

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

Revisione 2018

INDICE

Sommario

INDICE	II
PRESENTAZIONE	1
LE PRINCIPALI NOVITÀ	3
NOTA INFORMATIVA	4
PARTE GENERALE	5
Diagnosi	5
Definizione di diagnosi principale	5
Diagnosi secondarie	5
Diagnosi presente all'ammissione	5
Codici E	5
Interventi e procedure	6
Selezione e codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche	6
Indicazioni generali	8
Biopsie	8
Biopsie chiuse	8
Biopsia osteomidollare o carotizzazione ossea	8
Codici combinati	8
Codifica di interventi bilaterali	8
Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari	9
Codifica multipla	9
Complicazioni della gravidanza	9
Complicazione di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici	9
Avvelenamenti e intossicazioni	9
Condizioni acute e croniche	9
Condizioni pregresse	10
Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento	10
Chirurgia robotica (<i>Robotic Assisted Surgery</i>)	10
Ematomi "spontanei"	10
Postumi	10
Tentativi terapeutici	10
Trattamento non eseguito	11
Traumi multipli	11
Ustioni	11
Rilevazione del dolore	11
Stadiazione condensata	11
ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA	13

Desensibilizzazione di soggetto allergico al veleno animale	13
Desensibilizzazione di soggetto allergico a farmaci o altre sostanze	13
CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	14
Impianto di sistemi di circolazione assistita	14
Impianto di pompa centrifuga con canule percutanee (pVAD)	14
Impianto di VAD paracorporeo o pompa centrifuga impiantato mediante sternotomia	14
Impianto di VAD intracorporeo	14
Assistenza cardiocircolatoria ventricolare destra con pompa centrifuga più ossigenatore	14
Portatore di contropulsatore aortico, VAD, o altri supporti circolatori	14
By-pass aortocoronarico	14
By-pass aortocoronarico	14
By-pass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca	14
Rivascolarizzazione cardiaca con tecnica laser	15
Sostituzione valvolare aortica con protesi sutureless	15
Intervento secondo Bentall:	15
Intervento secondo David:	15
Sostituzione transcateretere della valvola aortica	15
Valvola aortica nativa	15
TAVI - Impianto di protesi valvolare aortica biologica transcateretere	16
Protesi valvolare aortica degenerata	16
VIV aortica - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata	16
VIV transfemorale o per via succlavia	16
VIV transapicale o transaortica	16
Chirurgia riparativa della mitrale con anuloplastica	17
Chirurgia riparativa della mitrale con l'utilizzo dell'anello di Carpentier:	17
Correzione di insufficienza della mitrale da rottura di corde tendinee	17
Sostituzione transcateretere della valvola mitralica	17
Impianto di protesi valvolare mitralica biologica transcateretere	18
Valvuloplastica transcateretere	18
Protesi valvolare mitralica biologica degenerata	18
VIV mitralica - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata	19
Sostituzione transcateretere della valvola tricuspide	19
Valvola tricuspide nativa	19
Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere per via venosa femorale o giugulare	19
Valvuloplastica transcateretere con Clip o anuloplastica	19
Protesi valvolare biologica degenerata	19
VIV tricuspide - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata	19
VIV per via venosa transfemorale o transgiugulare	20
VIV con toracotomia e accesso transatriale dx	20
Sostituzione transcateretere della valvola polmonare	20
Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere per via venosa femorale	20
VIV polmonare - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata	20
Rimodellamento ventricolare	21
Ventricoloplastica per aneurisma ventricolare sinistro	21
Chiusura del dotto di Botallo per via percutanea	21
Chiusura del difetto interatriale (DIA) per via percutanea	21
Procedure per la prevenzione dell'embolia cardiogena	21
Esclusione dell'auricola sinistra dal circolo ematico:	21
Occlusione del setto interatriale:	21
Debranching [senza arresto di circolo] in aneurisma dell'arco aortico	21

Sostituzione di arco aortico con tubo valvolato	22
Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare	22
Arresto di circolo indotto da ipotermia profonda	22
Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare	22
CARDIOLOGIA	23
Malattie ischemiche del cuore	23
Infarto miocardico acuto (410.___)	23
Disostruzione coronarica	23
Angioplastica progressiva con palloni di dimensioni crescenti	23
Ipertensione arteriosa	24
Denervazione arteria renale (DAR) per il controllo dell'ipertensione arteriosa refrattaria al trattamento farmacologico	24
Cuore polmonare cronico scompensato	24
Terapia dello scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro, con utilizzo di dispositivi impiantabili	24
Re sincronizzazione cardiaca con ICD (CRT-D):	24
Re sincronizzazione cardiaca con pacemaker (CRT-P):	25
Stimolazione endoventricolare sinistra (associata a re sincronizzazione cardiaca con CRT-D o CRT-P)	25
Stimolazione endoventricolare sinistra LEADLESS, impianto per via transaortica	25
Posizionamento di dispositivi impiantabili in pazienti con scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro, per la prevenzione della morte improvvisa	25
Impianto di ICD transvenoso o sottocutaneo o ibrido sottocutaneo	25
Impianto di ICD LEADLESS	25
Pacemaker miniaturizzato senza elettrocateri (LEADLESS), impiantabile per via transvenosa	26
Barostimolazione carotidea in pazienti con scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro	26
Stimolazione vagale in pazienti con neuropatia periferica idiopatica e scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro	26
Monitoraggio (diagnostico) di pazienti con scompenso cardiaco	26
Monitoraggio non invasivo (cintura multisensore per diagnostica integrata)	26
Monitoraggio invasivo: inserzione di misuratore di pressione atriale sinistra	26
Monitoraggio invasivo: sistema di monitoraggio sottocutaneo	27
Trattamento delle bradi-aritmie	27
Pacemaker AAIR	27
Pacemaker DDD/R	27
Upgrade a pacemaker DDD/R	27
Pacemaker DDD o VDD	27
Upgrade a pacemaker DDD	27
Pacemaker VVI/R	28
Pacemaker VVI/R LEADLESS	28
Ablazione di fibrillazione atriale	28
Ablazione percutanea:	28
Tecnica chirurgica:	28
Impianto di defibrillatore per degenerazione ventricolare del cuore	28
Impianto di pace-maker per sindrome del seno carotideo	28
Impianto di pace-maker sul glomo carotideo	28
Ricovero programmato per la sola sostituzione di batterie di pace-maker	29
Utilizzo di envelope antibatterico in riapertura della tasca del dispositivo	29
Revisione / sostituzione di elettrocaterere [complicanza non infettiva]	29
Riposizionamento dello stesso elettrocaterere:	29
Posizionamento di nuovo elettrocaterere e rimozione* del non funzionante:	29
Posizionamento di nuovo elettrocaterere ed estrazione* del non funzionante:	29
Sostituzione di elettrocaterere rotto:	30

Impianto di device con finalità diagnostiche	30
LOOP recorder esterno	30
Monitor cardiaco a patches adesivi	30
TILT UP test	30
Studio elettrofisiologico diagnostico	30
SEF con mappatura / ricostruzione 3D	30
Revisione della tasca [infezione]	30
Rimozione del sistema in toto [pacemaker]	31
Estrazione del sistema in toto [apparecchi e catetere ICD e CRT-D]	31
Revisione della tasca [decubito]	31
Plastica della tasca del generatore	31
Revisione della tasca [ematoma con segni di ischemia cutanea]	31
Espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo	31
CHIRURGIA GENERALE	32
Controllo di emorragia per varici esofagee effettuato per via endoscopica	32
Inserzione di protesi metallica esofagea	32
Inserimento per via endoscopica di pallone bariatrico intragastrico	32
Intervento di banding gastrico	32
Intervento di resezione dello stomaco secondo Sleeve (gastrorestrizione)	32
Intervento di diversione biliopancreatica (BPD)	32
Intervento di gastroplastica verticale per via laparoscopica	33
Riparazione di deiscenza di gastroplastica verticale	33
Rimozione, riparazione o regolazione laparoscopica di spostamento, scivolamento del banding gastrico o del dispositivo sottocutaneo di regolazione (port)	33
Funduplicatio con tecnica laparoscopica	33
Riparazione di stenosi dell'outlet o neopiloro	33
Inserzione di protesi metallica duodenale	33
Plicatura endoscopica di ernia iatale	34
Reservoir rettale con coloplastica trasversale (stritturoplastica colica)	34
Chiusura di enterostomia	34
Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon	34
Riparazione di rettocele con protesi	34
Reservoir rettale con J-pouch colica	34
Proctopessi addominale con protesi	34
Dearterializzazione di prolasso muco emorroidario associata a proctopessi	35
Resezione a tutto spessore di prolasso del retto per via transanale (intervento di Starr)	35
Emorroidectomia (qualsiasi tecnica) / mucosectomia rettale	35
Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto	35
Impianto e revisione di protesi dello sfintere anale	35
Microchirurgia endoscopica transanale (TEM)	35
Ascesso e fistola anale	35
Trapianto multiviscerale	35
Linfocele o chilotorace post-chirurgico	36
Trattamento chirurgico dell'iperidrosi	36
CHIRURGIA PLASTICA	37

Interventi per la modifica dei caratteri sessuali	37
Lipodistrofia localizzata in pazienti con HIV sintomatico	37
Trattamento ricostruttivo del volto: lipofilling secondo la tecnica di Coleman	37
Trattamento ricostruttivo del volto con filler riassorbibili	37
Lipoaspirazione o lipectomia	37
Mammoplastica riduttiva	37
Addominoplastica	38
Ricostruzione chirurgica della mammella con tecniche diverse dall'impianto di protesi (ricostruzione del capezzolo, intervento con lembo)	38
Trattamento dell'addome pendulo da lassità cutanea in esiti di chirurgia bariatrica o di importanti dimagrimenti	38
Innesto di lembo pedunculato nel padiglione auricolare	38
CHIRURGIA VASCOLARE	39
Disostruzione delle grandi vie venose toraciche [succlavia, anonima, cava]	39
Venoplastica progressiva con palloni di dimensioni crescenti	39
Riparazione di aneurisma dell'arco aortico e dell'aorta toracica discendente ["Frozen"]	39
Aneurisma dell'aorta toracica	39
Aneurisma dell'aorta addominale	40
Aneurisma dell'aorta addominale - graft + branch	40
Aneurisma dell'aorta addominale - intervento di Chimney	40
Aneurisma dell'aorta addominale - impianto di protesi fenestrata	41
Debranching [senza arresto di circolo] in aneurisma dell'aorta toraco-addominale	41
Dissezione dell'aorta	41
Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare	42
Embolizzazione di sacca aneurismatica	42
Riparazione di aneurisma dell'arteria iliaca o femorale con inserimento di protesi endovascolare	42
Pseudoaneurisma secondario a procedura di chirurgia vascolare (es. PTCA, FAV)	42
Descrizione degli stent vascolari periferici	42
Angioplastica e aterectomia non coronarica	43
Angioplastica e aterectomia con pallone a rilascio	43
Trattamento di vene varicose con laserterapia endovascolare o radiofrequenza	43
Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore	43
Legatura endoscopica di perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)	43
Valvuloplastica esterna per il trattamento di varici dell'arto inferiore	43
Intervento di TIPSS (Transjugular Intrahepatic Porto-systemic Shunt Stent)	43
Metodica "stop flow"	44
Inserimento di "port a cath"	44
Inserimento di catetere venoso centrale tunnellizzato	44
DERMATOLOGIA	45
Asportazione di lesione cutanea e sottocutanea neoplastica a carico del naso	45
Autoinnesto di gel piastrinico per il trattamento delle ulcere	45
EMATOLOGIA	46
Prelievo di cellule staminali da sangue periferico (sia per autotrapianto che per allotrapianto)	46
Trapianto loco-regionale di cellule staminali (qualsiasi sede)	46

Reinfusione di cellule dendritiche autologhe	46
ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	47
Cataratta senile in diabetico, senza complicazioni oculari	47
Cataratta diabetica	47
Diabete da somministrazione di steroidi	47
Coma diabetico dovuto a incidente terapeutico da insulina	47
GASTROENTEROLOGIA	48
Eco-endoscopia dell'apparato digerente per la diagnostica delle patologie del pancreas e delle vie biliari	48
POEM (Per-Oral Endoscopic Miotomy)	48
INFEZIONI E COMPLICAZIONI OPERATORIE O POSTOPERATORIE	49
Dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closures)	49
Mediastinite	49
Toilette di ferita chirurgica infetta	49
Sutura di deiscenza di ferita sternale	49
Intervento per controllo di emorragia post-operatoria	49
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	50
Infezione da HIV, virus dell'immunodeficienza umana	50
Pazienti con HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio	50
Ricovero di neonato nato da madre affetta da malattie infettive	50
Ricovero di neonato con infezione congenita	50
Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico	50
Shock settico	51
Setticemia neonatale	51
MALFORMAZIONI CONGENITE	52
Impressione-invasione basilare determinante compressione bulbo- midollare e tetraplegia ingravescente	52
NEFROLOGIA	53
Insufficienza o malattia renale	53
Impianto di fistola artero-venosa protesica per dialisi renale	53
Trombosi di fistola artero-venosa in dializzato	53
NEONATOLOGIA	54
Prematurità	54
Sindrome da Distress Respiratorio	54
Neonato sano	54
Ricoveri per i quali non deve essere compilata la SDO	55
NEUROLOGIA	56
Impianto di neurostimolatore vagale per la terapia dell'epilessia refrattaria alla terapia farmacologica	56

OCULISTICA	57
Iniezione di cortisonici endovitreali	57
Iniezione intravitreale di farmaci per la cura delle maculopatie	57
Innesto di limbus	57
Innesto di membrana amniotica	57
Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto	57
Impianto di lipociti per gravi retinopatie	57
Impianto di rete contenitiva per il cristallino	57
Lussazione di cristallino artificiale (IOL)	58
Asportazione di xantelasma palpebrale	58
ONCOLOGIA	59
Chemioterapia e/o immunoterapia per via sistemica:	59
Ciclo di radioterapia associato a chemioterapia antiblastica	60
Brachiterapia o terapie radiometaboliche	60
Chemoembolizzazione di tumore	60
Chemoembolizzazione di tumore con radiofarmaco	61
Embolizzazione di tumore	61
Elettrochemioterapia	61
Inserimento di protesi o espansore nella mammella in paziente mastectomizzata per neoplasia maligna	61
Prelievo preventivo di ovociti al fine di una eventuale successiva fecondazione assistita in paziente che necessita di trattamento radio-chemioterapico	62
Gamma Knife	62
Tumorectomia con tecnica HiFu (High Focused Ultrasound)	62
ORTOPEDIA	63
Ernia discale	63
Tecnica chirurgica a cielo aperto	63
Radiofrequenza, laser o altra tecnica percutanea	63
Ozono, gel o altra sostanza	63
Inserzione di dispositivi senza fusione tra i corpi vertebrali	63
Riposizionamento di cage intersomatica vertebrale mantenuta con barra in titanio	63
Revisione di protesi di spalla	63
Lussazione recidivante di spalla	64
Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori	64
Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori	64
Tendinopatie e sindromi analoghe	64
Protesi di capitello radiale	64
Revisione di sostituzione di protesi di gomito	64
Revisione di protesi di anca o di ginocchio con sostituzione	65
Revisione di protesi senza sostituzione	65
Sostituzione di spaziatore antibiodato	65
Protesi di rotula	65
Impianto di biomateriale per condropatia della rotula	66
Revisione con sostituzione di protesi di caviglia	66
Trapianto di tendine da cadavere	66

Autotrapianto osteo-cartilagineo del condilo femorale mediale del ginocchio in artroscopia	66
Impianto (trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione	66
Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine	67
1° ricovero	67
2° ricovero	67
Trapianto di menisco da banca	67
Autoinnesto di gel piastrinico	67
Asportazione di tessuto o lesione ossea	67
Chirurgia della mano per emiplegia o tetraplegia	68
Rimozione dei mezzi di sintesi	68
Rimozione programmata	68
Dinamizzazione di mezzi di sintesi	68
Per intolleranza, mobilizzazione, rottura o altra complicanza meccanica	68
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	69
Parto indolore mediante anestesia epidurale	69
Parto avvenuto fuori dalla struttura ospedaliera senza complicazioni	69
Interruzione volontaria farmacologia di gravidanza (RU 486)	69
Deinfibulazione	69
Asportazione di condilomi acuminati della cervice uterina o della vagina	69
Raccolta di sangue dal cordone ombelicale ai fini della donazione per il trapianto delle cellule staminali	70
OTORINOLARINGOIATRIA	71
Chirurgia endoscopica dei seni paranasali	71
Intervento per paralisi di corda vocale	71
Inserimento di protesi fonatoria in laringectomizzati	71
Intervento di ugulofaringoplastica per sindrome dell'apnea notturna	71
Intervento di ugulofaringoplastica per sindrome dell'apnea notturna con sospensione ioidea-linguale	71
Tattamento con radiofrequenza (RFVR) per sindrome dell'apnea notturna	72
Apnea notturna di natura non organica	72
Correzione funzionale di deviazione, deformità o deformazione del naso (Rinoplastica)	72
Acquisita:	72
Congenita:	72
PNEUMOLOGIA	73
Insufficienza respiratoria	73
NIMV (Ventilazione Meccanica Non Invasiva) eseguita con maschera facciale o casco	73
Svezzamento da tracheostomia	73
Impianto di stent tracheale	73
Impianto di protesi bronchiale	73
PSICHIATRIA	74
REUMATOLOGIA	75
Biopsia delle ghiandole salivari in malattia di Sjogren	75

RIABILITAZIONE	76
Attività riabilitativa post-acuzie	76
Riabilitazione da malattie infettive e parassitarie	76
Riabilitazione da malattie del sistema nervoso	76
Riabilitazione post-chirurgica per asportazione di lesione a carico del SNC	76
Riabilitazione da malattie del sistema cardiocircolatorio	76
Riabilitazione cardiologica post-IMA, entro le otto settimane.	76
Riabilitazione cardiologica post-IMA, dopo le otto settimane.	77
Riabilitazione cardiologica post-chirurgica	77
Riabilitazione dopo bypass per rivascolarizzazione cardiaca	77
Riabilitazione respiratoria post-chirurgica	77
Riabilitazione post-tracheostomia	77
Riabilitazione post-traumatica	77
Riabilitazione post-chirurgica per sostituzione di protesi articolare	77
Sindrome ipocinetica	77
Sindrome da immobilizzazione	77
Ricoveri elettivi di mantenimento per l'attività riabilitativa	77
Riabilitazione per malattie polmonari croniche	77
TERAPIA ANTALGICA	78
Dolore post-operatorio di grado medio-alto (elastomeri, PCA, PCEA)	78
Analgesia continua con catetere epidurale	78
Blocco di parete e analgesia continua con catetere perineurale	78
Analgesia continua per via endovenosa	78
Dolore cronico	78
Dispositivo antalgico esterno alla cute	78
Pompa totalmente impiantabile con formazione di tasca sottocutanea.	78
Paziente portatore di pompa di infusione totalmente impiantabile che continua il trattamento antalgico	78
Impianto o sostituzione di neurostimolatore spinale o vescicale	79
Primo ricovero (<i>fase test: impianto di solo elettrodo</i>)	79
Secondo ricovero (<i>impianto definitivo: impianto di solo generatore</i>)	79
Sostituzione di generatore o elettrodo (o entrambi) di neurostimolatore spinale	79
Rimozione di neurostimolatore spinale (generatore ed elettrodo)	79
Neuromodulazione di strutture nervose con radiofrequenza continua o pulsata	80
Blocco continuo perinervoso	80
Epidurolisi attraverso peridurosopia	80
UROLOGIA E ANDROLOGIA	81
Ematuria	81
Varicocele	81
Asportazione di condilomi acuminati dall'uretra o dal tessuto periuretrale	81
Iniezione di collagene in cistoscopia per la correzione di reflusso vescico-ureterale o incontinenza urinaria	81
Impianto di dispositivo periuretrale per l'incontinenza urinaria	81
Inserimento di protesi per stenosi uretrale	81
Impianto di pace-maker neurale o elettrostimolatore neuro-urologico	82
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	83
ALTRI MOTIVI DI RICORSO AI SERVIZI SANITARI (CODICI V)	84

Ricerca dei codici V	84
Utilizzo dei codici V	84
Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi	84
Codici che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente	84
Nati vivi sani secondo il tipo di nascita (V30/V39)	85
Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi (V52 e V53)	85
Trattamento di pazienti in dialisi (V56)	85
Donatori di organi o tessuti (V59.1–V59.9)	85
Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti (V64)	85

PRESENTAZIONE

La variabilità della casistica medico-chirurgica, l'affinamento di tecniche e procedure, l'aggiornamento tecnologico e il progresso della ricerca scientifica, propongono protocolli assistenziali che, per strutturazione o complessità, richiedono una capacità descrittiva articolata e versatile, non sempre propria del naturale schematismo di ogni logica classificatoria.

Lo scopo delle linee-guida è quello di affiancare il Manuale ICD-9-CM, nell'intento di migliorare la qualità delle informazioni cliniche della SDO e conseguire una elevata omogeneità di codifica di diagnosi, interventi e procedure, nel rispetto delle regole generali di codifica allegate al D.M. n. 380 del 27/10/2000 e dell'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)".

La Regione Emilia-Romagna ha avuto, con il Ministero della Salute, il coordinamento nazionale del progetto di aggiornamento dei sistemi di classificazione ICD-9-CM e DRG e la responsabilità di più linee di attività, tra cui la redazione delle linee-guida di codifica SDO nazionali, approvate in Conferenza Stato Regioni (rep. Atti 64/CSR del 29 aprile 2010), le cui indicazioni sono state recepite e arricchite in questa edizione delle linee-guida regionali.

Oltre alla consultazione dei clinici e degli operatori delle Aziende Sanitarie, ci si è avvalsi dell'esperienza maturata al tavolo della mobilità nazionale in cui si sono stabiliti ambiti e tempi di consultazione e confronto con i rappresentanti delle Regioni, al fine di condividere esperienze e metodi in ordine ai percorsi di miglioramento della qualità di compilazione della SDO, ma anche valutazioni di appropriatezza riferite alla ottimizzazione dell'efficienza erogativa.

La partecipazione ai gruppi tecnici multidisciplinari istituiti dalla Regione Emilia-Romagna per la definizione dei criteri e gli indirizzi in materia di controllo delle prestazioni sanitarie, consente una lettura approfondita dei fenomeni potenzialmente a rischio di inappropriata, facilitandone il monitoraggio e la sorveglianza anche attraverso la definizione di regole tempestive.

Sono state eliminate alcune codifiche perché ormai entrate nel lessico comune e altre che, pur riferendosi a prestazioni eseguibili in un percorso di ricovero, per loro natura e classificazione sono proprie dell'attività ambulatoriale. Tale criterio, pur non identificando uno strumento classificatorio con la scelta di un setting assistenziale, esprime l'esigenza di dare la massima attenzione al corretto uso delle risorse disponibili.

Le regole e il loro controllo si integreranno con la formazione regionale ripensata e aggiornata, per realizzare l'uniformità dei comportamenti, requisito indispensabile per l'ottenimento di informazioni di valore.

LE PRINCIPALI NOVITÀ

Le discipline maggiormente interessate dalle modifiche sono la Cardiologia, la Cardiochirurgia e la Chirurgia Vascolare, oggetto di una revisione sistematica recentemente pubblicata.

È stata definita una codifica convenzionale per la chirurgia robotica e per alcune prestazioni di radiologia interventiva ed è stata ampliata la sezione relativa alla terapia antalgica. Infine, a seguito dell'aggiornamento della normativa relativa alla SDO operato dal Decreto Ministeriale 261/2016 e dalla Circolare Regionale 6/2016, si è ritenuto necessario integrare le linee guida con indicazioni relative al significato ed alle modalità di compilazione di alcune *informazioni aggiuntive* che integrano il debito informativo correlato alle condizioni oggetto di trattamento ed alle prestazioni erogate.

NOTA INFORMATIVA

Nel sito web del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps>, può essere scaricata copia del presente volume e dell'aggiornamento sistematico dell'area cardiovascolare; inoltre, sono disponibili FAQ aggiornate e ordinate per categoria e data di inserimento, che hanno il carattere vincolante delle linee guida.

Le Aziende possono avanzare quesiti sulla codifica delle diagnosi e delle procedure inviando una mail all'indirizzo qualitàcodificaSDO@regione.emilia-romagna.it.
Allo stesso indirizzo è consultabile l'errata corrige del manuale di classificazione ICD9CM, l'indice alfabetico e la tavola "Farmaci e prodotti chimici" dei codici E.

PARTE GENERALE

Diagnosi

Definizione di diagnosi principale

La **diagnosi principale di dimissione** è la condizione morbosa, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento o di indagini diagnostiche. 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 del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente, deve essere classificata come "Presente all'ammissione".

Qualsiasi evento che abbia origine all'interno del ricovero deve essere classificato come "Non presente all'ammissione".

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, previste nella rubrica “Miscellanea” e nel capitolo “00-Procedure ed interventi non classificati altrove”, che possono determinare l’attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):

- 00.15 Infusione di Interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2)*
- 87.53 Colangiografia intraoperatoria*
- 88.52 Angiocardigrafia del cuore destro*
- 88.53 Angiocardigrafia del cuore sinistro*
- 88.54 Angiocardigrafia 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.

Biopsia osteomidollare o carotizzazione ossea

Le biopsie osteomidollari effettuate per via percutanea con agoaspirazione vanno codificate esclusivamente con il codice 41.31 *Biopsia del midollo osseo*; se effettuate a cielo aperto vanno codificate esclusivamente con i codici del gruppo 77.4_ *Biopsia dell'osso*.

Il codice 77.40 non deve mai essere utilizzato perché aspecifico.

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.

Quando tale possibilità non esista, è possibile utilizzare due volte lo stesso codice di intervento per descrivere l'intervento bilaterale. Tale regola deve essere seguita nei soli casi in cui la completa descrizione abbia rilevanza sul processo di cura o sul consumo delle risorse; non è appropriata per i casi di procedure minori (ad esempio: escissioni di lesioni cutanee).

I codici ripetuti dovranno riportare la lateralità destra e sinistra, evitando il valore "bilaterale".

Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari

L'esecuzione di più interventi nel corso dello stesso atto operatorio può richiedere la codifica separata, se non è previsto un codice combinato. Ad esempio: ovariectomia monolaterale e appendicectomia: 65.39 associato a 47.19.

L'espressione "codificare anche" viene utilizzata nel manuale anche per segnalare l'utilizzo di procedure o di strumentazioni complementari o di supporto ad un intervento

Codifica multipla

La completa descrizione di un intervento può comportare l'impiego di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi. L'espressione "*codificare anche*", indica la necessità di utilizzare un codice aggiuntivo per identificare le diverse componenti di un intervento.

Complicazioni 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 complicazione 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.

Complicazione di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici

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

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

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.

Condizioni pregresse

Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate.

I codici anamnestici (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero.

Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento

In molti 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.

Ematomi "spontanei"

La codifica prevede l'utilizzo dei codici di contusione senza soluzione di continuo (920-924).

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).

Trattamento non eseguito

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 ricovero.

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.

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.¹"

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

¹ Art. 7, comma 1, dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010.

ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA

Desensibilizzazione di soggetto allergico al veleno animale

Codici diagnosi:

V07.1 Necessità di desensibilizzazione ad allergeni associato a
V15.06 Anamnesi personale di allergia agli insetti

Annotazioni:

Se si verifica 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.

Annotazioni:

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

CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Impianto di sistemi di circolazione assistita

Impianto di pompa centrifuga con canule percutanee (pVAD)

37.68 Inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo

Impianto di VAD paracorporeo o pompa centrifuga impiantato mediante sternotomia

37.65 Impianto di sistema di assistenza cardiaca esterno

Impianto di VAD intracorporeo

37.66 Inserzione di sistema di assistenza cardiaca impiantabile

Annotazione:

Utilizzare 39.65 Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO) se si impianta l'ossigenatore.

Assistenza cardiocircolatoria ventricolare destra con pompa centrifuga più ossigenatore

37.62 Impianto di altri sistemi di circolazione assistita

39.65 Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO).

Portatore di contropulsatore aortico, VAD, o altri supporti circolatori

V46.8 Dipendenza da altri apparecchi.

By-pass aortocoronarico

By-pass aortocoronarico

36.15 By-pass singolo di mammaria interna- arteria coronaria *associato a*

36.1_ By-pass aortocoronarico.

Annotazione:

Se eseguita C.E.C., codificare anche:

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

In caso di impiego di altri vasi arteriosi:

- per a. gastroepiploica addominale utilizzare 36.17 By-pass dell'arteria coronaria addominale;
- per a. 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

By-pass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca

- 36.1_ By-pass aortocoronarico *associato a*
37.32 Asportazione di aneurisma del cuore *associato a*
39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore Aperto (C.E.C.).

Rivascolarizzazione cardiaca con tecnica laser

- 36.3_ Altra rivascolarizzazione cardiaca.

Sostituzione valvolare aortica con protesi sutureless

Codice diagnosi:

- 424.1 Disturbi della valvola aortica

Codice intervento:

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi

Intervento secondo Bentall:

Codici intervento:

- 35.22 Altra sostituzione di valvola aortica con protesi *associato a*
38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione *associato a*
36.99 Altri *interventi sui vasi del cuore* (per indicare il reimpianto delle arterie coronariche)

Annotazioni:

Se eseguita C.E.C., utilizzare anche 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).

Se applicata endoprotesi aortica associare

- 39.71 Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale *oppure*
- 39.73 Impianto di graft endovascolare nell'arteria toracica.

Intervento secondo David:

Codici intervento:

- 35.11 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione *associato a*
38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione *associato a*
36.99 Altri interventi sui vasi del cuore

Annotazioni:

Se eseguita C.E.C., utilizzare anche 39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.).

Sostituzione transcateretere della valvola aortica

Valvola aortica nativa

- 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 *oppure*

TAVI - Impianto di protesi valvolare aortica biologica transcateretere

TAVI transfemorale o per via succlavia

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

TAVI transapicale o transaortica

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 37.11 Cardiotomia

Annotazioni:

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcateretere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere utilizzato in procedure cardiocirurgiche non transcateretere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

<><><>

Protesi valvolare aortica degenerata

- 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

VIV aortica - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata

VIV transfemorale o per via succlavia

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

VIV transapicale o transaortica

- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 37.11 Cardiotomia

Annotazioni:

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcateretere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere

utilizzato in procedure cardiocirurgiche non transcateretere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

Chirurgia riparativa della mitrale con anuloplastica

Codice diagnosi:

424.0 Disturbi della valvola mitrale

Codici intervento:

35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione

35.33 Anuloplastica

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

Chirurgia riparativa della mitrale con l'utilizzo dell'anello di Carpentier:

Codici intervento:

35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione

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

Correzione di insufficienza della mitrale da rottura di corde tendinee

Codici diagnosi:

424.0 Disturbi della valvola mitrale

429.5 Rottura di corda tendinea

Codici intervento:

35.32 Interventi sulle corde tendinee

37.11 Cardiotomia

Annotazioni:

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

Sostituzione transcateretere della valvola mitralica

Valvola mitralica nativa

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

Impianto di protesi valvolare mitralica biologica transcaterere

Impianto per via venosa femorale e transettale

- 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

Impianto transapicale

- 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 37.11 Cardiotomia

Annotazioni:

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcaterere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere utilizzato in procedure cardiologiche non transcaterere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

Valvuloplastica transcaterere

Valvuloplastica con MitraClip

- 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
- 38.91 Cateterismo arterioso

Sistema di riduzione dell'anello valvolare

- 35.33 Annuloplastica
- 38.91 Cateterismo arterioso

Impianto transapicale di neo corde

- 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
- 35.32 Interventi sulle corde tendinee
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 37.11 Cardiotomia

Annotazioni:

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcaterere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere utilizzato in procedure cardiologiche non transcaterere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

<><><>

Protesi valvolare mitralica biologica degenerata

- 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

VIV mitralica - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata

VIV venosa femorale - transettale

35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi

38.91 Cateterismo arterioso

VIV transapicale

35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi

38.91 Cateterismo arterioso

37.11 Cardiotomia

Annotazioni:

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcateretere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere utilizzato in procedure cardiocirurgiche non transcateretere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

Sostituzione transcateretere della valvola tricuspide

Valvola tricuspide nativa

424.0 Disturbi della valvola mitrale *oppure*

397.0 Malattie della valvola tricuspide

Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere per via venosa femorale o giugulare

35.27 Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi

38.91 Cateterismo arterioso

Valvuloplastica transcateretere con Clip o anuloplastica

35.14 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione

38.91 Cateterismo arterioso

<><><>

Protesi valvolare biologica degenerata

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

VIV tricuspide - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata

VIV per via venosa transfemorale o transgiugulare

- 35.27 Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

VIV con toracotomia e accesso transatriale dx

- 35.27 Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 37.11 Cardiotomia

Annotazioni:

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcateretere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere utilizzato in procedure cardiologiche non transcateretere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

Sostituzione transcateretere della valvola polmonare

Valvola polmonare nativa

- 424.3 Disturbi della valvola polmonare *oppure*
- 397.1 Malattie reumatiche della valvola polmonare

Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere per via venosa femorale

- 35.25 Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

<><><>

Protesi valvolare polmonare biologica degenerata

- 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

VIV polmonare - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata

VIV polmonare per via venosa femorale

- 35.25 Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
- 38.91 Cateterismo arterioso

Annotazioni:

Il codice 38.91 Cateterismo arterioso, individua convenzionalmente le procedure sulle valvole eseguite per via endovascolare transcateretere; esso viene utilizzato anche per le procedure riguardanti il distretto venoso (es. interventi sulla valvola polmonare o tricuspide). Per questo motivo il codice 38.91 Cateterismo arterioso, non deve essere utilizzato in procedure cardiologiche non transcateretere, anche se il cateterismo arterioso viene effettivamente eseguito.

Il codice procedura 37.11 viene utilizzato per descrivere l'accesso transapicale

Rimodellamento ventricolare

Codice intervento:

37.35 Asportazione parziale di ventricolo

Ventricoloplastica per aneurisma ventricolare sinistro

Codice diagnosi:

414.10 Aneurisma cardiaco (parete)

Codici intervento:

37.32 Asportazione di aneurisma del cuore

37.35 Asportazione parziale di ventricolo

37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro

Annotazioni:

Il codice procedura 37.35 viene utilizzato per descrivere il rimodellamento del ventricolo

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 del difetto interatriale (DIA) per via percutanea

Codice intervento:

35.52 Riparazione di difetto del setto atriale con sutura diretta.

Procedure per la prevenzione dell'embolia cardiogena

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*]

Occlusione del setto interatriale:

35.52 Riparazione di difetto del setto interatriale 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

Annotazioni:

I codici procedura 39.22 e 39.23 possono essere utilizzati singolarmente o in associazione, in relazione al distretto anatomico interessato dalla lesione e sede di trattamento.

La descrizione dell'intervento può essere completata dalle seguenti procedure, quando eseguite e/o quando si renda necessario l'arresto di circolo:

- 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

Sostituzione di arco aortico 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

Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare

Codici intervento:

- 38.6_ Altra asportazione di vasi *oppure*
- 38.4_ Resezione di vasi con sostituzione *associato a*
- 38.91 Cateterismo arterioso

Arresto di circolo indotto da ipotermia profonda

Codice intervento:

- 39.62 Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto

Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare

La codifica è descritta nel paragrafo relativo alla Chirurgia Vascolare

CARDIOLOGIA

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, sia per l'episodio iniziale che per l'episodio successivo di assistenza.

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.

Disostruzione coronarica

Codice diagnosi:

414.01 Aterosclerosi coronarica di arteria coronarica nativa

Angioplastica progressiva con palloni di dimensioni crescenti

00.66 Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica

Codifica anche:

- iniezione o infusione di agenti trombolitici (99.10)
- 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)

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 l'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 Simpatiectomia periarteriosa.

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.

Terapia dello scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro, con utilizzo di dispositivi impiantabili

L'indicazione al trattamento è motivata dal contestuale riscontro di una delle seguenti condizioni [da descrivere in diagnosi secondaria]:

- 426._ Disturbi della conduzione (426.2-Emiblocco di branca sinistra; 426.3-Altro blocco completo di branca sinistra; 426.5_-Altro e non specificato blocco di branca)
- 425.4 Altre cardiomiopatie primitive
- 425.9 Cardiomiopatia secondaria, non specificata

Re sincronizzazione cardiaca con ICD (CRT-D):

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

Se eseguiti, codificare anche:

- 37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro
- 37.74 Inserzione o riposizionamento di elettrodo epicardico nell'epicardio

Annotazioni:

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

Re sincronizzazione cardiaca con pacemaker (CRT-P):

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

Se eseguite, codificare anche una o più delle seguenti manovre:

37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro

37.23 Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro

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

37.11 Cardiotomia (*accesso trans-apicale*)

Annotazioni:

Il codice 00.50 descrive sia il primo impianto che l'upgrade da ICD a CRT-P

Stimolazione endoventricolare sinistra (associata a re sincronizzazione cardiaca con CRT-D o CRT-P)

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

Stimolazione endoventricolare sinistra LEADLESS, impianto per via transaortica

37.67 Impianto di sistema di cardiostimolazione (*Posizionamento di sonda a ultrasuoni tra i muscoli intercostali + stimolatore sottocutaneo*)

Posizionamento di dispositivi impiantabili in pazienti con scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro, per la prevenzione della morte improvvisa

Impianto di ICD transvenoso o sottocutaneo o ibrido sottocutaneo

37.94 Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [AICD]

Se eseguito, codificare anche:

37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro

Annotazioni:

Il codice 37.94 descrive sia il primo impianto che l'upgrade a ICD.

Non esiste la possibilità di differenziare l'ICD sottocutaneo.

Impianto di ICD LEADLESS

37.94 Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [AICD]

38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

Se eseguito, codificare anche:

37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro

Pacemaker miniaturizzato senza elettrocateri (LEADLESS), impiantabile per via transvenosa

- 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

Barostimolazione carotidea in pazienti con scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro

Quando presenti, descrivere in posizione di diagnosi secondaria:

- 425._ Cardiomiopatie
- 427.3_ Fibrillazione e flutter atriale

Codice intervento:

- 39.8 Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari

Stimolazione vagale in pazienti con neuropatia periferica idiopatica e scompenso cardiaco da disfunzione sistolica del ventricolo sinistro

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 neurostimolatore *oppure*
- 86.97 Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo ricaricabile

Annotazioni:

Codificare anche l'eventuale elettrodo associato (04.92)

Monitoraggio (diagnostico) di pazienti con scompenso cardiaco

Codice diagnosi:

- 428.___ Scompenso cardiaco

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*)

Trattamento delle bradi-aritmie

I codici descritti di seguito sono identificabili attraverso la consultazione del manuale dei codici ICD9CM; l'elencazione che segue ha il significato di facilitare e uniformare la codifica dei diversi device.

Pacemaker AAIR

37.82 Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta *in associazione con*

37.73 Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nell'atrio *oppure*

37.74 Inserzione o riposizionamento di elettrodo epicardico nell'epicardio

Pacemaker DDD/R

37.83 Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia, apparecchio sequenziale atrio-ventricolo *in associazione con*

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

37.87 Sostituzione di eventuale apparecchio di pace-maker con camera doppia *in associazione con*

37.76 Riposizionamento di elettrodo transvenoso atriale e/o ventricolare

Pacemaker DDD o VDD

37.83 Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia, apparecchio sequenziale atrio-ventricolo *in associazione con*

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

37.87 Sostituzione di eventuale apparecchio di pace-maker con camera doppia *in associazione con*

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 *in associazione con*
- 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

Ablazione di fibrillazione atriale

Codice diagnosi:

- 427.31 Fibrillazione atriale

Ablazione percutanea:

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

Tecnica chirurgica:

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

Impianto di defibrillatore per degenerazione ventricolare del cuore

Codici diagnosi:

- 429.1 Degenerazione ventricolare *associato a*
- 427._ Aritmie cardiache

Codice intervento:

- 37.94 Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [AICD].

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

Annotazioni:

Nel caso specifico, la descrizione di questa procedura *accessoria* avviene attraverso dell'utilizzo del codice diagnosi V07.8.

Revisione / sostituzione di elettrocattetero [complicanza non infettiva]

Codice diagnosi:

996.01 Complicazioni meccaniche da pacemaker cardiaco (elettrodo)

Riposizionamento dello stesso elettrocattetero:

37.75 Revisione di elettrodo

Se utilizzato, codificare anche l'envelope antibatterico:

V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata

Posizionamento di nuovo elettrocattetero e rimozione* del non funzionante:

37.76 Riposizionamento di elettrodo transvenoso atriale e/o ventricolare

Se utilizzato, codificare anche l'envelope antibatterico:

V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata

Annotazioni:

Il termine "*rimozione*" fa riferimento ad una manovra non supportata da ausili di potenziamento e generalmente eseguita all'interno di una finestra temporale inferiore ai 24 mesi.

Posizionamento di nuovo elettrocattetero ed estrazione* del non funzionante:

37.76 Riposizionamento di elettrodo transvenoso atriale e/o ventricolare

Se utilizzato, codificare anche l'envelope antibatterico:

V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata

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*)

Annotazioni:

Il termine “*estrazione*” fa riferimento ad una manovra che richiede l’impiego di ausili di potenziamento e, generalmente, viene eseguita all’esterno della finestra temporale precedentemente definita.

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

Se utilizzato, codificare anche l’envelope antibatterico:

- V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata

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

- 37.79 Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco

Monitor cardiaco a 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

SEF con mappatura / ricostruzione 3D

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

Revisione della tasca [infezione]

Codice diagnosi:

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

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*)

Annotazioni:

Il termine “*rimozione*” fa riferimento ad una manovra non supportata da ausili di potenziamento e generalmente eseguita all’interno di una finestra temporale inferiore ai 24 mesi; Il termine “*estrazione*” fa riferimento ad una manovra che richiede l’impiego di ausili di potenziamento e, generalmente, viene eseguita all’esterno della finestra temporale precedentemente definita

Revisione della tasca [decubito]

Codici diagnosi:

- 996.72 Altra complicazione di altre protesi, impianti e innesti cardiaci
- V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata [*envelope antibatterico*]

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 [ematoma con segni di ischemia cutanea]

Codici diagnosi:

- 998.12 Ematoma complicante un intervento
- V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata [*envelope antibatterico*]

Svuotamento ematoma e controllo del sanguinamento:

- 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

CHIRURGIA GENERALE

Controllo di emorragia per varici esofagee effettuato per via endoscopica

Codice intervento:

42.33 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo.

Inserzione di protesi metallica esofagea

Codici intervento:

42.89 Altra riparazione dell'esofago *associato a*

42.23 Altra esofagoscopia

Inserimento per via endoscopica di pallone bariatrico intragastrico

Codice diagnosi:

278.0_ Sovrappeso ed obesità

Codice intervento:

44.93 Inserzione di bolla gastrica (palloncino)

Intervento di banding gastrico

Codice diagnosi:

278.0_ Sovrappeso ed obesità

Codice intervento:

44.95 Procedura laparoscopica di restrizione gastrica

Intervento di resezione dello stomaco secondo Sleeve (gastrorestrizione)

Codice diagnosi:

278.0_ Sovrappeso ed obesità

Codici intervento:

43.89 Altra gastrectomia *associato a*

44.99 Altri interventi sullo stomaco

Intervento di diversione biliopancreatica (BPD)

Codice diagnosi:

278.0_ Sovrappeso ed obesità

Codici intervento:

43.7 Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale *associato a*

45.91 Anastomosi intestinale tenue-tenue.

Intervento di gastroplastica verticale per via laparoscopica

Codice diagnosi:

278.0_ Sovrappeso ed obesità

Codice intervento:

44.68 Gastroplastica laparoscopica

Riparazione di deiscenza di gastroplastica verticale

Codici diagnosi:

V58.49 Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato *associato a*
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

Funduplicatio con tecnica laparoscopica

Codice intervento:

44.67 Procedure laparoscopiche per la creazione dello sfintere esofagogastrico

Riparazione di stenosi dell'outlet o neopiloro

Codici diagnosi:

V58.49 Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato *associato a*
996.79 Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni

Codice intervento:

44.99 Altri interventi sullo stomaco

Inserzione di protesi metallica duodenale

Codici intervento:

46.79 Altra riparazione dell'intestino *associato a*

45.13 Altra endoscopia dell'intestino tenue

Plicatura endoscopica di ernia iatale

Codici intervento:

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

Reservoir rettale con coloplastica trasversale (stritturoplastica 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

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon

Codici intervento:

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

Riparazione di rettocele con protesi

Codici intervento:

- codice di intervento
- associato a*
- 48.79 Altra riparazione del retto

Reservoir rettale con J-pouch colica

Codice intervento:

- 45.95 Anastomosi dell'ano

Proctopessi addominale con protesi

Codici intervento:

- 48.75 Proctopessi addominale *associato a*
- 46.79 Altra riparazione dell'intestino

Dearterializzazione di prolasso muco emorroidario associata a proctopessi

Codici intervento:

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

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

Codice intervento:

- 48.69 Altra resezione del retto

Emorroidectomia (qualsiasi tecnica) / mucosectomia rettale

Codice intervento:

- 49.46 Asportazione delle emorroidi

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto

Codici intervento:

- 48.79 Altra riparazione del retto *associato a*
- 48.23 Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido.

Impianto e revisione di protesi dello sfintere anale

Diagnosi principale:

- 787.6 Incontinenza fecale

Codice intervento:

- 49.75 Impianto o revisione di sfintere anale artificiale

Microchirurgia endoscopica transanale (TEM)

Codice intervento:

- 48.36 Polipectomia [endoscopica] del retto

Ascesso e fistola anale

Codice diagnosi:

- 566 Ascesso anale e rettale *associato a*
- 565.1 Fistola anale

Trapianto multiviscerale

Codice diagnosi:

codice di patologia

Codici intervento:

- 46.97 Trapianto dell'intestino

associato ad almeno dei seguenti codici:

- 43.99 Altra gastrectomia totale
- 52.83 Trapianto eterologo di pancreas
- 50.59 Altro trapianto del fegato
- 00.93 Trapianto da cadavere

Linfocele o chilotorace post-chirurgico

Codici diagnosi:

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

Trattamento chirurgico dell'iperidrosi

Codici diagnosi:

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

Codice intervento:

- 05.2_ Simpatectomia

CHIRURGIA PLASTICA

Interventi per la modifica dei caratteri sessuali

Codice diagnosi:

302.5_ Transessualismo

Codici intervento:

Indicare come principale l'intervento più rilevante

Lipodistrofia localizzata in pazienti con HIV sintomatico

Trattamento ricostruttivo del volto: lipofilling 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

Trattamento ricostruttivo del volto con 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

Ricostruzione chirurgica della mammella con tecniche diverse dall'impianto di protesi (ricostruzione del capezzolo, intervento con lembo)**Codice diagnosi:**

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

Codice intervento:

codice di intervento

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

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

CHIRURGIA VASCOLARE

Disostruzione delle grandi vie venose toraciche [succlavia, anonima, cava]

Codice diagnosi:

459.2 Compressione venosa

Venoplastica progressiva con palloni di dimensioni crescenti

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 stent vascolari inseriti (00.45-00.48)
- numero di vasi trattati (00.40-00.43)
- procedura su biforcazione vascolare (00.44)

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
39.73 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica
39.61 Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)
39.63 Arresto cardiocircolatorio

Annotazioni:

Il codice procedura 38.45 descrive la sostituzione dell'arco

Aneurisma dell'aorta toracica

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

Annotazioni:

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

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:

- 39.71 Impianto di graft endovascolare nell'aorta addominale

Annotazioni:

Il codice intervento 39.71 non può essere ripetuto; la necessità di un impianto che combini più elementi sarà descritta attraverso l'impiego dei codici descritti di seguito.

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 (codice ripetibile)

Annotazioni:

In questo specifico frangente, il codice procedura 00.44 si estranea dal significa originale e, convenzionalmente, viene utilizzato per indicare ogni singolo branch impiantato a valle della protesi aortica-bisiliaca e potrà essere utilizzato più volte, una per ciascuna biforcazione protesica aggiuntiva impiantata.

La presenta indicazione supera quanto espressamente descritto all'interno del manuale ICD-9-CM, che recita: "... *non descrive uno specifico stent di una biforcazione. Utilizzare questo codice solo una volta per episodio chirurgico, indipendentemente dal numero di biforcazioni dei vasi*".

Aneurisma dell'aorta addominale - intervento di Chimney

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*
- 39.90 Inserzione di stent non medicato in vaso periferico *associato a*

- 00.45 Inserzione di uno stent vascolare *oppure*
- 00.46 Inserzione di due stent vascolari *oppure*
- 00.47 Inserzione di tre stent vascolari *oppure*
- 00.48 Inserzione di quattro o più stent vascolari

Annotazioni:

La codifica completa è composta da 3 codici: 39.71 + 39.90 + un codice del raggruppamento 00.45-00.48.

Aneurisma dell'aorta addominale - 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

Codici intervento:

- 39.71 Impianto di graft endovascolare nell'aorta addominale *associato a*
- 00.55 Inserzione di stent medicati in vasi periferici *associato a*

- 00.40 Procedure su un singolo vaso *oppure*
- 00.41 Procedure su due vasi *oppure*
- 00.42 Procedure su tre vasi *oppure*
- 00.43 Procedure su quattro o più vasi

Annotazioni:

La codifica completa è composta da 3 codici: 39.71 + 00.55 + un codice del raggruppamento 00.40-00.43.

Debranching [senza arresto di circolo] in aneurisma dell'aorta toraco-addominale**Codici diagnosi:**

- 441.03 Dissezione dell'aorta toracoaddominale *oppure*
- 441.6 Rottura di aneurisma toracoaddominale *oppure*
- 441.7 Aneurisma toracoaddominale senza menzione di rottura

Codice intervento:

- 39.26 Altri anastomosi o bypass vascolari intra-addominali

Annotazioni:

Al codice procedura 39.26 possono essere associate le seguenti procedure, quando eseguite:

- 39.73 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica
- 39.71 Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale
- 38.44 Resezione dell'aorta addominale, con sostituzione [aorto-aortica]
- 38.45 Resezione di altri vasi toracici, con sostituzione
- 38.46 Resezione di arterie addominali, con sostituzione [aorto-bisiliaca]

Dissezione dell'aorta**Codice intervento:**

- 38.45 Resezione di altri vasi toracici con sostituzione

Annotazioni:

Se viene impiantata un'endoprotesi codificare anche:

- 39.71 Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale
oppure
39.73 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica

La tecnica di Bentall è descritta nel paragrafo relativo alla cardiochirurgia

Riparazione di coartazione dell'aorta per via endovascolare**Codici intervento:**

- 38.6_ Altra asportazione di vasi *oppure*
38.4_ Resezione di vasi con sostituzione
associato a
38.91 Cateterismo arterioso

Embolizzazione di sacca aneurismatica**Codice intervento:**

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

Annotazioni:

La prestazione indice è complementare ad altre tecniche; quando eseguita, il codice 39.79 dovrà essere utilizzato in aggiunta alle combinazioni precedentemente descritte.

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

Pseudoaneurisma secondario a procedura di chirurgia vascolare (es. PTCA, FAV)**Codice diagnosi:**

- 997.79 Complicazioni vascolari di altri vasi sanguigni

Descrizione degli stent vascolari periferici**Codici procedura:**

- 39.90 Inserzione di stent non medicato in vaso periferico *oppure*
00.55 Inserzione di stent medicati in vasi periferici

Annotazioni:

- il codice 39.90 deve essere utilizzato per descrivere l'impiego di **stent non ricoperto**, indipendentemente dal fatto che sia rivestito o meno di farmaco;
- il codice 00.55 deve essere utilizzato per descrivere l'impiego di **stent ricoperto**, indipendentemente dal fatto che sia rivestito o meno di farmaco

- Quando non specificato diversamente (ad es. Intervento di Chimney) a questi codici va associato il codice 39.50

Angioplastica e aterectomia non coronarica

Codice intervento:

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

Angioplastica e aterectomia con pallone a rilascio

Codice intervento:

39.50 Angioplastica o aterectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i *associato a*

Codice diagnosi secondaria:

V07.8 Necessità di altra misura profilattica specificata

Annotazioni:

In questo specifico caso, la descrizione della procedura si avvale anche della contemporanea presenza del codice diagnosi V07.8.

Trattamento di vene varicose con laserterapia endovascolare o radiofrequenza

Codice intervento:

38.59 Trattamento vene varicose con laserterapia endovascolare o radiofrequenza

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

Valvuloplastica esterna per il trattamento di varici dell'arto inferiore

Codice intervento:

38.49 Resezione di vene dell'arto inferiore con sostituzione.

Intervento di TIPSS (Transjugular Intrahepatic Porto-systemic Shunt Stent)

Codici intervento:

39.1 Anastomosi venosa intraddominale

38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

Metodica “stop flow”

Codice diagnosi:

V58.11 Chemioterapia antineoplastica

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

Inserimento di “port a cath”

Codice diagnosi:

V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare

Codice procedura:

86.07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile

Inserimento di catetere venoso centrale tunnellizzato

Codice diagnosi:

V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare

Codice procedura:

38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

DERMATOLOGIA

Asportazione di lesione cutanea e sottocutanea neoplastica a carico del naso

Codice diagnosi:

codice di patologia

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

EMATOLOGIA

Prelievo di cellule staminali da sangue periferico (sia per autotrapianto che per allotrapianto)

Codice procedura:

99.79 Altre aferesi terapeutiche

Trapianto loco-regionale di cellule staminali (qualsiasi sede)

Codice procedura:

41.92 Iniezione (nel) di midollo osseo

Reinfusione di cellule dendritiche autologhe

Codice diagnosi:

codice di patologia

Codici procedura:

41.04 Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione

99.59 Altre vaccinazioni ed inoculazioni

ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA

Cataratta senile in diabetico, senza complicazioni oculari

Codici diagnosi:

- 366.1_ Cataratta senile
associato a
- 250.___ Diabete

Cataratta diabetica

Codici diagnosi:

- 250.5_ Diabete con complicazioni oculari
associato a
- 366.41 Cataratta diabetica

Diabete da somministrazione di steroidi

Codice diagnosi:

- 251.8 Altri disturbi della secrezione insulinare

Coma diabetico dovuto a incidente terapeutico da insulina

Codici diagnosi:

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

GASTROENTEROLOGIA

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 *associato a*
- 45.13 Altra endoscopia dell'intestino tenue

POEM (Per-Oral Endoscopic Miotomy)

Codici diagnosi:

- 530.0 Acalasia del cardias

Codici procedura:

- 42.7 Esofagomiotomia
- 42.23 Altra esofagoscopia

INFEZIONI E COMPLICAZIONI OPERATORIE O POSTOPERATORIE

Dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closur)

Codice intervento:

86.89 Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo

Mediastinite

Codici diagnosi:

998.59 Altra Infezione postoperatoria *associato a*

519.2 Mediastinite

Codice intervento:

34.3 Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino.

Annotazioni:

Se applicato dispositivo V.A.C. utilizzare 86.89 Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.

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

Annotazioni:

Se applicato dispositivo V.A.C. utilizzare 86.89 Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.

Sutura di deiscenza di ferita sternale

Codice diagnosi:

998.3_ Rottura di ferita chirurgica

Codice intervento:

78.11 Applicazione di fissatore esterno di scapola, clavicola e torace.

Intervento per controllo di emorragia post-operatoria

Codice intervento:

39.41 Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare

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, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico

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

Setticemia (038): 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*

- SIRS (995.9_):** sindrome da risposta infiammatoria sistemica: risposta dovuta a infezione, trauma/ustione o altro danno (es. neoplasia o pancreatite), caratterizzata da febbre, tachicardia, tachipnea e leucocitosi.
- Sepsi (995.91):** SIRS dovuta a infezione.
- Sepsi severa (995.92):** sepsi associata a insufficienza acuta d'organo.

La corretta sequenza dei codici prevede, innanzitutto, la descrizione della patologia di base, quale l'infezione (038._, 112.5, etc.) o il trauma; successivamente, deve essere registrato un codice della sottocategoria 995.9_.

La codifica della sepsi severa richiede l'uso di codici aggiuntivi per la descrizione dell'insufficienza acuta d'organo. Se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il codice 995.92.

Quando SIRS, sepsi o sepsi severa sono associate ad infezione localizzata, es. polmonite o cellulite, queste devono essere codificate con codici aggiuntivi.

Il codice 995.90 *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica, non specificata*, non deve essere utilizzato, perché aspecifico.

Shock settico

Il codice 785.52, deve essere impiegato come codice aggiuntivo in caso di sepsi severa e non può mai essere descritto come diagnosi principale.

Setticemia neonatale

Con il codice 771.81 *Setticemia (sepsi) del neonato* non si deve utilizzare il codice aggiuntivo di sepsi (995.91 o 995.92), ma deve essere identificato il microrganismo (categoria 041).

MALFORMAZIONI CONGENITE

L'età del paziente non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo 14; 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 *associato a*
- 756.0 Anomalie del cranio e delle ossa della faccia *associato a*
- 344.0_ Quadriplegia e tetraparesi

Codice intervento:

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

NEFROLOGIA

Insufficienza o malattia renale

Nell'indice alfabetico l'insufficienza renale acuta si individua con il termine "*defaillance*"; la forma cronica con il termine "malattia rene".

Impianto di fistola artero-venosa protesica per dialisi renale

Codice intervento:

39.93 Inserzione di cannula intervasale.

Trombosi di fistola artero-venosa in dializzato

Codice intervento:

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

NEONATOLOGIA

I codici diagnostici di questa disciplina possono essere utilizzati 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.**

All'interno della categoria 764 *Ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale*, il codice che meglio definisce il **difetto di crescita fetale** è il **764.1_ Neonato di basso peso per l'età gestazionale, con segni di malnutrizione fetale.**

Prematurità

Codici diagnosi:

765._ Problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita
associato a

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*

Annotazioni:

Il codice 769 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.*

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 oltre a quelli delle categorie V30-V39.

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.

NEUROLOGIA

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 o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo, non specificato se ricaricabile
oppure
- 86.95 Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio, non specificato se ricaricabile
oppure
- 86.96 Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore
oppure
- 86.97 Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo ricaricabile
oppure
- 86.98 Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio ricaricabile

OCULISTICA

Iniezione di cortisonici endovitreali

Codici intervento:

- 14.79 Altri interventi sul corpo vitreo *associato a*
- 99.23 Iniezione di steroidi

Iniezione intravitreale di farmaci per la cura delle maculopatie

Codici intervento:

- 14.29 Altro trattamento di lesione corioretinica *associato a*
- 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche

Innesto di limbus

Codici intervento:

- 11.61 Cheratoplastica lamellare autologa
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 *associato a*
- 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

ONCOLOGIA

Nella parte alfabetica del manuale ICD-9-CM, alla voce “neoplasia” si trova la **tavola sinottica** che consente una ricerca rapida 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**.

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*.

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).

Annotazioni:

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

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)

Annotazioni:

*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)

Chemoembolizzazione di tumore**Codice diagnosi:**

codice di patologia neoplastica

Codici procedura:

- 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore
- 38.91 Cateterismo arterioso

Chemoembolizzazione di tumore con radiofarmaco**Codice diagnosi:**

- V58.0 Sessione di radioterapia *associato a*
codice di patologia neoplastica

Codici procedura:

- 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore *associato a*
- 38.91 Cateterismo arterioso

Embolizzazione di tumore**Codice diagnosi:**

codice di patologia neoplastica

Codici procedura:

- 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche *associato a*
- 38.91 Cateterismo arterioso.

Elettrochemioterapia**Codici diagnosi:**

- codice di neoplasia *associato a*
- V58.11 Chemioterapia antineoplastica

Codici intervento: codice di asportazione o demolizione locale di lesione; ad esempio:

- 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 *associato a*
- 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

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 *associato a*
- V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella

Codice intervento:

codice di intervento

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 *associato a*
- V10._ Anamnesi personale di tumore

Gamma Knife

Codice intervento:

- 92.32 Radiochirurgia fotonica multi-sorgente *associato a*
- 93.59 Altra immobilizzazione, pressione e cura per ferita

Annotazioni:

Il codice 93.59 identifica l'applicazione del casco

Tumorectomia con tecnica HiFu (High Focused Ultrasound)

Prostatectomia

- 60.61 Asportazione di lesione prostatica *associato a*
- 99.85 Ipertermia per il trattamento di tumore

Asportazione di mioma uterino

- 68.29 Altra asportazione o demolizione di lesione dell'utero *associato a*
- 68.12 Isteroscopia *associato a*
- 99.85 Ipertermia per il trattamento di tumore

ORTOPEDIA

La via di accesso artroscopica (codici 80.2 _) non deve essere codificata.

Ernia discale

Tecnica chirurgica a cielo aperto

80.51 Asportazione di disco intervertebrale.

Radiofrequenza, laser o altra tecnica percutanea

80.59 Altra distruzione di disco intervertebrale.

Ozono, gel o altra sostanza

80.52 Chemionucleolisi intervertebrale.

Annotazioni:

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

Inserzione di dispositivi senza fusione tra i corpi vertebrali

Codice intervento:

84.59 Inserzione di altri dispositivi spinali

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

Revisione di protesi di spalla

Codici 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)

Lussazione recidivante di spalla

Codice diagnosi:

718.31 Lussazione recidivante o abituale della spalla

Codice intervento:

81.82 Riparazione di lussazione ricorrente della spalla

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

Tendinopatie e sindromi analoghe

Codice diagnosi:

726.0 Capsulite adesiva scapolo-omerale

Codice intervento:

80.41 Incisione capsula articolare, legamenti e cartilagine della spalla

Annotazioni:

I codici di procedura ricomprendono anche l'eventuale riparazione articolare (es. acromionoplastica), come regolarizzazione della superficie acromiale che, conseguentemente, non deve essere codificata

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 *associato a*

81.84 Sostituzione totale del gomito
oppure

81.85 Sostituzione parziale del gomito con protesi sintetica

Revisione di protesi di anca o di ginocchio con sostituzione

I codici 81.53 Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificata e 81.55 Revisione di sostituzione del ginocchio, non altrimenti specificata, devono essere utilizzati per descrivere l'intervento di revisione **senza sostituzione**.

Per la descrizione della revisione delle protesi utilizzare i codici della categoria 00.7_ e 00.8_:

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

Revisione di protesi senza sostituzione

Anca:

- 81.53 Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificata

Ginocchio:

- 81.55 Revisione di sostituzione del ginocchio, non altrimenti specificata

Caviglia:

- 81.59 Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove

Sostituzione di spaziatore antibiodato

Codice intervento:

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

Protesi di rotula

Codice intervento:

- 81.54 Sostituzione totale del ginocchio

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 *associato a*

84.52 Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti

Revisione con sostituzione di protesi di caviglia

Codici intervento:

81.56 Sostituzione totale della tibio-tarsica *associato a*

81.59 Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove

Trapianto di tendine da cadavere

Codice diagnosi:

V42.89 Altro organo o tessuto sostituito da trapianto

Codice intervento:

83.75 Trasposizione o trapianto di tendini

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

Codice diagnosi:

codice di patologia

Codici intervento:

81.47 Altra riparazione del ginocchio

77.75 Prelievo di osso del femore per innesto

Impianto (trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione

Codice diagnosi:

codice di patologia

Codice intervento:

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.

Annotazioni:

La presente regola, ripresa dalle Linee-guida SDO nazionali (Accordo Conferenza Statoregioni del 29 aprile 2010), si riferisce ai casi in cui ci sia un trapianto/impianto totale o parziale **almeno unicompartimentale (emiarticolare) di articolazione**.

In caso di correzione di lesioni osteocondrali, **anche di grado elevato, non assimilabili alle sostituzioni articolari**, con sostituti osteocondrali biologici o sintetici, la codifica prevede l'uso del codice 84.52 "Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti", associato ai codici di riparazione articolare specifici per sede (81.47 ginocchio, 81.83 spalla, 81.49 caviglia).

Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine**1° ricovero****Codice diagnosi:**

codice di patologia

Codice intervento:

80.9_ Altra asportazione dell'articolazione

2° ricovero**Codici diagnosi:**

codice di patologia *associato a*

V42.89 Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto

Codice intervento:

81.4_ Altra riparazione di articolazioni delle estremità inferiori.

Il codice 78.00 Innesto osseo, sede non specificata non deve essere utilizzato.

Trapianto di menisco da banca**Codice intervento:**

81.47 Altra riparazione del ginocchio

Autoinnesto di gel piastrinico**Codice intervento:**

99.74 Piastrinoafèresi terapeutica

Asportazione di tessuto o lesione ossea**Codice intervento:**

77.6 _ Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo*.

Annotazioni:

Comprende la biopsia

Chirurgia della mano per emiplegia o tetraplegia**Codici diagnosi:**

728.85 Contrattura muscolare *associato a*

342.1_ Emiplegia spastica *oppure*

344.0_ Quadriplegia e tetraparesi

Codice intervento:

82.57 Altra trasposizione di tendini della mano
oppure

82.56 Altro trasferimento o trapianto di tendini della mano
oppure

83.19 Altra sezione dei tessuti molli (*tenotomia o miotomia*)
oppure

83.85 Altri cambiamenti di lunghezza di muscoli e tendini

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

Per intolleranza, mobilizzazione, rottura o altra complicanza meccanica**Codice diagnosi**

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

OSTETRICA E GINECOLOGIA

Parto indolore mediante anestesia epidurale

Codice intervento:

03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia

Parto avvenuto fuori dalla struttura ospedaliera senza complicazioni

Codice diagnosi:

V24.0 Cure ed esami postpartum subito dopo il parto

Interruzione volontaria farmacologia 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

Deinfibulazione

Codice diagnosi:

629.2_ Mutilazione genitale femminile

Codici intervento:

71.01 Lisi di aderenze vulvari *associato a*

71.09 Altra incisione della vulva e del perineo

Asportazione di condilomi acuminati della cervice uterina o della vagina

Codici diagnosi:

616.___ Malattia infiammatoria della cervice, della vagina e della vulva *associato a*

078.11 Condiloma acuminato

Codice intervento:

67.3_ 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

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

Annotazione:

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

OTORINOLARINGOIATRIA

Chirurgia endoscopica dei seni paranasali

Codici intervento:

codice di intervento *associato a*
22.51 Etmoidotomia

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

Annotazioni:

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 ugulofaringoplastica 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 ugulofaringoplastica per sindrome dell'apnea notturna con sospensione ioidea-linguale

Codici diagnosi:

327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica) *associato a*
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)

Acquisita:

470 Deviazione del setto nasale (setto)
oppure

738.0 Deformazioni acquisite del naso (cartilagine)

Congenita:

748.1 Altre anomalie del naso.

Annotazione:

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.

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

Impianto di stent tracheale

Codice procedura:

96.05 Altra intubazione del tratto respiratorio

Impianto di protesi bronchiale

Codice intervento:

33.79 Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali.

PSICHIATRIA

Lo **stato confusionale acuto non riconducibile ad alcuna patologia** si descrive con il codice 293.0 *Delirium da condizioni patologiche classificate altrove*, utilizzabile anche in diagnosi principale.

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

Annotazione:

Il codice 21.11 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:

1. 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).

2. ricoveri elettivi di mantenimento per l'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

Annotazioni:

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 del sistema cardiocircolatorio

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 per malattie polmonari croniche

Nella riabilitazione delle malattie polmonari croniche (es. BPCO) la finestra temporale 0-30 si applica tra l'evento acuto (riacutizzazione), ed il ricovero riabilitativo; la riacutizzazione non sempre dà luogo a ricovero, ma deve essere in ogni caso *dettagliatamente documentata in cartella clinica*: in questo caso 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/esclusivo del ricovero, o nel caso in cui non sia stata individuata la diagnosi relativa alla patologia di base.

Dolore post-operatorio di grado medio-alto (elastomeri, PCA, PCEA)

Analgesia continua con catetere epidurale

Codici intervento:

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

Dolore cronico

Dispositivo antalgico esterno alla cute

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

Pompa totalmente impiantabile con formazione di tasca sottocutanea.

- 86.06 Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile

Paziente portatore di pompa di infusione totalmente impiantabile che continua il trattamento antalgico

Codice diagnosi:

- V58.82 Collocazione e sistemazione di catetere non vascolare non classificato

Impianto o sostituzione di neurostimolatore spinale o vescicale

È composto da:

- Generatore (canale singolo, doppio, ricaricabile): codice 86.96
- Elettrodo: codice 03.93

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.

Annotazioni:

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 o sostituzione di altro generatore di impulsi di neuro stimolatore

Annotazioni:

Se viene sostituito l'elettrodo indicare il codice 03.93.

Sostituzione di generatore o elettrodo (o entrambi) di neurostimolatore spinale

Codice diagnosi:

V53.02 Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)

Codici intervento:

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

03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale

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

Neuromodulazione di strutture nervose con radiofrequenza continua o pulsata

Codice intervento:

04.2 Demolizione di nervi cranici e periferici.

Blocco continuo perinervoso

Codici intervento:

05.89 Altri interventi su nervi simpatici

Epidurolisi attraverso periduroscopia

Codice intervento:

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

03.92 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale

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-chirurgica, il codice da utilizzare in diagnosi principale è da ricercare tra le categorie 996 - 999 *Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove*.

Varicocele

Codice diagnosi:

456.4 Varicocele

Codice intervento:

63.1 Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico.

Annotazioni:

Se viene eseguita sclerosi retrograda aggiungere:

99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche *associato a*

88.67 Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate

Asportazione di condilomi acuminati dall'uretra o dal tessuto periuretrale

Codice intervento:

58.31 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra
oppure

58.39 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra

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 *associato a*

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 pace-maker neurale o elettrostimolatore neuro-urologico

Codici intervento:

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

86.96 Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neuro stimolatore

SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI

I codici compresi in questo capitolo possono essere utilizzati in diagnosi principale quando **non c'è un'indicazione diagnostica più precisa** o quando la manifestazione clinica **si identifica con il sintomo stesso** (es. 780.31 *Convulsioni febbrili semplici, non specificate*).

ALTRI MOTIVI DI RICORSO AI SERVIZI SANITARI (CODICI V)

Ricerca dei codici V

Devono essere ricercati nell'indice alfabetico delle diagnosi utilizzando i seguenti termini principali: ammissione, esame, storia, osservazione, problema, screening, anamnesi, assistenza, controllo, sorveglianza, verifica, chemioterapia.

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;
- per indicare lo stato o l'osservazione di neonato (V29._) in assenza di segni o sintomi.

Possono essere utilizzati come **diagnosi secondaria**:

- per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che possono influenzare il trattamento del paziente ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma.

Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi

Per il ricovero di pazienti per trattamenti specifici in relazione a cure pregresse si devono utilizzare come diagnosi principale i codici appartenenti alle categorie V51-V58.

Tali codici non devono essere utilizzati nel caso di trattamento di un problema attuale acuto. A tale regola fanno eccezione i ricoveri per dialisi (V56._), chemioterapia (V58.1) e radioterapia (V58.0).

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.

Nati vivi sani secondo il tipo di nascita (V30/V39)

Quando viene compilata una SDO di nato vivo sano, relativa all'episodio di assistenza per la nascita, occorre sempre compilare il campo della **diagnosi principale** con uno dei codici delle categorie da V30._ a V39._.

Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi (V52 e V53)

I codici V52._ e V53._ devono essere utilizzati in diagnosi principale per descrivere i ricoveri finalizzati a posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi; si tratta di attività programmate da tener distinte rispetto ai malfunzionamenti che vanno invece codificati con le categorie 996 e 997.

Un ricovero per il solo impianto di protesi della mammella deve essere identificato dal codice V52.4 in diagnosi principale.

Trattamento di pazienti in dialisi (V56)

Con il codice V56._ è possibile descrivere le diverse procedure relative ai trattamenti dialitici e alla loro valutazione funzionale.

Donatori di organi o tessuti (V59.1–V59.9)

Questi codici possono essere utilizzati, in diagnosi principale, solo quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organi.

Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti (V64)

Tipici casi in cui si ricorre ai codici di questa categoria in diagnosi principale sono i ricoveri per interventi chirurgici programmati, che però non vengono eseguiti per sopraggiunte controindicazioni (cod. V64.1) o per decisione del paziente (cod. V64.2) o per altre ragioni (cod. V64.3).

Nel caso in cui il trattamento non è eseguito per l'insorgenza di altra patologia quest'ultima va riportata come diagnosi principale se trattata nel ricovero. Rientra in questa categoria anche la segnalazione dei casi chirurgici iniziati per via laparoscopica e convertiti in interventi a cielo aperto (cod. V64.4_).