oppure*

86.96 Inserzione/sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore, *oppure*

86.97 Inserzione/sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo ricaricabile, *oppure*

86.98 Inserzione/sostituzione di generatore di impulsi di neuro-stimolatore a canale doppio ricaricabile

OCULISTICA

NOTA: Le prestazioni cui si riferiscono le indicazioni che seguono sono caratterizzate da un elevato rischio di inappropriatazza qualora erogate in regime diurno od ordinario in quanto potenzialmente erogabili a livello ambulatoriale. Le stesse richiedono però per lo più una competenza molto elevata, tempi di esecuzione e di osservazione del paziente rilevanti e la necessità di essere eseguiti in ambiente sterile; tutto ciò può comportare talvolta l'esecuzione degli stessi in regime diurno (e in casi eccezionali in regime ordinario).

Iniezione di cortisonici endovitreali

Codici intervento:

14.79 Altri interventi sul corpo vitreo

99.23 Iniezione di steroidi

Iniezione intravitreale di farmaci per la cura delle maculopatie

Codici intervento:

14.29 Altro trattamento di lesione corioretinica

99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

Innesto di limbus

Codici intervento:

11.61 Cheratoplastica lamellare autologa, *oppure* se da donatore:

11.62 Altra cheratoplastica lamellare

Innesto di membrana amniotica

Codice intervento:

11.62 Altra cheratoplastica lamellare

Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto

Codici intervento:

12.65 Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia, *oppure*

12.69 Altri interventi di fistolizzazione della sclera

Impianto di lipociti per gravi retinopatie

Codici intervento:

12.89 Altri interventi sulla sclera

86.69 Altro innesto di cute su altre sedi

Impianto di rete contenitiva per il cristallino

Codice intervento:

13.90 Interventi sul cristallino, non classificati altrove

Lussazione di cristallino artificiale (IOL)

Codice diagnosi:

996.53 Complicazioni meccaniche di lenti oculari protesiche

Asportazione di xantelasma palpebrale

Codice diagnosi:

374.51 Xantelasma

Codice intervento:

08.23 Asportazione di lesione estesa della palpebra non a tutto spessore

Cross-link corneale

Codice intervento:

96.51 Irrigazione dell'occhio

11.99 Altri interventi sulla cornea

99.82 Terapia a luce ultravioletta

Trattamento con tossina botulinica

Codice intervento:

99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

Esame vestibolare otofunzionale con videoculografia computerizzata (V.O.G.)

Codice intervento:

95.44 Esame clinico della funzionalità vestibolare

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Le categorie da **630 a 633** descrivono gravidanze ectopiche e molari. Come indicato nella nota iniziale, qualsiasi complicazione deve essere descritta con un codice aggiuntivo appartenente alla categoria 639 Complicazioni successive ad aborto e gravidanze ectopiche e molari.

Le categorie da **634 a 638** descrivono complicazioni successive ad aborto. Nel caso in cui la complicazione venga trattata in un ricovero successivo all'evento abortivo e gravidanze ectopiche e molari, utilizzare in diagnosi principale i codici della categoria 639 Complicazioni successive all'aborto e gravidanze ectopiche e molari.

Per le categorie **634-637** prestare attenzione alla scelta della quinta cifra che distingue se l'aborto è completo o incompleto.

Il codice **650** individua il parto normale in pazienti che non presentano nessuna complicazione legata o meno alla gravidanza. Questo codice va usato come diagnosi singola e non deve essere usato insieme ad alcun altro codice dell'intervallo 630-676.

Per le categorie **640-649, 651-659, 660-669, 670-676**, la quinta cifra uguale a 4 indica un episodio di cura successivo al ricovero indice; la quinta cifra uguale a zero non descrive la condizione o l'episodio di cura e non va utilizzata.

Le categorie dal **651 al 669** descrivono le condizioni o le complicazioni del parto che devono essere riportate in diagnosi principale.

Nelle categorie **652. __** Posizione e presentazione anomale del feto, **653. __** Sproporzione, **654. __** Anomalie degli organi e dei tessuti molli della pelvi, è presente la nota "Codificare per prima ogni associazione con ostacolo del travaglio", che rimanda rispettivamente ai codici 660.0_ , 660.1_ , 660.2_.

Per le categorie **651-676** le quinte cifre **1** e **2** identificano il ricovero con parto consentendo di distinguere esclusivamente il momento in cui è stata fatta la diagnosi di complicazione.

Per altre condizioni morbose in atto della madre, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio, ad es. anemia, diabete mellito, psicosi, malattie cardiovascolari congenite, etc, fare riferimento ai codici della categoria **648. __**. Il codice **648.9**_ Altre manifestazioni altrimenti classificabili altrove, deve essere utilizzato in diagnosi principale, in quanto la classificazione non prevede codice specifico, e tra le diagnosi secondarie indicare le condizioni particolari come: gravidanza ad alto rischio (V23), retinopatie (362) etc...

Si sconsiglia l'utilizzo del codice 669.71 Taglio cesareo senza menzione dell'indicazione in quanto poco specifico.

La categoria **649** Altre manifestazioni in atto della madre complicanti la gravidanza, parto, puerperio ricomprende alcune condizioni complicanti la gravidanza (epilessia, obesità, chirurgia bariatrica, etc.).

I codici della sottocategoria **674.5**_ Cardiomiopatia peripartum esprimono una eventuale cardiomiopatia ante- o post-partum.

I ricoveri per **gravidanza, parto o puerperio** di pazienti con **HIV**, vanno descritti indicando in diagnosi principale il codice 647.6_ Altre malattie virali e in diagnosi secondaria il codice 042 in caso di HIV sintomatico, o il codice V08 per la paziente sieropositiva asintomatica.

Per i casi in cui la paziente partorisce fuori dalla struttura ospedaliera e necessita di ricovero per trattamenti successivi al parto, senza complicazioni, in diagnosi principale utilizzare il codice V24.0 Cure ed esami postpartum subito dopo il parto; se sono presenti complicazioni, fare riferimento ai codici del capitolo 11 ICD-9-CM "Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio".

SITUAZIONE	Diagnosi SDO MADRE	Diagnosi SDO NEONATO	Proposta di Ricovero SDO NEONATO
Parto avvenuto in Pronto Soccorso o Ambulanza (Assimilato al parto in Ospedale)	Diagnosi Principale: da 640 a 676	da V30.___ a V36.___, escluso V33.___	12 Ricovero al momento della nascita
	Diagnosi Secondaria: V27.___		
Parto avvenuto a domicilio senza complicanze	Diagnosi Principale: V24.0	da V30.1 a V36.1 (Nati prima dell'ammissione in ospedale), esclusi V33.1	99 Altro

Taglio cesareo secondo Stark: utilizzare il codice 74.4 Taglio cesareo specificato.

Si ricorda **che tutti i parti**, anche se non operativi, devono essere riportati e specificamente codificati nel campo relativo all'intervento chirurgico principale.

Ogni ricovero che esiti in parto deve essere descritto riportando tra le diagnosi secondarie il codice V27._ che ne segnala l'esito.

Parto indolore mediante anestesia epidurale

Codice intervento:

03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia

Parto vaginale per morte intrauterina del feto

Codice diagnosi:

656.41 Morte intrauterina, parto con senza menzione della condizione antepartum

V27.1 Parto semplice, nato morto

Codici intervento:

73.59 Altra assistenza manuale al parto

Interruzione volontaria farmacologica di gravidanza (RU 486)

Codice diagnosi:

635._ Aborto indotto legalmente

Codice intervento per la prima ed eventuale seconda somministrazione per os:

99.24 Iniezione di altri ormoni

Codice intervento per la seconda eventuale somministrazione vaginale:

96.49 Altra instillazione genitourinaria

Interruzione legale di gravidanza con cesareo

Codice diagnosi:

635._ Aborto indotto legalmente

Codice intervento:

74.91 Isterotomia per interruzione di gravidanza

Deinfibulazione

Codice diagnosi:

629.2_ Mutilazione genitale femminile

Codici intervento:

- 71.01 Lisi di aderenze vulvari
- 71.09 Altra incisione della vulva e del perineo

Asportazione di condilomi acuminati nella donna**Codici diagnosi:**

- 078.11 Condiloma acuminato

Codice intervento:

- 67.39 Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice, *oppure*
- 70.3_ Asportazione o demolizione locale della vagina e del cul-de-sac, *oppure*
- 71.3 Altra asportazione o demolizione locale della vulva e del perineo, *oppure*
- 49.39 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'ano

Raccolta di sangue dal cordone ombelicale ai fini della donazione per il trapianto delle cellule staminali**Codice diagnosi:**

- V59.02 Donatori di sangue, cellule staminali

NOTA: Il codice va registrato nella scheda nosologica della madre, fra le diagnosi secondarie.

Asportazione profilattica dell'ovaio**Codice diagnosi:**

- V50.42 Rimozione profilattica dell'ovaio

NOTA: i codici della categoria V84.0_ Suscettibilità genetica ai tumori maligni possono essere associati in posizione di diagnosi secondaria.

Sospensione collo dell'utero in prolasso uterino**Codice intervento:**

- 69.22 Altra sospensione uterina

OTORINOLARINGOIATRIA

Chirurgia endoscopica dei seni paranasali**Codici intervento:**

- 21.69 Altra turbinectomia
- 22.51 Etmoidotomia
- 21.21 Rinoscopia

Intervento per paralisi di corda vocale

Codice diagnosi:

478.32 Paralisi delle corde vocali unilaterale completa

Codici intervento:

31.69 Altra riparazione della laringe

31.0 Iniezione della laringe

NOTA: Se eseguito stripping, utilizzare il codice 30.09 Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe

Inserimento di protesi fonatoria in laringectomizzati

Codici diagnosi:

478.79 Altre malattie della laringe

V10.21 Anamnesi personale di tumore maligno della laringe

Codice intervento:

31.69 Altra riparazione della laringe

Intervento di ugulo-faringoplastica per sindrome dell'apnea notturna

Codice diagnosi:

327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)

Codice intervento:

27.99 Altri interventi sulla cavità orale

Intervento di ugulo-faringoplastica per sindrome dell'apnea notturna con sospensione ioidea-linguale

Codici diagnosi:

327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)

529.8 Altre manifestazioni morbose specificate della lingua

Codici intervento:

27.99 Altri interventi sulla cavità orale

29.4 Intervento di plastica sul faringe

Trattamento con radiofrequenza (RFVR) per sindrome dell'apnea notturna

Codice diagnosi:

327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)

Codice intervento:

27.49 Altra asportazione della bocca, *oppure*

29.39 Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe, *oppure*

21.69 Altra turbinectomia, *oppure*

28.99 Altri interventi su tonsille e adenoidi.

Apnea notturna di natura non organica

Codice diagnosi:

- 780.51 Insonnia con apnea del sonno, non specificata, *oppure*
- 780.53 Ipersonnia con apnea del sonno, non specificata, *oppure*
- 780.57 Non specificata apnea del sonno.

Correzione funzionale di deviazione, deformità o deformazione del naso (Rinoplastica)

Codice diagnosi:

Forma congenita:

- 748.1 Altre anomalie del naso

Forma acquisita:

- 470 Deviazione del setto nasale (setto), *oppure*
- 738.0 Deformazioni acquisite del naso (cartilagine)

Codice intervento:

- 21.86 Rinoplastica parziale, *oppure*
- 21.87 Altra rinoplastica

NOTA: Il codice 754.0 Malformazioni congenite del cranio, della faccia e della mascella può essere impiegato unicamente in un contesto di gravi anomalie congenite del cranio o del massiccio facciale.

Impianto di sistema Cochlear OSIA (impianto uditivo che utilizza la stimolazione piezoelettrica digitale)

Codice intervento:

- 20.97 Impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare, singolo canale

NOTA: il sistema risulta assimilabile ad un apparecchio protesico cocleare monocanale.

Posizionamento di protesi acustica eterologa

Codici diagnosi:

- 387._ Otosclerosi
- V58.89 Altro trattamento ulteriore specificato

Codice intervento:

- 199 Altra riparazione dell'orecchio interno

UROLOGIA E ANDROLOGIA

Ematuria

Deve essere indicata in diagnosi principale quando, al termine del ricovero, non si identifica la patologia che la sostiene; se è espressione di una complicazione post-chirurgia urologica va codificata solo se trattata specificamente.

RIRS (Retrograde Intra Renal Surgery) con utilizzo di laser ad olmio

Codici intervento:

- 56.31 Ureterosopia
- 55.99 Altri interventi sul rene
- 59.95 Litotrissia con ultrasuoni o elettroidraulica

Recupero frammenti di calcolo attraverso URS (Ureterosopia) con o senza cestello attraverso laser ad olmio

Codici intervento:

- 56.0 Estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo
- 56.31 Ureterosopia
- 59.95 Litotrissia con ultrasuoni o elettroidraulica

Varicocele

Codice diagnosi:

- 456.4 Varicocele

Codice intervento:

- 63.1 Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico.

NOTA: Se viene eseguita sclerosi retrograda aggiungere:

- 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche
- 88.67 Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate

Circoncisione

Codici diagnosi:

- 605 Prepuzio esuberante e fimosi, *oppure*
- V50.2 Circoncisione rituale o di routine

Codici intervento:

- 64.0 Circoncisione

Liberazione manuale di aderenze balano-prepuziali

Codici intervento:

- 64.92 Incisione dorsale del prepuzio
- 64.93 Liberazione manuale di aderenza

Asportazione di condilomi acuminati nell'uomo

Codici diagnosi:

- 078.11 Condiloma acuminato

Codice intervento:

- 64.2 Asportazione o demolizione di lesione del pene, *oppure*
- 58.31 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto della uretra, *oppure*
- 58.39 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra, *oppure*
- 49.39 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'ano, *oppure*
- 86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo (perineo)

Iniezione di collagene in cistoscopia per la correzione di reflusso vescico-ureterale o incontinenza urinaria

Codice intervento:

- 59.72 Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale

Impianto di dispositivo periuretrale per l'incontinenza urinaria

Codici intervento:

- 58.99 Altri interventi sull'uretra e sul tessuto periuretrale
- 59.72 Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale

Inserimento di protesi per stenosi uretrale

Codice diagnosi:

- 598._ Stenosi uretrale

Codice intervento:

- 58.6 Dilatazione uretrale

Impianto di pacemaker neurale o elettrostimolatore neuro-urologico

Codici intervento:

- 03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neuro-stimolatore spinale
Eventualmente *associato a*
- 86.96 Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neuro-stimolatore

Posizionamento di AdVance, per incontinenza urinaria nell'uomo

Codici intervento:

- 59.4 Sospensione uretrale sovrapubica con Sling

Infiltrazione di tossina botulinica in vescica, in cistoscopia

Codici intervento:

- 59.72 Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale

Stent ureterale

Posizionamento di stent

Codice intervento

- 59.8 Cateterizzazione ureterale

Sostituzione/Rimozione Programmata

Codici di diagnosi

- V53.6 Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari
- V55.6 Controllo di altra apertura artificiale dell'apparato urinario

Codici intervento

- 59.8 Cateterizzazione ureterale (se sostituzione), *oppure*
- 97.62 Rimozione di tubo da ureterostomia e catetere ureterale (se rimozione)

Sostituzione/Rimozione per complicanza

Codici di diagnosi

- 996.39 Altre complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti dell'apparato genitourinario, *oppure*
- 996.65 Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti dell'apparato genitourinario, *oppure*
- 996.76 Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti dell'apparato genitourinario

Codici intervento

- 59.8 Cateterizzazione ureterale (se sostituzione), *oppure*
- 97.62 Rimozione di tubo da ureterostomia e catetere ureterale (se rimozione)

AREA ORTOPEDICA

Principi generali

La via di accesso artroscopica (codici 80.2 _) non deve essere codificata, se utilizzata come via di accesso all'intervento.

La presenza in questa area di indicazioni di codifica riguardanti prestazioni erogabili a livello ambulatoriale non ne comporta necessariamente l'appropriatezza in regime di ricovero.

Fratture patologiche

Il codice della frattura patologica (733.1_) deve essere utilizzato in diagnosi principale solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura patologica; in diagnosi secondaria si deve indicare il codice relativo alla patologia di base.

Es. Frattura patologica delle vertebre da metastasi ossee:

Codici diagnosi:

733.13 Frattura patologica delle vertebre

198.5 Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo.

Codice intervento:

81.65 Vertebroplastica, *oppure*

81.66 Cifoplastica

Chemioembolizzazione di cisti aneurismatica dell'osso

Codici diagnosi:

V58.11 Chemioterapia antineoplastica

733.22 Cisti aneurismatica dell'osso

Codici intervento:

38.8_ Altra occlusione chirurgica di vasi

99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove

Embolizzazione di cisti aneurismatica dell'osso

Codici diagnosi:

V58.89 Altro trattamento ulteriore specificato

733.22 Cisti aneurismatica dell'osso

Codici intervento:

38.8_ Altra occlusione chirurgica di vasi

99.29 iniezione o infusione di sostanze terapeutiche o profilattiche

Crioablazione di Fibromatosi desmoide aggressiva

Codice diagnosi:

238.1 Tumore di comportamento incerto di connettivo e altri tessuti molli

Codici intervento:

83.32 Asportazione di lesione dei muscoli

99.81 Ipotermia (locale)

Artrodesi vertebrale ed altri interventi sulla colonna

Artrodesi posteriore non strumentata di qualunque livello (effettuata solo con innesto osso)

78.09 Innesto osseo di altre ossa (associato o meno ad altri interventi sulla colonna, es. laminectomia, discectomia)

Blocco degli elementi posteriori (spinose e/o faccette)

84.58 Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso

Fusione degli elementi posteriori (spinose e/o faccette) - interspinoso avvitato tipo Coflex

84.58 Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso

81.3_ Rifusione della colonna vertebrale

78.09 Innesto osseo di altre ossa

Artrodesi posteriore strumentata di qualunque livello

81.0_ Artrodesi vertebrale, *oppure*

81.3_ Rifusione della colonna vertebrale, associati o meno a

78.09 Innesto osseo di altre ossa

Artrodesi intersomatica stand alone

84.59 Inserzione di altri dispositivi spinali

78.09 Innesto osseo di altre ossa

Fissazione dinamica intervertebrale (stabilizzazione senza fusione)

84.59 Inserzione di altri dispositivi spinali

Artrodesi circonferenziale (PLIF/TLIF) qualunque livello

81.0_ Artrodesi vertebrale

84.51 Inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali associati o meno a

78.09 Innesto osseo di altre ossa

Artrodesi strumentata intersomatica anteriore (ALIF anteriore)

- 81.02 Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore, *oppure*
- 81.04 Artrodesi dorsale e dorso lombare, con approccio anteriore, *oppure*
- 81.06 artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, con approccio anteriore associati o meno a
- 78.09 Innesto osseo di altre ossa

Artrodesi circonferenziale con approccio posteriore ed anteriore combinato (AXIALIF/XLIF/OLIF)

- 81.02 Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore, *oppure*
- 81.04 Artrodesi dorsale e dorso lombare, approccio anteriore, *oppure*
- 81.06 Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore, *associato a*
- 81.03 Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore, *oppure*
- 81.05 Artrodesi dorsale e dorso lombare, approccio posteriore, *oppure*
- 81.07 Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi, *oppure*
- 81.08 Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore, *associato a*
- 84.51 Inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali associato o meno a
- 78.09 Innesto osseo di altre ossa

NOTA: Per poter considerare circonferenziale un'artrodesi combinata, occorre verificare l'effettiva presenza di strumentazione impiantata sia per via anteriore che posteriore (Cage o gabbie, placche, barre, ecc.). Utilizzare separatamente le due vie di accesso anteriore e posteriore non è condizione sufficiente al corretto utilizzo della codifica combinata.

Utilizzare anche il codice **81.62** o **81.63** o **81.64** per descrivere il numero dei metameri interessati (quale proxy della complessità dell'intervento).

Inserzione di dispositivi senza fusione tra i corpi vertebrali

- 84.59 Inserzione di altri dispositivi spinali

Ernia discale

Tecnica chirurgica a cielo aperto

- 80.51 Asportazione di disco intervertebrale.

Radiofrequenza o laser o altra tecnica percutanea o endoscopica

- 80.59 Altra distruzione di disco intervertebrale.

Ozono, gel o altra sostanza

- 80.52 Chemionucleolisi intervertebrale.

NOTA: Il codice 80.50 non deve essere utilizzato, in quanto non specifico.

Revisioni di artrodesi vertebrali

- Se la strumentazione per artrodesi viene sostituita, si codifica come artrodesi primitiva (81.0_);
- Se la strumentazione viene sostituita in parte, si utilizza l'associazione dei codici 78.69 (rimozione di dispositivo impiantato da altre ossa) e 81.3_ (rifusione di colonna).
- In caso di sola decompressione ed apposizione di osso si utilizza il codice di innesto osseo (78.09) associato o meno ad altri interventi sulla colonna (es.laminectomia)

Riposizionamento di Cage intersomatica vertebrale mantenuta con barra in titanio

Codice diagnosi:

996.49 Altre complicazioni meccaniche di altri dispositivi ortopedici interni, impianti e innesti

Codice intervento:

78.59 Fissazione interna di altro osso, senza riduzione di frattura

Artrodesi sacro-iliaca

Codice intervento:

81.29 Artrodesi di altra articolazione specificata

Denervazione delle faccette articolari dell'articolazione sacro-iliaca (sistema Diemme)

Codice intervento:

03.06 Denervazione percutanea della faccetta articolare

Artroplastica dell'articolazione carpo-carpale o carpo-metacarpale

Codici intervento:

Artroplastica semplice

81.75 Artroplastica dell'articolazione carpo-carpale o carpo-metacarpale

Artroplastica con trapeziectomia od osteotomia carpo-carpale:

81.75 Artroplastica dell'articolazione carpo-carpale o carpo-metacarpale associato a

77.84 Altra osteotomia parziale del carpo e del metacarpo, *oppure*

77.94 Osteotomia totale del carpo e del metacarpo

NOTA: L'artroplastica semplice richiede un'adeguata valutazione di appropriatezza organizzativa e assistenziale risultando erogabile in regime ambulatoriale.

Interventi su spalla - gomito

Artroscopia della spalla per sindrome da conflitto

Codice diagnosi:

726.10 Disturbi non specificati della borsa e dei tendini della spalla

Codice intervento:

80.41 Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine della spalla

Protesi di spalla

Codice intervento:

81.80 Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica), *oppure*

81.81 Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)

Revisione di protesi di spalla

Codice intervento:

81.97 Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore,
associato a

81.80 Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica), *oppure*

81.81 Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)

Rigidità o "blocco di spalla"

Codice diagnosi:

718.41 Rigidità articolare della spalla

Codice intervento:

93.26 Rottura manuale di aderenze articolari (sblocco spalla),
associato o meno a

81.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento

Trattamento percutaneo eco-guidato spalla:

Codice diagnosi:

726.11 Tendinite calcifica della spalla

Codice intervento:

83.03 Borsotomia,
associato a

81.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento
(lavaggio spalla, infiltrazione)

Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori

Codice diagnosi:

727.61 Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori

Codice intervento:

83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori

Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori

Codice diagnosi:

840.4 Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori (capsula)

Codice intervento:

83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori

Lussazione recidivante di spalla

Codice diagnosi:

718.31 Lussazione recidivante o abituale della spalla

Codice intervento:

81.82 Riparazione di lussazione ricorrente della spalla,
associato a

78.01 Innesto osseo di scapola, clavicola e torace, coste e sterno

NOTA: omettere il prelievo di innesto osseo

Inserzione di spaziatore sottoacromiale “pallone InSpace” o Balloon (per rottura irreparabile dei tendini della spalla)

Codice intervento:

81.83 Altra riparazione della spalla

Transfer del gran dorsale

Codice intervento:

83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori

Sutura della cuffia dei rotatori con supplementazione con derma di banca

Codice intervento:

83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori

Tendinopatie e sindromi analoghe

Codice diagnosi:

726.0 Capsulite adesiva scapolo-omerale

Codice intervento:

80.41 Incisione capsula articolare, legamenti e cartilagine della spalla

NOTA: I codici di procedura utilizzati per descrivere interventi sulla spalla ricomprendono anche l'eventuale riparazione articolare (es. acromion plastica), come la regolarizzazione della superficie acromiale che, conseguentemente, non deve essere codificata.

Triade terribile gomito

Codici diagnosi:

813.05 Frattura chiusa del capitello del radio

813.02 Frattura chiusa del processo coronoideo dell'ulna

832.02 Lussazione chiusa del gomito posteriore

Codice intervento:

81.84 Artroplastica totale di gomito (ricostruzione legamentosa articolare, protesi di capitello radiale, riduzione di lussazione e riduzione di frattura con mezzi di fissazione)

Protesi di capitello radiale**Codice intervento:**

81.85 Altra riparazione del gomito.

Revisione di sostituzione di protesi di gomito**Codici intervento:**

81.97 Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore

81.84 Sostituzione totale del gomito, *oppure*

81.85 Sostituzione parziale del gomito con protesi sintetica

Riparazione con lembo fasciale di necrosi avascolare del semilunare (Malattia di Kienböck)**Codice diagnosi:**

733.49 Necrosi asettica delle ossa, altre sedi

Codici intervento:

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

Biopsia osteomidollare o carotizzazione ossea percutanea con agoaspirazione**Codice intervento:**

Codici del gruppo: 77.4_ Biopsia dell'osso

NOTA: Il codice 77.40 non deve mai essere utilizzato perché aspecifico.

La carotizzazione ossea non è comprensiva della BOM (Biopsia Osteo-Midollare, aspirato midollare) per la quale è appropriato il regime ambulatoriale e che qualora venga effettuata in corso di ricovero va codificata con 41.31 Biopsia del midollo osseo.

Innesto osseo da donatore in paziente oncologico

Questi interventi hanno finalità di supporto strutturale sostitutivo in soggetti neoplastici ove siano asportate lesioni ossee di notevoli dimensioni.

Codice diagnosi:

Codice di tumore osseo primitivo o secondario

V42.4 osso sostituito da trapianto

Codice intervento:

78.0_ Innesto osseo

(ad esclusione delle sottocategorie 78.04, 78.06, 78.08)

Fissazione preventiva di osso (in osteolisi neoplastica)

Codice diagnosi:

Codice di neoplasia ossea (primitiva o secondaria)

Codice intervento:

78.5_ Fissazione di osso senza riduzione di frattura

Inserimento preventivo di stelo metallico (osteomielite cronica)

Codice diagnosi:

730._ Osteomielite cronica

Codice intervento:

78.5_ Fissazione di osso senza riduzione frattura

Protesi articolari di anca, ginocchio, caviglia

Impianto di protesi d'anca

Codice intervento:

81.51 Sostituzione totale dell'anca, *oppure*

81.52 Sostituzione parziale dell'anca

NOTA: Codificare anche il tipo di superficie d'appoggio se conosciuta utilizzando i codici 00.74, 00.75, 00.76.

Impianto di protesi di ginocchio:

Codice intervento:

81.54 Sostituzione totale del ginocchio

Protesi di rotula

Codice intervento:

81.54 Sostituzione totale del ginocchio

Impianto di protesi di caviglia:

Codice intervento:

81.56 Sostituzione totale della tibio-tarsica

Revisione di protesi di anca, di ginocchio o caviglia con sostituzione

Codici intervento:

00.70 Revisione di protesi d'anca, sia acetabolare che dei componenti femorali

00.71 Revisione della protesi d'anca, componente acetabolare

00.72 Revisione della protesi d'anca, componente femorale

00.73 Revisione della protesi d'anca, inserto acetabolare e/o della sola testa del femore

00.80 Revisione della protesi di ginocchio, totale (tutti i componenti)
00.81 Revisione della protesi di ginocchio, componente tibiale
00.82 Revisione della protesi di ginocchio, componente femorale
00.83 Revisione della protesi di ginocchio, componente patellare
00.84 Revisione della protesi di ginocchio, inserto tibiale

81.56 Sostituzione totale della tibio-tarsica,
associato a

81.59 revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificate altrove.

Revisione di protesi di anca, ginocchio o caviglia senza sostituzione

Codici intervento:

81.53 Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificata
81.55 Revisione di sostituzione del ginocchio, non altrimenti specificata
81.59 Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove

Inserzione di spaziatore antibiotato dopo rimozione di protesi articolare

Codici intervento:

80.0_ Artrotomia per rimozione di protesi
84.56 Inserzione spaziatore di cemento

Sostituzione di spaziatore antibiotato

Codici intervento:

80.1_ Altra artrotomia
84.57 Rimozione spaziatore di cemento
84.56 Inserzione spaziatore di cemento

Artroscopia dell'anca per conflitto femoro-acetabolare

Codice diagnosi:

719.65 altri disturbi delle articolazioni, anca

Codice intervento:

80.85 Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione dell'anca (solo per rimozione/regolarizzazione parziale del labbro acetabolare)
Se effettuati codificare:
78.45 Altri interventi o plastica del femore (correzione malformazione della testa femorale, es. conflitto tipo "CAM")
oppure
81.40 Riparazione dell'anca o acetabuloplastica (malformazione dell'acetabolo, es. conflitto tipo "PINCER")

Artroscopia per artrosi dell'anca

Codice diagnosi:

715.15 artrosi localizzata primaria, anca, *oppure*

715.25 artrosi localizzata secondaria, anca

Codice intervento:

81.40 riparazione dell'anca (acetabuloplastica), *oppure*

78.45 altri interventi di riparazione o plastica sul femore (femoroplastica)

Impianto di dispositivo "KineSpring"

Codice intervento:

80.1_ Altra artrotomia,
associato a

84.56 Inserzione spaziatore di cemento

Intervento per ipertrofia del corpo di Hoffa

Codice diagnosi:

729.31 Ipertrofia del corpo adiposo del ginocchio

Codice intervento:

80.76 Sinoviectomia del ginocchio

Impianto intra-articolare di tessuto adiposo autologo processato (sistema Lipogems/Tulip/ lipofilling) per artrosi o condropatia del ginocchio

Codici intervento:

86.01 Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo

86.69 Altro innesto di cute su altre sedi

81.47 Altra riparazione del ginocchio

NOTA: In presenza di chirurgo plastico per liposuzione con aspirazione di grosse quantità di cellule adipose, sostituire il codice 86.01 con il codice 86.83 (Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza).

Plastica della gola intercondiloidea del femore (notchplasty)

Codice intervento:

77.65 Asportazione locale di lesione o tessuto del femore.

Sindrome della plica del ginocchio

Codice diagnosi:

727.83 Sindrome della plica

Codice intervento:

80.76 Sinoviectomia del ginocchio

Impianto locale di cellule staminali autologhe nelle articolazioni

Codici intervento:

81.4_ Altra riparazione dell'articolazione

41.91 Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto (prelievo da cresta iliaca o altro osso, preparazione delle staminali con centrifuga)

41.92 Iniezione di (nel) midollo osso)

Iniezione intra-articolare di fattori di crescita piastrinici (PRP- platelet rich plasma)

Codici intervento:

81.47 Altra riparazione del ginocchio

99.74 Piastrinoafèresi terapeutica

Impianto di biomateriale per condropatia della rotula

Codice diagnosi:

717.7 Condromalacia della rotula

Codici intervento:

78.46 Altri interventi di riparazione o plastica sulla rotula

84.52 Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti

Sostituzione LCA con legamento LARS

Codice diagnosi:

717.83 Lesione inveterata del legamento crociato anteriore

Codice intervento:

81.45 Altra riparazione dei legamenti crociati

Autotrapianto osteo-cartilagineo del condilo femorale mediale del ginocchio in artroscopia

Codice intervento:

81.47 Altra riparazione del ginocchio

77.75 Prelievo di osso del femore per innesto

Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine

1° ricovero

Codice diagnosi:

Codice della patologia articolare

Codice intervento:

80.9_ Altra asportazione dell'articolazione

2° ricovero

Codici diagnosi:

Codice della patologia articolare

V42.89 Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto

Codice intervento:

81.4_ Altra riparazione di articolazioni delle estremità inferiori.

NOTA: Il codice 78.00 Innesto osseo di sede non specificata non deve essere utilizzato. L'intervento può anche essere effettuato in un'unica seduta (fase di prelievo e fase di impianto contestuale). In questo caso i codici vanno unificati.

Trapianto di menisco da banca

Codice diagnosi:

V42.89 Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto

717._ Lesioni interne del ginocchio

Codice intervento:

81.47 Altra riparazione del ginocchio

Riparazione di microfratture /lesione condrale/sutura o regolarizzazione meniscale/nanoperforazioni rotulee

Codice diagnosi:

Codice della patologia

Codice intervento:

81.47 Altra riparazione del ginocchio

Debridment sinoviale, meniscale e/o cartilagineo

Codice intervento:

80.8_ Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione

Shaving cartilagineo

La procedura non va codificata

NOTA: La procedura viene ricompresa nel codice di artroscopia 80.2_ o di altri interventi concomitanti

Calcaneo-stop con endortesi (vite tipo Spherus o Still)

Codice intervento:

81.18 Artroeresi dell'articolazione sotto- astragalica

Calcaneo-stop con fissazione

Codice intervento:

81.13 Fusione sotto- astragalica

NOTA: negli interventi richiesti da patologie ossee del piede, i codici di allungamento/tenotomia e plastica tendinea "open" eseguiti contestualmente vanno codificati solo quando considerati prioritari rispetto agli interventi correttivi effettuati sulle ossa di piede e dita.

Trapianto di tendine da cadavere/banca dei tessuti

Codice diagnosi:

717.8_ Altra lesione interna del ginocchio

V42.89 Altro organo o tessuto sostituito da trapianto

Codice intervento:

83.75 Trasposizione o trapianto di tendini

associato a:

81.45 Altra riparazione dei legamenti crociati, *oppure*

81.46 Altra riparazione dei legamenti collaterali, *oppure*
altre procedure effettuate

Impianto (trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione

Codice diagnosi:

Codice della patologia

Codici intervento:

81.51 Sostituzione totale dell'anca, *oppure*

81.54 Sostituzione totale del ginocchio, *oppure*

81.80 Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica), *oppure*

81.81 Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica), *oppure*

81.56 Sostituzione totale della tibiotarsica

Codice procedura (opzionale):

00.93 Trapianto da cadavere.

NOTA: La presente regola, ripresa dalle Linee-Guida SDO nazionali (Accordo Conferenza Stato-Regioni 29/04/2010) si riferisce ai casi in cui venga effettuato

un impianto totale o parziale (unicompartimentale o emiarticolare) di sostituti osteocondrali biologici o sintetici (scaffold biomimetici) utilizzati a scopo riparativo e dotati di capacità strutturale e rigenerativa della parte danneggiata, nonché in grado di emulare i tessuti nei quali vengono impiantati. In genere tali casi riguardano soggetti giovani affetti da lesioni osteocondrali massive, da lacune ossee e/o da deficit strutturali ossei post-traumatici.

Molto importante nella valutazione di questa casistica riveste la definizione dell'estensione della lesione articolare trattata e sostituita con impianto biologico o scaffold in rapporto alla superficie articolare della sede d'impianto (a titolo di esempio una profondità e/o diametro maggiori di 1,5 cm nelle lesioni articolari del ginocchio).

In caso di riparazione di lesioni osteocondrali, se pur di grado elevato, ma di estensione minima trattate mediante impianto di proteine osteoinduttive (BMP) o fattori di crescita, la codifica prevede invece l'uso del codice 84.52 Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti, *associato* ai codici di riparazione articolare specifici per sede (81.40 anca, 81.47 ginocchio, 81.83 spalla, 81.49 caviglia).

I criteri di codifica e di valutazione della casistica del presente paragrafo necessitano molto spesso di una condivisione a priori tra committente e fornitore della prestazione che pertanto risulta fortemente consigliata.

Chirurgia funzionale in postumo di traumatismo e/o di lesione centrale

Codici diagnosi:

- 728.85 Contrattura muscolare, *oppure*
- 907._ Postumo di traumatismi del sistema nervoso, *oppure*
- 342.1_ Emiplegia spastica, *oppure*
- 344.0_ Tetraplegia non altrimenti classificata

Codici intervento:

- 82.57 Trasposizione tendine mano, *oppure*
- 82.56 Altro trasferimento o trapianto di tendine della mano e/o
- 83.19 Tenotomia o miotomia e/o
- 83.85 Allungamento tendineo.

Interventi di reimpianto dita mano per traumatismo

Codice diagnosi:

- 885.0 Amputazione traumatica del pollice (completa) (parziale) senza menzione di complicazioni, *oppure*
- 885.1 Amputazione traumatica del pollice (completa) (parziale) con complicazioni, *oppure*
- 886.0 Amputazione traumatica delle altre dita della mano (completa) (parziale) senza menzione di complicazioni, *oppure*
- 886.1 Amputazione traumatica delle altre dita della mano (completa) (parziale) con complicazioni

Codice intervento:

84.21 Reimpianto del pollice della mano, *oppure*

84.22 Reimpianto di dita della mano

NOTA: in caso di reimpianto multiplo il codice della procedura dovrà essere ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate.

Decompressione e trasposizione del nervo pudendo**Codici intervento:**

04.49 Altre decompressioni dei nervi periferici e dei gangli, o separazione di aderenze

04.6 Trasposizione di nervi cranici e periferici

Rimozione di gesso a frattura consolidata**Codice diagnosi:**

V54.8 Altro trattamento ortopedico ulteriore

NOTA: Non riportare nelle diagnosi secondarie i codici di frattura.

Rimozione dei mezzi di sintesi**Rimozione programmata****Codice diagnosi:**

V54.01 Trattamento per rimozione di dispositivo di fissazione interna

Dinamizzazione di mezzi di sintesi**Codice diagnosi:**

V54.09 Altro trattamento ulteriore relativo a dispositivo di fissazione interna

Intolleranza, mobilizzazione, rottura o altra complicanza meccanica**Codice diagnosi:**

996.4_ Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni

Protesi di arto inferiore custom-made ed "osteointegrate" nel femore.**1° ricovero****Codice diagnosi:**

997.69 Altre complicazioni tardive su troncone di amputazione

Codici intervento:

78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura

84.3 Revisione del moncone di amputazione

2° ricovero**Codice diagnosi:**

997.69 Altre complicazioni tardive su troncone di amputazione

Codici intervento:

78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura

84.3 Revisione del moncone di amputazione

84.28 Reimpianto della coscia

Frattura ossea: scheda di sintesi diagnosi

Codifica della diagnosi	Gestione di evento acuto	codice di frattura
	Trattamento di frattura a 7-10 giorni di distanza dall'evento acuto (allineamento non soddisfacente dei monconi di frattura alla radiografia di controllo)	codice di frattura
	Collocazione/sistemazione di corsetti, tutori, apparecchi gessati (frattura in trattamento)	V53.7
	Dinamizzazione di mezzi di sintesi	V54.09
	Ritardo di consolidazione	V54.1_
	Vizio di consolidazione	733.81
	Callo osseo in eccesso	733.99
	Pseudoartrosi	733.82
	Osteomielite	730.0_ - 730.2_
	Rottura di mezzi di sintesi	996.49
	Infezione di mezzi di sintesi	996.67
	Frattura patologica	733.1_
	Rimozione programmata di mezzi di sintesi	V54.01
	Rimozione di mezzi di sintesi per mobilizzazione /rottura / intolleranza	996.49