

A.O.O.I.

Quaderni Monografici di Aggiornamento

DRG-ROD in Otorinolaringoiatria

A Cura di Eugenio Pallestrini

- [INTRODUZIONE](#)
- [LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA](#)
- [CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE MALATTIE](#)
- [DIAGNOSI PRINCIPALE](#)
- [I CODICI V](#)
- [ALTRE DIAGNOSI](#)
- [INTERVENTI CHIRURGICI E PROCEDURE DIAGN.](#)
- [LA CODIFICAZIONE DRG](#)
- [ATTRIBUZIONE DEI DRG](#)
- [LOGICA DI ATTRIBUZIONE DEI DRG](#)
- [DRG CHIRURGICI](#)
- [DRG MEDICI](#)
- [INDICE DI CASE-MIX E INDICE PERFORMANCE](#)
- [PESI RELATIVI DEI DRG](#)
- [SUGGERIMENTI PRATICI](#)
- [GLOSSARIO](#)
- [BIBLIOGRAFIA](#)
- [I DRG - ROD](#)
- [DRG IN ORL](#)
- [BIBLIOGRAFIA](#)

● IV APPENDICE



Tutti i Diritti Riservati

INTRODUZIONE

[Home Page](#)  [Cerca su GioFil](#)

INTRODUZIONE

L'introduzione di nuovi metodi di gestione dei Servizi Sanitari, tesi ad una maggior responsabilizzazione dei tecnici sull'impiego delle risorse e sulla qualita' dei servizi erogati, richiede lo sviluppo di nuovi strumenti gestionali ed in particolare l'adozione di nuovi metodi di valutazione degli outputs (risultati intermedi) dell'attivita' sanitaria.

Da ora in poi le aziende dovranno porre particolare attenzione alla quantificazione dei costi, dato che per ogni minimo incremento di costo si ha una pari riduzione del profitto: gli strumenti e le logiche aziendali consentono di mettere in relazione tra loro, nell'ambito del sistema ospedaliero, i seguenti elementi:

- input (risorse impiegate quali uomini, attrezzature, materiali, ecc)
- output (servizi di tipo diagnostico, terapeutico, assistenziale, ecc)
- outcome (risultato conseguito dai pazienti in termini di miglioramento della salute)

In passato la valutazione dell'attivita' ospedaliera venne conseguita attraverso l'utilizzazione di indicatori basati sulle giornate di degenza, sull'indice di occupazione, l'indice di rotazione del posto letto, ecc., ma i parametri tradizionalmente usati risultarono ben presto insufficienti per valutare le relazioni tra i fattori descritti sopra, per cui nacque l'esigenza di definire la casistica dei pazienti ricoverati nelle strutture clinico-ospedaliere che, considerati insieme al volume di attivita' e dei servizi utilizzati permisero di definire il prodotto ospedaliero. Dal momento che la patologia e le caratteristiche dei pazienti rappresentano la primaria motivazione al consumo delle risorse e dei servizi, la misura piu' appropriata del prodotto venne quindi individuata nel rapporto tra le caratteristiche del paziente e le risorse ad esso attribuite.

La proporzione dei diversi casi che l'Ospedale tratta, rappresenta la sua casistica, cioe' il suo case-mix.

A partire dal 1 gennaio 1995 e' entrata in vigore la nuova normativa che prevede il rimborso forfettario dell'azienda sanitaria in base a calcoli effettuati su coefficienti indicati da apposite tabelle (sistema DRG-Diagnosis Related Groups). In pratica l'azienda ospedaliera, (e per certi versi ciascuna unita' operativa), diventa una azienda con un numero di prodotti pari alla quantita' di pazienti osservati: ciascun prodotto e' specificato in termini di diagnosi e di trattamento.



Tutti i Diritti Riservati

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

[Home Page](#)  [Cerca su GioFil](#)

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e' stata istituita con il Decreto del Ministro della Sanita' del 28 dicembre 1991 come strumento di base per attivare il flusso informativo e al fine di garantire l'omogeneita' dei dati rilevati sull'intero territorio nazionale, cosi' da consentirne elaborazioni, aggregazioni e confronti a vari livelli.

La SDO rappresenta lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

Essa deve recare la firma del medico curante, nonche' quella del responsabile di divisione, il quale assume la responsabilita' della regolare compilazione della stessa, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 128/1969. Costituiscono compito del direttore sanitario la verifica della completezza delle informazioni contenute nella SDO e la trasmissione delle stesse alla Regione ed al Ministero della Sanita'.

La SDO costituisce pertanto una rappresentazione sintetica della cartella clinica con la finalita' di permettere una raccolta economica e di qualita' controllabile di alcune delle informazioni contenute nella cartella medesima. Possiede inoltre tutte le informazioni necessarie e sufficienti per poter classificare ciascun ricovero secondo il sistema DRG individuandone la relativa tariffa.

La SDO rappresenta una parte integrante della cartella clinica della quale assume la stessa rilevanza medico-legale: e' pertanto un atto pubblico, dotato di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione obbliga la responsabilita' del medico.

Essa corrisponde ad un singolo ricovero comprendente tutto il periodo di degenza nella struttura sanitaria, pertanto ogni trasferimento interno deve essere segnalato senza la chiusura e la successiva riapertura del ricovero (D.M. 28 dicembre 1991).

L'utilizzo dei dati contenuti in un sistema informativo ospedaliero orientato all'analisi della casistica trattata (case-mix) dipende in larga misura dalla completezza, dall'accuratezza e

dalla specificita' nella compilazione della SDO nonche' dalla correttezza nella codifica delle informazioni rilevate: da quanto esposto si deduce l'estrema importanza dell'atto compilativo della scheda di dimissione.

Le informazioni previste dalla SDO rispondono alle esigenze di descrivere le caratteristiche essenziali di un ricovero ospedaliero e cioe':

- diagnosi principale,
- motivo e modalita' del ricovero,
- diagnosi secondarie,
- interventi/procedure,
- stato e modalita' di dimissione.

Queste informazioni, inoltre, devono soddisfare il seto minimo di dati raccomandato dalla Comunita' Europea:

- identificazione dell'ospedale,
- identificazione del paziente,
- sesso,
- eta',
- stato civile,
- residenza,
- data di ricovero,
- durata della degenza,
- stato alla dimissione,
- diagnosi principale,
- altre diagnosi,
- procedure chirurgiche ed ostetriche,
- altre procedure significative.

Affinche' una SDO venga codificata correttamente devono essere ottemperati i seguenti quattro requisiti in maniera puntuale e precisa:

- descrizione di tutti i problemi clinici presenti e trattati,
- selezione accurata della diagnosi principale rispetto alle concomitanti,
- selezione dell'intervento chirurgico principale dagli altri interventi o procedure,
- attribuzione dei giusti codici.

La scheda e' suddivisa in due parti, una anagrafico-amministrativa che viene compilata al momento dell'accettazione del paziente e l'altra sanitaria che deve essere compilata alla dimissione dal personale sanitario che ha assistito il paziente durante la degenza.



Tutti i Diritti Riservati

CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE MALATTIE

[Home Page](#)[Cerca su GioFil](#)

LA CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DELLE CAUSE DI MORTE

Con il decreto istitutivo della SDO si stabilisce anche che per la codifica delle diagnosi principali e secondarie deve essere utilizzato il sistema di classificazione ICD-9, mentre per le procedure chirurgiche e diagnostico-terapeutiche deve essere usata la classificazione ICD-9-CM.

Il Codice ICD-9 e' in uso in Italia dal 1979 e comprende due volumi di circa 500 pagine ciascuno che rappresentano l'edizione italiana curata dall'ISTAT del manual of the international classification of diseases basato sulle raccomandazioni della IX Conferenza di revisione (Ginevra 1975) adottata dalla XXIX Assemblea dell'OMS. La Modificazione Clinica dell'ICD-9 (ICD-9-CM) e' stata invece sviluppata a partire dal 1979 negli Stati Uniti da un opportuno Comitato.

Il Codice ICD-9 vede elencate nel suo contesto oltre 5000 entita' tra diagnosi, sintomi e segni, particolari condizioni anamnestiche e socio-sanitarie; l'indice alfabetico (II volume) consente una agevole ricerca di ciascuna voce, mentre l'elenco sistematico (I volume) contiene tutte le indicazioni accessorie per verificare la correttezza della codifica effettuata.

Per un utilizzo corretto del manuale si consiglia di partire sempre dalla consultazione del II volume al fine di individuare il termine piu' vicino a quello riportato nella cartella clinica; e' quindi opportuno effettuare una verifica sul I volume per esaminare ulteriori codici correlati ed eventualmente meglio descrittivi.

La Classificazione analitica e' suddivisa in 17 capitoli, di cui 10 dedicati alle condizioni relative a specifici organi e sistemi mentre gli altri 7 descrivono condizioni sistemiche o particolari cause di morte o di malattia. La sezione relativa alle Classificazioni internazionali supplementari e speciali comprende ulteriori quattro classificazioni delle quali soltanto quella relativa ai codici V (classificazione dei dattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari) puo' essere

utilizzata per la codifica delle diagnosi della SDO:

- classificazione supplementare delle cause esterne dei traumatismi e degli avvelenamenti (Codice E),
- morfologia dei tumori (Codice M),
- classificazione dei fattori che influenzano lo stato di salute (Codice V),
- classificazione degli incidenti industriali secondo l'agente.

Ogni settore dell'elenco sistematico e' organizzato in sottocapitoli, categorie e sottocategorie.

La Modificazione Clinica della ICD-9 (ICD-9-CM) e' stata messa a punto per conferire una maggior specificita' alla precedente classificazione e per renderla piu' adattabile alla codifica delle diagnosi di dimissione permettendo anche la elaborazione di una classificazione degli interventi e procedure chirurgiche. La ICD-9-CM consta di tre volumi di cui i primi due sono relativi alle diagnosi, mentre il terzo contiene la parte sistematica e l'indice alfabetico delle procedure chirurgiche.

In Italia e' stata adottata solo la traduzione del terzo volume a partire dal 1 gennaio 1994: la classificazione si presenta in un unico volume che e' costituito da una parte sistematica e da una alfabetica: I codici della parte sistematica sono strutturati a quattro cifre delle quali le prime due indicano generalmente un organo o una sua parte mentre le altre due cifre, poste dopo il segno di interpunzione, indicano la sede dell'intervento ed il tipo.



Tutti i Diritti Riservati

DIAGNOSI PRINCIPALE

[Home Page](#)[Cerca su GioFil](#)

DIAGNOSI PRINCIPALE

La diagnosi principale (DP) di dimissione costituisce la condizione morbosa principale trattata o presa in esame durante il ricovero, ovvero la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i piu' importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggiore quantita' di risorse in termini diagnostici e di trattamento.

La diagnosi principale e' pertanto "unica"; se durante la degenza sono state trattate piu' condizioni morbose, deve essere selezionata come "principale" quella che a posteriori giustifica il ricovero o il maggior assorbimento di risorse.

La scelta della diagnosi principale e' legata a quattro regole fondamentali e specifiche, formulate dall'OMS e riportate nell'introduzione al primo volume della Classificazione Internazionale delle Malattie e delle Cause di Morte:

- quando una condizione morbosa di minore importanza (...) e' registrata come causa principale ed una condizione morbosa piu' importante, relativa alla specialita' che curo' il malato e/o al trattamento praticato e' registrata tra le "altre" condizioni morbose, scegliere quest'ultima come condizione morbosa principale;

- se parecchie condizioni morbose sono elencate nella parte del modello riservato alla condizione morbosa principale ed altri particolari indirizzano verso una di esse che, ovviamente, e' la condizione morbosa principale per la quale il paziente ha ricevuto cure, scegliere questa condizione morbosa;

- se un sintomo, un segno o un problema e' indicato come la condizione morbosa principale, ma in realta' e' un sintomo, un segno,.... o un problema di una condizione morbosa diagnosticata e oggetto delle cure praticate, scegliere tale condizione morbosa;

- quando la "diagnosi principale" descrive una condizione morbosa in termini generici e un termine che fornisce informazioni piu' precise circa la sede o la natura di detta condizione morbosa e' indicato tra le "altre diagnosi", scegliere questa ultima

condizione morbosa.

La selezione della diagnosi principale di dimissione al momento della compilazione della SDO e' l'elemento critico per l'attribuzione del paziente ad un DRG in quanto determina la MDC cui il ricovero viene attribuito e tutte le successive partizioni che vengono effettuate entro la MDC attribuita inizialmente.

Al termine dell'iter diagnostico-terapeutico il medico del reparto dimettente dovra' selezionare come diagnosi principale alla dimissione la condizione morbosa che durante il ricovero ha comportato i maggiori problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggior quantita' di risorse in termini diagnostici, terapeutici e pertanto economici.

Ad esempio, se un paziente viene ricoverato per una sintomatologia vertiginosa che si rivela causata da un neurinoma del nervo acustico, la diagnosi principale alla dimissione e' rappresentata dal neurinoma dell'VIII nervo cranico. Tuttavia se durante un ricovero per accertamenti in un paziente con sindrome di Meniere viene incidentalmente formulata la diagnosi di neoplasia gastrica che viene prontamente trattata con un intervento chirurgico determinando largamente la quantita' ed il tipo di risorse assistenziali assorbite, la diagnosi principale alla dimissione sara' indicata nella neoplasia gastrica, indipendentemente dal motivo iniziale del ricovero.

Si precisa nuovamente che la diagnosi principale e' unica ed eventuali complicanze e' stati morbosi coesistenti devono essere segnalati in ordine di importanza come patologie concomitanti o complicanze, sino ad un massimo di tre.

Nel caso in cui non si dovesse giungere ad una diagnosi ben precisa, e solo in questo caso, si potra' ricorrere alle voci ed ai codici del settore "sintomi e segni" di manuale in uso, per una corretta selezione e codifica della diagnosi principale, si consiglia l'accurata lettura delle pagine introduttive del I Volume della ICD-9.



Tutti i Diritti Riservati

I CODICI V

[Home Page](#)[Cerca su GioFil](#)

I CODICI V

Fra le classificazioni supplementari quella dei codici V (classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai Servizi Sanitari) e' l'unica utilizzabile nella codifica della diagnosi principale di dimissione. Tale capitolo risulta essere molto ampio e dettagliato e deve essere utilizzato con oculatezza per l'indicazione della diagnosi principale: bisogna infatti preferire la codifica della patologia che ha determinato la richiesta della prestazione, anche se quest'ultima e' descritta da un codice specifico nel settore V. Numerosi codici V designano l'esecuzione di procedure diagnostico-terapeutiche presenti anche nella classificazione degli interventi chirurgici per cui la loro utilizzazione puo' generare confusione nella scelta.

In alcuni casi particolari pero', dovendo riportare come diagnosi principale la descrizione del motivo che ha prodotto il contatto con la struttura sanitaria, si devono, per necessita', utilizzare i codici V. La regola empirica e' di utilizzare questi codici solo quando un paziente affetto da una patologia che e' gia' stata definita, viene nuovamente ricoverato per essere sottoposto ad ulteriori prestazioni terapeutiche. L'utilizzo di questi codici e' utile soprattutto per la degenza in Day Hospital.

Ad esempio si puo' ricorrere all'uso del codice V quando un paziente viene ricoverato per essere sottoposto a chemioterapia (V 58.1) o a trattamento radioterapico (v 58.0), in tal caso la diagnosi di neoplasia dovra' essere riportata tra quelle secondarie. Analogamente per un paziente precedentemente sottoposto ad intervento chirurgico per tumore maligno e nuovamente ricoverato per un controllo si dovra' utilizzare il codice V 67.0.

Codici V di interesse otorinolaringoiatrico possono essere, per esempio:

- V 10 = anamnesi personale di tumore maligno
- V 10.0 = apparato digerente
- V 10.1 = trachea, bronchi, polmoni

- V 44 = presenza di aperture artificiali
- V 44.0 = tracheotomia (che non richiede sorveglianza o trattamento)
- V 55 = controllo di aperture artificiali
- V 55.0 = tracheotomia (complicazioni di orifizio esterno).



Tutti i Diritti Riservati

ALTRE DIAGNOSI

[Home Page](#)[Cerca su GioFil](#)

ALTRE DIAGNOSI

Nella cartella clinica talora sono documentate piu' forme morbose oltre a quella principale: tra queste devono essere selezionate e codificate quelle che, a giudizio del medico, hanno esercitato un maggior peso sia in relazione alle necessita' assistenziali, sia alla complessita' del trattamento ricevuto dal paziente.

E' opportuno quindi differenziare le patologie concomitanti dalle complicanze insorte durante il ricovero e dalle specificazioni della diagnosi principale.

- Patologie concomitanti o associate: sono quelle forme morbose che coesistono alla malattia principale senza rapporto di causa effetto con quest'ultima e devono essere ben documentate nella cartella clinica.

- Complicanze insorte durante il ricovero: sono quelle forme morbose non presenti all'atto del ricovero e non correlate alla diagnosi principale (per esempio le infezioni).

- Specificazioni della diagnosi principale o diagnosi secondarie: sono quelle patologie particolarmente rilevanti che servono a meglio definire la diagnosi principale.

E' inoltre importante codificare eventuali segni e sintomi rilevabili all'atto del ricovero e riferibili ad un'altra patologia precedentemente diagnosticata in quanto, pur non modificando talora l'attribuzione al DRG, danno comunque informazioni piu' complete sulla severita' del paziente trattato.



Tutti i Diritti Riservati

INTERVENTI CHIRURGICI E PROCEDURE DIAGN.

[Home Page](#)[Cerca su GioFil](#)

INTERVENTI CHIRURGICI E PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE

Gli interventi chirurgici e le procedure diagnostico-terapeutiche, codificate con codici differenti da quelli di diagnosi, sono elencati nel III Volume della ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification).

Questo volume risulta costituito da due parti: la prima sistematica, mentre la seconda e' un indice alfabetico delle singole voci, inclusi sinonimi, eponimi ed acronimi di uso piu' frequente.

La parte sistematica si compone di due settori di cui il primo (codici da 01.- a 86.-) include prevalentemente interventi chirurgici maggiori, endoscopici e biopsie, mentre il secondo settore (codici da 87.- a 99.-) comprende le procedure diagnostiche e terapeutiche strumentali.

I codici dell'intervento/procedura sono di tre o quattro cifre e vengono distinti in:

- sezioni (prime due cifre),
- categorie (terza cifra),
- sottocategorie (quarta cifra).

Ad esempio:

21 intervento sul naso,
 21.8 intervento di riparazione e di plastica del naso,
 21.84 revisione di rinoplastica,
 naturalmente il codice da usarsi e' il 21.84.

L'indice alfabetico delle voci e' utile per un facile reperimento dell'intervento/procedura ricercata, ma e' buona regola controllare sempre il codice corrispondente nella parte sistematica per verificare la congruita' della scelta e l'eventuale presenza di note che specificano esclusioni od inclusioni relative al codice selezionato.

La SDO prevede la possibilita' di codificare sino a quattro interventi chirurgici/procedure effettuate durante il ricovero; naturalmente se nel corso del medesimo ricovero sono state effettuate plurime procedure chirurgiche si provvedera' a

selezionare e codificare come principale quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse e/o maggiormente correlata alla diagnosi principale.

Negli altri spazi andranno invece riportate le ulteriori procedure piu' importanti eseguite durante il ricovero segnalando sempre, prima di tutte, quelle chirurgiche e quindi quelle diagnostiche e terapeutiche.

E' opportuno ricordare le procedure in ambito ORL che influenzano l'assegnazione al DRG:

- esami endoscopici: tutte le endoscopie delle vie respiratorie, se la diagnosi principale e' descritta dai codici V 10- e V 71-, determinano l'attribuzione la DRG 412, altrimenti si determina il 411;

- ventilazione meccanica continua (96, 70, 96.71, 96.72);

- tracheotomia temporanea (31.1).



Tutti i Diritti Riservati

LA CODIFICAZIONE DRG

[Home Page](#)[Cerca su GioFil](#)

LA CODIFICAZIONE DRG: principi di base

La descrizione del "prodotto" ospedaliero inteso come risultante dell'attivita' di "produzione" ospedaliera (case-mix) e' molto complessa ed e' costituita da tre momenti fondamentali:

- il volume delle prestazioni erogate,
- la qualita' delle prestazioni stesse, intesa soprattutto come tipologia,
- la complessita' delle patologie trattate.

Di questi tre fattori la complessita' delle case-mix costituisce il determinante maggiore della variabilita' dei costi e dell'efficienza produttiva dell'azienda ospedaliera e delle singole unita' operative.

Il sistema DRG e' il piu' noto ed utilizzato tra i metodi elaborati per la classificazione del case-mix.

Il Diagnosis Related Groups (DRG), definiti in Italia "Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (ROD)", sono stati inizialmente definiti verso la fine degli anni Settanta dal gruppo di Robert Fetter alla Universita' di Yale per definire una misura del prodotto ospedaliero che permettesse una valutazione della gestione interna dell'ospedale ed una valutazione di tipo comparativo della sua efficienza operativa, in grado di affrontare le diverse esigenze gestionali e i differenti punti di vista sia dei clinici che degli amministratori; quindi i DRG dovevano consentire una corretta relazionabilita' tra input, output, outcome ed indicatori dell'attivita' clinico-ospedaliera.

L'obiettivo specifico dei DRG e' pertanto quello di descrivere la complessita' assistenziale della casistica dei pazienti ricoverati in strutture sanitarie "per acuti" attraverso la identificazione di categorie di ricoveri. La significativita' clinica di ciascuna categoria finale e' stata definita come la possibilita' di anticipare dalla descrizione delle principali caratteristiche cliniche di ciascun gruppo i bisogni assistenziali ed il profilo previsto per ogni raggruppamento di ricoveri.

La prima versione dei DRG e' stata sviluppata nel 1979 e comprendeva 383 gruppi finali definiti a partire dai codici della

Classificazione Internazionale delle Malattie, ottava revisione (ICD 8 - A).

Successivamente sono state messe a punto ulteriori versioni, progressivamente piu' sofisticate, per ottenere una maggiore specificita' clinica sino ad arrivare alla Modificazione Clinica della ICD-9 (ICD9-CM) che rappresenta il sistema di codici su cui si basano le versioni attuali dei DRG.

Per quanto gli obiettivi iniziali che avevano motivato l'introduzione dei DRG fossero stati principalmente orientati alla identificazione di uno strumento utile alla gestione interna degli ospedali, a partire dal 1983 i DRG sono stati utilizzati dalla HCFA (Health Care Financing Administration) come base del PPS (Prospective Payment System) degli ospedali americani per i ricoveri dei pazienti assistiti dal programma Medicare, un programma del governo federale per l'assistenza sanitaria ai pazienti di oltre sessantacinque anni di eta'.

Il SSN italiano ha adottato, tra le numerose versioni che derivano dagli aggiornamenti annuali effettuati per tener conto della evoluzione della pratica clinica, la decima versione della Health Care Financing Administration (HCFA-DRGs, 10).

I DRG/ROD sono un sistema di classificazione dei ricoveri negli Ospedali per acuti, costruiti a partire dalle informazioni contenute nelle schede di accettazione/ dimissione ospedaliera, che definiscono, nella decima versione HCFA, 489 categorie finali di ricoveri clinicamente significative ed omogenee al loro interno quanto a consumo di risorse assistenziali e quindi anche rispetto ai costi di produzione dell'assistenza.

I DRG sono un sistema di classificazione e non di codifica: la distinzione tra gli uni e gli altri e' importante sia operativamente che concettualmente. Da un punto di vista concettuale le classificazioni si distinguono da un sistema di codifica in quanto questo e' un puro descrittore di eventi, mentre le prime hanno una propria logica di organizzazione che definisce le condizioni di similarita' tra casi diversi attribuiti alla stessa categoria.

I DRG pertanto non sono una alternativa alla codifica delle diagnosi di dimissione secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9), ma la utilizzano come una delle variabili, per quanto la piu' importante, che determina l'attribuzione di un ricovero ai gruppi finali, assieme agli eventuali interventi chirurgici, alla patologia concomitante, all'eta' e allo stato alla dimissione.

I criteri principali della logica di classificazione nel DRG sono rappresentati dalla omogeneita' nel consumo di risorse e dalla significativita' clinica della categoria finale.

La tariffa quindi associata a ciascun DRG si riferisce al costo

medio dei ricoveri attribuiti allo stesso gruppo ed entro ciascun DRG esiste sempre un certo numero di ricoveri con costi inferiori alla media accanto a ricoveri con costi superiori a quelli riconosciuti dalla tariffa.

Si possono pertanto porre problematiche relative alla equita' del finanziamento quando uno specifico ospedale ricovera principalmente pazienti i cui costi di gestione cadono agli estremi nell'ambito della variabilita' intra-DRG: ad esempio gli ospedali, o le unita' operative, riferimento per il trattamento di condizioni morbose particolarmente gravi o che richiedono una assistenza complessa sono esposti ad un rischio finanziario improprio ed iniquo (12) (p. es.: patologia oncologica demolitiva con tempi plastici ricostruttivi impegnativi quali i lembi liberi rivascularizzati; interventi chirurgici in pazienti con grave compromissione della crasi ematica). Egualmente iniquo risulta il finanziamento per quelle strutture che selezionano per il ricovero soltanto pazienti con costi piu' bassi traendone un vantaggio finanziario ingiustificato e a danno dell'accessibilita' del sistema (p. es.: sicuramente risulta piu' costoso lo stesso intervento chirurgico in un soggetto anziano con patologie correlate quali cardiopatia, BPCO, ipertensione arteriosa,.... rispetto ad un giovane adulto in buone condizioni generali).

Il controllo di possibili effetti negativi di questo nuovo sistema di finanziamento richiede la messa a punto sia di fattori di aggiustamento del sistema tariffario che tengano conto della complessita' e della severita' della casistica trattata sia di sistemi di valutazione esterni che impediscano lo sviluppo di atteggiamenti opportunistici o di vere e proprie frodi aventi la finalita' di aggirare i rischi finanziari cui sono esposti gli enti sanitari.



Tutti i Diritti Riservati

ATTRIBUZIONE DEI DRG

[Home Page](#)  [Cerca su GioFil](#)

REQUISITI RICHIESTI PER LA ATTRIBUZIONE DEI DRG

Ciascun dimesso viene attribuito ad uno specifico DRG da un software di attribuzione (DRG Grouper) che, tra le informazioni contenute nella Scheda di Dimissione (SDO), utilizza la combinazione di variabili relative alle caratteristiche cliniche e sociodemografiche del paziente. (Tab. 1) (12).

Tab. 1 Requisiti richiesti dal DRG Grouper.

1. Un solo record per dimissione
2. Ciascun record individuale deve contenere informazioni relative a:
 - diagnosi principale
 - diagnosi secondarie (sino a 3)
 - interventi e procedure (sino a 4)
 - eta'
 - sexo
 - stato alla dimissione
3. diagnosi e procedure devono essere codificate secondo la modificazione clinica della nona revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD -9- CM)
4. il sesso deve essere codificato 1:M; 2:F
5. l'eta' deve essere espressa in anni e compresa nel range 0-124
6. lo stato alla dimissione deve essere codificato secondo lo schema che riconosca:
 - dimessi a domicilio
 - trasferiti ad altro ospedale per acuti
 - trasferiti ad ospedali per lungodegenti
 - dimessi contro il parere dei sanitari
 - deceduti

Dal momento che le diagnosi sono attualmente codificate in Italia secondo la IX Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9) mentre il Grouper e' stato costruito per utilizzare i codici della sua Modificazione Clinica (ICD-9-CM), il primo problema per l'uso di tale sistema consiste nella trascodifica dei codici ICD-9 nei corrispondenti ICD-9-CM. La difficolta' di questa conversione deriva dalla necessita' di

passare da un sistema meno specifico ad un uno a maggior livello di specificita' e quindi a maggior contenuto informativo (5838 codici contro 11376).

Prima di procedere alla attribuzione, i dati sono sottoposti ad un controllo di qualita' ad opera del Medicare Code Editor (MCE) annesso al Grouper; tale controllo e' comunque limitato alle variabili utilizzate nella costruzione dei DRG (Tab. 2) ed e' finalizzato a determinare la corretta attribuzione di ciascun caso al suo DRG (11).

Tab. 2 Controlli tecnici del MCE (11)

1. eta' non valida
2. sesso non valido
3. stato alla dimissione non valido
4. codici ICD-9-CM non valido
5. quarta o quinta cifra dei codici ICD-9-CM non validi
6. diagnosi principale non accettabile (cod. V; cod. E)
7. diagnosi principale non specifica
8. diagnosi principale ripetuta
9. intervento chirurgico non specifico
10. interventi bilaterali v. interventi ripetuti
11. biopsia intraoperatoria (percutanea, endoscopica)
12. conflitto eta'/diagnosi
13. conflitto sesso/diagnosi e procedure

Nella attribuzione ad un DRG non tutte le variabili vengono comunque utilizzate (Tab. 3) (12).

Tab. 3 DRG Grouper 10.0 - Ruolo delle variabili. (12)

DRG	N
1. solo diagnosi principale e/o procedure chirurgiche	325
2. complicazioni o comorbosita'	112
3. eta'	
minore 18 anni	43
neonatio	7
diabete maggiore 35 anni	2
4. esito alla dimissione	6
121 infarto con complicazioni, dimessi vivi	
122 infarto senza complicazioni cardiovascolari, dimessi vivi	
123 infarto, deceduti	
385 neonati deceduti o trasferiti	
433 abuso alcool/farmaci dimessi contro il parere dei Sanitari	
456 ustioni, trasferiti	



Tutti i Diritti Riservati

LOGICA DI ATTRIBUZIONE DEI DRG

[Home Page](#)  [Cerca su GioFil](#)

LOGICA DI ATTRIBUZIONE DEI DRG

Nell'attribuzione di ciascun ricovero alle categorie finali o DRG, il Grouper obbedisce ad una logica rigidamente gerarchica che prevede che ogni caso venga inizialmente attribuito in base alla diagnosi principale di dimissione ad una delle 25 MDC (Major Diagnostic Categories).

Le MDC sono mutuamente esclusive in quanto ogni codice della ICD-9-CM rientra in una solamente delle MDC e quindi un DRG contiene solo casi la cui diagnosi principale appartiene ad una sola MDC. La maggior parte delle MDC raggruppa le patologie ed i disturbi relativi ad un unico organo od apparato (MDC 3: malattie e disturbi orecchio, naso, gola) seguendo abbastanza fedelmente i 17 Settori della Classificazione Internazionale delle Malattie e delle Cause di Morte.

Alcune MDC sono invece organizzate su base eziologica (MDC 18: Malattie infettive e parassitarie; MDC 22: Ustioni), mentre altre riguardano ricoveri per particolari sottogruppi di pazienti (MDC 14: Gravidanza, parto e puerperio; MDC 15: Neonati normali e con disturbi perinatali).

Il procedimento di attribuzione alle MDC e' preceduto dall'attribuzione dei ricoveri relativi ad alcune diagnosi o procedure specifiche a 4 DRG (DRG 480, 483, 481, 482) e a 2 MDC (MDC 24,25), definite pre-MDC, che sono l'unica eccezione alla logica gerarchica del Grouper (Tab. 4).

Tab, 4 Logica del DRG-GROUPER

TOTALE RICOVERI

Trapianto di fegato si ----- DRG 480

|

no

|

Tracheotomia escluso
distretti ORL

si ----- DRG 483

|

		no			
Trapianti di midollo			si -----	DRG	481
		no			
Tracheotomia per distretti ORL			si -----	DRG	482
		no			
Traumatismi multipli		si-----	MDC 24 -----	DRG	484-487
		no			
Infezioni da HIV		si -----	MDC 25 -----	DRG	488-490
		no			
MDC 1 - 23				DRG	chirurgici
				DRG	medici

In maniera strettamente gerarchica il Grouper identifica innanzitutto i ricoveri per trapianto di fegato o di midollo o per tracheotomia per patologie o meno di pertinenza ORL e quindi ricerca eventuali ricoveri relativi a traumi multipli o ad infezioni da HIV; solamente dopo tale procedura attribuisce i rimanenti ricoveri alle altre 23 MDC in relazione alla Diagnosi principale alla dimissione.

Queste eccezioni sono state introdotte perche' le categorie di ricoveri sopra individuate presentano dei profili assistenziali molto complessi con costi estremamente elevati e cio' comporta significative distorsioni rispetto ai DRG che potrebbero risultare considerando soltanto le regole proprie delle 23 MDC standard.

Dopo aver attribuito ciascun ricovero alla sua MDC di appartenenza in base alla diagnosi principale, il Grouper distingue entro ciascuna MDC i casi chirurgici da quelli esclusivamente

medici in funzione di eventuali interventi o procedure diagnostico-terapeutiche che richiedano l'utilizzo di una sala adeguatamente attrezzata (Operating Room Procedure - OR Proc.). A questo scopo il Grouper utilizza la lista di procedure della Classificazione degli Interventi Chirurgici e delle Procedure della ICD-9-CM.

Tab. 5 LOGICA DEL GROUPER nell'attribuzione dei casi al DRG

		--- Maggiore
		--- Minore
	Tipo di intervento	--- Altri interventi
		--- Intervento non correlato con diagnosi principale
	SI	
MDC - Procedura chirurgica		
	NO	--- Neoplasie
	Diagnosi principale	--- Diagnosi specifiche
		--- Sintomi
		--- Altre diagnosi



Tutti i Diritti Riservati

DRG CHIRURGICI

[Home Page](#)

[Cerca su GioFil](#)

DRG CHIRURGICI

I casi chirurgici vengono inizialmente ordinati secondo una gerarchia strettamente specifica per ogni MDC che organizza le procedure secondo il loro assorbimento di risorse assistenziali, da quelle a maggior a quelle a minore intensita', introducendo pertanto la suddivisione tra interventi "maggiori" e "minori" valida soltanto per quella MDC. Questo ordine gerarchico definisce la sequenza con cui il Grouper ricerca le procedure chirurgiche nella SDO, assumendo particolare importanza nell'attribuzione di un DRG finale nei casi in cui vengano effettuati interventi multipli. In tal caso viene selezionata ed utilizzata solo la procedura per la quale vi e' il maggior assorbimento di risorse assistenziale e quindi economiche. A differenza delle diagnosi, la sequenza con cui gli interventi chirurgici sono elencati nella SDO non ha alcun effetto sulla attribuzione ad un DRG di un caso con interventi multipli.

In base a tale gerarchia nella MDC 3, cioe' quella di interesse ORL, se un paziente viene sottoposto durante lo stesso ricovero ad interventi multipli di polipectomia nasale con etmoidectomia bilaterale ed apposizione di drenaggio transtimpanico, l'attribuzione da parte del Grouper porta al DRG 061/062 in quanto la miringotomia con inserzione del DTT e' considerata la procedura con il maggior assorbimento di risorse: il Grouper individua pertanto la procedura chirurgica gerarchicamente superiore, svincolandosi dalle difficolta' intrinseche all'atto chirurgico stesso. La scelta del Grouper quindi non necessariamente cade sull'intervento piu' retribuito o sulla prestazione piu' importante, ma su quella, correlata alla diagnosi principale, con maggior consumo di risorse. (Tab. 6)

Tab. 6 Gerarchia degli interventi chirurgici nella MDC 3.

INTERVENTO	DRG
- Tracheotomia senza patologie orofaringolarinee	483
- Tracheotomia con patologie orofaringolarinee	82
- Interventi maggiori su capo e collo	049
- Procedure su T/A, escluso A-T maggiore17minore	057/058

- Miringotomia con ATT maggiore17minore	061/062
- Interventi sul cavo orale (con/senza CC)	168/169
- Interventi su seni e mastoide maggiore17minore	053/054
- Sialoadenectomia	050
- Interv. su ghiand. salivari escl. siaoladenectomia	051
- Rinoplastica	056
- Miscellanea interventi ORL	055
- Adenoidectomia/tonsillectomia	059/060
- Altri interventi ORL	063

I ricoveri in cui nessuna delle procedure segnalate puo' essere associata alla diagnosi principale relativa alla MDC cui il caso appartiene vengono attribuiti a tre DRG (468, 476, 477) che comprendono quei casi nei quali l'intervento chirurgico non risulta clinicamente correlato alla diagnosi principale; pertanto i criteri di attribuzione ad uno dei tre DRG (per quanto negativi, per esclusione) sono comunque MDC specifici. I casi attribuiti a questi DRG non sono necessariamente casi con errori di codifica, ma possono comprendere pazienti che ricoverati per una determinata patologia hanno presentato durante la degenza problemi nuovi e differenti che hanno richiesto una procedura chirurgica estesa o non estesa non correlata con la diagnosi principale (DRG 468-477).

E' stato precisato che ogni MDC e ciascun DRG sono mutuamente esclusivi, tuttavia nei pazienti chirurgici lo stesso tipo di intervento chirurgico puo' essere attribuito a DRG differenti e/o appartenenti a MDC diverse in funzione della diagnosi principale cui e' associato. Ad esempio l'intervento di Rinoplastica/settoplastica puo' essere attribuito al DRG 56 se la diagnosi principale appartiene alla MDC 3 (stenosi nasale = cod. 2187) oppure al DRG 233-234 se la diagnosi principale e' attribuita alla MDC 8 (deviazione congenita del setto nasale = cod. 7540).

Nell'ambito della MDC 3 la rigida logica del Grouper prevede che i DRG possano essere solo medici o chirurgici per cui non succede che lo stesso DRG includa entrambi gli aspetti; l'eccezione principale a tale regola e' rivolta a quei casi in cui la diagnosi principale e' generalmente associata ad un profilo di trattamento per cui la suddivisione in chirurgico o medico non ne modificherebbe ne' la significativita' clinica, ne' l'omogeneita' dei gruppi finali, ne' l'assorbimento di risorse. Ad esempio nel caso di Epistassi, quale diagnosi principale, avviene l'attribuzione al DRG 66, medico, anche se il paziente viene sottoposto ad una procedura considerata chirurgica quale la cauterizzazione o l'apposizione di un tampone nasale antero-posteriore in anestesia generale, manovre che richiedono l'utilizzo di una sala operatoria.

Il Grouper classifica generalmente come chirurgici

esclusivamente i pazienti sottoposti ad una procedura che richieda l'uso di una Sala operatoria: le Endoscopie non sono in genere considerate come manovre chirurgiche anche quando comportino veri e propri interventi come, per esempio, la Chirurgia funzionale endoscopica nasosinusale (FESS). A cio' fanno eccezione le endoscopie di qualsiasi sede in pazienti con diagnosi principale di neoplasia che vengono inserite nel DRG 412 (MDC 17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate).

Le motivazioni che hanno portato alla esclusione delle endoscopie dalle manovre chirurgiche vere e proprie non sono facilmente intuibili: probabilmente tale scelta e' stata maggiormente condizionata da problemi di finanziamento delle strutture che di significativita' clinica.



Tutti i Diritti Riservati

DRG MEDICI

[Home Page](#)  [Cerca su GioFil](#)

DRG MEDICI

L'attribuzione ad un DRG medico avviene innanzitutto in base alla Diagnosi Principale di Dimissione, già utilizzata per determinare la MDC di appartenenza; anche pazienti con diagnosi multiple vengono attribuiti ad un solo DRG, in quanto comunque è "unica" la diagnosi principale alla dimissione.

Se durante la degenza sono state trattate più condizioni morbose deve essere selezionata come "principale" quella che a posteriori giustifica il ricovero ed il maggior assorbimento di risorse.

La selezione della diagnosi principale di dimissione al momento della compilazione della SDO è l'elemento critico per l'attribuzione del paziente ad un DRG in quanto determina la MDC cui il ricovero viene attribuito e tutte le successive partizioni che vengono effettuate entro la MDC attribuita inizialmente.

Sia i casi medici che quelli chirurgici possono ulteriormente essere suddivisi in base all'età e/o alla presenza eventuale di altre patologie già presenti all'atto del ricovero (comorbosità) o sviluppate durante la degenza (complicazioni) e allo stato alla dimissione del paziente.

L'età è la variabile demografica più frequentemente utilizzata nei DRG ed è utilizzata sia per differenziare i ricoveri pediatrici (43) che comprendono i pazienti di età uguale/inferiore a 17 anni, sia per definire i DRG complessi anche in assenza di complicanze (DRG 294/295: diabete mellito con età inferiore a 35 anni).

Per quanto riguarda la MDC 3 l'età è significativa solamente per i seguenti DRG:

- 053/054 interventi su seni e mastoide,
- 057/058 interventi su tonsille ed adenoidi eccetto adeno e/o tonsillectomia,
- 059/060 tonsillectomia e/o adenoidectomia,
- 061/062 miringotomia con inserzione di drenaggio,
- 068/069/070 otite media ed infezioni alte vie respiratorie,
- 073/074 altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca, gola,

- 185/186 malattie dei denti e del cavo orale eccetto estrazione e riparazione.

La seconda variabile utilizzata e' rappresentata dalla presenza di complicanze o comorbosita' tra le quali la logica del Grouper non fa alcuna distinzione, neanche numerica, ma si limita a prendere atto di almeno una condizione morbosa significativa, intendendo con tale definizione una situazione clinica in grado di modificare il profilo di cura prestato per la patologia principale maggiorandone l'assorbimento di risorse. Alcuni DRG sono infatti definiti dalla presenza di almeno una delle diagnosi secondarie contenute in una lista standard, valida per tutte le MDC, che comprende quelle patologie che si sono dimostrate in grado, almeno empiricamente, di incrementare la durata di degenza di almeno un giorno nel 75% dei casi in cui erano presenti, associate ad una qualunque diagnosi principale.

La lista delle diagnosi secondarie significative comprende oltre 4000 codici della ICD-9-CM che non sono applicabili a qualunque diagnosi principale.

Non tutti i DRG prevedono la possibilita' di CC; infatti nella MDC 3 sono solo i seguenti i DRG che ne prevedono la presenza:

068/069 otite media ed infezioni alte vie respiratorie,
0168/169 interventi sulla bocca.

L'ultima variabile utilizzata dal Grouper, per quanto raramente, e' rappresentata dalla modalita' e tipo di dimissione al fine di differenziare in talune occasioni i ricoveri che terminano con l'exitus o con il trasferimento ad altro ospedale per acuti oppure con una dimissione volontaria.

I DRG 469 (diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione) e 470 (non attribuibile ad altro DRG) vanno ad identificare categorie di ricoveri che non presentano alcuna significativita' clinica e tantomeno una omogeneita' nell'assorbimento di risorse assistenziali ed economiche; la loro introduzione nella classificazione e' stata effettuata solo per assicurare esaustivita' al sistema.



Tutti i Diritti Riservati

INDICE DI CASE-MIX E INDICE PERFORMANCE

[Home Page](#)[Cerca su GioFil](#)

INDICE DI CASE-MIX ED INDICE DI PERFORMANCE

L'obiettivo del sistema dei DRG prevede il raggruppamento dei pazienti le cui diagnosi principali di dimissione sono clinicamente simili e pertanto associate a profili di cura sovrapponibili e quindi con un assorbimento di risorse relativamente simili.

Tale sistema risulta però essere ad isorisorse, cioè impostato sulla valutazione della complessità dell'assistenza prestata e non sulle condizioni cliniche del paziente o sugli specifici interventi chirurgici effettuati che vengono utilizzati come modificatori della diagnosi principale.

Esiste tuttavia la possibilità di costruire due indicatori sintetici di attività che hanno queste finalità:

- caratterizzare le unità operative per i livelli di performance operativa (indice comparativo di performance = ICP) e per la composizione della casistica trattata (indice di case-mix = ICM),
- valutare l'impatto delle differenze nelle performance e nel tipo di casistica sul consumo delle risorse attribuite alle singole unità operative,
- selezionare i singoli DRG principalmente associati alla variabilità della performance e della composizione del case-mix.

L'indice di case-mix è un indice sintetico che esprime la complessità relativa della casistica trattata nei vari reparti a confronto: l'ICM assume un valore superiore ad 1 quando la complessità dei pazienti trattati in quel reparto è maggiore di quella osservata nella popolazione standard e viceversa.

Le possibili motivazioni associate alle differenze osservate nello ICM vanno ricercate in quattro categorie di determinanti della composizione del case-mix:

- la qualità della compilazione e/o codifica della SDO,
- l'età della popolazione ricoverata,
- i profili di cura adottata nei diversi reparti per pazienti clinicamente "simili",
- le differenti problematiche cliniche presentate dai pazienti ricoverati in reparti diversi.

Lo ICM e' adeguato come strumento solo se viene utilizzato per stimare l'impatto della complessita' del case-mix sulla quantita' di risorse assorbita da quella unita' operativa e non per individuare le differenze nelle caratteristiche cliniche dei pazienti trattati.

L'indice comparativo di performance e' un indice sintetico che esprime la performance relativa dei reparti a confronto come rapporto tra la sommatoria dei prodotti della proporzione di dimissioni DRG-specifiche nello standard con la relativa degenza media osservata nel reparto in oggetto e la degenza media complessiva dello standard. Lo ICP assume valori superiori ad 1 quando la performance (DM standardizzata) e' peggiore di quella attesa in base allo standard prescelto, e viceversa.

Il confronto tra il volume di risorse effettivamente utilizzato dal reparto nel trattamento del case-mix dei pazienti ricoverati a quello atteso per il trattamento della stessa casistica secondo la standard empirico di riferimento permette di quantificare l'impatto del livello di performance operativa dei diversi reparti sulla quantita' di risorse assorbite. Le stime sono ovviamente influenzate dal livello dello standard adottato. L'analisi della performance del reparto secondo il contributo di ciascun singolo DRG a livello generale di operativita' permette di identificare le categorie di pazienti associate principalmente a particolari aree di inefficienza operativa che possono essere suscettibili di intervento specifico.



Tutti i Diritti Riservati

PESI RELATIVI DEI DRG

[Home Page](#)  [Cerca su GioFil](#)

PESI RELATIVI DEI DRG

Il peso relativo associato a ciascun DRG rappresenta la gravosità relativa, in termini di risorse assistenziali e pertanto di costi, di un determinato DRG rispetto al costo medio di un ricovero.

Se un DRG ha un peso relativo di 1,324 questo significa che il costo medio complessivo dell'assistenza dei ricoveri attribuiti a quel DRG è pari a 1,324 volte il costo medio di un ricovero; se questo è stato calcolato pari, ad esempio, a L. 1.000.000, la tariffa di quel DRG sarà di L. 1.324.000.

Tale valore rappresenta il costo medio complessivo dell'assistenza ospedaliera per ogni ricovero attribuito a quel DRG ed è quindi comprensivo del costo di tutti i servizi ricevuti durante la degenza, comprendendo i servizi alberghieri, le indagini di laboratorio e di radiologia, eventuale degenza in reparti di terapia intensiva, l'assistenza infermieristica, e così via.

Il Decreto Ministeriale 15 aprile 1994 prevede per ogni reparto il calcolo di alcuni indici sintetici utilizzando i pesi relativi dei DRG al fine di meglio valutare le varie - Peso Medio Reparto che rappresenta la complessità dell'attività svolta dal reparto e viene calcolato secondo una formula matematica;

- Quota Pesi Reparto su peso Ospedale che rappresenta il contributo relativo di ogni reparto di dimissione al peso totale dell'Ospedale, posto uguale a 100, ed è funzione del numero di dimissioni del reparto e del peso medio di reparto. Il peso complessivo dell'Ospedale è stato calcolato come somma dei prodotti del peso di ogni DRG per il relativo numero dei casi;

- Peso Medio Regionale che rappresenta il peso medio degli analoghi reparti a livello regionale da confrontare con i valori di peso medio osservati nei singoli reparti dell'ospedale. Il valore del totale regionale rappresenta il peso medio di un ricovero sull'insieme di tutte le strutture pubbliche e private della regione.

Tab. 7 Pesi relativi associati a ciascun DRG della MDC 3

49	Interventi maggiori su capo e collo	2,8426
50	Scialoadeneectomia	1,1170
51	Int. su ghiand. salivari eccetto scialoadenectomia	0,9197
52	Riparazione di cheiloschisi e palatoschisi	1,0046
53	Interventi su seni e mastoide, eta' maggiore 17	0,9441
54	Interventi su seni e mastoide, eta minore 18	0,8823
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	0,8099
56	Rinoplastica	0,6703
57	Interv. su tonsille e adenoidi eccetto solo tons. e/o adenoidectomia eta' maggiore 17	0,6064
58	Interv. su tonsille e adenoidi eccetto solo tons. e/o adenoidectomia eta' minore 18	0,5765
59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia maggiore 17	0,4226
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia minore 18	0,2744
61	Miringotomia con inserzione di tubo, eta' maggiore 17	0,8135
62	Miringotomia con inserzione di tubo, eta' minore 18	0,5732
63	Altri interventi su orecchio, naso, bocca, gola	1,3412
64	Neoplasie maligne orecchio, naso, bocca, gola	1,3252
65	Alterazioni dell'equilibrio	0,6977
66	Epistassi	0,5803
67	Epiglottide	0,6630
68	Otite media e infezioni alte vie resp., maggiore 17 con CC	1,0188
69	Otite media e infezioni alte vie resp., maggiore 17 senza CC	0,6482
70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, eta' minore 18	0,4730
71	Laringotracheite	0,5899
72	Traumatismi e deformita' del naso	0,6566
73	Altre diagnosi relative orecchio, naso, bocca, gola, maggiore 17	0,7268
74	Altre diagnosi relative orecchio, naso, bocca, gola, minore 18	0,4465
168	Interventi sulla bocca con CC	1,3713
169	Interventi sulla bocca senza CC	0,8953
185	Malattie denti e cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, maggiore 17	0,6432
186	Malattie denti e cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, minore 18	0,4836
289	Interventi sulle paratiroidi	1,5727
290	Interventi sulla tiroide	1,0443
291	Interventi sul dotto tireoglosso	0,5858
468	Interv. chirur. esteso non correlato con diagnosi	

	principale	2,3079
469	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	0,1574
470	Non attribuibile ad altro DRG	0,1866
477	Inter. chirurg. non esteso non correlato con diagnosi principale	1,1823
482	Tracheotomia per disturbi orali, laringei, faringei	4,4929
483	Tracheotomia eccetto disturbi orali, laringei, faringei	17,0099



Tutti i Diritti Riservati

SUGGERIMENTI PRATICI

[Home Page](#)[Cerca su GioFil](#)

SUGGERIMENTI PRATICI

Il grado di completezza, di specificita' e di accuratezza nella compilazione e nella codifica delle informazioni rilevate attraverso la SDO sono elementi critici per la corretta attribuzione dei pazienti dimessi ad un appropriato DRG. I principali elementi che influenzano la qualita' delle informazioni cliniche contenute nella SDO sono i seguenti:

- uso impreciso ed incoerente delle terminologie da parte dei sanitari,
- problemi relativi alla riproducibilita' del processo diagnostico, evodezoato e di tutti gli interventi diagnostici e terapeutici realizzati,
- necessita' di accuratezza nell'identificazione della diagnosi principale,
- difficolta' di applicazione delle regole di codifica,
- errori di input dei dati.

L'errata selezione e codifica di diagnosi e procedure conduce, in ultima analisi, ad una errata attribuzione ai DRG; analogamente un errore di segnalazione delle patologie concomitanti e/o complicanze puo' avere importanti conseguenze a livello di DRG allorquando esistono coppie di DRG clinicamente correlati per la presenza di complicanze che permettono di differenziare da un punto di vista remunerativo il DRG "complicato" da quello che non lo e'.

Da alcune ricerche effettuate risulta che gli errori piu' frequentemente riscontrati possono essere raggruppati nelle seguenti categorie:

- errata selezione della diagnosi principale,
- scarsa specificazione della diagnosi principale,
- incompleta segnalazione delle procedure chirurgiche.

Questi sei tipi di errori sopra descritti possono comparire singolarmente o in associazione su ogni singola SDO.

Al fine di una corretta compilazione della SDO sono stati messi a fuoco alcuni suggerimenti che permettono di evitare, nel limite del possibile, alcuni errori od omissioni.

Innanzitutto si consiglia una attenta utilizzazione del Manuale ICD-9 a partire da una corretta consultazione dei due volumi. E' opportuno leggere attentamente l'introduzione ai vari capitoli del I volume esaminando sempre il titolo della sezione e della categoria ed osservando le esclusioni. Nell'eventualita' di un doppio codice si debbono esaminare entrambi per verificare l'appropriatezza all'entita' da codificare.

Circa l'uso relativo al II volume si consiglia di esaminare accuratamente i rinvii ad altre voci e di leggere le note riportate in corrispondenza di altre voci. E' opportuno fare uso di altre chiavi di accesso, cioe' per malattia specifica, per sindrome, per eponimo; i termini quali malattia, sindrome e tumore possono essere usati come chiavi generiche nei casi in cui i termini specifici non siano in grado di aiutare il codificatore. Per i tumori, inoltre, si consulti la tabella che individua per ogni sede anatomica 5 possibilita' ordinate secondo le seguenti colonne: tumore maligno, benigno, in situ, di comportamento incerto, di natura non specificata. Se il codificatore dovesse trovarsi nella situazione in cui si ritrovi una dizione di neoplasia non identificata se benigna o maligna, puo' fare ricorso alla voce specifica: ad esempio carcinoma chiarisce che si tratta di un tumore maligno.

Sono regole importanti per una adeguata e precisa codifica le seguenti precisazioni.

- usare sempre la quarta cifra,
- non utilizzare in modo routinario come quarta cifra il 9 (non specificato) distinguendo, dove possibile, la presenza di altre diagnosi dalle diagnosi non specificate,
- utilizzare i codici della sezione XVI nei casi in cui non sia realmente possibile identificare la diagnosi,
- usare appropriatamente i Codici V, evitando l'abuso di codici generici quale il V 70.,
- codificare la coesistenza di situazioni acute e croniche scegliendo le prime come principali:
tonsillite acuta e cronica: 463 e 474.0,
- usare codici di combinazione, se possibile:
034.0 infezione streptococcica della faringe,
- usare piu' codici nei casi in cui la descrizione della patologia lo richieda (codifica multipla),
- descrivere in aggiunta alla diagnosi/sintomo/segno principale, la condizione di postumo.

Analogamente si deve procedere nella consultazione del Manuale ICD-9-CM, cioe' e' consigliabile consultare l'indice alfabetico delle voci al fine di reperire piu' rapidamente l'intervento ricercato, quindi e' buona regola ricontrollare il codice nella parte sistematica per verificare sia la congruita' e correttezza

con quanto si vuole codificare sia la presenza di note al codice (ad esempio eventuali esclusioni).

La ricerca di una entita' clinica puo' avvenire mediante chiavi specifiche (descrizione dell'intervento chirurgico o delle prestazioni) oppure mediante chiavi generiche: organi interessati, eponimi, categorie di interventi, termini generici.

Si devono poi codificare anche le prestazioni/interventi chirurgici effettuati presso un altro ospedale; in caso di trasferimento temporaneo si puo' aggiungere il codice V 63.8 (indisponibilita' di altri servizi medici).

Per una migliore interpretazione del contenuto della cartella clinica, al fine della corretta compilazione della SDO, si consiglia di articolare l'osservazione nei seguenti punti:

- lettura completa dell'anamnesi con particolare riguardo al consumo di farmaci,
- letture di visite specialistiche preoperatorie (ad integrazione dell'anamnesi) o consulenze comunque effettuate durante la degenza utili per l'individuazione di complicanze,
- rilievo di valori pressori e della terapia prescritta nei fogli di diaria,
- registrazione dell'ECG per eventuali riscontri di cardiopatia ischemica,
- lettura dei seguenti dati di laboratorio: glicemia, creatininemia, emoglobina, bilirubina.

Per identificare la presenza di patologie da segnalare tra le diagnosi, si suggeriscono i seguenti punti di cut-off:

- PA superiore a 150/95 (almeno due valori) o 180/100 mmHg (almeno un valore) definiscono la presenza di ipertension arteriosa,
- creatininemia superiore a ,5 mg/dl suggerisce la presenza di insufficienza renale,
- glicemia basale superiore a 200 mg/dl puo' suggerire la concomitanza di diabete mellito,
- emoglobina inferiore a 10.0 gr/dl definisce la presenza di anemia,
- globuli bianchi superiori a 12000/mmc suggeriscono la presenza di infezione,
- bilirubina superiore a 2,5 mg/dl e' un indicatore generico di grave patologia concomitante (epatopatia, malattia delle vie biliari, emolisi), da approfondire sulla base di altri elementi.

Il superamento dei punti di cut-off puo' essere significativo per la presenza di una patologia concomitante; per quanto riguarda le complicanze intercorse durante la degenza, sono particolarmente rilevanti quelle infettive. Gli elementi per la valutazione di quest'ultimo aspetto possono essere:

- la comparsa di rialzo termico o leucocituria,

- urinocultura o emocultura positiva non pertinenti a patologia presente al momento del ricovero.



Tutti i Diritti Riservati

GLOSSARIO

[Home Page](#)[Cerca su GioFil](#)

GLOSSARIO

CASE-MIX

varietà' delle condizioni cliniche dei pazienti trattati da una struttura sanitaria.

COMPLICANZE/COMORBILITA'

condizione che coesiste con la malattia principale; una comorbilità esiste generalmente all'atto del ricovero, mentre una complicazione generalmente si sviluppa nel corso della degenza. Ai fini dell'attribuzione ai DRG si definisce "complicazione/comorbilità significativa" quella diagnosi che, se presente come diagnosi secondaria, comporta l'aumento di un giorno della durata di degenza in almeno il 75% dei casi attribuiti allo specifico DRG.

DEGENZA MEDIA

rapporto tra numero di giornate di degenza erogate ad un determinato insieme di pazienti e numero di pazienti stessi.

DEGENZA MEDIA TRIMMATA

degenza media, specifica per DRG, calcolata su tutti i pazienti attribuiti ad un determinato DRG, esclusi i casi anomali per durata della degenza.

DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE

principale condizione morbosa trattata o presa in esame durante il ricovero, o la condizione morbosa che durante la degenza ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggior quantità di risorse in termini diagnostico-terapeutici ed economici.

DIAGNOSI SECONDARIA

condizione che esiste al momento del ricovero o che si sviluppa nel corso del ricovero e che influenza il trattamento ricevuto e o la durata della degenza.

DRG

(Diagnosis Related Groups) categorie di pazienti ospedalieri definiti in modo tale che essi presentino caratteristiche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere. Per assegnare ciascun paziente ad uno specifico DRG

sono necessarie le seguenti informazioni: diagnosi principale di dimissione, diagnosi secondarie sino a tre, interventi chirurgici e procedure diagnostico-terapeutiche, eta', sesso, stato alla dimissione.

DURATA DELLA DEGENZA

(in regime di ricovero ordinario) numero di giornate comprese tra la data del ricovero di un paziente e la data della sua dimissione; la durata di degenza dei pazienti ricoverati e dimessi nello stesso giorno e' considerata pari ad una giornata.

GIORNATA DI DEGENZA

periodo di 24 ore durante il quale un posto letto e' occupato.

GROUPE

programma computerizzato che assegna ogni caso al corrispondente DRG, ovvero utilizzando come input i dati clinici relativi ad un paziente e rilevati attraverso la scheda di dimissione ospedaliera e fornendo come output la sigla del DRG corrispondente.

ICD-9

(International classification of disease-ninth revision) lista ufficiale delle malattie definita dall'OMS nella versione attualmente in vigore ed adottata nel 1975; e' costituita da oltre 5000 codici.

ICD-9-CM

(International classification of disease, ninth revision, clinical modification) versione delle classificazione ICD modificata al fine di renderla piu' analitica ed integrata con la classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure. Essa contiene oltre 11000 codici di diagnosi e 3000 procedure ed interventi.

INDICE DI CASE MIX

e' un indice sintetico che esprime la complessita' relativa della casistica trattata nei vari reparti a confronto: l'ICM assume un valore superiore a 1 quando la complessita' dei pazienti trattati in quella u.o. e' maggiore di quella osservata nella popolazione standard e viceversa.

INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE

e' un indice sintetico che esprime la performance relativa dei reparti a confronto come rapporto tra la sommatoria dei prodotti della proporzione di dimissioni DRG specifiche nello standard con la relativa degenza media osservata nella u.o. in oggetto e la degenza media complessiva dello standard. Lo ICP assume valori superiori ad 1 quando la performance e' peggiore di quella attesa in base allo standard prescelto e viceversa.

INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE

l'intervento chirurgico che ha comportato il maggior peso assistenziale o che risulta maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione.

MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORY (MED)

ciascuno dei gruppi di diagnosi che costituiscono l'architettura di base del sistema di classificazione DRG; ciascun gruppo comprende tutte le diagnosi correlate ad un determinato criterio di rilevanza clinica.

OUTLIER

qualunque caso attribuito ad una specifico DRG le cui caratteristiche cliniche o statistiche risultino discordanti rispetto alla maggioranza dei casi compresi nello stesso raggruppamento. In particolare si definisce outlier per durata di degenza un paziente la cui durata di permanenza in regime di ricovero si discosti in maniera statisticamente significativa da quella dell'insieme degli altri pazienti che presentano caratteristiche simili.

PESO RELATIVO

indicatore associato a ciascun DRG che evidenzia il rapporto tra il costo medio dello specifico DRG ed il costo medio del caso medio. Il D.M. 30/06/1997 ha riportato nell'allegato n. 1 l'insieme dei pesi relativi adottati dal programma "Medicare" negli USA, in associazione alla versione 10.0 del sistema DRG.

REGIME DI RICOVERO

distingue tra il "ricovero ordinario" ed il "ricovero in day hospital" che si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni:

- si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato/i,
- e' limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero,
- fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche che necessitano di un tempo di esecuzione che si discosta in modo netto da quello necessario per una normale prestazione ambulatoriale.

SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

strumento informativo per la raccolta delle informazioni relative ai singoli pazienti ospedalizzati; essa costituisce la sintesi delle informazioni cliniche contenute nella cartella clinica. La identificazione delle informazioni da rilevare attraverso la SDO e le relative modalita' di compilazione e codifica sono disciplinate dal D.M. 28/12/1991 e dal D.M. del 26/07/1993

VALORE SOGLIA (TRIM POINT)

valore al di sopra, o al di sotto, del quale i casi sono considerati "anomali per durata di degenza" (outlier).



Tutti i Diritti Riservati

BIBLIOGRAFIA

[Home Page](#)  [Cerca su GioFil](#)

BIBLIOGRAFIA

N.B. Ci si scusa con gli Autori per il richiamo non costante nel testo ma la finalita' di questo manuale e' soltanto la rapida e pratica consultazione da parte dello Specialista Otorinolaringoiatra.

1. Alessandrini G, Pioppo N, Triggiano G (a cura di): La codifica nella SDO: principali caratteristiche ed indicazioni utili. Pubblicazione a cura della Regione Umbria, Perugia, 1992.
2. Corvino G, Nonis M: Dalla SDO al DRG. Manuale pratico per il medico ospedaliero. Centro Consulenza s.r.l., Firenze 1996.
3. DRGs Working Guidebook 1993, Washington D.C., St. Anthony Pub., 1992.
4. Guzzani E, mastrilli; Competizione, organizzazione e programmazione nelle attivita' ospedaliere, Organizzazione Sanitaria, 5, 1994, 61-66.
5. HCFA-DRGs Manual, 10th. vers. Wallingford Connecticut, 3M Health Information Systems, 1992.
6. Langiano T: DRG: strategie, valutazione, monitoraggio. Ed. Il pensiero scientifico editore, Roma, 1997.
7. Mazzuconi R, Micossi P, Zoppei G: Il sistema DRG. Il Corriere Medico, Milano, 1991.
8. Ministero della Sanita', SCPS, Linee guida per la compilazione, codifica e gestione della scheda di dimissione ospedaliera, 17/06/1992.
9. Nonis M, Corvino G, Fortino A: La scheda di dimissione ospedaliera. Il Pensiero Scientifico, Roma 1997.
10. Taroni F, Curcio Rubertini B, Lattanzi A, Malvi C: Progetto Nazionale DRG: guida all'attribuzione e all'interpretazione dei DRG, Rapporti Istisan (ISS), 90/28, 1990.
11. Taroni F, Curcio Rubertini B: I DRG per la valutazione dell'attivita' ospedaliera, Bologna, Clueb, 1991.
12. Taroni F: DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli Ospedali. Il pensiero Scientifico, Roma 1996.



Tutti i Diritti Riservati

I DRG - ROD

[Home Page](#)[Cerca su GioFil](#)

I DRG/ROD

PROBLEMATICHE MEDICO-GIURIDICHE

ED ELEMENTI DI RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

Il problema della responsabilita' professionale medica si e' progressivamente diversificato, sotto la spinta del progresso bio-medico, dell'evolversi della dottrina bio-etica e giuridica, nonche' dal proliferare degli interventi legislativi in maniera sanitaria, sino al prevalere dei diritti del paziente sui doveri del medico.

Per tali motivi la tutela del fondamentale diritto alla salute di ogni cittadino, che trova riscontro nella stessa Carta Costituzionale (Art. 32) e nel cui interesse e' predisposto un Servizio Sanitario Nazionale, si traduce sempre piu' spesso nell'assunzione da parte dei magistrati di un atteggiamento di grande severita' per la condotta del medico.

In questa prospettiva l'applicazione dei Diagnosis Related Groups o Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG/ROD), caratterizzata dalla classificazione "automatica" dei casi clinici operata da uno specifico software (Grouper) - che utilizza dati relativi alla diagnosi principale di dimissione, eventuali diagnosi secondarie (patologie concomitanti), eventuali interventi chirurgici o procedure rilevanti, sesso, eta' e stato del paziente alla dimissione - sembrerebbe apparentemente ridimensionare in modo significativo le ipotesi di un'eventuale responsabilita' professionale medica.

Dobbiamo tuttavia tenere presenti i due elementi caratterizzanti del sistema:

1) I DRG definiscono categorie esclusive, in quanto un ricovero puo' essere attribuito ad un solo DRG, in base alla combinazione delle variabili utilizzate dal Grouper. I pazienti con diagnosi multiple vengono attribuiti ad un solo DRG in quanto e' comunque unica la diagnosi principale di dimissione. In alcuni casi la classificazione tiene conto dell'eventuale presenza di altre diagnosi oltre alla principale, attribuendo cosi' il ricovero ad un DRG complesso (CC = con patologie complicanti o concomitanti).

2) La selezione della diagnosi principale di dimissione al momento della compilazione e' l'elemento critico per l'attribuzione del paziente ad un DRG, in quanto determina la Categoria Diagnostica Principale (Major Diagnostic Categorie - MDC) cui il ricovero viene attribuito a tutte le successive partizioni che vengono effettuate entro la MDC attribuita inizialmente.

Dalla loro analisi risulta immediatamente evidente la possibilita' di manipolare talune variabili cliniche, alterazione che comporterebbe cosi' l'attribuzione di un dato quadro patologico ad un differente DRG.

Manipolazione che il medico potrebbe ipoteticamente operare cedendo alle pressioni di talune amministrazioni ospedaliere, qualora dovesse prevalere la logica del profitto (ricoveri piu' remunerativi con il minor impegno di risorse economiche) a discapito dell'interessante per la salute del cittadino, cardine del servizio sociale sanitario.

Si tratterebbe dunque di un'azione illecita volontaria e consapevole, in altre parole "dolosa".

Il DOLO viene cosi' definito dal Codice Penale (ART. 43) "il delitto e' doloso o secondo l'intenzione quando l'evento dannoso o pericoloso che e' risultato dall'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, e' dell'agente preveduto o voluto come conseguenza della propria azione od omissione". Il dolo consiste quindi nel cagionare intenzionalmente un evento antiggiuridico.

Un simile comportamento del sanitario ospedaliero configura il delitto di ABUSO D'UFFICIO come previsto dall'ART. 323 C.P. "Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio che, al fine di procurare a se' o ad altri un ingiusto vantaggio non patrimoniale o per arrecare ad altri un danno ingiusto, abusa del suo ufficio, e' punito se il fatto non costituisce piu' grave reato, con la reclusione fino a due anni. SE IL FATTO E' COMMESSO PER PROCURARE A SE' O AD ALTRI UN INGIUSTO VANTAGGIO PATRIMONIALE, LA PENA E' DELLA RECLUSIONE DA DUE A CINQUE ANNI"9. Nella fattispecie quest'ultima previsione dell'articolo racchiude in se' un altro delitto contro la pubblica amministrazione, il PECULATO (art. 314 c.p. "il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che avendo per ragione del suo ufficio o servizio il possesso o comunque la disponibilita' di denaro o di altra cosa mobile altrui, se ne appropria, e' punito con la reclusione da tre a dieci anni"), commesso in concorso con l'amministrazione della struttura ospedaliera.

L'arbitraria attribuzione di un caso clinico ad un diverso DRG comporta, necessariamente, anche una modificazione del contenuto della cartella clinica. La qualifica di atto pubblico rivestita

dalla cartella clinica si riflette sulla maggiore severita' con cui e' valutato in sede penale l'eventuale delitto di falso commesso dal suo redattore; nel caso specifico la falsita' documentale e' giuridicamente qualificata come FALSO IDEOLOGICO, COMMESSO DA PUBBLICO UFFICIALE IN ATTO PUBBLICO; delitto che si configura allorché il documento - pur essendo materialmente corretto, vale a dire non contraffatto né alterato (falso materiale) - contiene affermazioni non corrispondenti al vero. L'Art. 479 c.p. definisce la falsita' ideologica commessa dal pubblico ufficiale "Il pubblico ufficiale, che ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto e' stato da lui compiuto o e' avvenuto alla presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette od altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque a lui non rese, ovvero omette od altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto e' destinato a provare la verita' soggiace alle stesse pene stabilite dall'art. 476 c.p." (falsita' materiale concernente un atto che faccia fede fino a querela di falso, delitto punito con la reclusione da 3 a 10 anni).

La precoce dimissione del paziente, l'exasperazione del day-hospital, il ridotto utilizzo di risorse economiche ai fini diagnostici, terapeutici e assistenziali così come la selezione dei pazienti, con "reclutamento" delle patologie più remunerative a scapito dei casi più impegnativi (evenienza fortunatamente ancora poco probabile in un servizio sanitario pubblico) possono configurare, oltre alla vera e propria OMISSIONE DI SOCCORSO (ART. 593 CP.) - reato di pericolo che si concretizza allorché il sanitario non fornisca la necessaria assistenza ogni volta che una persona sia esposta ad reale pericolo di danno - l'OMMISSIONE O RIFIUTO DI ATTI D'UFFICIO 8ART. 328 C.P. "Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che (indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio CHE, PER RAGIONI di giustizia o di sicurezza pubblica , o di ordine pubblico o DI IGIENE E SANITA', DEVE ESSERE COMPIUTO SENZA RITARDO, e' punito con la reclusione da sei mesi a due anni".

Qualora da tali comportamenti omissivi dei sanitari ovvero dall'esecuzione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche messe in atto esclusivamente per aumentare il "peso" del ricovero, dovesse derivare un danno alla persona ovvero la morte del paziente, si potrebbe configurare una responsabilita' professionale di natura colposa.

Gli estremi della COLPA sono quelli richiamati dall'art. 43 c.p., per il quale il delitto "e' colposo o contro l'intenzione quando l'evento, anche se preveduto, non e' voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero

per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline".

I presupposti necessari per definire la responsabilita' professionale del medico sono:

1) dimostrazione del danno, sua natura e gravita'

2) prova della colpa professionale (errore inescusabile per: negligenza, imprudenza, imperizia, inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline).

3) dimostrazione dell'esistenza di un rapporto causale tra la condotta colposa del medico ed il danno che, con una diversa condotta si sarebbe certamente o probabilmente evitato.

Qualunque decisione in materia di colpa spetta sempre al magistrato che nel suo giudizio incentra l'attenzione prima che sulla colpa, sulla causalita' materiale dell'eventuale danno prodotto.

Nel sottolineare ancora una volta la gravita' della condotta omissiva del medico, rammentiamo che a tale proposito l'art. 40 del c.p. recita "...Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

Nell'accertamento della causalita' omissiva, in assenza di elementi concreti, si deve necessariamente fare ricorso al criterio probabilistico, purtroppo con la conseguenza di sentenze particolarmente severe nei confronti dell'operato medico, ben esemplificate dall'ormai "storica" sentenza della Cassazione penale, sez. IV 17 gennaio 1992 n. 371.: "Nell'accertamento del nesso di causalita' fra la condotta omissiva e l'evento di responsabilita' professionale del medico, AL CRITERIO DELLA CERTEZZA DEGLI EFFETTI DELLA CONDOTTA SI SOSTITUISCE QUELLO DELLA PROBABILITA' DI TALI EFFETTI, ANCHE LIMITATA AL 30%, e della idoneita' della condotta a produrli; di conseguenza il rapporto causale sussiste anche quando l'opera del sanitario, se correttamente e tempestivamente intervenuta avrebbe avuto non gia' la certezza, bensì soltanto serie ed apprezzabili possibilita' di successo, TALE CHE LA VITA DEL PAZIENTE SAREBBE STATA CON UNA CERTA PROBABILITA' (30%) SALVATA".

In sede penale il colpevole soggiace alle sanzioni previste dal codice, mentre IN SEDE CIVILE CONTRAE L'OBBLIGO DI RISARCIRE IL DANNO PRODOTTO (art. 2043 c.c. "qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno").

Vale infine la pena di ricordare che - in tema di fatto illecito commesso da dipendente di ente pubblico - l'art. 28 della Costituzione sancisce la responsabilita' personale del dipendente medesimo e, in solido, la responsabilita' dell'ente (in quanto responsabilita' contrattuale diretta), fatto salvo il caso in cui il medico abbia agito con dolo, così che la sua attivita' debba ritenersi estranea alla persona giuridica dell'ente; l'ente ha

comunque facolta' di rivalersi.

In conclusione, il corretto utilizzo del sistema dei DRG - che non deve essere considerato un mera fonte di finanziamento della struttura ospedaliera, ma anche un utile strumento valutativo ed un valido supporto gestionale per l'utilizzo delle risorse delle varie unita' operative - consente di evitare pericolose (e talora francamente illecite) esasperazioni della sua applicazione, cosi' da operare nel pieno rispetto degli obblighi giuridici, del diritto del cittadino alla salute e dei doveri deontologici della professione medica.



Tutti i Diritti Riservati

DRG IN ORL[Home Page](#)[Cerca su GioFil](#)

D.R.G. IN O.R.L.

DRG di competenza ORL

DRG	DESCRIZIONE	TARIFFA PIENA	TARIFFA MINIMA	TARIFFA REGIONALE	DEGENZA LIMITE E INCREMENTO PRO DIE
049	Interventi maggiori su capo e collo	13.476	3.842		71-378
050	Scialoadenectomia	5.231	2.132		24 maggiore 432
051	Interventi su gh. salivari esclusa 050	4.585	1.946		17-427
052	Riparazione di cheilopalatoschisi	4.612	1.786		18-409
053	Interventi su seni e mastoide (eta' maggiore 17)	4.330	1.796		14-378
054	Interventi su seni e mastoide (eta' minore 17)	4.048	2.216		21-310
055	Miscellanea interventi ORL	3.869	2.049		14-427
056	Rinoplastica	3.408	1.758		14-408
057	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto A e T (eta' maggiore 17)	2.870	1.353		11-364
058	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto A e T (eta' minore 17)	2.714	1.573		5-364
059	Adeno e/o tonsillectomia (eta' maggiore 17)	1.973	1.351		7-344
060	Adeno e/o	1.307	830		5-439

	tonsillectomia (eta' minore 17)				
061	Miringotomia con ATT (eta' maggiore 17)	4.573	2.252		15-704
062	Miringotomia con ATT (eta' minore 17)	2.614	2.191		7-571
063	Altri inteventi ORL	6.296	2.747		24-394
064	Tumori maligni ORL	6.816	549		37-442
065	Turbe dell'equilibrio	3.716	475		24-413
066	Epistassi	3.115	534		17-382
067	Epiglottidi	3.471	694		17-506
068	Otiti medie e infezioni PVA con CC (eta' maggiore 17)	4.865	521		27-470
069	Otiti medie e infezioni PVA senza CC (eta' maggiore 17)	3.476	466		17-408
070	Otiti medie e infezioni PVA (eta' minore 17)				
071	Laringotracheite	3.236	502		11-480
072	Traumatismi deformita' del naso	3.820	717		14-552
073	Altre diagnosi ORL (eta' maggiore 17)	4.148	602		17-500
074	Altre diagnosi ORL (eta' minore 17)	2.670	702		7-532

DRG non strettamente ORL ma comunque applicabili a diagnosi e interventi ORL

DRG	DESCRIZIONE	TARIFFA PIENA	TARIFFA MINIMA	TARIFFA REGIONALE	DEGENZA LIMITE E INCREMENTO PRO DIE
12	Malattie degenerative sistema nervoso	7.809	450		48-387
16	Disturbi cerebrovascolari aspecifici con CC	7.620	489		41-401
17	Senza CC	5.469	431		37-258
18	Disturbi dei nervi cranici (paralisi, nevralgie, algie	6.300	479		37-395

	facciali atipiche, disturbi del gusto, dell'olfatto ecc.) con CC			
19	senza CC	4.828	463	33-295
24	Cefalee ed emicrania eta' maggiore 17 con CC	5.203	527	31-411
25	eta' maggiore 17 senza CC	3.967	475	25-303
26	eta' minore 17	3.347	588	19-505
168	Interventi bocca con CC	7.042	1.899	43-383
169	Interventi bocca senza CC	4.826	1.757	23-459
185	Malattie dei denti, del cavo orale e dell'ATM eta' maggiore 17	3.781	603	23-459
186	eta' minore 17	3.088	564	15-472
216	Biopsia apparato muscolare e tessuto connettivo	9.110	2.771	37-601
233	Interventi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo con CC	13.516	3.738	47-488
234	Interventi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo senza CC	6.403	2.496	42-397
268	Chirurgia plastica pelle, sottocutaneo, mammella	4.134	1.795	19-410
289	Interventi sulle paratiroidi	6.922	2.160	28-453
290	Interventi sulla tiroide	4.832	1.988	21-319
291	Interventi sul dotto tireoglosso	2.576	1.565	14-388
292	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizio- nali e metaboliche con CC	15.095	875	40-656
293	Altri interventi	9.763	332	40-249

	per malattie endocrine, nutrizio- nali e metaboliche senza CC				
409	Radioterapia	5.510	703		24-524
410	Chemioterapia (senza leucemia come diagnosi secondaria)	3.559	668		11-528
411	Anamnesi di tumore maligno senza endoscopia	3.036	519		23-320
412	Anamnesi di tumore maligno con endoscopia	2.456	677		19-493
442	Altri interventi per trauma con CC	13.317	2.784		78-544
443	Altri interventi per trauma senza CC	7.635	2.136		43-407
444	Lesione traumatica con CC (eta' maggiore 17)	4.832	463		28-395
445	Lesione traumatica senza CC (eta' maggiore 17)	2.229	460		23-387
446	Lesione traumatica (eta' maggiore 17)	2.461	641		7-533
447	Reazioni allergiche (eta' maggiore 17)	3.092	585		19-494
448	Reazioni allergiche (eta' minore 17)	1.842	544		7-501
449	Avvelenamento o effetti tossici da farmaci con CC (eta' maggiore 17)	4.878	589		29-476
450	Avvelenamento o effetti tossici da farmaci senza CC (eta' maggiore 17)	2.736	568	2.579	11-465
132	Aterosclerosi con CC	5.869	482		34-293
133	Aterosclerosi senza CC	4.224	447		34-269
134	Ipertensione	3.903	454		27-287
294	Diabete eta' maggiore 35 aa.	5.044	434		34-264

295	Diabete eta' minore 35 aa.	4.240	589	32-501
451	Avvelenamento o effetti tossici da farmaci senza CC (eta' minore 17)	2.044	678	4-507
452	Complicazioni di cure mediche e chirurgiche con CC	4.586	618	46-364
453	Complicazioni di cure mediche e chirurgiche senza CC	3.375	455	29-323
468	Altri interventi estesi correlati alla diagnosi principale	11.255	3.334	39-536
482	Tracheostomia con patologie della bocca, laringe, faringe	21.012	4.758	72-431
483	Tracheostomia senza patologie della bocca, laringe, faringe	79.186	13.101	132-946
486	Altri interventi per traumi multipli	22.886	6.149	61-654
488	HIV associato a intervento chirurgico esteso	22.057	2.845	110-382
489	HIV associato a patologie maggiori correlate	12.889	548	109-340
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	5.364	1.887	25-331
007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	13.961	2.566	83-402
005	Interventi su vasi extracranici	9.170	2.825	31-508
018	Malattie dei nervi cranici e periferici	6.300	479	37-395

	con CC			
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	4.828	463	33-295
020	Infezioni del sistema nervoso eccetto meningite virale	10.604	619	55-354
022	Encefalopatia ipertensiva	6.490	487	31-419
034	Altre malattie del sistema nervoso con CC	8.316	558	49-491
035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	5.505	1.951	24-358

DEGENZA SOGLIA PER I PIU' FREQUENTI INTERVENTI E PATOLOGIE ORL

Intervento/patologia		gg./DS
Interventi su seni e mastoide	maggiore 17 aa.	17
Interventi su seni e mastoide	minore 17 aa.	21
Rinoplastica		14
Adeno e/o tonsillectomia	maggiore 17 aa.	7
Adeno e/o tonsillectomia	minore 17 aa.	5
Miringotomia con drenaggio trantimpanico	maggiore 17 aa.	15
Miringotomia con drenaggio trantimpanico	minore 17 aa.	5
Turbe dell'equilibrio		24
Epistassi		17
Epiglottidi		17
Otiti medie e infezioni alte vie con CC	maggiore 17 aa.	27
Otiti medie e infezioni alte vie senza CC	maggiore 17 aa.	17
Otiti medie e infezioni alte vie senza CC	minore 17 aa.	11
Laringotracheite		11
Traumatismi e deformita' del naso		14
Interventi bocca con CC		43
Interventi bocca senza CC		23
Altri interventi ORL		24
Tumori maligni ORL		37
Interventi maggiori capo e collo		71
Biopsia apparato muscolare e tessuto connettivo		37
Interventi sulla tiroide		21
Interventi sul dotto tireoglosso		14

Radioterapia	24
Chemioterapia (senza leucemia come diagnosi)	11

DRG/ROD IN ORL

PATOLOGIA DELLA CAVITA' ORALE, OROFARINGEA E DELLA LINGUA

procedure cavo orale 27, regione tonsillare 28, faringe 29

CLASSIFICAZIONE: Residui tonsillari

N. CODICE: 474.8

PROCEDURA: interv. su tonsille eccetto solo tonsillectomia e/o
adenoidi maggiore 17

N. CODICE: 28.4

DRG: 057

TARIFFA MINIMA: 1.353

TARIFFA NAZIONALE: 2.870

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 11-364

CLASSIFICAZIONE: ascesso tonsillare

N. CODICE: 475

PROCEDURA:

N. CODICE: 28.0

DRG:

TARIFFA MINIMA:

TARIFFA NAZIONALE:

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE:

CLASSIFICAZIONE: neof. adenoide

N. CODICE: 210.7

PROCEDURA:

N. CODICE: 28.11

DRG:

TARIFFA MINIMA:

TARIFFA NAZIONALE:

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE:

CLASSIFICAZIONE: neof. Tonsilla

N. CODICE: 210.5

PROCEDURA:

N. CODICE: 28.11

DRG:

TARIFFA MINIMA:

TARIFFA NAZIONALE:

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE:

CLASSIFICAZIONE: corpo estraneo tonsilla

N. CODICE: 933.0

PROCEDURA:

N. CODICE: 28.91

DRG:

TARIFFA MINIMA:

TARIFFA NAZIONALE:

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE:

CLASSIFICAZIONE: residui tonsillari
N. CODICE: 4748
PROCEDURA: interv. su tonsille eccetto solo tonsillectomia e/o
adenoidi minore 17
N. CODICE: 28.4
DRG: 058
TARIFFA MINIMA: 1.573
TARIFFA NAZIONALE: 2.714
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 5-488
CLASSIFICAZIONE: ascesso tonsillare
N. CODICE: 475
PROCEDURA:
N. CODICE:
DRG: 28.0
TARIFFA MINIMA:
TARIFFA NAZIONALE:
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE:
CLASSIFICAZIONE: biopsia tonsilla
N. CODICE: 210.7
PROCEDURA:
N. CODICE:
DRG: 28.11
TARIFFA MINIMA:
TARIFFA NAZIONALE:
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE:
CLASSIFICAZIONE: Biopsia adenoidea
N. CODICE: 210.5
PROCEDURA:
N. CODICE:
DRG: 28.11
TARIFFA MINIMA:
TARIFFA NAZIONALE:
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE:
CLASSIFICAZIONE: corpo estraneo tonsillare
N. CODICE: 933.0
PROCEDURA:
N. CODICE:
DRG: 28.91
TARIFFA MINIMA:
TARIFFA NAZIONALE:
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE:
CLASSIFICAZIONE: ipertrofia adenoidea maggiore 17
N. CODICE: 4740
PROCEDURA: adenoidectomia
N. CODICE: 28.6
DRG: 059

TARIFFA MINIMA: 1.351
TARIFFA NAZIONALE: 1.953
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 7-344
CLASSIFICAZIONE: Adeno e Tonsillite cr. maggiore 17 + acne
N. CODICE: 4740 - 7061
PROCEDURA: adeno + tonsillectomia
N. CODICE: 28.3
DRG: 059

TARIFFA MINIMA: 1.351
TARIFFA NAZIONALE: 1.973
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 7-344
CLASSIFICAZIONE: Adeno e Tonsillite cr. maggiore 17 + reumatismo
N. CODICE: 4740 - 71690
PROCEDURA: adeno + tonsillectomia
N. CODICE: 28.3
DRG: 059

TARIFFA MINIMA: 1.351
TARIFFA NAZIONALE: 1.973
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 7-344
CLASSIFICAZIONE: Adeno e Tonsillite cr. maggiore 1)
N. CODICE: 4740
PROCEDURA: adeno + tonsillectomia
N. CODICE: 28.3
DRG: 059

TARIFFA MINIMA: 1.351
TARIFFA NAZIONALE: 1.973
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 7-344
CLASSIFICAZIONE: Ipertrofia adenoidea minore 17
N. CODICE: 4740
PROCEDURA: adenoidectomia
N. CODICE: 28.6
DRG: 060

TARIFFA MINIMA: 830
TARIFFA NAZIONALE: 1.307
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 5-439
CLASSIFICAZIONE: Adeno + Tonsillite cr. minore 17
N. CODICE: 4740
PROCEDURA: adeno + tonsillectomia
N. CODICE: 28.3
DRG: 060

TARIFFA MINIMA: 830
TARIFFA NAZIONALE: 1.307
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 5-439
CLASSIFICAZIONE: Cheiloschisi
N. CODICE: 7491
PROCEDURA: riparazione di Ch.

N. CODICE: 27.54
DRG: 052
TARIFFA MINIMA: 1.786
TARIFFA NAZIONALE: 4.612
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 18-409
CLASSIFICAZIONE: palatoschisi
N. CODICE: 7490
PROCEDURA: riparazione di pa.
N. CODICE: 27.62
DRG: 052
TARIFFA MINIMA: 1786
TARIFFA NAZIONALE: 4612
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 18-409
CLASSIFICAZIONE: neoformazione cavo orale con / senza CC
N. CODICE: 239.0
PROCEDURA: biopsia bocca
N. CODICE: 25.02
DRG: 168/169
TARIFFA MINIMA: 1.899-1.757
TARIFFA NAZIONALE: 7.042-4.827
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 43-383/23-379
CLASSIFICAZIONE: stenosi orofaringea con / senza ipertrofia tonsillare
N. CODICE: 750
PROCEDURA: altri interventi cavo orale compresi ugulo palatoplastica con / senza tonsillectomia
N. CODICE: 2799
DRG: 168/169
TARIFFA MINIMA: 1.899/1.757
TARIFFA NAZIONALE: 7.042/4.827
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 43-383/23-379
CLASSIFICAZIONE: corpo estraneo orofaringe
N. CODICE: 9330
PROCEDURA: rimozione corpo estraneo da tonsille con incisione
N. CODICE: 28.91
DRG: 057
TARIFFA MINIMA: 1.353
TARIFFA NAZIONALE: 2.870
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 11-364
CLASSIFICAZIONE: corpo estraneo orofaringe
N. CODICE: 9330
PROCEDURA: rimozione corpo estraneo da tonsille senza incisione
N. CODICE: 98.13
DRG: 073
TARIFFA MINIMA: 602
TARIFFA NAZIONALE: 4.148

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500
CLASSIFICAZIONE: ascesso flemmone tonsillare
N. CODICE: 475
PROCEDURA: drenaggio tonsille
N. CODICE: 28.0
DRG: 057
TARIFFA MINIMA: 1.353
TARIFFA NAZIONALE: 2.870
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 11-364
CLASSIFICAZIONE: emorragia post-tonsillectomia
N. CODICE: 784.8
PROCEDURA: controllo emorragia post-tonsillectomia
N. CODICE: 28.7
DRG: 057
TARIFFA MINIMA: 1.353
TARIFFA NAZIONALE: 2.870
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 11-364
CLASSIFICAZIONE: cisti e fistola branchiale
N. CODICE: 744.4
PROCEDURA: asportazione cisti branchiale
N. CODICE: 29.2
DRG: 063
TARIFFA MINIMA: 2.747
TARIFFA NAZIONALE: 6.296
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-394
CLASSIFICAZIONE: neofrom. faringe anamnesi neoplasia
N. CODICE: V1002
PROCEDURA: endoscopia
N. CODICE: 2911
DRG: 412
TARIFFA MINIMA: 677
TARIFFA NAZIONALE: 2.456
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 19-493
CLASSIFICAZIONE: faringite cronica
N. CODICE: 4721
PROCEDURA: altro intervento con altrimenti definito (laser ?)
N. CODICE: 2939
DRG: 063
TARIFFA MINIMA: 2.747
TARIFFA NAZIONALE: 6.296
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-394
CLASSIFICAZIONE: faringite
N. CODICE: 462
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 068/069

TARIFFA MINIMA: 521/466
TARIFFA NAZIONALE: 4.865/3.476
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-460/17-408
CLASSIFICAZIONE: Acne + tonsillite cronica
N. CODICE: 7061
PROCEDURA: tonsillectomia
N. CODICE: 28.3
DRG: 477

TARIFFA MINIMA: 1.891
TARIFFA NAZIONALE: 5.959
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 29-371
CLASSIFICAZIONE: reumatismo + tonsillite cronica
N. CODICE: 7169
PROCEDURA: tonsillectomia
N. CODICE: 28.3
DRG: 477

TARIFFA MINIMA: 1.891
TARIFFA NAZIONALE: 5.959
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 29-371
CLASSIFICAZIONE: mononucleosi inf.
N. CODICE: 075
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 421/422

TARIFFA MINIMA: 510/534
TARIFFA NAZIONALE: 4.264/3.215
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 21-349/14-478
CLASSIFICAZIONE: Candidosi orale
N. CODICE: 112.0
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 185/186

TARIFFA MINIMA: 603/564
TARIFFA NAZIONALE: 3.781/3.088
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 23-459/15-493
CLASSIFICAZIONE: H.I.V. candidosi orale
N. CODICE: 0420
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 490

TARIFFA MINIMA: 569
TARIFFA NAZIONALE: 7.826
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 56-389
CLASSIFICAZIONE: Varici linguali
N. CODICE: 456.3
PROCEDURA: nessuna

N. CODICE: ----

DRG: 130/131

TARIFFA MINIMA: 483/438

TARIFFA NAZIONALE: 6.825/4.731

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 48-414/39-383

CONSIDERAZIONI

In caso di associazione tra TONSILLITE CRONICA e patologie quali ACNE O REUMATISMO la logica del Grouper non giustifica l'intervento di tonsillectomia: per tale ragione la tonsillopatia deve essere posta con DP e le altre diagnosi come Diagnosi secondarie. In tal modo si evita l'attribuzione del codice 477 (INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE).

Ricorrere al DRG 477 non viene considerato corretto dal Grouper perche' tale codificazione e' considerata un errore.

Nei casi di frequente utilizzazione del DRG 477 e' pertanto piu' probabile incorrere nel controllo dell'intera procedura di codificazione.

In tema di chirurgia tonsillare, va sottolineato che e' piu' considerato un intervento di exeresi di residui tonsillari (DRG 057) anziche' un intervento di tonsillectomia (DRG 059).

La diagnosi di angina monocitica o di angina virale (DRG: 421-422 malattie virali maggiore 17 aa./minore 17 aa.) e' piu' considerata di quella di angina batterica (DRG: 68-69-70 otite media e altre infezioni acute). Per una corretta codificazione e' pertanto necessario, ad. es. in caso di mononucleosi, segnalare come diagnosi principale la mononucleosi e come comorbilita' la tonsillopatia.

PATOLOGIA NASALE

Procedure sul naso 21.

DIAGNOSI: Epistassi

N. CODICE: 7847

PROCEDURA: senza tamponamento

N. CODICE: dip. da diagn. princi

DRG: dip. da diagn. princi

TARIFFA MINIMA:

TARIFFA NAZIONALE:

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE:

DIAGNOSI: Ipertensione arteriosa

N. CODICE: 401.9/7847

PROCEDURA: con cauterizzazione tamponamento

N. CODICE: 21.03

DRG: 134 (ipert n)

TARIFFA MINIMA: 454

TARIFFA NAZIONALE: 3.9,3

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-287

DIAGNOSI: Epistassi
N. CODICE: 78478
PROCEDURA: legatura vasi etm
N. CODICE: 21.04
DRG: 063
TARIFFA MINIMA: 2.747
TARIFFA NAZIONALE: 6.296
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-394
DIAGNOSI:
N. CODICE:
PROCEDURA:
N. CODICE:
DRG:
TARIFFA MINIMA:
TARIFFA NAZIONALE:
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE:
DIAGNOSI: Epistassi
N. CODICE: 7847
PROCEDURA: leg. Art. masc.
N. CODICE: 21.05
DRG: 063
TARIFFA MINIMA: 2.747
TARIFFA NAZIONALE: 6.296
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-394
DIAGNOSI: Epistassi
N. CODICE: 7847
PROCEDURA: leg. Car. est.
N. CODICE: 21.06
DRG: 063
TARIFFA MINIMA: 2.747
TARIFFA NAZIONALE: 6.296
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-394
DIAGNOSI: Anamnesi di tumore maligno
N. CODICE: V10.1
PROCEDURA: Rinoscopia (endoscopia)
N. CODICE: 21.21
DRG: 412
TARIFFA MINIMA: 677
TARIFFA NAZIONALE: 2.456
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 19-493
DIAGNOSI: Stenosi nasale
N. CODICE: 470
PROCEDURA: rinoplastica (NEC)
N. CODICE: 21.87
DRG: 56
TARIFFA MINIMA: 1.758

TARIFFA NAZIONALE: 3.408
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 14-408
DIAGNOSI: Stenosi nasale
N. CODICE: 470
PROCEDURA: rinoplastica (NEC)
N. CODICE: 21.87
DRG: 56

TARIFFA MINIMA: 1.758
TARIFFA NAZIONALE: 3.408
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 14-408
DIAGNOSI: Deviazione del setto come esito di trauma
N. CODICE: 908.6/959-0
PROCEDURA: settoplastica
N. CODICE: 21.88
DRG: 442/443

TARIFFA MINIMA: 2.784/2.136
TARIFFA NAZIONALE: 13.317/7-635
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 78-544/43-407
DIAGNOSI: Deviazione congenita del setto
N. CODICE: 7540
PROCEDURA: rinoplastica
N. CODICE: 21.87
DRG: 234

TARIFFA MINIMA: 2.496
TARIFFA NAZIONALE: 6.403
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 42-397
DIAGNOSI: Deviazione congenita del setto
N. CODICE: 7540
PROCEDURA: settoplastica
N. CODICE: 21.88
DRG: 234

TARIFFA MINIMA: 2.496
TARIFFA NAZIONALE: 6.403
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 42-397
DIAGNOSI: Deviazione congenita del setto + asma
N. CODICE: 7540
PROCEDURA: settoplastica
N. CODICE: 21.88
DRG: 234

TARIFFA MINIMA: 2.496
TARIFFA NAZIONALE: 6.403
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 42-397
DIAGNOSI: Deviazione congenita del setto + allergia
N. CODICE: 7540/4770
PROCEDURA: settoplastica
N. CODICE: 21.88

DRG: 234

TARIFFA MINIMA: 2.496

TARIFFA NAZIONALE: 6.403

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 42-397

DIAGNOSI: Asma + deviazione congenita del setto

N. CODICE: 4939/7540

PROCEDURA: settoplastica

N. CODICE: 2188

DRG:477

TARIFFA MINIMA: 1.891

TARIFFA NAZIONALE: 5.959

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 29-371

DIAGNOSI: Allergia + deviazione congenita del setto

N. CODICE: 4770/7540

PROCEDURA: settoplastica

N. CODICE: 21.88

DRG: 477

TARIFFA MINIMA: 1.891

TARIFFA NAZIONALE: 5.959

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 29-371

DIAGNOSI: Malattia autoimmune + deviazione setto

N. CODICE: 2794/7540

PROCEDURA: settoplastica

N. CODICE: 21.88

DRG: 477

TARIFFA MINIMA: 1.891

TARIFFA NAZIONALE: 5.959

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 29-371

DIAGNOSI: teleangectasia emorragica ereditaria

N. CODICE: 448.0

PROCEDURA: nessuna

N. CODICE: ---

DRG: 130/131

TARIFFA MINIMA: 483/438

TARIFFA NAZIONALE: 6.825/4.731

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 48-414/39-414

DIAGNOSI: malattia autoimmune

N. CODICE: 279.4

PROCEDURA: nessuna

N. CODICE: ---

DRG: 240/241

TARIFFA MINIMA: 514/467

TARIFFA NAZIONALE: 9.149/5.845

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 47-335/50-276

DIAGNOSI: trauma cranio facciale (postumi)

N. CODICE: 908.6

PROCEDURA: altri interventi per trauma con/senza CC

N. CODICE: 2172

DRG: 442/443

TARIFFA MINIMA: 2.784/2.136

TARIFFA NAZIONALE: 13.317/7.635

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 78-544/43-407

DIAGNOSI: trauma faccia collo

N. CODICE: 959.0

PROCEDURA: altri interventi per trauma con/senza CC

N. CODICE: 2172

DRG: 442/443

TARIFFA MINIMA: 2.784/2.136

TARIFFA NAZIONALE: 13.317/7.635

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 78-544/43-407

DIAGNOSI: frattura ossea nasali

N. CODICE: 959.0/8021

PROCEDURA: altri interventi aperta

N. CODICE: 2172

DRG: 442/443

TARIFFA MINIMA: 516/405

TARIFFA NAZIONALE: 10.995.5/5.295

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 92-387/43-304

DIAGNOSI: rinite cronica

N. CODICE: 472.2

PROCEDURA: Crioc e diatermo

N. CODICE: 2161

DRG: 55

TARIFFA MINIMA: 2.049

TARIFFA NAZIONALE: 3.869

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 14-426

DIAGNOSI: rinite cronica

N. CODICE: 472.2

PROCEDURA: turbinotomia non altrimenti specificata

N. CODICE: 2169

DRG: 55

TARIFFA MINIMA: 2.049

TARIFFA NAZIONALE: 3.869

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 14-426

DIAGNOSI: rinite allergica

N. CODICE: 4779

PROCEDURA:

N. CODICE:

DRG: 069

TARIFFA MINIMA: 466

TARIFFA NAZIONALE: 3.476

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-408

DIAGNOSI: rinite allergica + deviaz. setto
N. CODICE: 4779
PROCEDURA: settoplastica
N. CODICE: 21.88
DRG: 234
TARIFFA MINIMA: 2.496
TARIFFA NAZIONALE: 6.403
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 42-397
DIAGNOSI: rinite allergica + deviaz. setto + asma
N. CODICE: 4779/7540/4939
PROCEDURA: settoplastica
N. CODICE: 21.88
DRG: 234
TARIFFA MINIMA: 2.496
TARIFFA NAZIONALE: 6.403
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 42-397
DIAGNOSI: rinite non allergica
N. CODICE: 4720
PROCEDURA:
N. CODICE:
DRG: 069
TARIFFA MINIMA: 466
TARIFFA NAZIONALE: 3476
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-408
DIAGNOSI: rinite allergica + asma
N. CODICE: 4779/4930
PROCEDURA:
N. CODICE:
DRG: 097
TARIFFA MINIMA: 381
TARIFFA NAZIONALE: 3.609
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-252
DIAGNOSI: iperreattivita' nasale
N. CODICE: 4720
PROCEDURA: sezione parziale trigemino
N. CODICE: 0402
DRG: 063
TARIFFA MINIMA: 2.747
TARIFFA NAZIONALE: 6.296
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-394
DIAGNOSI: neoplasia benigna rinofaringea
N. CODICE: 2107
PROCEDURA: biopsia nasale rinofaringea
N. CODICE: 2122
DRG: 73
TARIFFA MINIMA: 602

TARIFFA NAZIONALE: 4.148
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500
DIAGNOSI: neoplasia benigna cavita' nasale, seno
N. CODICE: 2120
PROCEDURA: biopsia nasale
N. CODICE: 2122
DRG: 73
TARIFFA MINIMA: 602
TARIFFA NAZIONALE: 4.148
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500
DIAGNOSI: malattie cavita' e seni nasali
N. CODICE: 4781
PROCEDURA: biopsia nasale
N. CODICE: 2122
DRG: 73
TARIFFA MINIMA: 602
TARIFFA NAZIONALE: 4.148
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500
DIAGNOSI: ipertrofia dei turbinati
N. CODICE: 4780
PROCEDURA: biopsia nasale
N. CODICE: 2122
DRG: 73
TARIFFA MINIMA: 602
TARIFFA NAZIONALE: 4.148
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500
DIAGNOSI: rinofaringite cronica
N. CODICE: 4722
PROCEDURA: biopsia nasale e rinofaringea
N. CODICE: 2122
DRG: 68/69/70
TARIFFA MINIMA: 521/466/511
TARIFFA NAZIONALE: 4.865/3.476/2.638
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-470/17-408/11-361
DIAGNOSI: malattia non specificata delle VADS
N. CODICE: 4789
PROCEDURA: biopsia nasale e rinofaringea
N. CODICE: 2122
DRG: 68&69/70
TARIFFA MINIMA: 521/466/511
TARIFFA NAZIONALE: 4.865/3.476/2.638
DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-470/17-408/11-361
DIAGNOSI: rinite cronica
N. CODICE: 4720
PROCEDURA: biopsia nasale e rinofaringea
N. CODICE: 2122

DRG: 68/69/70

TARIFFA MINIMA: 521/466/511

TARIFFA NAZIONALE: 4.865/3.476/2.638

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-470/17-408/11-361

DIAGNOSI: neoplasia ad andamento incerto delle vie respiratorie

N. CODICE: 2359

PROCEDURA: biopsia

N. CODICE: 2122

DRG: 82

TARIFFA MINIMA: 500

TARIFFA NAZIONALE: 7.381

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 47-325

CONSIDERAZIONI

Gli interventi sul setto nasale, sul contenuto delle fosse nasali (turbinati, polipi) e sulla piramide nasale (rinoplastica, riduzione della frattura nasale) rientrano nel DRG 55 (miscellanea interventi ORL: 3.869) o nel DRG 56 (rinoplastica: 3.408) se eseguiti per correzione di stenosi nasale (21.87).

Quando eseguiti per correzione di deviazione congenita del setto (754.0) danno accesso a: DRG 233/234: 13.516/6.403.

Quando eseguiti per correzione di effetti tardivi di complicanze e trauma (908.6) o traumatismo di faccia e collo (959.0) danno accesso a: DRG 442/443: 13.317/7.635. Pertanto, nei casi in cui tali condizioni sussistano, non e' indicato utilizzare stenosi respiratoria nasale come DP generica bensì' precisare se:

- deviazione congenita del setto (754.0)
- effetti tardivi di complicanze e trauma (908.6)
- traumatismo di faccia e collo (959.0).

Si tratta di una logica e corretta interpretazione, ma si ritiene corretto rivolgersi per conferma e consenso ad appositi centri di controllo regionale. Tutti gli interventi sui turbinati (crio/laser: 21.62, turbinotomia ect. 21.69): DRG 55 (3.869).

Legatura dei vasi per epistassi (21.05) anche mediante clippaggio o diatermocoagulazione:

se diagnosi principale epistassi DRG 63: 6.296

se diagnosi principale ipertensione (401.9) DRG 120: 12.830.

In caso di asma associata a rinite allergica, la prima deve essere indicata come DP in quanto prevale gerarchicamente sulla rinite.

Nel caso di deviazione congenita del setto, la presenza di diagnosi associate quali asma o allergia nasale non varia il DRG.

*Quando viene eseguita una settoplastica in pazienti con DP di malattia autoimmune, asma o allergia si accede al DRG 477 considerato un DRG "aspecifico", in quanto il Grouper non rileva correlazioni tra diagnosi principale ed intervento.

*In tali condizioni e' piu' corretto indicare la malattia

autoimmune come diagnosi secondaria e stenosi nasale (oppure deviazione del setto ecc.) come DP in modo che il Grouper legga una correlazione logica tra la DP e l'intervento eseguito.

La chirurgia dei turbinati, se necessaria dopo trauma nasale (9590) puo' essere ricondotta piu' correttamente, al DRG 442/443.

In caso di epistassi associata ad ipertensione, la diagnosi di IPERTENSIONE ARTERIOSA e' gerarchicamente piu' importante e non e' indicato utilizzare l'epistassi come diagnosi principale in quanto questa e' in realta' un sintomo dell'ipertensione.

La BIOPSIA NASALE E LA BIOPSIA DEL RINOFARINGE (2122) danno accesso a differenti DRG in funzione della DP per cui vengono eseguite.

In caso di: neoplasia benigna del rinofaringe (2107), neoplasia benigna di cavita' nasale, seno, orecchio medio (2120), malattia delle cavita', seni nasali (4781), ipertrofia dei turbinati (4780) danno accesso ai DRG 73 (altre diagnosi relative ad orecchio, naso, gola, eta' maggiore 17 o DRG 74 minore 17: 4148/2670).

La stessa procedura (biopsia nasale o rinofaringea: 2122) da accesso al DRG 68 (otite media ed altre infezioni delle vie respiratorie maggiore 17 anni, con CC: 4.865) al DRG 69 (idem senza CC: 3.476) o DRG 70 (idem minore 17 anni: 2.638) se eseguita nei seguenti casi, indicati come DP: rinofaringite cronica (4722), malattia non specificata delle VADS (4789), rinofaringite cronica (4722), rinite cronica (4720).

PATOLOGIA SINUSALE

Procedure su seni paranasali 22.

DIAGNOSI: sinusite cronica iperplastica

N. CODICE: 473

PROCEDURA: medica

N. CODICE:

DRG: 68/69

TARIFFA MINIMA: 521/466

TARIFFA NAZIONALE: 4.865/3.476

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-470/17-408

DIAGNOSI: sinusite cronica NAS

N. CODICE: 473.9

PROCEDURA: qualsiasi intervento sui seni paranasali

N. CODICE: 22.X

DRG: 53/54

TARIFFA MINIMA: 1.796/2.216

TARIFFA NAZIONALE: 4.830/4.048

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-378/21-310

DIAGNOSI: poliposi nasale

N. CODICE: 471

PROCEDURA: medica

N. CODICE:

DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702

TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532

CONSIDERAZIONI

Vengono maggiormente considerate le prestazioni in soggetti di eta' superiore ai 17 anni.

Il DRG non varia a seconda dellametodica utilizzata per eseguire gli interventi (microchirurgia, ch. Endoscopica ecc.).

In particolare, per quanto riguarda la CHIRURGIA ENDOSCOPICA FESS, questa e' paradossalmente considerata una procedura medica. Le endoscopie o i trattamenti endoscopici eseguiti per patologia non tumorale vengono considerati tutti "medici" eccetto che le endoscopie in pz. con DP di neoplasia che rientrano nel DRG 412 (MDC 17- Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate).

La procedura "Exeresi di lesione del seno mascellare non specificata" permette l'accesso al DRG 233-234 (interventi sul tessuto connettivo osteomuscolare con/senza CC 13.516-6.403).

Nei casi di poliposi nasale l'attribuzione del DRG varia in funzione dell'eta' e della DP:

- se l'eta' maggiore di 17 aa. senza CC: DP diagnosi poliposi (471): DRG 73 = 4.148.

- In caso di eta' minore di 17 aa. senza CC: DP sinusite cronica (473): DRG 70: 2.638).

- In caso di CC, indipendentemente dall'eta': DP sinusite cronica (473): DRG 70: 2.638.

PATOLOGIA NON NEOPLASTICA DELLA LARINGE

DIAGNOSI: Laringite difterica

N. CODICE: 0323

PROCEDURA:---

N. CODICE:---

DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702

TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670

DEGENZA LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532

DIAGNOSI: Neoformazioni benigne della laringe

N. CODICE: 2121

PROCEDURA: a seconda della procedura

N. CODICE: ---

DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702

TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532

DIAGNOSI: Laringite acuta

N. CODICE: 4640

PROCEDURA: ---
N. CODICE: ---
DRG: 68/69/70
TARIFFA MINIMA: 521/466/511
TARIFFA NAZIONALE: 4.865/3.476/2.638
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-470/17-408/11-361
DIAGNOSI: Epiglottide acuta
N. CODICE: 4643
PROCEDURA: ----
N. CODICE: ----
DRG: 67
TARIFFA MINIMA: 694
TARIFFA NAZIONALE: 3.471
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-506
DIAGNOSI: Laringite cronica
N. CODICE: 4760
PROCEDURA: ----
N. CODICE: ----
DRG: 68/69/70
TARIFFA MINIMA: 521/466/511
TARIFFA NAZIONALE: 4.865/3.476/2.638
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-470/17-408/11-361
DIAGNOSI: Laringite cronica
N. CODICE: 4760
PROCEDURA: asportazione tessuto laringeo
N. CODICE: 3009
DRG: 55
TARIFFA MINIMA: 2.049
TARIFFA NAZIONALE: 3.869
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 14-427
DIAGNOSI: Infezioni multiple alte vie respiratorie
N. CODICE: 465
PROCEDURA: ----
N. CODICE: ----
DRG: 68/69
TARIFFA MINIMA: 521/466
TARIFFA NAZIONALE: 4.865/3.476
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-470/17-408/11-361
DIAGNOSI: Paralisi corda vocale
N. CODICE: 4783
PROCEDURA: ----
N. CODICE: ----
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532

DIAGNOSI: Paralisi corda vocale

N. CODICE: 4783

PROCEDURA: interventi per ristabilire la pervietà respiratoria
(aritenopessi-aritenoidectomia ecc.)

N. CODICE: 3198

DRG: 55

TARIFFA MINIMA: 2.049

TARIFFA NAZIONALE: 3.869

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 14-427

DIAGNOSI: Polipo corde vocali

N. CODICE: 4784

PROCEDURA: ----

N. CODICE: ----

DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702

TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532

DIAGNOSI: Polipo corde vocali

N. CODICE: 4784

PROCEDURA: asportazione tessuto laringeo

N. CODICE: 3009

DRG: 55

TARIFFA MINIMA: 2.049

TARIFFA NAZIONALE: 3.869

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 14-427

DIAGNOSI: Altre malattie corde vocali

N. CODICE: 4785

PROCEDURA: ----

N. CODICE: ----

DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702

TARIFFA NAZIONALE: 4.48/2.670

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532

DIAGNOSI: Edema della laringe

N. CODICE: 4786

PROCEDURA: ----

N. CODICE: ----

DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702

TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532

DIAGNOSI: Edema della laringe

N. CODICE: 4786

PROCEDURA: asportazione tessuto laringeo

N. CODICE: 3009

DRG: 55

TARIFFA MINIMA: 2.049
TARIFFA NAZIONALE: 3.869
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 14-427
DIAGNOSI: Altre malattie della laringe (laringocele ecc.)
N. CODICE: 4787
PROCEDURA: a seconda della procedura
N. CODICE:
DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: Malformazioni laringee
N. CODICE: 7483
PROCEDURA: ----
N. CODICE:
DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: Malformazioni laringee
N. CODICE: 7483
PROCEDURA: a seconda della procedura
N. CODICE:
DRG: 55

TARIFFA MINIMA: 2.049
TARIFFA NAZIONALE: 3.869
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 14-427
DIAGNOSI: Biopsia laringea
N. CODICE: 3143
PROCEDURA: ----
N. CODICE:
DRG: 412

TARIFFA MINIMA: 677
TARIFFA NAZIONALE: 2.456
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 19-493
PATOLOGIA NON NEOPLASTICA DELLE GHIANDOLE SALIVARI
codice procedura 26
DIAGNOSI: atrofia
N. CODICE: 5270
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: ipertrofia

N. CODICE: 5271
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: scialoadenite parotite
N. CODICE: 5272
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: ascesso
N. CODICE: 5273
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: fistola
N. CODICE: 5274
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: scialolitiasi
N. CODICE: 5275
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: disturbi della secrezione salivare
N. CODICE: 5277
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532

DIAGNOSI: artrite reumatoide

N. CODICE: 714.0

PROCEDURA: nessun procedimento

N. CODICE:

DRG: 240 con CC 241 senza CC

TARIFFA MINIMA: 514/467

TARIFFA NAZIONALE: 9.149/5.845

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 47-335/50-276

DIAGNOSI: neoformazione parotidea + S. Sjogren

N. CODICE: 5271/710.2

PROCEDURA: nessun procedimento

N. CODICE:

DRG: 073

TARIFFA MINIMA: 602

TARIFFA NAZIONALE: 4.148

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500

DIAGNOSI: Sjogren + neoformazione parotidea

N. CODICE: 710.2/5271

PROCEDURA: nessun procedimento

N. CODICE:

DRG: 240 con CC 241 senza CC

TARIFFA MINIMA: 514/467

TARIFFA NAZIONALE: 9.149/5.845

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 47-335/50-276

DIAGNOSI: scialoadenite

N. CODICE: 5272

PROCEDURA: scialoadenectomia

N. CODICE: 2630

DRG: 50

TARIFFA MINIMA: 2132

TARIFFA NAZIONALE: 5.231

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-365

CONSIDERAZIONI

In caso di diagnosi di M.- di Sjogren o di artrite reumatoide sono da preferirsi queste come DP piuttosto che quella di scialoadenite, essendo piu' corretto codificare la patologia come patologia d'organismo piuttosto che come lesione localizzata.

PATOLOGIA TIROIDEA NON NEOPLASTICA

DIAGNOSI: tireotossicosi con o senza gozzo

N. CODICE: 242

PROCEDURA: nessuna

N. CODICE:

DRG: 300/301

TARIFFA MINIMA: 540/540

TARIFFA NAZIONALE: 6.490/3.753

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 42-447/32-301

DIAGNOSI: tireotossicosi con o senza gozzo

N. CODICE: 242

PROCEDURA: lobectomia tiroidea monolaterale

N. CODICE: 062

DRG: 290

TARIFFA MINIMA: 1.988

TARIFFA NAZIONALE: 4.832

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 21-319

DIAGNOSI: tireotossicosi con o senza gozzo

N. CODICE: 242

PROCEDURA: asportazione lesione tiroide

N. CODICE: 06.31

DRG: 290

TARIFFA MINIMA: 1.988

TARIFFA NAZIONALE: 4.832

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 21-319

DIAGNOSI: tireotossicosi con o senza gozzo

N. CODICE: 242

PROCEDURA: tiroidectomia totale

N. CODICE: 064

DRG: 290

TARIFFA MINIMA: 1.988

TARIFFA NAZIONALE: 4.832

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 21-319

DIAGNOSI: tireotossicosi con o senza gozzo

N. CODICE: 242

PROCEDURA: altra tiroidectomia parziale

N. CODICE: 06.39

DRG: 290

TARIFFA MINIMA: 1.988

TARIFFA NAZIONALE: 4.832

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 21-319

DIAGNOSI: tiroidite autoimmune

N. CODICE: 245

PROCEDURA: se nessuna

N. CODICE: ----

DRG: 300/301

TARIFFA MINIMA: 540/540

TARIFFA NAZIONALE: 6.490/3.753

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 42-447/32-301

DIAGNOSI: cisti/fistola dotto tireoglosso

N. CODICE: 759.2

PROCEDURA: exeresi del dotto tireo.

N. CODICE: 067

DRG: 63

TARIFFA MINIMA: 2.747
TARIFFA NAZIONALE: 6.296
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-394
 PATOLOGIA NON NEOPLASTICA DEL COLLO
CLASSIFICAZIONE: Celluliti e ascessi cervicali
N. CODICE: 6821
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 277/278/279
TARIFFA MINIMA: 445/423/524
TARIFFA NAZIONALE: 6.554/3.885/2.967
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 47-256/38-253/14-478
CLASSIFICAZIONE_ Adenopatia da malattia da graffio di gatto
N. CODICE: 0783
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 398/399
TARIFFA MINIMA: 708/547
TARIFFA NAZIONALE: 11.548/5.635
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 67-364/32-327
CLASSIFICAZIONE: Adenopatia sifilitica
N. CODICE: 0914
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 398/399
TARIFFA MINIMA: 708/547
TARIFFA NAZIONALE: 11.548/5.635
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 67-364/32-327
CLASSIFICAZIONE: Ascesso bocca
N. CODICE: 5283
PROCEDURA: incisione ascesso bocca
N. CODICE: 270
DRG: 168/169
TARIFFA MINIMA: 1.899/1.757
TARIFFA NAZIONALE: 7.042/4.826
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 43-383/23-279
CLASSIFICAZIONE: Tumore glomico
N. CODICE: 2275
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 10/11
TARIFFA MINIMA: 549/514
TARIFFA NAZIONALE: 9.541/6.242
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 63-474/50-433
CLASSIFICAZIONE: Tumore glomico
N. CODICE: 2275

PROCEDURA: exeresi tumore glomico

N. CODICE: 398

DRG: 5

TARIFFA MINIMA: 2.825

TARIFFA NAZIONALE: 9.170

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 31-508

CLASSIFICAZIONE: Cisti branchiale

N. CODICE: 7448

PROCEDURA: se nessuna

N. CODICE: ----

DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702

TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532

CLASSIFICAZIONE: Cisti branchiale

N. CODICE: 7488

PROCEDURA: exeresi cisti branchiale

N. CODICE: 292

DRG: 63

TARIFFA MINIMA: 2.747

TARIFFA NAZIONALE: 6.296

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-394

DRG E DISTURBI DELL'EQUILIBRIO
VERTIGINI E DISTURBI DELL'EQUILIBRIO

CLASSIFICAZIONE: M. Meniere NAS

N. CODICE: 38600

DRG: 65

TARIFFA MINIMA: 375

TARIFFA NAZIONALE: 3.716

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413

CLASSIFICAZIONE: M. Meniere cocleovestibolare

N. CODICE: 38601

DRG: 65

TARIFFA MINIMA: 375

TARIFFA NAZIONALE: 3.716

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413

CLASSIFICAZIONE: M. Meniere cocleare

N. CODICE: 38602

DRG: 65

TARIFFA MINIMA: 375

TARIFFA NAZIONALE: 3.716

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413

CLASSIFICAZIONE: M. Meniere vestibolare

N. CODICE: 38603

DRG: 65

TARIFFA MINIMA: 375

TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: M. Meniere inattiva
N. CODICE: 38604
DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Vertigine periferica NAS
N. CODICE: 38610
DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Vertigine parossistica benigna
N. CODICE: 38611
DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Neuronite vestibolare
N. CODICE: 38612
DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Vertigine periferica non altrimenti definita
N. CODICE: 38619
DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Vertigine centrale
N. CODICE: 38620
DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Labirintite NAS
N. CODICE: 38630
DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Labirintite sierosa
N. CODICE: 38631

DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Labirintite circoscritta
N. CODICE: 38632

DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Labirintite suppurativa
N. CODICE: 38633

DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Labirintite tossica
N. CODICE: 38634

DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Labirintite virale
N. CODICE: 38635

DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Disfunzione labirintica NAS
N. CODICE: 38650

DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Iper-reflettivita' labirintica unilaterale
N. CODICE: 38651

DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Iper-reflettivita' labirintica bilaterale
N. CODICE: 38652

DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413

CLASSIFICAZIONE: Ipo-reflettivita' labirintica unilaterale

N. CODICE: 38653

DRG: 65

TARIFFA MINIMA: 375

TARIFFA NAZIONALE: 3.716

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413

CLASSIFICAZIONE: Ipo-reflettivita' labirintica bilaterale

N. CODICE: 38654

DRG: 65

TARIFFA MINIMA: 375

TARIFFA NAZIONALE: 3.716

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413

CLASSIFICAZIONE: Areflessia labirintica monolaterale

N. CODICE: 38655

DRG: 65

TARIFFA MINIMA: 375

TARIFFA NAZIONALE: 3.716

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413

CLASSIFICAZIONE: Areflessia labirintica bilaterale

N. CODICE: 38656

DRG: 65

TARIFFA MINIMA: 375

TARIFFA NAZIONALE: 3.716

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413

CLASSIFICAZIONE: Disfunzione labirintica non altrimenti definita

N. CODICE: 38658

DRG: 65

TARIFFA MINIMA: 375

TARIFFA NAZIONALE: 3.716

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413

CLASSIFICAZIONE: Disordini del labirinto non altrimenti definito

N. CODICE: 3868

DRG: 65

TARIFFA MINIMA: 375

TARIFFA NAZIONALE: 3.716

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413

CLASSIFICAZIONE: Sindrome vertiginosa non altrimenti definita

N. CODICE: 3869

DRG: 65

TARIFFA MINIMA: 375

TARIFFA NAZIONALE: 3.716

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413

CLASSIFICAZIONE: Disequilibrio e instabilita'

N. CODICE: 7804

DRG: 65

TARIFFA MINIMA: 375

TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Cinetosi
N. CODICE: 9946
DRG: 65
TARIFFA MINIMA: 375
TARIFFA NAZIONALE: 3.716
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-413
CLASSIFICAZIONE: Neurinoma dell'VIII nc
N. CODICE: 3885
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
CLASSIFICAZIONE: Come disturbo dei N. cranici
N. CODICE: 3529
DRG: 18/19
TARIFFA MINIMA: 479/463
TARIFFA NAZIONALE: 6.300/4.828
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 37-395/33-395
CLASSIFICAZIONE: neurite sifilitica dell'VIII nc
N. CODICE: 0948
DRG: 20
TARIFFA MINIMA: 4.619
TARIFFA NAZIONALE: 10.604
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 55-354
DISTURBI DELL'EQUILIBRIO DI INTERESSE PREVALENTEMENTE NEUROLOGICO
CLASSIFICAZIONE: Nistagmo e movimenti irregolari degli occhi
N. CODICE: 3795
DRG: 45
TARIFFA MINIMA: 576
TARIFFA NAZIONALE: 4.341
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 25-478
CLASSIFICAZIONE: Vertigine epilettica
N. CODICE: 345.9
DRG: 24/25/26
TARIFFA MINIMA: 527/475/588
TARIFFA NAZIONALE: 5.203/3.967/3.347
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 31-411/25-303/19-505
CLASSIFICAZIONE: Vertigine psicogena
N. CODICE: 306.9
DRG: 426/427/430
TARIFFA MINIMA: 408/439/369
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/3.650/5.682
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 44-384/43-413/63-340
CLASSIFICAZIONE: Postumi di trauma cranico

N. CODICE: 905

DRG: 34/35

TARIFFA MINIMA: 558/483

TARIFFA NAZIONALE: 8.316/5.469

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 49-491/41-412

CLASSIFICAZIONE: Insufficienza vascolare cerebrale generica

N. CODICE: 437.1

DRG: 16/17

TARIFFA MINIMA: 489/431

TARIFFA NAZIONALE: 7.620/5.469

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 41-401/37-258

CLASSIFICAZIONE: Insufficienza vascolare cerebrale carotidea

N. CODICE: 435

DRG: 15

TARIFFA MINIMA: 450

TARIFFA NAZIONALE: 4.763

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-383

CLASSIFICAZIONE: Insufficienza vascolare cerebrale vertebro-basilare

N. CODICE: 435

DRG: 15

TARIFFA MINIMA: 450

TARIFFA NAZIONALE: 4.763

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-388

CLASSIFICAZIONE: Insufficienza vascolare cerebrale precerebrale

N. CODICE: 435

DRG: 15

TARIFFA MINIMA: 450

TARIFFA NAZIONALE: 4.763

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-383

CLASSIFICAZIONE: Aterosclerosi cerebrale generica

N. CODICE: 437.0

DRG: 16/17

TARIFFA MINIMA: 489/431

TARIFFA NAZIONALE: 7.620/5.469

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 41-401/37-258

CLASSIFICAZIONE: Aterosclerosi cerebrale carotidea

N. CODICE: 433.1

DRG: 15

TARIFFA MINIMA: 450

TARIFFA NAZIONALE: 4.763

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-383

CLASSIFICAZIONE: Aterosclerosi cerebrale vertebro-basilare

N. CODICE: 433.0

DRG: 15

TARIFFA MINIMA: 450

TARIFFA NAZIONALE: 4.763
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-383
CLASSIFICAZIONE: Occlusione arteriosa uditiva interna
N. CODICE: 433.8
DRG: 15
TARIFFA MINIMA: 450
TARIFFA NAZIONALE: 4.763
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-383
CLASSIFICAZIONE: Occlusione arteriosa vertebrale
N. CODICE: 433.2
DRG: 15
TARIFFA MINIMA: 450
TARIFFA NAZIONALE: 4.763
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-383
CLASSIFICAZIONE: Occlusione arteriosa vertebrale bilaterale
N. CODICE: 433.3
DRG: 15
TARIFFA MINIMA: 450
TARIFFA NAZIONALE: 4.763
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-383
CLASSIFICAZIONE: Occlusione arteriosa associata ad altre arterie
precerebrali
N. CODICE: 433.3
DRG: 15
TARIFFA MINIMA: 450
TARIFFA NAZIONALE: 4.763
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-383
CLASSIFICAZIONE: Malattie demielinizzanti S.M. ed atassia
cerebellare
N. CODICE: 340
DRG: 13
TARIFFA MINIMA: 443
TARIFFA NAZIONALE: 5.154
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 43-393
CLASSIFICAZIONE: Malattie degenerative SNC
N. CODICE: 3319
DRG: 12
TARIFFA MINIMA: 450
TARIFFA NAZIONALE: 7.809
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 48-387
VERTIGINI DI INTERESSE PREVALENTEMENTE INTERNISTICO
CLASSIFICAZIONE: Associate come complicanza a: ipertensione
N. CODICE: 4019
DRG: 134
TARIFFA MINIMA: 454
TARIFFA NAZIONALE: 3.953

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-287

CLASSIFICAZIONE: Associate come complicanza a: diabete maggiore 35
aa.

N. CODICE: 2509

DRG: 294

TARIFFA MINIMA: 434

TARIFFA NAZIONALE: 5.004

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 34-264

CLASSIFICAZIONE: Associate come complicanza a: diabete minore 35
aa.

N. CODICE: 2509

DRG: 295

TARIFFA MINIMA: 589

TARIFFA NAZIONALE: 4.240

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 32-501

CLASSIFICAZIONE: Associate come complicanza a: aritmie e disturbi
della conduzione cardiaca

N. CODICE: 4276

DRG: 138/139

TARIFFA MINIMA: 622/472

TARIFFA NAZIONALE: 6.258/3.668

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 31-538/25-405

CLASSIFICAZIONE: Associate come complicanza a: sincope o collasso

N. CODICE: 7802

DRG: 141/142

TARIFFA MINIMA: 510/470

TARIFFA NAZIONALE: 4.679/3.493

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-301/21-277

CLASSIFICAZIONE: Associate come complicanza a: tumori maligni (s.
parancopl.)

N. CODICE: 199

DRG: 413/414

TARIFFA MINIMA: 541/509

TARIFFA NAZIONALE: 10.438/6.799

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 65-439/50-303

CLASSIFICAZIONE: Associate come complicanza a: artropatie non
specifiche (artrosi cervicale ecc.)

N. CODICE: 7219

DRG: 246

TARIFFA MINIMA: 445

TARIFFA NAZIONALE: 4.335

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 39-238

CONSIDERAZIONI

1. Le vertigini di competenza strettamente ORL rientrano tutte
nel DRG 65 (disturbi dell'equilibrio) senza alcuna distinzione.

Da notare che la diagnosi di neurinoma nell'VIII nc risulta

meno considerata di altre forme se codificata con 3885 maggiore DRG 73/74: rispecchia invece una maggiore corrispondenza all'utilizzazione delle risorse se codificata con 3529 maggiore DRG 18/19.

2. Per quanto concerne la patologia cerebro-vascolare, qualsiasi forma di vertigine attribuita ad insufficienza C.V., Aterosclerosi, TIA o simili risulta piu' considerata di quando viene catalogata genericamente come sindrome vertiginosa "periferica" o "centrale" (maggiore DRG 65).

In questi casi la diagnosi di Aterosclerosi cerebrale fa accedere al DRG 16/17 (disturbi cerebrali aspecifici cc/sc).

L'attribuzione ad un DRG non strettamente ORL e' giustificata dall'identita' del percorso diagnostico (e quindi del consumo delle risorse) necessario a tali pazienti. Dovranno ovviamente figurare in cartella le consulenze specialistiche adeguate (neurologiche, internistiche) e l'espletamento delle indagini pluridisciplinari necessarie all'inquadramento di tale patologia.

3. In campo neurologico devono essere evidenziate le forme associate ad epilessia in pz. di eta' superiore a 17 anni, ad esiti di trauma cranico, o a forme demielinizzanti o degenerative.

4. Da sottolineare la valutazione delle vertigini "psicogene": in questi casi deve peraltro essere considerata la probabile necessita' di una conferma psichiatrica della diagnosi generica di "psicosi-depressione ecc.".

5. Il semplice riscontro di Nistagmo e movimenti irregolari degli occhi (3795 maggiore DRG 45) risulta piu' considerato di una diagnosi otoneurologica di sede e natura di patologia vestibolare periferica, compresa nel DRG 65.

6. Le vertigini attribuite a patologia internistica risultano sempre piu

considerate delle forme strettamente ORL. Vale quanto gia' sottolineato per le forme neurovascolari: l'identita' di percorso diagnostico e di consumo di risorse deve essere sostenuto da adeguate consulenze e prestazioni strumentali.

7. TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL NEURINOMA DELL'VIII NC

Se asportazione mediante Craniotomia: (MDC 1):

Cod. 040-DRG 1-DRG (maggiore 17 aa./minore 17 aa.) 18.309-17.156.

Se: asportazione neurinoma VIII nc (MDC 3): Cod. 0401, DRG 63: 6.296

TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE VERTIGINI:

Labirintectomia chirurgica: 2079 DRG 55: 3.869

Chimica: 2072 DRG 55: 3.869

Decompressione sacco endolinfatico: 2071 DRG 55: 3.869

Neurectomia vestibolare:

Maggiore Se craniotomia (MDC 1) cod. 040-DRG 1-3 (maggiore 17

aa./minore 17 aa.) 18.309-17.156

Se resezione n.cranici (MDC 3) cod. 0407, DRG 63: 6.296.

OTOPATIE, IPOACUSIA E ACUFENI

DIAGNOSI:

N. CODICE:

PROCEDURA:

N. CODICE:

DRG:

TARIFFA MINIMA:

TARIFFA NAZIONALE:

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE:

DIAGNOSI: otite esterna

N. CODICE: 3801

PROCEDURA: nessuna

N. CODICE: ---

DRG: 73

TARIFFA MINIMA: 602

TARIFFA NAZIONALE: 4.148

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500

DIAGNOSI: (intettiva herpetica non infettiva ecc.)

N. CODICE: 3801

PROCEDURA: nessuna

N. CODICE: ---

DRG: 74

TARIFFA MINIMA: 702

TARIFFA NAZIONALE: 2.670

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 7-532

DIAGNOSI: Otite esterna da Candida

N. CODICE: 1128

PROCEDURA: nessuna

N. CODICE: ---

DRG: 423

TARIFFA MINIMA: 638

TARIFFA NAZIONALE: 6.474

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 38-490

DIAGNOSI: Otite media non suppurativa

N. CODICE: 381

PROCEDURA: nessuna

N. CODICE: ---

DRG: 68/69/70

TARIFFA MINIMA: 521/466/511

TARIFFA NAZIONALE: 4.865/3.476 /2.638

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-470/17-408/11-361

DIAGNOSI: Patologia ostruttiva della tuba

N. CODICE: 3.816

PROCEDURA: nessuna

N. CODICE: ---
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: Otite media suppurativa
N. CODICE: 3820
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ---
DRG: 68/69/70
TARIFFA MINIMA: 521/466/511
TARIFFA NAZIONALE: 4.865/3.476/2.638
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-470/17-408/11-361
DIAGNOSI: Otite media suppurativa
N. CODICE: 3820
PROCEDURA: apertura mastoidea
N. CODICE: 2021
DRG: 53/54
TARIFFA MINIMA: 1.796/2.216
TARIFFA NAZIONALE: 4.330/4.048
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-378/21-310
DIAGNOSI: Mastoidite acuta/mastoidite cronica
N. CODICE: 3830/3831
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ---
DRG: 68/69/70
TARIFFA MINIMA: 521/466/511
TARIFFA NAZIONALE: 4.865/3.476/2.638
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 27-470/17-408/11-361
DIAGNOSI: Mastoidite acuta/mastoidite cronica
N. CODICE: 3830/3831
PROCEDURA: apertura mastoidea
N. CODICE: 2021
DRG: 53/54
TARIFFA MINIMA: 1.796/2.216
TARIFFA NAZIONALE: 4.330/4.048
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-378/21-310
DIAGNOSI: Mastoidite acuta/mastoidite cronica
N. CODICE: 3830/3831
PROCEDURA: Mastoidectomia semplice
N. CODICE: 2041
DRG: 53/54
TARIFFA MINIMA: 1.796/2.216
TARIFFA NAZIONALE: 4.330/4.048
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-378/21-310
DIAGNOSI: Mastoidite acuta/mastoidite cronica

N. CODICE: 3830/3831
PROCEDURA: Mastoidectomia radicale
N. CODICE: 2042
DRG: 53/54
TARIFFA MINIMA: 1.796/2.216
TARIFFA NAZIONALE: 4.330/4.048
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-378/21-310
DIAGNOSI: Mastoidite/mastoidite cronica
N. CODICE: 3830/3831
PROCEDURA: Mastoidectomia non altrimenti definita
N. CODICE: 2049
DRG: 53/54
TARIFFA MINIMA: 1.796/2.216
TARIFFA NAZIONALE: 4.330/4.048
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-378/21-310
DIAGNOSI: Mastoidite cronica
N. CODICE: 3831
PROCEDURA: Revisione di mastoidectomia
N. CODICE: 2092
DRG: 53/54
TARIFFA MINIMA: 1.796/2.216
TARIFFA NAZIONALE: 4.330/4.048
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-378/21-310
DIAGNOSI: Mastoidite acuta/mastoidite cronica
N. CODICE: 3830/3831
PROCEDURA: Apertura delle cellule petrose
N. CODICE: 2022
DRG: 53/54
TARIFFA MINIMA: 1.796/2.216
TARIFFA NAZIONALE: 4.330/4.048
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-378/21-310
DIAGNOSI: Perforazione MT
N. CODICE: 3842
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: Perforazione MT
N. CODICE: 3842
PROCEDURA: miringoplastica
N. CODICE: ----
DRG: 55
TARIFFA MINIMA: 2.049
TARIFFA NAZIONALE: 3.869

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 14-427
DIAGNOSI: Timpanosclerosi
N. CODICE: 3850
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: Colestatomia
N. CODICE: 3853
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: Otosclerosi
N. CODICE: 387
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: Fistola labirintica
N. CODICE: 3864
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: Otalgia
N. CODICE: 3887
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: Otorrea
N. CODICE: 3886
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702
 TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
 DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
 DIAGNOSI: Ipoacusie Trasmissiva
 N. CODICE: 3890
 PROCEDURA: se nessuna
 N. CODICE: ----
 DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702
 TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
 DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
 DIAGNOSI: Percettiva
 N. CODICE: 3891
 PROCEDURA: se nessuna
 N. CODICE: ----
 DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702
 TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
 DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
 DIAGNOSI: Mista
 N. CODICE: 3892
 PROCEDURA: se nessuna
 N. CODICE: ----
 DRG: 73/74

TARIFFA MINIMA: 602/702
 TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
 DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
 CONSIDERAZIONI

Le forme infettive e flogistiche otologiche rientrano generalmente nei DRG: 68-69-70 (Otite media e infezioni alte vie respiratorie con CC eta' maggiore 17 anni, idem senza CC. idem eta' minore 17 anni).

I disturbi dell'udito rientrano nei DRG:

73 (altre diagnosi ORL eta' maggiore 17 aa.): 4.148

74 (altre diagnosi ORL eta' minore 17 aa.): 2,670

In tali categorie rientrano disturbi degenerativi e vascolari dell'orecchio (388.0)

ipoacusie da rumore (388.1)

ipoacusia improvvisa (388.2)

acufeni (388.3)

disturbi del nervo acustico (388.4)

ipoacusia trasmissiva (389.0)

ipoacusia neurosensoriale (389.1)

otosclerosi nelle sue varie forme (vedi) 387.0 ecc.

L'otite barotraumatica rientra nel:

DRG 68 (otite media e infezioni alte vie respiratorie con CC

eta' maggiore 17 aa): 4.865

DRG 69 (otite media e infezione alte vie respiratorie senza CC

eta' maggiore 17 aa): 3.476

DRG 70 (otite media e infezioni alte vie respiratorie minore 17 aa): 2.638

OTOPATIE SINDROMICHE RARE:

S. di Van der Hoeve: DRG 256: 3.362

S. Albers Shoemberg: DRG 256: 3.362

Retinite pigmentosa: DRG 46147148: 4.824 - 3.649 - 3.172

Le ipoacusie da otite cronica nei pz. di eta' maggiore 17 aa. vanno classificate nel DRG 73 se non complicate e nel DRG 68 se complicate.

Se l'eta' e' minore 17 aa., nel DRG 70.

Nei casi in cui si configuri una microvasculopatia o un dismetabolismo, e' possibile applicare alla patologia del labirinto anteriore (ipoacusia-acufeni) gli stessi concetti classificativi proposti per le labirintopatie ed i disturbi dell'equilibrio (vedi).

stenosi arterie precerebrali (433): DRG 15: 4.763

Aterosclerosi cerebrale (4370): DRG 16: 7.620

DRG 17: 5.469

Per tali condizioni valgono le stesse considerazioni precedentemente svolte, vale a dire il percorso diagnostico deve essere analogo a quello di una patologia cerebrovascolare e pertanto gli accertamenti e le consulenze specialistiche devono figurare nella documentazione clinica.

INTERVENTI OTOLOGICI

Gli interventi otologici rientrano nel DRG 53 (interventi su seni e mastoide, eta' maggiore 17 anni): 4.330 DRG 54 (interventi su seni e mastoide, eta' minore 17 anni): 4.048

DRG 55 (miscellanea interventi ORL): 3.869

DRG 61: drenaggio transtimpanico eta' maggiore 17 aa.: 4.573

DRG 62: drenaggio transtimpanico eta' minore 17 aa: 2.614

In particolare, nei DRG 53 e 54 rientrano:

- 2021 Apertura mastoidea
- 2022 Apertura cellule petrose
- 2041 Mastoidectomia semplice
- 2042 Mastoidectomia radicale
- 2049 Mastoidectomia non altrimenti definita
- 2092 Revisione di mastoidectomia

NEL DRG 55 RIENTRANO TUTTI GLI ALTRI INTERVENTI OTOLOGICI, VALE A DIRE:

- 1952-1953-1954-1955 Timpanoplastica
- 196 Revisione di TPL
- 194 Miringoplastica
- 193 Ossiculoplastica

1919-1911	Stapedoplastica
1929-1921	Revisione di SPL
185	Otoplastica
1781	Ricostruzione del padiglione
2071	Interventi sul sacco endolinfatico

(per altri interventi vedi DRG 55 su allegato).

Il DRG 49 comprende il posizionamento di impianto cocleare non specificato (2096), il posizionamento di IC monocanale (2097) e multicanale (2098), valutati tra i grandi interventi capo e collo.

I DRG 61-62 comprendono il posizionamento di Drenaggio transtimpanico.

La presenza di mastoidectomia in associazione agli interventi del DRG 55 permette di accedere al DRG (53-54).

PATOLOGIA NEOPLASTICA

Interventi oncologici

Il DRG 49 comprende gli interventi maggiori del capo e del collo, con un corrispettivo di 13.476.000.

Le procedure non comprese rientrano in codificazioni "minori" vale a dire DRG 50 (scialoadenectomia), DRG 55 (miscellanea interventi ORL), DRG 63 (altri interventi ORL).

Codice	Definizione intervento
252	glossectomia parziale
253	glossectomia totale
2732	ampia exeresi del palato duro
4040	svuotamento radicale del collo
4041	svuotamento radicale monolaterale
4042	svuotamento del collo bilaterale
4050	dissezione radicale linfonodale NAS
4059	dissezione radicale linfonodale non altrimenti specificata
7631	mandibulectomia parziale
7641	mandibulectomia totale con ricostruzione
7642	mandibulectomia totale non altrimenti specificata

QUALSIASI INTERVENTO ASSOCIATO A SVUOTAMENTO O DISSEZIONE LINFONODALE DEL COLLO RIENTRA NEL DRG 49.

Se non viene eseguito uno svuotamento radicale bensì una exeresi di linfonodi regionali (403) oppure un altro intervento su strutture linfatiche non precisato (409) si rientra nel DRG 63: 6.296.000.

Gli interventi non compresi nel DRG 49 rientrano nei DRG 53,54 oppure nei DRG specifici per sede.

Ogni intervento associato a tracheotomia rientra nel DRG 482.

La tracheotomia riveste una particolare importanza nella codificazione della SDO in quanto, nella gerarchia degli interventi chirurgici compresi nella MDCV3 rappresenta quello di

piu' rilevante impatto nella attribuzione del DRG.

Nel DRG 482 rientra la tracheotomia temporanea (311) o permanente (3129) eseguita per problemi ostruttivi delle prime vie aeree (traumi, flogosi, edemi, neoplasie) e/o associata ad interventi oncologici laringei parziali o totali.

Per accedere al DRG 483 la tracheotomia (temporanea o permanente) deve essere eseguita per patologia non laringea (tracheale, polmonare, BPC0) e finalizzata ad una terapia rianimatoria: tracheotomia per assistenza respiratoria (311), tracheotomia mediastinica (3121) altra tracheotomia permanente (3129). Tali condizioni implicano differenti situazioni assistenziali e differente consumo di risorse e tale concetto si rispecchia nella differente attribuzione economica ai due DRG: 21012 per il 482 e 79816 per il 483.

In caso di dispnea associata a neoformazione tiroidea, se questa e' determinata da paresi ricorrente la conseguente tracheotomia e' attribuibile al DRG 482 mentre se la causa della dispnea e' una compressione o dislocazione tracheale, l'intervento rientra nel DRG 483.

Le voci chiusura di tracheotomia (3172) e revisione di tracheotomia (3174) rientrano nel DRG 63.

PATOLOGIA NEOPLASTICA DEL CAVO ORALE E OROFARINGE

codice procedura 25

DIAGNOSI: Tumori benigni della lingua

N. CODICE: 210.1

PROCEDURA: se nessuna

N. CODICE: ----

DRG: 185/186

TARIFFA MINIMA: 603/564

TARIFFA NAZIONALE: 3.781/3.088

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 23-459/15-493

DIAGNOSI: Neof. cavo orale lingua

N. CODICE: 210.1

PROCEDURA: biopsia lingua

N. CODICE: 25.02

DRG: 168/169

TARIFFA MINIMA: 1.899/1.757

TARIFFA NAZIONALE: 7.042/4.826

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 43-383/23-379

DIAGNOSI: Tumore benigno della tonsilla

N. CODICE: 210.5

PROCEDURA: se nessuna

N. CODICE: ----

DRG: 073/074

TARIFFA MINIMA: 602/702

TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532

DIAGNOSI: Tumore maligno dell'orofaringe

N. CODICE: 146.9

PROCEDURA: se nessuna

N. CODICE: ----

DRG: 064

TARIFFA MINIMA: 549

TARIFFA NAZIONALE: 6.816

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 37-442

DIAGNOSI: Tumore maligno dell'orofaringe

N. CODICE: 146.9

PROCEDURA: altri interventi su tonsille

N. CODICE: 2819

DRG: 057/058

TARIFFA MINIMA: 1.353/1.573

TARIFFA NAZIONALE: 2.870/2.714

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 11-364/5-488

DIAGNOSI: Tumore maligno dell'orofaringe

N. CODICE: 146.9

PROCEDURA: mandibolectomia parziale

N. CODICE: 7631

DRG: 049

TARIFFA MINIMA: 3.842

TARIFFA NAZIONALE: 13.476

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378

DIAGNOSI: Tumori maligni della lingua

N. CODICE: 141

PROCEDURA: se nessuna

N. CODICE: ----

DRG: 64

TARIFFA MINIMA: 549

TARIFFA NAZIONALE: 6.816

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 37-442

DIAGNOSI: Neoplasia maligna lingua

N. CODICE: 141.9

PROCEDURA: glossectomia parziale

N. CODICE: 25.2

DRG: 049

TARIFFA MINIMA: 3.842

TARIFFA NAZIONALE: 13.476

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378

DIAGNOSI: Neoplasia maligna lingua

N. CODICE: 141.9

PROCEDURA: glossectomia completa

N. CODICE: 25.3

DRG: 049

TARIFFA MINIMA: 3.842
TARIFFA NAZIONALE: 13.476
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378
DIAGNOSI: Neoplasia maligna lingua
N. CODICE: 141.9
PROCEDURA: glossectomia radicale
N. CODICE: 25.4
DRG: 049

TARIFFA MINIMA: 3.842
TARIFFA NAZIONALE: 13.476
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378
DIAGNOSI: Tumori benigni del pavimento della bocca
N. CODICE: 210.3
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 185/186

TARIFFA MINIMA: 603/564
TARIFFA NAZIONALE: 3.781/3.088
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 23-459/15-493
DIAGNOSI: Tumori benigni del pavimento della bocca
N. CODICE: 210.3
PROCEDURA: glossectomia parziale
N. CODICE: 25.2
DRG: 49

TARIFFA MINIMA: 3.842
TARIFFA NAZIONALE: 13.476
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378
DIAGNOSI: Tumori benigni del pavimento della bocca
N. CODICE: 210.3
PROCEDURA: riparazione chirurgica della cavita' orale non
specificata
N. CODICE: 2759
DRG: 168/169

TARIFFA MINIMA: 1.899/1.757
TARIFFA NAZIONALE: 7.042/4.826
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 43-383/23-379
DIAGNOSI: Tumori maligni del pavimento del cavo orale
N. CODICE: 144.9
PROCEDURA: nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 64

TARIFFA MINIMA: 481
TARIFFA NAZIONALE: 6.188
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 36-361
DIAGNOSI: Tumori maligni del pavimento del cavo orale
N. CODICE: 144.9

PROCEDURA: mandibolectomia parziale
N. CODICE: 7641
DRG: 049
TARIFFA MINIMA: 3.842
TARIFFA NAZIONALE: 13.476
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378
DIAGNOSI: Tumori maligni del pavimento del cavo orale
N. CODICE: 144.9
PROCEDURA: mandibolectomia parziale
N. CODICE: 7641
DRG: 49
TARIFFA MINIMA: 3.842
TARIFFA NAZIONALE: 13.476
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378
DIAGNOSI: Tumori maligni del pavimento del cavo orale
N. CODICE: 144.9
PROCEDURA: mandibolectomia totale
N. CODICE: 7642
DRG: 049
TARIFFA MINIMA: 3.842
TARIFFA NAZIONALE: 13.476
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378
DIAGNOSI: Tumori maligni del pavimento del cavo orale
N. CODICE: 144.9
PROCEDURA: mandibolectomia totale
N. CODICE: 7642
DRG: 049
TARIFFA MINIMA: 3.842
TARIFFA NAZIONALE: 13.476
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378
DIAGNOSI: Tumori maligni del pavimento del cavo orale
N. CODICE: 144.9
PROCEDURA: mandibolectomia
N. CODICE: 7631
DRG: 049
TARIFFA MINIMA: 3.842
TARIFFA NAZIONALE: 13.476
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378
DIAGNOSI: Carcinoma in situ di parti specificate del cavo orale
N. CODICE: 230.0
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 064
TARIFFA MINIMA: 481
TARIFFA NAZIONALE: 6.188
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 36-361

DIAGNOSI: Carcinoma in situ di parti non specificate del cavo orale

N. CODICE: 230.0

PROCEDURA: exeresi della cavita' orale non specificata

N. CODICE: 27.49

DRG: 168/169

TARIFFA MINIMA: 1.899/1.757

TARIFFA NAZIONALE: 7.042/4.826

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 43-383/23-379

CONSIDERAZIONI

Le biopsie della lingua sono considerate in egual misura della biopsia-exeresi.

Negli interventi sulla lingua vanno segnalate gli eventuali svuotamenti del collo associati la trachetomia, prestazioni che gerarchicamente superano l'intervento sul cavo orale e consentono l'accesso a DRG piu' adeguati al reale impiego di risorse.

PATOLOGIA NEOPLASTICA DEL NASO E DEI SENI PARANASALI

DIAGNOSI: Tumori maligni cavita' nasali

N. CODICE: 160.0

PROCEDURA: se nessuna

N. CODICE: ----

DRG: 064

TARIFFA MINIMA: 549

TARIFFA NAZIONALE: 6.816

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 37-442

DIAGNOSI: Ca in situ del naso S.A.I.

N. CODICE: 234.8

PROCEDURA: se nessuna

N. CODICE: ----

DRG: 413/414

TARIFFA MINIMA: 541/509

TARIFFA NAZIONALE: 10.438/6.799

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 66-439/37-303

DIAGNOSI: Tumori maligni seni paranasali non specificato

N. CODICE: 160.9

PROCEDURA: se nessuna

N. CODICE: ----

DRG: 064

TARIFFA MINIMA: 549

TARIFFA NAZIONALE: 6.816

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 37-442

DIAGNOSI: Neoformazione seni

N. CODICE: 212.0

PROCEDURA: biopsia a cielo aperto dei seni paranasali

N. CODICE: 22.12

DRG: 53/54

TARIFFA MINIMA: 506/396
TARIFFA NAZIONALE: 3.974/3.714
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-397/20-297
DIAGNOSI: Neoformazione
N. CODICE: 212.0
PROCEDURA: altra procedura sui seni (radicale sul seno mascellare, sinusotomia frontale ecc. esclusa la sottoindicata 22.61)
N. CODICE: 22.31/22.39/22.41/22.42/22.50/22.52/22.53/22.60
DRG: 53/54
TARIFFA MINIMA: 1.796/2.216
TARIFFA NAZIONALE: 4.330/4.048
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-378/21-310
DIAGNOSI: Neoformazione seni
N. CODICE: 212.0
PROCEDURA: exeresi di lesione del seno mascellare non specificata
N. CODICE: 22.62
DRG: 53/54
TARIFFA MINIMA: 1.796/2.216
TARIFFA NAZIONALE: 4.330/4.048
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-378/21-310
DIAGNOSI: Neoformazione
N. CODICE: 160.9
PROCEDURA: orbitomaxillectomia radicale (ch. orbita)
N. CODICE: 16.51
DRG: 37/233/234
TARIFFA MINIMA: 2.372/3.738/2.496
TARIFFA NAZIONALE: 6.516/15.516/6.403
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 28-468/47-488/42-397
DIAGNOSI: Ca in situ
N. CODICE: 2310
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----
DRG: 64
TARIFFA MINIMA: 549
TARIFFA NAZIONALE: 6.816
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 37-442
DIAGNOSI: Ca in situ
N. CODICE: 2310
PROCEDURA: asportazione tessuto laringeo
N. CODICE: 3009
DRG: 55
TARIFFA MINIMA: 2.049
TARIFFA NAZIONALE: 3.869
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 14-427
DIAGNOSI: Tumori maligni

N. CODICE: 161
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE:
DRG: 64
TARIFFA MINIMA: 549
TARIFFA NAZIONALE: 6.816
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 37-442
DIAGNOSI: Tumori maligni sopraglottici
N. CODICE: 1611
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE:
DRG: 64
TARIFFA MINIMA: 549
TARIFFA NAZIONALE: 6.816
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 37-378
DIAGNOSI: Tumori maligni sopraglottici
N. CODICE: 1611
PROCEDURA: laringectomia parziale
N. CODICE: 30.29
DRG: 49
TARIFFA MINIMA: 3.842
TARIFFA NAZIONALE: 13.476
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378
DIAGNOSI: Tumori maligni cordali
N. CODICE: 1610
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE:
DRG: 64
TARIFFA MINIMA: 549
TARIFFA NAZIONALE: 6.816
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 37-442
DIAGNOSI: Tumori maligni cordali
N. CODICE: 161.0
PROCEDURA: cordectomia
N. CODICE: 30.22
DRG: 55
TARIFFA MINIMA: 2.049
TARIFFA NAZIONALE: 3.869
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 14-427
DIAGNOSI: Tumori maligni sottoglottici
N. CODICE: 1612
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE:
DRG: 64
TARIFFA MINIMA: 549
TARIFFA NAZIONALE: 6.816

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 37-442
 DIAGNOSI: Tumori sede non specificata
 N. CODICE: 161.9
 PROCEDURA: laringectomia parziale/laringectomia totale
 N. CODICE: 30.29/303
 DRG: 49/482

TARIFFA MINIMA: 3.842/4.758
 TARIFFA NAZIONALE: 13.476/21.012
 DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378/72-431
 CODICI INTERVENTI LARINGEI PER DRG 49:

301 emilaringectomia
 3029 altra laringectomia parziale
 4040 svuotamento radicale del collo
 4041 svuotamento radicale monolaterale
 4042 svuotamento del collo bilaterale
 4050 dissezione radicale linfonodale NAS
 4059 dissezione radicale linfonodale NEC

Gli interventi laringei non compresi nel DRG 49 rientrano nel DRG 55 (miscellanea interventi ORL): 3.869.

L'accesso al DRG 49 e' pertanto riservato alle codifiche di emilaringectomie o di laringectomie parziali.

In caso di laringectomia totale, questa rientra nel DRG 482: tracheotomia (21.012).

Tenendo conto che alla trachetomia, temporanea o permanente, eseguita per patologia ORL consegue l'accesso al DRG (DRG 482) nei casi in questa viene eseguita, deve essere sempre segnalata poiche' prevale gerarchicamente sull'intervento laringeo.

Qualsiasi intervento associato a svuotamento o dissezione linfonodale del collo rientra nel DRG 49 (svuotamento radicale: 13.476) o DRG 63 (svuotamento selettivo, asportazione linfonodi cervicali: 6.296).

le biopsie laringee (3143) se eseguite nel sospetto di neoplasia maligna rientrano nel DRG 412 (anamnesi neoplasia maligna con endoscopia): 2.456.

La stessa metodica, eseguita ai fini di un normale controllo istologico del materiale chirurgico asportato (polipi, tessuto edematoso o cicatriziale ecc.), rientrano nella dizione "asportazione tessuto laringeo" (3009) DRG 55: 3.869.

PATOLOGIA NEOPLASTICA DELLE GHIANDOLE SALIVARI

Procedura 26
 DIAGNOSI: Tumori maligni
 N. CODICE: 142
 PROCEDURA: se nessuna
 N. CODICE:
 DRG: 64
 TARIFFA MINIMA: 549

TARIFFA NAZIONALE: 6.816
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 37-442
DIAGNOSI: Tumori a comportamento incerto
N. CODICE: 235
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE:
DRG: 64
TARIFFA MINIMA: 549
TARIFFA NAZIONALE: 6.816
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 37-442
DIAGNOSI: Tumori benigni
N. CODICE: 210.2
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE:
DRG: 73/74
TARIFFA MINIMA: 602/702
TARIFFA NAZIONALE: 4.148/2.670
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 17-500/7-532
DIAGNOSI: Tumori benigni
N. CODICE: 210.2
PROCEDURA: scialoadenectomia
N. CODICE: 26.30
DRG: 50
TARIFFA MINIMA: 2.132
TARIFFA NAZIONALE: 5.231
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-432
DIAGNOSI: Tumore maligno
N. CODICE:
PROCEDURA: scialoadenectomia
N. CODICE: 26.30
DRG: 50
TARIFFA MINIMA: 2.132
TARIFFA NAZIONALE: 5.231
DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-432
CONSIDERAZIONI
Se in caso di scialoadenectomia viene associato un intervento sui linfonodi cervicali, tale procedura deve essere segnalata in quanto si passa dal DRG 50 al DRG 63 se viene eseguita una biopsia o uno svuotamento selettivo oppure al DRG 49 se si esegue uno svuotamento radicale.
PATOLOGIA NEOPLASTICA TIROIDEA
procedura 64
DIAGNOSI: Tumori maligni tiroide
N. CODICE: 193
PROCEDURA: se nessuna
N. CODICE: ----

DRG: 300/301

TARIFFA MINIMA: 540/540

TARIFFA NAZIONALE: 6.490/3.763

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 42-447/32-301

DIAGNOSI: Tumori maligni della tiroide

N. CODICE: 193

PROCEDURA: tiroidectomia totale

N. CODICE: 064

DRG: 290

TARIFFA MINIMA: 1.988

TARIFFA NAZIONALE: 4.832

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 21-319

DIAGNOSI: Tumori maligni della tiroide

N. CODICE: 193

PROCEDURA: tiroidectomia totale

N. CODICE: 064

DRG: 290

TARIFFA MINIMA: 1.988

TARIFFA NAZIONALE: 4.832

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 21-319

DIAGNOSI: Tumori maligni della tiroide

N. CODICE: 193

PROCEDURA: exeresi linfonodi regionali

N. CODICE: 40.3

DRG: 639

TARIFFA MINIMA: 2.747

TARIFFA NAZIONALE: 6.296

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 24-394

DIAGNOSI: Tumori maligni della tiroide

N. CODICE: 193

PROCEDURA: svuotamento cervicale monolaterale

N. CODICE: 4041

DRG: 49

TARIFFA MINIMA: 3.842

TARIFFA NAZIONALE: 13.476

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378

DIAGNOSI: Tumori maligni della tiroide

N. CODICE: 193

PROCEDURA: svuotamento cervicale bilaterale

N. CODICE: 4042

DRG: 49

TARIFFA MINIMA: 3.842

TARIFFA NAZIONALE: 13.476

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 71-378

CONSIDERAZIONI

Qualsiasi intervento eseguito per patologia neoplastica

tiroidea associato a svuotamento o dissezione linfonodale del collo rientra nel DRG 49 oppure nel DRG 63, secondo i criteri precedentemente esposti.

COMPLICANZE DI TRATTAMENTI PER NEOPLASIE

DIAGNOSI: postumi di radiazioni

N. CODICE: 909.2

PROCEDURA: se nessuna

N. CODICE: ----

DRG: 454/455

TARIFFA MINIMA: 681/631

TARIFFA NAZIONALE: 5.716/3.656

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 41-524/23-275

DIAGNOSI: effetti di radiazioni non specificati

N. CODICE: 990

PROCEDURA: se nessuna

N. CODICE: ----

DRG: 454/455

TARIFFA MINIMA: 681/631

TARIFFA NAZIONALE: 5.716/3.656

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 41-524/23-275

DIAGNOSI: Fistola postoperatoria persistente

N. CODICE: 998.6

PROCEDURA: se nessuna

N. CODICE: ----

DRG: 452/453

TARIFFA MINIMA: 618/465

TARIFFA NAZIONALE: 4.586/3.375

DEGENZA A LIMITE E INCREM. PRO DIE: 46-364/29-323

RICOVERI NON CHIRURGICI PER ESEGUIRE ACCERTAMENTI IN CASO DI SOSPETTO DI NEOPLASIE O PER TRATTAMENTO NON CHIRURGICO DI NEOPLASIE ACCERTATE

I pazienti ricoverati per eseguire accertamenti relativi al sospetto di neoplasie possono essere dimessi:

1) prima della conclusione dell'iter diagnostico (in attesa di referti istologici o strumentali) o

2) a conclusione degli accertamenti programmati

Nel primo caso, la DP sara': anamnesi tumore maligno con/senza endoscopia DRG 411-412 (3.036-2.456) mentre se la dimissione avviene a conclusione dell'iter con diagnosi definitiva (neoplasia riscontrata o no);

DP della neoplasia malattia e DRG relativo.

Nel caso di ricoveri per eseguire trattamento radicale o palliativo non chirurgico, vale a dire Radioterapia e/o Chemioterapia, la DP dovra' riferirsi non alla neoplasia (gia' diagnosticata nel precedente ricovero e di cui e' gia' stato valutato il consumo di risorse) bensì al trattamento eseguito, RT

o CT.

In tali situazioni si utilizzeranno i codici V (vedi) che nel caso di pazienti trattati con Radioterapia sara' il: V 58.0 e nel caso di pazienti trattati con Chemioterapia il V 58.1.

I ricoveri successivi, dopo l'espletamento della Chirurgia, della RT e CT (ad es. per accertamenti o per convalescenza) dovranno essere rispettivamente indicati con i codici V 660, V 661 e V 662.



Tutti i Diritti Riservati

BIBLIOGRAFIA

[Home Page](#)



[Cerca su GioFil](#)

BIBLIOGRAFIA

1. Agnoletto M: DRG's in Otorinolaringoiatria CIC ed. internazionali 1995.



Tutti i Diritti Riservati

IV APPENDICE

[Home Page](#)  [Cerca su GioFil](#)

IV - APPENDICE

M. D. C. 3

DRG 49 - 74

DRG 168 - 169

DRG 185 - 186

DRG 289 - 290 - 291

DRG 482 - 483

DRG 49 INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI DEL CAPO E DEL COLLO

2096: Impianto cocleare non altro specificato

2097: Impianto cocleare a singolo canale (o sostituzione)

2098: Impianto cocleare a canale multiplo (o sostituzione)

252: Glossectomia parziale

253: Glossectomia completa

254: Glossectomia radicale

2732: Asportazione di ampia lesione del palato duro

301: Emilaringectomia

3029: Altre laringectomia parziali

4040: Svuotamento radicale del collo non altrimenti specificato

4041: Svuotamento radicale monolaterale del collo

4042: Svuotamento radicale bilaterale del collo

4050: Asportazione radicale di altri linfonodi non altrimenti specificata

4059: Asportazione radicale di altri linfonodi

7631: Mandibolectomia parziale

7641: Mandibolectomia totale con contemporanea ricostruzione

7642: Altra mandibolectomia totale

DRG 50 SIALOADENECTOMIA

2630: Sialoadenectomia non altrimenti specificata

2631: Sialoadenectomia parziale

2632: Sialoadenectomia totale

DRG 51 INTERVENTI SULLE GHIANDOLE SALIVARI ESCLUSO

SIALOADENECTOMIA

2612: Biopsia ghiandole salivari

2621: Marsupializzazione cisti ghiandola salivare

2629: Asportazione di lesione ghiandola salivare

2641: Sutura di lacerazione di ghiandola salivare
2642: Chiusura fistola salivare
2649: Riparazione di ghiandola salivare non altrimenti specificata
2699: Intervento su ghiandola salivare non altrimenti specificato.
DRG 52 RIPARAZIONE DI PALATOSCHISI E LABIOSCHISI
2754: Riparazione di labioschisi
2762: Correzione di palatoschisi
2763: revisione di riparazione di palatoschisi
2769: Altre riparazioni plastiche del palato
DRG 53 INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE ETA' MAGGIORE 17 AA
DRG 54 INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE ETA' MINORE 18 AA
2021: Incisione della mastoide
2022: Incisione di cellule pneumatiche della rocca petrosa
dell'osso temporale
2041: Mastoidectomia semplice
2042: Mastoidectomia radicale
2049: Altra mastoidectomia-atticoantrostomia
2092: Revisione di mastoidectomia
2212: Biopsie a cielo aperto dei seni nasali
2231: Antrostomia mascellare esterna
2239: Altra antrotomia mascellare esterna
2241: Senotomia frontale
2242: Senectomia frontale
2250: Senotomia, NAS
2251: Etmoidotomia
2252: Sfenotomia
2253: Incisione dei seni multipli
2260: Senectomia, NAS
2261: Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell
Luc.
2262: Asportazione di lesione del seno mascellare con altro
approccio
2263: Etmoidectomia
2264: Sfenoidectomia
2271: Chiusura di fistola del seno nasale
2279: Altra riparazione del seno nasale - Ricostruzione del dotto
frontonasale
229: Altri interventi sui seni nasali
DRG 55 MISCELLANEA INTERVENTI O.R.L.
0609: Altri interventi sulla regione tiroidea e paratiroidea
0912: Biopsia del sacco lacrimale
0919: Altre procedure diagnostiche sull'apparato lacrimale
0944: Intubazione del dotto naso lacrimale
0981: Dacriocistorinostomia
0999: Altri interventi sull'apparato nasolacrimale.
1821: Asportazione del seno preauricolare

- 1831: Asportazione radicale di lesione dell'orecchio esterno
- 1839: Altra asportazione dell'orecchio esterno: amputazione dell'orecchio esterno
- 185: Correzione chirurgica di orecchio sporgente (otoplastica con modellamento cartilagineo)
- 186: Ricostruzione del canale uditivo esterno
- 1871: Ricostruzione di padiglione auricolare
- 1872: Reimpianto di orecchio amputato
- 1879: Altra riparazione plastica dell'orecchio esterno
- 189: Altri interventi sull'orecchio esterno
- 190: Mobilizzazione della staffa
- 1911: Stapedectomia con sostituzione dell'incudine
- 1921: Revisione di stapedectomia con sostituzione dell'incudine
- 1929: Altra revisione di stapedectomia
- 193: Altri interventi sulla catena degli ossicini
- 194: Miringoplastica
- 1952: Timpanoplastica di tipo II
- 1953: Timpanoplastica di tipo III
- 1954: Timpanoplastica di tipo IV
- 1955: Timpanoplastica di tipo IV
- 196: Revisione di timpanoplastica
- 199: Altra riparazione dell'orecchio medio
- 2023: Incisione dell'orecchio medio
- 2032: Biopsia dell'orecchio interno e dell'orecchio medio
- 2039: Altre procedure diagnostiche sull'orecchio medio e sull'orecchio interno
- 2051: Asportazione di lesione dell'orecchio medio
- 2059: Altra asportazione dell'orecchio medio
- 2061: Fenestrazione dell'orecchio interno
- 2062: Revisione di fenestrazione dell'orecchio interno
- 2071: Shunt endolinfatico
- 2072: Iniezione nell'orecchio interno
- 2079: Altra incisione, asportazione e demolizione dell'orecchio interno decompressione del labirinto
- 2091: Timpanosimpatectomia
- 2093: Riparazione della finestra ovale e rotonda
- 2095: Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico
- 2099: Altri interventi sull'orecchio medio ed interno (riparazione o rimozione di impianto protesico cocleare)
- 214: Resezione del naso
- 215: Resezione sottomucosa del setto nasale
- 2161: Turbinectomia mediante diatermia o criochirurgia
- 2162: Frattura dei turbinati
- 2172: Riduzione aperta di frattura nasale a cielo aperto
- 2182: Chiusura di fistola nasale
- 2189: Altri interventi di riparazione e di plastica del naso

2199: Altri interventi sul naso
3001: Marsupializzazione di cisti laringea
3009: Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe Esclusa biopsia laringea 3143
3022: Cordectomia
313: Altra incisione di laringe o trachea
3145: Biopsia a cielo aperto della laringe o trachea
315: Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
3161: Sutura di lacerazione della laringe
3162: Chiusura di fistola della laringe
3163: Revisione di laringostomia
3164: Riparazione di frattura della laringe
3169: Altra riparazione della laringe
3191: Resezione del nervo laringeo
3198: Altri interventi sulla laringe
DRG 56 RINOPLASTICA
2183: Ricostruzione totale del naso
2184: Revisione di rinoplastica
2185: Rinoplastica di ingrandimento
2186: Rinoplastica parziale
2187: Rinoplastica N.E.C.
2188: Altra plastica del setto
Compressione del setto nasale
Riparazione di perforazione del setto
DRG 57 ETA' SUPERIORE AI 17 ANNI
DRG 58 ETA' INFERIORE AI 18 ANNI
INTERVENTI SU TONSILLE ED ADENOIDI IN CONTEMPORANEA AD ALTRI INTERVENTI (ESCLUSA TONSILLECTOMIA ED ADENOIDECTOMIA DA SOLA)
282: Tonsillectomia senza adenoidectomia
283: Tonsillectomia con adenoidectomia + QUALSIASI ALTRO
286: Adenoidectomia senza tonsillectomia INTERVENTO
280: Incisione e drenaggio di strutture tonsillari e peritonsillari
2811: Biopsia su tonsille ed adenoidi
2819: Altri interventi diagnostici su tonsille ed adenoidi
284: Asportazione di residuo tonsillare
285: Asportazione di tonsilla linguale
287: Controllo di emorragia dopo tonsillectomia ed adenoidectomia
2891: Rimozione di corpo estraneo da tonsille ed adenoidi mediante incisione
2892: Asportazione di lesione di tonsille ed adenoidi
2899: Altri interventi su tonsille ed adenoidi
DRG 59 TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA MAGGIORE 17 A
DRG 60 TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA MINORE 18 A
282: Tonsillectomia

283: Tonsillectomia e adenoidectomia
286: Adenoidectomia
DRG 61 MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO ETA' MAGGIORE 17 AA
DRG 62 MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO ETA' MINORE 18 AA
2001: Miringotomia con inserzione di tubo
DRG 63 ALTRI INTERVENTI ORL
0401: Asportazione di neurinoma dell'acustico
0402: Sezione di nervo trigemino
0403: Sezione o schiacciamento di altri nervi cranici e periferici
0404: Altra incisione di nervi cranici e periferici
0405: Gangliectomia del Ganglio di Gasser
0406: Altra gangliectomia di nervi cranici o periferici
0407: Altre resezione o asportazione dei nervi cranici e periferici
0412: Biopsia a cielo aperto dei nervi cranici o periferici o gangli
0419: Altra procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli
0441: Decompressione delle radici del trigemino
0442: Altra decompressione dei nervi cranici
0449: Altra decompressione dei nervi cranici e dei gangli, o separazione di aderenze
0471: Anastomosi ipoglosso facciale
0472: Anastomosi accessorio facciale
0473: Anastomosi accessorio ipoglosso
0474: Altra anastomosi di nervi cranici e periferici
0475: Revisione di pregressa ricostruzione di nervi cranici e periferici
0476: Revisione di lesioni traumatiche di vecchia data di nervi cranici e periferici
0492: Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici
0493: Rimozione di nerostimolatore dei nervi periferici
0499: Altri interventi sui nervi cranici e periferici
0521: Gangliectomia sfenopalatina
0522: Simpatectomia cervicale
066: Asportazione di tiroide linguale
067: Asportazione del tratto o dotto tireoglosso
0943: Specillazione del dotto naso lacrimale
1652: Eviscerazione dell'orbita con rimozione terapeutica dell'osso orbitale
1665: Innesto secondario ad eviscerazione della cavita' oculare
1666: Altra revisione di eviscerazione della cavita' oculare
1698: Altri interventi sull'orbita
2104: Controllo di epistassi mediante legatura dell'arteria carotide esterna

- 2105: Controllo di epistassi mediante legatura (transantrale) della arteria mascellare
- 2106: Controllo di epistassi mediante legatura dell'arteria carotide esterna
- 2107: Controllo di epistassi mediante asportazione di mucosa nasale ed innesto di cute
- 2109: Controllo di epistassi con altre procedure
- 290: Faringotomia
- 292: Asportazione di cisti o vestigia della fessura branchiale
- 2931: Miotomia cricofaringea
- 2932: Divertivulectomia faringea
- 2933: Faringectomia parziale
- 2939: Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe
- 294: Intervento di plastica sul faringe
- 2951: Sutura di lacerazione del faringe
- 2952: Chiusura di fistola della fessura brachiale
- 2953: Chiusura di altra fistola del faringe
- 2954: Lisi di aderenze faringee
- 2959: Altra riparazione del faringe
- 2992: Sezione del nervo glosso faringeo
- 2999: Altri interventi sul faringe
- 3021: Epiglottectomia
- 3171: Sutura di lacerazione della trachea
- 3172: Chiusura di tracheostoma
- 3173: Chiusura di altra fistola della trachea
- 3174: revisione della tracheostomia
- 3175: Ricostruzione della trachea
- 3179: Altri interventi di riparazione di plastica sulla trachea
- 3192: Lisi di aderenze della trachea o della laringe
- 3199: Altri interventi sulla trachea
- 3422: Mediastinoscopia
- 3800: Incisione di vasi a sede non specificata
- 3802: Incisione di altri vasi del capo e del collo
- 3812: Endoarteriectomia di altri vasi del capo e del collo
- 3832: Resezione di altri vasi del capo e del collo con anastomosi
- 3842: Resezione di altri vasi del capo e del collo con sostituzione
- 3862: Altra asportazione di altri vasi del capo e del collo
- 3882: Altra occlusione chirurgica di altri vasi del capo e del collo
- 3998: Controllo di emorragia post operatoria
- 3999: Altri interventi sui vasi
- 4011: Biopsia di strutture linfatiche
- 4019: Altre procedure diagnostiche sulle strutture linfatiche
- 4021: Asportazione di linfonodi cervicali profondi
- 4023: Asportazione di linfonodi ascellari

4029: Asportazione semplice di altre strutture linfatiche
403: Asportazione di linfonodi regionali
409: Altri interventi sulle strutture linfatiche
4201: Incisione di stenosi congenita membranosa dell'esofago
4209: Altra incisione dell'esofago
4210: Esofagostomia
4211: Esofagostomia cervicale
4212: Esteriorizzazione di tasca esofagea
4219: Altra fistolizzazione esterna di esofago
4221: Esofagoscopia operatoria mediante incisione
4225: Biopsia a cielo aperto di esofago
4231: Asportazione locale di diverticolo esofageo
4232: Asportazione di altra lesione o tessuto dell'esofago
4239: Altra demolizione di lesione o tessuto dell'esofago
4240: Esofagectomia
4241: Esofagectomia parziale
4242: Esofagectomia totale
4251: Esofago esofagostomia intratoracica
4253: Anastomosi esofagea intratoracica con interposizione di
intestino tenue
4254: Altra esofago enteranastomosi intratoracica
4255: Anastomosi esofagea intratoracica con interposizione di
colon
4256: Altra esofagocolostomia intratoracica
4258: Anastomosi esofagea intratoracica con altre interposizioni
4259: Altra anastomosi esofagea intratoracica
4261: Esofago esofagostomia presternale
4262: Esofago gastrostomia presternale
4263: Anastomosi esofagea presternale con interposizione di
intestino tenue
4264: Altra esofagoenterostomia presternale
4265: Anastomosi esofagea presternale con interposizione di colon
4266: Altra esofagocolonstomia presternale
4268: Altra anastomosi esofagea presternale con interposizione
4269: Altra anastomosi presternale dell'esofago
427: Esofagomiotomia
4282: Sutura di lacerazione dell'esofago
4283: Chiusura dell'esofago
4284: Chiusura di esofagostomia
4286: Produzione di tunnel sottocutaneo senza anastomosi esofagea
4287: Altro innesto di esofago
4289: Altra riparazione dell'esofago
5012: Biopsia a cielo aperto del fegato
7601: Sequesterctomia di osso facciale
7609: Altra incisione di osso facciale
7611: Biopsia delle ossa facciali

- 7619: Altra procedure diagnostiche sulle ossa e articolazioni facciali
- 762: Asportazione o demolizione di lesione delle ossa facciali
- 7639: Osteotomia parziale di altre ossa della faccia
- 7643: Altra ricostruzione della mandibola
- 7644: Osteotomia totale di altre ossa facciali con contemporanea ricostruzione
- 7645: Altra osteotomia totale di altre ossa facciali
- 7646: Altra ricostruzione di altre ossa facciali
- 765: Artroplastica temporomandibolare
- 7661: Osteoplastica chiusa del ramo ascendente della mandibola
- 7662: Osteoplastica aperta del ramo ascendente della mandibola
- 7663: Osteoplastica del corpo della mandibola
- 7664: Altra chirurgia ortognatica della mandibola
- 7665: Osteoplastica segmentaria della mascella
- 7666: Osteoplastica totale della mascella
- 7667: Genioplastica riduttiva
- 7668: Allungamento plastico del mento
- 7669: Altra riparazione delle ossa della faccia
- 7670: Riduzione di frattura della faccia
- 7672: Riduzione aperta di frattura zigomatica e malare
- 7674: Riduzione aperta di frattura mascellare
- 7676: Riduzione aperta di frattura mandibolare
- 7677: Riduzione aperta di frattura alveolare
- 7679: Altra riduzione aperta di frattura facciale
- 7691: Innesto osseo su ossa facciali
- 7692: Inserzione di protesi nelle ossa facciali
- 7694: Riduzione aperta di lussazione temporo mandibolare
- 7697: Rimozione di mezzi di fissazione interna delle ossa facciali
- 7699: Altri interventi sulle ossa ed articolazioni facciali
- 7719: Altra incisione di altre ossa, escluse quelle facciali senza sezione (vertebre)
- 7730: Altra sezione dell'osso, sede non specificata
- 7740: Biopsia dell'osso a sede non specificata
- 7749: Biopsia di altre ossa ad eccezione di quelle facciali (vertebre)
- 7769: Asportazione locale di lesione o tessuto di altre ossa, escluse quelle facciali
- 7779: Prelievo di altre ossa per innesto
- 7789: Altre osteotomie parziali di altre ossa (vertebre)
- 7799: Osteotomia totale di altre ossa, escluse quelle facciali
- 7929: Riduzione aperta di frattura di altro osso specificato senza fissazione interna
- 7939: Riduzione aperta di frattura di altro osso specificato con fissazione interna
- 7969: Sbrigliamento di frattura esposta di altro osso specificato

8302: Miotomia
8339: Asportazione di lesione di altri tessuti molli
8349: Altra asportazione di tessuti molli
8622: Rimozione asportativa di ferita, infezione od ustione
864: Asportazione radicale di lesione della cute
8663: Innesto di cute a pieno spessore in altra sede
8666: Omoinnesto sulla cute: cute da donatore
8669: Altro innesto di cute su altre sedi (innesto di derma, adipe, dermo adiposo, cartilagine)
8670: Innesti peduncolati o a lembo
 lembo fascio cutaneo
 lembo muscolo cutaneo
 lembo trasferito con anastomosi microchirurgiche
 lembo libero
8671: Allestimento e preparazione di innesti peduncolati o a lembo
8672: Avanzamento di lembo peduncolato
8674: Trasferimento di innesto peduncolato o a lembo in altre sedi
8675: Revisione di innesto peduncolato o a lembo
8681: Riparazione di difetti del viso
8682: Ritidectomia facciale
8684: Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute
8689: Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo
8691: Asportazione di cute per innesto
8693: Inserzione di espansore tissutale
9227: Impianto di elementi radioattivi.
DRG 064 TUMORI MALIGNI O.R.L.
1400: Tumore vermillione superiore
1401: Tumore vermillione inferiore
1403: Tumore del labbro superiore, interno
1404: Tumore del labbro inferiore, interno
1405: Tumore del labbro inferiore, N.O.S.
1406: Tumore del labbro, commissura
1408: Tumore del labbro
1409: Tumore del labbro, vermillione
1410: Tumore della base della lingua
1411: Tumore del dorso linguale
1412: Tumore della punta della lingua
1413: Tumore del ventre linguale
1414: Tumore dei 2/3 anteriori della lingua
1415: Tumore della giunzione linguale
1416: Tumore della tonsilla linguale
1418: Tumore della lingua NEC
1419: Tumore della lingua NOS
1420: Tumore della parotide
1421: Tumore ghiandola sottomandibolare

1422: Tumore ghiandola sottolinguale
1428: Tumore ghiandole salivari maggiori, NEC
1429: Tumore ghiandole salivari NOS
1430: Tumore della gengiva superiore
1431: Tumore della gengiva inferiore
1438: Tumore della gengiva NEC
1439: Tumore della gengiva NOS
1440: Tumore del pavimento anteriore della bocca
1441: Tumore del pavimento laterale della bocca
1448: Tumore del pavimento della bocca NEC
1449: Tumore del pavimento della bocca NOS
1450: Tumore della mucosa della guancia
1451: Tumore del vestibolo della bocca
1452: Tumore maligno del palato duro
1453: Tumore maligno del palato molle
1454: Tumore maligno dell'ugola
1455: Tumore maligno del palato NOS
1456: Tumore dell'area retromolare
1458: Tumore della bocca NEC
1459: Tumore maligno NOS
1460: Tumore della tonsilla
1461: Tumore della fossa tonsillare
1462: Tumore del pilastro tonsillare
1463: Tumore della vallecchia
1464: Tumore dell'epiglottide faccia linguale
1465: Tumore dell'epiglottide giunzione
1466: Tumore della parete laterale dell'orofaringe
1467: Tumore della parete posteriore dell'orofaringe
1468: Tumore dell'orofaringe NEC
1469: Tumore dell'orofaringe NOS
1470: Tumore della parete superiore rinofaringe
1471: Tumore della parete posteriore della rinofaringe
1472: Tumore della parete laterale della rinofaringe
1473: Tumore della parete anteriore della rinofaringe
1478: Tumore del rinofaringe NEC
1479: Tumore del rinofaringe NOS
1480: Tumore della regione retrocricoaidea
1481: Tumore del seno piriforme
1482: Tumore della plica ariepiglottica
1483: Tumore dell'ipofaringe
1488: Tumore dell'ipofaringe NEC
1489: Tumore dell'ipofaringe NOS
1490: Tumore della faringe NOS
1491: Tumore dell'anello del Waldayer
1498: Tumore della faringe NOS
1499: Tumore dell'orofaringe

1600: Tumore delle cavita' nasali
1601: Tumore dell'orecchio medio
1602: Tumore del seno mascellare
1603: Tumore del seno etmoidale
1604: Tumore del seno frontale
1605: Tumore del seno sfenoidale
1608: Tumore del seno accessorio NEC
1609: Tumore del seno accessorio NOS
1610: Tumore della glottide
1611: Tumore della sopraglottide
1612: Tumore della ipoglottide
1613: Tumore della cartilagine laringea
1618: Tumore laringeo NEC
1619: Tumore laringeo NOS
1650: Tumore delle vie respiratorie superiori NOS
1762: Tumore del palato (sarcoma di Kaposi)
1950: Tumore della testa, faccia e collo
2300: Carcinoma in situ del cavo orale/faringe
2310: Carcinoma in situ della laringe
2350: Neoplasia ghiandole salivari di comportamento incerto
2351: Neoplasia del cavo orale/faringe di comportamento incerto
2356: Neoplasia della laringe di comportamento incerto

DRG 65 VERTIGINE

38600: Sindrome di Meniere NOS
38601: Sindrome di Meniere cocleo/vestibolare
38602: Sindrome di Meniere cocleare
38603: Sindrome di meniere vestibolare
38604: Sindrome di meniere in fase non attiva
38610: Vertigine periferica NOS
38612: Vertigine parossistica posizionale benigna
38619: Vertigine periferica NEC
3862: Vertigine di origine centrale
38630: Labirintite NOS
38631: Labirintite sierosa
38632: Labirintite circoscritta
38633: Labirintite suppurativa
38634: Labirintite tossica
38635: Labirintite virale
38650: Disfunzione labirintica NOS
38651: Iperattivita' labirintica unilaterale
38652: Iperattivita' labirintica bilaterale
38653: Ipoattivita' labirintica unilaterale
38654: Ipoattivita' labirintica bilaterale
38655: Perdita del labirinto monolaterale
38656: Perdita del labirinto bilaterale
38658: Disfunzione labirintica NEC

3868: Disordine labirintico NEC

3869: Sindrome vertiginosa NOS

7804: Vertigine ed instabilita'

9946: Nausea da chinetosi

DRG 66 EPISTASSI

7847: Epistassi

DRG 67 EPIGLOTTITE

46430 Epiglottide acuta senza ostruzione

46431 Epiglottite acuta con ostruzione

DRG 68 OTITE MEDIA E AD ALTRE INF. ACUTE ETA' MAGGIORE 17 AA CON
CC

DRG 69 OTITE MEDIA E AD ALTRE INF. ACUTE ETA' MAGGIORE 17 AA SENZA
CC

DRG 70 OTITE MEDIA E AD ALTRE INF. ACUTE ETA' 0-17 AA

0340: Angina Streptococcica

0552: Otite post morbillosa

0740: Herpangina

0986: Infezione gonococcica faringea

101: Angina di Vincent

38000: Pericondrite dell'orecchio

38100: Otite media acuta non suppurativa NOS

39101: Otite media sierosa acuta

38102: Otite media acuta mucosa

38103: Otite media acuta emorragica

38104: Otite media acuta sierosa allergica

38105: Otite media acuta mucosa allergica

38106: Otite media acuta emorragica allergica

38110: Otite media sierosa cronica semplice

38119: Otite media sierosa cronica

38120: Otite media cronica mucosa semplice

38129: Otite media cronica mucosa

3813: Otite media cronica non suppurativa

3814: Otite media cronica non suppurativa

38150: Salpingite della tuba di Eustachio

38151: Salpingite acuta della tuba di Eustachio

38152: Salpingite cronica della tuba di Eustachio

38200: Otite media acuta suppurativa

38201: Otite media acuta suppurativa con rottura della membrana
timpanica

38202: Otite media acuta suppurativa in altre patologie

3821: Otite media cronica suppurativa tubo timpanica

3822: Otite media cronica suppurativa attico antrale

3823: Otite media cronica suppurativa

3824: Otite media suppurativa

3829: Otite media

38300: Mastoidite acuta senza complicanze

38301: Ascesso subperiosteo mastoideo
38302: Mastoidite acuta con complicanze
 3831: Mastoidite cronica
38320: Petrosite
38321: Petrosite acuta
38322: Petrosite cronica
 3839: Mastoidite NOS
38400: Miringite acuta
38401: Miringite bullosa
38409: Miringite acuta NEC
 3841: Miringite cronica
 460: Nasofaringite acuta
4610: Sinusite mascellare acuta
4611: Sinusite frontale acuta
4612: Sinusite acuta etmoidale
4613: Sinusite acuta sfenoidale
4618: Altre sinusiti acute
4619: Sinusite acuta NOS
 462: Faringite acuta
 463: Tonsillite acuta
4640: Laringite acuta
4650: Laringofaringite acuta
4658: Infezioni acute di altri distretti ORL, NEC
4659: Infezioni acute di altri distretti NOS
4720: Rinite cronica
4721: Faringite cronica
4722: Nasofaringite cronica
4730: Sinusite cronica mascellare
4731: Sinusite cronica frontale
4732: Sinusite cronica etmoidale
4733: Sinusite cronica sfenoidale
4738: Sinusite cronica NEC
4739: Sinusite cronica NOS
4740: Tonsillite cronica
 475: Ascesso peritonsillare
4760: Laringite cronica
4761: Laringotracheite cronica
4770: Rinite allergica
4778: Rinite allergica da altri allergeni
4779: Rinite allergica Non specificate
47821: Cellulite faringea
47822: Ascesso parafaringeo
47824: Ascesso retrofaringeo
47871: Cellulite laringea.
 4788: Reazione di ipersensibilita' delle vie respiratorie superiori, sede non specificata

4789: Malattia delle alte vie aeree NEC/NOS
4871: Influenza con altre manifestazioni respiratorie
9930: Barotrauma, otite
9931: Barotrauma, sinusite
DRG 71 LARINGOTRACHEITE
46420: Laringotracheite acuta senza ostruzione
46421: Laringotracheite acuta con ostruzione
4644: Croup laringeo
DRG 72 TRAUMI NASALI E DEFORMITA'
470: Deviazione del setto nasale
7380: Deformita' del naso acquisita
8020: Frattura ossa nasali chiusa
87320: Ferita aperta del naso NOS
932: Corpo estraneo endonasale
DRG 73 ALTRE DIAGNOSI ORL ETA' MAGGIORE 17 AA
DRG 74 ALTRE DIAGNOSI ORL ETA' MINORE 18 AA
01230: Laringite tubercolare aspecifica
01231: Laringite tubercolare senza accertamento
01232: Laringite tubercolare senza accertamenti conosciuti
01233: Laringite tubercolare con diagnosi al microscopio
01234: Laringite tubercolare con diagnosi culturale
01235: Laringite tubercolare con diagnosi istologica
01236: Laringite tubercolare con altri test
01560: Mastoidite tubercolare aspecifica
01561: Mastoidite tubercolare senza accertamento
01562: Mastoidite tubercolare con accertamento sconosciuto
01563: Mastoidite tubercolare con diagnosi al microscopio
01564: Mastoidite tubercolare con diagnosi culturale
01565: Mastoidite tubercolare con diagnosi istologica
01566: Mastoidite tubercolare con altri test
01740: Tubercolosi dell'orecchio non specificata
01741: Tubercolosi dell'orecchio senza esami
01742: Tubercolosi dell'orecchio senza accertamenti conosciuti
01743: Tubercolosi dell'orecchio con diagnosi al microscopio
01744: Tubercolosi dell'orecchio con diagnosi culturale
01745: Tubercolosi dell'orecchio con diagnosi istologica
01746: Tubercolosi dell'orecchio con altri test
0320: Difteria delle fauci
0321: Difteria nasofaringea
0323: Difteria laringea
05371: Otite esterna da herpes zoster
05473: Otite esterna da herpes simplex
09486 Neurite sifilitica del nervo acustico
1025: Gangosa rinofaringite framboesica mutilante
11282: Otite esterna da candida
2102: Neoplasia benigna delle ghiandole salivari maggiori

2105: Neoplasia benigna delle tonsille
2106: Neoplasia benigna orofaringea
2107: Neoplasia benigna nasofaringea
2108: Neoplasia benigna ipofaringea
2109: Neoplasia benigna faringea NOS
2120: Neoplasia benigna delle fosse nasali e cavita' sinusali
2121: Neoplasia benigna della laringe
38010: Otite esterna infettiva NOS
38011: Infezione acuta del padiglione auricolare
38012: Infezione acuta dei nuotatori
38013: Infezione acuta orecchio esterno NEC
38014: Otite esterna maligna
38015: Otite esterna cronica micotica
38016: Otite esterna cronica infettiva NEC
38021: Colesteatoma orecchio esterno
38022: Otite esterna acuta NEC
38023: Otite esterna cronica NEC
38030: Patologia del padiglione auricolare NOS
38031: Ematoma dell'orecchio
38032: Deformazione acquisita dell'orecchio
38039: Patologia del padiglione non infettiva
3804: Cerume compattato
38050: Stenosi acquisita del canale auricolare
38051: Stenosi dell'orecchio traumatica
38052: Stenosi dell'orecchio chirurgico
38053: Stenosi dell'orecchio infiammatoria
38081: Esostosi del canale uditivo esterno
38089: Patologia dell'orecchio esterno NEC
3809: Patologia dell'orecchio esterno NOS
38160: Ostruzione della tuba uditiva NOS
38161: Ostruzione ossea della tuba uditiva
38162: Ostruzione intrinseca della tuba uditiva
38163: Ostruzione estrinseca della tuba uditiva
3817: Patologia della tuba uditiva
38181: Disfunzione della tuba uditiva
38189: Patologia della tuba uditiva NEC
3819: Patologia della tuba uditiva NOS
38330: Complicanze post mastoidectomia
38331: Cisti mucosa post mastoidectomia
38332: Colesteatoma post mastoidectomia
38333: Granulazione post mastoidectomia
38381: Fistola post auricolare
38389: Disordini della mastoide NEC
38420: Perforazione della membrana timpanica NOS
38421: Perforazione centrale della membrana timpanica
38422: Perforazione atticale della membrana timpanica

38423: Perforazione marginale della membrana timpanica
38424: Perforazioni multiple della membrana timpanica
38425: Perforazione completa della membrana timpanica
38481: Atrofia flaccida del timpano
38482: Timpanosclerosi atrofica non flaccida
3849: Patologia della membrana timpanica NOS
38500: Timpanosclerosi NOS
38501: Timpanosclerosi della membrana timpanica
38502: Timpanosclerosi della membrana e degli ossicini
38503: Timpanosclerosi generalizzata
38509: Timpanosclerosi combinata con altre sedi
38510: Patologia dell'orecchio medio di tipo adesivo
38511: Adesione incudo timpanica
38512: Adesione timpano stapediale
38513: Adesione timpanica al promontorio
38519: Patologia adesiva dell'orecchio medio NEC
38521: Anchilosi malleolare
38522: Anchilosi ossiculare NEC
38523: Dislocazione ossiculare
38524: Perdita parziale ossiculare
38530: Colesteatoma NOS
38531: Colesteatoma dell'attico
38532: Colesteatoma dell'orecchio medio
38533: Colesteatoma dell'orecchio medio e della mastoide
38535: Colesteatoma diffuso
38582: Granuloma colesterinico
38583: Corpo estraneo dell'orecchio medio
38589: Patologia dell'orecchio medio e mastoide NEC
3859: Patologia dell'orecchio medio e mastoide NEC
38640: Fistola labirintica NOS
38641: Fistola finestra rotonda
38642: Fistola finestra ovale
38643: Fistola canale semicircolare
38648: Fistola labirintica combinata
3870: Otosclerosi finestra ovale non oblitterata
3871: Otosclerosi finestra ovale oblitterata
3878: Otosclerosi NEC
3879: Otosclerosi NOS
38800: Patologia degenerativa e vascolare dell'orecchio NOS
38801: Presbiacusia
38802: Sordita' da patologia ischemica
38810: Trauma da rumore auricolare NEC
38811: Trauma acustico
38812: Perdita di udito legata al rumore
3882: Sordita' improvvisa
38830: Acufene

38831: Acufene soggettivo
38832: Acufene oggettivo
38840: Percezione uditiva anormale NOS
38841: Diploacusia
38842: Peracusia
38843: Discriminazione uditiva distorta
38844: Recruitment uditivo
3885: Patologia del nervo acustico
38860: Otorrea NOS
38869: Otorrea NEC
38870: Otalgia NOS
38871: Dolore otogeno
38872: Dolore riferito all'orecchio
3888: Patologia dell'orecchio NEC
3889: Patologia dell'orecchio NOS
38900: Ipoacusia di trasmissione NOS
38901: Ipoacusia di trasmissione a livello dell'orecchio esterno
38902: Ipoacusia di trasmissione per timpanosclerosi
38903: Ipoacusia di trasmissione per patologia dell'orecchio medio
38904: Ipoacusia di trasmissione per patologia dell'orecchio interno
38908: Ipoacusia di trasmissione per cause combinate
38910: Ipoacusia neurosensoriale NOS
38911: Ipoacusia neurosensoriale
38912: Ipoacusia legata a deficit del nervo acustico
38914: Ipoacusia da causa centrale
38918: Ipoacusia neurosensoriale a causa combinate
3892: Ipoacusia mista
3897: Sordomutismo NEC
3898: Perdita uditiva NEC
3899: Perdita uditiva NOS
4710: Poliposi delle fosse nasali
4711: Degenerazione polipoie dei seni paranasali
4718: Poliposi naso sinusale NEC
4719: Poliposi nasale NOS
47410: Ipertrofia adenotonsillare
47411: Ipertrofia tonsillare
47412: Ipertrofia adenoidea
4742: Vegetazione adenoidee
4748: Patologia cronica delle tonsille e delle adenoidi NEC
4749: Patologia cronica delle tonsille e delle adenoidi NOS
4780: Ipertrofia dei turbinati nasali
4781: Patologia del naso e dei seni paranasali NEC
47820: Patologia faringea NOS
47825: Edema faringeo/nasofaringeo
47826: Cisti faringea/nasofaringea

47829: Patologia della faringe NEC
47830: Paralisi della corda vocale NOS
47831: Paralisi unilaterale delle corde vocali parziale
47832: Paralisi unilaterale delle corde vocali totale
47833: Paralisi bilaterale delle corde vocali parziale
47834: Paralisi bilaterale delle corde vocali totale
4784: Polipo corda vocale/laringeo
4785: Patologia delle corde vocali
4786: Edema laringeo
47870: Patologia della laringe NOS
47874: Stenosi laringea
47875: Spasmo laringeo
47879: Patologia della laringe NEC
5270: Atrofia delle ghiandole salivari
5271: Ipertrofia delle ghiandole salivari
5272: Sialoadenite
5273: Ascenso delle ghiandole salivari
5274: Fistola ghiandole salivari
5275: Sialoliti
5276: Mucocele delle ghiandole salivari
5277: Patologia della secrezione delle ghiandole salivari
5278: Patologia delle ghiandole salivari NEC
5279: Patologia delle ghiandole salivari NOS
7387: Orecchio a cavolfiore
74400: Anomalie dell'orecchio NOS
74401: Assenza congenita dell'orecchio esterno
74402: Anomalia dell'orecchio esterno NEC
74404: Anomalia della catena degli ossicini
74405: Anomalia dell'orecchio interno
74409: Anomalie dell'orecchio NEC
7441: Orecchio accessorio
74421: Assenza congenita del lobo auricolare
74422: Macrotia
74423: Microtia
74424: Anomalie della tuba di Eustacchio
74429: Anomalie dell'orecchio NEC
7443: Anomalie dell'orecchio
74441: Fistola branchiale
74442: Cisti branchiale
74443: Accessorio Cervicale
74446: Fistola preauricolare
74447: Cisti preauricolare
74449: Anomalia branchiale NEC
7480: Atresia coanale
7481: Anomalia nasali NEC
7482: Stridore laringeo

7483: Anomalia laringotracheale
75021: Assenza delle ghiandole salivari
75022: Ghinadole salivari accessorie
75023: Atresia congenita dei dotti salivari
75024: Fistola salivare congenita
75027: Diverticolo faringeo
75029: Anomalia faringea NEC
7841: Dolore laringeo
78440: Disturbi della voce
78441: Afonia
7848: Emorragia dalla laringe
7849: Interessamento dei nervi simpatici a livello della testa
collo
7924: Abnorme produzione di saliva
79415: Studio abnorme della conduzione uditiva
79416: Studio abnorme della funzione vestibolare
8075: Frattura chiusa della laringe e trachea
8076: Frattura aperta della laringe e trachea
87200: Ferita aperta dell'orecchio esterno
87201: Ferita aperta dell'orecchio
87202: ferita aperta del canale uditivo
87210: Ferita aperta dell'orecchio esterno complicata NOS
87211: Ferita aperta deell'orecchio complicata
87212: ferita aperta del canale uditivo complicata
87261: Ferita aperta della membrana timpanica
87262: Ferita aperta della catena ossiculare
87263: Ferita aperta della tuba di Eustachio
87264: Ferita aperta della coclea
87269: Ferita aperta dell'orecchio NEC
87271: Ferita aperta della membrana timpanica con complicanze
87272: Ferita aperta della catena degli ossicini complicata
87273: Ferita aperta della tuba di Eustachio complicata
87274: Ferita aperta della coclea complicata
87279: Ferita aperta dell'orecchio complicata NEC
8728: Ferita aperta dell'orecchio NOS
8729: Ferita aperta dell'orecchio complicata NOS
87321: Ferita aperta del setto nasale
87322: Ferita aperta della fossa nasale
87323: Ferita aperta dei seni paranasali
87329: Ferite multiple del naso
87330: Ferita aperta del naso complicata NOS
87331: Ferita aperta del setto nasale complicata
87332: Ferita aperta delle fosse nasali complicata
87333: Ferita aperta dei seni paranasali complicata
87339: Ferite multiple del naso complicate
87400: Ferita aperta della laringe e della trachea

87401: Ferita aperta della laringe
87411: Ferita aperta della laringe complicata
8744: Ferita aperta della faringe
8745: ferita aperta della faringe complicata
931: Corpo estraneo nell'orecchio
9330: Corpo estraneo faringeo
9331: Corpo estraneo laringeo
9470: Ferita della bocca e della faringe
9515: trauma del nervo acustico
DRG 168 INTERVENTI SULLA BOCCA CON C.C.
DRG 169 INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA C.C.
242: Gengivoplastica
244: Asportazione di lesione dentale della mandibola
245: Alveolo plastica
2502: Biopsia aperta della lingua
251: Asportazione di lesione della lingua
2559: Riparazione della lingua
2594: Altra glossectomia
2599: Intervento sulla lingua NEC
270: Drenaggio di ascessi della faccia e del pavimento orale
271: Incisione del palato
2721: Biopsia del palato duro
2722: Biopsia dell'ugola e del palato molle
2731: Asportazione locale di lesione del palato duro
2742: Ampia asportazione di lesione del labbro
2743: escissione di lesione del labbro NEC
2749: Escissione di lesione della bocca NEC
2753: Chiusura di fistola del cavo orale
2755: Apposizione di lembo a livello del cavo orale
2756: Apposizione di lembo cutaneo a livello del cavo orale
2757: Apposizione di lembo peduncolato a livello del cavo orale
2759: Riparazione della bocca NEC
2761: Sutura di lacerazione del palato
2771: Incisione dell'ugola
2772: Asportazione dell'ugola
2773: Riparazione dell'ugola
2779: Altra operazione sull'ugola
2792: Incisione della bocca NOS
2799: Intervento sul cavo orale NEC
DRG 185 PATOLOGIA CAVO ORALE E DENTALE ETA' MAGGIORE 17 AA
DRG 186 PATOLOGIA CAVO ORALE E DENTALE ETA' MINORE 18 AA
0542: Gengivostomatite erpetica
2100: Neoplasia benigna del labbro
2101: Neoplasia benigna della lingua
2103: Neoplasia benigna del pavimento orale
2104: Neoplasia benigna della bocca NEC/NOS

2131: Neoplasia benigna dell'osso mandibolare
5281: Cancrum oris
5282: Aftosi del cavo orale
5283: Ascesso del cavo orale
5285: Patologia del labbro
5286: Leucoplachia della mucosa del cavo orale
5287: Patologia dell'epitelio del cavo orale NEC
5288: Fibrosi della mucosa del cavo orale
5290: Glossite
5291: Lingua a carta geografica
5293: Ipertrofia delle papille linguali
5296: Glossodinia
5298: Patologia della lingua NEC
5299: Patologia della lingua NOS
74900: Palato ogivale
7500: Frenulo linguale breve
75010: Anomalia della lingua NOS
75011: Aglossia
75012: Adesione congenita della lingua
75016: Microglossia
75019: Anomalie della lingua NEC
75025: Fistola congenita del labbro
75026: Anomalia della bocca NEC
9350: Corpo estraneo a livello del cavo orale
DRG 482 TRACHEOTOMIA PER PATOLOGIA ORL
303: Laringectomia totale
304: Laringectomia radicale
311: Tracheotomia temporanea
DRG 483 TRACHEOTOMIA PER PATOLOGIA NON ORL
311: Tracheotomia temporanea
DRG 289 INTERVENTI SULLE PARATIROIDI
0613: Biopsia delle paratiroidi
0681: Paratiroidectomia totale
0689: Altre paratiroidectomia
0699: Altri interventi sulle paratiroidi
DRG 290 INTERVENTI SULLE TIROIDI
0602: Riapertura di ferita tiroidea
0609: Incisione di regione tiroidea
0612: Biopsia di ghiandola tiroidea
0619: Interventi su ghiandola tiroidea e paratiroidea
062: Lobectomia tiroidea unilaterale
0631: Escissione di lesione tiroidea
0639: Tiroidectomia parziale NEC
064: Tiroidectomia totale
0650: Tiroidectomia substernale
0651: Tiroidectomia substernale parziale

0652: Tiroidectomia substernale totale

066: Asportazione di tiroide linguale

0695: Reimpianto di paratiroide

DRG 291 INTERVENTI SUL DOTTO TIREOGLOSSO

067: Asportazione del dotto tireoglossso



Tutti i Diritti Riservati

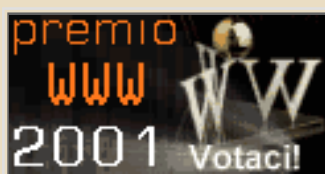


Accesso Medici



Accesso Farmacisti

GIOFIL
Day



Accesso Clienti



Accesso Libero

Votateci nella Categoria : Associazioni, Organizzazioni ed Ordini