PARTE I

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE E DEGLI ASSESSORI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 luglio 2006, n.. **408.**

Adozione Linee guida per la compilazione e la codifica ICM-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera. Revisione 2006.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità:

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6;

VISTO il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n.1;

VISTO il D.lgs 502/92 art. 2 comma 2, art. 10 e successive modificazioni ed integrazioni;

RICHIAMATO il D.M. Sanità 15 aprile 1994 art. 4 comma 1;

VISTE le Linee Guida 1/95 per l'applicazione del D.M. Sanità 14 dicembre 1994, in relazione all'esigenza di sviluppare appropriati sistemi di controllo;

RICHIAMATO il D.L. 229/1999 articolo 8-octies (controlli) comma 3 che stabilisce i principi in base ai quali la Regione assicura la funzione di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità della assistenza prestata, determina il debito informativo e sviluppa i programmi per promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori addetti alla gestione della documentazione clinica;

VISTO il D.M. 380/2001 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;

RICHIAMATA 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 corretta descrizione e valutazione dell'assistenza ospedaliera;

RICHIAMATA la D.G.R. 1178/03 del 14 novembre 2003 "Piano sanitario regionale 2002-2004. Indirizzi strategici: appropriatezza ed efficacia degli interventi sanitari. Sistema regionale dei controlli esterni dell'attività ospedaliera. Modifica della D.G.R. 996/2001.

VISTA la L.R. 1 settembre 1999 n. 16 istitutiva dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP);

CONSIDERATO che la stessa legge all'art. 6 attribuisce all'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP) funzioni di supporto all'Assessorato regionale alla Sanità in materia di progettazione, promozione e sviluppo di modelli organizzativo-gestionali innovativi, anche su base sperimentale, orientati all'efficienza, all'efficacia e al miglioramento qualitativo dei servizi sanitari;

VISTO l'articolo 21, commi 4 e 5 della legge stessa;

RICHIAMATA la D.C.R. n. 114 del 31 luglio 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 Dimissioni 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;

CONSIDERATA la Deliberazione di Giunta Regionale del 20 dicembre 2002, n. 1737 "Adozione di linee guida per la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera" (Suppl. Ord. n. 3 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 5 del 20 febbraio 2003);

CONSIDERATA la Deliberazione di Giunta Regionale 8 aprile 2004, n. 283 "Modifiche ed integrazioni della D.G.R. n. 1737 del 20 dicembre 2002 avente per oggetto *Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-)-CM della scheda di dimissione ospedaliera"* (Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 16 del 10 giugno 2004);

VISTO l'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004 (rep. 2154), con il quale il Ministero della Salute e le Regioni e le Province Autonome hanno convenuto sull'adozione, a partire dal 1° luglio 2006, della versione italiana 2002 della International Classification of Diseases 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM), ai fini della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), e con il quale sono state fissate le modalità per la gestione della fase transitoria di adozione della suddetta classificazione;

VISTO il Decreto Ministeriale del 21 novembre 2005 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere", con il quale il Ministero della Salute prevede l'adozione su tutto il territorio nazionale della citata versione italiana 2002 della International Classification of Diseases 9th revision – Clinical Modification (ICM-9-CM), quale aggiornamento della precedente versione;

CONSIDERATA la Nota Prot. n. 92026/4A/01/1670 del 20 luglio 2005 dell'Assessore alla Sanità della Regione Lazio "Adozione della versione italiana 2002 della ICM-9-CM", che stabilisce che a partire dal 1° gennaio 2006 la Regione Lazio adotti la suddetta versione della Classificazione;

RILEVATA la necessità di aggiornare alla luce della nuova versione italiana 2002 della International Classification of Diseases 9th revision – Clinical Modification (ICM-9-CM) le 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;

CONSIDERATO che l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio ha provveduto a costituire, con la Decisione del Direttore Generale dell'ASP n. 87 del 13 aprile 2005, un gruppo di lavoro per l'aggiornamento alla versione italiana 2002 delle linee guida per la codifica ICM-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera;

PRESO ATTO delle valutazioni e conclusioni cui è pervenuto il citato gruppo di lavoro;

CONSIDERATE le valutazioni espresse dalle Società Medico-Scientifiche consultate;
RITENUTO di dover approvare l'allegato disciplinare tecnico "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera – Revisione 2006" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RILEVATA la necessità di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e dell' allegato disciplinare tecnico;

Ritenuto che la presente deliberazione non è soggetta a concertazione con le parti sociali;

All'unanimità

D E L I B E R A

1. di approvare l'allegato disciplinare tecnico "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera – Revisione 2006" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

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 quelle determinate nel suddetto disciplinare tecnico;

3. di disporre la pubblicazione del presente atto e dell'allegato disciplinare tecnico sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Presentazione

La pubblicazione della Revisione 2006 delle Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera riveste un importante significato per la Regione Lazio.
Il Servizio sanitario regionale deve infatti essere basato su un sistema di regole certe, trasparenti e condivise che permettano a tutti gli attori del sistema di svolgere i compiti e le funzioni loro assegnate nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità.
Da questa prospettiva, le informazioni cliniche relative all'attività ospedaliera sono elementi conoscitivi di grande rilievo, sia perché concorrono a determinare il finanziamento delle prestazioni erogate ai cittadini, sia perché vengono utilizzate con sempre maggiore frequenza a fini di valutazione della qualità dell'assistenza e dei requisiti per l'accreditamento degli istituti di ricovero e cura.
E' quindi utile che tutti i soggetti erogatori dispongano di strumenti aggiornati in grado di documentare con la necessaria accuratezza le prestazioni assistenziali e concorrere al governo clinico delle strutture di cura.
Da questo punto di vista, è necessario che le nuove Linee guida per la compilazione e la codifica abbiano la più ampia diffusione tra gli istituti di cura della Regione e rappresentino il riferimento tecnico essenziale per la codifica delle informazioni cliniche relative ai ricoveri ospedalieri.

L'Assessore alla Sanità
Augusto Battaglia

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

revisione 2006

a cura di: U.O.C. Valutazione Esterna - ASP Lazio
Donatella Canonaco, Antonio Filocamo, Enrico Materia

U.O. Analisi e Valutazione dell'Attività di Ricovero - ASP Lazio
Antonella Allegritti, Paolo Papini

U.P. SIO - ASP Lazio
Valeria De Pascali

Coordinamento e Direzione Scientifica - ASP Lazio
Gabriella Guasticchi

U.O.C. Sistemi Informativi Sanitari - ASL RME
Maria Grazia Acampora

revisione editoriale: Alessia Tiberio

grafica: Barbara De Masi

Introduzione

L'attività dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio nel miglioramento della qualità delle informazioni riportate dalla scheda di dimissione ospedaliera è stata in questi anni continua.

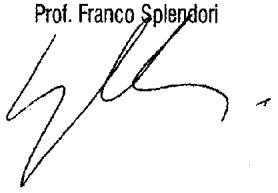
Un tale impegno è giustificato dall'importanza che i dati provenienti dal sistema informativo ospedaliero assumono nel finanziamento dell'attività ospedaliera e nella valutazione della qualità delle prestazioni erogate alla popolazione. La buona qualità delle informazioni trasmesse garantisce l'equità distributiva delle risorse a disposizione del Servizio sanitario regionale e consente valutazioni accurate dell'esito e dell'appropriatezza dell'assistenza fornita.

Tale costante impegno si è esplicato sia attraverso i sistemi di controllo e gli studi di valutazione sulla qualità della codifica delle informazioni cliniche sia, soprattutto, nella pubblicazione delle Linee guida regionali per la compilazione e la codifica della scheda di dimissione ospedaliera.

Per questi motivi, l'Agenzia ha intrapreso con tempestività la strada di aggiornare le Linee guida regionali e rendere disponibile a tutte le strutture regionali di ricovero il nuovo manuale.

La Revisione 2006 delle Linee guida regionali ha permesso di estendere le norme di codifica al nuovo sistema di classificazione ICD-9-CM 2002 e ha fornito nel contempo l'opportunità di aggiornare le raccomandazioni di codifica per molte discipline, nonché di riunire in un'unica pubblicazione i volumi precedentemente pubblicati e le ulteriori indicazioni contenute nelle circolari regionali.

Il Direttore Generale
Prof. Franco Splendori



Indice

- Metodologia
- Allergologia ed immunologia
- Angiologia
- Cardiochirurgia e cardiologia interventistica pediatrica
- Cardiologia
- Chirurgia generale
- Chirurgia della mammella
- Chirurgia pediatrica e neonatale
- Chirurgia plastica
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Dermatologia
- Ematologia ed oncoematologia
- Endocrinologia e diabetologia
- Gastroenterologia ed epatologia
- Malattie infettive e tropicali
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Oculistica
- Oncologia
- Ortopedia e traumatologia
- Ostetricia e ginecologia
- Otorinolaringoiatria
- Pediatria
- Pneumologia
- Psichiatria
- Radiologia interventistica
- Reumatologia
- Riabilitazione
- Urologia
- Altre regole di codifica

Metodologia

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 sono state concepite con l'obiettivo di fornire uno strumento agevole per la compilazione e la codifica della SDO, in aggiunta al manuale della Classificazione ICD-9-CM, 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.

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. Ciò al fine di ridurre la variabilità esistente sul territorio regionale tra le diverse tipologie di istituti di ricovero per quanto riguarda gli stili di codifica e, nello stesso tempo, migliorare l'equità distributiva delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario regionale, che rappresenta un obiettivo esplicito del sistema di pagamento a prestazione.
Inoltre, il miglioramento nelle attività di codifica permette di disporre di informazioni cliniche di più elevata qualità, necessarie per la valutazione delle diverse dimensioni 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.

Nel dicembre 2002 sono state pubblicate dall'Agenzia di Sanità Pubblica le Linee guida regionali, riguardanti la maggioranza delle principali discipline cliniche. Nei primi mesi del 2005, con la predisposizione delle Linee guida per le specialità cliniche non trattate precedentemente, è stato ulteriormente ampliato il campo d'azione che attualmente riguarda la quasi totalità delle discipline mediche di rilevanza ospedaliera.
Le Linee guida sono state redatte, con il coordinamento dell'Agenzia di Sanità Pubblica, 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.

L'adozione dal 1° gennaio 2006 della ICD-9-CM 2002 ha reso opportuna la predisposizione di una nuova edizione delle Linee guida.

Un gruppo di lavoro interno all'Agenzia di Sanità Pubblica ha revisionato le Linee guida esistenti, verificandone la coerenza e l'attualità alla luce delle novità apportate dalla nuova versione italiana della classificazione. Allorché la revisione ha suggerito modifiche sostanziali sono stati coinvolti i gruppi di lavoro responsabili della prima stesura. Inoltre sono state riviste ed aggiornate, mantenendo la metodologia precedentemente adottata, le Linee guida riguardanti alcune discipline cliniche, in particolare Neonatologia, Ortopedia e traumatologia, Pneumologia e Riabilitazione.

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: canonaco@asplazio.it o tiberio@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 descrescente 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 Angiologia e Patologia Vascolare
- 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 di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica
- Società Italiana di Chirurgia Toracica
- Società Italiana di Chirurgia Vascolare
- Società Italiana di Dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse
- Società Italiana di Ematologia
- Società Italiana di Diabetologia
- Associazione Medici Diabetologi
- Società Italiana di Endocrinologia
- Società Italiana Gastroenterologi Ospedalieri
- Società Italiana di Gastroenterologia
- Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali
- Società Italiana di Nefrologia
- Collegio Nefrologi Lazio
- Società Italiana di Neonatologia
- Società Italiana di Neurologia
- Società Oftalmologica Italiana
- Associazione Italiana di Oncologia Medica
- Società di Ortopedia e Traumatologia dell'Italia Centrale
- Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia
- Società Italiana di Medicina Perinatale

- Società Italiana di Otorinolaringoiatria
- Associazione Otorinolaringologi Ospedalieri Italiani
- Società Italiana di Pediatria
- Società Italiana di Medicina Respiratoria
- Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri
- Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica
- Società Italiana di Psichiatria
- 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 di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera. Roma: ASP, 2002.

2. Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera. Volume secondo. Roma: ASP, 2005.

3. 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.

4. Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Emilia Romagna. Linee guida per la codifica ICD-9-CM delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche della scheda di dimissione ospedaliera. Revisione 2003.

5. 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.

6. Area Management e Qualità dell'ANMCO. Qualità, Accreditamento e Gestione delle Unità Operative in Cardiologia. Torino: Centro Scientifico Editore, 2000.

7. Baldi M, Mariani Savini F, Passafiume F, Stefanelli S. Manuale operativo per la codifica degli episodi di ricovero in riabilitazione. ASL RMH, 2005.

8. Brown F. ICD-9-CM Coding Handbook, with Answers, 1997 Revised Edition. American Hospital Publishing, Inc., 1997.

9. 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.

10. 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.

11. 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. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1999.

12. Errigo E. Malattie Allergiche. Eziopatogenesi, diagnostica e terapia. Roma: Lombardo Editore, 1999.

13. Giuliano G, Zannini L, Bernabei M, et al. Classificazione delle cardiopatie congenite e degli interventi di cardiologia e cardiochirurgia pediatrica per una codifica standardizzata della documentazione di ricovero. G Ital Cardiol 1997; 27: 706-19.

14. Gruppo di Studio Pediatria Ospedaliera. Società Italiana di Pediatria. Il Sistema di Classificazione ICD-9-CM in Pediatria e Neonatologia. Bologna: EDITEAM, 2001.

15. IUIS Scientific Group. Primary Immunodeficiency Diseases Report of an IUIS Scientific Group. Clin Exp Immuno 1999; 118: 51.

16. 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.

17. 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.

18. National Centre for Classification in Health (Australia). ICD-10-AM Mental Health Manual. An integrated classification and diagnostic tool for community-based mental health services. Sidney: National Centre for Classification in Health, 2002.

19. Osservatorio Epidemiologico Provinciale della Provincia Autonoma di Bolzano. Linee guida per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Agosto 2002.

20. Osservatorio Epidemiologico Provinciale della Provincia Autonoma di Bolzano. Linee guida per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Dicembre 2004.

21. 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.

22. Regione Lombardia. Direzione Generale Sanità. Linee Guida per la codifica degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche. Revisione 2000.

23. Regione Lombardia. Direzione Generale Sanità. Linee Guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche. Revisione 2003.

24. Who Position Paper. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases. Allergy 1997; 53 (suppl. 44): 20-3.

25. World Health Organization. Multiaxial Presentation of the ICD-10 for use in Adult Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

26. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders - Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (CDDG). Geneva: WHO, 1992.

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
prof. Claudio Allegra	Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata
dott.ssa Antonella Allegritti	ASP LAZIO
prof. Vito Amorese	Ospedale Spolverini - Ariccia
prof. Lucio Annibaldi	Regione Lazio
dott.ssa Valeria Antenucci	IRCCS Bambino Gesù
dott. Salvatore Antonelli	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
prof. Domenico Arduini	Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina
dott. Orlando Armignacco	Ospedale Belcolle - Viterbo
prof. Marcello Assumma	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
prof. Maurizio Bacigalupi	ASL RM B
dott. Giovanni Baglio	ASP LAZIO
dott. Piero Bagolan	IRCCS Bambino Gesù
dott. Mario Baldi	ASP LAZIO
dott. Alberto Balzani	Policlinico Universitario Umberto I
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
prof. Stefano Calvieri	Policlinico Universitario Umberto I
dott. Antonio Cannistrà	ASL RM G
dott.ssa Donatella Canonaco	ASP LAZIO
prof. Tonino Cantelmi	Regione Lazio
dott. Salvatore Caputo	Policlinico Universitario Agostino Gemelli
dott.ssa Anita Carlizza	Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata
dott. Guglielmo Cascia	ICOT
prof. Antonio Castellano	Ospedale San Paolo - Civitavecchia
dott. Rino Caterino	Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
dott. Luca Cecchini	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
dott. Massimo Cerasoni	ASL RM H
dott.ssa Marina Cerimele	Azienda Ospedaliera San Filippo Neri
dott. Francesco Chiaramonte	ASL RM E
dott. Luca Chinni	IRCCS IDI
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
dott. Vincenzo Cilenti	IRCCS IFO
dott. Giuseppe Claps	Ospedale San Giuseppe - Marino
dott. Furio Colivicchi	Azienda Ospedaliera San Filippo Neri
dott. Carlo Corchia	IRCCS Bambino Gesù
dott. Fabio Massimo Corsi	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
prof. Enrico Cortesi	Policlinico Universitario Umberto I
dott. Renzo Cristiani	IRCCS IFO
dott.ssa Elisabetta Cupellaro	Ospedale Santa Maria Goretti - Latina
dott. Renato Cutrera	IRCCS Bambino Gesù
dott.ssa Gianna D'Adamo	Ospedale Santo Spirito - Roma
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
dott.ssa Elvira Di Gianfrancesco	ASL RM C
prof. Salvatore Di Giulio	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
dott. Domenico Di Lallo	ASP LAZIO
dott. Ignazio Epifani	ASL RM D
prof. Aldo Felici	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
dott. Antonio Filocamo	ASP LAZIO
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. Andrea Gaddini	ASP LAZIO
dott.ssa Maria Gagliardini	Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata
prof. Alberto Galante	Policlinico Universitario Tor Vergata
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	Policlinico Universitario Umberto I
dott. Bruno Kropp	Ospedale Regionale Oftalmico
dott. Luigi Laino	Policlinico Universitario Umberto I
dott. Tommaso Langiano	IRCCS Bambino Gesù
dott. Fernando Larciprete	Ospedale San Giuseppe - Marino
dott. Domenico Lepore	Policlinico Universitario Agostino Gemelli
dott.ssa Ilaria Lesnoni La Parola	IRCCS IFO
dott. Prospero Limongelli	ASP LAZIO
dott. Giovanni Lo Monaco	Ospedale Belcolle – Viterbo
dott. Nicola Luciani	Policlinico Universitario Agostino Gemelli
prof. Giuseppe Luzi	Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
prof. Carlo Mammarella	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
dott. Massimo Marangi	Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
prof.ssa Elsa Marchitelli	Ospedale Sant'Eugenio - Roma
dott.ssa Francesca Mariani Savini	ASP LAZIO
dott. Marco Massucci	Ospedale Santa Maria Goretti – Latina
prof. Pierpaolo Mastroiacovo	Policlinico Universitario Agostino Gemelli
dott. Alberto Materia	Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
dott. Enrico Materia	ASP LAZIO
dott. Ennio Mazzera	IRCCS Bambino Gesù
dott.ssa Daniela Meli	ASL RM H
dott. Ivano Mezzaroma	Policlinico Universitario Umberto I
prof. Fabio Midulla	Policlinico Universitario Umberto I
prof. Giovanni Minisola	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

dott. Roberto Monarca	ASL Viterbo
dott. Marco Montanaro	Ospedale Sant'Anna - Ronciglione
prof. Giuseppe Naccarato	Ospedale San Sebastiano Martire - Frascati
dott. Pasquale Narciso	IRCCS Spallanzani
dott. Marino Nonis	Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina
dott. Bruno Notargiacomo	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
prof. Marcello Orzalesi	IRCCS Bambino Gesù
dott. Francesco Pallotta	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
dott. Stefano Paolucci	IRCCS Fondazione Santa Lucia
dott. Enrico Papini	Ospedale Regina Apostolorum - Albano
dott. Fabio Passafiume	ASL RM H
prof. Giampiero Patriarca	Policlinico Universitario Agostino Gemelli
dott.ssa Gabriella Pecci	Policlinico 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
prof. Camillo Riccioni	Ospedale Nuovo Regina Margherita - Roma
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. Girolamo Salone	Ospedale Santa Maria Goretti - Latina
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	Policlinico Universitario Umberto I
dott. Enrico Scarantino	Azienda Ospedaliera San Filippo Neri
dott. Giulio Seganti	IRCCS Bambino Gesù
prof. Antonio Spadaro	Policlinico Universitario Umberto I
dott. Cosimo Spinelli	Ospedale Santo Spirito - Roma
prof. Giorgio Splendiani	Policlinico Universitario Tor Vergata
prof. Antonio Sturniolo	Complesso Integrato Columbus
dott.ssa Daniela Terribile	Policlinico Universitario Agostino Gemelli
prof. Vincenzo Toscano	Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
dott. Stefano Treggiari	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
prof. Alberto G. Ugazio	IRCCS Bambino Gesù
prof. Guido Valesini	Policlinico Universitario Umberto I
prof. Piero Vernia	Policlinico Universitario Umberto I
dott. Massimo Volpe	Policlinico Universitario Agostino Gemelli
dott. Angelo Zoli	Complesso Integrato Columbus
dott.ssa Maria Rachele Zylberman	Ospedale San Giovanni Battista - Roma

Nefrologia

A cura di:

- dott.ssa Antonella Allegritti
- dott.ssa Maria Pia Beraldi
- dott.ssa Gianna D'Adamo
- prof. Salvatore Di Giulio
- dott. Enrico Materia
- dott.ssa Gabriella Pecci
- dott. Cosimo Spinelli
- prof. Giorgio Splendiani
- prof. 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:

diagnosi

codice	descrizione
277.3 *DiaPr*	Amiloidosi
710.0 *DiaPr*	Lupus eritematoso sistemico
581._ _ *DSec*	Sindrome Nefrosica
582._ _ *DSec*	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

codice		descrizione
276._	*DiaPr*	Disordine dei liquidi, degli elettroliti e dell'equilibrio acido-base
402._ _	*DiaPr*	Cardiopatia ipertensiva
420.0	*DiaPr*	Pericardite uremica
567._	*DiaPr*	Peritonite
451._ _	*DiaPr*	Flebite e tromboflebite
799.4	*DiaPr*	Cachessia
V45.1	*DSec*	Stato post-chirurgico di dialisi renale
V56.0	*DSec*	Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea (renale)
V56.8	*DSec*	Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi (peritoneale)

intervento o procedura

codice	descrizione
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 plasmaferesi 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

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

intervento o procedura

codice	descrizione
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 per dialisi) o il codice V56.2 (Collocazione e sistemazione di catetere 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 cutaneoperitoneale (codice 54.93) come procedura.
In caso di complicanze relative al catetere peritoneale, segnalare i codici 996.56 (Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale) o 996.68 (Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale) 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 V56.2 (Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi) come diagnosi principale.

diagnosi

codice		descrizione
996.56	*DiaPr*	Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale
996.68	*DiaPr*	Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale
567._	*DiaPr*	Peritonite
V45.1	*DSec*	Stato post-chirurgico di dialisi renale
V56.0	*DSec*	Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea (renale)
V56.8	*DSec*	Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi (peritoneale)

intervento o procedura

codice		descrizione
39.95		Dialisi renale
54.98		Dialisi peritoneale
54.93		Creazione di fistola cutaneoperitoneale
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_	*IntPr*	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche
54.97	*InSec*	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 l'IRC (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.

Prelievo di rene

Intervento o procedura

codice	descrizione
89.97	Prelievo rene

Questo codice non appartiene alla Classificazione ICD-9-CM, ma è stato introdotto nella Regione Lazio con Circ. n. 39/99 dell'Assessorato alla Salvaguardia e Cura della Salute, e confermato con Nota Prot. 92026/4A/01/1670 del 20/7/05 dell'Assessorato alla Sanità.