



Salute

545-1701-05

# Estratto per la psichiatria del manuale di codifica medica

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

# Estratto per la psichiatria del manuale di codifica medica

Versione 2017

**Realizzazione** Christiane Ricci, UST  
Chantal Violand, UST  
Sylvia Zihli, SwissDRG SA  
Ursula Althaus  
Annika List, Tarifsuisse SA

**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:** 545-1701-05  
**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, 2015  
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte.  
**ISBN:** 978-3-303-14276-9

# Indice

<b>Ringraziamenti</b>	5	<b>Regole di codifica generali per le malattie/diagnosi PD00–PD15</b>	37
<b>Introduzione all'«Estratto per la psichiatria del manuale di codifica Versione 2017»</b>	7	PD00a Risultati anormali	37
<b>Abbreviazioni dell'estratto per la psichiatria</b>	8	PD01a Sintomi	38
<b>Nozioni generali PG00–PG56</b>	11	PD03a Codici daga (†) - asterisco (*)	39
PG00a <b>Statistica medica e codifica medica</b>	11	PD04a Codici con punto esclamativo («!»)	40
PG01a Storia	11	PD05a Esiti di / presenza di / mancanza di	41
PG02a Organizzazione	12	PD06a Sequele	42
PG03a Basi giuridiche	12	PD09a Diagnosi sospette	43
PG04a Obiettivi della statistica medica	13	PD10a <b>Malattie croniche con episodio acuto</b>	45
PG05a Anonimizzazione dei dati	13	PD11a <b>Codici combinati</b>	46
PG06a Il record medico, definizioni e variabili	14	PD12a <b>Malattie o disturbi iatrogeni (complicanze)</b>	47
PG10a <b>La statistica medica e la struttura tariffale TARPSY</b>	15	PD13a <b>Sindrome</b>	54
PG20a <b>Le classificazioni (ICD-10-GM e CHOP)</b>	16	PD14a <b>Ricovero ospedaliero per procedura non eseguita</b>	55
PG21a ICD-10-GM	16	PD15a <b>Trasferimenti</b>	56
PG22a Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP)	23	<b>Regole di codifica generali per le procedure PP00–PP06</b>	57
PG30a <b>Come eseguire una codifica corretta</b>	28	PP00a <b>Registrazione della procedura nel record medico</b>	57
PG40a <b>Documentazione delle diagnosi e delle procedure</b>	29	PP01a <b>Procedure che vanno codificate</b>	58
PG50a <b>Definizioni</b>	30	PP02a <b>Procedure che non vanno codificate</b>	59
PG51a Caso di trattamento	30	PP06a <b>Procedure eseguite più volte</b>	60
PG52a Diagnosi principale	31		
PG53a Complemento alla diagnosi principale	33		
PG54a Diagnosi secondarie	34		
PG55a Trattamento principale	35		
PG56a Trattamenti secondari	35		

**Regole di codifica speciali**

<b>S0100–S2100</b>	61
S0100 Alcune malattie infettive e parassitarie	61
S0200 Neoplasie	61
S0400 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	61
S0500 Disturbi psichici e comportamentali	61
S0600 Malattie del sistema nervoso	61
S0700 Malattie dell'occhio e degli annessi oculari	61
S0800 Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	61
S0900 Malattie del sistema circolatorio	61
S1000 Malattie del sistema respiratorio	61
S1100 Malattie dell'apparato digerente	61
S1200 Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	62
S1400 Malattie dell'apparato genitourinario	62
S1500 Ostetricia	62
S1600 Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	62
S1800 Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, n.c.a.	62
S1900 Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	62
S2000 Cause esterne di morbosità e mortalità	62
S2100 Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	62

**Regole di codifica speciali psichiatria**

<b>PS0500–PS2000</b>	63
<b>PS0500 Disturbi psichici e comportamentali</b>	63
PS0501a Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (droghe, farmaci, alcol, nicotina)	63
<b>PS1900 Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne</b>	64
PS1903a Ferite/traumatismi aperti	64
PS1906a Traumatismi multipli	66
PS1907a Ustioni e corrosioni	67
PS1908a Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologiche	68
PS1909a Effetti collaterali indesiderati di farmaci (assunti secondo prescrizione)	69
PS1910a Effetti indesiderati o avvelenamento da assunzione combinata di due o più sostanze (in caso di assunzione non prescritta)	70
<b>PS2000 Cause esterne di morbosità e mortalità</b>	71
<b>Indice alfabetico</b>	73

# 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
- Annika List, Tarifsuisse SA
- Christiane Ricci, specialista in codifica medica dipl. fed., Ufficio federale di statistica, Neuchâtel
- Chantal Violand, medico, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel
- Sylvia Zihli, SwissDRG SA, dipartimento medico, Berna



# Introduzione all'«Estratto per la psichiatria del manuale di codifica Versione 2017»

Secondo l'articolo 49 della legge federale sull'assicurazione malattie, per la remunerazione di prestazioni stazionarie in ambito psichiatrico occorre utilizzare un sistema tariffale unico a livello nazionale che si rifaccia alle prestazioni. SwissDRG SA è stata incaricata di sviluppare questo sistema tariffale (progetto TARPSY). L'introduzione vincolante della struttura tariffale nell'ambito della psichiatria degli adulti è prevista per il 1° gennaio 2018. Per la psichiatria infantile e dell'adolescenza è prevista l'introduzione di una struttura tariffale soltanto in un secondo momento.

Nel quadro dell'introduzione del nuovo sistema tariffale vengono apportati diversi adeguamenti agli strumenti di codifica (ad es. classificazioni e regole di codifica). Le scale di valutazione HoNOS e HoNOSCA sono già state inserite nella versione 2017 della Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP codici 94.A- HoNOS e HoNOSCA).

È stato realizzato un «Estratto per la psichiatria del manuale di codifica medica versione 2017». Il documento si compone di estratti delle regole del manuale di codifica medico attualmente in vigore che risultano particolarmente rilevanti per la codifica dei casi psichiatrici. Sono stati aggiunti anche esempi concreti concernenti diagnosi e trattamenti psichiatrici. Per il resto valgono le regole di codifica ufficiali in vigore in Svizzera.

Questo estratto per la psichiatria è suddiviso nelle parti seguenti:

- Nozioni generali: capitolo PG (P per psichiatria, G per nozioni generali)
- Regole generali di codifica: PD per le diagnosi psichiatria e PP per le procedure psichiatria
- Regole speciali di codifica: capitolo PS (speciali regole per la psichiatria).

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.

A tutte le regole di codifica è stata assegnata una designazione alfanumerica (ad es. PD01, PS0501) seguita da una lettera minuscola che ne specifica la versione. Le regole di codifica di questo estratto per la psichiatria del manuale di codifica versione 2017 sono contrassegnate con una «a», quelle modificate nella versione 2018 con una «b» ecc.

## Abbreviazioni dell'estratto per la psichiatria

CDP	Complemento alla diagnosi principale
PD	Regole di codifica delle diagnosi Psichiatria
DP	Diagnosi principale
DS	Diagnosi secondaria
PG	Nozioni generali Psichiatria
L	Lateralità
PP	Regole di codifica delle procedure Psichiatria
PS	Regole di codifica speciali Psichiatria
TP	Trattamento principale
TS	Trattamento secondario

**Per maggiori informazioni sulla rilevazione di dati per la statistica medica e le relative regole di codifica si rimanda all'introduzione al «Manuale di codifica medica, le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera, versione 2017» ripresa integralmente alle pagine seguenti.**

# Introduzione al «Manuale di codifica medica, le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera, 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:

- Nozioni generali: capitolo G
- Regole generali di codifica: D per le diagnosi e P per le procedure
- Regole speciali di codifica: capitolo 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 PG00–PG56

## PG00a Statistica medica e codifica medica

### PG01a 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.

## PG02a 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.

## PG03a 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. La struttura tariffaria TARPSY sarà introdotta il 1° gennaio 2018. 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.

### **PG04a 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. I dati della statistica medica devono consentire di sviluppare ulteriormente 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.

### **PG05a 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.

## PG06a 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 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](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).

## PG10a La statistica medica e la struttura tariffale TARPSY

Nel 2018 sarà introdotta, a livello nazionale, la struttura tariffale TARPSY destinata al finanziamento del settore psichiatrico negli ospedali. Utilizzando la struttura tariffale TARPSY, secondo determinati criteri (ad es. diagnosi principale, diagnosi secondarie, HoNOS, HoNOSCA, età e sesso) ogni degenza ospedaliera viene attribuita a un gruppo di costi psichiatrici (PCGs) e viene remunerato sulla base dei costi ponderati giornalieri. Per questo motivo la documentazione medico-infermieristica e la codifica assumono una rilevanza diretta in funzione della remunerazione degli ospedali. Inoltre costituisce la base per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffale TARPSY.

TARPSY non permette forzature. Il caso deve essere codificato per intero e non è ammesso tralasciare o aggiungere ad es. diagnosi per influenzare l'attribuzione a un PCGs. Nell'ambito della gestione e dell'ulteriore sviluppo della struttura tariffale TARPSY, le classificazioni e le regole di codifica vengono regolarmente adattate e precisate. La struttura tariffale TARPSY e le definizioni precise dei singoli PCGs sono descritti nel manuale delle definizioni attualmente in vigore.

## PG20a Le classificazioni (ICD-10-GM e CHOP)

### PG21a 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 [generali], 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. *F60.8*, *F03*).

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 morbidità 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 vevoli solo i codici terminali, vale a dire solo i codici per i quali non esiste un'ulteriore suddivisione.

**Esempio dal ICD-10-GM, capitolo V:**

<b>Blocco/gruppo</b>	<b>Disturbi nevrotici, legati a stress e somatiformi (F40–F48)</b>
<b>Categoria a 3 caratteri</b>	<b>F40.– Disturbi ansiosi-fobici</b>
<b>Codici a 5 caratteri</b>	<b>F40.0– Agorafobia</b> F40.00 Senza menzione di disturbi da attacchi di panico F40.01 Con attacchi di panico
<b>Sottocategoria a 4 caratteri</b>	<b>F40.1 Fobie sociali</b> <b>F40.2 Fobie specifiche (isolate)</b>

## 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:

<b>Depressione</b> – agitato, senza sintomi psicotici F32.2 – ansioso – – lieve non persistente F41.2 – – persistente F34.1	] 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:

**F40.2** Fobie specifiche (isolate)

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

**F20.0** Schizofrenia paranoide  
*Escl.:* Paranoia (F22.0)

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

**Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (F60–F69)**

Racchiudono il codice daga in una categoria asterisco e viceversa:

**F00.0\*** Demenza nella malattia di Alzheimer ad esordio precoce (G30.0†)

**G30.0†** Malattia di Alzheimer ad esordio precoce (F00.0\*)

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:

**F41.0** Disturbo da attacchi di panico [ansia episodica parossistica]

- Rimandare a note precedenti, per esempio:

**F16.–** Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di allucinogeni  
[Vedi i codici 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:

**F32.3** Episodio depressivo grave con sintomi psicotici

Singolo episodio di:

- depressione maggiore con sintomi psicotici
- psicosi depressiva psicogena
- depressione psicotica
- psicosi depressiva reattiva

**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:

<b>G82.–</b>	<b>Paraparesi e paraplegia, tetraparesi e tetraplegia</b>
Incl.:	Paraplegia Quadriplegia Tetraplegia
	cronica

**Punto e trattino .-:**

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

<b>F90.–</b>	<b>Disturbi ipercinetici</b>
--------------	------------------------------

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:

<b>F63.0</b>	<b>Gioco d'azzardo patologico</b> Gioco d'azzardo compulsivo
<b>Escl.:</b>	eccessivo gioco d'azzardo in pazienti maniacali (F30.-) gioco d'azzardo in disturbo antisociale di personalità (F60.2) gioco d'azzardo e scommesse S.A.I. (Z72.8)

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:

<b>F30.–</b>	<b>Episodio maniacale</b>
	<b>Incl.:</b> Disturbo bipolare, singolo episodio maniacale

**S.A.I.:**

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

<b>F81.9</b>	<b>Disturbo evolutivo delle capacità scolastiche, non specificato</b> Capacità d'apprendimento limitate S.A.I. Disabilità nell'acquisizione di conoscenze S.A.I. Disturbo dell'apprendimento S.A.I.
--------------	--

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

Questa sigla significa «non classificato 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

<b>F53.1</b>	<b>Disturbi mentali e comportamentali gravi associati con il puerperio non classificati altrove</b>
--------------	---

**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.

<b>F93.8</b>	<b>Altri disturbi emozionali dell'infanzia</b>
--------------	--

**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.

<b>F63.9</b>	<b>Disturbo delle abitudini e degli impulsi non specificato</b>
--------------	---

**Vedi, vedi anche:**

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

- «Vedi» (siehe, voir) definisce il termine particolare a cui si rimanda.
- «Vedi anche» (siehe auch, voir aussi) rimanda ai termini principali che devono essere consultati

<b>Postpartal</b> – s. Art der Krankheit
--

<b>Délire</b> – voir aussi delirium F22.0
---

**E:**

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

<b>F55.5</b>	<b>Steroidi e ormoni</b>
--------------	--------------------------

Questa categoria comprende steroidi e ormoni.

## PG22a 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.

### 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 decimali (10×10):
<b>Znn.nn.0</b>	<b>Znn.nn.0</b>	<b>Znn.nn.0</b>
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	<b>Znn.nn.1</b>
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	<b>Znn.nn.2</b>
	...	...
Znn.nn.97 (riserva)	Znn.nn.40 → ulteriore segmento all'occorrenza	<b>Znn.nn.9</b>
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

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

## PG30a Come eseguire una codifica corretta

Per trovare il codice corretto è necessario cercare il termine guida per la diagnosi o per la procedura 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.

## PG40a 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. 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.

La classificazione da parte della persona responsabile del caso in HoNOS/HoNOSCA deve essere comprensibile e verificabile sulla base della documentazione.

I risultati degli esami/interventi eseguiti durante la degenza appartengono alla documentazione anche se pervengono dopo l'uscita del paziente.

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.

Queste informazioni formano la base per la codifica del caso conforme alle regole da parte dei codificatori.

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.

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

## PG50a Definizioni

### PG51a Caso di trattamento

Valgono le regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a TARPSY.

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

Il **caso** inizia con l'entrata e termina con la dimissione del paziente, per rientro a domicilio, per trasferimento verso un'altra struttura o a causa del suo decesso.

## PG52a 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 dei prodotti medici dispensati.

#### *Esempio 1*

*Un paziente si presenta al pronto soccorso dopo essere stato giù di morale per diverse settimane. Durante la raccolta dell'anamnesi riferisce inoltre di un calo dell'energia e dell'attività, di problemi di concentrazione, di una stanchezza diffusa, di problemi legati al sonno e di una chiara perdita di appetito. I pensieri sulla nullità della propria persona sono frequenti. Il paziente non riesce a distanziarsi dall'idea del suicidio. In occasione di un episodio depressivo maggiore il paziente è stato ricoverato per dei trattamenti stazionari. Nel corso dei trattamenti il paziente riferisce di un abuso di alcol. Inoltre viene diagnosticato un diabete mellito.*

*Durante la degenza stazionaria, prima della dimissione sono state formulate le seguenti diagnosi:*

*Episodio depressivo grave*

*Abuso nocivo di alcol*

*Diabete mellito*

Il maggior dispendio di risorse è causato dall'episodio depressivo grave, che quindi è la diagnosi principale.

#### *Esempio 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.

## PG53a 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 PD03).

### *Esempio 1*

*Paziente sessantunenne con una demenza dovuta alla malattia di Alzheimer.*

*DP G30.0† Malattia di Alzheimer ad esordio precoce*

*CDP F00.0\* Demenza nella malattia di Alzheimer ad esordio precoce*

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*

*Paziente ospitalizzata a causa di un avvelenamento non accidentale tramite sonniferi.*

*DP T42.7 Avvelenamento da sonnifero*

*CDP X84.9! Autolesionismo intenzionale*

### *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*

## PG54a 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 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:

Dispendio di risorse mediche > 0 è codificato

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

Vedi anche le precisazioni alla regola PG40.

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

### *Esempio 1*

*Un paziente viene sottoposto a un trattamento di motivazione a causa di una diagnosi secondaria di dipendenza da alcol e medicinali.*

*DS    Sindrome di dipendenza di alcol*

*DS    Sindrome di dipendenza di medicinali*

### *Esempio 2*

*Una paziente viene ospitalizzata a causa di una depressione maggiore. Inoltre presenta un'ipertensione in cura.*

*DP    Disturbo depressivo*

*DS    Ipertensione*

### *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*

## 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.

### **PG55a    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.

### **PG56a    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 PD00–PD15

## PD00a 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 un disturbo depressivo ricorrente. In laboratorio si riscontra un lieve aumento di gamma-GT. Un secondo esame evidenzia valori nella norma.*

*DP    Disturbo depressivo ricorrente*

L'aumento di gamma-GT non soddisfa la definizione di diagnosi secondaria (v. regola PG54) e quindi non è codificato. Tuttavia, è importante per la documentazione medica e la comunicazione tra i medici.

## PD01a 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. (v. anche PD09, 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.

### 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 PG54).

#### *Esempio 1*

*Un paziente viene ospalizzato a causa di dolori al torace e tachicardia. Viene diagnosticato un attacco di panico, che viene in seguito trattato.*

*DP Attacco di panico*

*DS Nessuna (i sintomi dei dolori al torace e della tachicardia sono compresi nella diagnosi precedente)*

## PD03a 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 PG54), 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 PG54) 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 PG52 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

*Paziente sessantunenne con una demenza dovuta alla malattia di Alzheimer.*

DP G30.0† *Malattia di Alzheimer ad esordio precoce*

CDP F00.0\* *Demenza nella malattia di Alzheimer ad esordio precoce*

### 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\*.

## PD04a Codici con punto esclamativo («!»)»

Servono a specificare un codice senza punto esclamativo precedentemente indicato, oppure per descrivere le circostanze di un traumatismo, di un 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.

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.

Per i codici per le cause esterne (V–Y) si veda anche il capitolo PS2000.

## PD05a Esiti di/presenza di/mancanza di

Queste diagnosi vanno **codificate solo se influiscono sul trattamento attuale** (v. regola della definizione di diagnosi secondaria PG54).

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*<sup>1</sup>
- Presenza (di), es. *Z95.1 Portatore di bypass aortocoronarico*

### Esempio 1

*Un paziente viene ospitalizzato a causa di una schizofrenia paranoide; il trattamento risulta complicato dal fatto che in precedenza aveva subito un trapianto epatico.*

DP F20.0 Schizofrenia paranoide  
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

<sup>1</sup> 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.

## PD06a 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 «Sequela 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 «Sequela 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.–	<i>Sequela di tubercolosi</i>
B91	<i>Sequela di poliomielite</i>
B92	<i>Sequela di lebbra</i>
B94.–	<i>Sequela di altre e non specificate malattie infettive e parassitarie</i>
E64.–	<i>Sequela di malnutrizione e di altri deficit nutrizionali</i>
E68	<i>Sequela dell'iperalimentazione</i>
G09	<i>Sequela di malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale</i>
I69.–	<i>Sequela di malattia cerebrovascolare</i>
O94	<i>Sequela di complicanze durante la gravidanza, il parto e il puerperio</i>
T90–T98	<i>Sequela di traumatismi, di avvelenamenti e di altre conseguenze di cause esterne</i> 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 Sequela 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 *Sequela di infarto cerebrale*

#### Esempio 2

*Trattamento di una emiplegia spastica successiva a embolia cerebrale.*

G81.1 *Emiplegia spastica ed emiparesi*

I69.3 *Sequela di infarto cerebrale*

## PD09a 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.

#### *Esempio 1*

*Un bambino in età prescolastica è stato ricoverato a causa di un sospetto di ADHD. Nel decorso i criteri diagnostici non hanno potuto essere confermati in misura sufficiente. È tuttavia stato avviato un trattamento psicoterapeutico e di psicologia curativa dell'ADHD.*

*DP F90.0 Disturbo dell'attività e dell'attenzione*

### 2. Nessuna formulazione di diagnosi

La diagnosi sospetta 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 2*

*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 sospetta 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 3*

*In una situazione critica in seguito a un incidente d'auto, un paziente viene descritto da una terza persona come in uno stato psicologico «strano» per aver raccontato l'accaduto in modo confuso e incoerente. Data la gravità della situazione non è possibile chiarire ulteriormente le circostanze. Il paziente acconsente a essere tenuto sotto osservazione in modo stazionario e a fornire ulteriori chiarimenti. Nel decorso non emerge alcun indizio collegabile a un disturbo acuto da stress, a un'altra patologia psichica oppure a un disturbo comportamentale.*

*DP Z03.2 Osservazione per sospetto di disturbi psichici e comportamentali*

*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.

Se ad esempio un paziente è trasferito con una diagnosi sospetta di disturbo bipolare e l'ospedale inviante ha codificato il caso come disturbo bipolare, l'ospedale inviante non può modificare in un secondo tempo il relativo codice. Ciò vale anche se l'ospedale in cui il paziente è stato trasferito elabora un rapporto di dimissione da cui emerge che il paziente secondo l'analisi non soffriva di un disturbo bipolare.

## PD10a 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*

*Avvelenamento acuto da alcol in caso di dipendenza cronica dall'alcol.*

F10.0 *Intossicazione acuta di alcol*

F10.2 *Alcolismo cronico*

### **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**).*

## PD11a 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.*

## PD12a 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 (PG54).

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 e quattro le possibilità di cui ai paragrafi precedenti e cercare il codice con il testo più pertinente. Vanno evitati codici non specifici. I codici «non classificato 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
<b>Proctite dopo radioterapia per carcinoma della vescica.</b>				
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.				
<b>Ipotensione dopo somministrazione di analgesici</b>				
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.				
<b>Embolia polmonare post-operatoria dopo osteosintesi della caviglia</b>				
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.				
<b>Trombosi venosa profonda dopo intervento di protesi di ginocchio</b>				
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				
<b>Deiscenza della ferita dopo taglio cesareo</b>				
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
<b>Perforazione iatrogena del colon discendente</b>				
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	<b>S36.53 + Y</b>
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				
<b>Ascesso cutaneo della ferita chirurgica dopo appendicectomia</b>				
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	<b>L02.2 + Y</b>
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				
<b>Delirio indotto da anestesia</b>				
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	<b>F05.8 + Y</b>
Nel codice F05.8 è descritto il delirio post-operatorio + Y descrive la causa.				
<b>Occlusione intestinale post-operatoria</b>				
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)	<b>K91.3</b>
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				
<b>Pneumotorace iatrogeno</b>				
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	<b>J95.80</b>
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
<b>Lussazione di protesi dell'anca alzandosi dal letto</b>				
Ø	M96.88 Altri disturbi osteomuscolari iatrogeni	T84.0 Complicanza meccanica di protesi articolare interna (rottura, dislocazione, perdita ecc.)	M24.45 Lussazione e sublussazione patologiche di articolazione, NCA o S73.0–Lussazione dell'anca	<b>T84.0 + Y</b>
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.				
<b>Attenzione però: lussazione di protesi dell'anca su caduta da una scala (=traumatismo)</b>				
Ø	Ø	T84.0 Complicanza meccanica di protesi articolare interna (rottura, dislocazione, perdita ecc.)	S73.0– Lussazione dell'anca	<b>S73.0– + X</b>
S73.0– descrive un traumatismo, un incidente (+ X59.91 per la caduta + Z96.64 per la presenza di impianto).				
<b>Ematoma profondo articolare dopo impianto di protesi del ginocchio</b>				
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 Emartrosi, articolazione del ginocchio o S80.0 Contusione del ginocchio	<b>T84.8 + Y</b>
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				
<b>Pacemaker dislocato</b>				
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	<b>T82.1 + Y</b>
I97.8 descrive altre complicanze circolatorie. T82.1 descrive una complicanza meccanica di un dispositivo elettronico cardiaco.				
<b>Peritonite su catetere per dialisi peritoneale</b>				
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	<b>T85.71 + Y</b>
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 del sistema genitourinario iatrogeni	T81.0 Emorragia ed ematoma complicanti una procedura diagnostica o terapeutica, NCA	N42.1 Congestione ed emorragia della prostata	<b>T81.0 + Y</b>
---	---	---	---	------------------

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	<b>T80.1 + Y</b>
---	--	--	--	------------------

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	<b>T83.5 + Y</b>
---	--	---	--	------------------

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	<b>T81.2 + Y</b>
---	---	--	--------------------------------	------------------

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.

## PD13a 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.

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

### 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 PG54).

Per le sindromi senza codice specifico, sono codificate solo le manifestazioni che soddisfano la definizione di diagnosi secondaria (regola PG54).

## PD14a Ricovero ospedaliero per procedura non eseguita

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

- Se una procedura/terapia non è stata eseguita per motivi tecnici:

### *Esempio 1*

*Un paziente viene ricoverato per essere sottoposto a una terapia elettroconvulsione. L'intervento è stato rimandato per motivi tecnici.*

*DP F33.3 Disturbo depressivo ricorrente, episodio grave con sintomi psicotici in atto*

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

- Se la procedura non è stata eseguita per un'altra malattia:

### *Esempio 2*

*Una paziente viene ricoverata per essere sottoposta a una psicoterapia stazionaria a causa di un disturbo depressivo recidivo con episodi gravi al momento del ricovero. A causa di un'appendicite acuta non è stato possibile iniziare la psicoterapia stazionaria prevista. La paziente è stata trasferita nel reparto di chirurgia.*

*DP F33.2 Disturbo depressivo ricorrente, episodio grave senza sintomi psicotici in atto*

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

*DS K35.8 Appendicite acuta, altra e non specificata*

## PD15a Trasferimenti

In caso di trasferimenti tra l'ospedale di cure acute e la clinica psichiatrica occorre tenere conto dei punti seguenti:

- Se un paziente viene trasferito, ogni ospedale deve codificare un caso a parte.
- Se un paziente viene trasferito dal reparto psichiatrico a quello somatico acuto, in ambito psichiatrico la patologia alla base del trasferimento viene classificata come diagnosi secondaria.

### Esempio 1

*Un paziente viene sottoposto a un trattamento psichiatrico a causa di una schizofrenia. Durante la degenza il paziente sviluppa un addome acuto. Viene trasferito in un ospedale di cure acute, dove come causa della sintomatologia viene formulata la diagnosi di colecistite acuta. La schizofrenia continua a essere trattata.*

La clinica psichiatrica codifica il caso nel modo seguente:

DP F20.– Schizofrenia

DS R10.0 Addome acuto

L'ospedale di cure acute codifica il caso nel modo seguente:

DP K81.0 Colecistiti acuta

DS F20.– Schizofrenia

- Se un paziente viene trasferito dal reparto somatico acuto a quello psichiatrico, la clinica psichiatrica registra un caso indipendente e codifica la ragione del trasferimento come diagnosi principale. Le diagnosi secondarie supplementari devono essere codificate conformemente alla definizione di diagnosi secondaria PG54.

### Esempio 2

*La paziente è stata sottoposta a trattamento in un ospedale di cure acute a causa di un tentativo di suicidio. Presentava ferite da taglio sull'avambraccio, una depressione maggiore e sintomi psicotici. Trasferimento nel reparto psichiatrico per il trattamento della depressione una volta curate le ferite da taglio.*

L'ospedale di cure acute codifica il caso nel modo seguente:

DP S55.7 Traumatismo di vasi sanguigni multipli a livello dell'avambraccio

CDP X84.9! Autolesione intenzionale

DS F32.3 Episodio depressivo grave con sintomi psicotici

TP La cura delle ferite

La clinica psichiatrica codifica il caso nel modo seguente:

DP F32.3 Episodio depressivo grave con sintomi psicotici

# Regole di codifica generali per le procedure PP00–PP06

## PP00a 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.

- **Trattamenti ambulatoriali esterni:** se un paziente stazionario beneficia di prestazioni ambulatoriali esterne (RMN, dialisi, chemioterapia), queste ultime vengono codificate nel caso stazionario e contrassegnate tramite la voce speciale «trattamenti ambulatoriali esterni» (variabili 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036 ecc.).

## PP01a 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.

## PP02a 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*

*In caso di terapia elettroconvulsivante un'anestesia è compresa nel codice e non deve essere codificata a parte.*

## PP06a 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.
- 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 1*

*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, da 15 a 21 giorni  
(totale 7 + 8 = 15 giorni)*

#### *Esempio 2*

*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*

# Regole di codifica speciali S0100–S2100

Per codificare malattie/patologie particolari devono essere utilizzate le regole di codifica speciali previste dal manuale di codifica originario.

Comprendono i capitoli seguenti (NB in particolare i capitoli S0500, S1900 e S2000):

**S0100 Alcune malattie infettive e parassitarie**

**S0200 Neoplasie**

**S0400 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche**

**S0500 Disturbi psichici e comportamentali**

Concerne regole di codifica speciali in ambito psichiatrico, v. PS0500 alle pagine seguenti.

**S0600 Malattie del sistema nervoso**

**S0700 Malattie dell'occhio e degli annessi oculari**

**S0800 Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide**

**S0900 Malattie del sistema circolatorio**

**S1000 Malattie del sistema respiratorio**

**S1100 Malattie dell'apparato digerente**

**S1200 Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo**

**S1400 Malattie dell'apparato genitourinario**

**S1500 Ostetricia**

**S1600 Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale**

**S1800 Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, n.c.a.**

**S1900 Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne**

Occorre avvalersi di questo capitolo ad esempio in caso di traumatismi/avvelenamenti dovuti a tentativi di suicidio, v. i punti più importanti sotto PS1900 alle pagine seguenti.

**S2000 Cause esterne di morbosità e mortalità**

Per la classificazione di circostanze quali cause di traumatismi, avvelenamenti, malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche o di altri danni alla salute, v. PS2000 alle pagine seguenti.

**S2100 Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari**

**L'allegato contiene precisazioni in merito a:**

Diabete mellito scompensato

Insufficienza renale acuta

Sepsi, criteri per la diagnosi de sepsi

HIV/AIDS, Classificazione CDC

Malnutrizione

# Regole di codifica speciali psichiatria PS0500–PS2000

## PS0500 Disturbi psichici e comportamentali

### PS0501a 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 PS1900.

#### 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.

## PS1900 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.

### PS1903a 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.

## 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 1*

*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.

## PS1906a 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 PG52.

#### *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 destra.*

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.

## PS1907a 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.

## PS1908a Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologiche

La diagnosi «avvelenamento da farmaci/droghe» è posta in caso di assunzione erronea 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 psicodislettici [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

**PS1909a 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 PG52).

**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)

**PS1910a 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 PS1908.

## PS2000 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 nella 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).



# Indice alfabetico

## A

Abbreviazioni .....	8, 10
Avvelenamenti .....	64
– da farmaci, droghe e sostanze biologiche .....	68
– da farmaci e alcol .....	70
– da farmaci prescritti e non prescritti .....	70

## C

Caso di trattamento	
– definizioni .....	30
Cause esterne .....	71
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 .....	71
– combinati .....	46
– con punto esclamativo («!») .....	40
– daga (†) – asterisco (*) .....	39
Codifica	
– eseguire una codifica corretta .....	28
Complicanze	
– della ferita aperta .....	65
Corrosioni	
– superficie corporea .....	67
<b>D</b>	
Daga (†) – asterisco (*) .....	39
Data del trattamento .....	57

## Definizioni

– Caso di trattamento .....	30
– Complemento alla diagnosi principale .....	33
– Diagnosi principale .....	31
– Esclusiva .....	21
– Trattamenti secondari .....	35
– Trattamento principale .....	35

## Diagnosi

– differenziali .....	29
– principale, definizione .....	31
– principale, scelta della diagnosi principale .....	31
– secondarie, definizione .....	34
– secondarie, sequenza .....	34
– sospetta, esclusione della diagnosi sospetta .....	43
– sospetta, nessuna formulazione di diagnosi .....	43
– sospetta probabile .....	43
– sospetta, trasferimento altro ospedale .....	44

## Disturbi

– dopo procedure diagnostiche o terapeutiche .....	47
– iatrogeni .....	47

## Disturbi psichici e comportamentali

– da uso di sostanze psicoattive .....	63
– da uso droghe, farmaci, alcol, nicotina .....	63
– Intossicazione acuta accidentale .....	63
– Intossicazione acuta non accidentale .....	63
– ubriacatura .....	63
– uso dannoso (alcol, droghe) .....	63

## Documentazione

– delle diagnosi .....	29
– delle procedure .....	29

## E

### Effetti collaterali di farmaci

– assunti secondo prescrizione .....	69
– assunzione non prescritta .....	70

### Episodio acuto

– di una malattia cronica .....	45
---------------------------------	----

Esiti di .....	41
----------------	----

<b>F</b>		<b>R</b>	
Ferite		Record medico	
– aperta con complicanze .....	65	– record gruppo di pazienti .....	14
– aperte .....	64	– record minimo .....	14
		– record neonati .....	14
<b>I</b>		– record psichiatria .....	14
ICD-10-GM		– record supplementari .....	14
– convenzioni tipografiche e abbreviazioni .....	20	Regole di codifica generali	
– indice alfabetico .....	19	– per le malattie/diagnosi PD00–PD16 .....	37
– introduzione .....	16	– per le procedure PP00–PP09 .....	57
– lista sistematica .....	17	Regole di codifica speciali S0100–S2100 .....	61
– storia .....	16	Regole di codifica speciali psichiatria	
– struttura .....	16	PS0500–PS2000 .....	63
Inizio del trattamento (ora) .....	57	Risultati anormali .....	37
Intervento			
– chirurgico non eseguito .....	55	<b>S</b>	
Intossicazione		Scelta della diagnosi principale .....	31
– acuta accidentale .....	63	Sequela .....	42
– acuta non accidentale .....	63	Sindrome .....	54
– ubriacatura .....	63	– come diagnosi secondaria .....	54
Introduzione versione 2017 .....	7, 9	Sintomi	
		– come diagnosi principale .....	38
<b>L</b>		– come diagnosi secondarie .....	38
Lateraltà		Sovradosaggio di insulina .....	68
– delle procedure .....	57	Statistica medica e codifica medica	
<b>M</b>		– anonimizzazione dei dati .....	13
Malattia		– basi giuridiche .....	12
– croniche con episodio acuto .....	45	– obiettivi della statistica medica .....	13
– dopo procedure diagnostiche o terapeutiche .....	47	– organizzazione .....	12
– iatrogeni .....	47	– record medico, definizioni e variabili .....	14
Mancanza di .....	41	– storia .....	11
<b>N</b>			
Nozioni generali PG00–PG56 .....	11	<b>T</b>	
<b>P</b>		Trattamenti secondari	
Presenza di .....	41	– definizione .....	35
Procedure		– sequenza .....	35
– abituale .....	59	Trattamento principale	
– che non vanno codificate .....	59	– definizione .....	35
– che vanno codificate .....	58	Traumatismi .....	64
– data del trattamento .....	57	– aperti .....	64
– eseguite più volte .....	60	– aperti, interessamento vasi sanguigni,	
– importanti .....	58	nervi, tendini .....	64
– inizio del trattamento (ora) .....	57	– multipli .....	66
– lateralità .....	57	<b>U</b>	
– non eseguita .....	55	Ustioni	
Punto esclamativo («!») .....	40	– superficie corporea .....	67





# 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](http://www.statistica.admin.ch) → Servizi → Pubblicazioni della statistica svizzera

## Salute

### **Epidemiologia del cancro. Il melanoma della pelle: situazione e prevenzione**

Neuchâtel 2012, 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 fin dalla sua validazione. Questo manuale costituisce l'opera di base della codifica medica.