

REPUBBLICA ITALIANA

# BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA

Roma, 20 febbraio 2003

Si pubblica normalmente il 10, 20 e 30 di ogni mese  
Registrazione: Tribunale di Roma n. 569/1986

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

IL BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:

- 1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
- 2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

**Modalità di abbonamento e punti vendita:**

L'abbonamento ai fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al Bollettino Ufficiale. Per informazioni rivolgersi alla Regione Lazio - Servizio Promulgazione e Pubblicazione, Tel. 06-51685371 - 06-51685116/18.

Il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito [www.regione.Lazio.it](http://www.regione.Lazio.it)

Il Bollettino Ufficiale può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85084200).

Da Gennaio 2001 l'accesso alla consultazione del Bollettino in via telematica tramite INTERNET è gratuito al pubblico.

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale.

## Riproduzione anastatica

## PARTE I

### ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 dicembre 2002, n. 1737.

Adozione di linee guida per la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera.

## PARTE I

### ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 dicembre 2002, n. 1737.

**Adozione di linee guida per la codifica ICD-9-CM della scheda didimissione ospedaliera.**

#### LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità

**VISTO** il D.lgs 502/92 art.2 comma 2, art.10 e successive modificazioni ed integrazioni, e l'articolo 8-octies (controlli) comma 3 del D. lgs 229/99 che stabilisce i principi in base ai quali la Regione assicura la funzione di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità della assistenza prestata

**VISTO** il D.M.380/2000 relativo all'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati, con il quale sono stati definiti i contenuti informativi della scheda di dimissione ospedaliera nonché i principi e le regole di codifica delle informazioni stesse;

**VISTA** la D.G.R. 996/2001 che la Regione Lazio ha adottato nell'ambito delle iniziative promosse per organizzare un efficace sistema di controlli per un corretto esercizio del sistema di remunerazione delle prestazioni e per una congrua descrizione e valutazione dell'assistenza ospedaliera;

**VISTA** la L.R. 1 settembre 1999 n.16 istitutiva dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP) a cui sono affidate le competenze in materia di Sistema Informativo da esercitarsi secondo quanto disposto dagli art. 4 e 6;

**CONSIDERATA** l'introduzione, dal 1 gennaio 2000, del nuovo tracciato della scheda di Dimissione Ospedaliera ed in particolare dell'adozione della versione italiana della ICD-9-CM (International Classification of Diseases-9<sup>th</sup> revision - Clinical Modification, 1997), come da circolari n.39 del 8/11/1999, n.43 del 24/11/1999 e n.46 del 10/12/1999, per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche;

**RILEVATA** la necessità di formulare Linee guida di ausilio alla codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche quale strumento tecnico di garanzia della correttezza e della qualità delle informazioni prodotte e della loro gestione

**VISTA** la D.G.R. n° 114 del 31/07/2002 "Indirizzi per la Programmazione Sanitaria Regionale 2002/2004 - PSR" che prevede, tra gli indirizzi strategici, il potenziamento del sistema di controlli, la promozione del governo clinico e l'adozione di strumenti per la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza che si basino sull'utilizzo di dati amministrativi di qualità affidabile;

**CONSIDERATE** le "Linee Guida per la Codifica delle Informazioni Cliniche Presenti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)", facenti parte dell'Allegato 1 dell'Accordo Stato-Regioni del 6 Giugno 2002 e redatte, con il coordinamento della Direzione Generale per la Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, da un gruppo di lavoro interregionale cui hanno preso parte esperti dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio;

**CONSIDERATO** che la Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio ha provveduto a costituire, con le Decisioni del Direttore Generale dell'ASP n.97 del 22.06.2001, n.144 del

24.10.2001, n.155 del 15.11.2001 i gruppi di lavoro per la stesura delle linee guida regionali per la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera, avvalendosi anche di rappresentanti di strutture pubbliche, private e di società scientifiche;

**PRESO ATTO** delle valutazioni e conclusioni cui sono pervenuti i citati gruppi di lavoro;

**CONSIDERATE** le valutazioni espresse dalle Società Medico Scientifiche consultate;

**RITENUTO** pertanto opportuno approvare col presente atto le "Linee guida per la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera" riguardanti le seguenti discipline:

Allergologia e Immunologia,  
Cardiologia,  
Cardiochirurgia,  
Chirurgia Generale,  
Chirurgia della Mammella  
Chirurgia Plastica,  
Chirurgia Toracica  
Chirurgia Vascolare,  
Chirurgia ed Urologia Pediatrica e Neonatale,  
Ematologia ed Oncoematologia,  
Endocrinologia e Diabetologia,  
Gastroenterologia ed Epatologia,  
Nefrologia,  
Neonatologia,  
Neurologia,  
Oculistica,  
Oncologia,  
Ortopedia,  
Ostetricia e Ginecologia,  
Otorinolaringoiatria,  
Pediatria,  
Pneumologia,  
Radiologia interventistica,  
Reumatologia,  
Riabilitazione,  
Urologia;

**ALL'Unanimità** dei voti espressi nella forma di Legge;

#### **DELIBERA**

- 1) di approvare l'allegato disciplinare tecnico "Linee guida per la Codifica ICD-9-CM della Scheda di Dimissione Ospedaliera";
- 2) di stabilire che le modalità per la corretta compilazione e codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche della scheda di dimissione ospedaliera sono determinate nell'allegato disciplinare tecnico "Linee guida per la Codifica ICD-9-CM della Scheda di Dimissione Ospedaliera";
- 3) di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito dell'ASP.

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

a cura di: Enrico Materia, Valeria De Pascali, Gabriella Guasticchi  
con la collaborazione di: Antonella Allegritti, Giovanni Baglio, Paolo Papini  
revisione editoriale: Alessia Tiberio  
grafica: Barbara De Masi

## **Indice**

- Introduzione
- Allergologia ed immunologia
- Cardiocirurgia e cardiologia interventistica pediatrica
- Cardiologia
- Chirurgia generale
- Chirurgia della mammella
- Chirurgia pediatrica e neonatale
- Chirurgia plastica
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Ematologia ed oncoematologia
- Endocrinologia e diabetologia
- Gastroenterologia ed epatologia
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Oculistica
- Oncologia
- Ortopedia e traumatologia
- Ostetricia e ginecologia
- Otorinolaringoiatria
- Pediatria
- Pneumologia
- Radiologia interventistica
- Reumatologia
- Riabilitazione
- Urologia

## Introduzione

### **Obiettivi e metodo di lavoro**

Con l'adozione dal 1° gennaio 2000 della "Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche", versione italiana della ICD-9-CM 1997 (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification) per la codifica della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), la Regione Lazio ha avviato lo sviluppo di Linee guida regionali per la codifica delle variabili cliniche della SDO.

Le Linee guida regionali, la cui stesura ha richiesto l'impegno di clinici ed esperti di codifica coordinati dall'Agenzia di Sanità Pubblica, riguardano la maggioranza delle principali discipline cliniche. Le Linee guida relative ad alcune specialità, tra cui l'Oncologia, l'Ematologia, la Cardiocirurgia, la Chirurgia e l'Urologia Pediatrica, che erano state promulgate prima dell'entrata in vigore nel Lazio della Classificazione ICD-9-CM 1997, sono state aggiornate dai competenti gruppi di lavoro e vengono ora ripubblicate.

Lo scopo delle Linee guida è quello di contribuire a migliorare la qualità delle informazioni cliniche riportate sulla SDO e di raggiungere una maggiore appropriatezza nell'utilizzo dei codici ICD-9-CM. Sarà inoltre possibile ridurre la variabilità esistente sul territorio regionale tra le diverse tipologie di istituti di ricovero per quanto riguarda gli stili di codifica. Le Linee guida sono state concepite con l'obiettivo di fornire uno strumento agevole per la compilazione e codifica della SDO, in aggiunta al manuale della Classificazione ICD-9-CM 1997, che insieme alle regole generali per il suo utilizzo riportate nel D.M. 27 Ottobre 2000, n. 380 e riassunte nel paragrafo seguente, continua a rappresentare un riferimento imprescindibile.

Il miglioramento della qualità della codifica consentirà di migliorare l'equità distributiva delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario regionale, un obiettivo esplicito del sistema di pagamento a prestazione. Permetterà inoltre di disporre di informazioni cliniche di più elevata qualità, necessarie per la valutazione delle diverse dimensioni della qualità dell'assistenza ospedaliera: efficacia, appropriatezza, efficienza ed equità. Queste attività di valutazione, condotte sulla scorta dei dati amministrativi generati dai sistemi informativi, hanno un ruolo di rilievo sempre maggiore nel governo della sanità regionale e nel governo clinico dei presidi e dei dipartimenti ospedalieri.

Le Linee guida sono state redatte da gruppi di lavoro disciplinari composti da clinici autorevoli e da esperti in codifica della SDO, in rappresentanza delle diverse realtà della sanità regionale. I gruppi di lavoro hanno affrontato le condizioni cliniche e i trattamenti di più frequente occorrenza e quelli fonte di comportamenti di codifica non omogenei.

I gruppi di lavoro si sono avvalsi di diverse fonti bibliografiche, sia italiane che straniere, comprese le Linee guida elaborate da altre regioni italiane in questo ambito.

Le bozze delle Linee guida sono state messe a disposizione delle Società medico-scientifiche regionali e nazionali competenti, che, quando ritenuto opportuno, hanno espresso commenti ed indicato utili miglioramenti.

Le indicazioni riportate nelle presenti Linee guida sono in sintonia con le "Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti nella scheda di dimissione ospedaliera", definite dalla Direzione Generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute con il contributo del gruppo di lavoro composto da esperti di varie regioni italiane tra cui il Lazio, e approvate dalla Conferenza Stato-Regioni, il 6 giugno 2002.

Le eventuali proposte di integrazione e modifica possono essere segnalate all'Agenzia di Sanità Pubblica, per posta ordinaria o elettronica ai seguenti indirizzi:  
sio8@asplazio.it; sio1@asplazio.it.

### **Le principali regole di codifica del D.M. 27/10/2000, n. 380**

È opportuno ricordare alcune regole generali di codifica della SDO, nonché la definizione di diagnosi principale e secondaria, riportate nel D.M. 27/10/2000, n. 380.

- I codici che indicano la diagnosi devono essere utilizzati al livello di specificità più elevato possibile; in particolare è necessario assegnare un codice a 5 caratteri tutte le volte in cui ciò sia possibile.
- L'indice alfabetico e quello sistematico del Manuale della Classificazione ICD-9-CM vanno consultati entrambi per trovare il codice corretto da utilizzare. L'uso indipendente dei due indici spesso può generare errori.
- Se la diagnosi non è completamente rappresentata da un solo codice si dovrà aggiungere un altro codice per descrivere correttamente la situazione (uso del codice aggiuntivo).
- La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse. (...) Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.
- Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito, e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. 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 nel corso del ricovero.

Nel caso in cui nella cartella clinica siano indicate, oltre a quella principale, più di cinque forme morbose che rispondano ai criteri qui riportati 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.

Tra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero.

- L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero. Riportare gli altri interventi chirurgici eventualmente effettuati nel corso dello stesso ricovero, nonché le procedure diagnostiche e terapeutiche più importanti fra quelle cui è stato sottoposto il paziente. Se nello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati specifici criteri per la selezione della sequenza corretta:
  1. in presenza di più interventi chirurgici, codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.);
  2. nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici che procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
  3. quando nella cartella clinica vengono indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la SDO, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:
    - interventi chirurgici a cielo aperto
    - interventi per via endoscopica e/o laparoscopica
    - procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (vedere del D.M. 380/2000)
    - procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es: asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica)
    - procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore (codd. da 01.\_ a 86.\_)
    - altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore (codd. da 87.\_ a 99.\_), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative.

### **Società medico-scientifiche contattate**

- Società Italiana di Allergologia ed Immunologia Clinica
- Società Italiana di Immunologia Clinica
- Società Italiana di Chirurgia Cardiaca
- Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
- Società Italiana di Cardiologia
- Società Italiana di Cardiologia Invasiva
- Società Italiana di Chirurgia
- Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani
- Società Italiana di Chirurgia Pediatrica
- Società Italiana Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica
- Società Italiana Chirurgia Toracica
- Società Italiana Chirurgia Vascolare
- Società Italiana di Ematologia
- Società Italiana Diabetologia
- Associazione Medici Diabetologi
- Società Italiana Endocrinologia
- Società Italiana Gastroenterologi Ospedalieri
- Società Italiana Gastroenterologia
- Società Italiana Ginecologia ed Ostetricia
- Società Italiana di Medicina Perinatale
- Società Italiana di Nefrologia
- Collegio Nefrologi Lazio
- Società Italiana di Neonatologia
- Società Italiana di Neurologia
- Società Oftalmologica Italiana
- Associazione Italiana di Oncologia Medica
- Società Ortopedia e Traumatologia Italia Centrale
- Società Italiana Otorinolaringoiatria
- Associazione Otorinolaringoiatria
- Associazione Otorinolaringologi Ospedalieri Italiani
- Società Italiana di Pediatria
- Società Italiana Medicina Respiratoria
- Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri
- Società Italiana di Radiologia Medica (Sezione di Radiologia Vascolare Interventistica)
- Società Italiana di Reumatologia
- Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa
- Società Italiana di Urologia

## Bibliografia

1. Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Emilia Romagna. Linee guida per la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche. Revisione 2000.
2. Area Management e Qualità dell'ANMCO. Proposta di Linee Guida per la corretta codifica della scheda di dimissione ospedaliera (codifica ICD-9-CM). Firenze: 2001.
3. Area Management e Qualità dell'ANMCO. Qualità, Accreditamento e Gestione delle Unità Operative in Cardiologia. Centro Scientifico Editore, 2000.
4. Brown F. ICD-9-CM Coding Handbook, with Answers, 1997 Revised Edition. American Hospital Publishing, Inc., 1997.
5. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41: 1-19.
6. Commissione per la Reazione Avversa ai Farmaci della Società italiana di Allergologia e Immunologia Clinica. Memorandum SIAIC sulla diagnosi di allergia/intolleranza a farmaci, III Revisione. Giorn It Allergol Immunol Clin 1998; 8: 568-95.
7. Di Liso G, Corvino G, Langiano T, Nonis M. Guida alla ICD-9-CM: manuale pratico per la compilazione della parte sanitaria nella nuova scheda di dimissione ospedaliera. Il Pensiero Scientifico Editore, 1999.
8. Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera. (SDO) Allegato 1 dell'Accordo Stato Regioni del 6 giugno 2002.
9. Errigo E. Malattie Allergiche. Eziopatogenesi, diagnostica e terapia. Roma: Lombardo Editore, 1999.
10. Giuliano G, Zannini L, Bernabei M, *et al.* Classificazione delle cardiopatie congenite e degli interventi di cardiologia e cardiocirurgia pediatrica per una codifica standardizzata della documentazione di ricovero. G Ital Cardiol 1997; 27: 706-19.
11. Gruppo di Studio Pediatria Ospedaliera. Società Italiana di Pediatria. Il Sistema di Classificazione ICD-9-CM in Pediatria e Neonatologia. Bologna: EDITEAM, 2001.
12. IUIS Scientific Group. Primary Immunodeficiency Diseases Report of an IUIS Scientific Group. Clin Exp Immuno 1999; 118: 51.
13. Ministero della Sanità. Dipartimento della Programmazione. D.M. n. 380 del 27 ottobre 2000. Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati.
14. Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio. Linee Guida per la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera. Suppl alla rivista trimestrale Progetto Salute n. 47, Anno XV Novembre 1999.
15. Regione Lombardia - Direzione Generale Sanità. Linee Guida per la codifica degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche. Revisione 2000.
16. Who Position Paper. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases. Allergy 1997; 53 (suppl. 44): 20-3.

### **Componenti dei gruppi di lavoro**

- dott.ssa Maria Grazia Acampora ASL RM E
- dott. Giuseppe Acierno Azienda Ospedaliera San Filippo Neri
- dott. Francesco Albertoni ASL Latina
- dott.ssa Antonella Allegritti ASP LAZIO
- dott. Vito Amorese Ospedale Spolverini - Ariccia
- prof. Lucio Annibaldi ASL Frosinone
- dott.ssa Valeria Antenucci IRCCS Bambino Gesù
- dott. Salvatore Antonelli Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- prof. Domenico Arduini Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina
- prof. Marcello Assumma Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- dott. Giovanni Baglio ASP LAZIO
- dott. Piero Bagolan IRCCS Bambino Gesù
- prof. Carlo Barone Policlinico Universitario Agostino Gemelli
- dott. Giuseppe Bazzurro Azienda Ospedaliera San Filippo Neri
- dott.ssa Maria Pia Beraldi Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- dott. Arturo Blasi Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- dott. Vincenzo Bruni Ospedale Belcolle – Viterbo
- prof. Paolo Caione IRCCS Bambino Gesù
- prof. Alessandro Calisti Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- dott. Antonio Cannistrà ASL RM G
- dott.ssa Donatella Canonaco ASP LAZIO
- dott. Salvatore Caputo Policlinico Universitario Agostino Gemelli
- dott. Guglielmo Cascia ICOT
- prof. Antonio Castellano Ospedale San Paolo - Civitavecchia
- dott. Rino Caterino Policlinico Universitario Umberto I
- dott.ssa Marina Cerimele Azienda Ospedaliera San Filippo Neri
- dott. Francesco Chiaramonte ASL RM E
- dott. Roberto Cianni Ospedale Santa Maria Goretti -- Latina

- prof. Giuliano Ciappi                      Policlinico Universitario Agostino Gemelli
- dott. Massimo Ciavolella                  Ospedale San Sebastiano - Frascati
- dott. Fabrizio Ciccone                    ASL Latina
- prof. Vincenzo Cilentì                    IRCCS IFO
- dott. Giuseppe Claps                      Ospedale San Giuseppe - Marino
- dott. Furio Colivicchi                    Azienda Ospedaliera San Filippo Neri
- dott. Fabio Corsi                          Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- prof. Enrico Cortesi                      Policlinico Universitario Umberto I
- dott. Renzo Cristiani                      IRCCS IFO
- dott.ssa Elisabetta Cupellaro            ASL Latina
- dott. Renato Cutrera                      IRCCS Bambino Gesù
- prof. Fabrizio De Gado                    Policlinico Universitario Umberto I
- dott. Maurizio De Lisi                    Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- dott. Lorenzo de Medici                  Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- prof. Marco De Vincentiis                Policlinico Universitario Umberto I
- prof. Salvatore Di Giulio                Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- dott. Domenico Di Lallo                 ASP LAZIO
- dott. Aldo Felici                          Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- prof. Giancarlo Fischetti                 Policlinico Universitario Umberto I
- prof. Fausto Fiume Garelli               Azienda Ospedaliera San Filippo Neri
- dott. Marco Frontoni                    Policlinico Universitario Umberto I
- prof. Massimo Fusconi                    Policlinico Universitario Umberto I
- dott.ssa Maria Gagliardini               Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata
- prof. Alberto Galante                    Ospedale Sant'Eugenio - Roma
- dott.ssa Simona Galgani                 Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- dott.ssa Daria Galli                      ASL RM G
- dott. Carlo Gentili                       Azienda Ospedaliera San Filippo Neri
- dott. Lucio Giglio                        Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- dott. Elio Giombini                      ASL Viterbo
- prof. Pierluigi Granone                 Policlinico Universitario Agostino Gemelli

- prof. Luigi Irace Policlínico Universitario Umberto I
- dott. Bruno Kropp Ospedale Regionale Oftalmico
- dott. Tommaso Langiano IRCCS Bambin Gesù
- dott. Fernando Larciprete Ospedale San Giuseppe - Marino
- dott. Domenico Lepore Policlínico Universitario Agostino Gemelli
- dott. Giovanni Lo Monaco Ospedale Beicolie – Viterbo
- dott. Nicola Luciani Policlínico Universitario Agostino Gemelli
- dott. Giuseppe Luzi Policlínico Universitario Umberto I
- dott. Carlo Mammarella Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- dott. Marco Massucci Ospedale Santa Maria Goretti – Latina
- prof. Pierpaolo Mastroiacovo Policlínico Universitario Agostino Gemelli
- dott. Alberto Materia Policlínico Universitario Umberto I
- dott. Enrico Materia ASP LAZIO
- dott. Ennio Mazzerà IRCCS Bambino Gesù
- dott.ssa Daniela Meli ASL RM H
- dott. Ivano Mezzaroma Policlínico Universitario Umberto I
- prof. Fabio Midulla Policlínico Universitario Umberto I
- prof. Giovanni Minisola Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- dott. Roberto Monarca ASL Viterbo
- dott. Marco Montanaro ASL Viterbo
- dott. Giuseppe Naccarato Ospedale San Sebastiano Martire - Frascati
- dott. Marino Nonis Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina
- dott. Bruno Notargiacomo Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- prof. Marcello Orzalesi IRCCS Bambino Gesù
- dott. Stefano Paolucci IRCCS Fondazione Santa Lucia
- dott. Enrico Papini Ospedale Regina Apostolorum - Albano
- prof. Giampiero Patriarca Policlínico Universitario Agostino Gemelli
- dott.ssa Gabriella Pecci Policlínico Universitario Umberto I
- dott. Claudio Pianura Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- dott. Stefano Pieri Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

• prof. Marco Pocek	Policlinico Universitario Tor Vergata
• dott. Luigi Portalone	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
• dott.ssa Livia Puccio	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
• dott. Marco Racioppi	Policlinico Universitario Agostino Gemelli
• dott. Massimo Rinaldi	IRCCS IFO
• prof. Giuseppe Riondino	IRCCS INRCA
• dott.ssa Chiara Roncallo	Policlinico Universitario Agostino Gemelli
• dott.ssa Paola Rosati	IRCCS Bambino Gesù
• dott. Romolo Sabatini Scalmati	Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata
• dott. Antonino Salvia	IRCCS Fondazione Santa Lucia
• prof. Massimo Santini	Azienda Ospedaliera San Filippo Neri
• dott. Claudio Sarti	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
• dott. Vincenzo Savastano	Ospedale Parodi Delfino - Colleferro
• dott. Enrico Scarantino	Azienda Ospedaliera San Filippo Neri
• dott. Giulio Seganti	IRCCS Bambino Gesù
• dott. Antonio Spadaro	Policlinico Universitario Umberto I
• dott. Cosimo Spinelli	Polo Ospedaliero Santo Spirito
• prof. Giorgio Splendiani	Policlinico Universitario Tor Vergata (c/o Columbus)
• dott. Antonio Sturniolo	Policlinico Universitario Tor Vergata (c/o Columbus)
• dott.ssa Daniela Terribile	Policlinico Universitario Agostino Gemelli
• prof. Vincenzo Toscano	Policlinico Universitario Sant'Andrea
• dott. Stefano Treggiari	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
• prof. Alberto G. Ugazio	IRCCS Bambino Gesù
• prof. Guido Valesini	Policlinico Universitario Umberto I
• dott. Piero Vernia	Policlinico Universitario Umberto I
• dott. Massimo Volpe	Policlinico Universitario Agostino Gemelli
• dott. Angelo Zoli	Policlinico Universitario Agostino Gemelli
• dott.ssa Maria Rachele Zylberman	Ospedale San Giovanni Battista - Roma

## Nefrologia

**A cura di:**

- dott.ssa Antonella Allegritti
- dott.ssa Maria Pia Beraldi
- prof. Salvatore Di Giulio
- dott. Enrico Materia
- dott.ssa Gabriella Pecci
- dott. Cosimo Spinelli
- prof. Giorgio Splendiani
- dott. Antonio Sturniolo

La classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche in campo nefrologico non prevede la possibilità di segnalare il numero delle prestazioni di dialisi effettuate e non contempla alcune procedure attualmente di uso corrente.

Le linee guida per le malattie di interesse nefrologico possono essere divise in tre gruppi:

1. Nefropatie
2. Dialisi
3. Trapianti

### Nefropatie

diagnosi	
codice	descrizione
580._	Glomerulonefrite Acuta
581._.	Sindrome Nefrosica
582._.	Glomerulonefrite Cronica
583._.	Nefrite e nefropatia, non specificate come acute o croniche
584._	Insufficienza Renale Acuta
585	Insufficienza Renale Cronica

È opportuno segnalare l'**Insufficienza Renale Acuta** (IRA) come **diagnosi principale** e la patologia di base come diagnosi secondaria. Anche in caso di **Diabete mellito** (codice 250.\_.) è appropriato seguire questa regola.

**Evitare** l'uso delle categorie 403 (Nefropatia ipertensiva) e 404 (Cardionefropatia ipertensiva) quando è presente una IRA associata ad ipertensione.

In caso di **Insufficienza Renale Cronica** (IRC) da nefropatia primitiva evitare di segnalare l'ipertensione come diagnosi secondaria, in quanto fa parte del quadro clinico dell'IRC.

Nelle **Nefropatie secondarie** codificare come diagnosi principale la patologia di base e come diagnosi secondaria la patologia renale specifica. Ad esempio:

<b>diagnosi</b>	
<b>codice</b>	<b>descrizione</b>
277.3 <i>DiaPr</i>	Amiloidosi
710.0 <i>DiaPr</i>	Lupus eritematoso sistemico
581. _ <i>DSec</i>	Sindrome Nefrosica
582. _ <i>DSec</i>	Glomerulonefrite cronica

Per segnalare la **Nefropatia diabetica ed ipertensiva** utilizzare i rispettivi codici 250.4\_ e 403. \_\_.  
In caso di **ipertensione nefro-vascolare** utilizzare il codice 405. \_\_.

### Dialisi

I ricoveri dei pazienti dializzati sono di regola determinati da complicanze della malattia di base (IRC) o del trattamento dialitico stesso.

In tali casi la **complicanza** che ha determinato il ricovero va segnalata come **diagnosi principale** e la **condizione di dializzato** come **diagnosi secondaria**:

- V45.1 se non viene eseguito trattamento dialitico,
- V56.0 se viene eseguita emodialisi (codice 39.95),
- V56.8 se viene eseguita dialisi peritoneale (codice 54.98).

La dialisi in corso di IRC è un trattamento di regola ambulatoriale: per tale motivo non è appropriata la sua segnalazione come diagnosi principale di ricovero.

Nei casi in cui il ricovero ha luogo per eseguire il trattamento dialitico in assenza di patologie complicanti, utilizzare in **diagnosi principale i codici "V"** relativi ai trattamenti ulteriori per dialisi extracorporea o peritoneale.

**diagnosi**

<b>codice</b>	<b>descrizione</b>
276. <i>DiaPr</i>	Disordine dei liquidi, degli elettroliti e dell'equilibrio acido-base
402. <i>DiaPr</i>	Cardiopatía ipertensiva
420.0 <i>DiaPr</i>	Pericardite uremica
567. <i>DiaPr</i>	Peritonite
451. <i>DiaPr</i>	Flebite e tromboflebite
799.4 <i>DiaPr</i>	Cachessia
996.62 <i>DiaPr</i>	Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti vascolari
V45.1 <i>DSec</i>	Stato post-chirurgico di dialisi renale
V56.0 <i>DSec</i>	Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea (renale)
V56.8 <i>DSec</i>	Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi (peritoneale)

**intervento o procedura**

<b>codice</b>	<b>descrizione</b>
39.95	Emodialisi
54.98	Dialisi peritoneale
54.97	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale

In caso di trattamento effettuato per **patologie non renali**, come lo scompenso cardiaco (codice 428. ) o avvelenamenti da farmaci, medicamenti e prodotti biologici (codici 960-979), segnalare come diagnosi principale la malattia di base e il trattamento dialitico o di plasmateresi come procedura (codici 39.95, 54.98, 99.71).

## - ACCESSI VASCOLARI PER EMODIALISI

Nel paziente che si sottopone al primo intervento di preparazione di Fistola Artero-Venosa (FAV) per l'emodialisi, l'IRC (codice 585) è codificata come diagnosi principale e come procedura l'**arteriovenostomia** per dialisi renale (codice 39.27). Nel caso di utilizzo di innesti protesici per la costruzione di un accesso vascolare, segnalare in aggiunta il codice 39.29 (Altre anastomosi o by-pass vascolari [periferici]).

In caso di reintervento per complicanze correlate alla FAV preesistente, codificare la complicanza per la quale è richiesto il reintervento come diagnosi principale e la preparazione di una nuova fistola (codice 39.27) o la revisione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale (codice 39.42) quali procedure. Come nel caso di primo intervento, l'utilizzo di innesti protesici per la costruzione di un accesso vascolare va segnalato con il codice aggiuntivo 39.29 (Altre anastomosi o by-pass vascolari [periferici]).

Se il paziente è già in trattamento dialitico, utilizzare come diagnosi secondaria il codice V45.1 (Stato post-chirurgico di dialisi renale) se non viene sottoposto a dialisi durante il ricovero, oppure il codice V56.0 (Trattamento ulteriore che richiede emodialisi) se è sottoposto ad emodialisi durante il ricovero.

**diagnosi**

<b>codice</b>		<b>descrizione</b>
996.1	<i>DiaPr</i>	Complicanze meccaniche di altri dispositivi, impianti e innesti vascolari
996.62	<i>DiaPr</i>	Infezioni e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti vascolari
996.73	<i>DiaPr</i>	Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale
V45.1	<i>DSec</i>	Stato post-chirurgico di dialisi renale
V56.0	<i>DSec</i>	Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea (renale)
V56.8	<i>DSec</i>	Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi (peritoneale)

**intervento o procedura**

<b>codice</b>	<b>descrizione</b>
39.27	Arteriovenostomia per dialisi renale
39.29	Altre anastomosi o by-pass vascolari (periferici)
39.42	Revisione di anastomosi artero-venose per dialisi renale
39.43	Rimozione di anastomosi A-V per dialisi renale
39.49	Altra revisione di interventi vascolari
39.50	Angioplastica o arterectomia di un vaso non coronario
39.52	Altra riparazione di aneurismi
39.95	Emodialisi
54.98	Dialisi peritoneale

## • CATETERI VASCOLARI

In caso di impianto di catetere temporaneo o permanente per emodialisi, segnalare il codice 38.95 (Cateterismo venoso per dialisi renale) come procedura. Per la codifica della diagnosi principale seguire i criteri già indicati al punto precedente (vedi accessi vascolari) e, in caso di ricoveri verificatisi per la sola inserzione o rimozione di catetere per dialisi, utilizzare il codice V56.1 (Collocazione e sistemazione di catetere [extracorporeo] [peritoneale] per dialisi) in diagnosi principale.

In caso di utilizzo di dispositivo totalmente impiantabile segnalare il codice 86.07 (Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile).

## • ACCESSO PER DIALISI PERITONEALE

Quando è stato posizionato il catetere peritoneale per dialisi, segnalare l'IRC (codice 585) come diagnosi principale e la creazione di fistola cutaneo-peritoneale (codice 54.93) come procedura.

In caso di complicanza relativa al catetere peritoneale, segnalare il codice 996.73 (Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale) come diagnosi principale, e, come diagnosi secondaria, il codice V45.1 se il paziente non effettua dialisi, V56.8 (Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi) se effettua la dialisi peritoneale o V56.0 (Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea) se viene eseguita emodialisi.

Utilizzare il codice 97.82 (Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale) per la rimozione del catetere in caso di procedura non operatoria, o il codice 54.95 (Incisione del peritoneo), in caso di procedura operatoria.  
 Nei ricoveri effettuati per la sola inserzione o rimozione di catetere peritoneale segnalare il codice V56.1 (Collocazione e sistemazione di catetere [extracorporeo] [peritoneale] per dialisi) come diagnosi principale.

**diagnosi**

<b>codice</b>	<b>descrizione</b>
996.73 <i>DiaPr</i>	Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale
567._ <i>DiaPr</i>	Peritonite
V45.1 <i>DSec</i>	Stato post-chirurgico di dialisi renale
V56.0 <i>DSec</i>	Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea (renale)
V56.8 <i>DSec</i>	Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi (peritoneale)

**intervento o procedura**

<b>codice</b>	<b>descrizione</b>
39.95	Dialisi renale
54.98	Dialisi peritoneale
54.93	Creazione di fistola cutaneooperitoneale
54.95	Incisione del peritoneo
86.05	Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo
86.3	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo
97.82	Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale
99.2_ <i>IntPr</i>	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche
54.97 <i>InSec</i>	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale

### **Trapianto renale**

In caso di trapianto renale utilizzare il codice 55.69 (Eterotrapianto [indipendentemente da cadavere o vivente]) come procedura principale, segnalando in diagnosi principale IIRC (codice 585) se il trattamento dialitico non è stato iniziato o i codici V56.0 o V56.8 se viene effettuata dialisi.

In caso di ricovero per complicanze del trapianto segnalare il codice 996.81 (Complicazioni di trapianto di rene) come diagnosi principale e la patologia specifica come diagnosi secondaria. Se invece la patologia che determina il ricovero è indipendente dal precedente trapianto (es: appendicite acuta) segnalarla in diagnosi principale codificando lo stato di trapiantato V42.0 (Rene sostituito da trapianto) come diagnosi secondaria.