



Salute

545-1700

Manuale di codifica medica

Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera

Versione 2017

La serie «Statistica della Svizzera»
pubblicata dall'Ufficio federale di statistica (UST)
comprende i settori seguenti:

- 0 Basi statistiche e presentazioni generali
- 1 Popolazione
- 2 Territorio e ambiente
- 3 Lavoro e reddito
- 4 Economia
- 5 Prezzi
- 6 Industria e servizi
- 7 Agricoltura e selvicoltura
- 8 Energia
- 9 Costruzioni e abitazioni
- 10 Turismo
- 11 Mobilità e trasporti
- 12 Denaro, banche e assicurazioni
- 13 Sicurezza sociale
- 14 Salute
- 15 Formazione e scienza
- 16 Cultura, media, società dell'informazione, sport
- 17 Politica
- 18 Amministrazione e finanze pubbliche
- 19 Criminalità e diritto penale
- 20 Situazione economica e sociale della popolazione
- 21 Sviluppo sostenibile e disparità regionali e internazionali

Manuale di codifica medica

Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera

Versione 2017

Realizzazione Christiane Ricci, UST
Jörg Julen, UST
Sylvia Zihli, SwissDRG SA
Ursula Althaus
Pierre Phedon Tahintzi, CHUV

Editore Ufficio federale di statistica (UST)

Editore: Ufficio federale di statistica (UST)
Informazioni: Segreteria di codifica UST
codeinfo@bfs.admin.ch
Autori: Ufficio federale di statistica
Realizzazione: Christiane Ricci
Diffusione: Ufficio federale di statistica, CH-2010 Neuchâtel
Telefono 058 463 60 60 / Fax 058 463 60 61 / order@bfs.admin.ch
Numero UST: 545-1700
Prezzo: 25 franchi (IVA escl.)
Serie: Statistica della Svizzera
Settore: 14 Salute
Testo originale: Tedesco
Traduzione: Servizi linguistici dell'UST
Grafica del titolo: UST; concezione: Netthoevel & Gaberthüel, Bienne; foto: © Uwe Bumann – Fotolia.com
Grafica/layout: Sezione DIAM, Prepress/Print
Copyright: UST, Neuchâtel, 2016
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte.
ISBN: 978-3-303-14254-7

Indice

Introduzione versione 2017	9	Regole di codifica generali per le malattie/diagnosi D00–D16	37
Nozioni generali G00–G56	11		
G00a Statistica medica e codifica medica	11	D00a Risultati anormali	37
G01a Storia	11	D01a Sintomi	38
G02a Organizzazione	12	D02c Diagnosi monolaterali e bilaterali	
G03a Basi giuridiche	12	Diagnosi di localizzazioni multiple	39
G04a Obiettivi della statistica medica	13	D03e Codici daga (†)- asterisco (*)	40
G05a Anonimizzazione dei dati	13	D04c Codici con punto esclamativo («!»)	41
G06a Il record medico, definizioni e variabili	14	D05d Esiti di/presenza di/mancanza di	43
G10c La statistica medica e il sistema di classificazione dei pazienti SwissDRG	15	D06c Sequele	44
G20a Le classificazioni (ICD-10-GM e CHOP)	16	D07a Interventi di follow-up pianificati	45
G21a ICD-10-GM	16	D08a Minaccia o malattia imminente	47
G22c Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP)	23	D09a Diagnosi sospette	48
G30a Come eseguire una codifica corretta	28	D10c Malattie croniche con episodio acuto	49
G40d Documentazione delle diagnosi e delle procedure	29	D11c Codici combinati	50
G50d Definizioni	30	D12c Malattie o disturbi iatrogeni (complicanze)	51
G51d Caso di trattamento	30	D13a Sindrome	58
G52f Diagnosi principale	31	D14c Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico o procedura non eseguiti	59
G53b Complemento alla diagnosi principale	33	D15c Trasferimenti	60
G54c Diagnosi secondarie	34	D16c Scelta della diagnosi principale in caso di riammissione entro 18 giorni per malattia o disturbo iatrogeno	65
G55a Trattamento principale	35		
G56a Trattamenti secondari	35		

Regole di codifica generali per le procedure P00–P09	67	S0216b Seduta combinata di chemioterapia e radioterapia antineoplastica	99
P00a Registrazione della procedura nel record medico	67	S0217e Cure palliative	99
P01c Procedure che vanno codificate	68	S0400 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	100
P02c Procedure che non vanno codificate	69	S0401c Nozioni generali	100
P03c Endoscopia e interventi endoscopici	70	S0402a Regole per la codifica del diabete mellito	101
P04c Interventi chirurgici combinati o complessi	71	S0403a Complicanze specifiche del diabete mellito	104
P05a Interventi eseguiti parzialmente	72	S0404a Sindrome metabolica	107
P06c Procedure eseguite più volte	73	S0405a Disturbi della secrezione interna del pancreas	107
P07a Interventi chirurgici bilaterali	75	S0406a Fibrosi cistica	107
P08e Revisioni di un campo operatorio/ reinterventi	76	S0407e Malnutrizione negli adulti	108
P09d Prelievo e trapianto d'organo	77	S0408e Malnutrizione nei bambini	109
		S0500 Disturbi psichici e comportamentali	110
		S0501a Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (droghe, farmaci, alcol, nicotina)	110
		S0600 Malattie del sistema nervoso	111
Regole di codifica speciali S0100–S2100	81	S0601a Colpo apoplettico acuto	111
S0100 Alcune malattie infettive e parassitarie	81	S0602c Colpo apoplettico «pregresso»	111
S0101a Batteriemia	81	S0603a Paraplegia e tetraplegia non traumatica	112
S0102c Sepsi	82	S0604d Disturbi dello stato di coscienza	113
S0103c SIRS/Complicanze d'organo	85	S0605e Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test)	114
S0104d HIV/AIDS	86	S0606e Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test)	114
S0105a Croup vero – pseudocroup – sindrome da croup	89	S0700 Malattie dell'occhio e degli annessi oculari	115
S0200 Neoplasie	90	S0701a Insuccesso o rigetto di un trapianto di cornea	115
S0201a Attività tumorale	91	S0800 Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	116
S0202e Scelta e ordinamento delle diagnosi	92	S0801a Ipoacusia e sordità	116
S0203a Escissione estesa della regione tumorale	93	S0802d Adattamento e manutenzione di apparecchio acustico	116
S0204a Diagnosi di tumore soltanto mediante biopsia	93	S0900 Malattie del sistema circolatorio	117
S0205e Malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	93	S0901a Ipertensione e malattie in caso di ipertensione	117
S0206a Sospetto di tumore o metastasi	94	S0902e Cardiopatia ischemica	118
S0207a Controlli	94	S0903a Trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico	120
S0208a Recidiva	95	S0904d Cardiopatie valvolari	122
S0209a Tumori con attività endocrina	95	S0905a Pacemaker/defibrillatori	123
S0210e Sedi multiple	95	S0906a Esami di controllo successivi a trapianto cardiaco	123
S0211a Lesioni contigue	96	S0907a Edema polmonare acuto	124
S0212a Remissione di malattie maligne immunoproliferative e leucemie	97		
S0213a Linfangiosi carcinomatosa	98		
S0214a Linfomi	98		
S0215a Chemioterapia e radioterapia	99		

S0908c	Arresto cardiaco	124	S1607c	Sindrome dispnoica neonatale per malattia delle membrane ialine/deficit di surfattante	152
S0909c	Revisioni o reinterventi su cuore e pericardio	124	S1608c	Sindrome dispnoica neonatale per aspirazione imponente, wet lung e tachipnea transitoria nel neonato	153
S1000	Malattie del sistema respiratorio	125	S1609e	Encefalopatia ipossico-ischemica (HIE)	153
S1001d	Ventilazione meccanica	125	S1610e	Asfissia durante la nascita	154
S1002d	Insufficienza respiratoria	129	S1611d	Insufficienza respiratoria acuta neonatale	154
S1100	Malattie dell'apparato digerente	130	S1800	Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	155
S1101a	Appendicite	130	S1801a	Incontinenza	155
S1102d	Aderenze	130	S1802a	Disfagia	155
S1103a	Ulcera gastrica con gastrite	130	S1803a	Convulsioni febbrili	155
S1104a	Emorragia gastrointestinale	131	S1804f	Diagnosi e terapia del dolore	156
S1105a	Disidratazione nella gastroenterite	131	S1805e	Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore	157
S1200	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	132	S1806e	Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore	157
S1201f	Chirurgia plastica	132	S1900	Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	158
S1400	Malattie dell'apparato genitourinario	134	S1901a	Traumatismi superficiali	158
S1401d	Dialisi	134	S1902a	Frattura e lussazione	158
S1402a	Verruche anogenitali	134	S1903c	Ferite/traumatismi aperti	160
S1403f	Intervento ricostruttivo per mutilazione genitale femminile (FGM)	135	S1904d	Perdita di coscienza	163
S1404f	Insufficienza renale acuta	135	S1905c	Traumatismo del midollo spinale (con paraplegia e tetraplegia traumatiche)	165
S1405d	Ricovero per la posa di un catetere peritoneale per la dialisi	136	S1906a	Traumatismi multipli	169
S1406d	Ricovero per la rimozione di un catetere peritoneale per la dialisi	136	S1907a	Ustioni e corrosioni	170
S1407d	Ricovero per la posa di una fistola arteriovenosa o di uno shunt arteriovenoso per la dialisi	136	S1908b	Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologiche	171
S1408a	Ricovero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di shunt arteriovenoso	136	S1909f	Effetti collaterali indesiderati di farmaci (assunti secondo prescrizione)	173
S1500	Ostetricia	137	S1910b	Effetti indesiderati o avvelenamento da assunzione combinata di due o più sostanze (in caso di assunzione non prescritta)	174
S1501b	Definizioni	137	S2000	Cause esterne di morbosità e mortalità	175
S1502a	Conclusione precoce della gravidanza	138	S2100	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	176
S1503e	Malattie durante la gravidanza	141			
S1504e	Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino	143			
S1505c	Regole speciali per il parto	144			
S1600	Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	149			
S1601a	Record medico	149			
S1602a	Definizioni	149			
S1603c	Neonati	149			
S1604d	Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	151			
S1605a	Nati morti	152			
S1606c	Interventi particolari per il neonato malato	152			

Allegato	177
Diabete mellito scompensato	177
Sepsi	180
Criteri per la diagnosi di sepsi	180
HIV / AIDS: Classificazione CDC (1993)	182
Le categorie di laboratorio da 1 a 3	182
Le categorie cliniche da A a C	182
Malnutrizione	184
Definizione degli stadi della malnutrizione negli adulti	184
Definizione degli stadi della malnutrizione nei bambini	185
Indice alfabetico	187

Ringraziamenti

Questo manuale è il risultato del lavoro minuzioso di esperti, nonché della stretta collaborazione tra persone che si occupano di codifica in Svizzera. A loro va il caloroso ringraziamento dell'Ufficio federale di statistica per il prezioso impegno profuso. Nell'ambito dell'introduzione del sistema di fatturazione SwissDRG basato sui forfait per caso, è particolarmente apprezzata anche la collaborazione di SwissDRG SA.

Un ringraziamento speciale è inoltre riservato al Gruppo di esperti per le classificazioni dell'Ufficio federale di statistica

Per il loro contributo fondamentale all'aggiornamento delle linee guida di codifica, alla verifica della compatibilità con il sistema di importi forfettari per caso SwissDRG e alla redazione della versione 2017, ringraziamo il seguente gruppo di lavoro:

- Ursula Althaus, medico, specialista in codifica medica, Oberdorf
- Dr. med. Jörg Felix Julen-Buchs, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel
- Christiane Ricci, specialista in codifica medica dipl. fed., Ufficio federale di statistica, Neuchâtel
- Dr. med. Pierre Phedon Tahintzi, Ospedale universitario di Losanna
- Sylvia Zihli, SwissDRG SA, dipartimento medico, Berna

Introduzione versione 2017

Il presente manuale è destinato a tutte le persone che nell'ambito della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri e del sistema di importi forfettari per caso SwissDRG si occupano della codifica delle diagnosi e dei trattamenti dei casi stazionari per tutti gli stabilimenti somatici acuti nonché le cliniche psichiatriche, le cliniche di riabilitazione e varie cliniche specializzate. I partecipanti alla rilevazione (gli stabilimenti ospedalieri) sono tenuti per legge a utilizzare le classificazioni valide indicate dalle direttive dell'UST e il Manuale di codifica. È vietato l'uso di altri manuali di codifica (p. es. il manuale italiano o altri manuali interni dell'ospedale).

Siccome dal 2012 i dati della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri saranno utilizzati in modo unitario in tutta la Svizzera nel quadro del sistema di fatturazione SwissDRG, è stato necessario aggiornare le linee guida di codifica. Le nuove linee guida di codifica soddisfano sia le esigenze epidemiologiche della statistica medica, sia quelle del sistema di fatturazione SwissDRG basato sugli importi forfettari per caso.

Oltre alle regole di codifica, il manuale contiene anche informazioni sulle principali variabili della statistica medica utilizzate nei record, nonché una breve trattazione della storia della classificazione ICD-10. Sebbene oggi giorno la codifica sia eseguita spesso con l'ausilio di programmi informatici, ci è parso importante esaminare più da vicino la struttura della Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) utilizzata nel nostro Paese.

Le linee guida di codifica sono divise nelle seguenti parti:

- Nozione generali: capitoli G
- Regole generali di codifica: D per le diagnosi e P per le procedure
- Regole speciali di codifica: capitoli S

Nella numerazione, i capitoli delle linee guida speciali seguono la suddivisione della ICD-10. In questi capitoli sono descritti gruppi particolari di casi che possono essere utili per la definizione di casi concreti o che impongono di deviare dalle linee guida generali per rispettare la logica dei DRG.

Le regole di codifica speciali hanno la priorità su quelle generali (eccezione: le regole di fatturazione hanno la priorità sia sulle regole di codifica generali sia su quelle speciali). Nel caso in cui vi siano contraddizioni tra le istruzioni d'uso della ICD-10 o della CHOP e le regole di codifica, le regole di codifica hanno la priorità.

Tutte le regole mostrano una struttura alfanumerica (es. D01, S0103), seguita da una lettera minuscola che indica la versione. Le linee guida della versione 2012 sono contrassegnate dalla lettera «a», le linee guida modificate della versione 2013 dalla lettera «b», quelle della versione 2014 dalla lettera «c», ecc. Le modifiche a livello di contenuto apportate alle linee guida per il 2017 sono contrassegnate dalla lettera «f» e i paragrafi che le contengono sono evidenziati in verde. Anche altre modifiche sono evidenziate in verde, mentre le correzioni ortografiche e di layout non sono segnalate.

Gli esempi riportati nel presente manuale di codifica servono come spiegazione alle linee guida. Le codifiche usate sono corrette ma non rispondono al criterio di completezza richiesto per la codifica del caso medico riportato nell'esempio.

Le regole di codifica pubblicate in questo manuale sono vincolanti per tutti i dati codificati negli ospedali trasmessi poi all'Ufficio federale di statistica per la statistica medica e nel quadro del sistema di importi forfettari per caso SwissDRG.

Il manuale di codifica medica 2017 è valido a partire dall'1.1.2017 e sostituisce tutte le precedenti versioni del manuale.

La base di questo manuale sono le classificazioni ICD-10-GM 2016 e CHOP 2016. Per la codifica dei casi somatici sottoposti a trattamenti stazionari con data d'uscita a partire dall'1.1.2017 vanno utilizzati i codici ICD-10-GM della versione 2016 e i codici CHOP della versione 2017.

In caso di divergenze linguistiche tra le varie versioni del manuale di codifica e delle classificazioni, fa fede il testo originale in tedesco.

La pubblicazione mediante FAQ non sarà più disponibile dal 2017, le FAQ precedenti saranno attivate in formato PDF sul nostro sito web. Nel corso dell'anno saranno pubblicate informazioni e precisazioni mediante circolari. Le circolari sono strumenti di codifica ufficiali dell'UST e vanno tenute in considerazione per codificare i casi con dimissione a partire dal 1° giorno del mese successivo (1.1. 2017, se necessario 1.7.2017).

Abbreviazioni del manuale di codifica

CDP	Complemento alla diagnosi principale
D	Regole di codifica delle diagnosi
DP	Diagnosi principale
DS	Diagnosi secondaria
G	Nozioni generali
L	Lateralità
P	Regole di codifica delle procedure
S	Regole di codifica speciali
TP	Trattamento principale
TS	Trattamento secondario

Nozioni generali G00–G56

G00a Statistica medica e codifica medica

G01a Storia

La VESKA (oggi H+), ossia l'associazione mantello degli ospedali svizzeri, raccoglie dati già dal 1969 nell'ambito di un progetto di statistica ospedaliera. Le diagnosi e i trattamenti erano codificati con il codice VESKA, che era basato sulla ICD-9. Questo lavoro ha dato origine a una statistica per gli ospedali. Tuttavia, dal momento che la raccolta dati era obbligatoria solo in alcuni Cantoni, la statistica rispecchiava solo circa il 45 % delle ospedalizzazioni e pertanto non era rappresentativa a livello nazionale.

Nel 1997/1998, in base alla legge del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale (LStat, RS 431.01) e alla rispettiva ordinanza sulle rilevazioni statistiche (RS 431.012.1) del 30 giugno 1993, si è dato vita a una serie di statistiche su base nazionale riguardanti gli stabilimenti di cure stazionarie del sistema sanitario. Da allora, l'Ufficio federale di statistica (UST) rileva e pubblica i dati della statistica medica degli istituti ospedalieri, la quale fornisce informazioni sui pazienti ricoverati negli ospedali svizzeri.

Questa raccolta di dati è integrata da una statistica amministrativa degli ospedali (statistica ospedaliera). La serie delle statistiche riguardanti le persone in regime di ricovero stazionario è completata da una statistica degli stabilimenti medico-sociali con dati amministrativi e informazioni sugli ospiti delle case di riposo e di cura, degli istituti per disabili e per persone affette da dipendenza e degli istituti per persone con disturbi psicosociali.

In generale, le statistiche sanitarie aspirano a rispondere alle seguenti domande:

- Qual è lo stato di salute della popolazione? Quali sono i problemi di salute prevalenti e qual'è la loro gravità?
- Qual'è la distribuzione dei problemi nei diversi gruppi di popolazione (secondo l'età, il sesso e altri parametri che secondo le conoscenze attuali possono determinare differenze, quali l'istruzione, il paese di provenienza, ecc.)?
- Che influsso esercitano le condizioni e lo stile di vita sulla salute?
- Quali sono le prestazioni sanitarie cui ricorre la popolazione? Qual è la loro distribuzione nei diversi gruppi di popolazione?
- Come evolvono i costi e i flussi dei finanziamenti?
- Quali sono le risorse a disposizione del sistema sanitario (infrastrutture, personale, finanze) e quali sono le prestazioni offerte?
- Com'è strutturato l'attuale fabbisogno di prestazioni sanitarie e come si evolverà la domanda di queste prestazioni?
- Quali sono le conseguenze e gli effetti dei provvedimenti presi a livello politico?

La codifica delle diagnosi e dei trattamenti negli ospedali è un elemento fondamentale per rispondere a tutte queste domande.

G02a Organizzazione

L'Ufficio federale di statistica (UST) è responsabile dell'esecuzione della statistica medica. A livello cantonale, la raccolta dei dati negli ospedali è coordinata dagli uffici di statistica dei Cantoni, dai reparti di statistica delle direzioni sanitarie dei Cantoni o dall'associazione mantello degli ospedali H+ su incarico di alcuni Cantoni. Questi uffici informano gli stabilimenti ospedalieri sui termini per la trasmissione dei dati e vigilano sulla loro osservanza. Sono incaricati del controllo della qualità dei dati e della loro valutazione, oltre che della responsabilità di trasmettere i dati all'UST.

Gli ospedali raccolgono i dati dei pazienti in un ufficio centrale e originano il record codificando le informazioni su diagnosi e trattamenti. Essi sono soggetti all'obbligo di informare, ossia sono tenuti a fornire i dati per la statistica medica. L'UST comunica le istruzioni sui dati da fornire, sul formato e sulle modalità di trasmissione agli uffici cantonali di rilevazione e li invita a trasmetterli agli ospedali. Le direttive sono pubblicate anche sul sito Internet dell'UST.

G03a Basi giuridiche

La statistica medica si basa sulla LStat e sull'ordinanza sulle rilevazioni statistiche, che contengono prescrizioni concernenti l'esecuzione di rilevazioni statistiche federali, nonché sulla legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10). Nell'ambito della revisione della LAMal, il 1° gennaio 2009 sono entrate in vigore nuove disposizioni concernenti il finanziamento ospedaliero (RU 2008 2049, FF 2004 4903), che hanno delle ripercussioni anche sulla statistica medica.

La LStat stabilisce che la generazione di statistiche sanitarie è un compito da assolvere su scala nazionale (art. 3 cpv. 2 lett. b), il quale richiede la collaborazione di Cantoni, Comuni e altri partner coinvolti. Secondo l'articolo 6 capoverso 4, il Consiglio federale può dichiarare obbligatoria la partecipazione a una rilevazione statistica.

L'allegato dell'ordinanza sulle rilevazioni statistiche definisce gli organi responsabili delle varie rilevazioni statistiche e descrive ogni singola rilevazione realizzata su scala nazionale. L'organo responsabile della rilevazione nell'ambito della statistica medica è l'UST. L'ordinanza precisa anche le modalità di rilevazione tra cui il carattere vincolante di questa rilevazione. Essa dispone inoltre l'obbligatorietà di utilizzare la classificazione ICD-10 per la codifica delle diagnosi e la Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) per la codifica dei trattamenti.

Oltre che alla LStat, la rilevazione sottostà anche alle disposizioni dalla LAMal. Secondo la LAMal gli ospedali e le case per partorienti sono tenuti a comunicare alle autorità federali competenti i dati di cui necessitano «per vigilare sull'applicazione delle disposizioni della presente legge relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni (art. 22a cpv. 1)». I dati vengono raccolti dall'UST per conto dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e i fornitori delle prestazioni sono tenuti a fornire gratuitamente le informazioni richieste (art. 22a cpv. 2 e 3).

Il sistema di fatturazione basato sui forfait per caso SwissDRG è in vigore dal 1° gennaio 2012. A questo scopo sono utilizzati i dati della statistica medica. Oltre a ciò, la legge riveduta dispone anche che l'UST metta le informazioni a disposizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica, del Sorvegliante federale dei prezzi, dell'Ufficio federale di giustizia, dei Cantoni e degli assicuratori, nonché di alcuni altri organi a seconda del fornitore di prestazioni (art. 22a cpv. 3 LAMal). I dati sono pubblicati dall'Ufficio federale della sanità pubblica per categoria o per fornitore di prestazioni (per ospedale). I risultati che riguardano i pazienti sono pubblicati solo in forma anonima, in modo da non ricondurre dati a singole persone.

G04a Obiettivi della statistica medica

- È necessario rendere possibile la sorveglianza epidemiologica della popolazione (popolazione ospedaliera). I dati forniscono informazioni importanti sulla frequenza di malattie rilevanti che portano a un'ospedalizzazione, consentendo così di pianificare, e se del caso applicare, provvedimenti preventivi o terapeutici.
- Grazie a un rilevamento omogeneo delle prestazioni, viene introdotto un sistema di classificazione di pazienti e il finanziamento degli ospedali viene riorganizzato in base al sistema degli importi forfettari per caso SwissDRG. I dati della statistica medica devono consentire di sviluppare ulteriormente questo sistema a ritmo annuale.
- Oltre a ciò, i dati rilevati consentono un'analisi generale delle prestazioni fornite dagli ospedali e della loro qualità, per esempio la frequenza di determinati interventi chirurgici o la frequenza di riospedalizzazioni per determinate diagnosi o trattamenti.
- I dati permettono anche di avere una panoramica della situazione delle cure sanitarie nel settore ospedaliero. Per esempio, consentono di determinare i bacini d'utenza dei singoli ospedali, rendendo così possibile una pianificazione delle cure sanitarie a livello cantonale e intercantonale.

Vengono inoltre forniti dati per studi su particolari problematiche e per l'opinione pubblica interessata.

G05a Anonimizzazione dei dati

La legge federale del 19 giugno 1992 (LPD, RS 235.1) sulla protezione dei dati stabilisce che i dati debbano essere resi anonimi prima di essere trasmessi all'UST. Per ogni paziente esiste quindi un codice di collegamento anonimo, generato in base al cognome, al nome, alla data di nascita completa e al sesso della persona. Il codice di collegamento consiste in un codice cifrato (generato mediante scomposizione e codifica dei dati), prodotto in modo che la persona ad esso associata non possa essere identificata.

G06a Il record medico, definizioni e variabili

Per quanto riguarda la trasmissione (interfacce), i dati della statistica medica sono suddivisi in diversi record: un record minimo, un record supplementare con dati sui neonati, un record con dati sui pazienti psichiatrici e, dal 2009, un record per gruppo di pazienti.

Oltre a ciò, l'ufficio di rilevazione cantonale può emanare altre disposizioni, per esempio ordinare la creazione di un record di dati cantonale. Le disposizioni cantonali non sono descritte dall'UST e pertanto non vengono riportate nel dettaglio in questa pubblicazione.

Una descrizione delle variabili di tutti i record è reperibile sul sito Internet dell'Ufficio federale di statistica all'indirizzo: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/02.html

Record minimo (MB)

Dal punto di vista storico, il record minimo della statistica medica comprende quelle variabili di cui risultava obbligatoria la trasmissione, come p. es. le caratteristiche all'ammissione e all'uscita, l'età, la nazionalità e le diagnosi e i trattamenti.

Record supplementari

Il record minimo della statistica medica può essere integrato da record supplementari. Questi record formano un sistema modulare di informazioni integrative e sono aggiunti a seconda della situazione del paziente.

Record neonati (MN)

Per i neonati va rilevato un record di dati supplementare. In tal modo, per i parti in ospedale e nelle case per partorienti si possono ricavare informazioni mediche ed epidemiologiche complementari, in particolare il numero di parti per donna, la durata della gestazione, il peso alla nascita e dati sui trasferimenti.

Record psichiatria (MP)

In collaborazione con la Società svizzera di psichiatria e l'Associazione svizzera dei primari psichiatrici è stato sviluppato un catalogo di domande aggiuntivo adattato alle esigenze della psichiatria. Esso contiene informazioni aggiuntive riguardanti le caratteristiche sociodemografiche, i trattamenti e l'assistenza dopo l'uscita. Tali dati non sono soggetti all'obbligo d'informazione.

Record gruppo di pazienti (MD)

Dal 1° gennaio 2009 la statistica medica è stata adattata alle esigenze del sistema di finanziamento ospedaliero basato sulle prestazioni SwissDRG. Per raggiungere in Svizzera la necessaria compatibilità con il modello tedesco scelto, è necessario rilevare informazioni più dettagliate. Nel nuovo record supplementare per gruppi di pazienti si possono rilevare fino a 50 diagnosi e fino a 100 trattamenti. Oltre a ciò, tale record contiene informazioni rilevanti ai fini della fatturazione, come p. es. variabili concernenti la medicina intensiva, dati sul peso all'ammissione dei lattanti, sulle riammissioni, ecc. Il record gruppo di pazienti comprende anche campi per registrare i medicinali molto cari e i prodotti sanguigni (vedi lista dei medicinali SwissDRG).

G10c La statistica medica e il sistema di classificazione dei pazienti SwissDRG

Dal 2012 il finanziamento delle prestazioni di cure acute stazionarie negli ospedali si basa a livello federale sul sistema SwissDRG. Si tratta di un sistema di importi forfettari per caso, in cui ogni degenza ospedaliera viene attribuita secondo determinati criteri – come la diagnosi principale, le diagnosi secondarie, i trattamenti, l'età e il sesso – a un gruppo di casi (DRG) e fatturata a forfait. Perciò la documentazione medico-infermieristica e la codifica assumono una rilevanza diretta in funzione della remunerazione degli ospedali. Inoltre costituiscono la base per lo sviluppo annuale del sistema DRG.

SwissDRG non permette più forzature. Il caso deve essere codificato per intero e non è ammesso tralasciare o aggiungere diagnosi o procedure per forzare il raggruppamento dei casi DRG. A tal proposito si veda il punto 1.4 delle «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG»:

http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/160620_SwissDRG_Falldefinitionen_v5_i.pdf

Nell'ambito della gestione e dell'ulteriore sviluppo della struttura tariffale DRG vengono adeguate e precisate le classificazioni e le regole di codifica.

Il sistema di classificazione DRG e le definizioni precise dei singoli DRG sono descritti nel manuale delle definizioni attualmente in vigore. Il documento «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG» descrive il campo di applicazione e le norme di calcolo dello SwissDRG (denominate regole di calcolo).

G20a Le classificazioni (ICD-10-GM e CHOP)

G21a ICD-10-GM

Introduzione

L'obiettivo primario di una classificazione è quello di codificare le diagnosi o i trattamenti, affinché l'astrazione renda possibile l'analisi statistica dei dati. «Una classificazione statistica di malattie dovrebbe mantenere la possibilità di identificare specifiche entità morbose e al contempo permettere presentazioni statistiche di dati per ampi raggruppamenti di malattie, in modo tale da rendere accessibili informazioni utili e comprensibili» (ICD-10 OMS, Volume 2, Capitolo 2.3).

Una classificazione, che è un metodo di generalizzazione, come osserva William Farr, deve da un lato limitare il numero delle rubriche, dall'altro tener conto di tutte le patologie conosciute. Questo modo di procedere comporta necessariamente una perdita d'informazioni. Ne consegue che in medicina non è possibile rappresentare in maniera assolutamente fedele la realtà attraverso una classificazione.

La classificazione ICD-10 è stata sviluppata per rendere possibile l'analisi e il confronto di dati sulla mortalità e la morbidità. Per una siffatta interpretazione è indispensabile disporre di uno strumento per la codifica delle diagnosi. **La versione della ICD-10 utilizzata in Svizzera a partire dal 1° gennaio 2017 per la codifica delle diagnosi è la ICD-10-GM 2016 (German Modification).**

Storia

Molti anni fa, William Farr, direttore dell'Ufficio di statistica inglese, e i ginevrini Wales e Marc d'Espine profusero il loro impegno per lo sviluppo di una classificazione unitaria delle cause di morte. Il modello proposto da Farr, ossia una classificazione delle malattie in cinque gruppi (malattie epidemiologiche, malattie costituzionali [general], malattie classificate secondo la sede, malattie dello sviluppo e traumatismi), costituisce la base strutturale della ICD-10. Nel 1893, Jacques Bertillon, direttore dell'Ufficio statistico della città di Parigi, presentò la sua classificazione «*Nomenclatura internazionale delle cause di morte*» alla Conferenza dell'Istituto statistico internazionale. La classificazione fu accettata e si decise di sottoporla a revisione ogni dieci anni. Nel 1948 fu approvata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Nel 1975, in occasione della 9a revisione della classificazione, sono stati introdotti nella ICD-9 una quinta cifra e il sistema a daga-asterisco. Nel 1993 è stata convalidata la 10a revisione della classificazione, con struttura alfanumerica del codice. Attualmente vi sono diverse modifiche nazionali della ICD-10, create principalmente per agevolare la fatturazione. In Svizzera si utilizza dal 1° gennaio 2009, e rispettivamente dal 1° gennaio 2010, la versione GM (German Modification) dell'ICD-10.

Struttura

I codici della classificazione ICD-10-GM mostrano una struttura alfanumerica che si compone di una lettera al primo posto, seguita da due numeri, da un punto e poi da una o due posizioni decimali (p. es. *K38.1, S53.10*).

La ICD-10-GM consiste di due volumi: la lista **sistematica** e l'indice.

Lista sistematica

La lista sistematica è suddivisa in 22 capitoli. I primi diciassette descrivono le malattie, il capitolo XVIII contiene sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, il capitolo XIX tratta dei traumatismi e degli avvelenamenti, il capitolo XX (strettamente associato al capitolo XIX, come vedremo oltre) comprende le cause esterne di morbilità e mortalità. Il capitolo XXI riguarda principalmente i fattori che portano a ricorrere alle strutture del sistema sanitario. Nel capitolo XXII si trovano «codici per scopi particolari». Si tratta di codici supplementari per specificare più precisamente malattie classificate altrove, classificazioni di limitazioni funzionali, ecc.

Tabella dei capitoli con le corrispondenti categorie

Capitolo	Titolo	Categoria
I	Alcune malattie infettive e parassitarie	A00–B99
II	Tumori	C00–D48
III	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	D50–D90
IV	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	E00–E90
V	Disturbi psichici e comportamentali	F00–F99
VI	Malattie del sistema nervoso	G00–G99
VII	Malattie dell'occhio e degli annessi oculari	H00–H59
VIII	Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	H60–H95
IX	Malattie del sistema circolatorio	I00–I99
X	Malattie del sistema respiratorio	J00–J99
XI	Malattie dell'apparato digerente	K00–K93
XII	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	L00–L99
XIII	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	M00–M99
XIV	Malattie dell'apparato genitourinario	N00–N99
XV	Gravidanza, parto e puerperio	O00–O99
XVI	Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	P00–P96
XVII	Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	Q00–Q99
XVIII	Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	R00–R99
XIX	Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	S00–T98
XX	Cause esterne di morbosità e mortalità	V01!–Y84!
XXI	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	Z00–Z99
XXII	Codici per scopi particolari	U00–U99

Ogni capitolo è suddiviso in **blocchi** formati da categorie a **tre caratteri** (una lettera e due cifre). Un blocco comprende quindi un gruppo di categorie che corrispondono a determinate affezioni o gruppi di malattie con punti in comune.

Le categorie sono a loro volta suddivise in **sottocategorie a quattro caratteri**. Con esse è possibile codificare la sede anatomica o le varietà dell'affezione (nel caso in cui la categoria interessi un'affezione specifica), oppure malattie specifiche (qualora la categoria definisca un gruppo di affezioni).

Codice a cinque caratteri: in diversi capitoli i codici sono stati ampliati a un quinto carattere per una codifica più specifica.

Importante: per la codifica sono valide solo i codici terminali, vale a dire solo i codici per i quali non esiste un'ulteriore suddivisione.

Esempio dal ICD-10-GM, capitolo XI:

Blocco/gruppo	Malattie dell'appendice (K35–K38)
Categoria a 3 caratteri	K35.– Appendicite acuta
Sottocategoria a 4 caratteri	K35.2 Appendicite acuta con peritonite localizzata Appendicite(acuta)con peritonite generalizzata(diffusa)a seguito rottura o perforazione
Codici a 5 caratteri	K35.3– Appendicite acuta con peritonite localizzata K35.30 Appendicite acuta con peritonite localizzata senza perforazione o rottura K35.31 Appendicite acuta con peritonite localizzata con perforazione o rottura K35.32 Appendicite acuta con ascesso peritoneale K35.8 Appendicite acuta, altra e non specificata Appendicite acuta senza menzione di peritonite generalizzata e localizzata
Categoria a 3 caratteri	K36 Altre forme di appendicite <i>Incl.:</i> Appendicite: • cronica • ricorrente
	K37 Appendicite non specificata
Sottocategoria a 4 caratteri	K38.– Altre malattie dell'appendice K38.0 Iperplasia dell'appendice K38.1 Concrezioni appendicolari Coproliiti dell'appendice Stercoliti K38.2 Diverticolo dell'appendice K38.3 Fistola dell'appendice K38.8 Altre malattie specificate dell'appendice Invaginazione dell'appendice K38.9 Malattia dell'appendice non specificata

Indice alfabetico

L'indice alfabetico della ICD-10 aiuta a codificare secondo la lista sistematica. Le convenzioni formali usate al suo interno sono descritte nell'indice alfabetico. Il riferimento per la codifica è sempre la lista sistematica. Se l'indice alfabetico conduce a un codice non specifico, bisogna verificare nella lista sistematica se esiste un codice più specifico. L'indice alfabetico contiene parole chiave per malattie, sindromi, traumi e sintomi. Sul margine sinistro della colonna si trova il termine principale che denomina una malattia o una condizione morbosa, seguito dai modificatori o qualificatori riportati con rientro a destra:

Fibrillazione – atriale – acuto persistente I48.1 – flutter – – atriale I48 – – ventricolari I49.0] Termine guida]] Modificatori
--	--

I modificatori sono integrazioni che rappresentano varianti, sedi o specificazioni del termine principale.

Convenzioni tipografiche e abbreviazioni

Parentesi tonde ():

Racchiudono termini integrativi che precisano il termine principale:

I10.- Ipertensione essenziale (primitiva)

Incl.: Ipertensione (arteriosa) (benigna) (essenziale) (maligna) (primitiva) (sistemica)
Pressione arteriosa alta

Sono utilizzate per indicare il codice appropriato in caso di esclusioni:

H01.0 Blefarite

Escl.: Blefarocongiuntivite (H10.5)

Sono utilizzate nel titolo con la denominazione del blocco di categorie per comprendere i codici a tre caratteri delle categorie appartenenti al blocco stesso:

**Malattie dell'appendice
(K35–K38)**

Racchiudono il codice daga in una categoria asterisco e viceversa:

N74.2* Malattia infiammatoria sifilitica della pelvi femminile (A51.4†, A52.7†)

B57.0† Malattia di Chagas acuta con interessamento cardiaco (I41.2*, I98.1*)

Le precisazioni tra parentesi tonde non comprendono una modifica del codice.

Parentesi quadre []:

Le parentesi quadre sono usate nel volume 1 per gli scopi seguenti:

- Includere sinonimi o frasi esplicative, per esempio:

A30.– Lebbra [malattia di Hansen]

- Rimandare a note precedenti, per esempio:

C00.8 Lesione sconfinante a più zone contigue del labbro
[Vedere nota 5 all'inizio del capitolo]

Due punti:

Questo segno d'interpunzione è utilizzato nel Volume 1 per elencare termini nel caso in cui il termine precedente non sia completo:

L08.0 Pioderma

Dermatite:

- gangrenosa
- purulenta
- settica
- suppurata

Barra (verticale):

Segno utilizzato nel Volume 1 per elencare le inclusioni e le esclusioni, tenendo presente che nessuno dei termini che precedono o seguono la barra è completo da solo, e perciò non può essere classificato senza la corrispondente integrazione della rubrica:

H50.3 Eterotropia intermittente	
Intermittente:	(alternante) (monoculare)
• Esotropia	
• Exotropia	

Punto e trattino .-:

Segno utilizzato nel Volume 1. Il trattino indica un altro carattere del codice, p. es.:

J43.- Enfisema

Con il trattino si intende richiamare l'attenzione del codificatore sul fatto che si debba ricercare il corrispondente codice più dettagliato nella categoria indicata.

Escluso:

Indica i termini che non fanno parte del codice scelto:

K60.4 Fistola rettale
Fistola retto-cutanea
Escl.: Fistola: rettovaginale (N82.3)
Fistola: rettovescicale (N32.1)

L'«Escl.» di un codice indica che con il codice menzionato nell'esclusione viene delimitata (classificata) una malattia di altra origine o una condizione non ricorrente. Di conseguenza, se entrambe le malattie/condizioni sono presenti nel paziente e possono essere distinte l'una dall'altra dal punto di vista diagnostico, i due codici possono essere utilizzati contemporaneamente.

P.es.: paziente trattato sia per ipertensione portale sia per cirrosi epatica alcolica; in questo caso siamo in presenza di uno scenario come quello sopra descritto: le due condizioni possono essere distinte l'una dall'altra dal punto di vista diagnostico e una cirrosi epatica alcolica non è necessariamente associata a un'ipertensione portale.

Incluso:

Indica i termini che sono contenuti nel codice scelto:

J15.- Polmonite batterica non classificata altrove
Incl.: Broncopolmonite da batteri diversi dallo <i>S. pneumoniae</i> e <i>H. influenzae</i>

S.A.I.:

Acronimo che significa «senza altre indicazioni». Codici con questo modificatore sono attribuiti a diagnosi che non sono specificate con maggiore precisione:

N85.9 Disturbo non infiammatorio dell'utero, non specificato
Disturbo uterino S.A.I.

N.A.C./ N.I.A.:

Questa sigla significa «non classificate altrove» o «non indicato altrove». Indica che alcune varietà delle affezioni elencate possono essere riportate con una definizione più precisa altrove nella classificazione. Questa indicazione viene aggiunta nei seguenti casi:

- per termini che sono classificati in categorie rimanenti o per termini generali
- per termini mal definiti

A85.– Altre encefaliti virali non classificate altrove Incl: meningoencefaliti specificate virali N.I.A. encefalomieliti specificate virali N.I.A.
--

Altro:

La classe residua «Altro» va utilizzata nella codifica quando si è in presenza di una malattia definita precisamente, ma che non dispone di una classe propria nella ICD-10-GM.

E16.1 Altra ipoglicemia

Non specificato:

La classe residua «Non specificato» va utilizzata quando una malattia è descritta solo con il suo termine generale, come p. es. cataratta, e/o non è possibile un'ulteriore differenziazione nella posizione corrispondente secondo i criteri di classificazione della ICD-10-GM.

I67.9 Malattia cerebrovascolare non specificata
--

Vedi, vedi anche:

Attualmente, si trovano solamente nell'indice alfabetico tedesco e francese:

- «Vedi» definisce il termine particolare a cui si rimanda.
- «Vedi anche» rimanda ai termini principali che devono essere consultati

PAP – s. Papanicolaou

Abortus (s.a. Abort) O06.9

E:

Nel titolo delle categorie questa congiunzione significa «e/o».

I74.– Embolia e trombosi arteriose

Questa categoria comprende embolie, trombosi e tromboembolie.

G22c Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP)

Nozioni generali

La Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) contiene la lista dei codici per interventi chirurgici, procedure, interventi terapeutici e diagnostici. La CHOP si basa originariamente sul codice americano ICD-9 CM, allestito e mantenuto fino al 2007 dai CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) di Baltimora (USA). La CHOP viene adattata annualmente, **la versione 2017 comprende gli ampliamenti e le modifiche emersi dalle procedure di domanda fino al 2015 per lo sviluppo di SwissDRG.**

Struttura

La CHOP consiste di due parti separate: l'indice alfabetico e la lista sistematica. La struttura del codice è fondamentale alfanumerica, anche se per motivi storici la maggior parte dei codici è formata solo da cifre. In genere, i codici si compongono di due cifre seguite da un punto, dopo il quale possono essere presenti fino ad altre quattro cifre (p. es. *03.1; 45.50; 93.38.10; 99.A1.12*).

È necessario tenere presente che possono essere utilizzati solo codici terminali.

Indice alfabetico

La base dell'indice alfabetico della CHOP è costituita dalla lista sistematica della stessa classificazione. Le fonti testuali sono i termini medici originali presenti nella lista sistematica, senza l'uso addizionale di altre raccolte terminologiche o di enciclopedie mediche.

Dalla versione CHOP 2011, l'indice alfabetico è allestito automaticamente sulla base di una permutazione del testo e di conseguenza ha un aspetto diverso dalle versioni precedenti (vedi spiegazioni dettagliate nella parte introduttiva della CHOP).

Lista sistematica

Occorre prestare attenzione all'introduzione all'inizio della CHOP e in particolare alle osservazioni tecniche relative alla struttura e alle classi residue:

Struttura della classificazione

La Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici comprende codici alfanumerici da 2 a 6 caratteri. L'impiego di codici alfanumerici e di tre metodi di decimalizzazione consente di incrementare la capacità di espansione della CHOP.

Decimalizzazione in un blocco centesimale non segmentato (1×100), vale a dire senza differenziazione in segmenti interposti:	Decimalizzazione in un blocco centesimale suddiviso (1×100), vale a dire con segmenti interposti:	Decimalizzazione in blocchi decimidi (10×10):
Znn.nn.0	Znn.nn.0	Znn.nn.0
Znn.nn.00 → NAS	Znn.nn.00 → NAS	Znn.nn.00 → NAS
Znn.nn.01 (riserva)	Znn.nn.01 (riserva)	Znn.nn.01 (riserva)
Znn.nn.02 (riserva)	Znn.nn.02 (riserva)	Znn.nn.02 (riserva)
...
Znn.nn.09 (riserva)	Znn.nn.09 (riserva)	Znn.nn.09 → altro
Znn.nn.10 inizio della serie	Znn.nn.10 → inizio del primo segmento	Znn.nn.1
Znn.nn.11	Znn.nn.11	Znn.nn.10 → NAS
Znn.nn.12	Znn.nn.12	Znn.nn.11
...
Znn.nn.88	Znn.nn.20 → inizio del segmento successivo	Znn.nn.19 → altro
Znn.nn.89 → fine della serie	Znn.nn. 21	Znn.nn.2

Znn.nn.97 (riserva)	Znn.nn.40 → ulteriore segmento all'occorrenza	Znn.nn.9
Znn.nn.98 (riserva)	Znn.nn.41	Znn.nn.90 → NAS
Znn.nn.99 → altro	...	Znn.nn.91
	Znn.nn.97 (riserva)	...
	Znn.nn.98 (riserva)	Znn.nn.99 → altro
	Znn.nn.99 → altro	
In un blocco centesimale continuo, la numerazione procede ininterrotta da Znn.nn.10 a Znn.nn.89.	In un blocco centesimale suddiviso la numerazione può contenere segmenti di 10 unità, 20 unità, ecc., per esempio per definire le diverse modalità di un intervento chirurgico: incisione, asportazione, distruzione o ricostruzione, ecc.. Questi segmenti da 10 si distinguono per esempio in base alla tecnica operatoria, alla via d'accesso o ad altre varianti.	In una decimalizzazione con 10×10 blocchi da 10, in ogni blocco da 10 le posizioni Znn.nn.n0 e Znn.nn.n9 sono riservate rispettivamente agli elementi residui «NAS» e «altro». Quindi, nella decimalizzazione 10×10 ci sono potenzialmente 20 elementi residui. Il codice Znn.nn.09 corrisponde alla categoria residua «altro» della sottocategoria, formata dal titolo della sottocategoria seguito da «altro».

Classi residue

Come impostazione generale, nelle varie categorie sono state riservate alle classi residue «non altrimenti specificato» e «altro» rispettivamente le posizioni 00 o n0 e 99 o n9, a seconda del metodo di decimalizzazione impiegato.

Il codice Znn.nn.00 o Znn.nn.n0 corrisponde alla categoria residua «non altrimenti specificato», formata dal titolo della sottocategoria o del gruppo di voci e contraddistinta dall'abbreviazione «NAS». Qualora gli interventi indicati nel rapporto dell'operazione non siano stati specificati in dettaglio, questi vanno classificati all'interno della categoria residua «non altrimenti specificato».

Il codice Znn.nn.99 o Znn.nn.n9 corrisponde alla categoria residua «altro», formata dal titolo della sottocategoria o del gruppo di voci seguito dal modificatore «altro». Se l'intervento è stato specificato in dettaglio nel rapporto dell'operazione ma non classificato con i codici del rispettivo gruppo di voci o della rispettiva sottocategoria, viene inserito nella categoria residua «altro».

La sequenza da Znn.nn.01 a Znn.nn.08 è riservata a eventuali altre (possibili) varianti delle categorie residue.

La lista sistematica della CHOP è suddivisa in 17 capitoli. I capitoli da 1 a 15 sono strutturati in base all'anatomia.

Capitolo	Titolo	Categorie
0	Procedure e interventi, non altrimenti classificabili	00
1	Interventi sul sistema nervoso	01–05
2	Interventi sul sistema endocrino	06–07
3	Interventi sull'occhio	08–16
4	Interventi sull'orecchio	18–20
5	Interventi sul naso, bocca e faringe	21–29
6	Interventi sul sistema respiratorio	30–34
7	Interventi sul sistema cardio-vascolare	35–39
8	Interventi sul sistema ematico e linfatico	40–41
9	Interventi sull'apparato digerente	42–54
10	Interventi sull'apparato urinario	55–59
11	Interventi sugli organi genitali maschili	60–64
12	Interventi sugli organi genitali femminili	65–71
13	Interventi ostetrici	72–75
14	Interventi sull'apparato muscoloscheletrico	76–84
15	Interventi sui tegumenti e sulla mammella	85–86
16	Miscellanea di interventi diagnostici e terapeutici	87–99

Gli assi di classificazione mostrano normalmente una complessità crescente. Gli interventi meno laboriosi si trovano all'inizio di ogni categoria, mentre i più complessi sono riportati alla fine.

In linea di principio si riconosce la sequenza di classificazione seguente:

1. incisione, puntura;
2. biopsia e altre misure diagnostiche;
3. escissione o distruzione parziale di una lesione o di tessuto;
4. escissione o distruzione totale di una lesione o di tessuto;
5. sutura, plastica e ricostruzione;
6. altri interventi.

Attenzione: con l'introduzione di codici nuovi, in alcuni punti non è più stato possibile mantenere con coerenza la classificazione originaria.

Convenzioni tipografiche e abbreviazioni

NAC	Non altrimenti classificabile: non esiste nessun sottocodice per questo intervento specifico.
NAS	Non altrimenti specificato: mancano i dettagli che permettano di precisare l'intervento.
()	Le parentesi tonde includono termini o spiegazioni che integrano la descrizione di un intervento, senza modificare la scelta del codice.
[]	Le parentesi quadre contengono sinonimi e altre forme per scrivere l'espressione precedente o successiva.
ESCLUSO	L'intervento va classificato altrove, sotto il codice indicato.
INCLUSO	L'intervento appartiene al codice.
Codificare anche	I se eseguito, l'intervento va classificato con un codice supplementare.
Omettere il codice	L'intervento è già incluso in un altro codice.
e	Il termine «e» viene utilizzato nel senso di «e/o».
*	L'asterisco indica un'aggiunta svizzera all'originale statunitense.
[L]	Lateraltà (quando il lato va codificato).

G30a Come eseguire una codifica corretta

Per trovare il codice corretto è necessario cercare il termine guida per la diagnosi o per l'intervento prima nell'indice alfabetico e poi, in una seconda fase, verificare la sua esattezza nella lista sistematica. Schematicamente si procede in questo modo:

- Fase 1:** cercare il termine guida nell'indice alfabetico.
- Fase 2:** verificare il codice trovato nella lista sistematica
- ICD-10-GM:** si devono considerare con attenzione i termini esclusi e i termini inclusi a tutti i livelli, così come anche le regole di codifica speciali.
- CHOP:** si devono osservare rigorosamente le istruzioni «codificare anche», «omettere il codice», i termini inclusi, quelli esclusi e le regole di codifica speciali.
- Principio:** la codifica deve essere fatta nel modo più specifico possibile e usando codici **terminali**. Questi ultimi possono essere a tre, quattro o cinque caratteri nella ICD-10-GM e fino a sei caratteri nella CHOP.

G40d Documentazione delle diagnosi e delle procedure

La formulazione della diagnosi e la documentazione di tutte le diagnosi e/o procedure durante l'intera degenza ospedaliera è sotto la responsabilità del medico curante. I risultati degli esami/interventi eseguiti durante la degenza appartengono alla documentazione anche se pervengono dopo l'uscita del paziente. Queste informazioni formano la base per la codifica del caso conforme alle regole da parte dei codificatori.

L'importanza di una documentazione coerente e completa nella cartella clinica del paziente non può mai essere sottolineata a sufficienza. Qualora manchi una documentazione di questo tipo, risulta difficile, se non addirittura impossibile, applicare le linee guida di codifica.

Il codificatore non formula nessuna diagnosi né interpreta alcun elenco di medicinali, risultato di laboratorio o documentazione di cura senza aver consultato il medico curante e aver ottenuto da quest'ultimo una conferma scritta.

Dato che le diagnosi differenziali non sono codificabili, il medico curante è tenuto a determinare la diagnosi o il sintomo che maggiormente corrisponde alla situazione.

Per attribuire un codice ICD preciso e definitivo alle diagnosi formulate dal medico, il codificatore è però autorizzato a ricavare la relativa precisazione dalla documentazione completa

Esempi:

- In caso di diagnosi di insufficienza renale **cronica**, nella documentazione è descritta una velocità di filtrazione glomerulare (GFR) di 30, che il codificatore traduce con *N18.3 Malattia renale cronica allo stadio 3*.
- La diagnosi «insufficienza ventricolare sinistra» corredata dell'indicazione documentata «con disturbi a riposo» va codificata con *I50.14 Insufficienza ventricolare sinistra NYHA IV* anche se la diagnosi non parla espressamente di NYHA allo stadio 4.
- Se è diagnosticata un'«agranulocitosi», la fase critica è codificata con la durata esatta, se quest'ultima risulta dalla cartella clinica del paziente.

La codifica conclusiva del caso di trattamento è sotto la responsabilità dell'ospedale.

G50d Definizioni

G51d Caso di trattamento

Valgono le «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG».

La conoscenza del documento menzionato è indispensabile per un'effettiva comprensione della definizione di un caso (età del paziente, durata della degenza, trasferimento, riammissione, raggruppamento di casi).

Link SwissDRG: http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/160620_SwissDRG_Falldefinitionen_v5_i.pdf

Per la codifica va ricordato che:

- Il **caso** inizia con l'entrata e termina con la dimissione del paziente, per rientro à domicilio, per trasferimento versu un'altra struttura o a causa del suo decesso.
- Se una degenza è prolungata perché un **paziente è in attesa** di un posto in un istituto di cura, viene aperto un nuovo caso amministrativo. Come diagnosi principale si indica il codice *Z75.8 Altri problemi connessi a servizi sanitari e altre forme di assistenza sanitaria*. Il caso non viene fatturato tramite DRG (variabile 4.8. V01 = 0).
- Nei **raggruppamenti di casi** contemplati dalle «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG» va trasmesso solo il caso raggruppato (una codifica); le riammissioni vanno caratterizzate con le variabili 4.7.V01 - 4.7.V41).

G52f Diagnosi principale

La definizione di diagnosi principale corrisponde alla definizione dell'OMS. Per diagnosi principale si intende:

«Lo stato stabilito quale diagnosi al termine della degenza, che è stato il motivo principale del trattamento e dei controlli sul paziente».

L'analisi della cartella clinica del paziente **all'uscita** consente di scegliere tra le affezioni curate quella che deve essere considerata come diagnosi principale (quella che rappresenta il motivo per il ricovero in ospedale o quella che è stata diagnosticata durante la degenza ospedaliera).

La prima diagnosi riportata sul rapporto d'uscita non coincide sempre con la diagnosi principale da codificare. Questo significa che la malattia o il disturbo il cui trattamento stazionario ha richiesto il maggior dispendio di risorse mediche viene stabilito solo al termine della degenza ospedaliera. La diagnosi all'ammissione (motivo del ricovero) non coincide necessariamente con la diagnosi principale.

Scelta della diagnosi principale in presenza di due o più diagnosi che corrispondono alla definizione DP

In presenza di due o più stati che soddisfano la summenzionata definizione di diagnosi principale, come diagnosi principale va scelto quello che ha richiesto il maggior dispendio di risorse mediche. Il maggior dispendio di risorse è definito dalla prestazione medica (prestazioni dei medici, degli infermieri, interventi chirurgici, dispositivi medici, ecc.) e non dal peso relativo, che dipende anche da altri fattori. Se il codificatore ha dubbi nella scelta della diagnosi principale, la decisione viene presa dal medico che ha curato il paziente durante la degenza, che deve motivare e documentare la sua scelta sulla base delle prestazioni mediche e di li prodotti medici dispensati.

Esempio 1

La paziente viene ricoverata e operata per una cheratoplastica. Il secondo giorno viene trasferita nell'unità di cure intensive a causa di un infarto miocardico e viene organizzata un'angiografia coronarica con posa di stent.

Il maggior dispendio di risorse è causato dall'infarto miocardico, che quindi è la diagnosi principale.

Beispiel 2

La paziente ha un'insufficienza cardiaca scompensata su difetto settale interatriale e insufficienza venosa cronica degli arti inferiori con ulcera. Trattamento dell'insufficienza cardiaca, 1 settimana di terapia VAC degli arti inferiori. Nella seconda settimana chiusura percutanea del setto interatriale per mezzo di Amplatzer.

A causa degli elevati costi dell'intervento cardiaco con impianto, in questo caso come diagnosi principale viene codificato il difetto settale interatriale.

Esempio 3

Il paziente è ricoverato per 12 giorni per il trattamento di un diabete mellito scompensato. Il giorno prima dell'uscita viene operata una fimosi.

Il diabete mellito con degenza di 12 giorni causa il maggior dispendio di risorse e di conseguenza è la diagnosi principale (un intervento chirurgico non determina automaticamente la diagnosi principale).

Esempio 4

Ricovero per ulcera gastrica con forte emorragia. Emostasi endoscopica nello stomaco. Trasfusioni di sangue a causa dell'anemia emorragica.

Il trattamento emostatico dell'ulcera causa il maggior dispendio di risorse e definisce di conseguenza la diagnosi principale. L'anemia emorragica è una manifestazione secondaria della malattia di base.

Le diagnosi che secondo il grouper non possono essere codificate come diagnosi principali sono elencate nel «*Manuale delle definizioni di SwissDRG, Volume 5, Appendice D, Plausibilità, D5: Diagnosi principali inammissibili*».

Scelta della diagnosi principale nelle cure palliative

Quale diagnosi principale va scelta la malattia a seguito della quale sono somministrate le cure palliative. Il codice Z51.5 *Cure palliative* non viene mai utilizzato come diagnosi principale ed è codificato come diagnosi secondaria solo se non può essere utilizzato alcun codice CHOP o il paziente fu trasferito per le cure palliative (vedi anche S0200 Neoplasie e D15 Trasferimenti).

G53b Complemento alla diagnosi principale

Il campo «Complemento alla diagnosi principale» (CDP) è previsto solo per due categorie di codici:

- codice ad asterisco (*), vedi 1.
- codice per cause esterne (V-Y), vedi 2.

1. La diagnosi principale è codificata con un codice a daga (+), al quale viene aggiunto il corrispondente codice ad asterisco (*) nel campo «CDP», se nessun'altra regola di codifica lo impedisce (vedi anche D03).

Esempio 1

Un paziente con diabete di tipo 2 viene ricoverato per il trattamento di una retinopatia diabetica.

DP E11.30+ Diabete mellito, tipo 1, con complicanze oculari, definito come non scompensato

CDP H36.0 Retinopatia diabetica*

2. La diagnosi principale è il codice di una malattia, un traumatismo, avvelenamento, malattia o disturbo dopo procedure diagnostiche o terapeutiche o di altro danno alla salute al quale va aggiunto nel campo «complemento alla diagnosi principale» il codice relativo alla causa esterna, a condizione che questo non sia in conflitto con un'altra regola di codifica di tenore diverso o a meno che l'informazione non sia già contenuta nel codice ICD-10 (p.es. I95.2 Ipotensione da farmaci).

Esempio 2

Un paziente viene ospedalizzato per una frattura dell'avambraccio destro (radio e ulna) causata da un infortunio sciistico.

DP S52.4 Frattura diafisaria sia dell'ulna che del radio

L destra

CDP X59.9! Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi

Esempio 3

Paziente con gastrite acuta provocata da un antireumatico non steroideo.

DP K29.1 Altra gastrite acuta

CDP Y57.9! Complicanze da medicinali o droghe

G54c Diagnosi secondarie

La diagnosi secondaria è definita come:

«una malattia o un disturbo che sussiste contemporaneamente alla diagnosi principale o che si sviluppa nel corso della degenza ospedaliera.»

Nella codifica si considerano unicamente le diagnosi secondarie che influiscono sulla gestione del paziente a tal punto da richiedere uno dei seguenti fattori:

- interventi terapeutici
- interventi diagnostici
- un maggior dispendio di risorse per assistenza, cura e/o sorveglianza

Le malattie che per esempio sono state documentate dall'anestesista durante la valutazione preoperatoria sono codificate solo se soddisfano uno dei tre criteri summenzionati. Se una malattia concomitante influisce sulla procedura standard di un'anestesia o di un intervento chirurgico, viene codificata come diagnosi secondaria indicandola come malattia o come «esiti di». Le diagnosi anamnestiche che secondo la precedente definizione non hanno influenzato il trattamento del paziente non vanno codificate (p. es. polmonite guarita da sei mesi o ulcera guarita).

In sintesi:

Impiego di risorse mediche > 0 è codificato

L'ospedale/il medico curante deve poter attestare, sulla base della documentazione, che l'impiego di risorse mediche è stato > 0.

Vedi anche le precisazioni alla regola G40.

Nei pazienti in cui uno dei fattori summenzionati è applicabile a diverse diagnosi, tutte le diagnosi interessate sono codificate.

Esempio 1

Una paziente è trattata con un beta-bloccante per le diagnosi secondarie di cardiopatia coronarica, ipertensione arteriosa e insufficienza cardiaca. Sono codificate tutte e tre le diagnosi:

- *Cardiopatia coronarica*
- *Ipertensione arteriosa*
- *Insufficienza cardiaca*

Esempio 2

Una paziente è ricoverata per il trattamento di una leucemia mieloide cronica (LMC). 10 anni prima era stata operata per una lesione al menisco, in seguito alla quale non aveva mostrato disturbi. Soffre di una cardiopatia coronarica nota, che durante la degenza continua ad essere trattata farmacologicamente.

L'esame ecografico per il controllo dei linfonodi addominali non mostra risultati di rilievo, ad eccezione di un mioma uterino già diagnosticato. Il mioma non richiede ulteriori accertamenti o trattamenti. Durante la degenza ospedaliera si manifesta un episodio depressivo, che viene trattato con antidepressivi. A causa delle lombalgie persistenti, la paziente viene curata con fisioterapia.

DP Leucemia mieloide cronica (LMC)

DS Cardiopatia coronarica

DS Episodio depressivo

DS Lombalgia

Le altre diagnosi (mioma uterino ed esiti d'intervento chirurgico al menisco) non soddisfano i requisiti richiesti e quindi non sono codificate. Tuttavia, sono importanti per la documentazione medica e la comunicazione tra i medici.

Esempio 3

Un paziente ricoverato per una polmonite è contemporaneamente affetto da diabete mellito. Il personale infermieristico controlla ogni giorno la glicemia e il paziente riceve una dieta speciale per diabetici.

DP Polmonite

DS Diabete mellito

Esempio 4

Un paziente di 60 anni affetto da varicosi viene ricoverato per il trattamento di un'ulcera della gamba destra. A causa di una precedente amputazione della gamba sinistra, il paziente richiede un'assistenza supplementare da parte del personale infermieristico.

DP Ulcera varicosa della gamba

L destra

DS Amputazione della gamba nell'anamnesi

L sinistra

Sequenza delle diagnosi secondarie

Non vi sono linee guida di codifica che regolano la sequenza delle diagnosi secondarie. Tuttavia, si deve prestare attenzione a indicare prima le diagnosi secondarie più importanti.

G55a **Trattamento principale**

Secondo la definizione dell'UST, è codificato come **trattamento principale**, strettamente correlato alla **diagnosi principale** il provvedimento chirurgico, medico o diagnostico che, nel processo di trattamento, risulta più determinante per il processo di guarigione o la formulazione della diagnosi.

G56a **Trattamenti secondari**

Gli altri provvedimenti sono codificati come trattamenti secondari.

Di regola ogni procedura dovrebbe avere una diagnosi corrispondente, però non ogni diagnosi richiede un codice di trattamento.

Sequenza dei trattamenti secondari

Non vi sono linee guida di codifica che regolano la sequenza dei trattamenti secondari. Tuttavia, si deve prestare attenzione a indicare prima i trattamenti secondari più importanti.

Regole di codifica generali per le malattie/diagnosi D00–D16

D00a Risultati anormali

I risultati anormali (di laboratorio, radiologici, patologici e altri risultati diagnostici) non sono codificati, a meno che abbiano una rilevanza clinica in termini di conseguenze terapeutiche o di un approfondimento della diagnostica. Le note all'inizio del capitolo XVIII della ICD-10-GM aiutano a determinare quando vanno indicati i codici delle categorie R00–R99.

Attenzione: la verifica di un valore anormale non è considerata un trattamento.

Esempio 1

Un paziente viene ricoverato a causa di una polmonite. In laboratorio si riscontra un lieve aumento di gamma-GT. Un secondo esame evidenzia valori nella norma.

DP Polmonite

L'aumento di gamma-GT non soddisfa la definizione di diagnosi secondaria (v. regola G54) e quindi non è codificato. Tuttavia, è importante per la documentazione medica e la comunicazione tra i medici.

D01a Sintomi

Per sintomi s'intendono i segni di malattie; essi possono essere descritti al capitolo XVIII (R00–R99) o ai capitoli dedicati agli organi della ICD-10-GM.

Sintomi come diagnosi principale

I codici dei sintomi sono indicati come diagnosi principale solo se al termine della degenza non è stata posta una diagnosi definitiva. In tutti gli altri casi la diagnosi principale è la diagnosi posta alla fine. (Vedi anche D09, sezione 2).

Eccezione: se un paziente viene trattato **esclusivamente per un sintomo di una malattia già nota**, il sintomo viene codificato come diagnosi principale e la malattia di base come diagnosi secondaria.

Esempio 1

Un paziente è ricoverato con un'ascite in caso di cirrosi epatica accertata. Viene trattata solo l'ascite con una paracentesi. (Continua a ricevere la sua farmacoterapia antipertensiva).

DP	R18	Ascite
DS	K74.6	Altra e non specificata forma di cirrosi epatica
DS	I10.90	Ipertensione essenziale, non specificata, senza menzione di crisi ipertensiva
TP	54.91	Drenaggio percutaneo addominale (puntura)

Sintomi come diagnosi secondarie

Un sintomo non viene codificato se è associato alla malattia di base essendone la conseguenza chiara e diretta. Se tuttavia il sintomo (la manifestazione) rappresenta un problema autonomo importante per le cure mediche, allora è codificato come diagnosi secondaria, sempreché soddisfi la definizione di diagnosi secondaria (v.regola G54).

D02c Diagnosi monolaterali e bilaterali Diagnosi di localizzazioni multiple

Se una malattia, che può manifestarsi anche bilateralmente compare **unilateralmente**, nel record medico va indicata la lateralità:

Variabile 4.2.V011 per la diagnosi principale, variabili 4.2.V021, 4.2.V031, 4.2.V041, ecc. per le diagnosi secondarie.

Vengono registrate le seguenti cifre:

0	= bilaterale
1	= unilaterale a destra
2	= unilaterale a sinistra
9	= lateralità sconosciuta
vuoto	= la questione non si pone

Se una malattia si manifesta bilateralmente, per la codifica valgono le regole seguenti:

- Se nella ICD-10-GM figura un codice proprio per una malattia bilaterale, lo si dovrà utilizzare obbligatoriamente.
- Anche in caso contrario, il codice diagnostico viene comunque indicato una volta sola.
- In entrambi i casi, comunque, la bilateralità va documentata nel record medico.

Eccezione: Per i casi che devono essere raggruppati, in caso di riammissione per la stessa malattia sull'organo opposto la codifica definitiva del caso raggruppato va descritta separatamente con la lateralità.

Esempio: 1. degenza: calcolosi dell'uretere sinistro

2. degenza: calcolosi dell'uretere destro

Codifica raggruppata definitiva: N20.1 sinistra + N20.1 destra (e non N20.1 bilaterale).

Se la diagnosi concerne **localizzazioni multiple** ed esiste un codice preciso per ogni sede, ogni sede va codificata specificamente e singolarmente. Nella misura del possibile non vanno usati i codici «localizzazioni multiple» (ad eccezione delle malattie sistemiche, come la poliartrite o l'osteoporosi).

Esempio 1

Paziente con emorragie intracerebrali, una corticale nel lobo frontale, l'altra intraventricolare.

I61.1 Emorragia intracerebrale emisferica corticale

I61.5 Emorragia intracerebrale intraventricolare

Esempio 2

Paziente con lesione di menisco da lacerazione o traumatismo di vecchia data: corno anteriore del menisco interno e corno anteriore del menisco esterno.

M23.21 Lesione di menisco da lacerazione o traumatismo di vecchia data, corno anteriore del menisco interno

M23.24 Lesione di menisco da lacerazione o traumatismo di vecchia data, corno anteriore del menisco esterno

Esempio 3

Isterectomia per leiomioma uterino. L'istologia evidenzia due leiomiomi intramurali e uno sottosieroso.

D25.1 Leiomioma intramurale dell'utero

D25.2 Leiomioma sottosieroso dell'utero

D03e Codici daga (†) - asterisco (*)

Questo sistema rende possibile la correlazione della manifestazione di una malattia alla sua eziologia. Il codice daga (†), che descrive la patologia iniziale (o la sua eziologia), è prioritario rispetto al codice asterisco*, che descrive la manifestazione morbosa. Al codice daga (†) si fa seguire immediatamente il codice asterisco (*). Il codice asterisco (*) non va mai utilizzato senza il suo codice daga (†). I codici daga (†) possono essere codificati da soli.

- Qualora nella diagnosi principale sia presente il codice daga (†), il corrispondente codice asterisco (*) va indicato come complemento alla diagnosi principale (CDP), purché questa manifestazione soddisfi la definizione di diagnosi secondaria (v. regola G54), come nell'esempio 1.
- Nei casi in cui il codice daga (†) corrisponda a una diagnosi secondaria, viene indicato prima del corrispondente codice asterisco (*), tenendo presente che quest'ultimo deve soddisfare la definizione di diagnosi secondaria (v. regola G54) per venir codificato.
- Alcuni codici non sono fin da principio codici daga (†), ma lo diventano tramite l'associazione con un codice asterisco (*), come nell'esempio 2.
- A un codice daga (†) possono essere associati diversi codici asterisco (*), come nell'esempio 3.

Questa sequenza di codifica dell'eziologia/manifestazione vale solo per il sistema dei codici daga (†)-asterisco (*). Di conseguenza, la regola G52 per la diagnosi principale non sottostà a nessuna limitazione in termini di sequenza dei codici delle eziologie e delle manifestazioni al di fuori del sistema daga (†)-asterisco (*).

Esempio 1

Un paziente viene curato per un lupus eritematoso disseminato con interessamento del polmone.

DP M32.1† Lupus eritematoso sistemico con interessamento di organo o sistema

CDP J99.1* Disturbi respiratori in altre connettiviti sistemiche classificate altrove

Esempio 2

Una paziente è ricoverata per il trattamento di un'anemia renale.

DP N18.–† Malattia renale cronica

CDP D63.8* Anemia in altre malattie croniche classificate altrove

Il codice N18.– Malattia renale cronica diventa un codice daga associato al codice asterisco D63.8*

Anemia in altre malattie croniche classificate altrove.

Esempio 3

Un paziente affetto da diabete mellito di tipo 1 con complicazioni multiple costituite da un'aterosclerosi delle arterie degli arti, da una retinopatia e da una nefropatia è ricoverato per un grave scompenso metabolico. Tutte le complicazioni vengono trattate.

DP E10.73† Diabete mellito, tipo 1, con complicanze multiple, definito come scompensato

CDP I79.2* Angiopatia periferica in malattie classificate altrove

DS H36.0* Retinopatia diabetica

DS N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

Nota: il codice E10.73 ha qui il valore di «codice eziologico» e pertanto deve essere contrassegnato con una daga (†). Secondo le regole, il codice eziologico va indicato prima dei codici delle manifestazioni e vale, come in questo esempio, per tutti i codici asterisco (manifestazioni) seguenti, fino al prossimo codice daga o codice senza contrassegno. Quindi, con E10.73† si codifica l'eziologia delle manifestazioni I79.2*, H36.0* e N08.3*.

D04c Codici con punto esclamativo («!»)»

Servono a specificare un codice senza punto esclamativo precedentemente indicato, oppure per descrivere le circostanze di un traumatismo, avvelenamento o di una complicazione. I codici con punto esclamativo non possono essere indicati da soli. I codici con punto esclamativo indicati come opzionali nella ICD-10-GM vanno obbligatoriamente riportati, se **pertinenti**. Per pertinente s'intende che la precisazione contenuta nel codice con punto esclamativo non era già compresa nel codice indicato precedentemente.

All'inizio di ogni capitolo della ICD-10-GM si trova un elenco dei codici «!».

Esempio 1

Infezione delle vie urinarie da Escherichia coli.

DP N39.0 *Infezione delle vie urinarie, sede non specificata*

CDP –

DS B96.2! *Escherichia coli e altre Enterobacteriaceae come causa di malattie classificate in altri settori*

In questo caso il codice con punto esclamativo è pertinente: specificazione del microrganismo.

Esempio 2

Ferita aperta alla pianta del piede sinistro in un paziente giovane che in un bosco è inciampato su un oggetto metallico.

DP S91.3 *Ferita aperta di altre parti del piede*

L 2

CDP W49.9! *Accidente da esposizione ad altre e non specificate forze meccaniche inanimate*

In questo caso il codice con punto esclamativo è pertinente: specificazione delle circostanze dell'incidente.

Esempio 3

Polmonite da Klebsiella pneumoniae diagnosticata e da Escherichia Coli diagnosticata, resistenza ESBL documentata (un sospetto non basta).

DP J15.0 *Polmonite da Klebsiella pneumoniae*

CDP –

DS J15.5 *Polmonite da Escherichia Coli*

DS U80.4! *Resistenza ESBL*

In questo caso i codici con punto esclamativo B95.1! e B96.2! non sono pertinenti: la specificazione del microrganismo è già compresa nel codice della polmonite.

Esempio 4

Artriti da streptococciche viridans.

DP M00.2– *Altre artriti e poliartriti streptococciche*

In questo caso non può essere utilizzato il codice supplementare con punto esclamativo B95.48!, dato che tale codice «Altro streptococco» non fornisce ulteriori precisazioni sul contenuto del codice M00.2– *Altre artriti e poliartriti streptococciche*.

Esempio 5

Una paziente subisce durante un incidente del traffico una ferita aperta dell'addome con rottura completa del parenchima renale sinistro, lacerazione della milza e piccole lacerazioni intestinali.

DP S37.03 Rottura completa del parenchima renale

L 2

CDP V99! Incidente da trasporto non specificato

DS S36.03 Lacerazione della milza con interessamento del parenchima

DS S36.49 Traumatismo di altre e multiple parti dell'intestino tenue

DS S31.83! Ferita aperta (qualsiasi parte dell'addome, dei lombi e della pelvi) in collegamento con traumatismo intraaddominale

È possibile che da un punto di vista clinico un codice con punto esclamativo possa essere attribuito a diversi codici diagnostici. In questo caso il codice con punto esclamativo deve essere indicato una volta sola al termine dei codici diagnostici (nell'esempio 4, il codice S31.83!).

Per i codici per le cause esterne (V–Y) si veda anche il capitolo S2000.

D05d Esiti di / presenza di / mancanza di

Queste diagnosi vanno **codificate solo se influiscono sul trattamento attuale** (v. regola della definizione di diagnosi secondaria G54).

Per trovare un codice che corrisponda a un «Esiti di», si possono cercare nell'indice alfabetico della ICD-10-GM i seguenti termini guida:

- Mancanza di, perdita (di), amputazione, es. Z89.6 *Mancanza acquisita di una gamba, sopra il ginocchio*
- Tumore, anamnesi personale, es. Z85.0 *Anamnesi personale di tumore maligno dell'apparato digerente*
- Trapianto (esiti di trapianto), es. Z94.4 *Presenza di trapianto epatico*¹
- Presenza (di), es. Z95.1 *Portatore di bypass aortocoronarico*

Esempio 1

Un paziente è ricoverato per una polmonite da Klebsiella; il trattamento è complicato dal fatto che il paziente era stato precedentemente sottoposto a trapianto di fegato.

DP J15.0 Polmonite da *Klebsiella pneumoniae*

DS Z94.4 Presenza di trapianto epatico

Per queste diagnosi «esiti di» non viene utilizzato un codice di malattia acuta. **In caso di nuovo ricovero per problemi acuti (ritrasferimento dalla riabilitazione o riammissione), a prescindere dal periodo intercorso tra le due degenze, la malattia acuta del primo ricovero non viene più codificata come tale, ma con un codice «Esiti di».**

Esempio 2

Un paziente è trattato per gli esiti di un'embolia polmonare.

Z86.7 Malattie dell'apparato circolatorio nell'anamnesi personale

Z92.1 Uso prolungato (in atto) di altri farmaci nell'anamnesi personale

¹ Z94.– Stato dopo trapianto di organo o tessuto viene impiegato solo dopo trapianti di organi solidi (Z94.0 – Z94.4) o di cellule staminali emopoietiche (Z94.80, Z94.81).

Non vengono registrati:

Z94.5 Stato dopo trapianto cutaneo (incluso trapianto muscolare)

Z94.6 Stato dopo trapianto osseo (incluso trapianto di cartilagine)

Z94.7 Stato dopo trapianto corneale

Z94.9 Stato dopo trapianto di organo o tessuto non specificato

Z94.88 Stato dopo trapianto di altro organo o tessuto viene impiegato solo in caso di stato dopo trapianto di intestino o pancreas.

P.es. una neovescica, una vescica ileale o un condotto ileale non costituiscono un trapianto di organo o tessuto, ma una sostituzione della vescica in forma di trasposizione di tessuto.

D06c Sequele

Le sequele o conseguenze tardive di una malattia sono stati morbosi **attuali** causati da una malattia precedente. Per la codifica si utilizzano due codici: uno per la condizione residua attuale o la sequela attuale, e un codice «Sequele di...» che specifica di quale malattia precedente è conseguenza la condizione attuale. In prima posizione viene indicata la condizione residua attuale o il tipo di sequela, seguita dal codice «Sequele di...».

Non vi sono limitazioni temporali generalmente valide per l'utilizzo del codice per le sequele. La sequela può manifestarsi già nello stadio precoce di un processo patologico, per esempio un deficit neurologico conseguente a un infarto cerebrale, oppure solo anni dopo, come un'insufficienza renale a seguito di una precedente tubercolosi renale.

Codici speciali per le sequele:

B90.–	Sequele di tubercolosi
B91	Sequele di poliomielite
B92	Sequele di lebbra
B94.–	Sequele di altre e non specificate malattie infettive e parassitarie
E64.–	Sequele di malnutrizione e di altri deficit nutrizionali
E68	Sequele dell'iperalimentazione
G09	Sequele di malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale
I69.–	Sequele di malattia cerebrovascolare
O94	Sequele di complicanze durante la gravidanza, il parto e il puerperio
T90–T98	Sequele di traumatismi, di avvelenamenti e di altre conseguenze di cause esterne Attenzione: in questo caso non deve essere indicato il codice per le cause esterne (V–Y).

Le diagnosi di sequele non sono classificate tramite i codici delle malattie iniziali acute. P.es. le sequele di una poliomielite sono codificate con B91 *Sequele di poliomielite* e non con A80.- *Poliomielite acuta*.

Esempio 1

Trattamento di una disfasia successiva a infarto cerebrale.

R47.0 *Disfasia ed afasia*

I69.3 *Sequele di infarto cerebrale*

Esempio 2

Trattamento di un cheloide cicatriziale al torace successivo a ustioni.

L91.0 *Cheloide*

T95.1 *Sequele di ustione, corrosione e congelamento del tronco*

Esempio 3

Trattamento di una sterilità dovuta ad una salpingite tubercolare dieci anni prima.

N97.1 *Infertilità femminile di origine tubercolare*

B90.1 *Sequele di tubercolosi genitourinaria*

Per contro, se un paziente viene ricoverato, per esempio, per un intervento sui tendini a seguito di una rottura di un tendine delle dita accaduta due settimane prima, il caso non va codificato come «sequela» poiché la rottura è ancora in trattamento.

D07a Interventi di follow-up pianificati

In caso di ammissione per un intervento chirurgico successivo ad una prima operazione, che al momento del primo intervento era già pianificato come intervento di follow-up nel quadro della strategia di trattamento, la diagnosi da codificare è la malattia o il traumatismo iniziale, anche se non è più presente, seguita da un codice appropriato del capitolo XXI (es. un codice della categoria Z47.– *Altri trattamenti ortopedici di follow-up* o Z43.– *Controllo di aperture artificiali*). Questo codice abbinato al codice della procedura indica il bisogno di un trattamento di follow-up.

Esempio 1

Un paziente viene ricoverato per l'asportazione di una colostomia, confezionata in un precedente intervento per diverticolite del sigma. La diverticolite del sigma nel frattempo è guarita.

DP K57.32 Diverticolite del colon senza perforazione, ascesso o menzione di sanguinamento
DS Z43.3 Controllo di colostomia

Esempio 2

Una paziente viene ricoverata un anno dopo una frattura femorale destra per rimuovere la placca d'osteosintesi.

DP S72.3 Frattura diafisaria del femore
L 1
DS Z47.0 Trattamento di follow up per estrazione di placca o di altro dispositivo di fissazione interna

Esempio 3

Esiti di chiusura di una labiopalatoschisi nel 2002. Attuale ospedalizzazione per chiusura della fessura residua e correzione di una rinolalia aperta su insufficienza velofaringea.

DP Q37.0 Schisi del palato duro con cheiloschisi bilaterale
L 0
DS Z48.8 Follow-up di altri specificati trattamenti chirurgici

Esempio 4

Un paziente è operato per una lesione della cuffia dei rotatori a destra. Si approfitta dell'occasione per rimuovere il materiale di osteosintesi a un anno da una frattura dell'avambraccio destro.

DP M75.1 Sindrome della cuffia dei rotatori
L 1
DS S52.6 Frattura dell'estremità distale sia dell'ulna che del radio
L 1
DS Z47.0 Trattamento di follow up per estrazione di placca o di altro dispositivo di fissazione interna

In questo caso, per la frattura del femore (esempio 2) e dell'ulna e radio (esempio 4), non va indicato il codice del grado del danno ai tessuti molli né quello per le cause esterne, perché sono già stati codificati in occasione della prima degenza (vede anche S2000).

Attenzione: i trattamenti/le rimozioni di metallo pianificati nel quadro di una malattia o di un traumatismo vanno distinti dai trattamenti di una sequela o complicanza della malattia/del traumatismo originale o dell'intervento originale

Esempio 5

Chiusura di labiopalatoschisi 3 settimane fa. Attuale ospedalizzazione per curare una deiscenza della ferita.

DP T81.3 Deiscenza di ferita operatoria non classificata altrove

Esempio 6

Poiché provocava dolore, dopo 4 mesi viene rimosso il materiale di osteosintesi dall'avambraccio.

DP T84.8 Altre complicanze di dispositivi, impianti ed innesti protesici interni ortopedici

D08a Minaccia o malattia incombente

Se nella cartella clinica è documentata una minaccia o una malattia incombente che però non si manifesta ancora durante la degenza in ospedale, bisogna cercare negli elenchi ICD-10 se la malattia in questione è menzionata come «incombente» o «minaccia di» nel termine principale o in un termine subordinato.

Se esiste tale menzione nella ICD-10, va attribuito il codice corrispondente. Se tale menzione non esiste, la malattia descritta come «incombente» o «minaccia di» non va codificata.

Esempio 1

Un paziente viene ospedalizzato per un'incombente gangrena della gamba destra, che però durante la degenza non si manifesta grazie al trattamento tempestivo; si è sviluppata un'ulcera.

Nella ICD-10 non esiste una voce «Gangrena incombente o minaccia di gangrena», perciò questo caso va codificato secondo la malattia di base, es. come aterosclerosi delle arterie degli arti con ulcera.

DP 170.24 Aterosclerosi delle arterie degli arti: bacino-gamba, con ulcera

L 1

La ICD-10-GM prevede un codice o riporta una menzione specifica per poche diagnosi definibili come «minaccia di». Per esempio, la minaccia di aborto corrisponde al codice *O20.0 Minaccia di aborto*, mentre la diagnosi «infarto incombente» è compresa nel codice *I20.0 Angina instabile*.

D09a Diagnosi sospette

Secondo queste linee guida di codifica, si definiscono sospette le diagnosi che alla fine di un'ospedalizzazione **non sono confermate ma nemmeno escluse con sicurezza**.

Vi sono tre possibilità:

1. Diagnosi sospetta probabile

Nei casi in cui la diagnosi sospetta non viene confermata al termine dell'ospedalizzazione, ma rimane comunque probabile ed è **stata trattata come tale**, la si deve codificare come se fosse stata confermata.

2. Nessuna formulazione di diagnosi

La diagnosi sospettata all'ammissione non viene confermata dagli esami e non viene trattata come tale, i sintomi non sono specifici e al termine del ricovero non è stata posta una diagnosi definitiva. In questi casi vanno codificati i sintomi.

Esempio 1

Un bambino viene ricoverato per dolore addominale nel quadrante inferiore destro con sospetto di appendicite. Gli esami durante la degenza non confermano la diagnosi di appendicite. Non viene eseguito un trattamento specifico per l'appendicite.

DP R10.3 Dolore localizzato ad altre parti addominali inferiori

3. Esclusione della diagnosi sospetta

Se la diagnosi sospettata all'ammissione viene esclusa dagli esami, **non vi sono sintomi** e non è stata posta alcun'altra diagnosi, si deve scegliere un codice della categoria Z03.– *Osservazione ed esame per sospetto di malattie e condizioni.*

Esempio 2

Un bambino piccolo viene trovato dalla madre con in mano una scatola di medicinali in pastiglie vuota. Non è chiaro dove sia finito il contenuto (le pastiglie). Il bambino non presenta sintomi, ma viene ricoverato in osservazione per il sospetto di ingestione di medicinali. Nel decorso però non emergono indizi di un'ingestione di compresse.

DP Z03.6 Osservazione per sospetto di ingestione di sostanze tossiche

DS Nessuna

Codifica di una diagnosi sospetta in caso di trasferimento in un altro ospedale

Se un paziente è trasferito con una diagnosi sospetta, l'ospedale inviante deve codificare la diagnosi sospetta probabile e trattata come tale (vedi punto 1). L'ospedale inviante può utilizzare per la codifica solo le informazioni disponibili al momento del trasferimento. Informazioni successive ottenute nell'ospedale in cui il paziente è stato trasferito non possono influire a posteriori sulla decisione di codifica.

D10c Malattie croniche con episodio acuto

Se un paziente soffre contemporaneamente della forma cronica e di quella acuta di una stessa malattia, ad es. un'esacerbazione acuta di una malattia cronica, e se per la forma acuta e per quella cronica esistono due codici distinti, la forma acuta viene codificata prima di quella cronica (vale per le diagnosi principali e secondarie).

Esempio 1

Episodio acuto di pancreatite idiopatica cronica senza complicanze organiche.

K85.00 Pancreatite idiopatica acuta, senza indicazione di una complicanza organica

K86.1 Altra pancreatite cronica

Eccezioni:

Questo criterio non si applica nei seguenti casi:

- nella ICD-10-GM è presente un codice specifico per la combinazione, per esempio:
*J44.1– Pneumopatia ostruttiva **cronica** con esacerbazione **acuta**, non specificata*
- la ICD-10-GM esclude questo tipo di codifica, per esempio:
*C92.0– Leucemia mieloblastica **acuta***
*Escluso: Esacerbazione **acuta** di leucemia mieloide **cronica** (C92.1–)*
- la ICD-10-GM richiede un solo codice. Per esempio, nella codifica di un episodio acuto di linfadenite mesenterica cronica, l'indice alfabetico segnala che l'episodio **acuto** non può essere codificato separatamente perché è già indicato tra parentesi tonde dopo il termine principale (quindi non è un modificatore del codice):
*I88.0 Linfadenite mesenterica (**acuta**) (**cronica**).*

D11c Codici combinati

Si denomina «codice combinato» un codice unico che viene utilizzato per la classificazione di due diagnosi o di una diagnosi con una manifestazione o una complicanza ad essa associata.

Nella ricerca nell'indice alfabetico si deve verificare l'eventuale presenza di modificatori del termine principale, e leggere poi nella lista sistematica le inclusioni e le esclusioni riguardanti il codice in oggetto.

Il codice combinato va impiegato solo quando descrive per intero le informazioni diagnostiche e l'indice alfabetico fornisce un'indicazione corrispondente. Quando la classificazione mette a disposizione un codice combinato specifico, va evitata la codifica multipla.

Esempio 1

Arteriosclerosi delle estremità con cancrena.

I70.25 Aterosclerosi delle arterie degli arti, bacino-gamba, con cancrena

Non corretta sarebbe la codifica separata:

I70.2– Aterosclerosi delle arterie degli arti

con

R02 Cancrena non classificata altrove.

Esempio 2

Insufficienza venosa della gamba con ulcera.

I83.0 Varici (venose) delle estremità inferiori con ulcera

Non corretta sarebbe la codifica separata:

I87.2– Insufficienza venosa (cronica)(periferica)

con

L97 Ulcera dell'arto inferiore non classificata altrove

D12c Malattie o disturbi iatrogeni (complicanze)

Le malattie o i disturbi iatrogeni (complicanze) vanno codificati solo se sono descritti e documentati come tali dal medico e soddisfano la definizione di diagnosi secondaria (G54).

Sono disponibili codici speciali per malattie e disturbi iatrogeni (dopo procedure diagnostiche o terapeutiche)

1. Nella maggior parte dei capitoli della ICD-10 GM sono presenti codici speciali per malattie o disturbi iatrogeni (p. es. *L58.0 Radiodermite acuta*) (nella tabella degli esempi sotto: **con nozione** «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»).
2. Inoltre, alla fine di alcuni capitoli sugli organi esistono le seguenti categorie:
 - E89.– Disturbi endocrini e metabolici iatrogeni, non classificati altrove*
 - G97.– Disturbi iatrogeni del sistema nervoso non classificati altrove*
 - H59.– Disturbi iatrogeni dell'occhio e degli annessi non classificati altrove*
 - H95.– Disturbi iatrogeni dell'orecchio e dell'apofisi mastoide non classificati altrove*
 - I97.– Disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, non class. altrove*
 - J95.– Disturbi respiratori iatrogeni non classificati altrove*
 - K91.– Disturbi iatrogeni dell'apparato digerente non classificati altrove*
 - M96.– Disturbi del sistema osteomuscolare iatrogeni, non classificati altrove*
 - N99.– Disturbi iatrogeni delle vie genitourinarie non classificati altrove*
3. Nel capitolo XIX sono presenti le categorie *T80–T88 Complicanze di cure chirurgiche e mediche non classificate altrove*.
4. Codici normali dei capitoli sugli organi senza riferimento specifico a malattie o disturbi iatrogeni (nella tabella degli esempi sotto: **senza** nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»).

Scelta del codice corretto

Considerare tutte le 4 possibilità di cui ai paragrafi precedenti e cercare il codice con il testo più pertinente. Vanno evitati codici non specifici. I codici «non classificate altrove» (NAC) o «altro» vanno indicati solo qualora non esista un codice più specifico per la malattia, o qualora quest'ultimo non sia consentito da un'esclusione nella ICD-10-GM. Le complicanze devono essere possibilmente riferite all'organo interessato e la loro codifica deve essere il più possibile specifica; in altri termini il codice dovrebbe contenere la patologia, l'organo e le complicanze (paragrafi 1, 2 o 3). Il paragrafo 4 andrebbe applicato solo nei casi in cui non è possibile una codifica più precisa secondo i paragrafi da 1 a 3.

A questo proposito, i codici dei capitoli sugli organi (paragrafi 1 e 2) sono da preferire ai codici T80–T88 (paragrafo 3), a meno che questi ultimi non descrivano con maggiore specificità la malattia. Alcuni codici T sono chiaramente riferiti a un organo e specifici, p. es. *T82.1 Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco* rinvia a «Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare».

Per individuare i codici corretti si può cercare nell'indice alfabetico sotto il termine guida «Complicanze (da) (di)» e quindi verificare la correttezza nella lista sistematica.

Per documentare che si tratta di una malattia o disturbo iatrogeno, si indica in aggiunta un codice del capitolo XX (Y57!–Y84!), a meno che l'informazione non sia già contenuta nel codice ICD-10.

Nella tabella delle pagine seguenti sono riportati diversi esempi.

1. Nei capitoli: Con nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	2. Alla fine di alcuni capitoli	3. Categorie T80–T88	4. Nei capitoli: Senza nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	Codifica precisa
Proctite dopo radioterapia per carcinoma della vescica.				
K62.7 Proctite da raggi	K91.88 Altri disturbi iatrogeni dell'apparato digerente, NCA	T88.8 Altre complicanze specificate di cure chirurgiche e mediche, NCA	K62.8 Altre malattie specificate dell'ano e del retto Proctite SAI	K62.7
In K62.7 sono contenute in un unico codice sia la patologia precisa sia la causa.				
Ipotensione dopo somministrazione di analgesici				
I95.2 Ipotensione da farmaci	I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, NCA	T88.8 Altre complicanze specificate di cure chirurgiche e mediche, NCA	I95.8 Altre forme di ipotensione	I95.2
In I95.2 sono contenute in un unico codice sia la patologia precisa sia la causa.				
Embolia polmonare post-operatoria dopo osteosintesi della caviglia				
I26.– Embolia polmonare Incl.: Embolia polmonare post-operatoria	I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, NCA	T84.8 Altre complicanze di dispositivi, impianti ed innesti protesici interni ortopedici (complicanze, emorragia, embolia, ecc.)	I26.– Embolia polmonare Incl.: Embolia polmonare post-operatoria	I26.– + Y
Il codice I26.– include («Incl.») l'embolia polmonare post-operatoria + Y descrive la causa.				
Trombosi venosa profonda dopo intervento di protesi di ginocchio				
Ø	I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, NCA	T84.8 Altre complicanze di dispositivi, impianti ed innesti protesici interni ortopedici (complicanze, emorragia, embolia, ecc.)	I80.28 Flebite e tromboflebite di altri vasi profondi degli arti inferiori	I80.28 + Y
I97.8 descrive altre complicanze circolatorie. T84.8 descrive varie complicanze (emorragia, embolia, trombosi, ecc.). I80.28 descrive la patologia precisa con la localizzazione + Y descrive la causa				
Deiscenza della ferita dopo taglio cesareo				
O90.0 Deiscenza di ferita di taglio cesareo	Ø	T81.3 Deiscenza di ferita operatoria non classificata altrove Excl: di sutura di taglio cesareo (O90.0)	Ø	O90.0
Il codice O90.0 descrive sia la patologia sia la causa. T81.3 esclude («Excl.») O90.0.				

1. Nei capitoli: Con nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	2. Alla fine di alcuni capitoli	3. Categorie T80-T88	4. Nei capitoli: Senza nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	Codifica precisa
Perforazione iatrogena del colon discendente				
Ø	K91.88 Altri disturbi iatrogeni dell'apparato digerente, NCA	T81.2 Puntura e lacerazione accidentali durante una procedura diagnostica o terapeutica, NCA	K63.1 Perforazione intestinale (non traumatica) o S36.53 Traumatismo del colon discendente	S36.53 + Y
K91.88 descrive altre complicanze dell'apparato digerente. T81.2 descrive punture o lacerazioni accidentali NCA, senza localizzazione. K63.1 contiene una precisazione: perforazione non traumatica. S36.53 descrive la lesione e la localizzazione + Y descrive la causa				
Ascesso cutaneo della ferita chirurgica dopo appendicectomia				
Ø	K91.88 Altri disturbi iatrogeni dell'apparato digerente, NCA	T81.4 Infezione susseguente a procedura diagnostica o terapeutica, NCA	L02.2 Ascesso cutaneo, foruncolo e favo del tronco	L02.2 + Y
K91.88 contiene una precisazione: perforazione non traumatica. K91.88 descrive altre complicanze dell'apparato digerente. T81.2 descrive punture o lacerazioni accidentali NCA, senza localizzazione. S36.53 descrive la lesione e la localizzazione + Y descrive la causa				
Delirio indotto da anestesia				
F05.8 Altro delirio Delirio post-operatorio	G97.88 Altri disturbi iatrogeni del sistema nervoso	T88.5 Altre complicanze dell'anestesia	F05.8 Altro delirio Delirio post-operatorio	F05.8 + Y
Nel codice F05.8 è descritto il delirio post-operatorio + Y descrive la causa.				
Occlusione intestinale post-operatoria				
Ø	K91.3 Occlusione intestinale post-operatoria	T88.8 Altre complicanze specificate di cure chirurgiche e mediche, NCA	K56.- Ileo paralitico ed ostruzione intestinale senza ernia Excl.: Ostruzione intestinale post-operatoria (K91.3)	K91.3
K91.3 descrive precisamente la complicanza e la causa. T88.8 descrive altre complicanze di interventi chirurgici NCA ed è impreciso. K56.- esclude («Excl.») K91.3. Nota bene: una stipsi post-operatoria non è descritta dal codice K91.3 Occlusione intestinale post-operatoria, ma da K59.0 Altri disturbi intestinali di tipo funzionale, stipsi				
Pneumotorace iatrogeno				
Ø	J95.80 Pneumotorace iatrogeno	T81.2 Puntura e lacerazione accidentali durante una procedura diagnostica o terapeutica, NCA	J93.9 Pneumotorace non specificato o S27.0 Pneumotorace traumatico	J95.80
J95.80 descrive precisamente la patologia e la causa.				

1. Nei capitoli: Con nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	2. Alla fine di alcuni capitoli	3. Categorie T80–T88	4. Nei capitoli: Senza nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	Codifica precisa
Lussazione di protesi dell'anca alzandosi dal letto				
Ø	M96.88 Altri disturbi osteomuscolari iatrogeni	T84.0 Complicanza meccanica di protesi articolare interna (rottura, dislocazione, perdita, ecc.) o S73.0–Lussazione dell'anca	M24.45 Lussazione e sublussazione patologiche di articolazione, NCA o S73.0–Lussazione dell'anca	T84.0 + Y
M96.88 descrive altre malattie del sistema muscoloscheletrico. T84.0 descrive la complicanza meccanica di una protesi articolare. M24.45 descrive la patologia di un'articolazione, S73.0– descrive un traumatismo, un incidente.				
Attenzione però: lussazione di protesi dell'anca su caduta da una scala (=traumatismo)				
Ø	Ø	T84.0 Complicanza meccanica di protesi articolare interna (rottura, dislocazione, perdita, ecc.)	S73.0– Lussazione dell'anca	S73.0– + X
S73.0– descrive un traumatismo, un incidente (+ X59.91 per la caduta + Z96.64 per la presenza di impianto).				
Ematoma profondo articolare dopo impianto di protesi del ginocchio				
Ø	M96.88 Altri disturbi osteomuscolari iatrogeni	T81.0 Emorragia edematoma complicanti una procedura diagnostica o terapeutica, NCA Excl: Emorragia da dispositivi protesici, impianti e innesti (T84.8)	M25.06 Ematrosi, articolazione del ginocchio o S80.0 Contusione del ginocchio	T84.8 + Y
M96.88 descrive altre malattie del sistema muscoloscheletrico. T81.0 descrive un'emorragia NCA ed esclude («Excl.») T84.8. M25.06 descrive una patologia del ginocchio, S80.0 descrive un traumatismo				
Pacemaker dislocato				
Ø	I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, non classificati altrove	T82.1 Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco	Ø	T82.1 + Y
I97.8 descrive altre complicanze circolatorie. T82.1 descrive una complicanza meccanica di un dispositivo elettronico cardiaco.				
Peritonite su catetere per dialisi peritoneale				
Ø	K91.88 Altri disturbi iatrogeni dell'apparato digerente, NCA	T85.71 Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale	K65.0 Peritonite acuta	T85.71 + Y
K91.88 descrive altre complicanze dell'apparato digerente. T85.71 descrive precisamente la patologia (infezione) e la causa (catetere). K65.0 descrive solo l'infezione, un codice Y descriverebbe la causa, ma non la procedura medica precisa (il catetere).				

1. Nei capitoli: Con nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	2. Alla fine di alcuni capitoli	3. Categorie T80-T88	4. Nei capitoli: Senza nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	Codifica precisa
Emorragia dopo prostatectomia				
Ø	N99.8 Altri disturbi genitourinari iatrogeni	T81.0 Emorragia ed ematoma complicanti una procedura diagnostica o terapeutica, NCA	N42.1 Congestione ed emorragia della prostata	T81.0 + Y
N99.8	descrive altri disturbi del sistema genitourinario. T81.0 descrive l'emorragia come complicanza NCA, tuttavia rimane il codice più preciso. N42.1 descrive un'emorragia della prostata, che come organo non è più presente. Tale codifica è pertinente anche in caso di emorragia a seguito di resezione parziale della prostata.			
Flebite dell'avambraccio causata da infusione con catetere venoso permanente				
Ø	I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, non classificati altrove	T80.1 Complicanze vascolari successive ad infusione, trasfusione od iniezione a fini terapeutici (flebite, tromboembolia, tromboflebite)	I80.80 Flebite e tromboflebite di vasi superficiali degli arti superiori	T80.1 + Y
I97.8	descrive altre complicanze circolatorie, senza precisarle ulteriormente. T80.1 descrive precisamente in un unico codice sia la complicanza vascolare sia la causa (infusione).	I80.80	descrive solo la patologia	
Infezione delle vie urinarie a localizzazione indeterminata in paziente con catetere a dimora				
Ø	N99.8 Altri disturbi genitourinari iatrogeni	T83.5 Infezione e reazione infiammatoria da dispositivi protesici, impianti ed innesti dell'apparato urinario	N39.0 Infezione delle vie urinarie, sede non specificata	T83.5 + Y
N99.8	descrive altri disturbi del sistema genitourinario. T83.5 descrive precisamente l'infezione, la localizzazione e la causa. N39.0 descrive solo la patologia			
Lacerazione intra-operatoria della dura madre seguita da immediata chiusura				
Ø	G97.88 Altri disturbi iatrogeni del sistema nervoso	T81.2 Puntura e lacerazione accidentali durante una procedura diagnostica o terapeutica, NCA	Codice S: Ø G96.0 Liquorrea	T81.2 + Y
G97.88	descrive altri disturbi del sistema nervoso. T81.2 descrive una puntura o lacerazione accidentale durante una procedura NCA. Codice S: non ne esistono in merito.	G96.0	descrive un quadro clinico, una sindrome da ipoliquorrea senza associazione a un intervento chirurgico	

Scelta tra diagnosi principale e secondaria

Se una malattia o disturbo iatrogeno si manifesta durante la degenza in ospedale non può rientrare nella definizione di diagnosi principale e quindi è codificata sempre come **diagnosi secondaria**, anche se in definitiva si è dimostrata più grave della patologia alla quale è da attribuire.

Esempio 11

In un paziente sottoposto a emicolectomia destra per un carcinoma cecale si manifesta una deiscenza della sutura cutanea tre giorni dopo l'intervento.

DP C18.0 Tumore maligno del colon, cieco

DS T81.3 Deiscenza di ferita operatoria non classificata altrove

DS Y84.9! Complicanza da intervento medico non specificato

Una complicanza va indicata come **diagnosi principale** solo nel caso in cui il paziente sia ricoverato espressamente per questa complicanza.

D13a Sindrome

Nel caso in cui per una sindrome esista un codice specifico, esso dovrà essere usato per questa sindrome. In linea di massima si deve tener conto della definizione di diagnosi principale, in modo tale che nel caso in cui prevalga una manifestazione specifica della sindrome, questa manifestazione diventi codice di diagnosi principale motivo del trattamento.

Esempio 1

Un bambino dismorfo è ospedalizzato per accertare la sindrome in causa. Gli esami confermano la diagnosi di trisomia 21, non disgiunzione meiotica (sindrome di Down).

DP Q90.0 Trisomia 21, non disgiunzione meiotica

Esempio 2

Un bambino con trisomia 21, non disgiunzione meiotica (sindrome di Down) è ricoverato per un intervento di cardiocirurgia dovuto ad un difetto congenito del setto interventricolare.

DP Q21.0 Difetto del setto interventricolare

DS Q90.0 Trisomia 21, non disgiunzione meiotica

Qualora non esista un codice specifico per la sindrome congenita, si devono codificare le singole manifestazioni.

In caso di sindrome congenita si deve codificare un codice supplementare della categoria Q87.– *Altre sindromi malformative congenite, specificate, di apparati multipli* come diagnosi secondaria perché si capisca che le manifestazioni già codificate fanno parte di una sindrome senza codice specifico.

Esempio 3

Un bambino con sindrome di Galloway-Mowat (combinazione di microcefalia, ernia iatale e nefrosi con ereditarietà autosomica recessiva) è ricoverato per una biopsia renale sinistra. Dal punto di vista istologico si rilevano lesioni glomerulari focali e segmentarie.

DP N04.1 Sindrome nefrosica con lesioni focali e segmentarie del glomerulo

L 0

DS Q40.1 Ernia iatale congenita

DS Q02 Microcefalia

DS Q87.8 Altre sindromi malformative congenite, specificate, non classificate altrove

TP 55.23 Biopsia renale chiusa [percutanea] [agobiopsia]

L 2

Solo in questi casi sono codificate le diagnosi secondarie che descrivono la sindrome anche indipendentemente dalla definizione di diagnosi secondaria (regola G54).

Sindrome come diagnosi secondaria

In caso di ricovero ospedaliero per una malattia indipendente dalla sindrome (p. es. appendicite), la sindrome è codificata solo se soddisfa la definizione di diagnosi secondaria (regola G54).

Per le sindromi senza codice specifico, sono codificate solo le manifestazioni che soddisfano la definizione di diagnosi secondaria (regola G54).

D14c Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico o procedura non eseguiti

Se un paziente è ricoverato in ospedale per un intervento chirurgico o una procedura e viene dimesso senza che questi siano stati effettuati, la codifica deve essere fatta, a seconda della situazione, come indicato di seguito:

- Se un intervento chirurgico o una procedura non sono stati eseguiti per motivi tecnici:

Esempio 1

Un paziente è stato ospedalizzato per l'inserzione di drenaggi in caso di otite media cronica sieromucosa bilaterale. L'intervento è stato rimandato per motivi tecnici.

DP H65.3 Otite media mucoide cronica

L 0

DS Z53 Persone che ricorrono ai servizi sanitari per atti medici specifici, non eseguiti

- Se l'intervento chirurgico o la procedura non è stata eseguita per un'altra malattia:

Esempio 2

Una paziente con tonsillite è stata ricoverata in ospedale per una tonsillectomia. L'intervento chirurgico è stato rimandato per una sinusite frontale acuta bilaterale.

DP J35.0 Tonsillite cronica

DS Z53 Persone che ricorrono ai servizi sanitari per atti medici specifici, non eseguiti

DS J01.1 Sinusite frontale acuta

L 0

Esempio 3

Un paziente con tonsillite è stato ammesso per una tonsillectomia. L'intervento chirurgico è stato rimandato per una colecistite, il paziente resta in ospedale per il trattamento della colecistite.

DP K81.0 Colecistite acuta

DS –

In questo caso, la malattia che determina l'ospedalizzazione diventa la diagnosi principale.

La tonsillite cronica non soddisfa la definizione di diagnosi secondaria, perciò non viene codificata.

D15c Trasferimenti

Trasferimento per continuazione delle cure

Se un paziente è trasferito in un altro ospedale per **proseguire il trattamento (follow-up)** (indipendentemente se **somatico acuto** o di **riabilitazione/convalescenza, psichiatrico o specializzato**), ogni ospedale deve codificare un caso separato.

Come diagnosi principale, l'ospedale di accoglienza codifica la malattia/il traumatismo di base che costituisce l'indicazione per il proseguimento del trattamento, il motivo principale del trasferimento. In presenza di più diagnosi possibili, la diagnosi principale va scelta applicando in modo conseguente la definizione di diagnosi principale (regola G52).

Il fatto che sia un **proseguimento del trattamento**, è indicato con un codice Z nella prima diagnosi secondaria. Z47.– *Follow-up di altri trattamenti ortopedici*, Z48.– *Follow-up di altri trattamenti chirurgici*, Z50.–! *Misure riabilitative*, Z51.– *Altri trattamenti medici* o Z54.–! *Convalescenza*.

Per codificare tutte le altre diagnosi si applicano le regole di codifica del manuale di codifica.

Attenzione: i codici per le cause esterne sono registrati solo una volta in occasione del primo ricovero ospedaliero/nel primo ospedale.

Esempio 1

Trasferimento nell'ospedale B dopo osteosintesi di frattura nell'ospedale A.

L'ospedale B codifica:

DP Codice S Frattura
DS Z47.8 Altri, specificati, trattamenti ortopedici di follow-up

Esempio 2

Trasferimento nell'ospedale B dopo trattamento primario di cardiopatia coronarica mediante bypass aortocoronario nell'ospedale A.

L'ospedale B codifica:

DP I25.– Cardiopatia ischemica cronica
DS Z48.8 Altri specificati trattamenti chirurgici di follow-up
DS Z95.1 Portatore di bypass aortocoronario

Esempio 3

Trasferimento in clinica di riabilitazione dopo impianto di protesi per coxartrosi destra nell'ospedale regionale.

La clinica di riabilitazione codifica:

DP M16.1 Altra coxartrosi primaria
L 1
DS Z50.–! Trattamenti implicanti l'uso di tecniche riabilitative
DS Z96.64 Portatore di protesi dell'anca
L 1

Esempio 4

Trasferimento in clinica di riabilitazione dopo revisione di protesi dell'anca destra per scollamento della stessa nell'ospedale regionale.

La clinica di riabilitazione codifica:

DP T84.0 Complicanza meccanica di protesi articolare interna
 L 1
 DS Z50.-! Trattamenti implicanti l'uso di tecniche riabilitative
 DS Z96.64 Portatore di protesi dell'anca
 L 1

Esempio 5

Un paziente entra nell'ospedale centrale per l'impianto percutaneo di una protesi valvolare mitralica. In sede post-operatoria si manifesta un infarto cerebrale con emisindrome, probabilmente causata da un'embolia peri-operatoria. Per **continuazione delle cure** dell'emisindrome, il paziente è trasferito nell'ospedale regionale, è monitorata l'incisione per l'inserimento della protesi valvolare mitralica e sono rimosse le suture.

L'ospedale centrale codifica:

DP Insufficienza mitralica
 DS Infarto cerebrale da embolia
 DS Emisindrome
 DS Causa esterna

L'ospedale regionale codifica:

DP Infarto cerebrale da embolia
 DS Emisindrome
 DS Z51.88 Altro trattamento medico specificato
 DS Insufficienza mitralica
 DS Z48.8 Follow-up di altri specificati trattamenti chirurgici
 DS Z95.2 Portatore di protesi valvolare cardiaca

Attenzione: trasferito per l'ulteriore trattamento dell'emisindrome (vedi anche S0601).

Transferimento per cure

Se un paziente è trasferito in un altro ospedale per **cure/trattamenti** (p. es. perché l'ospedale attuale non dispone di uno specialista appropriato), ogni ospedale deve codificare un caso separato.

Come diagnosi principale, l'ospedale che riceve il paziente trasferito codifica la malattia/il traumatismo di base che costituisce l'indicazione per le **cure/trattamenti**. In presenza di diagnosi multiple, la diagnosi principale va scelta applicando in modo conseguente la definizione di diagnosi principale (regola G52).

Esempio 1

*Un paziente giunge nell'ospedale A con frattura della gamba e di una vertebra cervicale. La frattura della gamba è operata, la frattura della vertebra cervicale è stabilizzata con un collare (è una misura temporaneo, non definitivo). In seguito il paziente viene trasferito nell'ospedale centrale per il **trattamento** (operazione) della frattura cervicale.*

L'ospedale A codifica:

DP Frattura della gamba

CDP Causa esterna

DS Frattura della vertebra cervicale

L'ospedale centrale codifica:

DP Frattura della vertebra cervicale (= *Trattamento*)

DS Frattura della gamba (= *continuazione trattamento*)

DS Z47.8 *Follow-up di altri trattamenti ortopedici specificati*

Il codice Z viene impiegato per la **continuazione del trattamento** della frattura della gamba, e non per il **trattamento** della frattura cervicale.

Esempio 2

*Un paziente si presenta nell'ospedale A con una frattura della gamba. Dopo l'ingessatura viene subito trasferito nell'ospedale centrale per il **cure** (intervento).*

L'ospedale A codifica:

DP Frattura della gamba

CDP Causa esterna

L'ospedale centrale codifica:

DP Frattura della gamba

Non va utilizzato alcun codice Z poiché si tratta di un **trattamento** e non di una continuazione delle cure.

Attenzione: i codici per le cause esterne sono registrati solo una volta in occasione del primo ricovero ospedaliero.

Trasferimento per il trattamento nell'ospedale centrale con ritrasferimento nell'ospedale primario

Come esempio di trasferimento per accertamenti o terapia specifica:

Un paziente con infarto miocardico acuto è ammesso in un ospedale primario e quindi trasferito temporaneamente nell'ospedale centrale per coronarografia e inserzione di stent. Il trattamento nell'ospedale centrale va codificato in modo differente a seconda che avvenga **ambulatorialmente** (esempio 1) o **in regime di ricovero** (esempio 2).

Esempio 1

*Il paziente con infarto miocardico è sottoposto nell'ospedale centrale a un accertamento **ambulatoriale** e PTCA (1 vaso sanguigno/1 stent metallico), ed è poi trasferito entro poche ore nell'ospedale primario.*

L'ospedale primario codifica:

DP	I21.–	Infarto miocardico acuto
TP	00.66.–	(esterna ¹) Angioplastica coronarica transluminale percutanea [PTCA]
TS	00.40	(esterna ¹) Intervento su un vaso
TS	00.45	(esterna ¹) Inserzione di uno stent vascolare
TS	36.06	(esterna ¹) Inserzione di stent(s) coronarico senza liberazione di sostanze medicamentose

Ospedale centrale: nessuna codifica²

Esempio 2

*Il paziente con infarto miocardico rimane 36 ore **in regime di ricovero** nell'ospedale centrale per accertamenti e PTCA (1 vaso sanguigno/1 stent metallico), e successivamente è trasferito di nuovo nell'ospedale primario.*

L'ospedale primario codifica come DP per la prima degenza:

DP	I21.–	Infarto miocardico acuto
----	-------	--------------------------

L'ospedale centrale codifica:

DP	I21.–	Infarto miocardico acuto
TP	00.66.–	Angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA)
TS	00.40	Intervento su un vaso
TS	00.45	Inserzione di uno stent vascolare
TS	36.06	Inserzione di stent(s) coronarico senza liberazione di sostanze medicamentose

L'ospedale primario codifica come DP per la seconda degenza:

DP	I21.–	Infarto miocardico acuto
DS	Z48.8	Follow-up di altri specificati trattamenti chirurgici
DS	Z95.5	Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica

Qualora, secondo le regole per la fatturazione, entrambe le degenze nell'ospedale primario fossero fatturate mediante un importo forfettario per caso (DRG), le diagnosi e le procedure di entrambe le degenze vanno prima codificate separatamente.

Per un eventuale raggruppamento di casi si utilizzano le regole per la fatturazione. Vedi anche sotto: «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG», punto 3.3:

http://www.swissdr.org/assets/pdf/Tarifdokumente/160620_SwissDRG_Falldefinitionen_v5_i.pdf

e «Approfondimenti e casi esemplificativi sulle regole e le definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG»: http://www.swissdr.org/assets/pdf/Tarifdokumente/20160101_Klarstellungen_v3.3_i.pdf

¹ La prestazione fornita esternamente viene contrassegnata nella statistica medica in un campo supplementare (variabile 4.3.V016).

² Valgono le «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG», punto 3.4.4: http://www.swissdr.org/assets/pdf/Tarifdokumente/160620_SwissDRG_Falldefinitionen_v5_i.pdf

Trasferimento di un neonato sano

In caso di trasferimento per cure o continuazione di cure di una madre con il suo neonato **sano**, il **secondo** ospedale apre per lui un caso (il peso all'entrata (non alla nascita) viene registrato nella variabile 4.5.V01).

Quale diagnosi principale per il ricovero nel secondo ospedale viene codificato, per il neonato sano:

Z51.88 Altro trattamento medico specificato

Nota: nel presente caso si tratta di un neonato sano; in questa situazione eccezionale, il ospedale que trasferisce nella variabile di destinazione dopo l'uscita 1.5.V03 deve indicare la cifra «8 = altro» (la cifra «6 = altro stabilimento ospedaliero» non si applica agli accompagnatori sani).

Per i DRG possibili, vedere anche il capitolo 3.9 delle «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG»: http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/160620_SwissDRG_Falldefinitionen_v5_i.pdf

D16c Scelta della diagnosi principale in caso di riammissione entro 18 giorni per malattia o disturbo iatrogeno

Questa particolare regola di codifica è una **regola di fatturazione** secondo SwissDRG e quindi ha la **priorità** sulle regole di codifica sia generali sia speciali contenute nel manuale di codifica. **Lo scopo di questa regola è quello di portare anche le riammissioni a seguito di complicanze successive a precedenti trattamenti ospedalieri al raggruppamento di casi.**

Se un paziente viene nuovamente ricoverato nello stesso ospedale (riammissione o ritrasferimento) **nei primi 18 giorni dopo l'uscita** in seguito ad una malattia o disturbo iatrogeno (complicanza) associato alle prestazioni erogate nella degenza precedente (v. regole di fatturazione), occorre tener presente che sia la diagnosi principale sia una diagnosi secondaria possono provocare una malattia o disturbo iatrogeno e rendere necessario un nuovo ricovero. La malattia/il traumatismo di base il cui trattamento è la causa della malattia o disturbo iatrogeno è codificato come diagnosi principale e la malattia o disturbo iatrogeno come diagnosi secondaria. Questa codifica è mantenuta anche se non si procede a un raggruppamento di casi.

Esempio 1

Una paziente viene ricoverata per una lussazione della protesi d'anca destra che le è stata impiantata 20 giorni prima a causa di una coxartrosi (uscita 10 giorni fa).

DP	M16.1	Altra coxartrosi primaria
L	1	
DS	T84.0	Complicanza meccanica di protesi articolare interna
L	1	
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato

Esempio 2

A causa di una diverticolite del sigma, 3 settimane fa è stata eseguita una sigmoidectomia con colostomia. Il paziente è stato dimesso 12 giorni fa e oggi rientra per una disfunzione della colostomia.

DP	K57.32	Diverticolite del colon senza perforazione, ascesso o menzione di sanguinamento
DS	K91.4	Malfunzionamento di colostomia ed enterostomia

Esempio 3

Due settimane dopo l'osteosintesi di una frattura del femore destro (diagnosi principale della prima degenza) e di una frattura del pollice destro, il paziente è ricoverato nuovamente a causa dell'infezione del materiale OS al pollice.

DP	S62.5–	Frattura del pollice
L	1	
DS	T84.6	Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo fissatore interno
L	1	
DS	Y84.9!	Intervento medico non specificato

Esempio 4**1. degenza:**

Colelitiasi e colecistectomia, seguite da complicanze con ileo post-operatorio, resezione parziale dell'intestino e anastomosi.

DP K80.2– *Calcoloso della colecisti senza colesistite*

DS K91.3 *Occlusione intestinale post-operatoria*

2. degenza:

Insufficienza anastomotica intestinale.

La riammissione, avvenuta entro 18 giorni, si è resa necessaria per il trattamento di una complicanza dell'intervento riguardante l'occlusione. L'insufficienza anastomotica è una "complicanza della complicanza" della prima degenza; la malattia di base da codificare quale DP è dunque la prima complicanza (K91.3).

DP K91.3 *Occlusione intestinale post-operatoria*

DS K91.83 *Deiscenza di anastomosi e sutura successiva ad altro intervento chirurgico su altre parti dell'apparato digerente*

In tale situazione non si procede a un raggruppamento di casi, dato che non viene raggiunto lo stesso MDC.

Regole di codifica generali per le procedure P00–P09

P00a Registrazione della procedura nel record medico

Per ogni procedura registrata si devono indicare:

- Trattamento principale: la data del trattamento + l'inizio del trattamento (ora) (variabile 4.3.V015).
- Trattamenti secondari: la data dei trattamenti (variabili 4.3.V025, 4.3.V035, ecc.).
- La lateralità in caso di interventi su organi e parti del corpo pari va indicata nei dati medici. La variabile 4.3.V011 per il trattamento principale, le variabili 4.3.V021, 4.2.V031, 4.2.V041 ecc. per i trattamenti secondari.

Vengono registrate le seguenti cifre:

0	= bilaterale
1	= unilaterale a destra
2	= unilaterale a sinistra
9	= lateralità sconosciuta
vuoto	= la questione non si pone

I relativi codici CHOP sono indicati **nella CHOP con [L]**. Questa informazione è un aiuto alla codifica, visto che l'indicazione non è completa. Inoltre alcune procedure sono contrassegnate da una (L) anche se non richiedono sempre l'indicazione di una lateralità. In tali casi la variabile V4.3.V011, 4.3.V021, ecc. va lasciata in bianco. Questa situazione è dovuta al fatto che alcuni codici comprendono procedure per localizzazioni **con o senza** la necessità di indicare la lateralità.

- Se la prestazione sia stata fornita nell'ospedale stesso o al di fuori (in un altro ospedale) (variabili 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036, ecc.).

P01c Procedure che vanno codificate

- Tutte le **procedure importanti** eseguite durante la degenza ospedaliera devono essere codificate. Esse possono essere misure diagnostiche, terapeutiche o curative.

Sono definite procedure importanti quelle che:

- sono di natura chirurgica
 - comportano un rischio legato all'intervento
 - comportano un rischio legato all'anestesia
 - richiedono strutture speciali, grandi apparecchiature (p. es. RMN) o una formazione speciale.
- Le **procedure che non sono direttamente collegate** ad un'altra procedura sono codificate separatamente.

Esempio 1

Viene eseguita un'angiografia coronarica preoperatoria prima di un intervento di bypass aorto-coronarico con apparecchio cuore-polmone.

In questo caso l'arteriografia coronarica è codificata tra i trattamenti secondari.

P02c Procedure che non vanno codificate

- **Procedure che vengono eseguite abitualmente** nella maggior parte dei pazienti con una determinata malattia poiché la loro realizzazione è sottintesa per la diagnosi descritta o nelle altre procedure effettuate. Se non è stata eseguita una procedura significativa, non va indicato un codice CHOP.

Esempi:

- radiografia e ingessatura in caso di frattura del radio (Colles)
 - esami radiografici convenzionali, p. es. radiografia toracica di routine
 - ECG (a riposo, prolungato, sotto sforzo)
 - Procedure eseguite abitualmente nei neonati (p. es. test dell'udito, sonografia cerebrale)
 - prelievo di sangue ed esami di laboratorio
 - esami d'ammissione e di controllo
 - terapie farmacologiche con eccezione di:
 - terapie farmacologiche in neonati (qualora siano associate a codici precisi)
 - citostatici, immunoterapie, trombolisi, fattori della coagulazione, prodotti sanguigni
 - medicinali molto cari, qualora siano associati a un codice CHOP preciso
 - singole componenti di una procedura: preparazione, posizionamento, anestesia o analgesia (incl. intubazione) e chiusura di ferita sono in genere comprese in un codice operatorio.
- **Le procedure che sono direttamente collegate** a un'altra procedura non sono codificate.

Esempio 1

*Nel quadro di una PTCA viene eseguita un'angiografia coronarica.
In questo caso l'aretriografia coronarica non è codificata.*

Eccezioni:

- Anestesia in procedure normalmente eseguite senza anestesia, p. es. narcosi per una RMN in un bambino.
- Una terapia del dolore è contenuta nel codice in caso di interventi chirurgici e di misure diagnostiche. Viene codificata separatamente solo quando costituisce una misura isolata (esempio 2) o appartiene alla categoria 93.A– *Terapia del dolore*, e soddisfa i requisiti elencati per l'attribuzione di questo codice.

Esempio 2

Un paziente con carcinoma metastatico viene trattato con chemioterapia e terapia del dolore mediante iniezione di anestetico nel canale vertebrale.

TP 99.25.– Chemioterapia

TS 03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia

- **Le procedure diagnostiche affini ad un intervento**, che sono eseguite nella stessa seduta e sono di norma parte integrante dell'operazione non vengono codificate separatamente (a meno che il CHOP non preveda una disposizione di tenore diverso).

P. es.: l'artroscopia diagnostica effettuata prima della meniscectomia artroscopica non viene codificata.

- **Le procedure post mortem** non sono codificate (con la morte si estingue il caso). Questo vale anche per le autopsie.

P03c Endoscopia e interventi endoscopici

Gli interventi endoscopici (laparoscopia, endoscopia, artroscopia) vanno codificati con il codice specifico per l'intervento endoscopico, qualora vi sia un codice apposito. L'allargamento dell'accesso (miniartrotomia, minilaparotomia ecc., p. es. per rimuovere l'endobag, un preparato sigma o una capsula articolare) non è codificato separatamente.

Esempio 1

Colecistectomia laparoscopica.

51.23 Colecistectomia laparoscopica

Nel caso in cui l'intervento laparoscopico, endoscopico, artroscopico, non sia descritto da un codice specifico, si indica prima il codice per l'intervento convenzionale, seguito dal codice appropriato per l'endoscopia, a meno che ciò sia già compresa in un codice di procedura concomitante.

Le panendoscopie (endoscopia di più sedi anatomiche) vanno codificate secondo il settore visualizzato più ampiamente o situato più in profondità.

Esempio 2

Un'esofagogastroduodenoscopia con biopsie in una o diverse sedi dell'esofago, dello stomaco o del duodeno è codificata come

45.16 Esofagogastroduodenoscopia con biopsia chiusa

Esempio 3

Una faringotracheobroncoscopia è codificata come

33.22 Tracheobroncoscopia flessibile

Esempio 4

Una panendoscopia per l'accertamento di un carcinoma dell'ipofaringe (endoscopia di due apparati) è codificata come

33.22 Tracheobroncoscopia flessibile

42.23 Altra esofagoscopia

P04c Interventi chirurgici combinati o complessi

- Gli interventi vanno codificati possibilmente con un unico codice (codifica monocausale). Esistono codici per interventi combinati in cui in una seduta sono praticati diversi interventi eseguibili singolarmente. Tali codici vanno usati nel caso in cui descrivano completamente l'intervento combinato e le regole di codifica o le indicazioni nella CHOP non prescrivano di codificare diversamente.

Esempio 1

28.3 *Tonsillectomia **con** adenoidectomia*

Esempio 2

52.51.10 *Pancreatectomia prossimale con conservazione del piloro (procedura di **Whipple**)*

o

52.51.31 *Resezione pancreatico-duodenale con gastrectomia parziale (procedura di **Whipple**)*

Esempio 3

77.51 *Correzione di alluce valgo e rigido **con** asportazione, correzione dei tessuti molli e osteotomia del primo metatarso*

- Se non esiste un codice specifico che descriva un intervento chirurgico complesso costituito da molte componenti diverse, vanno indicati tutti i codici delle varie componenti.

Esempio 4

Un paziente si sottopone a gastrectomia totale con resezione del grande omento e dei linfonodi della regione gastrica.

43.99.99 *Altra gastrectomia totale, altra*

40.3X.-- *Asportazione di linfonodi regionali*

54.4X.-- *Asportazione o distruzione di tessuto peritoneale*

I prelievi di tessuto (p. es. osso, muscolo, tendine) da localizzazioni diverse da quella su cui si esegue l'intervento chirurgico vanno codificati separatamente, qualora non siano già contenuti nel codice operatorio.

Esempi:

- Prelievo di spongiosa dalla **pelvi** in occasione di un'osteosintesi del **braccio**: codifica anche.
- Prelievo di tendine contenuto nel codice: p. es. 81.45.12 *Ricostruzione del crociato anteriore con tendine semitendinoso e/o gracile, per via artroscopica.*
- Prelievo di lembo contenuto nel codice: p. es. 85.89.21 *Lembo perforatore (DIEP) dell'arteria epigastrica inferiore.*
- La CHOP contiene talvolta indicazioni speciali («codificare anche») per la codifica aggiuntiva delle singole componenti.

Esempio 5

39.75 *Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi*

Codificare anche: Localizzazione anatomica di interventi vascolari specifici (00.4B)

- I codici che compongono un insieme vanno elencati l'uno sotto l'altro. P. es.: angioplastica coronarica + stent + numero di vasi, ecc.

P05a Interventi eseguiti parzialmente

Un intervento è codificato come tale solo se è stato eseguito fino al termine o quasi completamente. Qualora per un qualsiasi motivo si debba interrompere un intervento chirurgico o non lo si possa completare, si deve codificare come descritto di seguito:

- Qualora nel corso di un procedimento laparoscopico/endoscopico si passi o si debba passare ad un intervento «chirurgico a cielo aperto», si deve codificare solo la procedura chirurgica aperta.

Esempio 1

Colecistectomia laparoscopica con passaggio alla procedura chirurgica aperta.

51.22.— Colecistectomia

- In caso di interventi chirurgici interrotti, va codificata solo la parte dell'intervento eseguita.

Esempio 2

Qualora in un'appendicectomia classica si debba interrompere l'intervento per intervenuto arresto cardiaco dopo la laparotomia, si codifica solo quest'ultima.

54.11 Laparotomia esplorativa

Esempio 3

Qualora in caso di carcinoma esofageo si debba interrompere l'esofagectomia prima della preparazione dell'esofago per inoperabilità, si codifica solo la toracotomia eseguita.

34.02 Toracotomia esplorativa

P06c Procedure eseguite più volte

La codifica delle procedure deve rispecchiare per quanto possibile l'impiego di risorse mediche. Per questo motivo, in linea di principio, le procedure multiple vanno codificate tutte le volte che sono state eseguite nel corso del trattamento, per esempio le osteosintesi di diverse dita o la sutura di tendini di diverse dita, l'osteosintesi di tibia e fibula, ecc.

Eccezioni:

- Interventi da codificare solo una volta durante una seduta sono, per esempio: escissioni multiple di lesioni cutanee, biopsie multiple o procedure «minori» di complessità simile, a condizione che siano tutti stati effettuati e quindi codificabili un'unica e stessa sede.

Esempio 1

Una paziente è ricoverata per l'escissione di dieci lesioni: una per carcinoma basocellulare del naso recidivante, due lesioni per carcinoma basocellulare dell'orecchio destro, tre lesioni per carcinoma basocellulare dell'avambraccio destro, tre lesioni per cheratosi solare della schiena e una lesione per cheratosi solare della gamba sinistra.

DP	C44.3	Carcinoma basocellulare, del naso, recidivante
DS	C44.2	Carcinoma basocellulare, dell'orecchio
L	1	
DS	C44.6	Carcinoma basocellulare, dell'avambraccio
L	1	
DS	C97!	Tumori maligni di sedi indipendenti multiple (primitive)
DS	L57.0	Cheratosi solare
TP	21.32	Asportazione o distruzione locale di altra lesione del naso (per basalioma del naso)
TS	18.31	Asportazione radicale di lesione dell'orecchio esterno (per basalioma dell'orecchio)
L	1	
TS	86.32.1E	Asportazione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo, con chiusura di ferita primaria, in altra sede (per basaliomi dell'avambraccio)
TS	86.32.1E	Asportazione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo, con chiusura di ferita primaria, in altra sede (per 3 cheratosi solari della schiena)
TS	86.32.1E	Asportazione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo, con chiusura di ferita primaria, in altra sede (per 1 cheratosi solare della gamba)

Per l'asportazione dei tre basaliomi dell'avambraccio si utilizza un solo un codice, perché condividono la stessa sede anatomica e quindi sono codificabili in modo indifferenziato. Lo stesso vale per l'asportazione delle 3 lesioni da cheratite solare della schiena.

- Il codice CHOP contiene già un'indicazione riguardante il numero di trattamenti, la durata, le quantità ecc.: In questo caso il codice è indicato una sola volta per ogni degenza, con la quantità/il numero totale e la data della prima procedura (p. es. trasfusioni, trattamenti complessi, spirali (un codice per il numero di tutte le spirali intracraniche, extracraniche e spinali, un codice per il numero di tutte quelle periferiche), **stents**, NEMS/SAPS).

Lo stesso vale per i medicinali dell'elenco dei medicinali/delle sostanze registrabili (lista ATC) (va indicata solo la quantità complessiva somministrata).

Anche in **caso di raggruppamento di casi** occorre effettuare questa somma e indicare il codice una sola volta.

Esempio 2

Un paziente riceve una terapia del dolore multimodale dal 2° all'8° e dal 12° al 19° giorno di ricovero.

*93.A2.42 Terapia del dolore multimodale, 15 a 21 giorni
(totale 7 + 8 = 15 giorni)*

Esempio 3

Un paziente riceve multipli concentrati di eritrociti:

Giorno 1: 3 CE, giorno 3: 4 CE, giorno 5: 4 CE, giorno 6: 3 CE = 14 CE.

In questo caso i concentrati di eritrociti vengono sommati e indicati con un unico codice CHOP.

99.04.12 Trasfusione di concentrato di eritrociti, da 11 a 15 unità

Radiologia terapeutica e medicina nucleare 92.2–:

In caso di terapie radiologiche o di medicina nucleare le procedure vanno registrate tutte le volte che vengono eseguite. Se sono trattate varie sedi durante una seduta, occorre indicare un codice per ogni sede.

Radioiodioterapia

Per la radioiodioterapia, in caso di applicazione multipla durante una degenza ospedaliera occorre codificare l'attività complessiva raggiunta con un codice 92.28.02–92.28.07.

P07a Interventi chirurgici bilaterali

Interventi bilaterali eseguiti in una seduta sono codificati solo una volta e contrassegnati come bilaterali nella variabile della lateralità (variabili 4.3.V011, 4.3.V021, 4.3.V031, ecc.).

Lo stesso vale anche per i codici che già comprendono la bilateralità.

Esempio 1

Protesi totale di ginocchio bilaterale.

TP 81.54.-- Sostituzione totale del ginocchio

L 0

Esempio 2

Surrenectomia bilaterale.

TP 07.3 Surrenectomia bilaterale

L 0

P08e Revisioni di un campo operatorio/reinterventi

Quando si riapre un campo operatorio per

- il trattamento di una complicanza,
- la terapia di una recidiva o
- un altro intervento nello stesso campo operatorio

si deve prima di tutto verificare se l'intervento eseguito con riapertura del campo operatorio possa essere codificato con un codice specifico del capitolo corrispondente della CHOP, come p. es.:

28.7X.-- *Controllo di emorragia dopo tonsillectomia e adenoidectomia*
 39.41 *Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare*

Se non esiste un siffatto codice di reintervento, si deve codificare l'intervento nel modo più specifico possibile, seguito da
 00.99.10 *Reintervento*

Attenzione:

00.99.10 *Reintervento* non va indicato se il fatto che si tratta di una revisione/reintervento risulta già dal codice (p. es. revisione di una protesi del ginocchio, rimozione del materiale di osteosintesi, chiusura di una colostomia ecc.).

In caso d'interventi di revisione si deve sempre osservare esattamente se è stata eseguita UNICAMENTE una revisione del campo operatorio o se la revisione è stata combinata con la sostituzione/cambio di un impianto; in quest'ultimo caso si deve utilizzare il codice corrispondente alla sostituzione/cambio.

Se un paziente è sottoposto a diversi reinterventi durante una degenza ospedaliera, il codice 00.99.10 va utilizzato solo una volta per il primo reintervento.

Esempio 1

Una paziente si presenta per un taglio cesareo su esiti di un precedente taglio cesareo.

TP 74.– *Taglio cesareo*
 TS 00.99.10 *Reintervento*

Impiego dei codici 34.03 Riapertura di toracotomia, 54.12.– Riapertura di laparotomia e 37.99.80 Reintervento su cuore e pericardio:

Il codici 34.03, 54.12.11 e 37.99.80 sono impiegati **esclusivamente** per codificare interventi come esplorazione, emostasi o evacuazione di un ematoma.

Negli interventi intratoracici, intraddominali o cardiaci rappresentati con un codice specifico, in caso di reintervento va indicato il codice supplementare 00.99.10.

P. es.: Una reintervento per un'altra resezione parziale dell'intestino tenue è codifica con:

45.62 *Altra resezione parziale dell'intestino tenue + 00.99.10 Reintervento*

e non con:

45.62 *Altra resezione parziale dell'intestino tenue + codici di classi residue 54.12.00 o 54.12.99.*

P09d Prelievo e trapianto d'organo

Nei prelievi e trapianti d'organo bisogna distinguere tra donatore e ricevente. La donazione si suddivide a sua volta in donazione da vivente e donazione post mortem. Nel trapianto autologo donatore e ricevente sono la stessa persona.

1. Esame di un potenziale donatore di organo o tessuto

Se un donatore potenziale viene ricoverato in ospedale per gli esami preliminari in previsione di una possibile donazione da vivente, e se il prelievo d'organo o di tessuto non avviene nella stessa degenza ospedaliera, si deve codificare nel seguente modo:

DP *Z00.5* *Esame di un potenziale donatore di organo o tessuto*

TP *89.07.6–* *Visita di un donatore vivente per prelievo di organo*

I codici della categoria *Z52.– Donatori di organi e tessuti* **non** vanno utilizzati.

2. Donazione da vivente

Per i donatori viventi ricoverati per la donazione di organo o tessuto e nei quali il prelievo di organo o tessuto avviene nella stessa degenza ospedaliera, si applica la seguente regola di codifica:

DP *Z52.–* *Donatori di organi e tessuti*

TP *Codice di procedura relativo al prelievo dell'organo o tessuto da trapiantare*
(vedi anche la tabella sottostante).

Esempio 1

Un donatore esterno è ricoverato per la donazione da vivente di un rene. Viene eseguita una nefrectomia. Non sono presenti diagnosi secondarie rilevanti per il trattamento.

DP *Z52.4* *Donatore di rene*

TP *55.51.02* *Nefrectomia per trapianto, da donatore vivente*

Esempio 2

Un donatore esterno è ricoverato per la donazione di cellule staminali. Non sono presenti diagnosi secondarie rilevanti per il trattamento.

DP *Z52.01* *Donatore di cellule staminali*

TP *41.0A.14* *Prelievo di cellule staminali ematopoietiche dal midollo osseo, allogeneico, donatore non consanguineo, HLA-identico*

o *41.0A.24* *Prelievo di cellule staminali ematopoietiche dal sangue periferico, allogeneico, donatore non consanguineo, non HLA-identico*

In caso di **donazione e trapianto autologo** durante la stessa degenza ospedaliera, i codici della categoria *Z52.– Donatori di organi e tessuti* **non** vanno utilizzati. Vanno invece indicati i codici CHOP per il prelievo e quelli per il trapianto dell'organo o tessuto in questione.

3. Donazione post mortem dopo morte cerebrale in ospedale

La codifica per un paziente che entra in considerazione come possibile donatore d'organo non si distingue dalla normale codifica delle diagnosi e delle procedure. Il caso viene codificato seguendo le regole generali. **Non** vanno codificate procedure per il prelievo d'organo post mortem, come **non** deve essere utilizzato il codice *Z00.5 Esame di un potenziale donatore di organo o tessuto*. La variabile 1.5.V01 della statistica medica documenta la conclusione del caso con la data e l'ora del decesso. Quindi il prelievo non va codificato

4. Valutazione in vista del trapianto

Ricoveri per accertamenti in vista di ricevere un possibile trapianto di organo o tessuto sono indicati con il codice *89.07.— Valutazione completa, con o senza inclusione del paziente in una lista d'attesa per trapianto d'organo*.

5. Trapianto

I riceventi di trapianti d'organo sono codificati come segue:

- DP La malattia che costituisce il motivo del trapianto
- TP Codice per la procedura di trapianto (vedi tabella)
- TS Codice da 00.90 a 00.93 *Tipo di tessuto o organo utilizzato nel trapianto*
- TS All'occorrenza, codice supplementare 99.79.11 *Preparazione al trapianto d'organo con donatore vivente ABO-incompatibile*

L'asportazione dell'organo malato non è codificata.

Nei pazienti sottoposti a trapianto domino (pazienti che nella fase di trattamento ricevono e nello stesso tempo donano un organo (p. es. cuore/polmone)), va indicata una diagnosi secondaria inerente ai donatori della categoria *Z52.— Donatori di organi e tessuti*, oltre ai codici di procedura per il trapianto (TP) e il prelievo (TS).

6. Controllo dopo il trapianto

Un ricovero di routine per il controllo del trapianto va codificato nel seguente modo:

- DP *Z09.80 Visita medica di controllo dopo trapianto d'organo*
- DS *Z94.— Presenza di trapianto di organo o tessuto*

7. Insuccesso o rigetto del trapianto

L'insuccesso o il rigetto di un trapianto di organo o tessuto, oppure un graft-versus-host-disease (GVHD) viene rappresentato con un codice della categoria *T86.— Insuccesso e rigetto di trapianto di organo o tessuto*.

In caso di trapianto di cellule staminali ematopoietiche, le manifestazioni d'organo di un GVHD vanno codificate tenendo conto del sistema daga-asterisco.

T86.– *Insuccesso e rigetto di trapianto di organo o tessuto* viene codificato come diagnosi principale, se la condizione soddisfa la definizione di diagnosi principale. La malattia (p. es. maligna) di base viene codificata come prima diagnosi secondaria. Questa regola è prioritaria rispetto alla regola S0202 sulla scelta della diagnosi principale in caso di neoplasie.

Attenzione: In caso di controllo, insuccesso o rigetto, occorre aggiungere un codice Z94.– *Stato dopo trapianto di organo o tessuto* (vedi anche D05).

Tabella dei prelievi e trapianti di organi e tessuti

Questa tabella non va considerata un elenco esaustivo.

Organo / tessuto	Donazione da vivente			Trapianto (ricevente)	
	ICD-10-GM	CHOP	Testo	CHOP	Testo
Cellule staminali (CS)	Z52.01	41.0A.2–	<i>Prelievo di cellule staminali ematopoietiche dal sangue periferico</i>	41.0B.2–	<i>Trapianto di cellule staminali ematopoietiche dal sangue periferico</i>
Midollo osseo (MO)	Z52.3	41.0A.1–	<i>Prelievo di cellule staminali ematopoietiche dal midollo osseo</i>	41.0B.1–	<i>Trapianto di cellule staminali ematopoietiche dal midollo osseo</i>
Pelle	Z52.1	86.6–.–	<i>Innesto cutaneo libero e sostituzione permanente di pelle</i>		<i>Codice secondo localizzazione e estensione</i>
Osso	Z52.2	77.7–	<i>Prelievo di osso per innesto</i>	76.91.– 78.0–.– 78.49.8–	<i>Innesto osseo su ossa facciali</i> <i>Innesto osseo</i> <i>Innesto osseo nella colonna vertebrale</i>
Reni	Z52.4	55.51.02	<i>Nefrectomia per trapianto, da donatore vivente</i>	55.69.–	<i>Trapianto di rene</i>
Fegato	Z52.6	50.2C.–	<i>Epatectomia parziale per trapianto</i>	50.5–	<i>Trapianto del fegato</i>
Cuore				37.51.–	<i>Trapianto cardiaco</i>
Polmone				33.5–	<i>Trapianto polmonare</i>
Cuore/polmone				33.6X.–	<i>Trapianto combinato cuore-polmone</i>
Pancreas				52.8–	<i>Trapianto del pancreas</i>
Cornea				11.6–	<i>Trapianto di cornea</i>
Intestino tenue				46.97.–	<i>Trapianto intestinale</i>

Regole di codifica speciali S0100–S2100

S0100 Alcune malattie infettive e parassitarie

S0101a Batteriemia

Una batteriemia va indicata con un codice della categoria

A49.– Infezione batterica di sede non specificata

o con un altro codice che denomini specificamente il microrganismo, p. es.

A54.9 Infezione gonococcica non specificata

Non va quindi codificata con un codice per la sepsi.

Un'eccezione al riguardo è rappresentata dalla batteriemia da meningococchi, che deve essere codificata con

A39.4 Meningococcemia non specificata.

Se un codice delle categorie *B95.–! Streptococco e stafilococco come causa di malattie classificate in altri settori* o *B96.–! Altri batteri specificati come causa di malattie classificate in altri settori* fornisce un'informazione supplementare, esso va indicato (vedi anche D04).

S0102c Sepsi

Scelta del codice per la sepsi

I codici per la sepsi si trovano nei seguenti capitoli/categorie:

- Nel capitolo I, nelle categorie A40.– *Sepsi streptococcica* e A41.– *Altre forme di sepsi*, tenendo in considerazione le esclusioni.
- Nel capitolo I, nelle singole malattie infettive (p. es. B37.7 *Sepsi da candida*).
- Nel capitolo XVI per la sepsi nei neonati (P36.– *Sepsi batterica neonatale*).
- La sepsi associata ad aborto, gravidanza ectopica, gravidanza molare, parto o puerperio viene indicata con un codice del capitolo XV (O03–O07, O08.0, O75.3, O85) unitamente a un codice per la sepsi del capitolo I, per indicare la presenza di una sepsi e l'agente patogeno.
- Malgrado la sepsi appaia già in diversi codici relativi a malattie o disturbi iatrogeni (complicanze), deve sempre essere aggiunto un codice per la sepsi del capitolo I, per indicare la presenza di una sepsi e l'agente patogeno (p. es. J95.0 *Malfunzionamento di tracheostoma*, T88.0 *Infezione successiva ad immunizzazione*).

La sepsi viene indicata con i seguenti codici (per la sequenza vedi sotto):

- il codice per la sepsi (a seconda dell'agente patogeno, se noto). Un'associazione tra il microrganismo del focolaio infettivo e il codice specifico per la sepsi deve essere descritta dal medico curante.
- eventualmente un codice da B95.–/ o B96.–/, se si dispone di informazioni supplementari
- un codice da U80!–U85! per un'eventuale resistenza
- il codice SIRS (R65.–) con eventuali codici relativi alle complicanze d'organo causate dalla sepsi
- il codice dello shock settico (R57.2), se presente
- il focolaio d'infezione.

Presupposto necessario è che la diagnosi di sepsi sia posta e documentata in quanto tale dal medico.

Compete al medico curante valutare se una sepsi ha determinato o meno disfunzioni d'organo e se queste erano di origine settica.

Eventuali disfunzioni d'organo preesistenti sono considerate complicanze d'organo causate dalla sepsi solo nel caso in cui subentri un peggioramento acuto con conseguente impiego di risorse mediche e siano descritte inequivocabilmente dal medico come provocate dalla sepsi.

Le disfunzioni d'organo riconducibili con ogni evidenza ad altre cause, in particolare perché queste cause erano preesistenti, non possono essere utilizzate quale criterio per la definizione di sepsi, sepsi grave e shock settico.

Non è consentito ai codificatori una sepsi (o una complicanza d'organo) sulla base della tabella dei criteri per la diagnosi di sepsi riportata in allegato.

Sequenza dei codici o scelta della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie

- Se il medico diagnostica una sepsi nell'ambito di un'infezione d'organo ma senza complicanze/disfunzioni d'organo, l'infezione precede il codice per la sepsi (vedi esempi 1 e 2 pagina seguente).
- Se il medico diagnostica una sepsi oppure una sepsi con shock settico (= sepsi grave) nell'ambito di un'infezione d'organo con complicanze/disfunzioni d'organo, il codice per la sepsi precede gli altri codici (vedi esempi 3 e 4 pagina seguente).
- Se una sepsi si manifesta come malattia o disturbo iatrogeno (complicanza) nel corso di una degenza stazionaria, va osservata la regola D12/D16. Nel caso degli esempi sotto riportati, si tratta poi semplicemente di rispettare la sequenza dei codici.
- Se viene menzionato più di uno stato (ad es. polmonite, sepsi, infarto miocardico), va applicata la regola G52. Se una sepsi o una sepsi grave nel corso di una degenza stazionaria non richiede il maggior dispendio di risorse mediche, va codificata come diagnosi secondaria e nel caso degli esempi della pagina seguente si tratta semplicemente di rispettare la sequenza dei codici.

Caso particolare con focolaio d'infezione sconosciuto:

in caso di sepsi con focolaio d'infezione sconosciuto, l'infezione va indicata con il codice *B99 Altre e non specificate malattie infettive*.

Esempi di codifica:

- **Infezione e sepsi / Sepsì (leggera) in caso di infezione**

DP	Infezione
DS	Sepsì
DS	SIRS senza complicanze/disfunzioni d'organo

Esempio 1

Sepsì e polmonite non specificati.

DP	J18.8	<i>Altre polmoniti da microorganismi non specificati</i>
DS	A41.9	<i>Sepsì non specificata</i>
DS	R65.0!	<i>Sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) di origine infettiva senza complicanze d'organo</i>

Esempio 2

Sepsì da stafilococco e polmonite da stafilococco.

DP	J15.2	<i>Polmonite da stafilococco</i>
DS	A41.2	<i>Sepsì da stafilococco non specificato</i>
DS	R65.0!	<i>SIRS di origine infettiva senza complicanze d'organo</i>

- **Sepsi grave, sepsi con complicanze/disfunzioni d'organo**

- DP Sepsi
- DS SIRS **con** complicanze/disfunzioni d'organo
- DS Complicanze d'organo
- DS Focolaio d'infezione

Esempio 3

Sepsi da stafilococco con trombopenia provocata da sepsi e polmonite da stafilococco.

- DP A41.2 *Sepsi da stafilococco non specificato*
- DS R65.1! *SIRS di origine infettiva con complicanze d'organo*
- DS D69.5– *Trombocitopenia secondaria*
- DS J15.2 *Polmonite da stafilococco*

- **Sepsi con shock settico (= sepsi grave)**

- DP Sepsi
- DS SIRS **con** complicanze/disfunzioni d'organo
- DS Shock settico
- DS Complicanze d'organo
- DS Focolaio d'infezione

Esempio 4

Shock settico in caso di sepsi da streptococco di gruppo C e polmonite da streptococco di gruppo C.

- DP A40.8 *Altre forme di sepsi streptococcica*
- DS B95.41! *Streptococco, gruppo C, come causa di malattie classificate in altri settori*
- DS R65.1! *SIRS di origine infettiva con complicanze d'organo*
- DS R57.2 *Shock settico*
- DS J15.4 *Polmonite da altri streptococchi*
- DS ... *Complicanze d'organo*

S0103c SIRS / Complicanze d'organo

Per codificare una SIRS, nella ICD-10-GM è disponibile la categoria *R65.–! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica [SIRS]*.

- R65.0!* *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo*
Sepsi senza complicanze d'organo
Sepsi NAS
SIRS di origine infettiva NAS
- R65.1!* *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva con insufficienza d'organo*
Sepsi con complicanze d'organo
- R65.2!* *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine non infettiva senza insufficienza d'organo*
SIRS di origine non infettiva NAS
- R65.3!* *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine non infettiva con insufficienza d'organo*
- R65.9!* *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica non specificata*

Si distingue tra SIRS di origine infettiva e non infettiva.

Nella codifica si deve prima indicare un codice per la sepsi o per una malattia di base causa della SIRS di origine non infettiva, seguito da un codice dalla categoria *R65.–! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica*.

Per indicare le complicanze d'organo, gli agenti patogeni e la loro resistenza, si devono utilizzare codici aggiuntivi.

Eventuali disfunzioni d'organo preesistenti sono considerate complicanze d'organo causate dalla sepsi solo nel caso in cui subentri un peggioramento acuto con conseguente impiego di risorse mediche e siano descritte inequivocabilmente dal medico come provocate dalla sepsi.

Le disfunzioni d'organo riconducibili con ogni evidenza ad altre cause, in particolare perché queste cause erano preesistenti, non possono essere utilizzate quale criterio per la definizione di sepsi, sepsi grave e shock settico.

S0104d HIV / AIDS

I codici per l'HIV sono:

<i>R75</i>	<i>Messa in evidenza, con esami di laboratorio, del virus della immunodeficienza umana [HIV] (ossia dimostrazione incerta dopo test sierologico dubbio)</i>
<i>B23.0</i>	<i>Sindrome da infezione acuta da HIV</i>
<i>Z21</i>	<i>Stato d'infezione asintomatica da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]</i>
<i>B20–B24</i>	<i>Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]</i>
<i>O98.7</i>	<i>Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] complicante la gravidanza, il parto e il puerperio</i>
<i>U60.–!</i>	<i>Categorie cliniche della malattia da HIV</i>
<i>U61.–!</i>	<i>Numero di cellule T helper nella malattia da HIV</i>

Nota: tutte le volte che in queste linee guida si fa riferimento al gruppo di codici *B20–B24*, si intendono tutti i codici di questo gruppo ad eccezione di *B23.0 Sindrome da infezione acuta da HIV*.

I codici *R75*, *Z21*, *B23.0* e tutti i codici del gruppo *B20–B24* si escludono a vicenda, e durante lo stesso ricovero ospedaliero non possono essere indicati contemporaneamente.

R75 Messa in evidenza, con esami di laboratorio, del virus della immunodeficienza umana [HIV]:

Questo codice è utilizzato in caso di pazienti i cui test di laboratorio per la ricerca di HIV non sono inequivocabilmente positivi, p. es. quando il primo test per la ricerca di anticorpi è positivo, mentre il secondo non dà un risultato certo o è negativo. Questo codice non può essere indicato come diagnosi principale.

B23.0 Sindrome da infezione acuta da HIV:

In una «sindrome da infezione acuta da HIV» (confermata o sospetta) si deve indicare il codice *B23.0 Sindrome da infezione acuta da HIV* come **diagnosi secondaria** in aggiunta ai codici dei sintomi esistenti (p. es. linfadenopatia, febbre) o della complicanza (p. es. meningite).

Nota: questa istruzione di codifica rappresenta un'eccezione alla regola D01 «Sintomi come diagnosi principale».

Esempio 1

Un paziente HIV positivo è ricoverato con linfadenopatia. Viene posta una diagnosi di sindrome da infezione acuta da HIV.

<i>DP</i>	<i>R59.1</i>	<i>Adenomegalia generalizzata</i>
<i>DS</i>	<i>B23.0</i>	<i>Sindrome da infezione acuta da HIV</i>
<i>DS</i>	<i>U60.1!</i>	<i>Categorie cliniche della malattia da HIV</i>
<i>DS</i>	<i>U61.–!</i>	<i>Numero di cellule T helper nella malattia da HIV</i>

Dopo regressione completa della malattia primaria quasi tutti i pazienti diventano asintomatici e permangono in questo stato per diversi anni. Il codice per la «Sindrome da infezione acuta da HIV» (*B23.0*) non va più utilizzato non appena scompare la sintomatologia relativa.

Z21 Stato d'infezione asintomatica da HIV:

Questo codice **non va indicato di routine, bensì solo come diagnosi secondaria**, qualora un paziente HIV positivo non abbia sintomi di infezione, ma nonostante ciò l'infezione accresca l'impiego di risorse per il trattamento. Siccome *Z21* si applica a pazienti asintomatici che sono ricoverati per il trattamento di una malattia non associata all'HIV, il codice *Z21* non è attribuito come diagnosi principale. L'esclusione «*Malattia da HIV complicante la gravidanza, il parto e il puerperio (O98.7)*» va stralciata sotto *Z21*.

B20, B21, B22, B23.8, B24 Malattia da HIV (AIDS):

Per la codifica di una malattia associata all'HIV (che sia oppure no una malattia definente l'AIDS) sono disponibili i codici seguenti:

- B20 Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo a malattie infettive o parassitarie*
- B21 Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo a neoplasie maligne*
- B22 Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo ad altre malattie specificate*
- B23.8 Malattia da HIV che dà luogo ad altre condizioni morbose specificate*
- B24 Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV], non specificata*

In questo caso non vanno utilizzati i codici R75 e Z21.

O98.7 Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] complicante la gravidanza, il parto e il puerperio:

come descritto in S1503, è disponibile il codice O98.7 per descrivere una malattia da HIV che complica una gravidanza, un parto o il puerperio.

Nella ICD-10-GM, sotto O98.7: «Malattie B20–B24» bisogna aggiungere Z21 e stralciare l'esclusione relativa a Z21 sotto O98.–.

U60.–! Categorie cliniche della malattia da HIV**U61.–! Numero di cellule T helper nella malattia da HIV:**

Per la codifica della malattia da HIV vanno impiegati codici supplementari delle categorie U60.–! e U61.–!, che vengono codificati nella maniera più precisa possibile indipendentemente l'uno dall'altro (contrariamente alle istruzioni dell'ICD-10-GM).

Nella documentazione della degenza e nell'elenco delle diagnosi, il medico menziona molto spesso lo stadio più grave riscontrato nel decorso della malattia, poiché si tratta del fattore principale che determina la prognosi. Tuttavia, per la codifica dell'attuale degenza vanno indicati la categoria clinica **attuale** con U60.–! e il numero di cellule T helper con U61.–!.

U60.–! Categorie cliniche nella degenza attuale:

		Codifica	
Categoria A	Infezione asintomatica	Z21 Stato di infezione asintomatica da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]	U60.1!
	Linfadenopatia generalizzata persistente (PGL)	B23.8 Malattia da HIV che dà luogo ad altre condizioni morbose specificate Linfadenopatia generalizzata (persistente)	U60.1!
	Infezione acuta da HIV	B23.0 Sindrome da infezione acuta da HIV	U60.1!
Categoria B (malattie vedi allegato)	Malattia da HIV che dà luogo a malattie infettive, parassitarie e neoplastiche	B20.– a B22.– e B24 + malattia (sequenza vedi sotto)	U60.2!
Categoria C (malattie vedi allegato)	Malattia da HIV che dà luogo a malattie infettive, parassitarie e neoplastiche	B20.– a B22.– e B24 + malattia (sequenza vedi sotto)	U60.3!

U61.–! Categoria di laboratorio nella degenza attuale:

- U61.1! Categoria 1
500 e piu cellule T helper CD4+/microlitro di sangue
- U61.2! Categoria 2
Da 200 a 499 cellule T helper CD4+/microlitro di sangue
- U61.3! Categoria 3
Meno di 200 cellule T helper CD4+/microlitro di sangue
- U61.9! Numero di cellule T helper CD4+ non specificato

Esempio: in un paziente asintomatico vengono codificati Z21 e U60.1!.

U61.–! è codificato in base al numero di cellule T helper CD4+ attualmente misurato (qualora non fosse documentato, si utilizza il codice U61.9!).

Sequenza e scelta dei codici

Nel caso in cui la **malattia da HIV** sia il motivo principale del ricovero ospedaliero del paziente, come **diagnosi principale** va utilizzato il codice corrispondente delle categorie B20–B24 (eccetto B23.0) o O98.7. Inoltre, contrariamente alla definizione di diagnosi secondaria, sono da codificare tutte le manifestazioni esistenti della malattia da HIV (AIDS), senza considerare se abbiano o no richiesto dispendio di risorse.

Esempio 2

Una paziente con HIV stadio C con linfoma immunoblastico viene ospedalizzata per la terapia antiretrovirale. Soffre anche di stomatite da candida associata a HIV.

- DP B21 Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo a neoplasie maligne
- DS U60.3! Categoria clinica della malattia da HIV, categoria C
- DS U61.–! Numero di cellule T helper CD4+ non specificato
- DS C83.3 Linfoma diffus a grandi cellule B
- DS B20 Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo a malattie infettive e parassitarie
- DS B37.0 Stomatite da candida

Se una manifestazione particolare della malattia da HIV è il motivo principale per l'ospedalizzazione, si deve codificare tale **manifestazione come diagnosi principale**. Come diagnosi secondaria va indicato un codice delle categorie B20–B24 (eccetto B23.0) o O98.7 (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria).

Esempio 3

Un paziente è ricoverato in ospedale con candidiasi orale a causa di un'infezione da HIV già accertata.

- DP B37.0 Stomatite da candida
- DS B20 Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo a malattie infettive e parassitarie
- DS U60.2! Categoria clinica della malattia da HIV, categoria B
- DS U61.–! Numero di cellule T helper CD4+, secondo valori di laboratorio attuale

S0105a Croup vero – pseudocroup – sindrome da croup

Il croup vero, piuttosto raro in Svizzera, è un'infezione della faringe e della laringe dovuta alla difterite che è codificata con *A36.0 Difterite faringea* o *A36.2 Difterite laringea*. Con il termine di «sindrome da croup» si indicano diverse malattie, ossia il croup virale, quello spastico e quello batterico, il croup vero e proprio (croup difterico) e il falso croup (pseudocroup).

Conformemente alla ICD-10-GM, va codificato come segue:

Croup vero e proprio (difterite laringea)	<i>A36.2 Difterite laringea</i>
Croup virale	<i>J05.0 Laringite ostruttiva acuta [croup]</i>
Pseudocroup o falso croup (spastico)	<i>J38.5 Spasmo della laringe</i>
Croup batteri	<i>J04.2 Laringotracheite acuta</i>

S0200 Neoplasie

La classificazione ICD prevede due sistemi per codificare i tumori: una codifica secondo la topografia (sede anatomica) del tumore e una codifica secondo la morfologia del medesimo.

Nella statistica medica la codifica si basa unicamente sulla topografia del tumore e in riferimento all'organo. I codici corrispondenti sono tratti dal capitolo II (C00–D48) della lista sistematica.

Tabella dei codici ICD-10-GM classici per le neoplasie nell'indice alfabetico

Il codici da attribuire a una neoplasia vanno tratti dalla tavola presente alla voce «tumori» dell'indice alfabetico, dove figurano i codici corrispondenti della maggior parte dei tumori, classificati secondo la loro sede. In genere, per ciascuna sede sono a disposizione cinque (talvolta quattro) codici, a seconda del grado di malignità e del tipo di tumore. Naturalmente, il codice può essere reperito anche nell'indice alfabetico sotto la denominazione istologica o morfologica del tumore, ma eccetto i rari casi in cui è indicato direttamente un codice preciso del capitolo II (p. es. melanoma [maligno]), l'indice rinvia quasi sempre alla tavola dei tumori.

	Maligno		In situ	Benigno	Dignità incerta o sconosciuta
	primario	secondario			
– Addome, visceri	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
-- Cavità	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
-- Organi	C76.2	C79.88		D36.7	D48.7
-- Parete	C44.5	C79.2	D04.5	D23.5	D48.5
– Acromion	C40.0	C79.5		D16.0	D48.0

1. Ricerca secondo la topografia
2. Ricerca secondo il codice che corrisponde al grado di malignità e al tipo di tumore

Esempio 1

Condrosarcoma acromiale.

La ricerca va fatta nella tavola dei tumori alla topografia corrispondente. Trattandosi di un tumore primario, va riportato il codice figurante alla prima colonna.

C40.0 Tumore maligno di osso e cartilagine articolare degli arti; scapola e ossa lunghe di arto superiore.

Il termine condrosarcoma figura nell'indice alfabetico, ma rinvia alla tavola dei tumori.

Per utilizzare la tavola si trovano indicazioni speciali nell'indice alfabetico della ICD-10-GM immediatamente prima della tavola dei tumori.

Se la ricerca nell'indice alfabetico non consente di assegnare un codice specifico per la sede a un tumore istopatologico, la ricerca e susseguente codifica deve avvenire, conformemente alla tavola dei tumori, in base alla topografia e in riferimento all'organo.

P. es. in caso di emangioma della vescica, secondo l'indice alfabetico:

D18.08 Emangioma, altre sedi

secondo la tavola dei tumori, in base alla topografia e in riferimento all'organo:

D30.3 Tumore benigno degli organi urinari, vescica

In questo caso il codice corretto è quindi *D30.3*, che si riferisce all'organo, anche se va persa l'informazione che si tratta di un emangioma.

Tumori maligni del sistema ematopoietico/linfatico

I tumori primitivi del sistema ematopoietico e linfatico (linfomi, leucemie) non sono classificati secondo la sede del tumore ma in base alla loro morfologia. Per tale ragione non figurano nella tavola dei tumori. Il quinto carattere del codice consente di differenziare tra presenza o assenza di remissione.

Esempio 2

C91.0– Leucemia linfoblastica acuta

C91.00 Senza menzione di remissione completa, in remissione parziale

C91.01 remissione completa

S0201a Attività tumorale

La regola è cancellata fin da 2014.

S0202e Scelta e ordinamento delle diagnosi

Queste regole concernenti la scelta della diagnosi principale valgono solo qualora nessun'altra malattia autonoma e indipendente dal tumore (p. es. un infarto miocardico) soddisfi la definizione di diagnosi principale; in questi casi va applicata la regola G52 (scelta della diagnosi principale in base al dispendio di risorse mediche).

Il codice del tumore maligno va indicato come diagnosi principale in occasione di **ciascun** ricovero ospedaliero **dal primo trattamento della neoplasia, per tutti i trattamenti successivi necessari** (interventi di chirurgia, chemioterapia o radioterapia), **per misure diagnostiche** (p. es. staging) e fino a conclusione **definitiva** del trattamento stesso, quindi, per esempio, anche per le degenze ospedaliere successive all'asportazione chirurgica di un tumore maligno. **Questo perché anche se il tumore è stato rimosso chirurgicamente, il paziente è ricoverato per trattamenti successivi necessari dello stesso tumore.**

Qualora un paziente necessitasse di un trattamento chirurgico di un tumore maligno o di metastasi ripartito su diversi interventi, in ogni ricovero ospedaliero in cui viene eseguito un intervento parziale il codice del tumore maligno/delle metastasi va indicato come diagnosi principale. Sebbene il tumore/le metastasi siano già stati asportati durante il primo intervento, nelle successive degenze ospedaliere il **paziente continua a essere trattato per le conseguenze del tumore/delle metastasi**, ossia il tumore/le metastasi sono la causa anche degli interventi successivi.

Esempio 1

Una paziente ha subito due anni fa un intervento di mastectomia e dissezione ascellare per carcinoma mammario, con chemioterapia adiuvante post-operatoria. Ora è ricoverata per una ricostruzione della mammella mediante espansore e lembo di muscolo grande dorsale. Non sono eseguite altre procedure terapeutiche o diagnostiche in relazione alla malattia tumorale di base.

DP C50.– Tumore maligno della mammella (quarto carattere in base alla sede del tumore)

La sequenza dei codici dipende dal trattamento durante la degenza ospedaliera in questione:

- **Diagnosi/trattamento del tumore primitivo:** in questo caso il tumore primitivo va indicato come diagnosi principale. Le eventuali metastasi **esistenti** vengono indicate come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria). I tumori primitivi di sede sconosciuta sono codificati con C80.– *Tumore maligno di sede non specificata.*

Esempio 2

Un paziente è ricoverato per una resezione parziale del polmone per un carcinoma bronchiale del lobo superiore.

DP C34.1 Tumore maligno del lobo superiore (bronco)

- **Diagnosi/trattamento di metastasi:** in questo caso si indicano le metastasi come diagnosi principale e il tumore primitivo come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria). Altre eventuali metastasi **esistenti** vengono indicate come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria).

Esempio 3

Una paziente è ricoverata per la resezione di metastasi epatiche da carcinoma colon-rettale (resecatto).

DP C78.7 Tumore maligno secondario del fegato

DS C19 Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea

- **Terapia sistemica** (radioterapia corporea totale, radioterapia i.v., chemioterapia sistemica) del tumore primitivo e/o delle metastasi: in questo caso si indica come diagnosi principale il tumore primitivo. Le eventuali metastasi **esistenti** vengono indicate come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria). Se il ricovero avviene principalmente per eseguire una terapia sistemica e in via eccezionale non si conosce il tumore primitivo, va indicato un codice della categoria C80.– *Tumore maligno di sede non specificata*.

Esempio 4

Un paziente è ricoverato per una prima chemioterapia sistemica in presenza di metastasi epatiche da carcinoma colon-rettale, già resecato.

DP C19 Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea

DS C78.7 Tumore maligno secondario del fegato

- **Diagnosi/trattamento del tumore primitivo che delle metastasi:** in questo caso come diagnosi principale va scelta l'affezione che richiede il maggior dispendio di risorse mediche (secondo la regola G52). Altre eventuali metastasi **esistenti** vengono indicate come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria).
- **Cure palliative in pazienti oncologici:** il tumore va codificato come diagnosi principale e le metastasi **esistenti** come diagnosi secondarie, indifferentemente se il primo o le seconde siano trattati direttamente o no.
- **Trattamento dei sintomi:** se un paziente è trattato esclusivamente per uno o più sintomi di una malattia tumorale e sul tumore non è eseguita alcuna procedura, come diagnosi principale va indicata la neoplasia (tumore primitivo o metastasi) i cui sintomi hanno richiesto il maggior dispendio di risorse per il trattamento (G52). Se come diagnosi principale è indicata una metastasi, il tumore primitivo è codificato come diagnosi secondaria, così come altre **esistenti** metastasi (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria).

S0203a Escissione estesa della regione tumorale

Nel caso di un ricovero per un'escissione estesa della regione tumorale dopo una prima resezione del tumore, va indicato come diagnosi principale il codice del tumore.

S0204a Diagnosi di tumore soltanto mediante biopsia

Se l'esito di una biopsia per la diagnosi di un tumore maligno è positivo, ma nel tessuto prelevato durante l'intervento chirurgico non sono state trovate cellule tumorali maligne, va codificata la diagnosi originaria sulla base della biopsia effettuata.

S0205e Malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche

Se durante una degenza ospedaliera viene trattata **esclusivamente** la malattia o il disturbo dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e sul tumore non eseguita alcuna procedura, la malattia o il disturbo dopo procedure diagnostiche o terapeutiche va indicata come diagnosi principale, il tumore e le eventuali metastasi come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria). Le malattie concomitanti note (p. es. ipertensione o diabete) che soddisfano la definizione di diagnosi secondaria vanno indicate come diagnosi secondarie.

Se vengono trattate più malattie dopo procedure diagnostiche o terapeutiche, il disturbo che richiede il maggior dispendio di risorse mediche va codificato come diagnosi principale (regola G52).

Esempio 1

Trattamento di un linfedema in seguito a una mastectomia per tumore della mammella.

DP I97.2 *Sindrome linfedematosa post-mastectomia*

DS C50.– *Tumore maligno della mammella*
(quarto carattere a seconda della sede del tumore)

Esempio 2

Dopo l'asportazione di un carcinoma mammario, una paziente è ricoverata per il trattamento di un'agranulocitosi post-chemioterapia.

DP D70.1– *Agranulocitosi indotta da farmaci*

DS C50.– *Tumore maligno della mammella*
(quarto carattere a seconda della sede del tumore)

S0206a Sospetto di tumore o metastasi

Se viene eseguita una biopsia per sospetto di tumore e quest'ultimo non è confermato, va codificata la diagnosi o il reperto originario che ha dato adito alla biopsia.

Non va utilizzato il codice Z03.1 *Osservazione per sospetto di tumore maligno.*

S0207a Controlli

Qualora durante un ricovero di controllo dopo un trattamento tumorale non sia più diagnosticato il tumore, il controllo è indicato come diagnosi principale e l'esistenza precedente del tumore come diagnosi secondaria, utilizzando un codice della categoria Z85.– *Anamnesi personale di tumore maligno.*

Esempio 1

Un paziente è ricoverato per effettuare vari esami di controllo in seguito a pneumonectomia e chemioterapia effettuate con successo per un carcinoma bronchiale. Gli esami danno esito negativo.

DP Z08.7 *Visita medica di controllo dopo trattamento combinato per tumore maligno*

DS Z85.1 *Anamnesi personale di tumore maligno della trachea, dei bronchi e del polmone*

Un codice d'anamnesi viene assegnato se si può dedurre che il paziente sia guarito. Quando sia concesso fare quest'affermazione dipende dal tipo di tumore. Siccome si tratta di un riscontro effettuabile solo in via retrospettiva, la distinzione viene fatta tendenzialmente usando un criterio «clinico», sulla base del proseguimento del trattamento del tumore e dopo un determinato lasso di tempo.

Nei casi in cui il trattamento del tumore sia definitivamente concluso, si indica un codice della categoria Z85.– *Anamnesi personale di tumore maligno* come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria).

S0208a Recidiva

Se un paziente è ricoverato per il trattamento di un tumore recidivante, il codice da utilizzare è quello del tumore stesso anche dopo una resezione radicale, non essendo a disposizione codici specifici per le recidive tumorali. Per completare l'informazione si indica come diagnosi secondaria un codice della categoria Z85.– *Anamnesi personale di tumore maligno* (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria).

Esempio 1

Una paziente è colpita da una recidiva di carcinoma mammario dopo dieci anni.

DP C50.– Tumore maligno della mammella

DS Z85.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella

S0209a Tumori con attività endocrina

I tumori sono classificati tutti nel capitolo II, a prescindere dalla loro eventuale attività endocrina. Per descrivere una tale attività va utilizzato all'occorrenza un codice supplementare del capitolo IV, a condizione che sia soddisfatta la definizione di diagnosi secondaria (regola 54).

Esempio 1

Feocromocitoma maligno che secerne catecolamine.

DP C74.1 Tumore maligno della midollare surrenale

DS E27.5 Iperfunzione della midollare del surrene

S0210e Sedi multiple

• Tumori primari in sedi multiple:

Il codice C97! *Tumori maligni di sedi indipendenti multiple (primitive)* viene impiegato come codice di diagnosi secondaria qualora nel paziente siano trattati/diagnosticati più tumori maligni primitivi (scelta della diagnosi principale secondo la regola G52).

Esempio 1

Durante la stessa degenza ospedaliera una paziente è trattata contemporaneamente per un carcinoma mammario e per un melanoma maligno della gamba.

DP/DS C50.– Tumore maligno della mammella (quarto carattere in base alla sede del tumore)

DS/DP C43.7 Melanoma maligno di arto inferiore, inclusa l'anca

DS C97! Tumori maligni di sedi indipendenti multiple (primitive)

Esempio 2

Un paziente viene trattato a causa di un carcinoma della vescica localizzato in più sedi.

DP/DS C67.3 Tumore maligno della vescica, parete anteriore

DS/DP C67.4 Tumore maligno della vescica, parete posteriore

DS C97! Tumori maligni di sedi indipendenti multiple (primitive)

• Metastasi linfonodali in sedi multiple:

Metastasi linfonodali multiple sono codificate con C77.8 *Linfonodi di regioni multiple*, a meno che venga eseguito un trattamento di una sede specifica.

S0211a Lesioni contigue

Le sottocategorie .8:

La maggioranza delle categorie del capitolo II è suddivisa in sottocategorie a quattro caratteri corrispondenti alle diverse parti dell'organo in questione. Un tumore che ha invaso due o più regioni contigue classificate (ognuna in una delle categorie a tre caratteri) e del quale non è possibile determinare la sede originaria va classificato nella corrispondente sottocategoria .8 a quattro caratteri.

Esempio 1

Carcinoma colon-rettale con estensione anorettale la cui sede anatomica primaria resta sconosciuta.

C21.8 Lesione sconfinante del retto, dell'ano e del canale anale

Se per un tumore che invade diverse regioni contigue esiste un codice specifico, si utilizza questo.

Esempio 2

Adenocarcinoma che si estende dal sigma al retto.

C19 Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea

Qualora la diffusione/infiltrazione del tumore/metastasi da una sede originaria nota si estenda ad un organo o regione adiacente, va codificata solo la sede originaria. (lo stesso vale per la linfangiosi carcinomatosa del tumore primitivo, vedi anche S0213).

Esempio 3

Carcinoma del collo dell'utero (esocervice) con infiltrazione della vagina.

C53.1 Tumore maligno della cervice uterina, esocervice

S0212a Remissione di malattie maligne immunoproliferative e leucemie

I codici

C88.– *Malattie maligne immunoproliferative*
C90.– *Mieloma multiplo e tumori plasmacellulari maligni*
C91–C95 *Leucemie*

presentano un quinto carattere che consente di descrivere lo stato di remissione

0 *senza indicazione di remissione completa*
1 *in remissione completa*

Si noterà che:

.x0 Senza indicazione di remissione completa

Senza indicazione di remissione
In remissione parziale

va attribuito:

- quando si tratta della prima comparsa e della prima diagnosi della malattia,
- quando **non vi è remissione** o malgrado la regressione delle manifestazioni patologiche la malattia continua ad esistere (remissione **parziale**), oppure
- quando lo stato di remissione è sconosciuto.

.x1 In remissione completa

va attribuito:

- quando si tratta di una remissione completa, ossia quando non sono riscontrabili segni o sintomi di un tumore maligno.

Per indicare la presenza di una leucemia del gruppo C91–C95 refrattaria alla terapia di induzione standard, va utilizzato il codice supplementare

C95.8! *Leucemia refrattaria alla terapia di induzione standard*

S0213a Linfangiosi carcinomatosa

Se costituisce una neoplasia secondaria, la linfangiosi carcinomatosa non va codificata secondo l'istologia (vie linfatiche), bensì secondo la sede anatomica alla stregua di una metastasi. La linfangiosi carcinomatosa nell'ambito del tumore primitivo non è codificata.

P.es.: in un paziente con carcinoma prostatico e linfangiosi carcinomatosa della pleura, quest'ultima è codificata con
 C78.2 *Tumore maligno secondario della pleura*

S0214a Linfomi

Linfomi descritti come «extranodali» o situati in una parte anatomica diversa dai linfonodi (es. linfoma MALT dello stomaco) vanno indicati con il codice appropriato delle categorie da C81 a C88.

Indipendentemente dal numero di regioni colpite, un linfoma non viene mai considerato metastatico.

Ai linfomi non vanno attribuiti i seguenti codici:

- C77.– *Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi*
- C78.– *Tumore maligno secondario dell'apparato respiratorio e del digerente*
- C79.0 *Tumore maligno secondario del rene e della pelvi renale*
- C79.1 *Tumore maligno secondario della vescica e di altri e non specificati organi dell'apparato urinario*
- C79.2 *Tumore maligno secondario della cute*
- C79.4 *Tumore maligno secondario di altre e non specificate parti del sistema nervoso*
- C79.6 *Tumore maligno secondario dell'ovaio*
- C79.7 *Tumore maligno secondario del surrene*
- C79.8 *Tumore maligno secondario di altre sedi specificate*
- C79.9 *Tumore maligno secondario di sede non specificata*

Per la codifica del coinvolgimento osseo di un linfoma maligno va utilizzato il codice

- C79.5 *Tumore maligno secondario dell'osso e del midollo osseo/Focoli ossei (osteomidollari) di linfomi maligni (stati classificabili con C81–C88).*

Per indicare il coinvolgimento delle meningi o dell'encefalo in tumori del tessuto linfatico, ematopoietico e dei tessuti correlati, va utilizzato il codice

- C79.3 *Tumore maligno secondario dell'encefalo e delle meningi cerebrali/Meningosi in tumori del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati*

S0215a Chemioterapia e radioterapia

Questi trattamenti sono rappresentati con il codice CHOP appropriato. I codici ICD-10-GM

Z51.0 *Seduta di radioterapia*

Z51.1 *Seduta di chemioterapia antineoplastica e*

Z51.82 *Seduta combinata di chemioterapia e radioterapia antineoplastica*

non vanno utilizzati.

S0216b Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio

Questi interventi vengono eseguiti p. es. in caso di diagnosi di tumore al seno o all'ovaio nell'anamnesi familiare, di predisposizione genetica, di dolori cronici, d'infezione cronica, di carcinoma mammario lobulare nel seno di parte opposta, di carcinoma in situ della mammella o di mastopatia fibrocistica, ecc. Queste circostanze vanno codificate come diagnosi principale.

Esempio 1

Amputazione della mammella per anamnesi familiare di carcinoma mammario.

DP Z80.3 *Tumore maligno della mammella nell'anamnesi familiare*

Esempio 2

Amputazione della mammella per mastopatia fibrocistica.

DP N60.1 *Mastopatia cistica diffusa*

Esempio 3

Una paziente portatrice del gene del carcinoma mammario è ricoverata per un'amputazione profilattica bilaterale delle mammelle.

DP Z40.00 *Interventi chirurgici per profilassi mammella*

Esempio 4

Una paziente con predisposizione genetica al carcinoma ovarico (positiva alla mutazione del gene BRCA1) è ricoverata per una rimozione delle ovaie profilattica bilaterale.

DP Z40.01 *Interventi chirurgici per profilassi ovaio*

S0217e Cure palliative

Le cure palliative di pazienti oncologici sono indicate con l'appropriato codice CHOP.

Il codice ICD-10-GM Z51.5 *Cure palliative* va codificato come diagnosi secondarie:

- se per il paziente non trasferito non può essere utilizzato un codice per trattamento complesso
- se il paziente è stato trasferito per le cure palliative (vedi anche D15).

S0400 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche

S0401c Nozioni generali

Diabete mellito: tipi

Vi sono diversi tipi di diabete mellito, che nella ICD-10-GM sono classificati come segue:

- E10.– Diabete mellito, tipo 1*
Comprende tutti i DM di tipo 1, tra cui il diabete ad esordio giovanile e l'IDDM (Insulin Dependent DM)
- E11.– Diabete mellito, tipo 2*
Comprende tutti i DM di tipo 2, tra cui il diabete ad esordio nella maturità e il NIDDM (Non Insulin Dependent DM)
- E12.– Diabete mellito correlato a malnutrizione*
Questa forma si manifesta soprattutto in pazienti di Paesi in via di sviluppo. Un diabete mellito nel quadro di una sindrome metabolica non va codificato in questa categoria.
- E13.– Altro tipo di diabete mellito specificato*
Comprende tra l'altro il diabete dopo interventi medici, p.es. il diabete indotto da steroidi
- E14.– Diabete mellito non specificato*
- O24.0 Diabete mellito in gravidanza, preesistente, tipo 1*
- O24.1 Diabete mellito in gravidanza, preesistente, tipo 2*
- O24.2 Diabete mellito in gravidanza, preesistente, correlato a de- o malnutrizione*
- O24.3 Diabete mellito in gravidanza, preesistente non specificato*
- O24.4 Diabete mellito insorto in gravidanza*
- P70.0 Sindrome del neonato di madre con diabete gravidico*
- P70.1 Sindrome del neonato di madre diabetica*
- P70.2 Diabete mellito del neonato*
- R73.0 Anormalità del test di tolleranza al glucosio*
- Z83.3 Diabete mellito nell'anamnesi familiare*

Nota: il trattamento con insulina non identifica il tipo di diabete e non è la prova di una insulino-dipendenza.

Categorie E10–E14

Il **quarto e il quinto carattere** delle categorie *E10–E14* codificano possibili complicanze (p. es.: *.0* per il coma; *.1* per la chetoacidosi; *.2* per le complicanze renali, *.20* per le complicanze renali senza scompenso del diabete; *.74* per il piede diabetico senza scompenso del diabete, ecc.).

S0402a Regole per la codifica del diabete mellito

La codifica del diabete mellito come diagnosi principale o secondaria è regolata in modo dettagliato al fine di una corretta classificazione del caso in funzione del DRG.

Diagnosi principale di diabete mellito con complicanze

In presenza di una forma di diabete mellito codificata con un codice delle categorie da E10.– a E14.– e complicanze diabetiche, per effettuare una codifica corretta si deve prima accertare se al momento dell'ammissione risultava prioritario:

- **il trattamento della malattia di base (diabete mellito) o**
- **il trattamento di una o più complicanze.**

Oltre a ciò, per la codifica è importante sapere quante complicanze diabetiche sono presenti e se tali complicanze soddisfino o no la definizione di diagnosi secondaria (regola G54).

1) La malattia di base diabete mellito è trattata ed esiste solo una complicanza (manifestazione) del DM:

DP E10–E14, con quarto carattere «.6»

CDP Inoltre, si deve indicare un codice per la manifestazione, qualora soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.

Questa istruzione di codifica rappresenta **un'eccezione alle regole della ICD-10** per la codifica del diabete mellito. Secondo questa regola con il quarto carattere «.6» del codice per il diabete si punta a un adeguato DRG del diabete. Per esempio con il quarto carattere «.2», il caso rientrerebbe invece in un DRG renale.

Esempio 1

Un paziente con diabete mellito di tipo 1 è ricoverato in ospedale per uno scompenso metabolico grave. Oltre a ciò, come unica complicanza diabetica è presente una nefropatia che è trattata contemporaneamente.

DP E10.61† Diabete mellito, tipo 1 con altre complicanze specificate, definito come scompensato

CDP N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

Esempio 2

Un paziente con diabete mellito di tipo 1 è ricoverato in ospedale per uno scompenso metabolico grave. Oltre a ciò, come unica complicanza diabetica è presente una nefropatia che però non è trattata.

DP E10.61 Diabete mellito, tipo 1 con altre complicanze specificate, definito come scompensato

2) La malattia di base diabete mellito è trattata ed esistono complicanze (manifestazioni) multiple del DM, senza che il trattamento di una manifestazione sia prioritario:

DP E10–E14, con quarto carattere «.7»

CDP/DS Inoltre, vanno indicati i codici per le singole manifestazioni, qualora soddisfino la definizione di diagnosi secondaria.

Esempio 3

Una paziente affetta da diabete mellito di tipo 1 con complicazioni multiple costituite da un'aterosclerosi delle arterie degli arti, da una retinopatia e da una nefropatia è ricoverata per un grave scompenso metabolico. Durante il ricovero sono trattate anche tutte le complicanze esistenti.

DP E10.73† Diabete mellito, tipo 1 con complicanze multiple, definito come scompensato

CDP I79.2* Angiopatia periferica in malattie classificate altrove

DS H36.0* Retinopatia diabetica

DS N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

Esempio 4

Una paziente affetta da diabete mellito di tipo 1 con complicazioni multiple costituite da un'aterosclerosi delle arterie degli arti, da una retinopatia e da una nefropatia è ricoverata per un grave scompenso metabolico. Le complicazioni non sono trattate.

DP E10.73 Diabete mellito, tipo 1 con complicanze multiple, definito come scompensato

3) Il trattamento di una complicanza (manifestazione) del diabete mellito è prioritario:

DP E10–E14, con quarto carattere corrispondente alla manifestazione

CDP seguito dal relativo codice per questa manifestazione

DS Le ulteriori manifestazioni vanno codificate, sempreché soddisfino la definizione di diagnosi secondaria.

Esempio 5

Un paziente con diabete mellito di tipo 1, con complicanze vascolari periferiche sotto forma di aterosclerosi delle arterie degli arti con dolore a riposo, è ricoverato per un intervento di bypass. Oltre a ciò esiste una retinopatia con considerevole dispendio di risorse dovuto alla limitazione della capacità visiva.

DP E10.50† Diabete mellito, tipo 1 con complicanze del circolo periferico, definito come non scompensato

CDP I79.2* Angiopatia periferica in malattie classificate altrove

DS I70.23 Aterosclerosi delle arterie degli arti: tipo pelvi-gamba, con dolori a riposo

DS E10.30† Diabete mellito insulino-dipendente con complicanze oculari, definito come non scompensato

DS H36.0* Retinopatia diabetica

TP 39.25.-- Bypass aorto-iliaco-femorale

Nota bene: in questo esempio, il codice I70.23 Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolori a riposo serve per specificare meglio la diagnosi definita dal sistema daga-asterisco. Tale codice non va indicato come diagnosi principale.

4) Il trattamento di più complicanze (manifestazioni) del diabete mellito è prioritario:

come diagnosi principale viene codificata la condizione che, in base alla definizione di diagnosi principale, richiede il maggior impiego di risorse mediche.

- DP *E10–E14, con quarto carattere corrispondente alla manifestazione che richiede il maggior impiego di risorse*
- CDP seguito dal relativo codice per la manifestazione che richiede il maggior impiego di risorse
- DS *E10–E14, con quarto carattere corrispondente alla(e) altra(e) manifestazione(i) trattata(e)*
- DS Le ulteriori manifestazioni vanno codificate, sempreché soddisfino la definizione di diagnosi secondaria.

Diabete mellito come diagnosi secondaria

Se il ricovero è stato ordinato per un motivo diverso dal diabete mellito, per una codifica corretta è importante sapere:

- se il diabete mellito soddisfa la definizione di diagnosi secondaria,
- se esistono complicanze del diabete mellito e
- se queste soddisfano la definizione di diagnosi secondaria.

Se il diabete mellito soddisfa la definizione di diagnosi secondaria, allora va codificato. Se sono presenti complicanze (manifestazioni), si deve indicare un codice *E10–E14* con un quarto carattere che codifichi la/le complicanza(e)/manifestazioni. Oltre a ciò, si devono indicare anche le complicanze (manifestazioni), purché queste soddisfino la definizione di diagnosi secondaria.

Tuttavia, in deroga alle regole per la diagnosi principale di diabete mellito:

- non si deve utilizzare «.6» come quarto carattere qualora si possa scegliere un codice specifico per una singola complicanza.
- in caso di complicanze multiple va indicato sempre «.7».

Esempio 6

Una paziente è ricoverata perché cadendo si è procurata una frattura chiusa della testa dell'omero destro senza lesioni dei tessuti molli. Oltre a ciò esiste un diabete mellito di tipo 2 con nefropatia diabetica. Il diabete e la complicanza renale sono trattati con dieta e medicinali.

- DP *S42.21 Frattura dell'estremità superiore dell'omero, testa*
- L *1*
- CDP *X59.9! Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi*
- DS *E11.20+ Diabete mellito, tipo 2 con complicanze renali, definito come non scompensato*
- DS *N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito*

Esempio 7

Una paziente è ricoverata perché cadendo si è procurata una frattura chiusa della testa dell'omero destro senza lesioni dei tessuti molli. Oltre a ciò esiste un diabete mellito di tipo 2 con nefropatia diabetica. Solo il diabete è trattato con dieta e medicinali.

- DP *S42.21 Frattura dell'estremità superiore dell'omero, testa*
- L *1*
- CDP *X59.9! Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi*
- DS *E11.20+ Diabete mellito, tipo 2 con complicanze renali, definito come non scompensato*

Nota bene: vedi regola in D03: i codici a daga (+) possono essere codificati da soli.

S0403a Complicanze specifiche del diabete mellito

In generale, per codificare le complicanze del diabete mellito si devono seguire le istruzioni dei paragrafi precedenti.

Complicanze renali (E10†–E14†, con quarto carattere «.2»)

Le malattie renali che hanno un rapporto causale con il diabete mellito vanno codificate come «Diabete mellito con complicanze renali» E10†–E14†, con quarto carattere «.2». Inoltre, si deve indicare un codice per la manifestazione specifica, sempreché soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.

Esempio 1

Un paziente si presenta per il trattamento di una nefropatia diabetica.

DP E10.20† Diabete mellito, tipo 1 con complicanze renali, definito come non scompensato

CDP N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

Esempio 2

Un paziente con diabete di tipo 1 si presenta per il trattamento di un'insufficienza renale terminale a causa di una nefropatia diabetica.

DP E10.20† Diabete mellito, tipo 1 con complicanze renali, definito come non scompensato

CDP N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

DS N18.5 Malattia renale cronica, stadio 5

Nota: il codice N18.5 Malattia renale cronica, stadio 5 serve in questo esempio per specificare meglio la diagnosi descritta dal sistema daga-asterisco. Tale codice non va indicato come diagnosi principale.

Malattie oculari diabetiche (E10†–E14†, con quarto carattere «.3»)

Le malattie oculari che hanno un rapporto causale con il diabete mellito vanno codificate come «Diabete mellito con complicanze oculari» E10†–E14†, con quarto carattere «.3». Inoltre, si deve indicare un codice per la manifestazione specifica, sempreché soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.

Retinopatia diabetica:

E10†–E14† con quarto carattere «.3»

H36.0*

Diabete mellito con complicanze oculari

Retinopatia diabetica

Retinopatia diabetica con edema maculare della retina va codificata come segue:

E10†–E14† con quarto carattere «.3»

H36.0*

H35.8

Diabete mellito con complicanze oculari

Retinopatia diabetica

Altri disturbi retinici in malattie classificate altrove

Se la malattia oculare diabetica ha come conseguenza la cecità o una riduzione della capacità visiva, va indicato in aggiunta un codice della categoria:

H54.– Cecità e ipovisione.

Cataratta:

una cataratta diabetica va codificata solo qualora esista un rapporto causale tra la cataratta e il diabete mellito:

E10†–E14† con quarto carattere «.3» Diabete mellito con complicanze oculari
H28.0 Cataratta diabetica*

Se non esiste un rapporto causale, nei diabetici la cataratta va codificata come segue:

il codice appropriato da *H25.– Cataratta senile*
 o *H26.– Altra cataratta*

nonché i codici corrispondenti delle categorie *E10–E14 Diabete mellito*.

Neuropatia e diabete mellito (E10†–E14†, con quarto carattere «.4»)

Le malattie neurologiche che hanno un rapporto causale con il diabete mellito vanno codificate come «Diabete mellito con complicanze neurologiche» *E10†–E14†*, con quarto carattere «.4». Inoltre, si deve indicare un codice per la manifestazione specifica, sempreché soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.

Mononeuropatia diabetica:

E10†–E14† con quarto carattere «.4» Diabete mellito con complicanze neurologiche
G59.0 Mononeuropatia diabetica*

Amiotrofia diabetica:

E10†–E14† con quarto carattere «.4» DDiabete mellito con complicanze neurologiche
G73.0 Sindromi miasteniche in malattie endocrine Krankheiten*

Polineuropatia diabetica:

E10†–E14† con quarto carattere «.4» Diabete mellito con complicanze neurologiche
G63.2 Polineuropatia diabetica*

Angiopatia periferica e diabete mellito (E10†–E14†, con quarto carattere «.5»)

Le angiopatie periferiche che hanno un rapporto causale con il diabete mellito vanno codificate come «Diabete mellito con complicanze del circolo periferico» *E10†–E14†*, con quarto carattere «.5». Inoltre, si deve indicare un codice per la manifestazione specifica, sempreché soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.

Diabete mellito con angiopatia periferica:

E10†–E14† con quarto carattere «.5» Diabete mellito con complicanze del circolo periferico
I79.2 Angiopatia periferica in malattie classificate altrove*

Sindrome del piede diabetico (E10–E14, con quarto carattere «.7»)

La diagnosi «Piede diabetico» va codificata con:

E10–E14 con quarto e quinto carattere:

.74 *Diabete mellito con complicanze multiple, con sindrome del piede diabetico, non definito come scompensato*

o

.75 *Diabete mellito con complicanze multiple, con sindrome del piede diabetico, definito come scompensato*

I codici per entrambe le manifestazioni/complicanze della sindrome del piede diabetico

G63.2 Polineuropatia diabetica*

I79.2 Angiopia periferica in malattie classificate altrove*

vanno **indicati successivamente**. Tutte le ulteriori manifestazioni e complicanze presenti vanno codificate come diagnosi secondarie, qualora soddisfino la definizione di diagnosi secondaria.

Nell'allegato si trova un elenco con una selezione delle diagnosi che possono far parte del quadro clinico della «sindrome del piede diabetico».

Esempio 3

Un paziente con diabete mellito di tipo 1 scompensato è ricoverato in ospedale per il trattamento di una sindrome del piede diabetico con ulcera mista dell'alluce destro (in angiopia e neuropatia) ed erisipela della gamba.

DP E10.75† Diabete mellito insulino-dipendente [diabete di tipo 1] con complicanze multiple, con sindrome del piede diabetico, definito come scompensato

CDP G63.2 Polineuropatia diabetica*

DS I79.2 Angiopia periferica in malattie classificate altrove*

DS I70.24 Aterosclerosi delle arterie degli arti: tipo pelvi-gamba, con ulcera

L 1

DS A46 Erisipela

Nota: in questo esempio, il codice *I70.23 Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con ulcera* serve per specificare meglio la diagnosi definita dal sistema daga-asterisco. Tale codice non va indicato come diagnosi principale.

S0404a Sindrome metabolica

In caso di «sindrome metabolica» vanno codificate singolarmente le componenti della sindrome riscontrate (obesità, ipertensione, iperlipidemia e diabete mellito), sempreché soddisfino la definizione di diagnosi secondaria (regola G54).

S0405a Disturbi della secrezione interna del pancreas

I codici

- E16.0* Ipoglicemia da farmaci senza coma
- E16.1* Altra ipoglicemia
- E16.2* Ipoglicemia non specificata
- E16.8* Altri disturbi specificati della secrezione endocrina pancreatica
- E16.9* Disturbo della secrezione endocrina pancreatica non specificato

non vanno utilizzati come diagnosi principale nei diabetici.

S0406a Fibrosi cistica

In un paziente con fibrosi cistica va indicato come diagnosi principale un codice della categoria *E84.*– *Fibrosi cistica*, indipendentemente dalla manifestazione di questa malattia per la quale è stato ricoverato. La manifestazione o le manifestazioni specifiche vanno codificate sempre come diagnosi secondarie.

È necessario tener presente che in casi con manifestazioni combinate va indicato il codice appropriato della categoria *E84.8* *Fibrosi cistica con altre manifestazioni*:

- E84.80* *Fibrosi cistica con manifestazione polmonare e intestinale*
- E84.87* *Fibrosi cistica con altre manifestazioni multiple*
- E84.88* *Fibrosi cistica con altre manifestazioni*

Esempio 1

Una paziente con mucoviscidosi ed infezione da Haemophilus influenzae è ricoverata per il trattamento di una bronchite.

- DP E84.0* *Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari*
- DS J20.1* *Bronchite acuta da Haemophilus influenzae*

Il codice *E84.80* *Fibrosi cistica con manifestazione polmonare e intestinale* **non va utilizzato** se è prioritario p.es. il trattamento della manifestazione intestinale e il ricovero avviene specificatamente per operare una complicanza associata alla manifestazione intestinale. In questi casi va indicata come diagnosi principale:

- E84.1* *Fibrosi cistica con manifestazioni intestinali*

e, in aggiunta, come diagnosi secondaria

- E84.0* *Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari*

Quest'istruzione di codifica rappresenta quindi un'**eccezione** alla regola della ICD-10-GM sulla codifica della fibrosi cistica con manifestazioni combinate.

In caso di degenza ospedaliera che **non riguarda la fibrosi cistica** va indicata come diagnosi principale la malattia (p. es. frattura), mentre si usa come diagnosi secondaria un codice della categoria *E84.*– *Fibrosi cistica*, qualora soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.

S0407e Malnutrizione negli adulti

Per la definizione degli stadi si rimanda all'allegato.

Codifica:

- La diagnosi deve essere posta dal medico curante.
- Può essere codificata una malnutrizione ICD-10-GM *E43 Grave malnutrizione proteico-energetica non specificata*, se è stata effettuata **una** delle seguenti procedure:
 - 89.0A.4– *Terapia dietetica multimodale*

oppure

 - 89.0A.32 *Consulenza e terapia dietetica*

di almeno 2 unità di trattamento da parte di una/un dietista dipl. SSS/SUP.
- Può essere codificata una malnutrizione ICD-10-GM *E44.– Malnutrizione proteico-energetica di grado moderato e lieve*, se è stata effettuata **almeno una** delle seguenti procedure:
 - 89.0A.32 *Consulenza e terapia dietetica*
 - 89.0A.4– *Terapia dietetica multimodale*
 - 96.6 *Infusione enterale di sostanze nutrizionali concentrate, almeno 5 giorni di trattamento*
 - 99.15 *Infusione parenterale di sostanze nutrizionali concentrate, almeno 5 giorni di trattamento*

Osservazione: I codici *E43* e *E44.–* possono essere utilizzati solo se sono soddisfatti i rispettivi criteri descritti nell'allegato. Se i criteri non sono soddisfatti (definizione di malnutrizione e/o procedura) va utilizzata la codifica *E46 Malnutrizione proteico energetica non specificata*.

Nei casi in cui sono documentate sia una malnutrizione proteico-energetica (*E43, E44.0, E44.1, E46*) sia una cachessia (*R64*), va indicato solamente il codice della malnutrizione *E4–* (evitare doppia codifica).

S0408e Malnutrizione nei bambini

Per la definizione degli stadi si rimanda all'allegato.

Codifica:

- La diagnosi deve essere posta dal medico curante.
- Può essere codificata una malnutrizione ICD-10-GM *E43 Grave malnutrizione proteico-energetica non specificata*, se è stata effettuata **una** delle seguenti procedure:
 - 89.0A.4– *Terapia dietetica multimodale***oppure**
 - 89.0A.32 *Consulenza e terapia dietetica*
 di almeno 2 unità di trattamento da parte di una/un dietista dipl. SSS/SUP.
- Può essere codificata una malnutrizione ICD-10-GM *E44.– Malnutrizione proteico-energetica di grado moderato e lieve*, se è stata effettuata **almeno una** delle seguenti procedure:
 - 89.0A.32 *Consulenza e terapia dietetica*
 - 89.0A.4– *Terapia dietetica multimodale*
 - 96.6 *Infusione enterale di sostanze nutrizionali concentrate, almeno 5 giorni di trattamento*
 - 99.15 *Infusione parenterale di sostanze nutrizionali concentrate, almeno 5 giorni di trattamento*

Osservazione: il codici *E43* e *E44.–* possono essere utilizzati solo se sono soddisfatti i rispettivi criteri descritti nell'allegato. Se i criteri non sono soddisfatti (definizione di malnutrizione e/o procedura) va utilizzata la codifica *E46 Malnutrizione proteico-energetica non specificata*.

Nei casi in cui sono documentate sia una malnutrizione proteico-energetica (*E43, E44.0, E44.1, E46*) sia una cachessia (*R64*), va indicato solamente il codice della malnutrizione *E4-* (evitare doppia codifica).

S0500 Disturbi psichici e comportamentali

S0501a Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (droghe, farmaci, alcol, nicotina)

Vanno osservate le indicazioni generali sulle categorie *F10–F19* della ICD-10-GM.

Intossicazione acuta non accidentale (ubriacatura)

In un'intossicazione acuta (ubriacatura acuta) si utilizza un codice delle categorie *F10–F19*, con quarto carattere «.0», eventualmente insieme a un ulteriore codice *F10–F19* con quarto carattere. Nel caso che l'intossicazione acuta sia il motivo del ricovero, essa andrà codificata come diagnosi principale.

Esempio 1

Noto etilista ricoverato in stato alcolico avanzato.

DP F10.0 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, intossicazione acuta

DS F10.2 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, sindrome di dipendenza

Esempio 2

Dopo una festa di compleanno, un adolescente viene ricoverato in forte stato d'ebbrezza.

DP F10.0 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol

Intossicazione acuta accidentale

Vedi capitolo S1900.

Uso dannoso

Se vi è un'associazione tra l'abuso di alcol o droghe e una determinata(e) malattia(e), va usato un codice con quarto carattere «.1». Questa condizione è p. es. descritta con i termini «dovuto all'uso di alcol» o «associato all'uso di droghe».

Esempio 3

Paziente con esofagite dovuta all'uso di alcol.

DP K20 Esofagite

DS F10.1 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, uso dannoso

Riguardo alla definizione precedente va tenuto presente che non va attribuito un quarto carattere «.1» in caso di malattia specifica causata dall'abuso di droghe o alcol, in particolare una sindrome di dipendenza o un disturbo psicotico.

S0600 Malattie del sistema nervoso

S0601a Colpo apoplettico acuto

Fintanto che il paziente riceve un **trattamento ospedaliero continuo** del colpo apoplettico e delle conseguenze immediate (deficit), si deve impiegare un codice delle categorie I60–I64 (malattie cerebrovascolari) con i codici appropriati per i deficit (p. es. emiplegia, afasia, emianopsia, negligenza). **In caso di nuova degenza ospedaliera acuta (ritrasferimento dalla riabilitazione o riammissione), a prescindere dal periodo intercorso tra le due degenze, non va nuovamente codificato il colpo apoplettico acuto.**

Esempio 1

Un paziente è colpito da infarto cerebrale con emiplegia flaccida destra e afasia ed è ospedalizzato per un trattamento in regime di ricovero. Alla radiografia si nota un'occlusione dell'arteria cerebrale media.

DP	I63.5	Infarto cerebrale da occlusione o stenosi non specificata delle arterie cerebrali
L	2	
DS	G81.0	Emiplegia flaccida
L	1	
DS	R47.0	Afasia

Si codificano l'infarto cerebrale come diagnosi principale e tutti i disturbi funzionali presenti come diagnosi secondarie. Lo stesso vale per tutti i disturbi funzionali su esiti di ischemia cerebrale transitoria ancora presenti in ospedale.

S0602c Colpo apoplettico «pregresso»

Qualora il paziente abbia un'anamnesi di colpo apoplettico remoto con deficit neurologici presenti al momento del ricovero, che avviene per altri motivi, si codificano i deficit neurologici (p. es. emiplegia, afasia, emianopsia, negligenza) in conformità alla definizione di diagnosi secondaria (regole G54) e poi si attribuisce un codice della categoria I69.– Sequele di malattia cerebrovascolare.

Esempio 1

Una paziente è stata ricoverata con una polmonite da pneumococco. La paziente era stata colpita tre anni prima da un colpo apoplettico acuto e da allora è in trattamento con antiaggreganti piastrinici per la profilassi delle recidive. Sussiste un'emiparesi spastica sinistra residua che ha reso necessaria un'assistenza intensiva.

DP	J13	Polmonite da <i>Streptococcus pneumoniae</i>
DS	G81.1	Emiplegia spastica
L	2	
DS	I69.4	Sequela di ictus, senza specificazione se da emorragia o da infarto

Disturbi funzionali

In caso di colpo apoplettico pregresso (esiti di), **la disfagia e l'incontinenza urinaria e fecale** sono codificate solo qualora siano soddisfatti determinati criteri (vedi S1801 e S1802).

S0603a Paraplegia e tetraplegia non traumatica

Per la codifica di una tetraplegia/paraplegia traumatica, vedi capitolo S1905 «Lesioni del midollo spinale».

Fase iniziale (acuta) della paraplegia/tetraplegia non traumatica

La fase «acuta» di una paraplegia/tetraplegia non traumatica comprende ricoveri iniziali per deficit funzionale di origine non traumatica, come ad esempio in caso di mielite trasversa o infarto del midollo spinale. Può essere anche il caso di una malattia trattata con terapia conservativa o chirurgica che si trova in fase di remissione, ma che è peggiorata e ora richiede trattamenti intensivi come quelli istituiti in pazienti ricoverati per la prima volta.

Qualora venga trattata una malattia che provoca una lesione acuta del midollo spinale (p. es. una mielite), vanno utilizzati i seguenti codici:

la malattia in questione come diagnosi principale, p. es. mielite diffusa

G04.9 Encefalite, mielite ed encefalomielite non precisate

e un codice da

G82.– Paraplegia e tetraplegia, con quinto carattere «0» o «1».

Per l'altezza funzionale della lesione va inoltre aggiunto il codice appropriato da

G82.6–! Altezza funzionale della lesione del midollo spinale

Fase tardiva (cronica) di una paraplegia/tetraplegia di origine non traumatica

Si parla di fase cronica di una paraplegia/tetraplegia quando il trattamento della malattia acuta (p. es. una mielite) che ha causato le paralisi è al momento concluso. Se il paziente viene ricoverato in questa fase cronica per il trattamento della paraplegia/tetraplegia, come diagnosi principale va utilizzato un codice della categoria:

G82.– Paraplegia e tetraplegia, con quinto carattere «2» o «3»

Se per contro un paziente è ricoverato per il trattamento di un'altra malattia, come p. es. un'infezione urinaria, una frattura del femore, ecc., va codificata la malattia da trattare seguita da un codice della categoria:

G82.– Paraplegia e tetraplegia, con quinto carattere «2» o «3»

e dai codici delle altre malattie del paziente. La sequenza di queste diagnosi deve basarsi sulla definizione di diagnosi principale.

Per l'altezza funzionale della lesione va inoltre aggiunto il codice appropriato da:

G82.6–! Altezza funzionale della lesione del midollo spinale

S0604d Disturbi dello stato di coscienza

Perdita di coscienza

Se la perdita di coscienza di un paziente **non** è associata a un traumatismo vanno utilizzati i seguenti codici:

- R40.0 *Sonnolenza*
- R40.1 *Stupor*
- R40.2 *Coma non specificato*

Disturbi severi dello stato di coscienza

Vegetative State (VS) / Minimally Conscious State (MCS)

L'MCS è definito come una condizione con stato di coscienza severamente alterato, che presenta minime ma nette caratteristiche comportamentali che possono essere comprovate in modo riproducibile e che possono rivelare una coscienza di sé o dell'ambiente.

L'esatta classificazione e attribuzione dello MCS avviene attraverso la Coma Remissions Skala revised (CRS-r) e consta nel risultato delle valutazioni effettuate nelle cinque subscale del CRS: CRS uditiva – CRS visiva – CRS motoria – CRS oromotoria – CRS di comunicazione. Questa valutazione non è applicabile in modo attendibile per i pazienti di meno di 12 anni.

Suddivisione in stadi dei disturbi severi dello stato di coscienza

Punteggio subscale CRS-r	Vegetative State (VS)	Minimally Conscious State minus (MCS-)	Emerge from Minimally Conscious State (MCS+)
Facoltà uditive	≤ 2 e	3–4 o	
Facoltà visive	≤ 1 e	2–5 o	
Facoltà motorie	≤ 2 e	3–5 o	6 o
Facoltà oromotorie	≤ 2 e	3 o	
Facoltà comunicative	= 0	1	2–3

Ovvero:

- si è in presenza dello Vegetative State (VS) se tutte le condizioni dell'VS sono soddisfatte.
- si è in presenza di uno Minimally Conscious State minus (MCS-) se **un'unica subscale** soddisfa i criteri previsti dall'MCS e gli altri corrispondono allo stadio VS.
- si è in presenza di un Emerge from Minimally Conscious State (MCS+) se i criteri della subscale delle facoltà motorie o della subscale delle facoltà comunicative sono soddisfatti e se le altre subscale presentano valori di VS o di MCS-.

La suddivisione in stadi può avvenire solo se sono trascorse 24 ore dall'interruzione della sedazione presso l'unità di cure intensive e alla condizione che non ci siano disturbi o fattori di origine medicamentosa che possono aver contribuito a causare i stadi VS/MCS (eventualmente con documentazione di analisi del sangue). Un disturbo di coscienza viene codificato con *G93.80 Sindrome apallica*:

- si è in presenza di un disturbo severo dello stato di coscienza allo stadio di Vegetative State (VS) (sinonimo: Unresponsive Wakefulness Syndrome UWS) oppure di Minimally Conscious State (MCS-) conformemente alle definizioni di cui sopra.

Nota bene: ai disturbi dello stato di coscienza che non soddisfano i criteri di VS e di MCS- non va attribuito il codice *G93.80*, fra essi rientra ad es. anche lo stadio Emerge from Minimally Conscious State (MCS+).

Bibliografia: Giacino, J et al. (2006). Coma Recovery Scale-Revised. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury

S0605e Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test)

In caso di ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test), la malattia è indicata come diagnosi principale, insieme agli appropriati codici di procedura.

Il codice

Z45.80 Adattamento e manutenzione di neurostimolatore

non viene utilizzato.

(La stessa regola si applica a S1805: Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore per la terapia del dolore).

S0606e Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test)

In caso di ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test), come diagnosi principale va indicato il codice

Z45.80 Adattamento e manutenzione di neurostimolatore

insieme agli appropriati codici di procedura. La malattia di base è codificata come diagnosi secondaria solo qualora soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.

(La stessa regola si applica a S1806: Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore per la terapia del dolore).

S0700 Malattie dell'occhio e degli annessi oculari

S0701a Insuccesso o rigetto di un trapianto di cornea

L'insuccesso ed il rigetto di un trapianto di cornea devono essere codificati con il codice

T86.83 Insuccesso e rigetto di trapianto di cornea.

Le diagnosi secondarie associate al rigetto o all'insuccesso di un trapianto di cornea vanno codificate in aggiunta a *T86.83*, p.es.:

H16.– Cheratite

H18.– Altri disturbi della cornea

H20.– Iridociclite

H44.0 Endoftalmite purulenta

H44.1 Altra endoftalmite

Z96.1 Presenza di lente intraoculare

Secondo la regola D05 non viene impiegato il codice *Z94.7 Stato dopo trapianto corneale*.

S0800 Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide

S0801a Ipoacusia e sordità

Le diagnosi d'ipoacusia e sordità possono essere codificate con un codice adeguato delle seguenti categorie:

H90.– Sordità da difetto di trasmissione e/o neurosensoriale

e

H91.– Altra perdita uditiva

Nelle seguenti situazioni sono codificate come diagnosi principali:

- esame dei bambini quando è stata eseguita una TAC con sedazione o un test uditivo
- perdita improvvisa dell'udito nell'adulto.

S0802d Adattamento e manutenzione di apparecchio acustico

In questo caso occorre codificare solo

Z45.3 Adattamento e manutenzione di apparecchio acustico

assieme ai codici delle procedure corrispondenti.

S0900 Malattie del sistema circolatorio

S0901a Ipertensione e malattie in caso di ipertensione

Cardiopatía ipertensiva (I11.–)

Se una malattia cardiaca è in **rapporto causale** con l'ipertensione, si deve indicare prima un codice per la cardiopatía (p. es. da I50.– *Insufficienza cardiaca* o I51.– *Complicanze e descrizioni mal definite di cardiopatía*), seguito da I11.– *Cardiopatía ipertensiva*.

Se per la cardiopatía non è disponibile alcun altro codice della ICD-10-GM all'infuori di I11.– *Cardiopatía ipertensiva*, quest'ultimo va indicato da solo.

Tuttavia, se la cardiopatía e l'ipertensione **non** mostrano tra loro alcun rapporto causale, esse vanno codificate separatamente.

Malattia renale ipertensiva (I12.–)

Se una malattia renale è in **rapporto causale** con l'ipertensione, si deve indicare prima un codice per la malattia renale (p. es. da N18.– *Malattia renale cronica*), seguito da I12.– *Malattia renale ipertensiva*.

Se per la malattia renale non è disponibile alcun altro codice della ICD-10-GM all'infuori di I12.– *Malattia renale ipertensiva*, quest'ultimo va indicato da solo.

Tuttavia, se la malattia renale e l'ipertensione **non** mostrano tra loro alcun rapporto causale, esse vanno codificate separatamente.

Malattia ipertensiva cardiaca e renale (I13.–)

Nei casi in cui siano presenti sia una cardiopatía ipertensiva (I11.–), sia una malattia renale ipertensiva (I12.–), va attribuito un codice sia alla cardiopatía (p. es. da I50.– *Insufficienza cardiaca*) sia alla malattia renale (p. es. da N18.– *Malattia renale cronica*), seguiti da I13.– *Malattia ipertensiva cardiaca e renale*.

Se per la malattia cardiaca e renale non sono disponibili altri codici della ICD-10-GM all'infuori di I13.– *Malattia ipertensiva cardiaca e renale*, quest'ultimo va indicato da solo.

La diagnosi principale va scelta conformemente alla definizione di diagnosi principale (regola G52).

S0902e Cardiopatia ischemica

Angina pectoris (I20.–)

Se il paziente soffre di angina pectoris, il codice appropriato va indicato prima del codice per l'aterosclerosi coronarica. Se si ricovera un paziente con angina pectoris instabile che durante la degenza ospedaliera porta a un infarto del miocardico, si deve indicare solo il codice per l'infarto miocardico.

Tuttavia, se il paziente sviluppa un'angina pectoris postinfartuale, si può indicare in aggiunta il codice *I20.0 Angina pectoris instabile*.

Sindrome coronarica acuta (acute coronary syndrom ACS)

Questo termine comprende le fasi della cardiopatia coronarica che possono minacciare direttamente la vita. Le affezioni vanno dall'angina pectoris instabile all'infarto miocardico acuto, fino alla morte cardiaca improvvisa. Non si tratta affatto di malattie diverse, bensì di stadi della cardiopatia coronarica che evolvono l'uno nell'altro. Poiché queste malattie hanno confini poco definiti, i pazienti con dolori toracici e sospetto di una sindrome coronarica acuta sono suddivisi in categorie in base all'ECG e ai marker biochimici cardiaci (troponina):

Diagnosi	ICD-10-GM	Laboratorio/ECG
Angina pectoris instabile	<i>I20.0 instabile Angina pectoris</i>	Troponina neg; ECG: nessun sopraslivellamento ST
NSTEMI (Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) o Sindrome coronarica acuta troponina-positiva Acute Coronary Syndrom(ACS)	<i>I21.4 Infarto miocardico acuto subendocardico</i>	Troponina pos; ECG: nessun sopraslivellamento ST
STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction)	<i>I21.0–3 Infarto miocardico acuto trasmurale (secondo la sede)</i>	Troponina pos; ECG pos. (sopraslivellamento ST)
ACS n.n.b (Acute Coronary Syndrom)	<i>I24.9 Cardiopatia ischemica acuta non specificata</i>	Nessuna indicazione

Nota bene: l'angina pectoris stabile (*I20.1–I20.9*) non fa parte della sindrome coronarica acuta (ACS).

Infarto miocardico acuto

Un infarto miocardico definito acuto o risalente a non più di 4 settimane fa (28 giorni) va indicato con un codice della categoria *I21.– Infarto miocardico acuto*.

In questo caso, i codici della categoria *I21.– Infarto miocardico acuto* vanno impiegati sia per il trattamento iniziale di un infarto nel primo ospedale che ricovera il paziente infartuato, sia nelle altre strutture in cui il paziente è ricoverato o trasferito entro quattro settimane (28 giorni) dall'infarto.

Reinfarto – infarto miocardico recidivante

Se entro 28 giorni dopo il primo infarto cardiaco il paziente manifesta un secondo infarto, tale infarto va indicato con un codice della categoria *I22.– Infarto miocardico recidivante*.

Infarto miocardico pregresso

I25.2– *Infarto miocardico pregresso* codifica una **diagnosi anamnestica**, non è compresa tra i codice Z «esiti di» del capitolo XXI. Essa va codificata addizionalmente nel caso in cui sia importante per il trattamento attuale (vedi anche D05).

Cardiopatía ischemica trattata in precedenza con terapie chirurgiche o interventistiche

Se durante la degenza ospedaliera attuale viene trattata una cardiopatía ischemica già trattata in precedenza con terapie chirurgiche o interventistiche, bisogna procedere nel seguente modo:

Qualora i bypass/stent preesistenti siano pervi e sia eseguito un nuovo intervento per trattare altri segmenti vascolari, vanno utilizzati i codici

- I25.11 *Cardiopatía aterosclerotica: Malattia di un vaso*
- I25.12 *Cardiopatía aterosclerotica: Malattia di due vasi*
- I25.13 *Cardiopatía aterosclerotica: Malattia di tre vasi*
- o
- I25.14 *Cardiopatía aterosclerotica: Stenosi del tronco comune sinistro e uno dei due*
- Z95.1 *Portatore di bypass aortocoronarico*
- o
- Z95.5 *Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica.*

I codici

- I25.15 *Cardiopatía aterosclerotica con stenosi di bypass*
- I25.16 *Cardiopatía aterosclerotica con stent stenotico*

vanno utilizzati **solo** quando il bypass/stent stesso è coinvolto.

In questo caso **non** va indicata come diagnosi secondaria

- Z95.1 *Portatore di bypass aortocoronarico*
- Z95.5 *Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica.*

Esempio 1

Un paziente è stato ricoverato per un'angina instabile sviluppatasi tre anni dopo un intervento di bypass. L'angiografia ha mostrato una stenosi all'interno del bypass venoso.

DP I25.15 Cardiopatía aterosclerotica con stenosi di bypass

La condizione per l'attribuzione del codice

- Z95.1 *Portatore di bypass aortocoronarico*
- o
- Z95.5 *Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica*

è, oltre alla presenza di informazioni anamnestiche sul precedente intervento di bypass coronarico o di angioplastica coronarica, il fatto che questi dati siano importanti per l'attuale trattamento ospedaliero (vedi definizione di diagnosi secondaria G54).

S0903a Trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico

Di primaria importanza per la codifica di occlusioni di stent o bypass è sapere se si tratta di occlusioni **CON o SENZA** infarto miocardico.

Nell'occlusione **senza** infarto miocardico si distingue tra trombosi coronarica e occlusione cronica. Se la trombosi è soggetta a un trattamento locale specifico, essa va codificata addizionalmente come complicanza dell'impianto vascolare.

Regole di codifica per la trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico

1. Ogni occlusione di stent o bypass coronarico e **conseguente infarto miocardico** va codificata primariamente con *I21.– Infarto miocardico acuto*. Ciò vale sia per la trombosi acuta (dello stent), sia per l'occlusione in seguito a progressione della malattia di base.

Il codice *T82.8 Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari* viene indicato addizionalmente solo se la trombosi è sottoposta a trattamento specifico locale, p. es. a *36.04 Infusione trombolitica intracoronarica*.

In caso di nuova PTCA isolata con o senza posa di stent o di nuovo intervento di bypass non va utilizzato il codice *T82.8*, bensì *Z95.1 Portatore di bypass aortocoronarico*.

2. In presenza di occlusione di stent o bypass **senza infarto miocardico**, si distingue in base all'eziologia:

- una trombosi va codificata primariamente con *I24.0 Trombosi coronarica non esitante in infarto miocardico*.

Il codice *T82.8 Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari* viene indicato addizionalmente solo se la trombosi è sottoposta a trattamento specifico locale, p. es. a *36.04 Infusione trombolitica intracoronarica*.

In caso di nuova PTCA isolata con o senza posa di stent o di nuovo intervento di bypass non va utilizzato il codice *T82.8*, bensì *Z95.1 Portatore di bypass aortocoronarico*.

- Un'occlusione causata da proliferazione intimale (es. progressione della malattia aterosclerotica di base) viene codificata primariamente con:

I25.15 Cardiopatia aterosclerotica con stenosi di bypass,

o

I25.16 Cardiopatia aterosclerotica con stent stenotico.

In questo caso non vanno indicati *Z95.1* o *Z95.5* come diagnosi secondarie.

Esempio 1

Paziente con infarto miocardico acuto su occlusione trombotica di uno stent impiantato 2 mesi prima.

Come terapia si procede all'impianto di un nuovo stent BMS.

DP I21.– Infarto miocardico acuto

DS Z95.5 Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica

TP 00.66.2– Angioplastica coronarica [PTCA], in relazione al tipo di palloncino

TS 00.40 Intervento su un vaso

TS 00.45 Inserzione di uno stent vascolare

TS 36.06 Inserzione di stent(s) coronarico senza liberazione di sostanze medicamentose

Esempio 2

Paziente con infarto miocardico acuto su occlusione trombotica di uno stent impiantato 2 mesi prima. Come terapia si procede all'impianto di un nuovo stent BMS, inoltre nella stessa seduta viene trattata la trombosi dello stent p. es. mediante infusione intracoronarica.

DP	I21.–	Infarto miocardico acuto
DS	T82.8	Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari
DS	Y82.8!	Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici
TP	00.66.2–	Angioplastica coronarica [PTCA], in relazione al tipo di palloncino
TS	00.40	Intervento su un vaso
TS	00.45	Inserzione di uno stent vascolare
TS	36.06	Inserzione di stent(s) coronarico senza liberazione di sostanze medicamentose
TS	36.04	Infusione trombolitica intracoronarica

Esempio 3

Paziente con cardiopatia coronarica cronica. La coronarografia evidenzia un'occlusione del bypass LIMA. Terapia conservativa, si pianifica un reintervento.

DP	I25.15	Cardiopatia aterosclerotica con stenosi di bypass
TP	88.5–	Angiocardiografia
TS	37.21-23	Cateterismo cardiaco

Esempio 4

Paziente con occlusione trombotica di stent. Si riesce a riaprire lo stent mediante trombolisi locale, non si sviluppa un infarto miocardico.

DP	I24.0	Trombosi coronarica non esitante in infarto miocardico
DS	T82.8	Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari
DS	Y82.8!	Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici
TP	00.66.--	Angioplastica coronarica (PTCA)
TS	00.40	Intervento su un vaso
TS	36.04	Infusione trombolitica intracoronarica

S0904d Cardiopatie valvolari

Nelle cardiopatie valvolari si distinguono:

- malattia congenita (va codificata con un codice «Q»);
- malattia acquisita, di origine reumatica;
- cardiopatia valvolare acquisita, di origine non reumatica o non specificata.

Nella classificazione delle affezioni delle valvole cardiache, la ICD-10-GM tiene conto di distribuzioni di frequenza che non sono propriamente caratteristiche della Svizzera. Questa situazione può essere illustrata prendendo in considerazione i difetti mitralici. Un'insufficienza mitralica di origine non specificata è indicata con un codice della categoria *I34 Disturbi non reumatici della valvola mitralica*, mentre una stenosi non altrimenti specificata è codificata con un codice della categoria *I05 Malattie reumatiche della valvola mitralica*.

Discostandosi dalla classificazione della ICD-10-GM (vedi sopra), in Svizzera le affezioni delle valvole cardiache con causa non specificata sono indicate mediante i codici delle categorie da *I34* a *I37* (vedi tabella).

		Definito come non reumatico	Definito come reumatico	Non specificato
Valvola mitralica	Insufficienza	<i>I34.0</i>	<i>I05.1</i>	<i>I34.0</i>
	Stenosi	<i>I34.2</i>	<i>I05.0</i>	<i>I34.2</i>
	Stenosi con insufficienza	<i>I34.80</i>	<i>I05.2</i>	<i>I34.80</i>
Valvola aortica	Insufficienza	<i>I35.1</i>	<i>I06.1</i>	<i>I35.1</i>
	Stenosi	<i>I35.0</i>	<i>I06.0</i>	<i>I35.0</i>
	Stenosi con insufficienza	<i>I35.2</i>	<i>I06.2</i>	<i>I35.2</i>
Valvola tricuspide	Insufficienza	<i>I36.1</i>	<i>I07.1</i>	<i>I36.1</i>
	Stenosi	<i>I36.0</i>	<i>I07.0</i>	<i>I36.0</i>
	Stenosi con insufficienza	<i>I36.2</i>	<i>I07.2</i>	<i>I36.2</i>
Valvola polmonare	Insufficienza	<i>I37.0</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.0</i>
	Stenosi	<i>I37.1</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.1</i>
	Stenosi con insufficienza	<i>I37.2</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.2</i>

Affezione di diverse valvole cardiache

In caso di affezioni che interessano diverse valvole cardiache, occorre codificare nel modo più specifico possibile secondo la tabella di cui sopra, negli altri casi vanno utilizzati i corrispondenti codici della categoria *I08 Malattie valvolari multiple*.

S0905a Pacemaker/defibrillatori

Nota: le affermazioni fatte per i pacemaker valgono analogamente anche per i defibrillatori.

A un paziente con pacemaker / defibrillatore si deve attribuire il codice *Z95.0 Portatore di dispositivo elettronico cardiaco*.

Pacemaker permanente

Qualora si **rimuova un pacemaker temporaneo e s'implanti un pacemaker permanente**, il pacemaker permanente va codificato come primo impianto e non come sostituzione.

Il **controllo** del pacemaker viene eseguito di routine durante il ricovero ospedaliero per impianto di pacemaker e pertanto in questo momento non va indicato un codice procedurale particolare. Un controllo in un altro momento (non in associazione con un impianto durante lo stesso ricovero) va indicato con i codici *89.45–89.49 Controllo di un pacemaker*.

Ricovero ospedaliero per il cambio di un aggregato (= cambio della batteria/del generatore d'impulsi) di un pacemaker/defibrillatore

Va indicato solo il codice

Z45.0– Adattamento e manutenzione di dispositivo (elettronico) cardiaco

insieme agli appropriati codici di procedura.

Complicanze del pacemaker/defibrillatore

Le complicanze del pacemaker / defibrillatore vanno codificate con uno dei seguenti codici:

T82.1 Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco

Questo codice contiene il disturbo funzionale del pacemaker e degli elettrodi.

T82.7 Infezione e reazione infiammatoria da altri dispositivi, impianti ed innesti cardiaci e vascolari

T82.8 Altre complicanze di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari

S0906a Esami di controllo successivi a trapianto cardiaco

Negli esami di controllo successivi a trapianto cardiaco si deve indicare come diagnosi principale il codice

Z09.80 Visita medica di controllo dopo trapianto d'organo

e come diagnosi secondaria il codice

Z94.1 Presenza di trapianto cardiaco.

S0907a Edema polmonare acuto

Un edema polmonare acuto va codificato in base alla causa primaria, p. es. il frequentissimo edema polmonare cardiaco acuto con *I50.14 Insufficienza ventricolare sinistra con disturbi a riposo*.

Vedi anche le istruzioni e le esclusioni riguardanti il codice J81 Edema polmonare acuto nella ICD-10-GM.

S0908c Arresto cardiaco

L'arresto cardiaco o l'arresto cardiorespiratorio (*I46.– Arresto cardiaco*) vanno codificati solo se sono stati praticati interventi di rianimazione durante la degenza ospedaliera o se in ospedale sono stati praticati interventi di rianimazione, indipendentemente dal risultato per il paziente. L'arresto cardiaco non va indicato come diagnosi principale, qualora sia nota la causa primaria.

Qualora si pratici una rianimazione in caso di arresto cardiaco, va indicato in aggiunta anche il codice CHOP per la rianimazione.

S0909c Revisioni o reinterventi su cuore e pericardio

La regola è stata cancellata, vedi regola P08 per le codifiche di revisioni e reinterventi.

S1000 Malattie del sistema respiratorio

S1001d Ventilazione meccanica

Definizione

La ventilazione meccanica o artificiale, o respirazione assistita, è una tecnica in cui i gas sono spinti nei polmoni da un dispositivo meccanico. La respirazione viene sostenuta potenziando o sostituendo la capacità respiratoria propria del paziente. In genere, nella ventilazione artificiale il paziente è intubato o tracheotomizzato e viene ventilato in modo continuo. Nei pazienti sottoposti a cure intensive*, la ventilazione meccanica può avvenire anche attraverso sistemi a maschera, che sostituiscono l'intubazione o la tracheotomia comunemente usate. CPAP è una misura di sostegno della respirazione e non una forma di ventilazione meccanica.

* E cure intensive devono essere documentate in modo da poterle ricostruire (sorveglianza, protocolli di ventilazione, ecc.) e richiedono un'adeguata infrastruttura e dotazione di personale. Deve trattarsi di unità di cure intensive riconosciute (le unità di cure intermedie e le sale di risveglio sono escluse). I pazienti che non richiedono cure intensive (es. già ventilati meccanicamente a domicilio e ora ammessi per una chemioterapia pianificata) non fanno parte di questo gruppo.

Codifica

Se una ventilazione meccanica soddisfa la definizione riportata sopra, si deve registrare:

- la **durata in ore** della ventilazione meccanica. Allo scopo è stato creato un campo separato specifico nel record della statistica medica, la variabile 4.4.V01.

- il seguente codice

*93.9B Procedure per assicurare la pervietà delle vie aeree per la respirazione assistita
(Inserzione di tubo endotracheale)*

e/o il codice appropriato tra

31.1 Tracheostomia temporanea

o

31.29 Tracheostomia permanente

se per eseguire la ventilazione artificiale è stata confezionata una tracheostomia/tubo;

- nei **neonati e lattanti** va indicato il codice

*93.9C.11 Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua
(CPAP) di neonati e lattanti*

Per questo codice va rilevata la durata della ventilazione. Per i neonati e i lattanti, per durata della ventilazione s'intende sia la durata della ventilazione invasiva sia quella della ventilazione non invasiva come pure la durata del sostegno della respirazione con pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP). Ciò vale sia per l'unità di cure intensive neonatologiche sia per quella di cure intermedie neonatologiche.

Nota: L'applicazione di una High-Flow cannula nasale nei neonati vanno codificate con *93.9C.12 Assistenza respiratoria mediante cannule nasali ad alto flusso (sistema HFNC) di neonati e lattanti*, presa in conto la «Nota» sotto il codice. In questi casi la durata del sostegno della respirazione non va codificata come ore di ventilazione.

- **Nel caso particolare di pazienti con ventilazione meccanica a domicilio attraverso tracheostomia o maschera**, bisogna procedere in modo **analogo alla regola** per i pazienti in cure intensive che ricevono una ventilazione meccanica tramite sistemi a maschera. Ciò significa che vanno registrati i tempi di ventilazione, se si tratta di un «paziente con assistenza medica intensiva» (**cure intensive riconosciute**).

Calcolo della durata della ventilazione

I tempi di ventilazione meccanica sono calcolati in ogni unità di cure intensive in base alle seguenti regole: il tempo di ventilazione si calcola moltiplicando il numero di turni di cura con ventilazione (almeno 2 ore di ventilazione per turno nel caso di 3 turni di 8 ore al giorno; almeno 3 ore nel caso di 2 turni di 12 ore al giorno) per la durata dei turni (così le ore di ventilazione sono sempre multipli di 8 o di 12).

Se la ventilazione meccanica è assicurata dal team dell'unità di cure intensive (medici e infermieri) durante il trasporto e gli esami fuori dall'unità di cure intensive, questo tempo viene sommato al totale di ore di ventilazione meccanica nell'unità di cure intensive. Per contro, una ventilazione meccanica avviata per eseguire un intervento chirurgico o durante lo stesso non viene contata nel totale di ore di respirazione assistita. Ciò significa che la ventilazione meccanica eseguita nel quadro di un'anestesia operatoria è considerata parte integrante dell'intervento chirurgico e non appartiene alla terapia intensiva.

In caso di uno o più periodi di ventilazione artificiale durante una degenza ospedaliera, il totale di ore di ventilazione meccanica va calcolato secondo le regole sopra esposte.

Inizio della durata della ventilazione

La durata della ventilazione meccanica si calcola a partire da uno dei seguenti eventi:

- **Intubazione endotracheale**

Per i pazienti intubati per ricevere una ventilazione meccanica, il calcolo della durata inizia dal collegamento al dispositivo di respirazione assistita.

Talvolta la cannula endotracheale deve essere sostituita a causa di problemi meccanici. La fase di rimozione e sostituzione immediata della cannula va considerata in questo caso parte della durata della respirazione assistita; il calcolo della durata non viene interrotto.

Per i pazienti che iniziano una ventilazione meccanica con un'intubazione endotracheale e in seguito sono sottoposti a tracheotomia, il calcolo della durata inizia dall'intubazione, cui si somma la durata della respirazione assistita mediante tracheostomia.

- **Ventilazione con maschera**

Il calcolo della durata comincia dal momento in cui viene azionata la ventilazione meccanica.

- **Tracheotomia**

Il tempo di ventilazione durante la tracheotomia fa parte del tempo totale di respirazione assistita se la tracheotomia viene effettuata nell'unità di cure intensive.

Se la tracheotomia è eseguita in sala operatoria senza che il paziente fosse precedentemente ventilato nell'unità di cure intensive, e se la ventilazione prosegue nell'unità di cure intensive dopo l'intervento, la durata della ventilazione va calcolata a partire dall'ingresso nell'unità di cure intensive.

- **Ammissione di un paziente con ventilazione meccanica**

Per i pazienti che sono già ventilati artificialmente al momento dell'ammissione, la durata si calcola dal momento dell'ammissione (v. anche «Pazienti trasferiti», più avanti).

- **Ammissione di un paziente con ventilazione meccanica postoperatoria**

Per questi pazienti la durata si calcola dall'entrata nell'unità di cure intensive.

Fine della durata della ventilazione

Il calcolo della durata della ventilazione meccanica termina con uno dei seguenti eventi:

- **Estubazione**
- **Fine della respirazione assistita** dopo il periodo di svezzamento.

Nota: per i pazienti con tracheostomia/intubazioni (dopo il periodo di svezzamento) vale: nei pazienti ventilati la cannula tracheale viene lasciata in sede per alcuni giorni (o anche di più, per esempio nelle malattie neuromuscolari/coma) dopo la conclusione della ventilazione meccanica. In questo caso la durata della respirazione assistita viene calcolata fino al momento in cui cessa la ventilazione meccanica.

- **Dimissione, decesso o trasferimento** del paziente che riceve una ventilazione artificiale (v. anche «Pazienti trasferiti», più avanti).

Svezzamento all'interno dell'unità di cure intensive

Il **metodo di svezzamento** dalla respirazione artificiale **non va codificato**.

La **durata dello svezzamento** viene interamente sommata (compresi gli intervalli senza ventilazione durante lo svezzamento) alla durata della ventilazione meccanica (in base alla regola dei turni) di un paziente. Possono verificarsi vari tentativi di svezzamento di un paziente dal respiratore.

La **fine dello svezzamento** può essere stabilita solo retrospettivamente dopo che si è instaurata una situazione respiratoria stabile.

Situazione respiratoria stabile significa che il paziente respira del tutto spontaneamente senza assistenza meccanica per un periodo prolungato.

Tale periodo viene definito come segue:

- per pazienti ventilati (compreso svezzamento) **fino a 7 giorni: 24 ore**
- per pazienti ventilati (compreso svezzamento) **più di 7 giorni: 36 ore**.

Per il calcolo della durata della respirazione assistita, lo svezzamento è considerato finito al termine dell'ultima assistenza meccanica della respirazione.

Lo svezzamento dal respiratore comprende anche l'assistenza meccanica della respirazione mediante fasi intermittenti di ventilazione assistita non invasiva o di sostegno respiratorio, p. es. con maschera CPAP/ASB o maschera CPAP, alternati con respirazione spontanea senza assistenza meccanica. L'insufflazione o l'inalazione di ossigeno attraverso sistemi a maschera o sonde, invece, non fa parte dello svezzamento.

Nel caso particolare di uno svezzamento caratterizzato da fasi intermittenti di assistenza meccanica della respirazione mediante maschera CPAP alternate a respirazione spontanea, è possibile sommarlo al totale delle ore di ventilazione, solo se la respirazione spontanea del paziente è assistita quotidianamente da maschera CPAP nel complesso per almeno 2 ore per turno di 8 ore o per almeno 3 ore per turno di 12 ore.

Il calcolo della durata della ventilazione in questo caso termina dopo l'ultima fase in cui la respirazione del paziente è stata assistita da maschera CPAP nel complesso per almeno 2 ore per turno di 8 ore, oppure per almeno 3 ore per turno di 12 ore.

Pazienti trasferiti

In caso di trasferimento di un paziente **ventilato** valgono le seguenti regole di base:

L'ospedale inviante registra la durata della ventilazione eseguita in sede e attribuisce i codici appropriati:

- per l'intubazione (93.9B *Procedure per assicurare la pervietà delle vie aeree per la respirazione assistita (Inserzione di tubo endotracheale)*)
- per la tracheostomia (31.1 *Tracheostomia temporanea* o 31.29 *Tracheostomia permanente*)
- per la ventilazione meccanica di neonati e lattanti (93.9C.11 *Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua (CPAP) di neonati e lattanti*)

se queste misure sono eseguite dalla struttura che invia il paziente.

L'ospedale ricevente registra la durata della ventilazione meccanica eseguita in sede, aggiungendo un codice (93.9C.11 *Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua (CPAP) di neonati e lattanti*) per i neonati. Non viene indicato un codice per l'intubazione o la tracheostomia, perché questa manovra è già stata eseguita dall'ospedale inviante.

In caso di trasferimento di un paziente intubato o tracheotomizzato senza ventilazione meccanica, l'ospedale inviante codifica l'intubazione (93.9B *Procedure per assicurare la pervietà delle vie aeree per la respirazione assistita (Inserzione di tubo endotracheale)*) o la tracheostomia (31.1 *Tracheostomia temporanea* o 31.29 *Tracheostomia permanente*). L'ospedale ricevente non codifica queste procedure, già eseguite.

Intubazione senza ventilazione meccanica

Un'intubazione può essere eseguita, anche se non è richiesta una ventilazione meccanica, p. es. se è necessario tenere aperte le vie respiratorie. I bambini possono essere intubati per asma, croup o epilessia, mentre gli adulti per ustioni o gravi traumatismi.

In questi casi, l'intubazione va codificata con 93.9B *Procedure per assicurare la pervietà delle vie aeree per la respirazione assistita (Inserzione di tubo endotracheale)*.

Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)

Il codice 93.9C.— *Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria di neonati e lattanti* va utilizzato solo in **neonati e lattanti**, indipendentemente dalla durata del trattamento. In caso di assistenza respiratoria immediata dopo il parto, questo codice va indicato solo se essa dura almeno 30 minuti.

Se **adulti, bambini o adolescenti** sono trattati con la CPAP per disturbi come ad esempio apnea del sonno, polmonite, edema polmonare ecc., non sono rilevate una codici né le ore di ventilazione, indipendentemente dal fatto che la misura sia eseguita in un'unità di cure intensive o meno.

L'impostazione iniziale di una CPAP/BIPAP (non significa l'accensione di un apparecchio) e il controllo dell'ottimizzazione di una CPAP/BIPAP precedentemente impostata vanno indicati con i rispettivi codici 93.9D.11 *Impostazione iniziale della CPAP o della BIPAP per il apnea del sonno* e 93.9D.12 *Controllo dell'ottimizzazione di una CPAPo di una BIPAP precedentemente impostata per il apnea del sonno*.

S1002d Insufficienza respiratoria

La diagnosi posta dal medico di insufficienza respiratoria globale o parziale viene codificata soltanto se si riscontrano alterazioni patologiche all'emogasanalisi nel senso di un'insufficienza respiratoria parziale o globale nella documentazione. Una dispnea senza alterazione degli emogas non è un'insufficienza respiratoria. Se vi è stato un dispendio di risorse mediche (p. es. un'ossigenoterapia), assieme alla malattia di base può essere indicato il codice *J96.*– *Insufficienza respiratoria non classificata altrove.*

In caso di insufficienza respiratoria cronica nota con ossigenoterapia a lungo termine ed emogasanalisi precedente documentata (rapporto del medico o vecchi atti clinici), *J96.1* può essere codificato anche senza una nuova emogasanalisi.

Attenzione: in caso di neonati e lattanti è possibile adottare altre procedure diagnostiche per fare la diagnosi.

S1100 Malattie dell'apparato digerente

S1101a Appendicite

Per l'attribuzione di un codice delle categorie

K35.– Appendicite acuta

K36 Altre forme di appendicite

K37 Appendicite non specificata

è sufficiente la diagnosi clinica di appendicite. Non è assolutamente necessario che questa diagnosi sia confermata da un risultato istopatologico.

S1102d Aderenze

La lisi di aderenze addominali può essere una «procedura principale» laboriosa o una procedura concomitante («procedura secondaria») praticata nell'ambito di un'altra procedura.

Anche se le aderenze sono eliminate durante un altro intervento chirurgico addominale, in alcuni casi la procedura può causare un **elevato impiego di risorse**. In caso di adesiolisi nel quadro di un altro intervento chirurgico con dispendio di tempo > **60 minuti**, va indicato un codice di procedura specifico (p. es. *54.5– Lisi di aderenze peritoneali*). Lo stesso vale per gli interventi urologici e ginecologici.

S1103a Ulcera gastrica con gastrite

Nei pazienti con ulcera gastrica va utilizzato un codice della categoria

K25.– Ulcera gastrica

seguito da un codice della categoria

K29.– Gastrite e duodenite

se sono presenti entrambe le malattie.

S1104a Emorragia gastrointestinale

Qualora in un paziente con un'emorragia gastrointestinale superiore si rilevi all'endoscopia un'ulcera, erosioni o varici, la patologia riscontrata va codificata come «con emorragia».

Esempio 1

Ulcera gastrica acuta con emorragia

DP K25.0 *Ulcera gastrica, acuta, con emorragia*

Esempio 2

Esofagite da reflusso sanguinante

DP K21.0 *Malattia da reflusso gastroesofageo con esofagite e*

DS K22.8 *Altre malattie specificate dell'esofago [emorragia esofagea non specificata]*

Si può presumere che l'emorragia sia possibilmente associata alla lesione indicata nel referto endoscopico, anche se l'emorragia non si manifesta né durante l'esame, né durante la degenza.

Non tutte le categorie disponibili per la codifica delle lesioni gastrointestinali hanno un codice con la modifica «con emorragia». In tali casi per l'emorragia va indicato un codice aggiuntivo della categoria

K92.– *Altre malattie dell'apparato digerente.*

Se in caso di «emorragia anale» non è possibile determinare la fonte del sanguinamento attuale o non è stato eseguito un esame diagnostico specifico, va indicato il codice

K92.2 *Emorragia gastrointestinale non specificata.*

In questo caso, il codice

K62.5 *Emorragia anale e rettale*

non va utilizzato.

Se per contro un paziente viene sottoposto ad esami a causa di melena (feci picee) o di sangue occulto nelle feci, bisogna ragionevolmente supporre che una lesione rilevata endoscopicamente sia anche la causa della melena o del sangue occulto nelle feci. Se non vi è associazione causale tra il sintomo e il risultato dell'esame, dapprima va codificato il sintomo e in seguito il risultato dell'esame.

I pazienti con un'emorragia gastrointestinale recente nell'anamnesi talvolta sono ricoverati per eseguire un'endoscopia alla ricerca della causa del sanguinamento, anche se durante l'esame non mostrano segni di emorragia. Se viene posta una diagnosi clinica sulla base dell'anamnesi o di altri segni, il fatto che durante l'ospedalizzazione non si sia verificata un'emorragia non esclude a priori l'uso del codice con la modificazione «con emorragia», e neppure l'attribuzione di un codice della categoria K92.– *Altre malattie dell'apparato digerente* nei casi in cui non è stato possibile determinare la causa della precedente emorragia.

S1105a Disidratazione nella gastroenterite

In caso di ricovero ospedaliero per il trattamento di una gastroenterite con disidratazione, s'indica la gastroenterite come diagnosi principale e la disidratazione (*E86 Ipovolemia*) come diagnosi secondaria (vedi regola G54).

S1200 Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo

S1201f Chirurgia plastica

Il ricorso alla chirurgia plastica può avvenire per ragioni **estetiche o mediche**:

- negli interventi per ragioni **mediche**, come diagnosi principale va codificata la condizione morbosa o il fattore di rischio che ha costituito il motivo dell'intervento;
- se invece il motivo dell'intervento è puramente **estetico**, la diagnosi principale è un «codice Z» (Z41.1 *Altri interventi di chirurgia plastica per ragioni estetiche* o Z42.– *Cure di controllo richiedenti l'impiego di chirurgia plastica*).

Revisione di una cicatrice

In caso di revisione di una cicatrice, il codice da utilizzare è

L90.5 *Cicatrici e fibrosi cutanee*

se la cicatrice richiede un ulteriore trattamento a causa di problemi medici (p. es. dolore).

Se per contro il trattamento secondario della(e) cicatrice(i) avviene per ragioni estetiche, va usato il codice

Z42.– *Cure di controllo richiedenti l'impiego di chirurgia plastica.*

Rimozione di impianti mammari

Gli impianti mammari vengono rimossi per ragioni **mediche o estetiche**.

Se l'impianto è rimosso per ragioni **mediche**, si attribuisce uno dei seguenti codici:

T85.4 *Complicanza meccanica di dispositivo protesico ed impianto mammari*

T85.73 *Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo protesico e impianto mammari*

T85.82 *Fibrosi capsulare della mammella da dispositivo protesico e impianto mammari*

T85.83 *Altre complicanze di dispositivi protesico ed impianto mammari.*

Una rimozione di impianto per ragioni **estetiche** invece va codificata con:

Z41.1 *Altri interventi di chirurgia plastica per ragione estetiche*

se già il primo impianto è stato eseguito per ragioni estetiche

oppure

Z42.1 *Cure di controllo richiedenti l'impiego di chirurgia plastica alla mammella*

se il primo impianto è stato eseguito per ragioni mediche.

Intervento chirurgico dopo dimagrimento (spontaneo o in seguito a chirurgia bariatrica)

In caso di interventi chirurgici sulla pelle (riduzione di pelle e grasso, lifting) dopo un dimagrimento, va indicato come diagnosi principale il codici

L98.7 *Cute et sottocute in eccesso et lassa*

Cute lassa o cadente:

- *a seguito di perdita di peso (chirurgia bariatrica) (dieta)*

- *SAI*

Intervento sulla cute e sul tessuto sottocutaneo, definizione di «esteso/ampio» e «non esteso/piccolo»

Plastiche cutanee, sbrigliamento, distruzione o copertura dei tessuti molli in caso di lesioni cutanee: per parecchie procedure cutanee, la CHOP fa differenza tra «esteso/ampio» o «non esteso/piccolo». Questi interventi sono considerati non estesi se coinvolgono una superficie fino a 4 cm² o un volume fino a 1 cm³. Se più di un trattamento viene effettuato nella stessa regione (ad esempio la mano), bisogna sommare tutte le superfici. Questo non vale per interventi multipli su più regioni del corpo.

S1400 Malattie dell'apparato genitourinario

S1401d Dialisi

Grazie al codice 39.95.— *Emodialisi/emofiltrazione* o 54.98.— *Dialisi peritoneale* è possibile distinguere l'emodialisi intermittente dalla continua.

- 1) In caso di **emodialisi intermittente** va indicata singolarmente ogni seduta di dialisi.
- 2a) L'**emodialisi/emo(dia)filtrazione continua** è da codificare con la durata precisa. Questa durata va registrata dall'inizio alla fine del trattamento. Se, nel corso di una degenza ospedaliera, si eseguono più applicazioni di una procedura continua, la codifica avviene in base alla durata dell'interruzione.

- Interruzione < 4 ore: interruzione non conteggiata e non sottratta dalla durata totale:
1 codice con l'intera durata.
- Interruzione > 4 e < 24 ore: interruzione conteggiata e sottratta dalla durata totale:
1 codice con la durata calcolata.

In caso di applicazione di **diversi metodi di emodialisi/emo(dia)filtrazione continua**, va indicato un unico codice, ossia quello della **procedura più lunga**. I tempi di dialisi di ogni metodo utilizzato vanno sommati per ottenere la durata totale, da indicare precisamente con l'unico codice di dialisi scelto.

- Interruzione > 24 ore: ogni applicazione viene indicata con un codice (senza aggiungere i tempi di trattamento).
- 2b) La **dialisi peritoneale continua** è da codificare con la durata precisa. Questa durata va registrata dall'inizio alla fine del trattamento. Se, nel corso di una degenza ospedaliera, si eseguono più applicazioni di una procedura continua, va effettuata una nuova codifica solo se un'interruzione dura più di 24 ore.

In caso di applicazione di **diversi metodi di dialisi peritoneale continua**, va indicato un unico codice, ossia quello della **procedura più lunga**. I tempi di dialisi di ogni metodo utilizzato vanno sommati per ottenere la durata totale, da indicare precisamente con l'unico codice di dialisi scelto.

S1402a Verruche anogenitali

Nelle ospedalizzazioni per il trattamento di verruche anogenitali va indicato come diagnosi principale uno dei seguenti codici:

<i>Perianal</i>	<i>K62.8</i>	<i>Altre malattie specificate dell'ano e del retto</i>
<i>Cervice uterina</i>	<i>N88.8</i>	<i>Altri disturbi non infiammatori, specificati, della cervice uterina</i>
<i>Vaginali</i>	<i>N89.8</i>	<i>Altri disturbi non infiammatori, specificati, della vagina</i>
<i>Vulvari</i>	<i>N90.8</i>	<i>Altri disturbi non infiammatori, specificati, della vulva e del perineo</i>
<i>Pene</i>	<i>N48.8</i>	<i>Altri disturbi specificati del pene</i>
<i>Uretra</i>	<i>N36.8</i>	<i>Altri disturbi specificati dell'uretra</i>

Il codice

A63.0 Verruche anogenitali (veneree)

va indicato come diagnosi secondaria.

S1403f Intervento ricostruttivo per mutilazione genitale femminile (FGM)

Definizione

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce le «mutilazioni genitali femminili» (FGM) come segue:
Tutte le procedure che comportano l'asportazione parziale o totale degli organi genitali esterni femminili o altre lesioni degli organi riproduttivi femminili, per motivi culturali o altri motivi non terapeutici.

Codifica

Stralcio della regola di codifica poiché nella ICD-10-GM 2016 sotto
Z91.7– Mutilazione genitale femminile nell'anamnesi personale
sono stati introdotti codici specifici per la diagnosi delle mutilazioni genitali femminili.

S1404f Insufficienza renale acuta

Stralcio della regola di codifica, in quanto con l'ICD10-GM 2016 gli stadi dell'insufficienza renale acuta possono essere rappresentati direttamente. Vanno osservati i criteri di stadi del danno renale acuto.

Insufficienza renale iatrogena

Un'insufficienza renale acuta iatrogena va rappresentata con il codice *N99.0 Insufficienza renale iatrogena*; se è presente anche un'insufficienza renale acuta, va indicato anche il codice *N17.–*, contrariamente all'esclusione dell'ICD-10 sotto *N17–N19*.

S1405d Ricovero per la posa di un catetere peritoneale per la dialisi

In caso di ricovero ospedaliero per la posa di un catetere peritoneale per la dialisi, occorre indicare **insufficienza renale come diagnosi principale**, assieme al codice della procedura corrispondente.

Il codice

Z49.0 Preparazione alla dialisi

non va indicato (contrariamente a quanto figura all'inizio del capitolo XXI della ICD-10-GM).

S1406d Ricovero per la rimozione di un catetere peritoneale per la dialisi

In caso di ricovero ospedaliero per la rimozione di un catetere peritoneale (non in seguito a una complicanza) per la diagnosi principale va utilizzato il codice

Z43.88 Controllo di altre aperture artificiali

insieme al codice CHOP

54.99.41 Asportazione o chiusura di fistola cutaneo-peritoneale (cateterismo permanente)

S1407d Ricovero per la posa di una fistola arteriovenosa o di uno shunt arteriovenoso per la dialisi

In caso di ricovero per la posa di una fistola o di uno shunt per la dialisi, occorre indicare **insufficienza renale come diagnosi principale**, assieme al codice della procedura corrispondente.

Il codice

Z49.0 Preparazione alla dialisi

non va indicato (contrariamente a quanto figura all'inizio del capitolo XXI della ICD-10-GM).

S1408a Ricovero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di shunt arteriovenoso

In caso di ricovero ospedaliero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di uno shunt arteriovenoso (non in seguito a una complicanza) va utilizzato il codice

Z48.8 Altri specificati trattamenti chirurgici di follow-up

insieme al codice CHOP

39.43 Occlusione di shunt arteriovenoso per dialisi renale

S1500 Ostetricia

S1501b Definizioni

Durata della gestazione

La durata della gestazione viene sempre documentata con il codice O09.–! *Durata della gestazione*; la durata della gestazione va registrata al momento del ricovero in ospedale della paziente.

Parto a termine (nato a termine)

Durata della gestazione da 37 a 41 settimane compiute (da 259 a 286 giorni).

Parto post-termine (nato dopo il termine)

Durata della gestazione pari o superiore a 41 settimane compiute (287 giorni o più).

Parto pre-termine (nato prima del termine)

Durata della gestazione inferiore a 37 settimane compiute (meno di 259 giorni).

Nato vivo

Per nato vivo s'intende un bambino che respira o almeno mostra un battito cardiaco (segni vitali minimi).

Feto morto

Per feto morto s'intende un bambino che viene partorito senza segni vitali con un peso alla nascita pari o superiore a 500 g o un'età di gestazione di almeno 22 settimane compiute (ordinanza sullo stato civile).

Aborto

Per aborto s'intende la conclusione precoce della gravidanza per espulsione spontanea o artificialmente indotta di un feto senza segni vitali prima della 22a settimana di gravidanza compiuta e con un peso alla nascita inferiore a 500 g.

Periodo del secondamento

Periodo dalla nascita del bambino all'espulsione della placenta [Pschyrembel].

Periodo postplacentare

Periodo di 2 ore successivo all'espulsione della placenta [Pschyrembel].

Puerperio

Periodo dal parto alla regressione dei cambiamenti intervenuti nella madre durante la gravidanza e il parto; durata da 6 a 8 settimane (periodo puerperale precoce: i primi sette giorni dopo il parto) [Pschyrembel].

S1502a Conclusione precoce della gravidanza

Aborto (O02.– bis O06.–)

I codici delle categorie da O02.– a O06.– vanno impiegati solo qualora la gravidanza si concluda con un aborto spontaneo o terapeutico (prima della 22a settimana di gravidanza compiuta e con un peso alla nascita inferiore a 500 g).

Come diagnosi principale va considerato l'aborto e come diagnosi secondaria la sua causa.

Esempio 1

Terminazione della gravidanza per sindrome di Patau (trisomia 13) dopo 12 settimane di gestazione.

DP O04.9 Aborto per ragioni mediche e legali, completo o non specificato, senza complicanza

DS O35.1 Assistenza prestata alla madre per (sospetto di) anomalia cromosomica fetale

DS O09.1! Durata della gestazione di 5–13 settimane complete

Esempio 2

Interruzione di gravidanza nell'ambito di una gravidanza indesiderata.

DP O04.9 Aborto per ragioni mediche e legali, completo o non specificato, senza complicanza

DS Z64.0 Problemi correlati ad una gravidanza indesiderata

DS O09.1! Durata della gestazione di 5–13 settimane complete

Complicanze successive ad aborto e a gravidanza ectopica o molare (O08.–)

Un codice della categoria O08.– *Complicanze successive ad aborto, gravidanza extrauterina e gravidanza molare* è attribuito come **diagnosi principale** solo se la paziente sia ricoverata per una complicanza tardiva a seguito di un aborto non trattato durante l'ospedalizzazione.

Esempio 3

Una paziente è ospedalizzata per il trattamento di una coagulazione intravascolare disseminata successiva ad un aborto alla 10a sdg eseguito due giorni prima in un altro ospedale.

DP O08.1 Emorragia, tardiva o eccessiva, successiva ad aborto od a gravidanza ectopica o molare

DS D65.1 Coagulazione intravasale disseminata [CID, DIC]

La durata della gestazione non va codificata come diagnosi secondaria, poiché il ricovero per il trattamento di una complicanza ha luogo successivamente ad un aborto trattato in precedenza.

Un codice della categoria O08.– *Complicanze successive ad aborto, gravidanza extrauterina e gravidanza molare* va attribuito come **diagnosi secondaria** per codificare una complicanza associata alle categorie O.

Esempio 4

Una paziente viene ricoverata in shock per rottura della tuba su gravidanza tubarica nella 6a sdg.

DP O00.1 Gravidanza tubarica

DS O08.3 Shock successivo ad aborto o a gravidanza ectopica o molare

DS O09.1! Durata della gestazione da 5 a 13 settimane complete

Se una paziente è ricoverata perché dopo un precedente aborto sono rimaste parti del prodotto del concepimento, come diagnosi principale si codifica un **aborto incompleto** con complicanza (O03–O06 con quarto carattere da .0 a .3).

Esempio 5

Una paziente è ricoverata per emorragia su prodotto ritenuto due settimane dopo un aborto spontaneo. L'aborto si è verificato nella 5a settimana di gravidanza ed è stato trattato ambulatorialmente.

DP O03.1 Aborto spontaneo, incompleto, complicato da emorragia tardiva o eccessiva

La durata della gestazione non va codificata come diagnosi secondaria, poiché il ricovero per il trattamento di una complicanza ha luogo successivamente ad un aborto trattato in precedenza.

In associazione con diagnosi delle categorie O03–O07, si indica **come diagnosi secondaria** un codice della categoria O08.– *Complicanze successive ad aborto, gravidanza extrauterina e gravidanza molare* se la codifica ne risulta più precisa (confronta gli esempi 5 e 6).

Esempio 6

Una paziente è ricoverata con aborto incompleto alla 12a settimana di gravidanza e collasso circolatorio.

DP O03.3 Aborto spontaneo, incompleto, con altre e non specificate complicanze

DS O08.3 Shock successivo ad aborto o a gravidanza ectopica o molare

DS O09.1! Durata della gestazione da 5 a 13 settimane complete

Feto morto / Nato vivo su terminazione precoce della gravidanza

Se la gravidanza termina (spontaneamente) o viene terminata artificialmente a causa di un decesso intrauterino, come diagnosi principale va indicato il decesso intrauterino.

Esempio 7

Ricovero per morte intrauterina del feto alla 35a settimana di gravidanza.

- DP O36.4 Assistenza prestata alla madre per decesso intrauterino del feto
 DS O60.1 Travaglio pretermine spontaneo con parto pretermine
 o
 O60.3 Parto pretermine senza travaglio spontaneo
 DS O09.5! Durata della gestazione da 34 a 36 settimane complete
 DS Z37.1! Parto singolo, nato morto (o l'analogo codice in caso di parto plurigemellare)

Se la gravidanza viene terminata precocemente ed artificialmente per una malformazione certa o sospettata del feto, come diagnosi principale va indicato il motivo dell'interruzione della gravidanza. Nella clinica, tale procedura può concludersi con un nato vivo o un nato morto e va codificata di conseguenza.

Esempio 8

Ricovero in ospedale per induzione del parto su malformazione del sistema nervoso centrale del feto alla 24a settimana di gravidanza.

- DP O35.0 Assistenza prestata alla madre per (sospetto di) malformazione fetale a carico del sistema nervoso centrale
 DS O60.3 Parto pretermine senza doglie
 DS O09.3! Durata della gestazione da 20 a 25 settimane complete
 DS Z37.1! Parto singolo, nato morto (o l'analogo codice in caso di parto plurigemellare)
 o
 Z37.0! Parto singolo, nato vivo (o l'analogo codice in caso di parto plurigemellare)

S1503e Malattie durante la gravidanza

BlIn presenza di una gravidanza, il capitolo XV «Gravidanza, parto e puerperio» è prioritario rispetto ai capitoli sugli organi. Nota bene: insieme ai codici O98–O99 va indicato un codice supplementare di altri capitoli per specificare la malattia in atto.

Attenzione: Per unificare le tre versioni linguistiche nella ICD-10-GM sotto O99.8 *Altre malattie e condizioni non specificate complicanti la gravidanza, il parto e il puerperio* occorre aggiungere «Condizioni morbose di cui ai codici N00–N99».

Il **capitolo XV** contiene tra l'altro i seguenti tre settori per la codifica di malattie correlate alla gravidanza:

O20–O29 *Altri disturbi materni correlati prevalentemente alla gravidanza*

O85–O92 *Complicanze correlate prevalentemente al puerperio*

Secondo la nota sotto questa categoria, solo i codici O88.–, O91.– e O92.– (vedi nota)

e

O94–O99 *Altre condizioni morbose gravidiche non classificate altrove*

- Le condizioni correlate prevalentemente alla gravidanza sono codificate con codici specifici delle categorie O20–O29.

Esempio 1

Una paziente è ricoverata alla 30a settimana di gravidanza per il trattamento di una sindrome del tunnel carpale che è peggiorata a causa della gravidanza.

DP O26.82 *Sindrome del tunnel carpale durante la gravidanza*

DS O09.4! *Durata della gestazione da 26 a 33 settimane complete*

Per codificare le infezioni del tratto genitourinario durante la gravidanza sono disponibili i codici O23.– *Infezioni del tratto genitourinario in gravidanza*. Se è possibile una descrizione più precisa, questi codici sono seguiti dal codice specifico per designare l'infezione estratto dal capitolo XIV Malattie dell'apparato genitourinario della ICD-10.

Per codificare un diabete mellito durante la gravidanza sono disponibili i codici O24.– *Diabete mellito in gravidanza*. Se è possibile una descrizione più precisa, questi codici (ad eccezione di O24.4) sono seguiti dai codici E10–E14 per designare il diabete mellito e indicare eventuali complicanze. In caso di complicanze (manifestazioni), la quarta posizione nei codici E10–E14 va codificata in base alla o alle manifestazioni (specifiche) secondo S0400n.

Per codificare malattie del fegato in gravidanza è disponibile il codice O26.6 *Condizioni morbose del fegato durante la gravidanza, il parto e il puerperio*. Esso viene indicato insieme al codice specifico ICD-10 del gruppo **K70–K77 Malattie del fegato** per definire la malattia epatica di cui soffre la paziente.

I disturbi diffusi in caso di gravidanza in atto per cui non sia stata individuata una causa specifica vanno codificati con O26.88 *Altre condizioni morbose, specificate, correlate alla gravidanza*.

- Per codificare altre complicanze in gravidanza, parto e puerperio (o condizioni che peggiorano in gravidanza o costituiscono la causa principale del ricorso a misure ostetriche) sono disponibili le categorie O98–O99, che vanno indicate **sempre insieme** a un codice di un altro capitolo della ICD-10-GM quale diagnosi secondaria per specificare la malattia in atto (vedi anche le note relative a O98 e O99 nella ICD-10-GM).

Esempio 2

Una paziente è ricoverata per un'anemia grave da deficit di ferro correlata alla gravidanza.

DP O99.0 Anemia complicante la gravidanza, il parto ed il puerperio
 DS D50.8 Altre anemie da deficit di ferro
 DS O09.–! Durata della gestazione ... settimane

Esempio 3

Dopo un parto pretermine spontaneo nella 35a settimana di gestazione, la paziente viene trattata per una forte asma bronchiale allergica.

DP O60.1 Travaglio pretermine spontaneo con parto pretermine
 DS O09.5! Durata della gestazione da 34 a 36 settimane complete
 DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo
 DS O99.5 Malattie dell'apparato respiratorio complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio
 DS J45.0 Asma preminentemente allergico

- Se una paziente è ricoverata per un'affezione che non complica né viene complicata dalla gravidanza, il codice di questa malattia è indicato come diagnosi principale, aggiungendo come diagnosi secondaria Z34 *Controllo di gravidanza normale* e O09.–! *Durata della gestazione... settimane*.

Esempio 4

Una paziente alla 30a settimana di gravidanza entra in ospedale per frattura del metacarpo destro dopo una caduta dalla bicicletta.

DP S62.32 Frattura di altro osso metacarpale, corpo
 L 1
 CDP V99! Incidente di mezzo di trasporto
 DS Z34 Controllo di gravidanza normale
 DS O09.4! Durata della gestazione da 26 a 33 settimane complete

S1504e Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino

Posizioni e presentazioni anomale del bambino

Le anomalie di posizione, postura e presentazione del bambino vanno codificate qualora siano presenti al parto.

- In un **parto spontaneo**, non distocico, con presentazione anomala del bambino va codificato
O32.– *Assistenza prestata alla madre per presentazione anomala del feto accertata o presunta*
- In caso di **taglio cesareo primario** pianificato per presentazione anomala del bambino va utilizzato il codice
O32.– *Assistenza prestata alla madre per presentazione anomala del feto accertata o presunta* indipendentemente se alla fine sia stata constatata una distocia o no.
- In caso di taglio cesareo secondario o applicazione di forcipe o ventosa ostetrica per presentazione anomala del bambino e presenza di una distocia va utilizzato il codice
O64.– *Distocia da posizione o presentazione anomala del feto.*

Le presentazioni occipitali, come quella posteriore, laterale o diagonale, sono codificate solo se richiedono un intervento.

Motilità fetale ridotta

In caso di ricoveri con la diagnosi «motilità fetale ridotta» va scelto il codice O36.8 *Assistenza prestata alla madre per altri problemi fetali specificati*, qualora non sia nota la causa primaria. Qualora si conosca la causa primaria per la ridotta motilità fetale, va codificata questa causa (in questo caso il codice O36.8 non va indicato).

Cicatrice uterina

Il codice O34.2 *Assistenza prestata alla madre per cicatrice uterina da pregresso intervento chirurgico* va impiegato nei casi seguenti:

- se la paziente è ricoverata per un taglio cesareo elettivo a causa di un precedente taglio cesareo;
- se il tentativo di un parto vaginale non riesce per la presenza di una cicatrice uterina (p. es. dovuta a taglio cesareo o ad un altro intervento chirurgico) e si deve ricorrere ad un parto cesareo;
- se una cicatrice uterina esistente richiede un trattamento, ma il parto non ha luogo durante questa degenza ospedaliera, p. es. in caso di un'assistenza preparto per dolori uterini dovuti ad una cicatrice esistente.

Disturbi della coagulazione durante la gravidanza, il parto e il puerperio

Qualora sia posta una diagnosi precisa ed essa soddisfi la definizione di diagnosi secondaria (G54), ai codici O00–O07, O08.1 e O45.0, O46.0, O67.0, O72.3 va aggiunto un codice supplementare delle categorie D65–D69, in contrasto con eventuali esclusioni nell'ICD-10-GM.

S1505c Regole speciali per il parto

Le regole sottostanti si applicano in egual misura agli ospedali e alle case per partorienti (qualora la prestazione in questione, secondo le rispettive basi legali, possa essere fornita in una casa per partorienti, vedi commento all'articolo 58e OAMa).

Attribuzione della diagnosi principale in un parto

Se una degenza ospedaliera è associata alla nascita di un bambino ma la paziente era stata ricoverata a causa di una condizione preparto richiedente un trattamento, si procede nel seguente modo:

- se il trattamento è stato richiesto più di sette giorni prima del parto, la condizione preparto va codificata come diagnosi principale;
- in tutti gli altri casi va codificata come diagnosi principale la diagnosi riferita al parto.

Parto vaginale singolo spontaneo (O80)

La categoria *O80 Parto singolo spontaneo* va indicata, e unicamente come diagnosi principale, solo qualora il parto abbia avuto un decorso senza problemi e non siano presenti altre diagnosi del capitolo XV «Gravidanza, parto e puerperio». Altrimenti va documentato come diagnosi principale il problema clinico più importante (p. es. parto pretermine, distocia, gravidanza a rischio, ecc.), utilizzando il codice corrispondente del capitolo XV, ma vale a dire che *O80* va omesso dalle diagnosi secondarie.

Ogni nascita spontanea va indicata con il codice *73.59 Altra assistenza manuale al parto*.

Inoltre le uniche procedure ostetriche che possono essere indicate in un parto in associazione al codice *O80 Parto singolo spontaneo* sono:

- 03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia*
- 73.0– Rottura artificiale delle membrane [amniotomia]*
- 73.59 Altra assistenza manuale al parto*
- 73.6 Episiotomia*
- 73.4 Induzione medica del travaglio*

Esempio 1

Parto vaginale spontaneo di neonato sano alla 39a settimana di gestazione, perineo intatto.

- DP O80 Parto singolo spontaneo*
- DS O09.6! Durata della gestazione da 37 a 41 settimane compiute*
- DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo*
- TP 73.59 Altra assistenza manuale al parto*

Esempio 2

Parto vaginale spontaneo con episiotomia alla 39a settimana di gestazione.

- DP O80 Parto singolo spontaneo*
- DS O09.6! Durata della gestazione da 37 a 41 settimane complete*
- DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo*
- TP 73.59 Altra assistenza manuale al parto*
- TS 73.6 Episiotomia*

Esempio 3

Parto vaginale spontaneo alla 42^a settimana di gestazione.

DP O48 Gravidanza prolungata

DS O09.7! Durata della gestazione più di 41 settimane complete

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

TP 73.59 Altra assistenza manuale al parto

Parto singolo con applicazione di forcipe e ventosa ostetrica o con taglio cesareo (O81–O82)

O81 Parto singolo con applicazione di forcipe e ventosa ostetrica

e

O82 Parto singolo con taglio cesareo

vanno impiegati solo quando non può essere codificata alcuna condizione del capitolo XV per indicare il motivo di questo tipo di parto. In altre parole, nemmeno O81 e O82 non possono più essere utilizzati come diagnosi secondarie.

Taglio cesareo primario e secondario

Nella CHOP 2014 sono stati introdotti nuovi codici a 6 posizioni per il taglio cesareo primario e secondario (74.–X.10/.20). La definizione medica di taglio cesareo primario o secondario differisce dalla definizione in ambito di codifica medica:

- un taglio cesareo **primario** è definito come una procedura pianificata eseguita prima o dopo l'inizio del travaglio; la decisione di eseguire un taglio cesareo è presa prima dell'inizio del travaglio;
- un taglio cesareo **secondario** (incluso il taglio cesareo d'emergenza) è definito come una procedura necessaria, per indicazione materna o fetale, a causa di una situazione d'emergenza o del decorso del parto, anche se era pianificato un taglio cesareo primario.

Durata della gravidanza

Un codice della categoria

O09.–! Durata della gestazione

va indicato nel record della madre per specificare la durata della gravidanza al momento dell'ammissione.

In caso di ricovero ospedaliero per il trattamento delle complicanze di un aborto o parto precedentemente trattato, la durata della gravidanza non viene codificata.

Esito del parto

Per ogni parto, l'ospedale dove è avvenuto deve indicare nel record della madre il codice appropriato della categoria

Z37.–! Esito del parto.

Si tratta di un codice con punto esclamativo (cfr. D04), obbligatorio, che non può essere attribuito come diagnosi principale. In caso di trasferimento (da un ospedale a un altro, da una casa per partorienti a un ospedale e viceversa), Z37.–! può essere utilizzato solo dall'istituzione in cui è avvenuto il parto.

Parto plurigemellare

In caso di gravidanza multipla con nascita spontanea p. es. di gemelli vivi, si indicano i codici

- O30.0 *Gravidanza gemellare*
 Z37.2! *Parto gemellare, entrambi nati vivi.*

Qualora i bambini di un parto plurigemellare siano partoriti per diverse vie, vanno codificati tutti i tipi di parto.

Esempio 4

Parto gemellare pretermine alla 35a settimana di gestazione, il primo gemello viene partorito tramite estrazione per posizione podalica, il secondo con taglio cesareo per distocia con presentazione di spalla.

- DP O64.4 *Distocia da presentazione trasversa*
 DS O32.1 *Assistenza prestata alla madre per presentazione podalica del feto*
 DS O30.0 *Gravidanza gemellare*
 DS O60.1 *Travaglio pretermine spontaneo con parto pretermine*
 DS O09.5! *Durata della gestazione da 34 a 36 settimane complete*
 DS Z37.2! *Parto gemellare, entrambi nati vivi*
 TP 74.1 *Taglio cesareo cervicale basso*
 TS 73.59 *Altra assistenza manuale al parto*

Parto al di fuori dell'ospedale, prima del ricovero

Nel caso in cui una paziente abbia partorito un bambino prima del ricovero in ospedale, non sia stata sottoposta a procedure chirurgiche riferite al parto durante il trattamento in ospedale e non manifesti complicanze durante il puerperio, va indicato l'appropriato codice della categoria Z39.– *Assistenza e visita postparto.*

Qualora la causa del ricovero sia una **complicanza**, questa va codificata come diagnosi principale. Come diagnosi secondaria va attribuito un codice della categoria Z39.–.

Nel caso in cui una paziente sia trasferita dopo il parto in un altro ospedale per assistere un bambino malato, e qualora la paziente riceva un'assistenza di routine successiva al parto in questo secondo ospedale, va attribuito un appropriato codice della categoria Z39.– anche nel secondo ospedale.

Nel caso in cui una paziente sia trasferita dopo un parto cesareo in un altro ospedale per ricevere l'assistenza postoperatoria, senza che una condizione soddisfi la definizione di diagnosi principale o secondaria, va attribuito un appropriato codice della categoria Z39.– come diagnosi principale e il codice Z48.8 *Altri specificati trattamenti chirurgici di follow-up* come diagnosi secondaria.

In questi casi il secondo ospedale NON deve codificare il codice della categoria Z37.–!.

Parto pretermine, travaglio pretermine e falso travaglio

Un codice della categoria

O47.– Falso travaglio di parto

va indicato in caso di doglie non agenti sulla porzio (non agenti sulla cervice).

Un codice della categoria

O60.– Travaglio e parto pretermine

va utilizzato in caso di doglie agenti sulla porzio con/senza parto nella stessa degenza ospedaliera.

Se si conosce il motivo del parto pretermine o del travaglio pretermine o falso, questo motivo va indicato come diagnosi principale, seguito da un codice delle categorie *O47.–* o *O60.–* come diagnosi secondaria. Nel caso in cui il motivo sia sconosciuto, va indicato come diagnosi principale un codice delle categorie *O47.–* o *O60.–* Inoltre va attribuito come diagnosi secondaria un codice della categoria *O09.–!* *Durata della gestazione.*

Durata prolungata della gravidanza e gravidanza protratta

O48 Gravidanza prolungata

va codificato nel caso in cui il parto abbia luogo dopo la 41a settimana di gestazione compiuta (a partire da 287 giorni) o il bambino mostri segni evidenti dovuti al protrarsi della gestazione.

Esempio 5

Una paziente partorisce un bambino nella 42a settimana di gestazione.

DP O48 Gravidanza prolungata

DS O09.7! Durata della gestazione più di 41 settimane compiute

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

Esempio 6

Una paziente partorisce un bambino nella 40a settimana di gestazione. Il bambino mostra segni evidenti dovuti al protrarsi della gestazione.

DP O48 Gravidanza prolungata

DS O09.6! Durata della gestazione da 37 a 41 settimane compiute

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

Travaglio di parto prolungato

Un travaglio di parto è considerato prolungato se:

- il periodo dilatativo dura più di 12 ore; quindi va attribuito il codice *O63.0 Prolungamento del primo stadio [periodo dilatativo]* (del travaglio di parto)
- il periodo espulsivo dura più di 1 ora; quindi va attribuito il codice *O63.1 Prolungamento del secondo stadio [periodo espulsivo]* (del travaglio di parto).

Se si tratta di un parto protratto successivo a rottura spontanea o artificiale delle membrane, va utilizzato il codice *O75.5 Parto ritardato dopo rottura artificiale delle membrane* o il codice *O75.6 Parto ritardato dopo rottura spontanea o non specificata delle membrane*. In questo caso si deve tenere in considerazione un intervallo di tempo di 24 ore tra la rottura del sacco amniotico e il parto.

Atonia uterina ed emorragie

Un'atonia uterina

- durante il parto va indicata con i codici della categoria *O62.– Anomalie delle forze propulsive del travaglio di parto*
- dopo il parto è indicata con i codici della categoria *O72.– Emorragia postparto*.

Un'emorragia postparto (*O72.–*) può essere codificata solo quando soddisfa i criteri di diagnosi secondaria (*G54*).

S1600 Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale

S1601a Record medico

Per ogni neonato, l'ospedale in cui è **avvenuto il parto** deve obbligatoriamente inserire nel record medico il peso alla nascita.

In caso di ricovero ospedaliero di un neonato o lattante dopo il ricovero **dovuto alla nascita** (e fino alla fine del primo anno di vita), va obbligatoriamente registrato il peso all'ammissione (V. 4.5.V01).

S1602a Definizioni

Periodo perinatale e neonatale

Conformemente alla definizione dell'OMS:

- il periodo perinatale inizia 22 settimane dopo l'inizio della gestazione e termina con il compimento del 7° giorno dopo il parto;
- il periodo neonatale inizia con il parto e termina con il compimento del 28° giorno dopo il parto.

S1603c Neonati

Categoria Z38.– Nati vivi secondo il luogo di nascita

La categoria Z38.– comprende bambini

- nati in ospedale o casa per partorienti.

Nota bene: riguardo al tipo di ammissione (V.1.2.V03), nel record medico va indicata la cifra 3 (nascita).

- nati al di fuori dell'ospedale o della casa per partorienti e ammessi immediatamente dopo la nascita.

Nota bene: riguardo al tipo di ammissione (V.1.2.V03), nel record medico va registrata la cifra 1 (urgenza) oppure 2 (annunciato, programmato).

Per un neonato, come diagnosi principale va indicato un codice della categoria *Z38.– Nati vivi secondo il luogo di nascita* se il neonato è **sano** (compresi i bambini sottoposti a circoncisione).

Nei nati pretermine e nei neonati già **ammalati** (alla nascita o durante la degenza ospedaliera), i codici delle condizioni morbose vanno **anteposti** a un codice della categoria *Z38.– Nati vivi secondo il luogo di nascita*.

Esempio 1

Viene ammesso un neonato partorito a domicilio. Non presenta malattie.

DP Z38.1 Nato singolo, nato fuori dall'ospedale

Esempio 2

Un neonato nato sano in ospedale (parto vaginale) viene trattato per crisi epilettiche comparse tre giorni dopo la nascita.

DP P90 Convulsioni del neonato

DS Z38.0 Nato singolo, nato in ospedale

Esempio 3

Neonato pretermine nato nella 27a settimana di gestazione con un peso alla nascita di 1520 g.

DP P07.12 Basso peso alla nascita, da 1500 a meno di 2500 grammi

DS P07.2 Immaturità estrema

DS Z38.0 Nato singolo, nato in ospedale

I codici Z38.– non possono più essere utilizzati se il trattamento avviene durante una seconda o successiva degenza ospedaliera.

Esempio 4

Un neonato viene trasferito il secondo giorno dopo il parto dall'ospedale A all'ospedale B per malattia delle membrane ialine e pneumotorace.

Ospedale A:

DP P22.0 Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato

DS P25.1 Pneumotorace che ha origine nel periodo perinatale

DS Z38.0 Nato singolo, nato in ospedale

Ospedale B:

DP P22.0 Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato

DS P25.1 Pneumotorace che ha origine nel periodo perinatale

S1604d Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale

Per codificare condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale, nella ICD-10-GM è disponibile il capitolo XVI Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale. Il capitolo contiene anche spiegazioni che vanno osservate.

Esempio 1

Un neonato pretermine con ipoplasia polmonare viene trasferito nella clinica pediatrica di un altro ospedale. La madre ha avuto una rottura prematura delle membrane alla 25a sdg. La gravidanza è stata prolungata mediante tocolisi fino alla 29a sdg. A causa di una sospetta sindrome da infezione amniotica e di un CTG patologico si è proceduto a taglio cesareo alla 29a sdg. L'ipoplasia è ricondotta alla nascita pretermine causata dalla rottura delle membrane. La clinica pediatrica ricevente codifica come segue:

*DP P28.0 Atelettasia primaria del neonato
DS P01.1 Feto e neonato affetti da rottura prematura delle membrane*

Va tenuto presente che alcune condizioni morbose (p. es. disturbi del metabolismo) che possono comparire nel periodo perinatale non sono classificate nel capitolo XVI. Se si verifica una di queste condizioni in un neonato, va attribuito un codice del corrispondente capitolo della ICD-10-GM senza un codice del capitolo XVI.

Esempio 2

Un neonato viene trasferito dal reparto di ostetricia in pediatria a causa di un'enterite da Rotavirus.

*DP A08.0 Enterite da Rotavirus
DS Z38.0 Nato singolo, nato in ospedale*

La definizione della periodo perinatale va presa alla lettera. Se la malattia compare o viene trattata dopo il settimo giorno di vita ma ha origine nel periodo perinatale, è possibile utilizzare, per esempio, il codice *P27.1 Displasia broncopolmonare che ha origine nel periodo perinatale*. La determinazione dell'origine cronologica richiede una valutazione competente di caso in caso.

Profilassi postesposizione su neonati sani

Per codificare le profilassi postesposizione eseguite dopo la nascita su neonati sani si utilizza, a seconda dell'indicazione, il codice *Z20.– Contatto con ed esposizione a malattie trasmissibili*.

Neonati sani da madre diabetica

Se un neonato **sano** nato da madre diabetica ha bisogno di un monitoraggio ripetuto del glucosio, ciò è espresso con il codice *Z83.3 Diabete mellito nell'anamnesi familiare* (e non con *P70.– Disturbi transitori del metabolismo dei carboidrati specifici del feto e del neonato*).

S1605a Nati morti

Sebbene l'informazione «nato morto» (p. es. Z37.1 *Parto singolo, nato morto*) sia già presente nel record della madre, si deve registrare anche un record minimo (vale a dire un caso) e un record supplementare per il neonato. Tuttavia, per il bambino non si procede ad alcuna codifica. In questo senso viene adattato MedPlaus.

S1606c Interventi particolari per il neonato malato

Terapia parenterale

Il codice 99.1.– *Iniezione o infusione di sostanze terapeutiche o profilattiche* va per esempio attribuito nel caso in cui si somministri un liquido parenterale per il trattamento con carboidrati, per l'idratazione o in caso di disturbi elettrolitici.

Lo stesso vale per la somministrazione parenterale preventiva di liquidi in neonati pretermine di peso inferiore a 2000 g, praticata al fine di prevenire un'ipoglicemia o uno scompenso elettrolitico.

Fototerapia

Con il diagnosi di ittero neonatale, il codice per la fototerapia

99.83 *Altra fototerapia*

e solo utilizzato quando la terapia è protratta **per almeno 12 ore**.

S1607c Sindrome dispnoica neonatale per malattia delle membrane ialine/ deficit di surfattante

Nel codice per la sindrome dispnoica neonatale/neonato pretermine

P22.0 *Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato*

è contenuta la codifica per le condizioni seguenti:

- malattia delle membrane ialine
- sindrome dispnoica.

L'applicazione di surfattante nel neonato è codificata soltanto tramite la lista dei medicinali molto cari, registrando il codice ATC in cui è compreso anche il modo di applicazione. Non viene indicato un codice CHOP.

Nota bene: il codice P22.0 presuppone che sia presente un quadro patologico specifico definito che deve essere distinto dai disturbi transitori dell'adattamento del neonato, come ad esempio una tachipnea transitoria del neonato (P22.1)!

S1608c Sindrome dispnoica neonatale per aspirazione imponente, wet lung e tachipnea transitoria nel neonato

La categoria

P24.– Sindrome di aspirazione neonatale

va utilizzata nel caso in cui il disturbo respiratorio dovuto alla sindrome di aspirazione abbia richiesto una somministrazione di ossigeno per **più di 24 ore**.

Il codice

P22.1 Tachipnea transitoria del neonato

deve essere utilizzato con le diagnosi seguenti:

- tachipnea transitoria del neonato (indipendentemente dalla durata della terapia con ossigeno)
- sindrome di aspirazione neonatale, qualora il disturbo respiratorio abbia reso necessaria una somministrazione di ossigeno di **meno di 24 ore**
- Wet lung.

S1609e Encefalopatia ipossico-ischemica (HIE)

L'encefalopatia ipossico-ischemica viene classificata clinicamente nel modo seguente:

1° grado ipereccitabilità, iperriflessia, midriasi, tachicardia, ma assenza di crisi convulsive

2° grado letargia, miosi, bradicardia, rallentamento dei riflessi (p. es. riflesso di Moro), ipotensione e attacchi convulsivi

3° grado stupore, flaccidità, crisi convulsive, assenza di riflesso di Moro e riflessi bulbari.

Per la codifica di un'encefalopatia ipossico-ischemica, la ICD-10-GM prevede il codice *P91.6 Encefalopatia ipossico-ischemica neonatale*.

I codici per il grado di gravità dell'encefalopatia ipossico-ischemica diagnosticata vanno indicati addizionalmente, come di seguito elencato. I sintomi menzionati sopra, ad eccezione delle convulsioni (*P90 Convulsioni neonatali*), non vanno codificati separatamente.

Codifica del 1° grado *P91.3 Irritabilità cerebrale del neonato*

Codifica del 2° grado *P91.4 Depressione cerebrale del neonato*

Codifica del 3° grado *P91.5 Coma del neonato*

Eventuali disturbi/diagnosi supplementari (p. es. *P21.0 Asfissia grave alla nascita*) vanno codificati separatamente.

S1610e Asfissia durante la nascita

La categoria *P21.– Asfissia durante la nascita* va utilizzata nel caso in cui (anche se la diagnosi di asfissia non è stata posta espressamente).

P21.0 Asfissia grave durante la nascita

Condizioni: necessità di trasferire il neonato/nato pretermine in un'unità di cure intensive neonatali e presenza di almeno tre dei seguenti criteri:

- APGAR ≤ 5 al 5° o 10° minuto
- Assistenza respiratoria necessaria almeno fino al 10° minuto dopo la nascita (ventilazione a pressione positiva intermittente mediante maschera o tubo)
- Grave acidosi nella prima ora di vita: pH ≤ 7.00 (in arteria ombelicale, vena ombelicale o tramite prelievo di sangue arterioso o capillare)
- Deficit di basi inferiore o uguale -16 mmol/L nel sangue del cordone ombelicale o nel corso della prima ora di vita
- Lattato ≥ 12 mmol/L nel sangue del cordone ombelicale o nel corso della prima ora di vita
- Encefalopatia da moderata a grave (stadio di Sarnat II–III)

P21.1 Asfissia (lieve) o moderata alla nascita

Condizioni (tutte e tre le condizioni devono essere soddisfatte)

- APGAR 4–7 al 5° minuto di vita
- pH dell'arteria ombelicale: < 7.15
- Necessità di sorveglianza cardiorespiratoria con monitoraggio continuo in reparto di pediatria/neonatalogia sotto la guida di un pediatra e con personale appositamente formato

P21.9 Altre asfissia alla nascita non specificata (Asfissia lieve)

Disturbi dell'adattamento che non soddisfano i criteri summenzionati.

S1611d Insufficienza respiratoria acuta neonatale

Un'insufficienza respiratoria in seguito a un'insufficienza respiratoria globale o parziale viene codificata con *P28.5 Insufficienza respiratoria acuta neonatale* se un neonato/neonato pretermine viene trasferito per ulteriori cure in un'unità di cure intermedie/unità di cure intensive neonatologiche (di livello IIb o III) riconosciuta dalla SGN/SSMI, nonché in seguito a una ventilazione invasiva, non invasiva oppure se ha luogo un'assistenza respiratoria tramite CPAP.

S1800 Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove

S1801a Incontinenza

Il reperto di incontinenza ha rilevanza clinica, se

- l'incontinenza non può essere considerata «normale» nell'ambito di un trattamento (p. es. dopo determinati interventi chirurgici o in condizioni morbose specifiche);
- l'incontinenza non può essere considerata compatibile con il normale sviluppo (come p. es. nei bambini piccoli);
- l'incontinenza perdura in un paziente con chiara disabilità o ritardo mentale.

I codici per l'incontinenza urinaria o fecale

N39.3	<i>Incontinenza da stress [sforzo]</i>
N39.4–	<i>Altra incontinenza urinaria specificata</i>
R32	<i>Incontinenza urinaria non specificata</i>
R15	<i>Incontinenza fecale</i>

vanno indicati solo quando l'incontinenza costituisce motivo per il trattamento ospedaliero o ha rilevanza clinica nel senso descritto in precedenza. Tra le incontinenze che sono considerate «**normali**» nel quadro di un trattamento/intervento chirurgico e che perciò non devono essere codificate, si contano per esempio l'incontinenza urinaria postoperatoria transitoria dopo resezione della prostata o l'incontinenza fecale dopo una resezione bassa del retto.

S1802a Disfagia

R13.– Disfagia

va utilizzato solo qualora p. es. sia necessaria una sonda gastrica per l'alimentazione enterale o un trattamento della disfagia per più di 7 giorni di calendario.

S1803a Convulsioni febbrili

R56.0 Convulsioni febbrili

va codificato come diagnosi principale solo quando non è presente una malattia che ha causato le convulsioni febbrili, come una polmonite o un altro focolaio infettivo.

Se invece è nota la causa primaria, quest'ultima va codificata come diagnosi principale, aggiungendo *R56.0 Convulsioni febbrili* come diagnosi secondaria.

S1804f Diagnosi e terapia del dolore

Dolore acuto

Se un paziente è trattato per un dolore postoperatorio o associato a un'altra malattia, vanno codificati solo l'intervento eseguito o la malattia causante il dolore.

R52.0 Dolore acuto

viene attribuito solo se la localizzazione e la causa del dolore acuto non sono note.

Procedure anestetiche **non operatorie** per il dolore acuto (ad eccezione dei codici CHOP 93.A3.– *Trattamento del dolore acuto*) vanno codificate se sono eseguite come misure isolate (vedi anche P02, esempio 2).

Dolore cronico/intrattabile

Se un paziente viene ricoverato specificatamente per la terapia del dolore e il trattamento riguarda esclusivamente il dolore, come diagnosi principale va indicato il codice della localizzazione del dolore. Lo stesso vale per il dolore oncologico. La malattia di base va codificata come diagnosi secondaria.

I codici

R52.1 Dolore cronico intrattabile o

R52.2 Altro dolore cronico

sono indicati come **diagnosi principale** se la localizzazione del dolore non è specificata (vedi esclusioni della categoria R52.–) e se soddisfano la definizione di diagnosi principale (regola 52a).

In tutti gli altri casi di dolore cronico, come diagnosi principale va codificata la malattia che provoca il dolore, sempreché sia responsabile del ricovero ospedaliero.

S1805e Ricovero ospedaliero per l’impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore

In caso di ricovero ospedaliero per l’impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test), la **malattia** è indicata come **diagnosi principale**, insieme agli appropriati codici di procedura.

Il codice

Z45.80 Adattamento e manutenzione di neurostimolatore

non viene utilizzato.

(La stessa regola si applica a S0605: Ricovero ospedaliero per l’impianto di un neurostimolatore).

S1806e Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore

In caso di ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test), come diagnosi principale va indicato il codice

Z45.80 Adattamento e manutenzione di neurostimolatore

insieme agli appropriati codici di procedura. La malattia di base è codificata come diagnosi secondaria solo qualora soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.

(La stessa regola si applica a S0606: Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore).

S1900 Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne

Salvo diversa indicazione nelle regole di codifica, i codici delle cause esterne (V01–Y84) seguono obbligatoriamente i codici S e T.

S1901a Traumatismi superficiali

Escoriazioni e contusioni non sono codificate, qualora siano correlate a traumatismi più gravi della stessa sede, a meno che non causino un maggior dispendio di risorse mediche per il trattamento del traumatismo più grave, p. es. per differimento temporale.

Esempio 1

Un paziente che è caduto viene ammesso per il trattamento di una frattura sovracondiloidea dell'omero sinistro e contusione del gomito, nonché per una frattura del corpo scapolare sinistro.

DP S42.41 Frattura dell'estremità inferiore dell'omero: sovracondiloidea

L 2

CDP X59.9! Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi

DS S42.11 Frattura della scapola: corpo

L 2

In questo caso la contusione del gomito non va codificata.

S1902a Frattura e lussazione

Per codificare una frattura o una lussazione vertebrale vedi S1905.

Frattura o lussazione con lesioni dei tessuti molli

Per codificare una frattura o una lussazione sono necessari 2 codici. Dapprima va indicato il codice della frattura o della lussazione e successivamente il corrispondente codice per la gravità della lesione dei tessuti molli. I codici supplementari per le lesioni dei tessuti molli sono:

*Sx1.84! – Sx1.86! Lesioni dei tessuti molli di grado I–III con frattura o lussazione chiusa
(x a seconda della regione corporea)*

*Sx1.87! – Sx1.89! Lesioni dei tessuti molli di grado I–III con frattura o lussazione esposta
(x a seconda della regione corporea)*

Ai codici della ICD-10-GM è associato un testo che descrive il grado di gravità.

Nei trasferimenti per continuazione delle cure o riammissioni, la lesione dei tessuti molli è codificata solo se soddisfa la definizione di diagnosi secondaria (G54).

Eccezione: solo per le fratture chiuse con tipo di frattura semplice o per le lussazioni con lesioni dei tessuti molli di grado 0 o non specificato non va attribuito alcun codice supplementare.

Esempio 1

Paziente con una frattura femorale diafisaria destra esposta di II grado dovuta a una caduta.

DP S72.3 Frattura diafisaria del femore

L 1

CDP X59.9! Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi

DS S71.88! Danno ai tessuti molli di secondo grado con frattura o lussazione esposta dell'anca e della coscia

L 1

Frattura con lussazione

In questi casi va attribuito un codice sia per la frattura sia per la lussazione: il primo codice per la frattura.

Nota bene: in alcuni casi la ICD-10-GM prevede codici combinati, p. es.:

S52.31 Frattura della diafisi distale del radio con lussazione della testa ulnare

Frattura e lussazione con sede identica o differente

In un traumatismo combinato nella stessa sede è sufficiente l'indicazione di un codice aggiuntivo per il grado di gravità della lesione dei tessuti molli.

Esempio 2

Una paziente è ricoverata dopo una caduta per il trattamento di una frattura esposta della testa omerale destra di primo grado con lussazione anteriore della spalla destra (esposta) e danno ai tessuti molli di primo grado.

DP S42.21 Frattura dell'estremità superiore dell'omero, testa

L 1

CDP X59.9! Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi

DS S43.01 Lussazione anteriore dell'omero

L 1

DS S41.87! Danno ai tessuti molli di primo grado su frattura o lussazione esposta del braccio

L 1

Se in un paziente sono presenti diverse fratture e/o lussazioni con sedi differenti, per ogni sede va registrato il grado (I–III) della lesione dei tessuti molli.

Contusione ossea

Una contusione ossea con frattura della spongiosa dimostrata radiologicamente e corticale intatta va codificata come una frattura.

S1903c Ferite/traumatismi aperti

Per le ferite aperte è disponibile una categoria per ciascuna regione del corpo.

In queste categorie, oltre ai codici «!» per i danni dei tessuti molli in caso di frattura, sono disponibili codici «!» anche per i traumatismi in cui si è verificata una penetrazione in cavità corporee (ferita intracranica, intratoracica o intraddominale) attraverso la cute.

In questi casi la ferita aperta va codificata **in aggiunta** al traumatismo (p. es. la frattura).

Traumatismo aperto con interessamento di vasi sanguigni, nervi e tendini

In caso di traumatismo con danno vasale, la sequenza dei codici dipende dal fatto che vi sia o no minaccia di perdita dell'arto colpito. In caso positivo, per un traumatismo con interessamento di arteria e nervo si codifica:

- dapprima il traumatismo arterioso
- poi il traumatismo del nervo
- in seguito l'eventuale traumatismo tendineo, la frattura, la ferita aperta.

Nei casi in cui, nonostante le lesioni nervose e arteriose, la perdita dell'arto sia improbabile, la sequenza della codifica deve seguire la gravità dei danni rilevati.

Traumatismo intracranico, intratoracico o intraddominale aperto

In caso di traumatismo aperto intracranico, intratoracico o intraddominale, prima va indicato il codice per il traumatismo, seguito dal codice per la ferita aperta.

Esempio 1

Paziente con ferita da coltello al torace con emotorace.

DP S27.1 Emotorace traumatico

CDP Y09.9! Aggressione mediante mezzi non specificati, luogo non specificato

DS S21.83! Ferita aperta di altra parte del torace in associazione a un traumatismo intratoracico

Frattura aperta con traumatismo intracranico, intratoracico o intraddominale

In caso di frattura cranica esposta associata a traumatismo intracranico oppure frattura esposta del tronco con traumatismo intratoracico o intraddominale si attribuiscono:

- un codice per il traumatismo intracranico / intracavitario
 - uno dei codici seguenti
 - S01.83! Ferita aperta (qualsiasi parte della testa) associata a traumatismo intracranico*
 - S21.83! Ferita aperta di altra parte del torace in associazione a un traumatismo intratoracico*
 - o
 - S31.83! Ferita aperta (qualsiasi parte dell'addome, dei lombi e della pelvi) associata a traumatismo intraaddominale*
 - i codici per la frattura
- e
- un codice per il grado di gravità dei danni ai tessuti molli
 - S01.87! – S01.89! Danno ai tessuti molli di I–III grado con frattura o lussazione esposta della testa*
 - S21.87! – S21.89! Danno ai tessuti molli di I–III grado con frattura o lussazione esposta del torace*
 - o
 - S31.87! – S31.89! Danno ai tessuti molli di I–III grado con frattura o lussazione esposta della colonna lombare e della pelvi.*

Complicanze di una ferita aperta

La codifica delle complicanze di una ferita aperta dipende dalla possibilità di definire la complicanza, per esempio un'infezione, con un codice specifico. Se è possibile utilizzare un codice specifico della ICD-10-GM, dapprima va indicato il codice specifico della complicanza (p. es. il tipo di infezione, come erisipela, cellulite ecc.), seguito dal codice per la ferita aperta.

Attenzione: in caso di sepsi come complicanza di una ferita aperta si applica la regola S0102.

Esempio 2

Una paziente viene ricoverata per una cellulite della mano sinistra a seguito del morso di un gatto. Non è noto a quando risalga il morso. All'ammissione si riscontrano a livello del tenar due ferite puntiformi con arrossamento circostante e forte gonfiore di mano e avambraccio. Nello striscio si rileva la presenza di Staphylococcus aureus. Viene avviata una terapia antibiotica endovenosa.

DP L03.10 Cellulite dell'arto superiore

L 2

DS B95.6! Stafilococco aureo come causa di malattie classificate altrove

DS S61.0 Ferita aperta del(le) dito(a) senza lesione dell'unghia

L 2

DS W64.9! Incidente dovuto ad esposizione a forze meccaniche di oggetti animati

Se non è possibile una codifica specifica della complicanza di una ferita aperta, va indicato il codice per la ferita aperta, seguito da un codice della categoria

T89.0– Complicanze di una ferita aperta

Attenzione: i codici per le cause esterne sono registrati solo una volta in occasione, del primo ricovero ospedaliero.

S1904d Perdita di coscienza

Perdita di coscienza correlata a un traumatismo

In caso di perdita di coscienza correlata a un traumatismo, quest'ultimo va indicato prima di un codice della categoria S06.7–I *Traumatismo intracranico con coma prolungato* corrispondente alla durata della perdita di coscienza.

Esempio 1

Un paziente viene ricoverato per una frattura dell'etmoide (radiografia). La TAC mostra un grande ematoma subdurale. Il paziente è rimasto incosciente per 3 ore.

DP S06.5 Emorragia subdurale traumatica

CDP X59.9! Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi

DS S02.1 Frattura della base cranica

DS S06.71! Traumatismo intracranico con coma prolungato, da 30 minuti a 24 ore

Vegetative State (VS) / Minimally Conscious State (MCS)

L'MCS è definito come una condizione con stato di coscienza severamente alterato, che presenta minime ma nette caratteristiche comportamentali che possono essere comprovate in modo riproducibile e che possono rivelare una coscienza di sé o dell'ambiente.

L'esatta classificazione e attribuzione dello MCS avviene attraverso la Coma Remissions Skala revised (CRS-r) e consta nel risultato delle valutazioni effettuate nelle cinque subscale del CRS: CRS uditiva – CRS visiva – CRS motoria – CRS oromotoria – CRS di comunicazione. Questa valutazione non è applicabile in modo attendibile per i pazienti di meno di 12 anni.

Suddivisione in stadi dei disturbi severi dello stato di coscienza

Punteggio subscale CRS-r	Vegetative State (VS)	Minimally Conscious State minus (MCS–)	Emerge from Minimally Conscious State (MCS+)
Facoltà uditive	≤ 2 e	3–4 o	
Facoltà visuale	≤ 1 e	2–5 o	
Facoltà motorie	≤ 2 e	3–5 o	6 o
Facoltà oromotorie	≤ 2 e	3 o	
Facoltà comunicative	= 0	1	2–3

Ovvero:

- Si è in presenza dello Vegetative State (VS) se tutte le condizioni dell'VS sono soddisfatte.
- Si è in presenza di uno Minimally Conscious State minus (MCS–) se un'unica subscale soddisfa i criteri previsti dall'MCS e gli altri corrispondono allo stadio VS.
- Si è in presenza di un Emerge from Minimally Conscious State (MCS+) se i criteri della subscale delle facoltà motorie o della subscale delle facoltà comunicative sono soddisfatti e se le altre subscale presentano valori di VS o di MCS–.

La suddivisione in stadi può avvenire solo se sono trascorse 24 ore dall'interruzione della sedazione presso l'unità di cure intensive e alla condizione che non ci siano disturbi o fattori di origine medicamentosa che possono aver contribuito a causare i stadi VS/MCS (eventualmente con documentazione di analisi del sangue).

Un disturbo di coscienza viene codificato con *G93.80 Sindrome apallica*:

- si è in presenza di un disturbo severo dello stato di coscienza allo stadio di Vegetative State (VS) (sinonimo: Unresponsive Wakefulness Syndrome UWS) oppure di Minimally Conscious State (MCS–) conformemente alle definizioni di cui sopra.

Nota bene: ai disturbi dello stato di coscienza che non soddisfano i criteri di VS e di MCS– non va attribuito il codice G93.80, fra essi rientra ad es. anche lo stadio Emerge from Minimally Conscious State (MCS+).

Bibliografia: Giacino, J et al. (2006). Coma Recovery Scale-Revised. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury

S1905c Traumatismo del midollo spinale (con paraplegia e tetraplegia traumatiche)

Fase acuta – immediatamente post-traumatica

Con fase acuta di un traumatismo spinale si intende il periodo di trattamento immediatamente successivo al trauma. Può comprendere diversi ricoveri ospedalieri.

Se un paziente è ricoverato per un traumatismo del midollo spinale (p. es. compressione, contusione, lacerazione, taglio trasversale o schiacciamento del midollo spinale), vanno codificati i seguenti dettagli:

- il tipo di traumatismo del midollo spinale è il primo codice da indicare (lesione completa o incompleta),
- l'altezza funzionale (livello) del traumatismo va codificata con
S14.7-!, S24.7-!, S34.7-! Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale cervicale/toracico/lombosacrale

Per l'indicazione dell'altezza funzionale vanno osservate le note esplicative dei codici *S14.7-!, S24.7-!* e *S34.7-!* nella ICD-10-GM.

I pazienti con traumi del midollo spinale hanno contemporaneamente con elevata probabilità anche una frattura o una lussazione vertebrale; pertanto vanno codificate le seguenti informazioni:

- la sede della frattura in caso di frattura vertebrale,
- la sede della lussazione in caso di lussazione,
- il grado di gravità del danno dei tessuti molli associato alla frattura/lussazione.

Esempio 1

Una paziente viene ricoverata dopo una caduta con frattura da compressione di T12. Si rileva un traumatismo da compressione del midollo spinale allo stesso livello con paraplegia incompleta all'altezza funzionale L2.

<i>DP</i>	<i>S24.12</i>	<i>Lesione incompleta del midollo spinale toracico</i>
<i>CDP</i>	<i>X59.9!</i>	<i>Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumi</i>
<i>DS</i>	<i>S34.72!</i>	<i>Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale lombosacrale, L2</i>
<i>DS</i>	<i>S22.06</i>	<i>Frattura di vertebra toracica, T11 e T12</i>

Fase acuta – trasferimento del paziente

Se un paziente che ha subito un traumatismo del midollo spinale per un trauma è trasferito immediatamente da un ospedale di cure acute a un altro ospedale di cure acute, in entrambi gli ospedali va indicato il codice per il tipo di traumatismo come diagnosi principale e il codice corrispondente all'altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale come prima diagnosi secondaria.

Esempio 2

Un paziente viene ricoverato nell'ospedale A dopo una caduta con grave traumatismo del midollo spinale. Una TAC conferma la lussazione di T7/T8 con traumatismo del midollo spinale alla stessa altezza. La neurologia corrisponde a una lesione incompleta sotto T8. Dopo la stabilizzazione nell'ospedale A, il paziente viene trasferito nell'ospedale B, in cui viene effettuata un'artrodesi.

Ospedale A:

DP S24.12 Lesione incompleta del midollo spinale toracico
CDP X59.9! Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi
DS S24.75! Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale toracico, T8/T9
DS S23.14 Lussazione di vertebra toracica, altezza T7/T8 e T8/T9

Ospedale B:

DP S24.12 Lesione incompleta del midollo spinale toracico
DS S24.75! Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale toracico, T8/T9
DS S23.14 Lussazione di vertebra toracica, altezza T7/T8 e T8/T9

Attenzione: i codici per le cause esterne sono registrati solo una volta in occasione del primo ricovero ospedaliero/nel primo ospedale.

Traumatismo del midollo spinale – fase cronica

Si parla di fase cronica di una paraplegia/tetraplegia quando il trattamento della malattia acuta (p. es. un traumatismo acuto del midollo spinale) che ha causato le paralisi è al momento concluso.

Se il paziente viene ricoverato in questa fase cronica per il trattamento della paraplegia/tetraplegia, come diagnosi principale va utilizzato un codice della categoria:

G82.– Paraplegia e tetraplegia, con quinto carattere «.2» o «.3».

Se per contro un paziente è ricoverato per il trattamento di un'altra malattia, come p. es. un'infezione urinaria, una frattura del femore, ecc., va codificata la malattia da trattare seguita da un codice della categoria:

G82.– Paraplegia e tetraplegia, con quinto carattere «.2» o «.3»

e dai codici delle altre malattie del paziente. La sequenza di queste diagnosi deve basarsi sulla definizione di diagnosi principale.

Per l'altezza funzionale della lesione del midollo spinale va inoltre aggiunto il codice appropriato della categoria:

G82.6–! Altezza funzionale della lesione del midollo spinale.

I codici per i traumatismi del midollo spinale non vanno indicati, poiché vanno attribuiti solo nella fase acuta.

Esempio 3

Una paziente è ricoverata per il trattamento di un'infezione delle vie urinarie. Inoltre presenta una paraplegia flaccida incompleta all'altezza di L2, una sindrome della cauda equina incompleta e un disturbo neuropatico di svuotamento della vescica.

DP N39.0 Infezione delle vie urinarie, sede non specificata

DS G82.03 Paraplegia flaccida, lesione del midollo spinale cronica incompleta

DS G82.66! Altezza funzionale della lesione del midollo spinale, L2–S1

DS G83.41 Sindrome della cauda equina incompleta

DS G95.81 Cistoplegia con lesione neuronale bassa

Nota: utilizzare un codice supplementare della categoria G95.8– per indicare, come nell'esempio, la presenza di una disfunzione vescicale neuropatica.

Codifica di fratture e lussazioni vertebrali

Codifica di fratture e lussazioni vertebrali.

In caso di fratture o lussazioni multiple va indicata ogni altezza singolarmente.

Esempio 4

Un paziente viene ricoverato dopo un incidente automobilistico con una frattura complicata esposta di secondo grado della seconda, terza e quarta vertebra toracica, con dislocazione all'altezza di T2/T3 e T3/T4 e lesione completa del midollo spinale all'altezza di T3. L'esame neurologico conferma la paralisi completa sotto T3.

DP S24.11 Lesione completa del midollo spinale toracico
CDP V99! Incidente di mezzo di trasporto
DS S24.72! Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale toracico, T2/T3
DS S22.01 Frattura di vertebra toracica, altezza T1 e T2
DS S22.02 Frattura di vertebra toracica, altezza T3 e T4
DS S23.11 Lussazione di vertebra toracica, altezza T1/T2 e T2/T3
DS S23.12 Lussazione di vertebra toracica, altezza T3/T4 e T4/T5
DS S21.88! Danno ai tessuti molli di secondo grado con frattura o lussazione esposta del torace

S1906a Traumatismi multipli

Diagnosi

I singoli traumatismi vanno codificati per quanto possibile in base alla loro sede anatomica e al tipo.

Le categorie di codici combinati per i traumatismi multipli *T00–T07 Traumatismi interessanti regioni corporee multiple* e i codici delle categorie *S00–S99* che codificano i traumatismi multipli con il quarto carattere «.7», vanno utilizzati solo se il numero dei traumatismi da codificare supera il numero massimo di diagnosi registrabili.

In questi casi vanno impiegati codici specifici (traumatismo per regione corporea/tipo) per i traumatismi più gravi e le categorie per traumatismi multipli per codificare le lesioni meno gravi (p. es. traumatismi superficiali, ferite aperte nonché distorsioni e distrazioni).

Nota: L'indice alfabetico della ICD-10-GM consiglia per un «traumatismo multiplo» o un «politrauma» il codice *T07 Traumatismi multipli non specificati*. Questo codice è però aspecifico e perciò se possibile **non** va utilizzato.

Sequenza dei codici in caso di traumatismi multipli

La scelta della diagnosi principale va effettuata secondo la regola G52.

Esempio 1

Una paziente è ricoverata dopo un incidente automobilistico con contusione cerebrale focale, amputazione traumatica dell'orecchio destro, perdita di coscienza per 20 minuti, contusione di laringe e spalla destra e ferite da taglio alla guancia e alla coscia destre.

DP	S06.31	Contusione cerebrale focale
CDP	V99!	Incidente di mezzo di trasporto
DS	S06.70!	Traumatismo intracranico con coma prolungato, meno di 30 minuti
DS	S08.1	Amputazione traumatica dell'orecchio
L	1	
DS	S01.41	Ferita aperta della guancia
L	1	
DS	S71.1	Ferita aperta della coscia
L	1	
DS	S10.0	Contusione della gola
DS	S40.0	Contusione della spalla e del braccio
L	1	

In questo caso non vengono attribuiti i codici *S09.7 Traumatismi multipli della testa* e *T01.8 Ferite aperte interessanti altre combinazioni di regioni corporee*, perché ove è possibile vanno sempre indicati codici individuali.

S1907a Ustioni e corrosioni

Sequenza dei codici

Va indicata prima la regione con l'ustione o la corrosione più grave. Pertanto, un'ustione o una corrosione di terzo grado va indicata prima di un'ustione o una corrosione di secondo grado, anche se quest'ultima interessa una superficie corporea più ampia.

Ustioni o corrosioni della stessa regione, ma di grado differente, vanno codificate come ustioni o corrosioni del grado più elevato riscontrato.

Esempio 1

Ustione di secondo e terzo grado della caviglia destra (<10%) causata da acqua bollente.

DP T25.3 Ustione di terzo grado della caviglia e del piede

L 1

CDP X19.9! Ustione o scottatura da contatto con altri e non specificati calori e sostanze roventi

DS T31.00! Ustioni interessanti meno del 10% della superficie corporea

Le ustioni e le corrosioni che richiedono un trapianto di cute vanno sempre indicate prima di quelle che non richiedono alcun trapianto.

Qualora siano presenti diverse ustioni o corrosioni dello stesso grado, va indicata prima la regione con la superficie corporea interessata più estesa. Tutte le altre vanno codificate, se possibile, indicando la sede anatomica interessata.

Esempio 2

Ustione di grado 2a della parete addominale (15%) e del perineo (10%) causata da acqua bollente.

DP T21.23 Ustione di grado 2a del tronco, parete addominale

CDP X19.9! Ustione o scottatura da contatto con altri e non specificati calori e sostanze roventi

DS T21.25 Ustione di grado 2a del tronco, organi genitali esterni

DS T31.20 Ustioni interessanti il 20–29% della superficie corporea

Nel caso in cui il numero delle diagnosi sia superiore al numero massimo di diagnosi registrabili, va indicato il codice T29.– *Ustioni e corrosioni di regioni corporee multiple.*

Per le ustioni o corrosioni di terzo grado vanno impiegati sempre i codici differenziati. Qualora siano necessari codici multipli, essi vanno impiegati per ustioni o corrosioni di secondo grado.

Superficie corporea

Ogni caso di ustione o corrosione richiede un **codice supplementare** delle categorie

T31.–! Ustioni classificate secondo l'estensione della superficie corporea interessata

o

T32.–! Corrosioni classificate secondo l'estensione della superficie corporea interessata

per specificare la percentuale di superficie corporea interessata.

Il quarto carattere descrive la somma di tutte le singole superfici con ustioni o corrosioni, indicata in percentuale della superficie corporea. Il codice della categoria T31.–! e T32.–! va indicato una sola volta dopo l'ultimo codice relativo alla regione corporea interessata.

S1908b Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologiche

La diagnosi «avvelenamento da farmaci/droghe» è posta in caso di assunzione erranea o inappropriata, con scopo suicidale o omicida, o in caso di effetti indesiderati di farmaci prescritti ma assunti nell'ambito di un'automedicazione.

Gli avvelenamenti sono classificati nelle categorie

T36–T50 Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologicamente attive

e

T51–T65 Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa.

In caso di avvelenamento correlato ad **una o più manifestazioni** (p. es. coma, aritmia), come diagnosi principale va indicato il codice della manifestazione. I codici per l'avvelenamento provocato dalle sostanze impiegate (medicamenti, droghe, alcool) vanno codificati come diagnosi secondaria.

Esempio 1

Un paziente viene ricoverato in coma per via di un sovradosaggio di codeina.

DP R40.2 Coma non specificato

CDP X49.9! Avvelenamento accidentale

DS T40.2 Avvelenamento da narcotici e psicotrofici [allucinogeni], oppio

Esempio 2

Un paziente viene ricoverato con ematemesi causata dall'assunzione di cumarina (prescritta), combinata inavvertitamente con acido acetilsalicilico (non prescritto).

DP K92.0 Ematemesi

CDP X49.9! Avvelenamento accidentale

DS T39.0 Avvelenamento da salicilati

DS T45.5 Avvelenamento da agenti ad azione principalmente sistemica ed ematologici, anticoagulanti

In caso di avvelenamento **senza manifestazioni** va indicato come diagnosi principale un codice delle categorie

T36–T50 Avvelenamento da farmaci, droghe e sostanze biologiche

e

T51–T65 Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa.

Esempio 3

Una paziente si presenta al pronto soccorso e dice di aver ingerito 20 compresse di paracetamolo in seguito ad un gesto inconsulto. Dopo una lavanda gastrica non si presenta nessuna altra manifestazione.

DP T39.1 Avvelenamento da analgesici non oppiacei, antipiretici e antireumatici, derivati del 4-aminofenolo

CDP X84.9! Autolesionismo intenzionale

Sovradosaggio di insulina nei diabetici

L'**eccezione** a questa regola è costituita dal sovradosaggio d'insulina, in cui vanno indicati i codici delle categorie

E10–E14 con quarto carattere «.6» Diabete mellito con altre complicanze specificate

prima del codice per l'avvelenamento

T38.3 Avvelenamento da insulina e ipoglicemizzanti [antidiabetici] orali.

S1909f Effetti collaterali indesiderati di farmaci (assunti secondo prescrizione)

Gli effetti collaterali indesiderati di farmaci indicati assunti conformemente alla prescrizione vanno codificati come segue:

- uno o più codici per le condizioni morbose manifestatesi come effetti indesiderati, seguiti da *Y57.9! Complicanze a causa di medicinali e droghe* se quest'affermazione non è contenuta nel codice della diagnosi.

Esempio 1

Una paziente è ricoverata per una gastrite acuta emorragica, causata da acido acetilsalicilico assunto correttamente. Non si trovano altre cause della gastrite.

DP K29.0 Gastrite emorragica acuta

CDP Y57.9! Complicanze a causa di medicinali e droghe

Esempio 2

Un paziente HIV positivo è ricoverato per il trattamento di un'anemia emolitica causata dalla terapia antiretrovirale.

DP D59.2 Anemia emolitica non autoimmune da farmaci

DS Z21 Stato d'infezione asintomatica da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]

- Un paziente sotto anticoagulanti con emorragia a seguito di assunzione di anticoagulanti conforme alla prescrizione viene rappresentato con *D68.33 Diatesi emorragica da cumarine (antagonisti della vitamina K)*, *D68.34 Diatesi emorragica da eparine*, *D68.35 Diatesi emorragica da altri anticoagulanti + l'emorragia*, completati da *Y57.9! Complicanze da medicinali o droghe*, se non incluse nel codice della diagnosi (sequenza dei codici secondo la regola G52).

Esempio 3

Ad una paziente sotto anticoagulanti con sanguinamento nasale inarrestabile a seguito di assunzione conforme alla prescrizione di cumarine viene eseguito un tamponamento nasale, sospeso temporaneamente il trattamento con anticoagulanti e somministrato un preparato a base di vitamina K.

R04.0 Epistassi

Y57.9! Complicanze da medicinali e droghe

D68.33 Diatesi emorragica da cumarine (antagonisti della vitamina K)

Esempio 4

Un paziente sotto anticoagulanti, a seguito di assunzione conforme alla prescrizione di cumarine, è ricoverato con sintomi di un accidente cerebrovascolare. La TAC mostra un'emorragia intracerebrale. Il trattamento con anticoagulanti viene temporaneamente sospeso e viene somministrato il Konakion.

I61.0 Emorragia intracerebrale emisferica sottocorticale

Y57.9! Complicanze da medicinali e droghe

D68.33 Diatesi emorragica da cumarine (antagonisti della vitamina K)

S1910b Effetti indesiderati o avvelenamento da assunzione combinata di due o più sostanze (in caso di assunzione non prescritta)

Avvelenamento da farmaci e alcol

Un effetto collaterale di un farmaco assunto **in combinazione con l'alcol** va codificato come **avvelenamento da entrambe le sostanze (attive)**.

Avvelenamento da farmaci prescritti assunti in combinazione con farmaci non prescritti

Un effetto collaterale dell'assunzione contemporanea di un farmaco **prescritto** e di uno **non prescritto** va codificato come **avvelenamento da entrambe le sostanze (attive)**.

Vedi anche S1908.

S2000 Cause esterne di morbosità e mortalità

Questo capitolo consente la classificazione di eventi ambientali e circostanze che causano traumatismi, avvelenamenti, malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e altri effetti nocivi. Queste cause esterne vanno registrate per ragioni epidemiologiche.

Salvo diversa indicazione nelle regole di codifica, i codici delle cause esterne (V–Y) seguono obbligatoriamente i codici dei traumatismi, degli avvelenamenti, delle malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e degli altri effetti nocivi.

Per ogni evento è sufficiente un solo codice per le cause esterne, registrato unicamente nel prima degenza ospedaliera.

Se i codici per traumatismi, avvelenamenti, malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e altri effetti nocivi sono nella posizione di **diagnosi principale**, i codici per le cause esterne (V–Y) vanno indicati come **complemento alla diagnosi principale**. Se i traumatismi, gli avvelenamenti, le malattie o i disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e altri effetti nocivi sono elencati tra le **diagnosi secondarie**, i codici per le cause esterne (V–Y) **seguono direttamente** questi codici. Se un codice per le cause esterne può essere attribuito a diversi codici di diagnosi secondarie, va indicato solo una volta alla fine dei codici delle diagnosi secondarie.

Esempio 1

Ferita aperta della coscia per incidente in bicicletta.

DP S71.1 Ferita aperta della coscia

CDP V99! Incidente di mezzo di trasporto

Esempio 2

Paziente con contusione cerebrale focale, perdita di coscienza per 20 minuti e ferite da taglio alla coscia.

DP S06.31 Contusione cerebrale focale

CDP X59.9! Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi

DS S06.70! Traumatismo intracranico con coma prolungato, meno di 30 minuti

DS S71.1 Ferita aperta della coscia

Esempio 3

Trombosi venosa profonda postoperatoria susseguente a trattamento di una frattura tibiale.

DP I80.28 Flebite e tromboflebite di altri vasi profondi degli arti inferiori

CDP Y84.9! Intervento medico non specificato

Eccezione: Se il codice della diagnosi comprende la causa esterna precisa:

Esempio 4

Anemia da farmaci.

D59.2 Anemia emolitica non autoimmune da farmaci

Qui Y57.9 non va indicato, essendo già compreso nel codice (contrariamente all'osservazione nella ICD-10-GM, che proviene ancora dalla versione dell'OMS).

S2100 Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari

Per l'impiego di questi codici vanno osservate:

- le regole di codifica, che comprendono la descrizione di un codice Z
- il «Manuale delle definizioni di SwissDRG, Volume 5, Appendice D, Plausibilità, D5: Diagnosi principali inammissibili»
- le note all'inizio del capitolo XXI della ICD-10-GM.

Nota: se il paziente si presenta per il controllo di una malattia preesistente e nota, tale malattia va codificata come diagnosi principale. Qualora il codice Z soddisfi in questa situazione la definizione di diagnosi secondaria (G54), anch'esso va indicato.

Allegato

Diabete mellito scompensato

Il **quinto carattere** si codifica nel seguente modo:

- 0 *diabete mellito definito come non scompensato*
- 1 *diabete mellito definito come scompensato*
- 2 *diabete mellito con complicanze multiple, definito come non scompensato*
- 3 *diabete mellito con complicanze multiple, definito come scompensato*
- 4 *diabete mellito con sindrome del piede diabetico, non definito come scompensato*
- 5 *diabete mellito con sindrome del piede diabetico, definito come scompensato*

A questo proposito si deve tener conto che dal punto di vista medico non tutte le combinazioni del codice a quattro caratteri hanno senso con un quinto livello. La glicemia misurata al momento del ricovero non è un valido indicatore di controllo per la diagnosi di «diabete mellito scompensato», sia per il diabete mellito di tipo 1, sia per quello di tipo 2. La classificazione «scompensato» o «compensato» viene generalmente effettuata dopo valutazione dell'intero decorso del trattamento (in modo retrospettivo). Il termine «scompensato» si riferisce quindi alla situazione metabolica.

Alcuni criteri per il diabete mellito scompensato (in accordo con la Società svizzera di endocrinologia e diabetologia):

- ipoglicemia recidivante inferiore a 3 mmol/l con sintomi, con 3 misurazioni glicemiche al giorno e adeguamento della terapia, o
- glicemia con forti oscillazioni (diff. almeno 5 mmol/l) con 3 misurazioni glicemiche al giorno e adeguamento della terapia, o
- HBA1C chiaramente elevata (>9%) nel corso degli ultimi 3 mesi e 3 misurazioni glicemiche al giorno, e/o
- almeno 3 volte valori >15 mmol/l con diversi adeguamenti della terapia
- valori <15 mmol/l ma controllo impegnativo con più di 3 misurazioni glicemiche al giorno per diversi giorni e iniezioni integrative documentate.

Alcune diagnosi che possono rientrare nel quadro clinico della sindrome del piede diabetico:

1. Infezione e/o ulcera

<i>Ascesso cutaneo, foruncolo e favo degli arti</i>	L02.4
<i>Cellulite delle dita dei piedi</i>	L03.02
<i>Cellulite dell'arto inferiore</i>	L03.11

Nota: nei seguenti codici a quattro caratteri della categoria L89.– Ulcera da decubito e area di pressione, il quinto carattere codifica la localizzazione dell'area di pressione (vedi ICD-10-GM).

<i>Ulcera da decubito e area di pressione stadio I</i>	L89.0–
<i>Ulcera da decubito e area di pressione stadio II</i>	L89.1–
<i>Ulcera da decubito e area di pressione stadio III</i>	L89.2–
<i>Ulcera da decubito e area di pressione stadio IV</i>	L89.3–
<i>Ulcera da decubito e area di pressione, non specificata</i>	L89.9–
<i>Ulcera di arto inferiore non classificata altrove</i>	L97
<i>Ulcera cronica della cute non classificata altrove</i>	L98.4
<i>Osteomielite</i>	M86.–

2. Angiopatia periferica

<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, senza dolore</i>	I70.20
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolore ischemico indotto da sforzo, tratto di strada 200 m e più</i>	I70.21
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolore ischemico indotto da sforzo, tratto di strada meno di 200 m</i>	I70.22
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolore ischemico a riposo</i>	I70.23
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con ulcera</i>	I70.24
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con gangrena</i>	I70.25

3. Neuropatia periferica

<i>Polineuropatia diabetica</i>	G63.2*
<i>Neuropatia del sistema nervoso autonomo in malattie endocrine e metaboliche</i>	G99.0*

4. Deformazioni

<i>Alluce valgo (acquisito)</i>	M20.1
<i>Alluce rigido</i>	M20.2
<i>Altra deformazione dell'alluce (acquisita)</i>	M20.3
<i>Altro(e) dito(a) del piede a martello (acquisito(e))</i>	M20.4
<i>Altre deformazioni di dito(a) del piede (acquisite)</i>	M20.5
<i>Deformazione in flessione, caviglia e piede</i>	M21.27
<i>Piede cadente (acquisito), caviglia e piede</i>	M21.37
<i>Piede piatto [pes planus] (acquisito)</i>	M21.4
<i>Piede ad artiglio e piedi torti acquisiti, caviglia e piede</i>	M21.57
<i>Altre deformazioni acquisite della caviglia e del piede</i>	M21.67
<i>Altre deformazioni acquisite degli arti specificate, della caviglia e del piede</i>	M21.87

5. Precedenti amputazioni

<i>Mancanza acquisita del piede e della caviglia, monolaterale</i>	
<i>Dito(a) del piede, anche bilaterale</i>	Z89.4
<i>Mancanza acquisita di una gamba sotto il ginocchio, monolaterale</i>	Z89.5
<i>Mancanza acquisita di una gamba, sopra il ginocchio, monolaterale</i>	Z89.6
<i>Mancanza (parziale) acquisita di entrambi gli arti inferiori</i>	
<i>Escluso: Mancanza isolata di dito(a) del piede, bilaterale (Z89.4)</i>	Z89.7

Sepsi

Criteria per la diagnosi di sepsi

(infezione documentata o sospettata e più di uno dei seguenti criteri)

Variabili generali

Febbre ($>38,3^{\circ}\text{C}$)

Ipotermia ($<36^{\circ}\text{C}$)

Tachicardia con frequenza cardiaca (>90 battiti al minuto o >2 SD al di sopra del limite massimo della relativa classe di età)

Tachipnea

Alterazione dello stato mentale

Edema o bilancio idrico positivo (>20 ml/kg del peso corporeo per più di 24 ore)

Iperglicemia (glucosio plasmatico, >120 mg/dl [$6,7$ mmol/litro]) in assenza di diabete

Variabili infiammatorie

Leucocitosi (livello globuli bianchi, $>12,000/\text{mm}^3$)

Leucopenia (livello globuli bianchi, $<4000/\text{mm}^3$)

Livello normale globuli bianchi con $>10\%$ di neutrofilii immaturi

Livello elevato di proteina C-reattiva plasmatica (>2 SD rispetto al range di normalità)

Livello elevato di procalcitonina plasmatica (>2 SD rispetto al range di normalità)

Variabili emodinamiche

Ipotensione arteriosa (pressione sistolica, <90 mm Hg; o pressione arteriosa media, <70 mm Hg; o diminuzione della pressione sistolica di >40 mm Hg in adulti o fino a >2 SD al di sotto del limite inferiore della relativa classe di età)

Livello elevato di saturazione dell'ossigeno venoso misto ($>70\%$)

Indice cardiaco elevato ($>3,5$ litri/min/metro quadro di superficie corporea)

Variabili legate alle disfunzioni d'organo

Ipossiemia arteriosa (rapporto tra la pressione parziale dell'ossigeno arterioso e la frazione di ossigeno inspirato, <300)

Oliguria acuta (escrezione urinaria, $<0,5$ ml/kg/h o 45 ml/h per almeno 2 ore)

Aumento del livello di creatinina di $>0,5$ mg/dl (>44 $\mu\text{mol/litro}$)

Anomalie della coagulazione (rapporto internazionale normalizzato, $>1,5$; o tempo parziale di tromboplastina attivata, >60 sec)

Ileo paralitico (assenza di rumori intestinali)

Trombocitopenia (conta piastrinica $<100'000/\text{mm}^3$)

Iperbilirubinemia (bilirubina plasmatica totale, >4 mg/dl [68 $\mu\text{mol/litro}$])

Variabili legate alla perfusione tissutale

Iperlattatemia

Riempimento capillare diminuito o chiazze

Letteratura raccomandata da medici specialisti:

- Crit.Care Med 2003 Vol 31, No 4: International Sepsis Definitions Conference
<http://www.esicm.org/upload/file4.pdf>
- Ai bambini si applicano regole particolari. Link verso la bibliografia approvata:
Pediatr Crit Care Med. 2005 Jan; 6(1): 2–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=15636651>
«*International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics*».

Attenzione: Eventuali disfunzioni d'organo preesistenti sono considerate complicanze d'organo causate dalla sepsi solo nel caso in cui subentri un peggioramento acuto con conseguente impiego di risorse mediche e siano descritte inequivocabilmente dal medico come provocate dalla sepsi. Le disfunzioni d'organo riconducibili con ogni evidenza ad altre cause, in particolare perché queste cause erano preesistenti, non possono essere utilizzate quale criterio per la definizione di sepsi, sepsi grave e shock settico.

HIV / AIDS: Classificazione CDC (1993)

Le categorie di laboratorio da 1 a 3

- 1: 500 e più linfociti CD4/ μ l
- 2: 200–499 linfociti CD4/ μ l
- 3: Meno di 200 linfociti CD4/ μ l

Le categorie cliniche da A a C

Categoria A

- Infezione da HIV asintomatica
- Linfadenopatia generalizzata persistente
- Malattia acuta sintomatica (primaria) da HIV (anche anamnestic)

Categoria B

Sintomi o malattie che non rientrano tra le malattie definenti l'AIDS della categoria C, ma attribuibili all'infezione da HIV o a un disturbo della risposta immunitaria cellulo-mediata:

- Angiomatosi bacillare
- Candidosi orofaringea
- Candidosi vulvovaginale persistente (più di un mese) o resistente al trattamento
- Displasia cervicale o carcinoma in situ
- Sintomi costituzionali come febbre $>38,5$ °C o diarrea persistente da più di un mese
- Leucoplachia orale villosa
- Herpes zoster con interessamento di più dermatomeri o recidivante in un dermatomero
- Porpora trombocitopenica idiopatica
- Listeriosi
- Malattia infiammatoria pelvica (PID), in particolare su complicazioni di un ascesso tubarico o ovarico
- Neuropatia periferica

Categoria C (malattie definenti l'AIDS)

- Polmonite da *Pneumocystis jirovecii*
- Encefalite da toxoplasma
- Candidosi esofagea o candidosi di trachea, bronchi o polmoni
- Herpes simplex cronico, ulcera o bronchite o polmonite o esofagite da herpes
- Retinite da CMV
- Infezioni generalizzate da CMV (sedi diverse da fegato o milza)
- Setticemia da salmonelle ricorrente
- Polmonite ricorrente nell'arco di un anno
- Criptococchi extrapolmonare
- Criptosporidiosi cronica intestinale
- Infezione cronica intestinale da *Isospora belli*
- Istoplasmosi disseminata o extrapolmonare
- Tubercolosi
- Infezione da *Mycobacterium avium complex* o *M. kansasii*, disseminata o extrapolmonare
- Sarcoma di Kaposi
- Linfomi maligni (linfoma di Burkitt, linfoma immunoblastico o linfoma primario cerebrale)
- Carcinoma cervicale invasivo
- Encefalopatia da HIV
- Leucoencefalopatia multifocale progressiva (PML)
- Wasting syndrome
- Wasting-Syndrom

Malnutrizione

Definizione degli stadi della malnutrizione negli adulti

- **E43 Grave malnutrizione proteico-energetica non specificata**

Una malnutrizione grave è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score complessivo NRS (Nutritional Risk Screening*) pari almeno a 5
 - e
 - BMI <18,5 kg/m² con condizioni generali ridotte
- oppure**
- perdita di peso involontaria >5% in 1 mese e condizioni generali ridotte
- oppure**
- involontariamente l'apporto alimentare** è stato praticamente nullo nell'ultima settimana (0–25% del fabbisogno), il che corrisponde a un peggioramento dello stato nutrizionale di grado 3).

- **E44.0 Malnutrizione proteico-energetica di grado moderato**

Una malnutrizione grave è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score NRS complessivo pari almeno a 4
 - e
 - BMI 18.5 – 20,5 kg/m² con condizioni generali ridotte
- oppure**
- perdita di peso involontaria >5% in 2 mesi e condizioni generali ridotto
- oppure**
- involontariamente l'apporto alimentare è stato inferiore alla metà del fabbisogno nell'ultima settimana (25–50% del fabbisogno), il che corrisponde a un peggioramento dello stato nutrizionale di grado 2).

- **E44.1 Malnutrizione proteico-energetica di grado lieve**

Una malnutrizione grave è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score NRS complessivo pari almeno a 3
 - e
 - perdita di peso involontaria >5% in 3 mesi
- oppure**
- involontariamente l'apporto alimentare è stato meno il 50–75% del fabbisogno nell'ultima settimana, il che corrisponde a un peggioramento dello stato nutrizionale di grado 1).

Tabella esplicativa della classificazione della diagnosi di malnutrizione CIM:

Grado di peggioramento dello stato nutrizionale		1	2	3
Score NRS complessivo*	≥5	E44.1	E44.0	E43
	4	E44.1	E44.0	E44.0
	3	E44.1	E44.1	E44.1

* Adatto da Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002. Clin Nutr (2003); 22(3): 321–336

** L'apporto alimentare comprende ogni forma di nutrizione (parenterale, enterale, per os).

Definizione degli stadi della malnutrizione nei bambini

Le definizioni valgono per i bambini e gli adolescenti da 1 a 16 anni di età. Nei lattanti (0-12 mesi) non è applicabile il PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score*) e per la diagnosi è sufficiente che sia soddisfatto uno dei tre criteri restanti.

- **E43 Grave malnutrizione proteico-energetica non specificata**

Una malnutrizione grave è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score complessivo PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) pari almeno a 4 **più uno dei seguenti 3 criteri**:
 - a) fino a 120 cm: peso per l'altezza ≥ -3 SD (standard deviation) z-score o $< P 0.5$ nelle curve percentili dell'OMS e condizioni generali ridotte;
 - b) da 120–175 cm (maschi) e 120–163 cm (femmine): peso atteso per l'altezza (classificazione Wellcome) $< 70\%$ e condizioni generali ridotte;
 - c) da 175 cm (maschi) e 163 cm (femmine): BMI ≥ -3 SD z-score rispetto al valore atteso per l'età e il sesso o $< P 0.5$ nelle curve percentili dell'OMS e condizioni generali ridotte;

oppure
perdita di peso involontaria $\geq 10\%$ e condizioni generali ridotte;

oppure
riduzione involontaria dell'apporto alimentare nell'ultima settimana (tra lo 0 e il 25% del fabbisogno).

- **E44.0 Malnutrizione proteico-energetica di grado moderato**

Una malnutrizione grave è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score complessivo PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) pari almeno a 3 e **in più uno dei seguenti 3 criteri**:
 - a) fino a 120 cm: peso per l'altezza -2 fino a $-2,9$ SD (standard deviation) z-score o $< P 3$ nelle curve percentili dell'OMS e condizioni generali ridotte;
 - b) da 120–175 cm (maschi) e 120–163 cm (femmine): peso atteso per l'altezza (classificazione Wellcome) 70–79% e condizioni generali ridotte;
 - c) da 175 cm (maschi) e 163 cm (femmine): BMI -2 fino a $-2,9$ SD z-score rispetto al valore atteso per l'età e il sesso (percentili del BMI) e condizioni generali ridotte;

oppure
perdita di peso involontaria $\geq 7,5\%$ e condizioni generali ridotte;

oppure
riduzione involontaria dell'apporto alimentare nell'ultima settimana (tra il 26 e il 50% del fabbisogno).

- **E44.1 Malnutrizione proteico-energetica di grado lieve**

Una malnutrizione grave è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score complessivo PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) pari almeno a 2 **e in più uno dei seguenti 3 criteri:**
 - a) fino a 120 cm: peso per l'altezza -1 fino a $-1,9$ SD (standard deviation) z-score o $<P$ 16 nelle curve percentili dell'OMS e condizioni generali ridotte;
 - b) da 120–175 cm (maschi) e 120–163 cm (femmine): peso atteso per l'altezza (classificazione Wellcome) 80–89% e condizioni generali ridotte;
 - c) da 175 cm (maschi) e 163 cm (femmine): BMI -1 fino a $-1,9$ SD z-score rispetto al valore atteso per l'età e il sesso e condizioni generali ridotte;
oppure
perdita di peso involontaria $\geq 5\%$ e condizioni generali ridotte;
oppure
riduzione involontaria dell'apporto alimentare nell'ultima settimana (tra il 51 e il 75% del fabbisogno)

Indice alfabetico

A

Abbreviazioni	10
Aborto	138
– con complicanze	138
ACS (acute coronary syndrom)	118
Adattamento	
– apparecchio acustico	116
Aderenze (peritoneale)	130
AIDS	86
Allegato	177
– classificazione CDC	182
– diabete mellito scompensato	177
– HIV / AIDS categorie	182
– malnutrizione	184
– sepsi, criteri	180
Angina pectoris	118
Apparato	
– digerente	130
– genitourinario	134
Apparecchio acustico	116
Appendicite	130
Arresto cardiaco	124
Artroscopia	70
Asfissia durante la nascita	154
Atonia uterina ed emorragie	148
Avvelenamenti	158
– da farmaci, droghe e sostanze biologiche	171
– da farmaci e alcol	174
– da farmaci prescritti e non prescritti	174
– sovradosaggio di insulina	172

B

Batteriemia	81
Bilaterali	
– procedure	75

C

Cardiopatía	
– ipertensiva	117
– valvolare	122

Cardiopatía ischemica

– angina pectoris	118
– infarto miocardico acuto	118
– infarto miocardico pregresso	119
– infarto miocardico recidivante	118
– reinfarto	118
– sindrome coronarica acuta	118
– trattata con terapie chirurgiche (stent/bypass) ...	119

Caso di trattamento

– definizioni	30
---------------------	----

Catetere peritoneale

– posa	136
– rimozione	136

Cause esterne

175

Chemioterapia

99

Chirurgia plastica

132

CHOP

– classi residue	25
– convenzioni tipografiche e abbreviazioni	27
– indice alfabetico	23
– lista sistematica	24
– nozioni generali	23
– struttura	23
– struttura della classificazione	24

Classificazioni

– CHOP	23
– ICD-10-GM	16

Codici

– cause esterne	175
– codice Z	176
– combinati	50
– con punto esclamativo («!»)	41
– daga (†)-asterisco (*)	40

Codifica

– eseguire una codifica corretta	28
--	----

Colpo apoplettico

– acuto	111
– disturbi funzionali	111
– pregresso	111

Complicanze		– periodo postplacentare	137
– cicatrice uterina	143	– puerperio	137
– della gravidanza	143	– Trattamenti secondari	35
– dell ferita aperta	162	– Trattamento principale	35
– d'organo	85	Diabete mellito	
– motilità fetale ridotta	143	– categorie	100
– posizioni e presentazioni anomale del bambino .	143	– come diagnosi principale	101
Controllo		– come diagnosi secondaria	103
– di trapianto cardiaco	123	– con angiopatia periferica	105
– dopo tumore	94	– con complicanze	101
Contusione ossea	159	– con complicanze renale	104
Convalescenza	60	– con malattie oculari	104
Convulsioni febbrili	155	– con neuropatia	105
Corrosioni		– con sindrome del piede diabetico	106
– superficie corporea	170	– con sindrome metabolica	107
CPAP		– diversi tipi	100
– adulti, bambini, adolescenti	128	– durante la gravidanza	141
– controllo dell'ottimizzazione	128	– regole per la codifica	101
– impostazione iniziale	128	Diagnosi	
– neonati e lattanti	128	– bilaterali	39
Croup		– differenziali	29
– pseudocroup	89	– dolore acuto	156
– sindrome da croup	89	– dolore cronico	156
– vero	89	– dolore intrattabile	156
Cure palliative	32	– localizzazioni multiple	39
– tumori	99	– principale, definizione	31
Cute e tessuto sottocutaneo	133	– principale, scelta della diagnosi principale	31
D		– secondarie, definizione	34
Daga (+) - asterisco (*)	40	– secondarie, sequenza	34
Data del trattamento	67	– sospetta, esclusione della diagnosi sospetta	48
Defibrillatore		– sospetta, nessuna formulazione di diagnosi	48
– cambio di un aggregato	123	– sospetta probabile	48
– complicanze	123	– sospetta, trasferimento altro ospedale	48
Deficit di surfattante	152	– unilaterali	39
Definizioni		Dialisi	134
– aborto	137	– catetere peritoneale	136
– caso di trattamento	30	– fistola arteriovenosa	136
– Complemento alla diagnosi principale	33	– shunt arteriovenoso	136
– Diagnosi principale	31	Disfagia	155
– durata della gestazione	137	Disidratazione	
– Esclusiva	21	– nella gastroenterite	131
– feto morto	137	Disturbi	
– nato vivo	137	– della coagulazione durante la gravidanza	143
– parto a termine	137	– della secrezione interna/pancreas	107
– parto post-termine	137	– dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	51
– parto pre-termine	137	– iatrogeni	51
– periodo del secondamento	137	Disturbi dello stato di coscienza	
– periodo perinatale e neonatale	149	– Minimally Conscious State (MCS)	113
		– Vegetativus State (VS)	113

Disturbi psichici e comportamentali	
– da uso di sostanze psicoattive	110
– da uso droghe, farmaci, alcol, nicotina	110
– Intossicazione acuta accidentale	110
– Intossicazione acuta non accidentale	110
– ubriacatura	110
– uso dannoso (alcol, droghe)	110
Documentazione	
– delle diagnosi	29
– delle procedure	29
Donazione dopo morte cerebrale	78
Durata della gravidanza	145
E	
Edema polmonare	
– acuto	124
Effetti collaterali di farmaci	
– assunti secondo prescrizione	173
– assunzione non prescritta	174
Emodialisi	134
Emorragia	
– e atonia uterina	148
– gastrointestinale	131
– postparto	148
Encefalopatia ipossico-ischemica	153
Endoscopia	70
– passare a cielo aperto	72
Episodio acuto	
– di una malattia cronica	49
Esiti di	43
Esito del parto	145
F	
Falso travaglio	147
Ferite	
– aperta con complicanze	162
– aperte	160
Fibrosi cistica	107
Fistola arteriovenosa	
– posa	136
– rimozione	136
Follow-up pianificati	45
Frattura	
– aperta con traumatismo intracranico, intratoracico o intraddominale	160
– con lesioni dei tessuti molli	158
– con lussazione	159
– con sede identica o differente	159
– vertebrali	168
G	
Gastrite	
– con ulcera gastrica	130
Gastroenterite	
– con disidratazione	131
Gravidanza	
– aborto	138
– cicatrice uterina	143
– complicanze	143
– conclusione precoce	138
– definizioni	137
– diabete mellito	141
– durata	145
– durata prolungata	147
– ectopica con complicanze	138
– infezioni del tratto genitourinario	141
– malattie	141
– malattie del fegato	141
– molare con complicanze	138
– motilità fetale ridotta	143
– plurigemellare	146
– posizioni e presentazioni anomale del bambino .	143
– protratta	147
– terminazione precoce, feto morto	140
– terminazione precoce, nato vivo	140
H	
HIV	
– asintomatica	86
– categorie	87
– complicanza gravidanza, parto, puerperio	87
– malattia associata	87
– messa in evidenza con laboratorio	86
– sequenza e scelta dei codici	88
– sindrome da infezione acuta	86
I	
ICD-10-GM	
– convenzioni tipografiche e abbreviazioni	20
– indice alfabetico	19
– introduzione	16
– lista sistematica	17
– storia	16
– struttura	16
Impianti mammari	
– rimozione	132
Incontinenza	155
Infarto miocardico	
– acuto	118

– pregresso	119	Lesioni	
– recidivante	118	– dei tessuti molli	158
– reinfarto	118	Linfangiosi carcinomatosa	98
Infezioni del tratto genitourinario		Linfomi	98
– durante la gravidanza	141	Lisi di aderenze	130
Inizio del trattamento (ora)	67	Lussazione	
Insuccesso		– con frattura	159
– di un trapianto di cornea	115	– con lesioni dei tessuti molli	158
– o rigetto del trapianto	78	– con sede identica o differente	159
Insufficienza		– vertebrali	168
– renale acuta	135	M	
– renale iatrogena	135	Malattia	
– respiratoria	129	– che hanno origine nel periodo perinatale	151
Intervento		– croniche con episodio acuto	49
– artroscopici	70	– del fegato durante la gravidanza	141
– bilaterali	75	– della cute e tessuto sottocutaneo	133
– chirurgico dopo dimagrimento	132	– dell'apparato digerente	130
– chirurgico, dopo dimagrimento	132	– dell'apparato genitourinario	134
– chirurgico non eseguito	59	– delle membrane ialine	152
– combinato	71	– dell'occhio e degli annessi oculari	115
– complesso	71	– dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	116
– di follow-up pianificati	45	– del sistema circolatorio	117
– endoscopice	70	– del sistema nervoso	111
– eseguiti parzialmente	72	– del sistema respiratorio	125
– interrotto	72	– dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	51
– laparoscopici	70	– durante la gravidanza	141
– panendoscopici	70	– endocrine, nutrizionali e metaboliche	100
– per fattori di rischio	99	– iatrogeni	51
– per profilassi	99	– incombente	47
– ricostruttivo per mutilazione genitale femminile .	135	– infettiva e parassitaria	81
Intossicazione		– renale ipertensiva	117
– acuta accidentale	110	Malnutrizione	
– acuta non accidentale	110	– negli adulti	108
– ubriacatura	110	– nei bambini	109
Introduzione versione 2017	9	– stadi negli adulti	184
Intubazione		– stadi nei bambini	185
– senza ventilazione meccanica	128	Mancanza di	43
Ipertensione		Manutenzione	
– con cardiopatia ipertensiva	117	– apparecchio acustico	116
– con malattia ipertensiva cardiaca e renale	117	MCS (Minimally Conscious State)	113, 163
– con malattia renale ipertensiva	117	Minaccia o malattia incombente	47
Ipoacusia	116	Mutilazione genitale femminile	
L		– intervento ricostruttivo	135
Laparoscopia	70	N	
– passare a cielo aperto	72	Nato	
Lateraltà		– morto	152
– delle diagnosi	39		
– delle procedure	67		

Neonato	
– asfissia durante la nascita	154
– condizioni morbose di origine periodo perinatale	151
– deficit di surfattante	152
– definizioni	149
– encefalopatia ipossico-ischemica	153
– fototerapia	152
– malattia delle membrane ialine	152
– nato morto	152
– periodo perinatale e neonatale	149
– profilassi postesposizione	151
– record medico	149
– sani, da madre diabetica	151
– scelta della diagnosi principale	149
– sindrome di aspirazione imponente	153
– sindrome dispnoica neonatale	153
– tachipnea transitoria	153
– terapia parenterale	152
Neoplasie	90
– chemioterapia e radioterapia	99
– complicanze dopo a procedure diagnostiche o terapeutiche	93
– con attività endocrina	95
– controlli	94
– cura del tumore che delle metastasi	93
– cure palliative	99
– del sistema ematopoietico/linfatico	91
– diagnosi soltanto mediante biopsia	93
– diagnosticare un tumore primitivo	92
– escissione estesa	93
– lesioni contigue	96
– linfangiosi carcinomatosa	98
– linfomi	98
– nell'indice alfabetico	90
– recidiva	95
– remissione di malattie maligne immunoproliferative e leucemie	97
– scelta e ordinamento delle diagnosi	92
– sedi multiple	95
– sospetto di tumore o metastasi	94
– terapia sistemica	93
Neurostimolatore	
– impianto	114, 157
– rimozione	114, 157
Nozioni generali G00–G56	11
O	
Occhio e degli annessi oculari	115
Occlusione	
– di stent o bypass coronarico	120
Orecchio e apofisi mastoide	116
Ostetricia	137
P	
Pacemaker	123
– cambio di aggregato	123
– complicanze	123
– permanente	123
Pancreas	
– disturbi della secrezione interna	107
Panendoscopia	70
Paraplegia non traumatica	
– fase iniziale (acuta)	112
– fase tardiva (cronica)	112
Paraplegia traumatiche	
– fase acuta – immediatamente post-traumatica ..	165
– fase acuta – trasferimento del paziente	166
– fase cronica	167
Parto	
– atonia uterina ed emorragie	148
– attribuzione della diagnosi principale	144
– cicatrice uterina	143
– complicanze	143
– definizioni	137
– esito del parto	145
– falso travaglio	147
– motilità fetale ridotta	143
– plurigemellare	146
– posizioni e presentazioni anomale del bambino .	143
– pretermine	147
– prima del ricovero in ospedale	146
– regole speciali	144
– singolo con forcipe	145
– singolo con taglio cesareo	145
– singolo con ventosa	145
– singolo vaginale spontaneo	144
– taglio cesareo	145
– travaglio pretermine	147
– travaglio prolungato	148
Paziente in attesa	30
Perdita di coscienza	
– correlata a un traumatismo	163
– Minimally Conscious State (MCS)	163
– non correlata a un traumatismo	113
– Vegetative State (VS)	163

Perdita improvvisa dell'udito	116	Reinterventi	76
Periodo neonatale		– su cuore e pericardio	76, 124
– definizione	149	Remissione	
Periodo perinatale		– di malattie maligne immunoproliferative	
– condizioni morbose di origine	151	e leucemie	97
– definizione	149	Respirazione a pressione positiva continua CPAP	
Posizioni e presentazioni anomale del bambino	143	– adulti, bambini, adolescenti	128
Prelievo di tessuto		– neonati e lattanti	128
– donazione da vivente	77	Revisione	
– esame di donatore	77	– di cuore e pericardio	76
– per trapianto	77	– di una cicatrice	132
– post mortem	78	– di un campo operatorio	76
Prelievo d'organo		– su cuore e pericardio	124
– donazione da vivente	77	Riabilitazione	60
– esame di donatore	77	Riammissione entro 18 giorni	65
– per trapianto	77	Riapertura di laparotomia recente	76
– post mortem	78	Riapertura di toracotomia	76
Presenza di	43	Rigetto	
Procedure		– del trapianto	78
– abituale	69	– di un trapianto di cornea	115
– che non vanno codificate	69	Rimozione	
– che vanno codificate	68	– catetere peritoneale	136
– data del trattamento	67	– di impianti mammari	132
– eseguita parzialmente	72	– fistola arteriovenosa	136
– eseguite più volte	73	– shunt arteriovenoso	136
– importanti	68	Risultati anormali	37
– inizio del trattamento (ora)	67	S	
– interrotti	72	Scelta della diagnosi principale	31
– lateralità	67	– in caso di riammissione entro 18 giorni	65
– non eseguita	59	Sepsi	82
– post mortem	69	– associata con capitolo XV (O)	82
Profilassi postesposizione		– criteri	180
– neonati sani	151	– scelta del codice	82
Punto esclamativo («!»)	41	– sequenza dei codici	82
R		Sequele	44
Radioterapia	99	Shunt arteriovenosa	
Raggruppamenti di casi	30	– posa	136
Recidiva (tumore)	95	– rimozione	136
Record medico		Sindrome	58
– record gruppo di pazienti	14	– come diagnosi secondaria	58
– record minimo	14	– congenita	58
– record neonati	14	– coronarica acuta	118
– record psichiatria	14	– del piede diabetico	106
– record supplementari	14	– di aspirazione imponente	153
Regole di codifica generali		– dispnoica neonatale	152
– per le malattie/diagnosi D00–D16	37	– metabolica	107
– per le procedure P00–P09	67	Sintomi	
Regole di codifica speciali S0100–S2100	81	– come diagnosi principale	38
		– come diagnosi secondarie	38

– convulsioni febbrili	155	– per convalescenza	60
– disfagia	155	– per cure	62
– incontinenza	155	– per riabilitazione	60
– segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio	155	Trattamenti secondari	
SIRS	85	– definizione	35
Sistema		– sequenza	35
– circolatorio	117	Trattamento	
– nervoso	111	– dopo trasferimento per continuazione delle cure	60
– respiratorio	125	Trattamento principale	
Sordità	116	– definizione	35
Sospetto		Traumatismi	158
– di tumore/metastasi	94	– aperte	160
Sovradosaggio di insulina	172	– aperto, interessamento vasi sanguigni, nervi, tendini	160
Statistica medica e codifica medica		– aperto, intracranico, intratoracico, intraddominale	160
– anonimizzazione dei dati	13	– con perdita di coscienza	163
– basi giuridiche	12	– del midollo spinale	165
– obiettivi della statistica medica	13	– multipli	169
– organizzazione	12	– superficiali	158
– record medico, definizioni e variabili	14	Travaglio pretermine	147
– sistema di classificazione dei pazienti SwissDRG ...	15	Trombosi	
– storia	11	– di stent o bypass coronarico	120
T		Tumori	
Tachipnea transitoria	153	– chemioterapia e radioterapia	99
Taglio cesareo		– complicanze dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	93
– primario/secondario	145	– con attività endocrina	95
Terapia del dolore	156	– controlli	94
Tetraplegia non traumatica		– cura del tumore che delle metastasi	93
– fase iniziale (acuta)	112	– cure palliative	99
– fase tardiva (cronica)	112	– del sistema ematopoietico/linfatico	91
Tetraplegia traumatiche		– diagnosi soltanto mediante biopsia	93
– fase acuta – immediatamente post-traumatica ..	165	– escissione estesa	93
– fase acuta – trasferimento del paziente	166	– lesioni contigue	96
– fase cronica	167	– linfangiosi carcinomatosa	98
Trapianto		– linfomi	98
– cardiaco, esami di controllo	123	– linfonodali in sedi multiple	95
– controllo dopo	78	– nell'indice alfabetico	90
– donazione da vivente	77	– recidiva	95
– esame di donatore	77	– remissione di malattie maligne immunoproliferative/leucemie	97
– insuccesso	78	– scelta e ordinamento delle diagnosi	92
– post mortem	78	– sedi multiple	95
– riceventi	78	– sospetto di tumore/metastasi	94
– rigetto	78	– terapia sistemica	93
– valutazione	78		
Trasferimento			
– di una madre con il suo neonato sano	64		
– di un neonato sano	64		
– ospedale centrale con ritrasferimento	63		
– per continuazione delle cure	60		

U

Ulcera gastrica	
– con gastrite	130
Ustioni	
– superficie corporea	170

V

Ventilazione meccanica	
– calcolo della durata	126
– codifica	125
– definizione	125
– fine della durata	127
– inizio della durata	126
– pazienti trasferiti	128
– svezzamento	127
Verruche anogenitali	134
VS (Vegetative State)	113, 163

Programma di pubblicazioni dell'UST

In quanto servizio centrale di statistica della Confederazione, l'Ufficio federale di statistica (UST) ha il compito di rendere le informazioni statistiche accessibili a un vasto pubblico.

L'informazione statistica è diffusa per settore (cfr. seconda pagina di copertina) attraverso differenti mezzi:

<i>Mezzo di diffusione</i>	<i>Contatto</i>
Informazioni individuali	058 463 60 11 info@bfs.admin.ch
L'UST su Internet	www.statistica.admin.ch
Comunicati stampa per un'informazione rapida sui risultati più recenti	www.news-stat.admin.ch
Pubblicazioni per un'informazione approfondita	058 463 60 60 order@bfs.admin.ch
Ricerca interattiva (banche dati)	www.stattab.bfs.admin.ch

Maggiori informazioni sui diversi mezzi di diffusione utilizzati sono reperibili in Internet all'indirizzo www.statistica.admin.ch → Servizi → Pubblicazioni della statistica svizzera

Salute

Epidemiologia del cancro. Il melanoma della pelle: situazione e prevenzione

Neuchâtel 2012, numero di Numero UST: 1269-0800, 4 pagine, gratuito

Statistica delle cause di morte 2009 – Assistenza al suicidio (suicidio assistito) e suicidio in Svizzera

Neuchâtel 2012, Numero UST: 1259-0900, 4 pagine, gratuito

Persone anziane in istituzione – Ingresso in uno stabilimento medico-sociale nel 2008/09

Neuchâtel 2011, Numero UST: 1211-0900-05, 4 pagine, gratuito

La statistica medica degli stabilimenti ospedalieri rileva tutti i ricoveri ospedalieri registrati in Svizzera.

Svolta in tutti gli ospedali e cliniche del territorio nazionale, la rilevazione raccoglie dati amministrativi, caratteristiche sociodemografiche dei pazienti nonché informazioni su diagnosi e trattamenti. I dati sono registrati sulla base di due classificazioni mediche, la ICD-10-GM per le diagnosi e la CHOP per gli interventi chirurgici. L'indicazione dei codici tratti da queste classificazioni è soggetta a direttive molto precise. La Segreteria di codifica dell'UST redige, rivede e, all'occorrenza, adatta tali direttive, si occupa della manutenzione delle summenzionate classificazioni e offre consulenza alle persone incaricate della codifica.

Il manuale di codifica contiene tutte le regole di codifica emesse finora fin dalla sua validazione. Questo manuale costituisce l'opera di base della codifica medica.

Numero UST

545-1700

Ordinazioni

Tel. 058 463 60 60

Fax 058 463 60 61

order@bfs.admin.ch

Prezzo

25 franchi (IVA escl.)

ISBN 978-3-303-14254-7