

2020



14

Salute

Neuchâtel 2019

Manuale di codifica medica

Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera

Versione 2020

Settore tematico «Salute»

Pubblicazioni aggiornate affini al tema

Quasi tutti i documenti pubblicati dall'UST sono messi a disposizione in forma elettronica e gratuita sul portale www.statistica.admin.ch. Le pubblicazioni stampate possono essere ordinate telefonando allo 058 463 60 60 o inviando un'e-mail all'indirizzo order@bfs.admin.ch.

Salute – Statistica tascabile 2018

Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2019
numero UST: 1542-1800, 44 pagine

Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) - Indice sistematico – Versione 2020

Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2019
numero UST: 661-2000

Statistique médicale des hôpitaux - Tableaux standard 2017

Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2018
numéro OFS: su-b-14.04.01.02-MKS-2017

Statistica delle cause di morte

La mortalità in Svizzera e le sue cause principali 2016

Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2019
numero UST: 1259-1600

Indagine sulla salute in Svizzera 2017 – Tabelle standardizzate

Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2019
comunicato stampa, 3 pagine

Accouchements et santé maternelle en 2017

Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2019
numéro OFS: 1921-1700-05, 8 pages

Population des établissements médico-sociaux en 2017

Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2019
numéro OFS: 1905-1700-05, 8 pages

Rilevazione dei dati strutturali degli studi medici e dei centri ambulatoriali (MAS)

Gli studi medici e i centri ambulatoriali nel 2015

Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2018
numero UST: 1805-1500, 8 pagine

Statistica ospedaliera nel 2017

Frenato per il momento l'incremento dei costi nel settore ospedaliero stazionario 2017

Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2018
comunicato stampa, 3 pagine

Settore tematico «Salute» in Internet

Manuale di codifica medica

Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera

Versione 2020

Redazione ambito Classificazioni mediche
Editore Ufficio federale di statistica (UST)

Neuchâtel 2019

Editore: Ufficio federale di statistica (UST)

Informazioni: Segreteria di codifica UST
codeinfo@bfs.admin.ch

Redazione: ambito Classificazioni mediche

Serie: Statistica della Svizzera

Settore: 14 Salute

Testo originale: tedesco

Traduzione: Servizi linguistici dell'UST

Grafica e impaginazione: sezione DIAM, Prepress/Print

Versione digitale: www.statistica.admin.ch

Versione cartacea: www.statistica.admin.ch
Ufficio federale di statistica, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tel. 058 463 60 60
stampato in Svizzera

Copyright: UST, Neuchâtel 2019
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali,
con citazione della fonte.

Numero UST: 545-2000

ISBN: 978-3-303-14316-2

Indice

Ringraziamenti	7	D02c	Diagnosi monolaterali e bilaterali Diagnosi di localizzazioni multiple	39	
Introduzione versione 2020	9	D03i	Codici daga (†)-asterisco (*)	40	
Abbreviazioni del manuale di codifica	10	D04c	Codici con punto esclamativo («!»)	42	
Nozioni generali G00 – G56	11	D05g	Esiti di/presenza di/mancanza di	44	
G00a	Statistica medica e codifica medica	11	D06c	Sequela	45
G01a	Storia	11	D07g	Interventi di follow-up pianificati	46
G02a	Organizzazione	12	D08a	Minaccia o malattia incombente	48
G03g	Basi giuridiche	12	D09g	Diagnosi sospette	49
G04a	Obiettivi della statistica medica	13	D10g	Malattie croniche con episodio acuto	51
G05a	Anonimizzazione dei dati	13	D11i	Codici combinati	52
G06a	Il record medico, definizioni e variabili	14	D12i	Malattie o disturbi iatrogeni (complicanze)	53
G 10i	La statistica medica e i sistemi di classificazione dei pazienti SwissDRG e TARPSY	15	D13a	Sindrome	60
G 20a	Le classificazioni (ICD-10-GM e CHOP)	16	D14g	Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico o procedura non eseguiti	61
G 21a	ICD-10-GM	16	D15i	Trasferimenti	63
G 22i	Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP)	23	D16i	Scelta della diagnosi principale in caso di riammissione entro 18 giorni per malattia o disturbo iatrogeno	69
G 30a	Come eseguire una codifica corretta	28	Regole di codifica generali per le procedure P00 – P11	71	
G 40g	Documentazione delle diagnosi e delle procedure	29	P00g	Registrazione della procedura nel record medico	71
G 50g	Definizioni	30	P01i	Procedure che vanno codificate	72
G 51g	Caso di trattamento	30	P02g	Procedure che non vanno codificate	73
G 52h	Diagnosi principale	31	P03c	Endoscopia e interventi endoscopici	74
G 53g	Complemento alla diagnosi principale	33			
G 54g	Diagnosi secondarie	34			
G 55a	Trattamento principale	36			
G 56a	Trattamenti secondari	36			
Regole di codifica generali per le malattie/diagnosi D00 – D16	37				
D00g	Risultati anormali	37			
D01g	Sintomi	38			

P04c	Interventi chirurgici combinati o complessi	75	S0500	Disturbi psichici e comportamentali	118
P05a	Interventi eseguiti parzialmente	76	S0501a	Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (alcol, droghe, farmaci, nicotina)	118
P06i	Procedure eseguite più volte	77	S0600	Malattie del sistema nervoso	119
P07a	Interventi chirurgici bilaterali	79	S0601a	Colpo apoplettico acuto	119
P08e	Revisioni di un campo operatorio/reinterventi	80	S0602c	Colpo apoplettico «pregresso»	119
P09i	Prelievo e trapianto d'organo	81	S0603a	Paraplegia e tetraplegia non traumatica	120
P10i	Adesiolisi	84	S0604i	Disturbi dello stato di coscienza	121
P11h	Lacerazione della membrana serosa con sutura	84	S0605e	Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test)	122
Regole di codifica speciali S0100 – S2100		85	S0606e	Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test)	122
			S0607h	Codifica degli stadi del morbo di Parkinson (G20.-)	122
			S0700	Malattie dell'occhio e degli annessi oculari	123
			S0701a	Insuccesso o rigetto di un trapianto di cornea	123
			S0800	Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	124
S0100	Alcune malattie infettive e parassitarie	85	S0801a	Ipoacusia e sordità	124
S0101a	Batteriemia	85	S0802d	Adattamento e manutenzione di apparecchio acustico	124
S0102i	Sepsi	86	S0900	Malattie del sistema circolatorio	125
S0103i	SIRS	93	S0901a	Iperensione e malattie in caso di ipertensione	125
S0104d	HIV / AIDS	94	S0902e	Cardiopatía ischemica	126
S0105a	Croup vero – pseudocroup – sindrome da croup	97	S0903a	Trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico	128
S0200	Neoplasie	98	S0904d	Cardiopatie valvolari	130
S0201a	Attività tumorale	99	S0905a	Pacemaker/defibrillatori	131
S0202e	Scelta e ordinamento delle diagnosi	100	S0907a	Edema polmonare acuto	132
S0203a	Escissione estesa della regione tumorale	101	S0908i	Arresto cardiaco	132
S0204a	Diagnosi di tumore soltanto mediante biopsia	101	S0909c	Revisioni o reinterventi su cuore e pericardio	132
S0205e	Malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	101	S1000	Malattie del sistema respiratorio	133
S0206a	Sospetto di tumore o metastasi	102	S1001i	Ventilazione meccanica	133
S0207a	Controlli	102	S1002d	Insufficienza respiratoria	137
S0208a	Recidive	103	S1100	Malattie dell'apparato digerente	138
S0209a	Tumori con attività endocrina	103	S1101a	Appendicite	138
S0210e	Sedi multiple	103	S1102d	Aderenze	138
S0211a	Lesioni contigue	104	S1103a	Ulcera gastrica con gastrite	138
S0212a	Remissione di malattie maligne immunoproliferative e leucemie	105	S1104i	Emorragia gastrointestinale	139
S0213a	Linfangiosi carcinomatosa	106	S1105a	Disidratazione nella gastroenterite	139
S0214g	Linfomi	106	S1200	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	140
S0215a	Chemioterapia e radioterapia	107	S1201g	Chirurgia plastica	140
S0216b	Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio	107	S1400	Malattie dell'apparato genitourinario	141
S0217e	Cure palliative	107	S1401d	Dialisi	141
S0400	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	108	S1402a	Verruche anogenitali	141
S0401c	Nozioni generali	108	S1403f	Intervento ricostruttivo per mutilazione genitale femminile (FGM)	142
S0402a	Regole per la codifica del diabete mellito	109	S1404g	Insufficienza renale	142
S0403a	Complicanze specifiche del diabete mellito	112	S1405d	Ricovero per la posa di un catetere peritoneale per la dialisi	143
S0404a	Sindrome metabolica	115			
S0405a	Disturbi della secrezione interna del pancreas	115			
S0406a	Fibrosi cistica	115			
S0407e	Malnutrizione negli adulti	116			
S0408e	Malnutrizione nei bambini	117			

S1406d	Ricovero per la rimozione di un catetere peritoneale per la dialisi	143	S1904i	Perdita di coscienza	171
S1407d	Ricovero per la posa di una fistola arteriovenosa o di uno shunt arteriovenoso per la dialisi	143	S1905c	Traumatismo del midollo spinale (con paraplegia e tetraplegia traumatiche)	173
S1408a	Ricovero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di shunt arteriovenoso	143	S1906a	Traumatismi multipli	177
S1500 Ostetricia		144	S1907a	Ustioni e corrosioni	178
S1501b	Definizioni	144	S1908b	Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologiche	179
S1502a	Conclusione precoce della gravidanza	145	S1909f	Effetti indesiderati di farmaci (assunti secondo prescrizione)	181
S1503e	Malattie durante la gravidanza	148	S1910b	Effetti indesiderati o avvelenamento da assunzione combinata di due o più sostanze (in caso di assunzione non prescritta)	182
S1504e	Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino	150	S2000 Cause esterne di morbosità e mortalità		183
S1505g	Regole speciali per il parto	151	S2100 Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari		184
S1600 Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale		156	Direttive di codifica per la riabilitazione		185
S1601a	Record medico	156	Allegato		195
S1602a	Definizioni	156	Diabete mellito scompensato		195
S1603i	Neonati	156	HIV/AIDS: Classificazione CDC (1993)		198
S1604g	Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	158	Le categorie di laboratorio da 1 a 3		198
S1605a	Nati morti	160	Le categorie cliniche da A a C		198
S1606c	Interventi particolari per il neonato malato	160	Malnutrizione		200
S1607c	Sindrome dispnoica neonatale per malattia delle membrane ialine/deficit di surfattante	160	Definizione degli stadi della malnutrizione negli adulti		200
S1608c	Sindrome dispnoica neonatale per aspirazione imponente, wet lung o tachipnea transitoria nel neonato	161	Definizione degli stadi della malnutrizione nei bambini		201
S1609g	Encefalopatia ipossico-ischemica (HIE)	161	Indice alfabetico		203
S1610h	Asfissia durante la nascita	162			
S1611d	Insufficienza respiratoria acuta neonatale	162			
S1800 Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove		163			
S1801a	Incontinenza	163			
S1802a	Disfagia	163			
S1803a	Convulsioni febbrili	163			
S1804f	Diagnosi e terapia del dolore	164			
S1805e	Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore	165			
S1806e	Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore	165			
S1900 Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne		166			
S1901a	Traumatismi superficiali	166			
S1902a	Frattura e lussazione	166			
S1903c	Ferite/traumatismi aperti	168			

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 2020, ringraziamo gli esperti del gruppo di lavoro del manuale di codifica e dell'ambito delle classificazioni mediche.

Introduzione versione 2020

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 (p. es. il manuale di codifica di Germania o altri manuali interni dell'ospedale).

Siccome dal 2012 i dati della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri sono 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.

Secondo l'articolo 49 della legge federale sull'assicurazione malattie, per la remunerazione di prestazioni stazionarie occorre utilizzare un sistema tariffale unico a livello nazionale che si rifaccia alle prestazioni. Per la remunerazione di prestazioni stazionarie in ambito psichiatrico, SwissDRG AG è stata incaricata di sviluppare un sistema tariffale unico a livello nazionale che si rifaccia alle prestazioni (progetto TARPSY). Il 1° gennaio 2018 è stata introdotta la struttura tariffale per la psichiatria degli adulti e, in tale contesto, sono stati 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). Sono stati aggiunti anche esempi concreti concernenti diagnosi e trattamenti psichiatrici.

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, è importante esaminare più da vicino la struttura della Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) utilizzata in Svizzera.

Le linee guida di codifica sono divise nelle seguenti parti:

- Nozione 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 2020 sono contrassegnate dalla lettera «i» 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 2020 è valido a partire dall'1.1.2020 e sostituisce tutte le precedenti versioni del manuale.

La base di questo manuale sono le classificazioni ICD-10-GM 2018 e CHOP 2019. Per la codifica dei casi stazionari con data d'uscita a partire dall'1.1.2020 vanno utilizzati i codici ICD-10-GM della versione 2018 e i codici CHOP della versione 2020.

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

La necessità di adeguarsi al modello di layout ufficiale ha imposto alcune modifiche alla veste grafica del manuale di codifica medica. Oltre a ricorrere a un nuovo tipo di caratteri sono stati ridefiniti margini e rientri.

La pubblicazione mediante FAQ non è più disponibile dal 2017, le FAQ precedenti sono state pubblicate 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 (1.1.2020, se necessario 1.7.2020).

Abbreviazioni del manuale di codifica

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

Nozioni generali G00 – G56

G00a Statistica medica e codifica medica

G01a Storia

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

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

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

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

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

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

G02a Organizzazione

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

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

G03g 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 5551), 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. 59a 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. 59a cpv. 2 e 3).

Il sistema di fatturazione basato sui forfait per caso SwissDRG è in vigore dal 1° gennaio 2012. A questo scopo sono utilizzati i dati della statistica medica. Oltre a ciò, la legge riveduta dispone anche che l'UST metta le informazioni a disposizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica, del Sorvegliante federale dei prezzi, dell'Ufficio federale di giustizia, dei Cantoni e degli assicuratori, nonché di alcuni altri organi a seconda del fornitore di prestazioni (art. 59a cpv. 3 LAMal). I dati sono pubblicati dall'Ufficio federale della sanità pubblica per categoria o per fornitore di prestazioni (per ospedale). I risultati che riguardano i pazienti sono pubblicati solo in forma anonima, in modo da non ricondurre dati a singole persone.

G04a Obiettivi della statistica medica

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

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

G05a Anonimizzazione dei dati

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

G06a Il record medico, definizioni e variabili

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

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

Una descrizione delle variabili di tutti i record è reperibile sul sito Internet dell'Ufficio federale di statistica all'indirizzo:

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html

Record minimo (MB)

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

Record supplementari

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

Record neonati (MN)

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

Record psichiatria (MP)

In collaborazione con la Società svizzera di Psichiatria e Psicoterapia 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).

G10i La statistica medica e i sistemi di classificazione dei pazienti SwissDRG e TARPSY

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

La codifica va effettuata in conformità agli strumenti in vigore (Manuale di codifica, classificazioni CHOP e ICD-10-GM, circolari). SwissDRG non permette più forzature. Il caso deve essere codificato per intero e non è ammesso tralasciare o aggiungere diagnosi o procedure per influenzarne la classificazione nell'intento di puntare a particolari DRG che consentono di ottenere ricavi superiori e/o l'inserimento in uno speciale gruppo di prestazioni di pianificazione ospedaliera (GPPO). A tal proposito si veda anche il punto 1.4 delle «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG».

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

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

Nel 2018 è stata 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) ogni degenza ospedaliera viene attribuita ad un gruppo di costi psichiatrici (PCG) e viene remunerato sulla base dei pesi relativi giornalieri. Per questo motivo la documentazione medica e delle cure e la codifica assumono una rilevanza diretta in funzione della remunerazione degli ospedali. Inoltre, costituiscono 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 PCG. 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 PCG sono descritti nel manuale delle definizioni attualmente in vigore. Il documento «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a TARPSY» descrive il campo di applicazione e le disposizioni di fatturazione della struttura tariffale TARPSY (regole per la fatturazione).

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

G21a ICD-10-GM

Introduzione

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

Una classificazione, che è un metodo di generalizzazione, come osserva William Farr, deve da un lato limitare il numero delle rubriche, dall'altro tener conto di tutte le patologie conosciute. Questo modo di procedere comporta necessariamente una perdita d'informazioni. Ne consegue che in medicina non è possibile rappresentare in maniera assolutamente fedele la realtà attraverso una classificazione. La classificazione ICD-10 è stata sviluppata per rendere possibile l'analisi e il confronto di dati sulla mortalità e la morbilità. 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 2019 per la codifica delle diagnosi è la ICD-10-GM 2018 (German Modification).

Storia

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

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

Struttura

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

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

Lista sistematica

La lista sistematica è suddivisa in 22 capitoli. I primi diciassette descrivono le malattie, il capitolo XVIII contiene sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, il capitolo XIX tratta dei traumatismi e degli avvelenamenti, il capitolo XX (strettamente associato al capitolo XIX) comprende le cause esterne di morbosità 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 valevoli solo i codici terminali, vale a dire solo i codici per i quali non esiste un'ulteriore suddivisione.

Esempio dal ICD-10-GM, capitolo XI:

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

Indice alfabetico

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

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

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

*Convenzioni tipografiche e abbreviazioni***Parentesi tonde ():**

Racchiudono termini integrativi che precisano il termine principale:

I10.-	Ipertensione essenziale (primitiva)
	<i>Incl.</i> : Ipertensione (arteriosa) (benigna) (essenziale) (maligna) (primitiva) (sistemica) Pressione arteriosa alta

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

H01.0	Blefarite
	<i>Escl.</i> : Blefarocongiuntivite (H10.5)

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

Malattie dell'appendice (K35–K38)
--

Racchiudono il codice daga in una categoria asterisco e viceversa:

N74.2*	Malattia infiammatoria sifilitica della pelvi femminile (A51.4†, A52.7†)
B57.0†	Malattia di Chagas acuta con interessamento cardiaco (I41.2*, I98.1*)

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

Parentesi quadre []:

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

- Includere sinonimi o frasi esplicative, per esempio:

A30.-	Lebbra [malattia di Hansen]
--------------	------------------------------------

- Rimandare a note precedenti, per esempio:

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

Due punti:

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

L08.0	Pioderma
	Dermatite: <ul style="list-style-type: none"> • gangrenosa • purulenta • settica • suppurata

Barra (verticale):

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

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

Punto e trattino .- :

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

J43.- Enfisema

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

Escluso:

Indica i termini che non fanno parte del codice scelto:

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

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

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

Incluso:

Indica i termini che sono contenuti nel codice scelto:

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

S.A.I.:

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

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

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

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

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

A85.– Altre encefaliti virali non classificate altrove

Incl: meningoencefaliti specificate virali N.I.A.
encefalomieliti specificate virali N.I.A.

Altro:

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

E16.1 Altra ipoglicemia**Non specificato:**

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

I67.9 Malattia cerebrovascolare non specificata**Vedi, vedi anche:**

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

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

PAP – s. Papanicolaou

Abortus (s.a. Abort) 006.9

E:

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

I74.– Embolia e trombosi arteriose

Questa categoria comprende embolie, trombosi e tromboembolie.

G22i 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. Essa è basata sull'ICD-9-GM americana, allestita e mantenuta fino al 2007 dai CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) a Baltimora (USA). La CHOP viene adattata annualmente, **la versione 2020 comprende gli ampliamenti e le modifiche emersi dalle procedure di domanda fino al 2018 per lo sviluppo di SwissDRG.**

Struttura

La CHOP consiste di due parti separate: l'indice alfabetico e la lista sistematica. La struttura del codice è fondamentalmente 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. *06.4; 45.76; 93.38.10; 99.A1.12*).

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

Indice alfabetico

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

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

Lista sistematica

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

Struttura della classificazione

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

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

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

Classi residue

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

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

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

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

La lista sistematica della CHOP è suddivisa in 19 capitoli. I capitoli da 1 a 15 sono strutturati in base all'anatomia. Vi figura inoltre un allegato.

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
17	Strumenti di misurazione	AA
18	Riabilitazione	BA–BB

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

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

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

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

Convenzioni tipografiche e abbreviazioni

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

G30a Come eseguire una codifica corretta

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

Fase 1: cercare il termine guida nell'indice alfabetico.

Fase 2: verificare il codice trovato nella lista sistematica

ICD-10-GM: si devono considerare con attenzione i termini esclusi, i termini inclusi e le note a tutti i livelli, così come anche le regole di codifica.

CHOP: si devono osservare rigorosamente le istruzioni «codificare anche», «omettere il codice», i termini inclusi, quelli esclusi e le regole di codifica.

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.

G40g 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 sono sotto la responsabilità del medico curante. I risultati degli esami/interventi eseguiti durante la degenza appartengono alla documentazione anche se pervengono dopo l'uscita del paziente. Queste informazioni formano la base per la codifica del caso conforme alle regole da parte dei codificatori.

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

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

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

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

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

Esempi:

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

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

G50g Definizioni

G51g Caso di trattamento

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

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

Per la codifica va ricordato che:

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

G52h 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 scelta quella che ha richiesto il maggior dispendio di risorse mediche. Il maggior dispendio di risorse è definito dalle prestazioni mediche (medici, cure, interventi chirurgici, dispositivi medici, ecc.) e non dal cost-weight (CW) dei SwissDRG, 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

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

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

Esempio 2

La paziente ha un'insufficienza cardiaca scompensata su difetto settale interatriale e un'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 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 dell'emorragia gastrica. Trasfusioni di sangue a causa dell'anemia emorragica.

Il trattamento emostatico dell'ulcera gastrica con controllo dell'emorragia causa il maggior dispendio di risorse e definisce di conseguenza la diagnosi principale.

Esempio 5 - Psichiatria

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 viene ricoverato. Nel corso del trattamento il paziente riferisce di un abuso di alcol. Inoltre viene diagnosticato un diabete mellito, che mediante un trattamento orale può essere messo sotto controllo senza problemi nel giro di pochi giorni. Durante la degenza stazionaria, prima della dimissione vengono formulate le seguenti diagnosi.

Episodio depressivo maggiore

Abuso nocivo di alcol

Diabete mellito

Il maggior dispendio è rappresentato dall'episodio depressivo maggiore, che costituisce quindi la diagnosi principale.

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

Scelta della diagnosi principale nelle cure palliative

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

G53g Complemento alla diagnosi principale

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

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

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

Esempio 1

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

DP E11.30† Diabete mellito, tipo 2, con complicanze oculari, definito come non compensato

CDP H36.0 Retinopatia diabetica*

Esempio 2 - Psichiatria

Paziente sessantunenne con una demenza dovuta alla malattia di Alzheimer.

DP G30.0† malattia di Alzheimer precoce

CDP F00.0 Demenza correlata a malattia di Alzheimer 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 3

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

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

L destra

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

Esempio 4

Paziente con gastrite acuta provocata da un antireumatico non steroideo.

DP K29.1 Altra gastrite acuta

CDP Y57.9! Complicanze da medicinali o droghe

Esempio 5 - Psichiatria

Paziente ospedalizzata a causa di un avvelenamento intenzionale tramite sonniferi.

DP T42.7 Avvelenamento da sonniferi

CDP X84.9! Autolesionismo intenzionale

G54g 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

Una malattia diagnosticata che rende necessarie misure profilattiche soddisfa i criteri per la codifica anche se in tal modo non viene curata l'eziologia della malattia. Ad esempio: somministrazione profilattica di vitamina B1 in caso di abuso di alcol o di anticoagulanti in caso di fibrillazione atriale.

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

In sintesi:

Impiego di risorse mediche > 0 è codificato

L'ospedale/il medico curante deve poter attestare, sulla base della documentazione, che l'impiego di risorse mediche è stato > 0. Vedi anche le precisazioni alla regola G40.

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

Esempio 1

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

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

Esempio 2

Una paziente è ricoverata per il trattamento di una leucemia mieloide cronica (LMC). 10 anni prima era stata operata per una lesione al menisco, in seguito alla quale non aveva mostrato disturbi.

Soffre di una cardiopatia coronarica nota, che durante la degenza continua ad essere trattata farmacologicamente.

L'esame ecografico per il controllo dei linfonodi addominali non mostra risultati di rilievo, ad eccezione di un mioma uterino già diagnosticato.

Il mioma non richiede ulteriori accertamenti o trattamenti.

Durante la degenza ospedaliera si manifesta un episodio depressivo, che viene trattato con antidepressivi. A causa delle lombalgie persistenti, la paziente viene curata con fisioterapia.

DP Leucemia mieloide cronica (LMC)

DS Cardiopatia coronarica

DS Episodio depressivo

DSLombalgia

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

Esempio 3

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

DP Polmonite

DS Diabete mellito

Esempio 4

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

DP Ulcera varicosa della gamba

L destra

DS Amputazione della gamba nell'anamnesi

L sinistra

Esempio 5 - Psichiatria

Un paziente viene sottoposto a un trattamento di motivazione a causa di una diagnosi secondaria di dipendenza da alcol e medicinali. Vengono codificate entrambe le diagnosi:

DS Dipendenza da alcol

DS Dipendenza da medicinali

Esempio 6 - Psichiatria

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

DP Depressione

DS Ipertensione

Sequenza delle diagnosi secondarie

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

G55a **Trattamento principale**

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

G56a **Trattamenti secondari**

Gli altri provvedimenti sono codificati come trattamenti secondari.

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

Sequenza dei trattamenti secondari

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

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

D00g 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: il solo controllo o follow-up di un valore anomale non giustifica una codifica.

Esempio 1

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

DP Polmonite

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

D01g Sintomi

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

Sintomi come diagnosi principale

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

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

Esempio 1

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

DP R18 Ascite

DS K74.6 Altra e non specificata forma di cirrosi epatica

DS I10.90 Ipertensione essenziale, non specificata, senza menzione di crisi ipertensiva

TP 54.91 Drenaggio percutaneo addominale (puntura)

Sintomi come diagnosi secondarie

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

Esempio 2 - Psichiatria

Un paziente viene ospedalizzato a causa di dolori al torace e palpitazioni. 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 di attacco di panico)

D02c Diagnosi monolaterali e bilaterali Diagnosi di localizzazioni multiple

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

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

Vengono registrate le seguenti cifre:

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

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

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

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

Esempio: 1^a degenza: calcolosi dell'uretere sinistro

2^a degenza: calcolosi dell'uretere destro

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

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

Esempio 1

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

I61.1 Emorragia intracerebrale emisferica corticale

I61.5 Emorragia intracerebrale intraventricolare

Esempio 2

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

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

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

Esempio 3

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

D25.1 Leiomioma intramurale dell'utero

D25.2 Leiomioma sottosieroso dell'utero

D03i Codici daga (†)-asterisco (*)

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

- Qualora nella diagnosi principale sia presente il codice daga (†), il corrispondente codice asterisco (*) va indicato come complemento alla diagnosi principale (CDP), purché questa manifestazione soddisfi la definizione di diagnosi secondaria (v. regola G54), come nell'esempio 1.
- Nei casi in cui il codice daga (†) corrisponda a una diagnosi secondaria, viene indicato prima del corrispondente codice asterisco (*), tenendo presente che quest'ultimo deve soddisfare la definizione di diagnosi secondaria (v. regola G54) per venir codificato.
- Alcuni codici non sono fin da principio codici daga (†), ma lo diventano tramite l'associazione con un codice asterisco (*), come nell'esempio 2.
- A un codice daga (†) possono essere associati diversi codici asterisco (*), come nell'esempio 4.

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

Esempio 1

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

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

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

Esempio 2

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

DP N18.–† Malattia renale cronica

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

Il codice N18.– Malattia renale cronica diventa un codice daga associato al codice asterisco D63.8* Anemia in altre malattie croniche classificate altrove.

Esempio 3 - Psichiatria

Paziente sessantunenne con una demenza correlata alla malattia di Alzheimer.

DP G30.0† malattia di Alzheimer precoce

CDP F00.0* Demenza correlata a malattia di Alzheimer precoce

Esempio 4

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**.

Esempio 5

Ammissione di un paziente per terapia del dolore stazionaria a causa di un'ernia discale lombare con radicolopatia.

DP M51.1† Disturbi di disco intervertebrale lombare e di altra sede associati a radicolopatia (G55.1)*

CDP G55.1 Compressioni delle radici nervose e dei plessi in disturbi dei dischi intervertebrali (M50-M51†)*

Esempi sulla scelta della diagnosi principale **al di fuori** del sistema daga (†)-asterisco (*), ovvero secondo G52.

Esempio 6 - Psichiatria

Disturbi cronici alla schiena a causa di ipertrofia mammaria. Ospedalizzazione per una mammoplastica riduttiva. In questo caso non si tratta del sistema daga (†)-asterisco ().*

DP Ipertrofia mammaria

DS Dolori alla schiena (soltanto se sono soddisfatti i criteri di G54)

TP Mammoplastica riduttiva

Esempio 7 - Psichiatria

Apnea ostruttiva del sonno in caso di iperplasia delle tonsille. Ospedalizzazione per una tonsillectomia.

In questo caso non si tratta del sistema daga (†)-asterisco ().*

DP Iperplasia delle tonsille

DS Apnea del sonno (soltanto se sono soddisfatti i criteri di G54)

TP Tonsillectomia

D04c Codici con punto esclamativo («!»)

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

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

Esempio 1

Infezione delle vie urinarie da Escherichia coli.

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

CDP –

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

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

Esempio 2

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

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

L 2

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

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

Esempio 3

Artriti da streptococciche viridans.

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

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

Esempio 4

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

DP S37.03 Rottura completa del parenchima renale

L 2

CDP V99! Incidente da trasporto non specificato

DS S36.03 Lacerazione della milza con interessamento del parenchima

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

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

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

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

D05g Esiti di/presenza di/ mancanza di

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

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

- Mancanza di, perdita (di), amputazione, es. *Z89.6 Mancanza acquisita di una gamba, sopra il ginocchio*
- Tumore, anamnesi personale, es. *Z85.0 Anamnesi personale di tumore maligno dell'apparato digerente*
- Trapianto (esiti di trapianto), es. *Z94.4 Presenza di trapianto epatico¹*
- Presenza (di), es. *Z95.1 Portatore di bypass aortocoronarico*

Esempio 1

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

DP J15.0 Polmonite da *Klebsiella pneumoniae*

DS Z94.4 Presenza di trapianto epatico

Esempio 2 - Psichiatria

Un paziente viene ospedalizzato 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 Stato dopo 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 3

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

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

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

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

Non vengono registrati:

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

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

Z94.7 Stato dopo trapianto corneale

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

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

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

D06c Sequele

Le sequele o conseguenze tardive di una malattia sono stati morbosi **attuali** causati da una malattia precedente. Per la codifica si utilizzano due codici: uno per la condizione residua attuale o la sequela attuale, e un codice «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 cronica a seguito di una precedente tubercolosi renale.

Codici speciali per le sequele:

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

Le diagnosi di sequela 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 un cheloide cicatriziale al torace successivo a ustioni.

L91.0 *Cheloide*

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

Esempio 3

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

N97.1 *Infertilità femminile di origine tubercolare*

B90.1 *Sequela di tubercolosi genitourinaria*

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

D07g Interventi di follow-up pianificati

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

Esempio 1

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

DP K57.32 Diverticolite del colon senza perforazione, ascesso o menzione di sanguinamento

DS Z43.3 Controllo di colostomia

Esempio 2

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

DP S72.3 Frattura diafisaria del femore

L 1

DS Z47.0 Trattamento di follow up per estrazione di placca o di altro dispositivo di fissazione interna

Esempio 3

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

DP Q37.0 Schisi del palato duro con cheiloschisi bilaterale

L 0

DS Z48.8 Follow-up di altri specificati trattamenti chirurgici

Esempio 4

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

DP M75.1 Sindrome della cuffia dei rotatori

L 1

DS S52.6 Frattura dell'estremità distale sia dell'ulna che del radio

L 1

DS Z47.0 Trattamento di follow up per estrazione di placca o di altro dispositivo di fissazione interna

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

Attenzione:

1) I trattamenti/le rimozioni di metallo pianificati nel quadro di una malattia o di un traumatismo vanno distinti dai trattamenti di una sequela o complicanza della malattia/del traumatismo originale o dell'intervento originale.

Esempio 5

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

DP T81.3 Deiscenza di ferita operatoria non classificata altrove

Esempio 6

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

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

2) Una revisione di cicatrice è codificata conformemente alla regola S1201g "Chirurgia plastica" e alla regola D06c "Sequela" esempio 2.

D08a Minaccia o malattia incombente

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

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

Esempio 1

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

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

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

L 1

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

D09g 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 - Psichiatria

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

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

Esempio 3

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

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

DS Nessuna

Esempio 4 - Psichiatria

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 o 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.

D10g Malattie croniche con episodio acuto

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

Esempio 1

Episodio acuto di pancreatite idiopatica cronica senza complicanze organiche.

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

K86.1 Altra pancreatite cronica

Esempio 2 - Psichiatria

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

F10.0 Intossicazione acuta

F10.2 Sindrome da dipendenza dall'alcol

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**).*

D11i 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 gangrena

Non corretta sarebbe la codifica separata:

I70.2 – Aterosclerosi delle arterie degli arti

con

R02.07 Necrosi cutanea e sottocutanea, non classificata altrove; caviglia, piede e dita del piede.

D12i Malattie o disturbi iatrogeni (complicanze)

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

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

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

Scelta del codice corretto

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

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

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

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

Nella tabella delle pagine seguenti sono riportati diversi esempi.

1. Nei capitoli: Con nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	2. Alla fine di alcuni capitoli	3. Categorie T80 – T88	4. Nei capitoli: Senza nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	Codifica precisa
Proctite dopo radioterapia per carcinoma della vescica.				
K62.7 Proctite da raggi	K91.88 Altri disturbi iatrogeni dell'apparato digerente, NCA	T88.8 Altre complicanze specificate di cure chirurgiche e mediche, NCA	K62.8 Altre malattie specificate dell'ano e del retto Proctite SAI	K62.7
In K62.7 sono contenute in un unico codice sia la patologia precisa sia la causa.				
Ipotensione dopo somministrazione di analgesici				
I95.2 Ipotensione da farmaci	I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, NCA	T88.8 Altre complicanze specificate di cure chirurgiche e mediche, NCA	I95.8 Altre forme di ipotensione	I95.2
In I95.2 sono contenute in un unico codice sia la patologia precisa sia la causa.				
Embolia polmonare post-operatoria dopo osteosintesi della caviglia				
I26 – Embolia polmonare Incl.: Embolia polmonare post-operatoria	I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, NCA	T84.8 Altre complicanze di dispositivi, impianti ed innesti protesici interni ortopedici (complicanze, emorragia, embolia, ecc.)	I26 – Embolia polmonare Incl.: Embolia polmonare post-operatoria	I26. – + Y
Il codice I26 – include («incl.») l'embolia polmonare post-operatoria + Y descrive la causa.				
Trombosi venosa profonda dopo intervento di protesi di ginocchio				
Ø	I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, NCA	T84.8 Altre complicanze di dispositivi, impianti ed innesti protesici interni ortopedici (complicanze, emorragia, embolia, ecc.)	I80.28 Flebite e tromboflebite di altri vasi profondi degli arti inferiori	I80.28 + Y
I97.8 descrive altre complicanze circolatorie. T84.8 descrive varie complicanze (emorragia, embolia, trombosi, ecc.). I80.28 descrive la patologia precisa con la localizzazione + Y descrive la causa				
Deiscenza della ferita dopo taglio cesareo				
O90.0 Deiscenza di ferita di taglio cesareo	Ø	T81.3 Deiscenza di ferita operatoria non classificata altrove Excl. di sutura di taglio cesareo (O90.0)	Ø	O90.0
Il codice O90.0 descrive sia la patologia sia la causa. T81.3 esclude («Excl.») O90.0.				
Perforazione iatrogena del colon discendente				
Ø	K91.88 Altri disturbi iatrogeni dell'apparato digerente, NCA	T81.2 Puntura e lacerazione accidentali durante una procedura diagnostica o terapeutica, NCA	K63.1 Perforazione intestinale (non traumatica) o S36.53 Traumatismo del colon discendente	S36.53 + Y
K91.88 descrive altre complicanze dell'apparato digerente. T81.2 descrive punture o lacerazioni accidentali NCA, senza localizzazione. K63.1 contiene una precisazione: perforazione non traumatica. S36.53 descrive la lesione e la localizzazione + Y descrive la causa				

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
Accesso cutaneo della ferita chirurgica dopo appendicectomia				
Ø	<i>K91.88 Altri disturbi iatrogeni dell'apparato digerente, NCA</i>	<i>T81.4 Infezione susseguente a procedura diagnostica o terapeutica, NCA</i>	<i>L02.2 Ascesso cutaneo, foruncolo e favo del tronco</i>	L02.2 + Y
<i>K91.88</i> contiene una precisazione: perforazione non traumatica. <i>K91.88</i> descrive altre complicanze dell'apparato digerente. <i>T81.2</i> descrive punture o lacerazioni accidentali NCA, senza localizzazione. <i>S36.53</i> descrive la lesione e la localizzazione + Y descrive la causa				
Delirio indotto da anestesia				
<i>F05.8</i> Altro delirio <i>Delirio post-operatorio</i>	<i>G97.88 Altri disturbi iatrogeni del sistema nervoso</i>	<i>T88.5 Altre complicanze dell'anestesia</i>	<i>F05.8</i> Altro delirio <i>Delirio post-operatorio</i>	F05.8 + Y
Nel codice <i>F05.8</i> è descritto il delirio post-operatorio + Y descrive la causa.				
Occlusione intestinale post-operatoria				
Ø	<i>K91.3 Occlusione intestinale post-operatoria</i>	<i>T88.8 Altre complicanze specificate di cure chirurgiche e mediche, NCA</i>	<i>K56. – Ileo paralitico ed ostruzione intestinale senza ernia</i> Excl.: <i>Ostruzione intestinale post-operatoria (K91.3)</i>	K91.3
<i>K91.3</i> descrive precisamente la complicanza e la causa. <i>T88.8</i> descrive altre complicanze di interventi chirurgici NCA ed è impreciso. <i>K56. –</i> esclude («Excl.») <i>K91.3</i> . Nota bene: una stipsi post-operatoria non è descritta dal codice <i>K91.3</i> <i>Occlusione intestinale post-operatoria</i> , ma da <i>K59.0</i> <i>Altri disturbi intestinali di tipo funzionale, stipsi</i>				
Pneumotorace iatrogeno				
Ø	<i>J95.80</i> <i>Pneumotorace iatrogeno</i>	<i>T81.2 Puntura e lacerazione accidentali durante una procedura diagnostica o terapeutica, NCA</i>	<i>J93.9 Pneumotorace non specificato</i> o <i>S27.0 Pneumotorace traumatico</i>	J95.80
<i>J95.80</i> descrive precisamente la patologia e la causa.				
Lussazione di protesi dell'anca alzandosi dal letto				
Ø	<i>M96.88</i> <i>Altri disturbi osteomuscolari iatrogeni</i>	T84.04 <i>Complicanza meccanica di protesi articolare interna dell'anca (rottura, dislocazione, perdita, ecc)</i>	<i>M24.45</i> <i>Lussazione e sublussazione patologiche di articolazione, NCA</i> o <i>S73.0 – Lussazione dell'anca</i>	T84.04 + Y
<i>M96.88</i> descrive altre malattie del sistema muscoloscheletrico. T84.04 descrive la complicanza meccanica di una protesi articolare. <i>M24.45</i> descrive la patologia di un'articolazione, <i>S73.0</i> – descrive un traumatismo, un incidente.				

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
<p>Attenzione però: lussazione di protesi dell'anca su caduta da una scala (=traumatismo)</p> <p>Ø</p> <p><i>S73.0</i> – descrive un traumatismo, un incidente (+ <i>X59.9</i> per la caduta + <i>Z96.64</i> per la presenza di impianto).</p>				
<p>Ematoma profondo articolare dopo impianto di protesi del ginocchio</p> <p>Ø</p> <p><i>M96.88</i> Altri disturbi osteomuscolari iatrogeni</p> <p><i>T81.0</i> Emorragia ed ematoma complicanti una procedura diagnostica o terapeutica, NCA Excl: Emorragia da dispositivi protesici, impianti e innesti (<i>T84.8</i>)</p> <p><i>M96.88</i> descrive altre malattie del sistema muscoloscheletrico. <i>T81.0</i> descrive un'emorragia NCA ed esclude («Excl.») <i>T84.8</i>. <i>M25.06</i> descrive una patologia del ginocchio, <i>S80.0</i> descrive un traumatismo</p>				
<p>Pacemaker dislocato</p> <p>Ø</p> <p><i>I97.8</i> Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, non classificati altrove</p> <p><i>T82.1</i> Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco</p> <p><i>I97.8</i> descrive altre complicanze circolatorie. <i>T82.1</i> descrive una complicanza meccanica di un dispositivo elettronico cardiaco.</p>				
<p>Peritonite su catetere per dialisi peritoneale</p> <p>Ø</p> <p><i>K91.88</i> Altri disturbi iatrogeni dell'apparato digerente, NCA</p> <p><i>T85.71</i> Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale</p> <p><i>K91.88</i> descrive altre complicanze dell'apparato digerente. <i>T85.71</i> descrive precisamente la patologia (infezione) e la causa (catetere). <i>K65.0</i> descrive solo l'infezione, un codice Y descriverebbe la causa, ma non la procedura medica precisa (il catetere).</p>				
<p>Emorragia dopo prostatectomia</p> <p>Ø</p> <p><i>N99.8</i> Altri disturbi genitourinari iatrogeni</p> <p><i>T81.0</i> Emorragia ed ematoma complicanti una procedura diagnostica o terapeutica, NCA</p> <p><i>N99.8</i> descrive altri disturbi del sistema genitourinario. <i>T81.0</i> descrive l'emorragia come complicanza NCA, tuttavia rimane il codice più preciso. <i>N42.1</i> 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.</p>				

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
Fiebite 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 (fiebite, tromboembolia, tromboflebite)	I80.80 Fiebite e tromboflebite di vasi superficiali degli arti superiori	T80.1 + Y
I97.8 descrive altre complicanze circolatorie, senza precisare ulteriormente. T80.1 descrive precisamente in un unico codice sia la complicanza vascolare sia la causa (infusione). I80.80 descrive solo la patologia				
Infezione delle vie urinarie a localizzazione indeterminata in paziente con catetere a dimora				
Ø	N99.8 Altri disturbi genitourinari iatrogeni	T83.5 Infezione e reazione infiammatoria da dispositivi protesici, impianti ed innesti dell'apparato urinario	N39.0 Infezione delle vie urinarie, sede non specificata	T83.5 + Y
N99.8 descrive altri disturbi del sistema genitourinario. T83.5 descrive precisamente l'infezione, la localizzazione e la causa. N39.0 descrive solo la patologia				
Lacerazione intra-operatoria della dura madre seguita da immediata chiusura a seconda dell'altezza della ferita				
Ø	G97.88 Altri disturbi iatrogeni del sistema nervoso	T81.2 Puntura e lacerazione accidentali durante una procedura diagnostica o terapeutica, NCA	S19.80 Lesione delle meningi del midollo spinale cervicale S29.80 Lesione delle meningi del midollo spinale toracico S39.81 Lesione delle meningi del midollo spinale lombosacrale G96.0 Liquorrea	S19.80 + Y S29.80 + Y S39.81 + Y T81.2 + Y
G97.88 descrive altri disturbi del sistema nervoso. T81.2 descrive una puntura o lacerazione accidentale durante una procedura NCA. Lesione delle meningi del midollo spinale: cervicale S19.80; toracico S29.80; lombosacrale S39.81; cerebrale T81.2 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 1

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

<i>DP</i>	<i>C18.0</i>	<i>Tumore maligno del colon, cieco</i>
<i>DS</i>	<i>T81.3</i>	<i>Deiscenza di ferita operatoria non classificata altrove</i>
<i>DS</i>	<i>Y84.9!</i>	<i>Complicanza da intervento medico non specificato</i>

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

D13a Sindrome

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

Esempio 1

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

DP Q90.0 Trisomia 21, non disgiunzione meiotica

Esempio 2

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

DP Q21.0 Difetto del setto interventricolare

DS Q90.0 Trisomia 21, non disgiunzione meiotica

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

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

Esempio 3

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

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

L 0

DS Q40.1 Ernia iatale congenita

DS Q02 Microcefalia

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

TP 55.23 Biopsia renale chiusa [percutanea] [agobiopsia]

L 2

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

Sindrome come diagnosi secondaria

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

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

D14g Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico o procedura non eseguiti

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

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

Esempio 1

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

DP H65.3 Otite media mucoide cronica

L 0

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

Esempio 2 - Psichiatria

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

DP F33.3 Disturbo depressivo recidivo con episodi gravi al momento del ricovero e sintomi psicotici

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

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

Esempio 3

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

DP J35.0 Tonsillite cronica

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

DS J01.1 Sinusite frontale acuta

L 0

Esempio 4

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

DP K81.0 Colecistite acuta

DS -

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

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

Esempio 5 - Psichiatria

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 possibile iniziare la psicoterapia stazionaria prevista. La paziente viene trasferita nel reparto di chirurgia.

DP F33.2 Disturbo depressivo recidivo con episodi gravi al momento del ricovero, senza sintomi psicotici

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

DS K35.8 Appendicite acuta, altra e non specificata

D15i Trasferimenti

Trasferimento per continuazione delle cure

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

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

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

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

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

Esempio 1

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

L'ospedale B codifica:

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

Esempio 2

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

L'ospedale B codifica:

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

Esempio 3

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

La clinica di riabilitazione codifica:

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

Esempio 4

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

La clinica di riabilitazione codifica:

DP T84.04 Complicanza meccanica di protesi articolare interna dell'anca

L 7

DS Z50.-! Trattamenti implicanti l'uso di tecniche riabilitative

Esempio 5

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

L'ospedale centrale codifica:

DP Insufficienza mitralica

DS Infarto cerebrale da embolia

DS Emisindrome

DS Causa esterna

L'ospedale regionale codifica:

DP Infarto cerebrale da embolia

DS Emisindrome

DS Z51.88 Altro trattamento medico specificato

DS Insufficienza mitralica

DS Z48.8 Follow-up di altri specificati trattamenti chirurgici

DS Z95.2 Portatore di protesi valvolare cardiaca

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

Transferimento per cure

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

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

Esempio 1

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

L'ospedale A codifica:

DP Frattura della gamba

CDP Causa esterna

DS Frattura della vertebra cervicale

L'ospedale centrale codifica:

DP Frattura della vertebra cervicale (= Trattamento)

DS Frattura della gamba (= continuazione trattamento)

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

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

Esempio 2

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

L'ospedale A codifica:

DP Frattura della gamba

CDP Causa esterna

L'ospedale centrale codifica:

DP Frattura della gamba

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

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

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 3 - Psichiatria

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 Colecistite 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 (se pertinente per la regola G52). I complementi alle diagnosi secondarie devono essere codificati conformemente alla definizione di diagnosi secondaria G54.

Esempio 4 - Psichiatria

La paziente viene sottoposta a trattamento in un ospedale di cure acute a causa di un tentativo di suicidio. Presenta 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 più vasi sanguigni all'altezza dell'avambraccio

CDP X84.9! Autolesionismo intenzionale

DS F32.3 Episodio depressivo maggiore con sintomi psicotici

TP Cura delle ferite

La clinica psichiatrica codifica il caso nel modo seguente:

DP F32.3 Episodio depressivo maggiore con sintomi psicotici

TP 94.A1.24 HoNOS2: Comportamenti deliberatamente autolesivi: HoNOS 2, grado 4

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

Come esempio di trasferimento per accertamenti o terapia specifica:

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

Esempio 1

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

L'ospedale primario codifica:

DP I21.- Infarto miocardico acuto

TP 00.66.-- (esterna¹) Angioplastica coronarica transluminale percutanea [PTCA]

TS 00.40 (esterna¹) Intervento su un vaso

TS 36.08.11 (esterna¹) Impianto percutaneo transluminale di stents senza liberazione di sostanza medicamentosa, in arteria coronaria

TS 39.C1.11 (esterna¹) 1 stent impiantato

Ospedale centrale: nessuna codifica²

Esempio 2

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

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

DP I21.- Infarto miocardico acuto

L'ospedale centrale codifica:

DP I21.- Infarto miocardico acuto

TP 00.66.-- Angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA)

TS 00.40 Intervento su un vaso

TS 36.08.11 Impianto percutaneo transluminale di stents senza liberazione di sostanza medicamentosa, in arteria coronaria

TS 39.C1.11 1 stent impiantato

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

DP I21.- Infarto miocardico acuto

DS Z48.8 Follow-up di altri specificati trattamenti chirurgici

DS Z95.5 Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica

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

Per un eventuale raggruppamento di casi si utilizzano le regole per la fatturazione. Vedi anche sotto: «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG» oppure secondo TARPSY, e «Approfondimenti ed esempi pratici sulle regole e le definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG» oppure secondo TARPSY.

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

² Valgono le «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG»

Trasferimento di un neonato sano

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

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

Z51.88 *Altro trattamento medico specificato*

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

Per i DRG possibili, vedere anche le «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG».

D16i Scelta della diagnosi principale in caso di riammissione entro 18 giorni per malattia o disturbo iatrogeno

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

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

Esempio 1

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

DP M16.1 Altra coxartrosi primaria

L 1

DS T84.04 Complicanza meccanica di protesi articolare interna dell'anca

L 1

DS Y84.9! Complicanza da intervento medico non specificato

Esempio 2

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

DP K57.32 Diverticolite del colon senza perforazione, ascesso o menzione di sanguinamento

DS K91.4 Malfunzionamento di colostomia ed enterostomia

Esempio 3

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

DP S62.5– Frattura del pollice

L 1

DS T84.6 Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo fissatore interno

L 1

DS Y84.9! Intervento medico non specificato

Esempio 4*1ª degenza:**Colelitiasi e colecistectomia, seguite da complicanze con ileo post-operatorio, resezione parziale dell'intestino e anastomosi.**DP K80.2– Calcolosi della colecisti senza colesistite**DS K91.3 Occlusione intestinale post-operatoria**2ª degenza:**Insufficienza anastomotica intestinale.*

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

*DP K91.3 Occlusione intestinale post-operatoria**DS K91.83 Deiscenza di anastomosi e sutura successiva ad altro intervento chirurgico su altre parti dell'apparato digerente*

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

Regole di codifica generali per le procedure P00 – P11

P00g 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
3	=	unilaterale sconosciuta
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 4.3.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.).

P01i Procedure che vanno codificate

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

Sono definite procedure importanti quelle che:

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

Esempio 1

Viene eseguita un'angiografia coronarica preoperatoria prima di un intervento di bypass aortocoronarico con apparecchio cuore-polmone. In questo caso l'arteriografia coronarica è codificata tra i trattamenti secondari.

P02g Procedure che non vanno codificate

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

Esempi:

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

Esempio 1

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

Esempio 2 - Psichiatria

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

Eccezioni:

- Anestesia in procedure normalmente eseguite senza anestesia, p. es. narcosi per una RMN in un bambino.
- Una terapia del dolore è contenuta nel codice in caso di interventi chirurgici e di misure diagnostiche. Viene codificata separatamente solo quando costituisce una misura isolata (esempio 3) o appartiene alla categoria 93.A – *Terapia del dolore*, e soddisfa i requisiti elencati per l'attribuzione di questo codice.

Esempio 3

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

TP 99.25.5- Chemioterapia

TS 03.91.-- Iniezione di anestetico e di analgesico nel canale vertebrale

- **Le procedure diagnostiche affini ad un intervento**, che sono eseguite nella stessa seduta e sono di norma parte integrante dell'operazione non vengono codificate separatamente (a meno che la CHOP non preveda una disposizione di tenore diverso). P. es.: l'artroscopia diagnostica effettuata prima della meniscectomia artroscopica non viene codificata.
- **Le procedure post mortem** non sono codificate (con la morte si estingue il caso). Questo vale anche per le autopsie.

P03c Endoscopia e interventi endoscopici

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

Esempio 1

Colecistectomia laparoscopica.

51.23 Colecistectomia laparoscopica

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

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

Esempio 2

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

45.16 Esofagogastroduodenoscopia con biopsia chiusa

Esempio 3

Una faringotracheobroncoscopia è codificata come

33.22 Tracheobroncoscopia flessibile

Esempio 4

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

33.22 Tracheobroncoscopia flessibile

42.23 Altra esofagoscopia

P04i Interventi chirurgici combinati o complessi

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

Esempio 1

28.3.-- Tonsillectomia **con** adenoidectomia

Esempio 2

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

o

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

Esempio 3

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

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

Esempio 4

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

43.99.99 Altra gastrectomia totale, altra

40.3X.-- Asportazione di linfonodi regionali

54.4X.-- Asportazione o distruzione di tessuto peritoneale

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

Esempi:

- Prelievo di spongiosa dalla **pelvi** in occasione di un'osteosintesi del **braccio**: codifica anche.
- Prelievo di tendine contenuto nel codice: p. es. 81.45.12 Ricostruzione del crociato anteriore con tendine semitendinoso e/o gracile, per via artroscopica.
- Prelievo di lembo contenuto nel codice: p. es. 85.K4.11 Mammoplastica con lembo perforatore (DIEP) dell'arteria epigastrica inferiore.
- La CHOP contiene talvolta indicazioni speciali («codificare anche») per la codifica aggiuntiva delle singole componenti.

Esempio 5

39.75.-- Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi Codificare anche:

Localizzazione anatomica di interventi vascolari specifici (00.4B)

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

P05a Interventi eseguiti parzialmente

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

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

Esempio 1

Colecistectomia laparoscopica con passaggio alla procedura chirurgica aperta.

51.22.– – Colecistectomia

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

Esempio 2

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

54.11 Laparotomia esplorativa

Esempio 3

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

34.02 Toracotomia esplorativa

P06i 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 l'osteosintesi di tibia e fibula, ecc.

Eccezioni:

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

Esempio 1

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

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

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

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

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

Anche per i concentrati di eritrociti e di trombociti vanno rilevate unicamente le quantità trasfuse al paziente. Le quantità ordinate ma poi rifiutate non devono essere conteggiate. Vanno osservate le prescrizioni della CRS Svizzera (vedi note relative ai codici CHOP 99.04.-- *Trasfusione di concentrato cellulare* e 99.05.-- *Trasfusione di trombociti*) riguardo alle unità trasfusionali per adulti e bambini. Fino al compimento del primo anno di età non vanno presi in considerazione i volumi minimi (vedi note relative ai corrispondenti codici CHOP). Qualora la somma dei concentrati trasfusi, in adulti e bambini, non sia un numero intero, è necessario procedere a un arrotondamento. Se ad es. sono stati trasfusi 5,6 concentrati di eritrociti, va utilizzato il codice che indica da 1 a 5 unità.

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

Esempio 2

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

93.A2.45 *Terapia multimodale del dolore, da almeno 14 a 20 giorni di trattamento*

Esempio 3

Un paziente riceve multipli concentrati di eritrociti:

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

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

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

Radiologia terapeutica e medicina nucleare 92.2-:

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

Radioiodoterapia

Per la radioiodoterapia, in caso di applicazione multipla durante una degenza ospedaliera occorre codificare l'attività complessiva raggiunta con un codice 92.28.4- «Radioiodoterapia».

P07a Interventi chirurgici bilaterali

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

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

Esempio 1

Protesi totale di ginocchio bilaterale.

TP 81.54.- - Sostituzione totale del ginocchio

L 0

Esempio 2

Surrenectomia bilaterale.

TP 07.3 Surrenectomia bilaterale

L 0

P08e Revisioni di un campo operatorio/reinterventi

Quando si riapre un campo operatorio per

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

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

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

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

00.99.10 *Reintervento*

Attenzione:

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

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

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

Esempio 1

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

TP 74.– *Taglio cesareo ed estrazione del feto*

TS 00.99.10 *Reintervento*

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

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

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

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

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

e non con:

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

P09i Prelievo e trapianto d'organo

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

1. Esame di un potenziale donatore di organo o tessuto

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

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

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

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

2. Donazione da vivente

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

DP Z52.– *Donatori di organi e tessuti*

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

Esempio 1

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

DP Z52.4 *Donatore di rene*

TP 55.51.02 *Nefrectomia per trapianto, da donatore vivente*

Esempio 2

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

DP Z52.01 *Donatore di cellule staminali*

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

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

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

3. Donazione post mortem dopo morte cerebrale in ospedale

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

4. Valutazione in vista del trapianto

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

5. Trapianto

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

DP	La malattia che costituisce il motivo del trapianto
TP	Codice per la procedura di trapianto (vedi tabella)
TS	Codice da <i>00.90.– a 00.93.– Tipo di tessuto o organo utilizzato nel trapianto</i> Nota bene: si tratta di codici supplementari da indicare solo se l'informazione non è già compresa nel codice di procedura del trapianto (ad es. per le sottocategorie da <i>41.0A.– a 41.0C.–</i> relative al trapianto di cellule staminali ematopoietiche non va indicato alcun codice da <i>00.90.– a 00.93.–</i>).
TS	All'occorrenza, codice supplementare <i>99.79.11 Preparazione al trapianto d'organo con donatore vivente ABO-incompatibile</i>

L'asportazione dell'organo malato non è codificata.

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

6. Controllo dopo il trapianto

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

DP	<i>Z09.80</i>	<i>Visita medica di controllo dopo trapianto d'organo</i>
DS	<i>Z94.–</i>	<i>Presenza di trapianto di organo o tessuto</i>

7. Insuccesso o rigetto del trapianto

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

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

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

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

Tabella dei prelievi e trapianti di organi e tessuti

Questa tabella non va considerata un elenco esaustivo.

Organo / tessuto	Donazione da vivente			Trapianto (ricevente)	
	ICD-10-GM	CHOP	Testo	CHOP	Testo
Cellule staminali (CS)	Z52.01	41.0A.2-	<i>Prelievo di cellule staminali ematopoietiche dal sangue periferico</i>	41.0B.2-	<i>Trapianto di cellule staminali ematopoietiche dal sangue periferico</i>
Midollo osseo (MO)	Z52.3	41.0A.1-	<i>Prelievo di cellule staminali ematopoietiche dal midollo osseo</i>	41.0B.1-	<i>Trapianto di cellule staminali ematopoietiche dal midollo osseo</i>
Pelle	Z52.1	86.6.-	<i>Innesto cutaneo libero e sostituzione permanente di pelle</i>		<i>Codice secondo localizzazione e estensione</i>
Osso	Z52.2	77.7-	<i>Prelievo di osso per innesto</i>	76.91.- 78.0.-	<i>Innesto osseo su ossa facciali Innesto osseo e trasposizione ossea</i>
		7A.2A	<i>Prelievo di osso della colonna vertebrale per innesto</i>	7A.51	<i>Innesto e trasposizione ossei della colonna vertebrale</i>
Reni	Z52.4	55.51.02	<i>Nefrectomia per trapianto, da donatore vivente</i>	55.69.-	<i>Altro trapianto di rene</i>
Fegato	Z52.6	50.2C.-	<i>Epatectomia parziale per trapianto</i>	50.5-	<i>Trapianto del fegato</i>
Cuore				37.51.-	<i>Trapianto cardiaco</i>
Polmone				33.5-	<i>Trapianto polmonare</i>
Cuore/polmone				33.6X.-	<i>Trapianto combinato cuore-polmone</i>
Pancreas				52.8-	<i>Trapianto del pancreas</i>
Cornea				11.6-	<i>Trapianto di cornea</i>
Intestino tenue				46.97.-	<i>Trapianto intestinale</i>

P10i Adesiolisi

Le lisi di aderenze a diversi sistemi d'organo vanno codificate con i codici dei capitoli relativi agli organi in questione.

Gli interventi di adesiolisi al peritoneo della cavità addominale (adesiolisi uroginecologiche, viscerali) vanno classificati con codici specifici che includono l'adesiolisi. Questi si trovano nei capitoli della CHOP relativi agli organi in questione, come per es. il codice *65.81.10 Lisi di aderenze di ovaio e di tuba di Falloppio al peritoneo pelvico femminile, per via laparoscopica*.

Se la durata operatoria dell'adesiolisi (somma del tempo dei singoli interventi di adesiolisi) supera i 60 minuti, deve essere inoltre indicato il codice CHOP *54.5*. Per il calcolo della durata va preso in considerazione solo il tempo necessario per la lisi.

Eventuali incertezze in merito vanno chiarite con il chirurgo. Tale tempo deve essere documentato per iscritto e in modo chiaro nel rapporto dell'operazione.

Qualora si proceda alla lisi di aderenze peritoneali della cavità addominale che costituiscono una ragione essenziale dell'intervento (indicazione), è necessario utilizzare il codice diagnostico *K66.0 Aderenze peritoneali*. Se la durata operatoria di queste adesiolisi peritoneali supera i 60 minuti, va indicato il corrispondente codice CHOP *54.5*. Se, invece, l'adesiolisi dura complessivamente meno di 60 minuti, il codice *54.5* non va indicato.

P11h Lacerazione della membrana serosa con sutura

Qualora la membrana serosa venga lacerata durante un intervento e debba essere suturata, va indicato il codice specifico (S) relativo alla parte lacerata. In tal caso la sutura deve essere indicata con un preciso codice CHOP. Ad esempio, *54.64.70* per la sutura del peritoneo, sutura del mesentero e sutura del grande o piccolo omento (dopo lacerazione).

Per la codifica di una complicazione deve essere osservata la norma G40g, Documentazione delle diagnosi e delle procedure, e D12c, Malattie o disturbi iatrogeni (complicanze).

Nota bene: l'organo comprende la «tunica muscolare». Una lacerazione della tunica muscolare, che deve essere suturata, va indicata con il codice dell'organo corrispondente (vescica, utero, intestino) e non con quello della sutura del peritoneo. Ciò vale sia per la diagnosi che per la procedura.

Regole di codifica speciali S0100 – S2100

S0100 Alcune malattie infettive e parassitarie

S0101a Batteriemia

Una batteriemia va indicata con un codice della categoria

A49.– Infezione batterica di sede non specificata

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

A54.9 Infezione gonococcica non specificata

Non va quindi codificata con un codice per la sepsi.

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

A39.4 Meningococcemia non specificata.

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

S0102i Sepsis

Scelta del codice per la sepsi

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

- Nel capitolo I, nelle categorie A40.– *Sepsi streptococcica* e A41.– *Altre forme di sepsi*, tenendo in considerazione le esclusioni.
- Nel capitolo I, nelle singole malattie infettive (p. es. B37.7 *Sepsi da candida*).
- Nel capitolo XVI per la sepsi nei neonati (P36.– *Sepsi batterica neonatale*).
- La sepsi associata ad aborto, gravidanza ectopica, gravidanza molare, parto o puerperio viene indicata con un codice del capitolo XV (003–007, 008.0, 075.3, 085) unitamente a un codice per la sepsi del capitolo I, per indicare la presenza di una sepsi e l'agente patogeno.
- Malgrado la sepsi appaia già in diversi codici relativi a malattie o disturbi iatrogeni (complicanze), deve sempre essere aggiunto un codice per la sepsi del capitolo I, per indicare la presenza di una sepsi e l'agente patogeno (p. es. J95.0 *Malfunzionamento di tracheostoma*, T88.0 *Infezione successiva ad immunizzazione*).

Definizione di sepsi secondo la 3a Conferenza internazionale di consenso (Guidelines of the third international consensus definition for sepsis and septic shock)

Definizione di sepsi: «Infezione dimostrata o supposta e disfunzione d'organo dimostrata, causata da una reazione disregolata dell'organismo a un'infezione».

La diagnosi della sepsi e la relativa documentazione nonché la diagnosi delle disfunzioni d'organo associate alla sepsi in base al punteggio SOFA o ai criteri Goldstein devono essere formulate dai medici curanti. Tutte le disfunzioni/complicazioni d'organo vanno rilevate e codificate singolarmente secondo le relative regole. La diagnosi deve essere formulata dal medico e risultare chiaramente dalla documentazione.

Sepsi nell'adulto

Per gli adulti la disfunzione d'organo nel quadro della sepsi viene ora determinata tramite il punteggio SOFA (**Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score**).

Una sepsi con disfunzione d'organo si manifesta con un aumento del punteggio SOFA ≥ 2 entro massimo 72 ore.

In caso di peggioramento di singoli sistemi di organi di 1 punto ciascuno è consentita la sommatoria dei punti.

Le disfunzioni d'organo che possono essere spiegate palesemente da altre cause, in particolare se preesistenti, non possono essere usate come criterio per la definizione della sepsi.

Le disfunzioni d'organo preesistenti vengono considerate complicazioni d'organo settiche solo in presenza di un peggioramento acuto dovuto alla sepsi.

La disfunzione d'organo preesistente definisce il punteggio di partenza. In assenza di informazioni su patologie pregresse del sistema di organi, il punteggio SOFA basale è considerato pari a 0.

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score ^a					
	Score				
ORGANI E APPARATI	0	1	2	3	4
Respirazione					
PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	≥ 400 (≥ 53.3)	< 400 (< 53.3)	< 300 (< 40)	< 200 (< 26.7) con assistenza respiratoria	< 100 (< 13.3) con assistenza respiratoria
Coagulazione					
Trombociti, x10 ⁹ /μl	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Fegato					
Bilirubina, mg/dl (μmol/l)	< 1.2 (< 20)	1.2 – 1.9 (20 – 32)	2.0 – 5.9 (33 – 101)	6.0 – 11.9 (102 – 204)	> 12.0 (> 204)
Cardiovascolare					
Pressione arteriosa media	MAP ≥ 70mmHg	MAP < 70mmHg	Dopamina < 5 o dobutamina (ogni dose) ^b	Dopamina 5.1 – 15 o adrenalina ≤ 0.1 o noreadrenalina ≤ 0.1 ^b	Dopamina > 15 o adrenalina > 0.1 o noreadrenalina > 0.1 ^b
Sistema nervoso centrale					
Glasgow Coma Scale ^c	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6
Renale					
Creatinina, mg/dl (μmol/l) o	< 1.2 (< 110)	1.2 – 1.9 (110 – 170)	2.0 – 3.4 (171 – 299)	3.5 – 4.9 (300 – 440) o	> 5.0 (> 440) o
Escrezione urinaria, ml/d				< 500	< 200

a Addatato da Vincent et al²⁷
 b Dosi di catecolamina somministrate in μg/kg/min per almeno un'ora
 c Glasgow Coma Scale va da 3 a 15
 27 Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al/Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive care Med. 1996;22(7):707 – 710.

Per la determinazione del punteggio SOFA relativo alla funzione respiratoria è necessario effettuare un'emogasanalisi arteriosa. Per i pazienti non ventilati vale la seguente ipotesi di FiO₂: con O₂ nasale: 0.3, maschera: 0.4, maschera con serbatoio: 0.6.

Sepsi nel bambino

Per i bambini fino al 16° anno compiuto valgono attualmente i criteri di disfunzione d'organo secondo Goldstein et al. 2005 «International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics».

Per formulare la diagnosi di disfunzione d'organo nel quadro di una sepsi è sufficiente che sia soddisfatto un criterio cardiovascolare o respiratorio. In alternativa, la disfunzione d'organo viene considerata confermata quando sono soddisfatti almeno due criteri riguardanti gli altri sistemi di organi.

Criteri per la disfunzione d'organo secondo Goldstein				
Cardiovascolare Nonostante infusione isotonica di $\geq 40\text{ml/kg}$ in un'ora	Riduzione della PA (ipotensione arteriosa) $< 5^{\text{a}}$ percentile in funzione dell'età o PA sistolica < 2 deviazioni standard inferiore al valore normale in funzione dell'età	OPPURE necessità di terapia vasoattiva per il mantenimento della PA nel range di normalità (adrenalina, noradrenalina o dobutamina in ogni dosaggio; dopamina $> 5\mu\text{g/kg/min}$)	OPPURE due dei punti seguenti: – acidosi metabolica inespiegata (Base deficit $> 5\text{ mmol/l}$, BE $< -5\text{ mmol/l}$) – aumento del lattato arterioso > 2 volte il valore limite superiore – oliguria: quantità di urina $< 0.5\text{ml/kg/h}$ – riempimento capillare ritardato $> 5\text{ sec.}$ – differenza di temperatura centrale/periferica $> 3^{\circ}\text{C}$	
Respiratorio	$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300\text{ mmHg}$ ($< 40\text{ kPa}$) in assenza di cardiopatie cianotiche o malattie polmonari preesistenti	OPPURE $\text{PaCO}_2 > 65\text{ mmHg}$ ($> 8.7\text{ kPa}$) o $\geq 20\text{ mmHg}$ ($\geq 2.7\text{ kPa}$) più della PaCO_2 basale	OPPURE bisogno dimostrato di $\text{FiO}_2 > 0.5$ per un'ossigenazione $\geq 92\%$ (prova di riduzione FiO_2)	OPPURE bisogno di ventilazione meccanica non elettiva, invasiva o non-invasiva
Neurologico	Glasgow Coma Scale ≤ 11	OPPURE alterazione acuta dello stato mentale con riduzione dello GCS ≥ 3 punti con basale alterato		
Ematologico	$\text{TC} < 80'000/\text{mm}^3$ o riduzione del 50% del valore più elevato misurato entro gli ultimi tre giorni (per pazienti ematologici od oncologici cronici)	OPPURE INR > 2		
Renale	Creatinina sierica ≥ 2 volte il valore limite superiore in funzione dell'età o aumento di ≥ 2 volte del valore basale			
Epatico	Bilirubina totale $\geq 4\text{mg/dl}$ ($\geq 68\mu\text{mol/l}$), non utilizzabile nei neonati	OPPURE ALAT due volte più elevata del valore limite superiore in funzione		

Shock settico

Lo shock settico va classificato con il **R57.2**.

Si parla di **shock settico** quando nonostante un'adeguata terapia volemica si riesce a raggiungere una pressione arteriosa media $\geq 65\text{ mmHg}$ solo con la somministrazione di vasopressina e in presenza di un valore di lattato $> 2\text{ mmol/l}$.

Sequenza dei codici

La sepsi va classificata con i seguenti codici in sequenza:

- **Codice della sepsi**
- **Gli agenti patogeni e le relative resistenze da U80.-! a U85! vanno codificati secondo la regola D04c**
- **Shock settico (R57.2), se presente**
- **Focolaio infettivo:** ad es. polmonite
Gli agenti patogeni che specificano il focolaio infettivo nonché le relative resistenze vanno codificati secondo la regola D04c.
- **Ogni singola disfunzione d'organo**
La codifica deve comprendere almeno il codice della sepsi e l'indicazione del focolaio d'infezione. Se quest'ultimo è sconosciuto, oltre alla sepsi va indicato il codice B99 *Altre e non specificate malattie infettive*. Per la specificazione di agenti patogeni o l'indicazione di resistenze vale la regola D04c. Tutte le disfunzioni d'organo che peggiorano nel quadro della sepsi costituiscono ulteriori DS.

I codici R65.1! e R65.0! non vanno più indicati nel contesto di una sepsi. Tutti i codici SIRS R65.-! restano validi e possono essere indicati se risultano soddisfatti i requisiti per la codifica di una diagnosi secondaria. Il codice R65.-! non può più tuttavia essere associato alla diagnosi di sepsi.

Esempi di codifica

Esempio 1

Sepsi con shock settico da E. coli su pielonefrite acuta a sinistra con insufficienza multiorgano

Decorso: paziente intubato all'entrata in reparto di cure intense, ventilato con indice di ossigenazione (PaO₂/FiO₂) 155 mmHg nel quadro di un'insufficienza respiratoria acuta; pressione arteriosa media (PAM) 60-80 mmHg con infusione di noradrenalina (0,1 µg/kg/min), insufficienza renale anurica acuta in stadio 3, inizio della CVVHDF (continuous veno-venous hemodiafiltration), durata complessiva 96 ore. Con una trombocitopenia di 18 G/l, esecuzione di un test HIT (trombocitopenia indotta da eparina) che ha dato esito negativo. Nell'ulteriore decorso, la trombocitopenia è regredita e la spiegazione più plausibile è che fosse correlata alla sepsi. In presenza di positività microbiologica a batteri E. coli pansensibili nelle urinocolture e nelle emocolture, istituzione di una terapia con Rocephin.

Punteggio SOFA	Respirazione	Coagulazione	Fegato	Cardiovascolare, MAP	Sist. nervoso centrale	Renale
14	3	4	0	3	0	4

DP	A41.51	Sepsi da <i>Escherichia coli</i>
DS	R57.2	Shock settico
DS	N10	Nefrite tubulo-interstiziale acuta
DS	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> come causa di malattie classificate altrove
DS	J96.09	Insufficienza respiratoria acuta NCA, tipo non specificato
DS	N17.93	Insufficienza renale acuta non specificata, stadio 3
DS	D69.58	Altra trombocitopenia secondaria, non specificata come refrattaria alla trasfusione

Esempio 2

Paziente di 72 anni, urosepsi da *E. coli* in presenza di pielonefrite a destra

Decorso: aggravamento dell'insufficienza renale cronica con valore di creatinina di 140 µmol/l e riduzione della GFR a 25 ml/min (creatinina basale 110 µmol/l; GFR 40 ml/min). Il secondo giorno di degenza sono stati riscontrati negli esami chimici di laboratorio un aumento della bilirubina a 1,5 mg/dl e una trombocitopenia di 90 G/l. Sono stati istituiti il trattamento antibiotico endovenoso e la reidratazione. In seguito, normalizzazione dei valori epatici e della trombocitopenia nell'unico controllo di decorso. Nell'ulteriore decorso miglioramento dell'insufficienza renale cronica al livello della GFR basale. Dimissione a domicilio in buone condizioni generali.

Punteggio SOFA	Respirazione	Coagulazione	Fegato	Cardiovascolare, MAP	Sist. nervoso centrale	Renale
4	0	2	1	0	0	1

DP A41.51 Sepsi da *Escherichia coli*

DS N10 Nefrite tubulo-interstiziale acuta

DS B96.2! *Escherichia coli* come causa di malattie classificate altrove

DS N18.4 Malattia renale cronica, stadio 4

Attenzione: il criterio SOFA del peggioramento acuto dell'insufficienza renale è soddisfatto e vale per il calcolo del punteggio. I criteri AKI non sono tuttavia soddisfatti (condizione per lo stadio 1: aumento della creatinina sierica di almeno il 50% e fino al 100% rispetto al valore iniziale entro 7 giorni. In questo caso si riscontra un aumento del 40%). La progressione dell'insufficienza renale è acuta nel quadro della sepsi, ma è situata nell'intervallo dell'insufficienza renale cronica in stadio 4 (GFR da 15 a 30 ml/min). La disfunzione d'organo viene codificata con il codice per l'insufficienza renale cronica con indicazione dello stadio.

Esempio 3

Paziente di 62 anni con polmonite da *Streptococcus pneumoniae* con/in batteriemia da *Streptococcus pneumoniae*

Polmonite dimostrata radiologicamente a sinistra. Condizioni generali scadute con febbre a 39,1° C ipotensione arteriosa concomitante con pressione arteriosa media di 82 mmHg. Sospetta sepsi e ricovero ospedaliero per terapia antibiotica endovenosa e sostegno cardiovascolare mediante reidratazione. Il giorno successivo esame chimico di laboratorio e riscontro di aumento della bilirubina a 1,3 mg/dl. All'esame microbiologico dimostrazione di *Streptococcus pneumoniae* nell'espettorato e nelle emocolture. Con terapia antibiotica mirata, rapido miglioramento delle condizioni generali e dimissione a domicilio.

Punteggio SOFA	Respirazione	Coagulazione	Fegato	Cardiovascolare, MAP	Sist. nervoso centrale	Renale
1	0	0	1	0	0	0

Il punteggio SOFA è inferiore a 2 e quindi non viene codificata la sepsi. La diagnosi principale è l'infezione. Le diagnosi secondarie vengono codificate secondo la regola di codifica G54g.

DP J13 Polmonite da *Streptococcus pneumoniae*

DS I95.8 Altre forme di ipotensione

DS A49.1 Infezione streptococcica e enterococcica di sede non specificata

DS B95.3! *Streptococcus pneumoniae* come causa di malattie classificate altrove

Esempio 4

Shock settico e ARDS moderata in presenza di infezione da streptococchi di gruppo A

Bambina di 4 anni, arrivo in ambulanza in stato di sonnolenza. Da 4 giorni febbre fino a 39,2° C, da 2 giorni vomito e diarrea. Attualmente peggioramento delle condizioni generali, notevolmente indebolita, non è in grado di stare seduta, sonnolente. Al momento del trasporto: tachipnea, periferia fredda, inizialmente senza ossigeno supplementare saturazione del 60%, con flusso di ossigeno di 12 l/min saturazione del 92%. GCS 11, febbre 39,6° C. Trasferimento in reparto di medicina intensiva per gestione ulteriore dello scompenso respiratorio e della sonnolenza. Dopo iniziale assistenza respiratoria a flusso elevato con 15 l/min e FiO₂ del 100%, per persistenza di tachidispnea grave, passaggio a CPAP. In queste condizioni nessuna stabilizzazione, per cui intubazione in presenza di scompenso respiratorio nel quadro di un'insufficienza cardiorespiratoria (PaO₂/FiO₂ 138 mmHg, insufficienza respiratoria ipossica acuta, ARDS). Per shock settico con necessità di catecolamine, inizio di una terapia d'urto cortisonica e una terapia antibiotica empirica con Cefepime. Nel decorso, sospetto di sindrome da shock tossico con emorragie della mucosa orale e dimostrazione di ascite incamerata, per cui terapia supplementare con clindamicina. Con liquido cefalorachidiano nei limiti di norma si esclude un coinvolgimento meningeo. Dopo buona risposta alla terapia, estubazione il 4° giorno di degenza. Dopo decorso favorevole è stato possibile ridurre gradualmente la terapia steroidea e trasferire la paziente in un reparto di degenza in condizioni generali normali.

Criteri per la disfunzione d'organo secondo Goldstein				
Cardiovascolare Nonostante infusione isotonica di ≥40ml/kg in un'ora	Riduzione della PA (ipotensione arteriosa) < 5 ^a percentile in funzione dell'età o PA sistolica < 2 deviazioni standard inferiore al valore normale in funzione dell'età	OPPURE necessità di terapia vasoattiva per il mantenimento della PA nel range di normalità (adrenalina, noradrenalina o dobutamina in ogni dosaggio; dopamina > 5µg/kg/min)	OPPURE due dei punti seguenti: - acidosi metabolica inspiegata (Base deficit > 5 mmol/l, BE < -5 mmol/l) - aumento del lattato arterioso > 2 volte il valore limite superiore - oliguria: quantità di urina < 0.5ml/kg/h - riempimento capillare ritardato > 5 sec. - differenza di temperatura centrale/periferica > 3°C	
Respiratorio	PaO ₂ /FiO ₂ < 300 mmHg (< 40 kPa) in assenza di cardiopatie cianotiche o malattie polmonari preesistenti	OPPURE PaCO ₂ > 65 mmHg (> 8.7 kPa) o ≥ 20 mmHg (≥ 2.7 kPa) più della PaCO ₂ basale	OPPURE bisogno dimostrato di FiO ₂ > 0.5 per un'ossigenazione ≥ 92% (prova di riduzione FiO ₂)	OPPURE bisogno di ventilazione meccanica non elettiva, invasiva o non-invasiva
Neurologico	Glasgow Coma Scale ≤ 11	OPPURE alterazione acuta dello stato mentale con riduzione dello GCS ≥ 3 punti con basale alterato		
Ematologico	TC < 80'000/mm ³ o riduzione del 50% del valore più elevato misurato entro gli ultimi tre giorni (per pazienti ematologici od oncologici cronici)	OPPURE INR > 2		
Renale	Creatinina sierica ≥ 2 volte il valore limite superiore in funzione dell'età o aumento di ≥ 2 volte del valore basale			
Epatico	Bilirubina totale ≥ 4mg/dl (≥ 68 µmol/l), non utilizzabile nei neonati	OPPURE ALAT due volte più elevata del valore limite superiore in funzione		

- DP A40.0 Sepsì da streptococco, gruppo A
- DS R57.2 Shock settico
- DS A48.3 Sindrome da shock tossico
- DS B99 Altre e non specificate malattie infettive
- DS J80.02 Sindrome da distress respiratorio acuto [ARDS] moderato
- DS J96.00 Insufficienza respiratoria acuta NCA, tipo I [ipossica]
- DS R40.0 Sonnolenza

Esempio 5

Bambina pretermine eutrofica della sdg 25 4/7, peso alla nascita 710 g (percentile 30)

Sindrome dispnoica per deficit di surfattante, displasia broncopolmonare lieve, sindrome da apnea e bradicardia neonatale. Sospetto di infezione neonatale, sospetto di sepsi a insorgenza tardiva il 6° giorno di vita.

Prime cure: bambina cianotica con respirazione spontanea insufficiente, frequenza cardiaca 80/min. Aspirazione orale e inizio della ventilazione con maschera. Rapidamente normocardica, sviluppo di una respirazione spontanea con inspirazioni e gemito espiratorio. Intubazione il 45° minuto di vita. Trasferimento in unità di cure intensive neonatali. FiO₂ massimo 0,25. Con nascita prematura è stato somministrato surfattante per via endotracheale. Grazie alla terapia, miglioramento della situazione respiratoria con riduzione dei parametri della ventilazione. L'estubazione è stata eseguita dopo 17 ore con successiva assistenza respiratoria tramite CPAP. Il 6° giorno di vita, la bambina ha dovuto essere intubata di nuovo per apnea grave nel quadro di una sepsi a insorgenza tardiva. Inizio di una terapia antibiotica con Co-Amoxicillin e Amikacin. Dopo 6 giorni estubazione riuscita. L'emocoltura non ha presentato crescita. La terapia antibiotica è stata somministrata per 7 giorni complessivi. Bisogno di ossigeno aggiuntivo fino al 39° giorno di degenza per displasia broncopolmonare lieve.

Criteri per la disfunzione d'organo secondo Goldstein				
Cardiovascolare	Nonostante infusione isotonica di ≥ 40ml/kg in un'ora	Riduzione della PA (ipotensione arteriosa) < 5 ^a percentile in funzione dell'età o PA sistolica < 2 deviazioni standard inferiore al valore normale in funzione dell'età	OPPURE necessità di terapia vasoattiva per il mantenimento della PA nel range di normalità (adrenalina, noradrenalina o dobutamina in ogni dosaggio; dopamina > 5µg/kg/min)	OPPURE due dei punti seguenti: - acidosi metabolica inspiegata (Base deficit > 5 mmol/l, BE < -5 mmol/l) - aumento del lattato arterioso > 2 volte il valore limite superiore - oliguria: quantità di urina < 0.5ml/kg/h - riempimento capillare ritardato > 5 sec. - differenza di temperatura centrale/periferica > 3°C
Respiratorio		PaO ₂ /FiO ₂ < 300 mmHg (< 40 kPa) in assenza di cardiopatie cianotiche o malattie polmonari preesistenti	OPPURE PaCO ₂ > 65 mmHg (> 8.7 kPa) o ≥ 20 mmHg (≥ 2.7 kPa) più della PaCO ₂ basale	OPPURE bisogno dimostrato di FiO ₂ > 0.5 per un'ossigenazione ≥ 92% (prova di riduzione FiO ₂) OPPURE bisogno di ventilazione meccanica non elettiva, invasiva o non-invasiva
Neurologico		Glasgow Coma Scale ≤ 11	OPPURE alterazione acuta dello stato mentale con riduzione dello GCS ≥ 3 punti con basale alterato	
Ematologico		TC < 80'000/mm ³ o riduzione del 50% del valore più elevato misurato entro gli ultimi tre giorni (per pazienti ematologici od oncologici cronici)	OPPURE INR > 2	
Renale		Creatinina sierica ≥ 2 volte il valore limite superiore in funzione dell'età o aumento di ≥ 2 volte del valore basale		
Epatico		Bilirubina totale ≥ 4mg/dl (≥ 68 µmol/l), non utilizzabile nei neonati	OPPURE ALAT due volte più elevata del valore limite superiore in funzione	

- DP P22.0 *Sindrome di sofferenza [distress] respiratoria(o) neonatale*
- DS P36.9 *Sepsi batterica neonatale non specificata*
- DS P39.8 *Altre infezioni, specificate, specifiche del periodo perinatale*
- DS P28.5 *Insufficienza respiratoria acuta neonatale*
- DS P27.1 *Displasia broncopolmonare che ha origine nel periodo perinatale*
- DS P07.01 *Peso alla nascita da 500 a meno di 750 grammi*
- DS P07.2 *Immaturità estrema*
- DS Z38.0 *Nato singolo, nato in ospedale*

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

- Se una sepsi si manifesta come malattia o disturbo iatrogeno (complicanza) nel corso di una degenza stazionaria, vanno osservate le regole D12/D16.
- Se viene menzionato più di uno stato (ad es. sepsi, infarto miocardico), va applicata la regola G52. Se una sepsi nel corso di una degenza stazionaria non richiede il maggior dispendio di risorse mediche, va codificata come diagnosi secondaria. Ciò vale in particolare anche per il focolaio infettivo, che può richiedere un impiego di risorse mediche più elevato e diventare quindi la DP anche in presenza di una sepsi (ad es. sepsi in caso di fascite necrotizzante con diversi interventi di revisione).
- Caso particolare della batteriemia da meningococco: in questo caso viene codificata una sepsi da meningococco anche se non sono soddisfatte le condizioni di punteggio SOFA (v. regola S0101a).

S0103i SIRS

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

Attenzione: i testi complementari in grigio riguardanti la sepsi nei codici R65.0! e R65.1! contraddicono il nuovo consenso scientifico e non valgono in ambito svizzero. Nel quadro di una sepsi non può più essere formulata la diagnosi R65.1!.

R65.0! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo
Sepsi S.A.I.
Sepsi senza complicanze d'organo
SIRS di origine infettiva S.A.I.

R65.1! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva con insufficienza d'organo
Sepsi con complicanze d'organo
Sepsi severa

R65.2! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine non infettiva senza insufficienza d'organo
SIRS di origine non infettiva S.A.I.

R65.3! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine non infettiva con insufficienza d'organo

R65.9! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica non specificata

Si distingue tra SIRS di origine infettiva e non infettiva.

Va indicato per primo il codice dell'infezione in caso di SIRS di origine infettiva oppure della malattia di base che ha provocato una SIRS di origine non infettiva, seguito dal corrispondente codice della categoria R65.-!.

Per indicare agenti patogeni e relative resistenze vanno utilizzati codici supplementari.

Caso particolare della batteriemia da meningococco: in questo caso viene codificata una sepsi da meningococco anche se non sono soddisfatte le condizioni di punteggio SOFA (la regola S0101a resta valida).

S0104d HIV/AIDS

I codici per l'HIV sono:

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

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

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

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

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

B23.0 Sindrome da infezione acuta da HIV:

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

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

Esempio 1

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

DP	R59.1	Adenomegalia generalizzata
DS	B23.0	Sindrome da infezione acuta da HIV
DS	U60.1!	Categoria clinica A
DS	U61.–!	Numero di cellule T helper nella malattia da HIV

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

Z21 Stato d'infezione asintomatica da HIV:

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

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

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

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

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

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

Come descritto in S1503, è disponibile il codice *098.7* per descrivere una malattia da HIV che complica una gravidanza, un parto o il puerperio.

Nella ICD-10-GM, sotto *098.7*: «Malattie *B20–B24*» bisogna aggiungere *Z21* e stralciare l'esclusione relativa a *Z21* sotto *098.–*.

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

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

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

U60.–! Categorie cliniche nella degenza attuale:

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

U61.–! Categoria di laboratorio nella degenza attuale:

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

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

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

Sequenza e scelta dei codici

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

Esempio 2

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

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

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

Esempio 3

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

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

S0105a Croup vero – pseudocroup – sindrome da croup

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

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

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

S0200 Neoplasie

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

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

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

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

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



1. Ricerca secondo la topografia



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

Esempio 1

Condrosarcoma acromiale.

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

C40.0 Tumore maligno di osso e cartilagine articolare degli arti; scapola e ossa lunghe di arto superiore. Il termine condrosarcoma figura nell'indice alfabetico, ma rinvia alla tavola dei tumori.

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

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

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

D18.08 Emangioma, altre sedi

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

D30.3 Tumore benigno degli organi urinari, vescica

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

Tumori maligni del sistema ematopoietico/linfatico

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

Esempio 2

C91.0– Leucemia linfoblastica acuta

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

C91.01 remissione completa

S0201a Attività tumorale

La regola è cancellata fin da 2014.

S0202e Scelta e ordinamento delle diagnosi

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

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

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

Esempio 1

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

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

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

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

Esempio 2

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

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

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

Esempio 3

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

DP C78.7 Tumore maligno secondario del fegato

DS C19 Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea

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

Esempio 4

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

DP C19 Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea

DS C78.7 Tumore maligno secondario del fegato

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

S0203a Escissione estesa della regione tumorale

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

S0204a Diagnosi di tumore soltanto mediante biopsia

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

S0205e Malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche

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

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

Esempio 1

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

DP 197.2 *Sindrome linfedematosa post-mastectomia*

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

Esempio 2

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

DP D70.1– *Agranulocitosi indotta da farmaci*

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

S0206a Sospetto di tumore o metastasi

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

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

S0207a Controlli

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

Esempio 1

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

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

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

Un «codice d'anamnesi» viene assegnato se si può dedurre che il paziente sia guarito. Quando sia concesso fare quest'affermazione dipende dal tipo di tumore. Siccome si tratta di un riscontro effettuabile solo in via retrospettiva, la distinzione viene fatta tendenzialmente usando un criterio «clinico», sulla base del proseguimento del trattamento del tumore e dopo un determinato lasso di tempo. Nei casi in cui il trattamento del tumore sia definitivamente concluso, si indica un codice della categoria *Z85.– Anamnesi personale di tumore maligno* come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria).

S0208a Recidive

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

Esempio 1

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

DP C50.– Tumore maligno della mammella

DS Z85.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella

S0209a Tumori con attività endocrina

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

Esempio 1

Feocromocitoma maligno che secreta catecolamine.

DP C74.1 Tumore maligno della midollare surrenale

DS E27.5 Iperfunzione della midollare del surrene

S0210e Sedi multiple

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

Esempio 1

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

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

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

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

Esempio 2

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

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

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

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

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

S0211a Lesioni contigue

Le sottocategorie .8:

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

Esempio 1

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

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

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

Esempio 2

Adenocarcinoma che si estende dal sigma al retto.

C19 Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea

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

Esempio 3

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

C53.1 Tumore maligno della cervice uterina, esocervice

S0212a Remissione di malattie maligne immunoproliferative e leucemie

I codici

<i>C88.–</i>	<i>Malattie maligne immunoproliferative</i>
<i>C90.–</i>	<i>Mieloma multiplo e tumori plasmacellulari maligni</i>
<i>C91 – C95</i>	<i>Leucemie</i>

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

<i>0</i>	<i>senza indicazione di remissione completa</i>
<i>1</i>	<i>in remissione completa</i>

Si noterà che:

.x0 Senza indicazione di remissione completa

Senza indicazione di remissione

In remissione parziale

va attribuito:

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

.x1 In remissione completa

va attribuito:

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

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

C95.8! Leucemia refrattaria alla terapia di induzione standard

S0213a Linfangiosi carcinomatosa

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

P.es.: in un paziente con carcinoma prostatico e linfangiosi carcinomatosa della pleura, quest'ultima è codificata con

C78.2 Tumore maligno secondario della pleura

S0214g Linfomi

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

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

Ai linfomi non vanno attribuiti i seguenti codici:

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

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

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

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

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

S0215a Chemioterapia e radioterapia

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

Z51.0 Seduta di radioterapia

Z51.1 Seduta di chemioterapia antineoplastica e

Z51.82 Seduta combinata di chemioterapia e radioterapia antineoplastica

non vanno utilizzati.

S0216b Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio

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

Esempio 1

Amputazione della mammella per anamnesi familiare di carcinoma mammario.

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

Esempio 2

Amputazione della mammella per mastopatia fibrocistica.

DP N60.1 Mastopatia cistica diffusa

Esempio 3

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

DP Z40.00 Interventi chirurgici per profilassi mammella

Esempio 4

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

DP Z40.01 Interventi chirurgici per profilassi ovaio

S0217e Cure palliative

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

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

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

S0400 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche

S0401c Nozioni generali

Diabete mellito: tipi

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

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

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

Categorie E10 – E14

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

S0402a Regole per la codifica del diabete mellito

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

Diagnosi principale di diabete mellito con complicanze

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

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

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

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

DP E10 – E14, con quarto carattere «.6»

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

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

Esempio 1

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

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

CDP N08.3 Disturbi glomerulari in diabete mellito*

Esempio 2

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

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

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

DP E10 – E14, con quarto carattere «.7»

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

Esempio 3

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

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

CDP I79.2* Angiopatia periferica in malattie classificate altrove

DS H36.0* Retinopatia diabetica

DS N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

Esempio 4

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

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

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

DP E10 – E14, con quarto carattere corrispondente alla manifestazione

CDP seguito dal relativo codice per questa manifestazione

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

Esempio 5

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

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

CDP I79.2* Angiopatia periferica in malattie classificate altrove

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

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

DS H36.0* Retinopatia diabetica

TP 39.25.-- Bypass aorto-iliaco-femorale

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

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

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

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

Diabete mellito come diagnosi secondaria

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

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

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

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

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

Esempio 6

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

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

Esempio 7

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

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

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

S0403a Complicanze specifiche del diabete mellito

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

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

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

Esempio 1

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

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

CDP N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

Esempio 2

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

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

CDP N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

DS N18.5 Malattia renale cronica, stadio 5

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

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

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

Retinopatia diabetica:

E10† – E14† con quarto carattere «.3» Diabete mellito con complicanze oculari

H36.0* Retinopatia diabetica

Retinopatia diabetica con edema della retina va codificata come segue:

E10† – E14† con quarto carattere «.3» Diabete mellito con complicanze oculari

H36.0* Retinopatia diabetica

H35.8 Altri disturbi retinici in malattie classificate altrove

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

H54.– Cecità e ipovisione.

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

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

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

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

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

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

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

Mononeuropatia diabetica:

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

Amiotrofia diabetica:

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

Polineuropatia diabetica:

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

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

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

Diabete mellito con angiopatia periferica:

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

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

La diagnosi «Piede diabetico» va codificata con:

E10 – E14 con quarto e quinto carattere:

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

o

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

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

*G63.2** *Polineuropatia diabetica*

*I79.2** *Angiopatia periferica in malattie classificate altrove*

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

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

Esempio 3

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

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

CDP G63.2 Polineuropatia diabetica*

DS I79.2 Angiopatia periferica in malattie classificate altrove*

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

L 1

DS A46 Erisipela

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

S0404a Sindrome metabolica

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

S0405a Disturbi della secrezione interna del pancreas

I codici

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

non vanno utilizzati come diagnosi principale nei diabetici.

S0406a Fibrosi cistica

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

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

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

Esempio 1

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

- | | | |
|-----------|--------------|---|
| <i>DP</i> | <i>E84.0</i> | <i>Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari</i> |
| <i>DS</i> | <i>J20.1</i> | <i>Bronchite acuta da Haemophilus influenzae</i> |

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

- E84.1 Fibrosi cistica con manifestazioni intestinali*

e, in aggiunta, come diagnosi secondaria

- E84.0 Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari*

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

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

S0407e Malnutrizione negli adulti

Per la definizione degli stadi si rimanda all'allegato.

Codifica:

- La diagnosi deve essere posta dal medico curante.
- Può essere codificata una malnutrizione ICD-10-GM *E43 Grave malnutrizione proteico-energetica non specificata*, se è stata effettuata **una** delle seguenti procedure:
 - *89.0A.4- Terapia dietetica multimodale, secondo il numero di giorni di trattamento*
- **oppure**
 - *89.0A.32 Consulenza e terapia dietetica*
- Può essere codificata una malnutrizione ICD-10-GM *E44.- Malnutrizione proteico-energetica di grado moderato e lieve*, se è stata effettuata **almeno una** delle seguenti procedure:
 - *89.0A.32 Consulenza e terapia dietetica*
 - *89.0A.4- Terapia dietetica multimodale, secondo il numero di giorni di trattamento*
 - *96.6 Infusione enterale di sostanze nutrizionali concentrate (almeno 5 giorni di trattamento)*
 - *99.15 Infusione parenterale di sostanze nutrizionali concentrate (almeno 5 giorni di trattamento)*

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

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

S0408e Malnutrizione nei bambini

Per la definizione degli stadi si rimanda all'allegato.

Codifica:

- La diagnosi deve essere posta dal medico curante.
- Può essere codificata una malnutrizione ICD-10-GM *E43 Grave malnutrizione proteico-energetica non specificata*, se è stata effettuata **una** delle seguenti procedure:
 - *89.0A.4- Terapia dietetica multimodale, secondo il numero di giorni di trattamento*
- **oppure**
 - *89.0A.32 Consulenza e terapia dietetica*
- Può essere codificata una malnutrizione ICD-10-GM *E44.- Malnutrizione proteico-energetica di grado moderato e lieve*, se è stata effettuata **almeno una** delle seguenti procedure:
 - *89.0A.32 Consulenza e terapia dietetica*
 - *89.0A.4- Terapia dietetica multimodale, secondo il numero di giorni di trattamento*
 - *96.6 Infusione enterale di sostanze nutrizionali concentrate (almeno 5 giorni di trattamento)*
 - *99.15 Infusione parenterale di sostanze nutrizionali concentrate (almeno 5 giorni di trattamento)*

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

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

S0500 Disturbi psichici e comportamentali

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

Intossicazione acuta accidentale

Vedi capitolo S1900.

Uso dannoso

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

Esempio 3

Paziente con esofagite dovuta all'uso di alcol.

DP K20 Esofagite

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

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

S0600 Malattie del sistema nervoso

S0601a Colpo apoplettico acuto

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

Esempio 1

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

DP I63.5 Infarto cerebrale da occlusione o stenosi non specificata delle arterie cerebrali

L 2

DS G81.0 Emiplegia flaccida

L 1

DS R47.0 Afasia

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

S0602c Colpo apoplettico «pregresso»

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

Esempio 1

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

DP J13 Polmonite da Streptococcus pneumoniae

DS G81.1 Emiplegia spastica

L 2

DS I69.4 Sequele di ictus, senza specificazione se da emorragia o da infarto

Disturbi funzionali

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

S0603a Paraplegia e tetraplegia non traumatica

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

Fase iniziale (acuta) della paraplegia/tetraplegia non traumatica

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

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

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

G04.9 Encefalite, mielite ed encefalomielite non precisate

e un codice da

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

S0604i Disturbi dello stato di coscienza*Perdita di coscienza*

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

R40.0 *Sonnolenza*

R40.1 *Stupor*

R40.2 *Coma non specificato*

Disturbi severi dello stato di coscienza

Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS), precedente denominazione Vegetative State (VS) e Minimally Conscious State (MCS)

L'Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS) è definita come uno stato di impossibilità di interagire con l'ambiente, ossia l'assenza di risposte coerenti e reazioni coscienti a stimoli ottici, acustici, tattili e dolorosi e senza coscienza di sé o dell'ambiente.

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

L'esatta classificazione e attribuzione avviene attraverso la CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) e consta nel risultato delle valutazioni effettuate nelle sei subscale del CRS-R: CRS uditiva – CRS visiva – CRS motoria – CRS oromotoria – CRS di comunicazione – CRS di risveglio. Questa valutazione non è applicabile in modo attendibile per i pazienti di meno di 12 anni. Fino al raggiungimento di questa età vale la diagnosi formulata dal medico senza riferimento alla CRS-R.

Suddivisione in stadi dei disturbi severi dello stato di coscienza

Punteggio subscale CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State minus (MCS-)	Minimally Conscious State plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
Facoltà uditive	≤ 2 e	≤ 2 e	3 – 4	
Facoltà visive	≤ 1 e	2 – 5 o	4 – 5	
Facoltà motorie	≤ 2 e	3 – 5 o	3 – 5	= 6 e
Facoltà oromotorie	≤ 2 e	≤ 2 o	3	
Facoltà comunicative	= 0	= 0 e	1 – 2	= 2
Risveglio	1 – 2	1 – 2	1 – 3	

Ovvero:

- Si è in presenza di un'Unresponsive Wakefulnesssyndrom (UWS) se sono soddisfatte tutte le condizioni per un UWS.
- Si è in presenza di uno Minimally Conscious State minus (MCS-) se un'unica subscale soddisfa i criteri previsti dall'MCS- (ossia localizzazione di stimoli dolorosi, capacità di seguire visivamente oppure riso o pianto adeguato alla situazione) e i restanti valori corrispondono allo stadio UWS.
- Si è in presenza di un Minimally Conscious State plus (MCS+) se la subscale «uditiva» raggiunge il valore 3 (risposta a comando), oppure la subscale «oromotoria» raggiunge il valore 3 (produzione verbale comprensibile), oppure la subscale «comunicazione» raggiunge il valore 1–2 (comunicazione intenzionale o funzionale).
- Si ha un Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) se la subscale «motoria» e la subscale «comunicazione » raggiungono il valore massimo. Per attribuire uno stadio Emerge devono essere svolte due valutazioni nell'arco di una settimana.

La suddivisione in stadi può avvenire solo se sono trascorse 24 ore dall'interruzione della sedazione continuativa presso l'unità di cure intensive e alla condizione che non ci siano fattori di origine medicamentosa che possono aver contribuito a causare lo stato (eventualmente con documentazione di analisi del sangue). Una sedazione temporanea, ad es. per cure al paziente o in caso di stato di agitazione, non rappresenta una controindicazione per una valutazione. Lo stadio deve sussistere almeno una settimana o evolversi in un altro stadio dei disturbi dello stato di coscienza. È necessaria una seconda valutazione la settimana successiva (ad almeno 2-3 giorni di distanza) per confermare la diagnosi di disturbi dello stato di coscienza.

Un disturbo di coscienza viene codificato con G93.80 Sindrome apallica:

- in presenza di un disturbo severo dello stato di coscienza di stadio Vegetative State (VS, sinonimo di Unresponsive Wakefulness Syndrome, UWS) o Minimally Conscious State, secondo le definizioni riportate più sopra.

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

Bibliografia: Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 85(12), 2020-2029.

Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. *Brain injury*, 28(9), 1141-1150.

Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhaudenhuyse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,... & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). *Brain injury*, 22 (10), 786-792.

Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., ...& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91 (12), 1795-1813.

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

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

Il codice

Z45.80 Adattamento e manutenzione di neurostimolatore

non viene utilizzato.

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

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

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

Z45.80 Adattamento e manutenzione di neurostimolatore

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

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

S0607h Codifica degli stadi del morbo di Parkinson (G20.-)

Per codificare in maniera uniforme gli stadi del morbo di Parkinson, senza che si abbiano effetti negativi sui pazienti, si deve determinare e codificare lo stadio attuale della malattia in fase di trattamento (ON).

S0700 Malattie dell'occhio e degli annessi oculari

S0701a Insuccesso o rigetto di un trapianto di cornea

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

T86.83 Insuccesso e rigetto di trapianto di cornea.

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

H16.– Cheratite

H18.– Altri disturbi della cornea

H20.– Iridociclite

H44.0 Endoftalmite purulenta

H44.1 Altra endoftalmite

Z96.1 Presenza di lente intraoculare

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

S0800 Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide

S0801a Ipoacusia e sordità

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

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

e

H91.– Altra perdita uditiva

Nelle seguenti situazioni sono codificate come diagnosi principali:

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

S0802d Adattamento e manutenzione di apparecchio acustico

In questo caso occorre codificare solo

Z45.3 Adattamento e manutenzione di apparecchio acustico

assieme ai codici delle procedure corrispondenti.

S0900 Malattie del sistema circolatorio

S0901a Ipertensione e malattie in caso di ipertensione

Cardiopatía ipertensiva (I11.–)

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

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

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

Malattia renale ipertensiva (I12.–)

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

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

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

Malattia ipertensiva cardiaca e renale (I13.–)

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

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

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

S0902e Cardiopatia ischemica*Angina pectoris (I20.–)*

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

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

Sindrome coronarica acuta (acute coronary syndrom ACS)

Questo termine comprende le fasi della cardiopatia coronarica che possono minacciare direttamente la vita. Le affezioni vanno dall'angina pectoris instabile all'infarto miocardico acuto, fino alla morte cardiaca improvvisa. Non si tratta affatto di malattie diverse, bensì di stadi della cardiopatia coronarica che evolvono l'uno nell'altro. Poiché queste malattie hanno confini poco definiti, i pazienti con dolori toracici e sospetto di una sindrome coronarica acuta sono suddivisi in categorie in base all'ECG e ai marker biochimici cardiaci (troponina):

Diagnosi	ICD-10-GM	Laboratorio / ECG
Angina pectoris instabile	<i>I20.0 instabile Angina pectoris</i>	Troponina neg; ECG: nessun supraslivellamento ST
NSTEMI (Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) o Sindrome coronarica acuta troponina-positiva Acute Coronary Syndrom(ACS)	<i>I21.4 Infarto miocardico acuto subendocardico</i>	Troponina pos; ECG: nessun supraslivellamento ST
STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction)	<i>I21.0 – 3 Infarto miocardico acuto transmurale (secondo la sede)</i>	Troponina pos; ECG pos. (supraslivellamento ST)
ACS n.n.b (Acute Coronary Syndrom)	<i>I24.9 Cardiopatia ischemica acuta non specificata</i>	Nessuna indicazione

Nota bene: l'angina pectoris stabile (*I20.1 – I20.9*) non fa parte della sindrome coronarica acuta (ACS).

Infarto miocardico acuto

Un infarto miocardico definito acuto o risalente a non più di 4 settimane fa (28 giorni) va indicato con un codice della categoria *I21.– Infarto miocardico acuto*.

In questo caso, i codici della categoria *I21.– Infarto miocardico acuto* vanno impiegati sia per il trattamento iniziale di un infarto nel primo ospedale che ricovera il paziente infartuato, sia nelle altre strutture in cui il paziente è ricoverato o trasferito entro quattro settimane (28 giorni) dall'infarto.

Reinfarto – infarto miocardico recidivante

Se entro 28 giorni dopo il primo infarto cardiaco il paziente manifesta un secondo infarto, tale infarto va indicato con un codice della categoria *I22.– Infarto miocardico recidivante*.

Infarto miocardico pregresso

I25.2– *Infarto miocardico pregresso* codifica una **diagnosi anamnestica**, non è compresa tra i codice Z «esiti di» del capitolo XXI. Essa va codificata additionally nel caso in cui sia importante per il trattamento attuale (vedi anche D05).

Cardiopatía ischemica trattata in precedenza con terapie chirurgiche o interventistiche

Se durante la degenza ospedaliera attuale viene trattata una cardiopatía ischemica già trattata in precedenza con terapie chirurgiche o interventistiche, bisogna procedere nel seguente modo:

Qualora i bypass/stent preesistenti siano pervi e sia eseguito un nuovo intervento per trattare altri segmenti vascolari, vanno utilizzati i codici

I25.11 *Cardiopatía aterosclerotica: Malattia di un vaso*

I25.12 *Cardiopatía aterosclerotica: Malattia di due vasi*

I25.13 *Cardiopatía aterosclerotica: Malattia di tre vasi*

o

I25.14 *Cardiopatía aterosclerotica: Stenosi del tronco comune sinistro e uno dei due*

Z95.1 *Portatore di bypass aortocoronarico*

o

Z95.5 *Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica.*

I codici

I25.15 *Cardiopatía aterosclerotica con stenosi di bypass*

I25.16 *Cardiopatía aterosclerotica con stent stenotico*

vanno utilizzati **solo** quando il bypass/stent stesso è coinvolto.

In questo caso **non** va indicata come diagnosi secondaria

Z95.1 *Portatore di bypass aortocoronarico*

Z95.5 *Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica.*

Esempio 1

Un paziente è stato ricoverato per un'angina instabile sviluppatasi tre anni dopo un intervento di bypass. L'angiografia ha mostrato una stenosi all'interno del bypass venoso.

DP I25.15 *Cardiopatía aterosclerotica con stenosi di bypass*

La condizione per l'attribuzione del codice

Z95.1 *Portatore di bypass aortocoronarico*

o

Z95.5 *Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica*

è, oltre alla presenza di informazioni anamnestiche sul precedente intervento di bypass coronarico o di angioplastica coronarica, il fatto che questi dati siano importanti per l'attuale trattamento ospedaliero (vedi definizione di diagnosi secondaria G54).

S0903i Trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico

Di primaria importanza per la codifica di occlusioni di stent o bypass è sapere se si tratta di occlusioni **CON o SENZA** infarto miocardico. Nell'occlusione **senza** infarto miocardico si distingue tra trombosi coronarica e occlusione cronica. Se la trombosi è soggetta a un trattamento locale specifico, essa va codificata additionally come complicanza dell'impianto vascolare.

Regole di codifica per la trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico

- Ogni occlusione di stent o bypass coronarico e **conseguente infarto miocardico** va codificata primariamente con *I21. – Infarto miocardico acuto*. Ciò vale sia per la trombosi acuta (dello stent), sia per l'occlusione in seguito a progressione della malattia di base. Il codice *T82.8 Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari* viene indicato additionally solo se la trombosi è sottoposta a trattamento specifico locale, p. es. a *36.04 Infusione trombolitica intracoronarica*. In caso di nuova PTCA isolata con o senza posa di stent o di nuovo intervento di bypass non va utilizzato il codice *T82.8*, bensì *Z95.1 Portatore di bypass aortocoronarico*.
- In presenza di occlusione di stent o bypass **senza infarto miocardico**, si distingue in base all'eziologia:
 - una trombosi va codificata primariamente con *I24.0 Trombosi coronarica non esitante in infarto miocardico*. Il codice *T82.8 Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari* viene indicato additionally solo se la trombosi è sottoposta a trattamento specifico locale, p. es. a *36.04 Infusione trombolitica intracoronarica*. In caso di nuova PTCA isolata con o senza posa di stent o di nuovo intervento di bypass non va utilizzato il codice *T82.8*, bensì *Z95.1 Portatore di bypass aortocoronarico*.
 - Un'occlusione causata da proliferazione intimale (es. progressione della malattia aterosclerotica di base) viene codificata primariamente con:
 - I25.15 Cardiopatia aterosclerotica con stenosi di bypass,o*
 - I25.16 Cardiopatia aterosclerotica con stent stenotico*.
 In questo caso non vanno indicati *Z95.1* o *Z95.5* come diagnosi secondarie.

Esempio 1

Paziente con infarto miocardico acuto su occlusione trombotica di uno stent impiantato 2 mesi prima. Come terapia si procede all'impianto di un nuovo stent BMS.

DP	I21.–	Infarto miocardico acuto
DS	Z95.5	Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica
TP	00.66.2-	Angioplastica coronarica [PTCA], in relazione al tipo di palloncino
TS	00.40	Intervento su un vaso
TS	36.08.11	Impianto percutaneo transluminale di stents senza liberazione di sostanza medicamentosa, in arteria coronaria
TS	39.C1.11	1 stent impiantato

Esempio 2

Paziente con infarto miocardico acuto su occlusione trombotica di uno stent impiantato 2 mesi prima. Come terapia si procede all'impianto di un nuovo stent BMS, inoltre nella stessa seduta viene trattata la trombosi dello stent p. es. mediante infusione intracoronarica.

DP	I21.-	Infarto miocardico acuto
DS	T82.8	Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari
DS	Y82.8!	Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici
TP	00.66.2-	Angioplastica coronarica [PTCA], in relazione al tipo di palloncino
TS	00.40	Intervento su un vaso
TS	36.08.11	Impianto percutaneo transluminale di stents senza liberazione di sostanza medicamentosa, in arteria coronaria
TS	39.C1.11	1 stent impiantato
TS	36.04	Infusione trombolitica intracoronarica

Esempio 3

Paziente con cardiopatia coronarica cronica. La coronarografia evidenzia un'occlusione del bypass LIMA. Terapia conservativa, si pianifica un reintervento.

DP	I25.15	Cardiopatia aterosclerotica con stenosi di bypass
TP	88.5-	Angiocardiografia con mezzo di contrasto
TS	37.21-37.23	Cateterismo cardiaco

Esempio 4

Paziente con occlusione trombotica di stent. Si riesce a riaprire lo stent mediante trombolisi locale, non si sviluppa un infarto miocardico.

DP	I24.0	Trombosi coronarica non esitante in infarto miocardico
DS	T82.8	Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari
DS	Y82.8!	Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici
TP	00.66.--	Angioplastica coronarica (PTCA)
TS	00.40	Intervento su un vaso
TS	36.04	Infusione trombolitica intracoronarica

S0904d Cardiopatie valvolari

Nelle cardiopatie valvolari si distinguono:

- malattia congenita (va codificata con un codice «Q»);
- malattia acquisita, di origine reumatica;
- cardiopatia valvolare acquisita, di origine non reumatica o non specificata.

Nella classificazione delle affezioni delle valvole cardiache, la ICD-10-GM tiene conto di distribuzioni di frequenza che non sono propriamente caratteristiche della Svizzera. Questa situazione può essere illustrata prendendo in considerazione i difetti mitralici. Un'insufficienza mitralica di origine non specificata è indicata con un codice della categoria *I34 Disturbi non reumatici della valvola mitralica*, mentre una stenosi non altrimenti specificata è codificata con un codice della categoria *I05 Malattie reumatiche della valvola mitralica*. Discostandosi dalla classificazione della ICD-10-GM (vedi sopra), in Svizzera le affezioni delle valvole cardiache con causa non specificata sono indicate mediante i codici delle categorie da *I34* a *I37* (vedi tabella).

		Definito come non reumatico	Definito come reumatico	Non specificato
Valvola mitralica	Insufficienza	<i>I34.0</i>	<i>I05.1</i>	<i>I34.0</i>
	Stenosi	<i>I34.2</i>	<i>I05.0</i>	<i>I34.2</i>
	Stenosi con insufficienza	<i>I34.80</i>	<i>I05.2</i>	<i>I34.80</i>
Valvola aortica	Insufficienza	<i>I35.1</i>	<i>I06.1</i>	<i>I35.1</i>
	Stenosi	<i>I35.0</i>	<i>I06.0</i>	<i>I35.0</i>
	Stenosi con insufficienza	<i>I35.2</i>	<i>I06.2</i>	<i>I35.2</i>
Valvola tricuspide	Insufficienza	<i>I36.1</i>	<i>I07.1</i>	<i>I36.1</i>
	Stenosi	<i>I36.0</i>	<i>I07.0</i>	<i>I36.0</i>
	Stenosi con insufficienza	<i>I36.2</i>	<i>I07.2</i>	<i>I36.2</i>
Valvola polmonare	Insufficienza	<i>I37.0</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.0</i>
	Stenosi	<i>I37.1</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.1</i>
	Stenosi con insufficienza	<i>I37.2</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.2</i>

Affezione di diverse valvole cardiache

In caso di affezioni che interessano diverse valvole cardiache, occorre codificare nel modo più specifico possibile secondo la tabella di cui sopra, negli altri casi vanno utilizzati i corrispondenti codici della categoria *I08 Malattie valvolari multiple*.

S0905a Pacemaker/defibrillatori

Nota: le affermazioni fatte per i pacemaker valgono analogamente anche per i defibrillatori.

A un paziente con pacemaker / defibrillatore si deve attribuire il codice *Z95.0 Portatore di dispositivo elettronico cardiaco*.

Pacemaker permanente

Qualora **si rimuova un pacemaker temporaneo e s'impianti un pacemaker permanente**, il pacemaker permanente va codificato come primo impianto e non come sostituzione.

Il **controllo** del pacemaker viene eseguito di routine durante il ricovero ospedaliero per impianto di pacemaker e pertanto in questo momento non va indicato un codice procedurale particolare. Un controllo in un altro momento (non in associazione con un impianto durante lo stesso ricovero) va indicato con i codici *89.45–89.49 Controllo di un pacemaker*.

Ricovero ospedaliero per il cambio di un aggregato (= cambio della batteria/del generatore d'impulsi) di un pacemaker/defibrillatore

Va indicato solo il codice

Z45.0– Adattamento e manutenzione di dispositivo (elettronico) cardiaco
insieme agli appropriati codici di procedura.

Complicanze del pacemaker/defibrillatore

Le complicanze del pacemaker / defibrillatore vanno codificate con uno dei seguenti codici:

T82.1 Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco

Questo codice contiene il disturbo funzionale del pacemaker e degli elettrodi.

T82.7 Infezione e reazione infiammatoria da altri dispositivi, impianti ed innesti cardiaci e vascolari

T82.8 Altre complicanze di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari

S0906a Esami di controllo successivi a trapianto cardiaco

Negli esami di controllo successivi a trapianto cardiaco si deve indicare come diagnosi principale il codice

Z09.80 Visita medica di controllo dopo trapianto d'organo

e come diagnosi secondaria il codice

Z94.1 Presenza di trapianto cardiaco.

S0907a Edema polmonare acuto

Un edema polmonare acuto va codificato in base alla causa primaria, p. es. il frequentissimo edema polmonare cardiaco acuto con *I50.14 Insufficienza ventricolare sinistra con disturbi a riposo*.

Vedi anche le istruzioni e le esclusioni riguardanti il codice *J81 Edema polmonare acuto* nella ICD-10-GM.

S0908i Arresto cardiaco

L'arresto cardiaco o l'arresto cardiorespiratorio (*I46. - arresto cardiaco*) vanno codificati **solo** se sono stati praticati interventi di rianimazione al momento dell'ingresso del paziente o durante la degenza stazionaria, indipendentemente dai risultati. L'arresto cardiaco **non** va indicato come diagnosi principale, qualora sia nota la causa primaria.

Il codice U69.13! Arresto cardiocircolatorio precedente l'ammissione in ospedale va indicato in aggiunta al codice *I46.* - se l'arresto cardiaco si è verificato fuori dall'ospedale nelle 24 ore precedenti il trattamento stazionario.

Qualora si pratici una rianimazione in caso di arresto cardiaco, va indicato in aggiunta anche il codice CHOP per la rianimazione.

Nota bene: Un arresto cardiocircolatorio con causa incerta e rianimazione effettuata a domicilio non va codificato se non vi sono costi inerenti tale arresto dopo l'ammissione in ospedale.

S0909c Revisioni o reinterventi su cuore e pericardio

La regola è stata cancellata, vedi regola P08 per le codifiche di revisioni e reinterventi.

S1000 Malattie del sistema respiratorio

S1001i Ventilazione meccanica

Definizione

La ventilazione meccanica o artificiale, o respirazione assistita, è una tecnica in cui i gas sono spinti nei polmoni da un dispositivo meccanico. La respirazione viene sostenuta potenziando o sostituendo la capacità respiratoria propria del paziente. In genere, nella ventilazione artificiale il paziente è intubato o tracheotomizzato e viene ventilato in modo continuo. Nei pazienti sottoposti a cure intensive*, la ventilazione meccanica può avvenire anche attraverso sistemi a maschera, che sostituiscono l'intubazione o la tracheotomia comunemente usate. CPAP è una misura di sostegno della respirazione e non una forma di ventilazione meccanica.

* Le cure intensive devono essere documentate in modo da poterle ricostruire (sorveglianza, protocolli di ventilazione, ecc.) e richiedono un'adeguata infrastruttura e dotazione di personale. Deve trattarsi di unità di cure intensive riconosciute (le unità di cure intermedie e le sale di risveglio sono escluse). I pazienti che non richiedono cure intensive (es. già ventilati meccanicamente a domicilio e ora ammessi per una chemioterapia pianificata) non fanno parte di questo gruppo.

Codifica

Se una ventilazione meccanica soddisfa la definizione riportata sopra, si deve registrare:

- la **durata in ore** della ventilazione meccanica. Allo scopo è stato creato un campo separato specifico nel record della statistica medica, la variabile 4.4.V01.
- il seguente codice
 - 93.9B *Procedure per assicurare la pervietà delle vie aeree per la respirazione assistita (Inserzione di tubo endotracheale)*
e/o il codice appropriato tra
 - 31.1 *Tracheostomia temporanea*
o
 - 31.29 *Altra tracheostomia permanente*
 se per eseguire la ventilazione artificiale è stata confezionata una tracheostomia/tubo;
- nei **neonati e lattanti** va indicato il codice
 - 93.9F.11 *Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua (CPAP) di neonati e lattanti*
Per questo codice va rilevata la durata della ventilazione. Per i neonati e i lattanti, per durata della ventilazione s'intende sia la durata della ventilazione invasiva sia quella della ventilazione non invasiva come pure la durata del sostegno della respirazione con pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP). Ciò vale sia per l'unità di cure intensive neonatologiche sia per quella di cure intermedie neonatologiche.

Nota: L'applicazione di una High-Flow cannula nasale nei neonati va codificata con 93.9F.12 *Assistenza respiratoria mediante cannule nasali ad alto flusso (sistema HFNC) di neonati e lattanti*, presa in conto la «Nota» sotto il codice. In questi casi la durata del sostegno della respirazione non va codificata come ore di ventilazione.

- **Nel caso particolare di pazienti con ventilazione meccanica a domicilio attraverso tracheostomia**, bisogna procedere in modo **analogo alla regola** per i pazienti in cure intensive che ricevono una ventilazione meccanica tramite sistemi a maschera. Ciò significa che vanno registrati i tempi di ventilazione, se si tratta di un «paziente con assistenza medica intensiva» (cure intensive riconosciute).

Calcolo della durata della ventilazione

I tempi di ventilazione meccanica sono calcolati in ogni unità di cure intensive in base alle seguenti regole: il tempo di ventilazione si calcola moltiplicando il numero di turni di cura con ventilazione (almeno 2 ore di ventilazione per turno nel caso di 3 turni di 8 ore al giorno; almeno 3 ore nel caso di 2 turni di 12 ore al giorno) per la durata dei turni (così le ore di ventilazione sono sempre multipli di 8 o di 12).

Se la ventilazione meccanica è assicurata dal team dell'unità di cure intensive (medici e infermieri) durante il trasporto e gli esami fuori dall'unità di cure intensive, questo tempo viene sommato al totale di ore di ventilazione meccanica nell'unità di cure intensive. Per contro, una ventilazione meccanica avviata per eseguire un intervento chirurgico o durante lo stesso non viene contata nel totale di ore di respirazione assistita. Ciò significa che la ventilazione meccanica eseguita nel quadro di un'anestesia operatoria è considerata parte integrante dell'intervento chirurgico e non appartiene alla terapia intensiva.

In caso di uno o più periodi di ventilazione artificiale durante una degenza ospedaliera, il totale di ore di ventilazione meccanica va calcolato secondo le regole sopra esposte.

Inizio della durata della ventilazione

La durata della ventilazione meccanica si calcola a partire da uno dei seguenti eventi:

- **Intubazione endotracheale**

Per i pazienti intubati per ricevere una ventilazione meccanica, il calcolo della durata inizia dal collegamento al dispositivo di respirazione assistita.

Talvolta la cannula endotracheale deve essere sostituita a causa di problemi meccanici. La fase di rimozione e sostituzione immediata della cannula va considerata in questo caso parte della durata della respirazione assistita; il calcolo della durata non viene interrotto.

Per i pazienti che iniziano una ventilazione meccanica con un'intubazione endotracheale e in seguito sono sottoposti a tracheotomia, il calcolo della durata inizia dall'intubazione, cui si somma la durata della respirazione assistita mediante tracheostomia.

- **Ventilazione con maschera**

Il calcolo della durata comincia dal momento in cui viene azionata la ventilazione meccanica.

- **Tracheotomia**

Il tempo di ventilazione durante la tracheotomia fa parte del tempo totale di respirazione assistita se la tracheotomia viene effettuata nell'unità di cure intensive.

Se la tracheotomia è eseguita in sala operatoria senza che il paziente fosse precedentemente ventilato nell'unità di cure intensive, e se la ventilazione prosegue nell'unità di cure intensive dopo l'intervento, la durata della ventilazione va calcolata a partire dall'ingresso nell'unità di cure intensive.

- **Ammissione di un paziente con ventilazione meccanica**

Per i pazienti che sono già ventilati artificialmente al momento dell'ammissione, la durata si calcola dal momento dell'ammissione (v. anche «Pazienti trasferiti», più avanti).

- **Ammissione di un paziente con ventilazione meccanica postoperatoria**

Per questi pazienti la durata si calcola dall'entrata nell'unità di cure intensive.

Fine della durata della ventilazione

Il calcolo della durata della ventilazione meccanica termina con uno dei seguenti eventi:

- **Estubazione**
- **Fine della respirazione assistita** dopo il periodo di svezzamento.

Nota: per i pazienti con tracheostomia/intubazioni (dopo il periodo di svezzamento) vale: nei pazienti ventilati la cannula tracheale viene lasciata in sede per alcuni giorni (o anche di più, per esempio nelle malattie neuromuscolari/coma) dopo la conclusione della ventilazione meccanica. In questo caso la durata della respirazione assistita viene calcolata fino al momento in cui cessa la ventilazione meccanica.

- **Dimissione, decesso o trasferimento** del paziente che riceve una ventilazione artificiale (v. anche «Pazienti trasferiti», più avanti).

Svezzamento all'interno dell'unità di cure intensive

Il **metodo di svezzamento** dalla respirazione artificiale **non va codificato**.

La **durata dello svezzamento** viene interamente sommata (compresi gli intervalli senza ventilazione durante lo svezzamento) alla durata della ventilazione meccanica (in base alla regola dei turni) di un paziente. Possono verificarsi vari tentativi di svezzamento di un paziente dal respiratore.

La **fine dello svezzamento** può essere stabilita solo retrospettivamente dopo che si è instaurata una situazione respiratoria stabile. Situazione respiratoria stabile significa che il paziente respira del tutto spontaneamente senza assistenza meccanica per un periodo prolungato.

Tale periodo viene definito come segue:

- per pazienti ventilati (compreso svezzamento) **fino a 7 giorni: 24 ore**
- per pazienti ventilati (compreso svezzamento) **più di 7 giorni: 36 ore**.

Per il calcolo della durata della respirazione assistita, lo svezzamento è considerato finito al termine dell'ultima assistenza meccanica della respirazione.

Lo svezzamento dal respiratore comprende anche l'assistenza meccanica della respirazione mediante fasi intermittenti di ventilazione assistita non invasiva o di sostegno respiratorio, p. es. con maschera CPAP/ASB o maschera CPAP, alternati con respirazione spontanea senza assistenza meccanica. L'insufflazione o l'inalazione di ossigeno attraverso sistemi a maschera o sonde, invece, non fa parte dello svezzamento.

Nel caso particolare di uno svezzamento caratterizzato da fasi intermittenti di assistenza meccanica della respirazione mediante maschera CPAP alternate a respirazione spontanea, è possibile sommarlo al totale delle ore di ventilazione, solo se la respirazione spontanea del paziente è assistita quotidianamente da maschera CPAP nel complesso per almeno 2 ore per turno di 8 ore o per almeno 3 ore per turno di 12 ore.

Il calcolo della durata della ventilazione in questo caso termina dopo l'ultima fase in cui la respirazione del paziente è stata assistita da maschera CPAP nel complesso per almeno 2 ore per turno di 8 ore, oppure per almeno 3 ore per turno di 12 ore.

Pazienti trasferiti

In caso di trasferimento di un paziente **ventilato** valgono le seguenti regole di base:

L'ospedale inviante registra la durata della ventilazione eseguita in sede e attribuisce i codici appropriati:

- per l'intubazione (93.9B *Procedure per assicurare la pervietà delle vie aeree per la respirazione assistita (Inserzione di tubo endotracheale)*)
- per la tracheostomia (31.1 *Tracheostomia temporanea* o 31.29 *Altra tracheostomia permanente*)
- per la ventilazione meccanica di neonati e lattanti (93.9F.11 *Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua (CPAP) di neonati e lattanti*)

se queste misure sono eseguite dalla struttura che invia il paziente.

L'ospedale ricevente registra la durata della ventilazione meccanica eseguita in sede, aggiungendo un codice (93.9F.11 *Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua (CPAP) di neonati e lattanti*) per i neonati. Non viene indicato un codice per l'intubazione o la tracheostomia, perché questa manovra è già stata eseguita dall'ospedale inviante.

In caso di trasferimento di un paziente intubato o tracheotomizzato **senza ventilazione meccanica**, l'ospedale inviante codifica l'intubazione (93.9B *Procedure per assicurare la pervietà delle vie aeree per la respirazione assistita (Inserzione di tubo endotracheale)*) o la tracheostomia (31.1 *Tracheostomia temporanea* o 31.29 *Altra tracheostomia permanente*). L'ospedale ricevente non codifica queste procedure, già eseguite.

Intubazione senza ventilazione meccanica

Un'intubazione può essere eseguita, anche se non è richiesta una ventilazione meccanica, p. es. se è necessario tenere aperte le vie respiratorie. I bambini possono essere intubati per asma, croup o epilessia, mentre gli adulti per ustioni o gravi traumatismi.

In questi casi, l'intubazione va codificata con 93.9B *Procedure per assicurare la pervietà delle vie aeree per la respirazione assistita (Inserzione di tubo endotracheale)*.

Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)

Il codice 93.9F.11 *Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua (CPAP) di neonati e lattanti* va utilizzato solo in **neonati e lattanti**, indipendentemente dalla durata del trattamento. In caso di assistenza respiratoria immediata dopo il parto, questo codice va indicato solo se essa dura almeno 30 minuti.

Se **adulti, bambini o adolescenti** sono trattati con la CPAP per disturbi come ad esempio apnea del sonno, polmonite, edema polmonare ecc., non sono rilevati né codice né le ore di ventilazione, indipendentemente dal fatto che la misura sia eseguita in un'unità di cure intensive o meno.

L'impostazione iniziale di una CPAP/BiPAP (non significa l'accensione di un apparecchio) e il controllo o l'ottimizzazione di una CPAP/BiPAP precedentemente impostata vanno indicati con i rispettivi codici 93.9G.1- *Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, CPAP, impostazione iniziale, secondo la durata* o 93.9G.3- *Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, BiPAP, impostazione iniziale, secondo la durata* e 93.9G.2- *Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, CPAP, controllo e ottimizzazione di un'impostazione in essere, secondo la durata* o 93.9G.4- *Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, BiPAP, controllo e ottimizzazione di un'impostazione in essere, secondo la durata*.

S1002d Insufficienza respiratoria

La diagnosi posta dal medico di insufficienza respiratoria globale o parziale viene codificata soltanto se si riscontrano alterazioni patologiche all'emogasanalisi nel senso di un'insufficienza respiratoria globale o parziale nella documentazione. Una dispnea senza alterazione degli emogas non è un'insufficienza respiratoria. Se vi è stato un dispendio di risorse mediche (p. es. un'ossigenoterapia), assieme alla malattia di base può essere indicato il codice *J96*. – *Insufficienza respiratoria non classificata altrove*.

In caso di insufficienza respiratoria cronica nota con ossigenoterapia a lungo termine ed emogasanalisi precedente documentata (rapporto del medico o vecchi atti clinici), *J96.7* può essere codificato anche senza una nuova emogasanalisi.

Attenzione: in caso di neonati e lattanti è possibile adottare altre procedure diagnostiche per fare la diagnosi.

S1100 Malattie dell'apparato digerente

S1101a Appendicite

Per l'attribuzione di un codice delle categorie

K35.– Appendicite acuta

K36 Altre forme di appendicite

K37 Appendicite non specificata

è sufficiente la diagnosi clinica di appendicite. Non è assolutamente necessario che questa diagnosi sia confermata da un risultato istopatologico.

S1102d Aderenze

La regola è stata cancellata, vedi regola P10 per la codifica dell'adesiolisi.

S1103a Ulcera gastrica con gastrite

Nei pazienti con ulcera gastrica va utilizzato un codice della categoria

K25.– Ulcera gastrica

seguito da un codice della categoria

K29.– Gastrite e duodenite

se sono presenti entrambe le malattie.

S1104i Emorragia gastrointestinale

Qualora in un paziente con un'emorragia gastrointestinale superiore si rilevi all'endoscopia un'ulcera, erosioni o varici, la patologia riscontrata va codificata come «con emorragia».

Esempio 1

Ulcera gastrica acuta con emorragia

DP K25.0 *Ulcera gastrica, acuta, con emorragia*

Esempio 2

Esofagite da reflusso sanguinante

DP K21.0 *Malattia da reflusso gastroesofageo con esofagite e*

DS K22.88 *Altre malattie specificate dell'esofago [emorragia esofagea non specificata]*

Si può presumere che l'emorragia sia possibilmente associata alla lesione indicata nel referto endoscopico, anche se l'emorragia non si manifesta né durante l'esame, né durante la degenza.

Non tutte le categorie disponibili per la codifica delle lesioni gastrointestinali hanno un codice con la modifica «con emorragia». In tali casi per l'emorragia va indicato un codice aggiuntivo della categoria

K92.– *Altre malattie dell'apparato digerente.*

Se in caso di «emorragia anale» non è possibile determinare la fonte del sanguinamento attuale o non è stato eseguito un esame diagnostico specifico, va indicato il codice

K92.2 *Emorragia gastrointestinale non specificata.*

In questo caso, il codice

K62.5 *Emorragia anale e rettale*

non va utilizzato.

Se per contro un paziente viene sottoposto ad esami a causa di melena (feci picee) o di sangue occulto nelle feci, bisogna ragionevolmente supporre che una lesione rilevata endoscopicamente sia anche la causa della melena o del sangue occulto nelle feci. Se non vi è associazione causale tra il sintomo e il risultato dell'esame, dapprima va codificato il sintomo e in seguito il risultato dell'esame. I pazienti con un'emorragia gastrointestinale recente nell'anamnesi talvolta sono ricoverati per eseguire un'endoscopia alla ricerca della causa del sanguinamento, anche se durante l'esame non mostrano segni di emorragia. Se viene posta una diagnosi clinica sulla base dell'anamnesi o di altri segni, il fatto che durante l'ospedalizzazione non si sia verificata un'emorragia non esclude a priori l'uso del codice con la modificazione «con emorragia», e neppure l'attribuzione di un codice della categoria K92.– *Altre malattie dell'apparato digerente* nei casi in cui non è stato possibile determinare la causa della precedente emorragia.

S1105a Disidratazione nella gastroenterite

In caso di ricovero ospedaliero per il trattamento di una gastroenterite con disidratazione, s'indica la gastroenterite come diagnosi principale e la disidratazione (*E86 Ipovolemia*) come diagnosi secondaria (vedi regola G54).

S1200 Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo

S1201g Chirurgia plastica

Il ricorso alla chirurgia plastica può avvenire per ragioni **estetiche o mediche**:

- negli interventi per ragioni **mediche**, come diagnosi principale va codificata la condizione morbosa o il fattore di rischio che ha costituito il motivo dell'intervento;
- se invece il motivo dell'intervento è puramente **estetico**, la diagnosi principale è un «codice Z» (Z41.1 *Altri interventi di chirurgia plastica per ragioni estetiche* o Z42.– *Cure di controllo richiedenti l'impiego di chirurgia plastica*).

Revisione di una cicatrice

In caso di revisione di una cicatrice, il codice da utilizzare è

L90.5 *Cicatrici e fibrosi cutanee*

se la cicatrice richiede un ulteriore trattamento a causa di problemi medici (p. es. dolore).

Se per contro il trattamento secondario della(e) cicatrice(i) avviene per ragioni estetiche, va usato il codice

Z42.– *Cure di controllo richiedenti l'impiego di chirurgia plastica*.

Rimozione di impianti mammari

Gli impianti mammari vengono rimossi per ragioni **mediche o estetiche**.

Se l'impianto è rimosso per ragioni **mediche**, si attribuisce uno dei seguenti codici:

T85.4 *Complicanza meccanica di dispositivo protesico ed impianto mammari*

T85.73 *Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo protesico e impianto mammari*

T85.82 *Fibrosi capsulare della mammella da dispositivo protesico e impianto mammari*

T85.83 *Altre complicanze di dispositivi protesico ed impianto mammari*.

Una rimozione di impianto per ragioni **estetiche** invece va codificata con:

Z41.1 *Altri interventi di chirurgia plastica per ragione estetiche*

se già il primo impianto è stato eseguito per ragioni estetiche

oppure

Z42.1 *Cure di controllo richiedenti l'impiego di chirurgia plastica alla mammella*

se il primo impianto è stato eseguito per ragioni mediche.

Intervento chirurgico dopo dimagrimento (spontaneo o in seguito a chirurgia bariatrica)

In caso di interventi chirurgici sulla pelle (riduzione di pelle e grasso, lifting) dopo un dimagrimento, va indicato come diagnosi principale il codice

L98.7 *Cute et sottocute in eccesso et lassa*

Cute lassa o cadente:

• *a seguito di perdita di peso (chirurgia bariatrica) (dieta)*

• *SAI*

S1400 Malattie dell'apparato genitourinario

S1401d Dialisi

Grazie al codice 39.95.-- *Emodialisi/emofiltrazione* o 54.98.-- *Dialisi peritoneale* è possibile distinguere l'emodialisi intermittente dalla continua.

- 1) In caso di **emodialisi intermittente** va indicata singolarmente ogni seduta di dialisi.
- 2a) L'**emodialisi/emo(dia)filtrazione continua** è da codificare con la durata precisa. Questa durata va registrata dall'inizio alla fine del trattamento. Se, nel corso di una degenza ospedaliera, si eseguono più applicazioni di una procedura continua, la codifica avviene in base alla durata dell'interruzione.
- Interruzione < 4 ore: interruzione non conteggiata e non sottratta dalla durata totale: 1 codice con l'intera durata.
 - Interruzione > 4 e < 24 ore: interruzione conteggiata e sottratta dalla durata totale: 1 codice con la durata calcolata.
- In caso di applicazione di **diversi metodi di emodialisi/emo(dia)filtrazione continua**, va indicato un unico codice, ossia quello della procedura **più lunga**. I tempi di dialisi di ogni metodo utilizzato vanno sommati per ottenere la durata totale, da indicare precisamente con l'**unico** codice di dialisi scelto.
- Interruzione > 24 ore: ogni applicazione viene indicata con un codice (senza aggiungere i tempi di trattamento).
- 2b) La **dialisi peritoneale continua** è da codificare con la durata precisa. Questa durata va registrata dall'inizio alla fine del trattamento. Se, nel corso di una degenza ospedaliera, si eseguono più applicazioni di una procedura continua, va effettuata una nuova codifica solo se un'interruzione dura più di 24 ore.
- In caso di applicazione di **diversi metodi di dialisi peritoneale continua**, va indicato un unico codice, ossia quello della procedura **più lunga**. I tempi di dialisi di ogni metodo utilizzato vanno sommati per ottenere la durata totale, da indicare precisamente con l'**unico** codice di dialisi scelto.

S1402a Verruche anogenitali

Nelle ospedalizzazioni per il trattamento di verruche anogenitali va indicato come diagnosi principale uno dei seguenti codici:

Perianale	<i>K62.8</i>	<i>Altre malattie specificate dell'ano e del retto</i>
Cervice uterina	<i>N88.8</i>	<i>Altri disturbi non infiammatori, specificati, della cervice uterina</i>
Vaginali	<i>N89.8</i>	<i>Altri disturbi non infiammatori, specificati, della vagina</i>
Vulvari	<i>N90.8</i>	<i>Altri disturbi non infiammatori, specificati, della vulva e del perineo</i>
Pene	<i>N48.8</i>	<i>Altri disturbi specificati del pene</i>
Uretra	<i>N36.8</i>	<i>Altri disturbi specificati dell'uretra</i>

Il codice

A63.0 Verruche anogenitali (veneree)

va indicato come diagnosi secondaria.

S1403f Intervento ricostruttivo per mutilazione genitale femminile (FGM)*Definizione*

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce le «mutilazioni genitali femminili» (FGM) come segue:

Tutte le procedure che comportano l'asportazione parziale o totale degli organi genitali esterni femminili o altre lesioni degli organi riproduttivi femminili, per motivi culturali o altri motivi non terapeutici.

Codifica

Stralcio della regola di codifica poiché nella ICD-10-GM 2016 sotto

Z91.7 – Mutilazione genitale femminile nell'anamnesi personale

sono stati introdotti codici specifici per la diagnosi delle mutilazioni genitali femminili.

S1404g Insufficienza renale*Insufficienza renale acuta*

Stralcio della regola di codifica, in quanto con l'ICD10-GM 2016 gli stadi dell'insufficienza renale acuta possono essere rappresentati direttamente. Vanno osservati i criteri di stadi del danno renale acuto.

Insufficienza renale cronica

È importante controllare o precisare lo stadio di un'insufficienza renale cronica (GFR) conclamata per una corretta cura del paziente. Se lo stadio è determinato sul momento, ovvero durante l'attuale soggiorno ospedaliero, gli viene attribuito il corrispondente codice *N18*.

Insufficienza renale iatrogena

Un'insufficienza renale acuta iatrogena va rappresentata con il codice *N99.0 Insufficienza renale iatrogena*; se è presente anche un'insufficienza renale acuta, va indicato anche il codice *N17.-*, contrariamente all'esclusione dell'ICD-10 sotto *N17 – N19*.

S1405d Ricovero per la posa di un catetere peritoneale per la dialisi

In caso di ricovero ospedaliero per la posa di un catetere peritoneale per la dialisi, occorre indicare **insufficienza renale come diagnosi principale**, assieme al codice della procedura corrispondente.

Il codice

Z49.0 Preparazione alla dialisi

non va indicato (contrariamente a quanto figura all'inizio del capitolo XXI della ICD-10-GM).

S1406d Ricovero per la rimozione di un catetere peritoneale per la dialisi

In caso di ricovero ospedaliero per la rimozione di un catetere peritoneale (non in seguito a una complicanza) per la diagnosi principale va utilizzato il codice

Z43.88 Controllo di altre aperture artificiali

insieme al codice CHOP

54.99.41 Asportazione o chiusura di fistola cutaneoperitoneale (cateterismo permanente)

S1407d Ricovero per la posa di una fistola arteriovenosa o di uno shunt arteriovenoso per la dialisi

In caso di ricovero per la posa di una fistola o di uno shunt per la dialisi, occorre indicare **insufficienza renale come diagnosi principale**, assieme al codice della procedura corrispondente.

Il codice

Z49.0 Preparazione alla dialisi

non va indicato (contrariamente a quanto figura all'inizio del capitolo XXI della ICD-10-GM).

S1408a Ricovero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di shunt arteriovenoso

In caso di ricovero ospedaliero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di uno shunt arteriovenoso (non in seguito a una complicanza) va utilizzato il codice

Z48.8 Altri specificati trattamenti chirurgici di follow-up

insieme al codice CHOP

39.43 Occlusione di shunt arteriovenoso per dialisi renale

S1500 Ostetricia

S1501b Definizioni

Durata della gestazione

La durata della gestazione viene sempre documentata con il codice 009.–! *Durata della gestazione*; la durata della gestazione va registrata al momento del ricovero in ospedale della paziente.

Parto a termine (nato a termine)

Durata della gestazione da 37 a 41 settimane compiute (da 259 a 286 giorni).

Parto post-termine (nato dopo il termine)

Durata della gestazione pari o superiore a 41 settimane compiute (287 giorni o più).

Parto pre-termine (nato prima del termine)

Durata della gestazione inferiore a 37 settimane compiute (meno di 259 giorni).

Nato vivo

Per nato vivo s'intende un bambino che respira o almeno mostra un battito cardiaco (segni vitali minimi).

Feto morto

Per feto morto s'intende un bambino che viene partorito senza segni vitali con un peso alla nascita pari o superiore a 500 g o un'età di gestazione di almeno 22 settimane compiute (ordinanza sullo stato civile).

Aborto

Per aborto s'intende la conclusione precoce della gravidanza per espulsione spontanea o artificialmente indotta di un feto senza segni vitali prima della 22a settimana di gravidanza compiuta e con un peso alla nascita inferiore a 500 g.

Periodo del secondamento

Periodo dalla nascita del bambino all'espulsione della placenta [Pschyrembel].

Periodo postplacentare

Periodo di 2 ore successivo all'espulsione della placenta [Pschyrembel].

Puerperio

Periodo dal parto alla regressione dei cambiamenti intervenuti nella madre durante la gravidanza e il parto; durata da 6 a 8 settimane (periodo puerperale precoce: i primi sette giorni dopo il parto) [Pschyrembel].

S1502a Conclusione precoce della gravidanza*Aborto (002.– bis 006.–)*

I codici delle categorie da 002.– a 006.– vanno impiegati solo qualora la gravidanza si concluda con un aborto spontaneo o terapeutico (prima della 22a settimana di gravidanza compiuta e con un peso alla nascita inferiore a 500 g).

Come diagnosi principale va considerato l'aborto e come diagnosi secondaria la sua causa.

Esempio 1

Terminazione della gravidanza per sindrome di Patau (trisomia 13) dopo 12 settimane di gestazione.

DP 004.9 Aborto per ragioni mediche e legali, completo o non specificato, senza complicanza

DS 035.1 Assistenza prestata alla madre per (sospetto di) anomalia cromosomica fetale

DS 009.1! Durata della gestazione di 5 – 13 settimane complete

Esempio 2

Interruzione di gravidanza nell'ambito di una gravidanza indesiderata.

DP 004.9 Aborto per ragioni mediche e legali, completo o non specificato, senza complicanza

DS Z64.0 Problemi correlati ad una gravidanza indesiderata

DS 009.1! Durata della gestazione di 5 – 13 settimane complete

Complicanze successive ad aborto e a gravidanza ectopica o molare (008.–)

Un codice della categoria 008.– *Complicanze successive ad aborto, gravidanza extrauterina e gravidanza molare* è attribuito come **diagnosi principale** solo se la paziente sia ricoverata per una complicanza tardiva a seguito di un aborto non trattato durante l'ospedalizzazione.

Esempio 3

Una paziente è ospedalizzata per il trattamento di una coagulazione intravascolare disseminata successiva ad un aborto alla 10a sdg eseguito due giorni prima in un altro ospedale.

DP 008.1 Emorragia, tardiva o eccessiva, successiva ad aborto od a gravidanza ectopica o molare

DS D65.1 Coagulazione intravasale disseminata [CID, DIC]

La durata della gestazione non va codificata come diagnosi secondaria, poiché il ricovero per il trattamento di una complicanza ha luogo successivamente ad un aborto trattato in precedenza.

Un codice della categoria 008.– *Complicanze successive ad aborto, gravidanza extrauterina e gravidanza molare* va attribuito come **diagnosi secondaria** per codificare una complicanza associata alle categorie 000 - 002.

Esempio 4

Una paziente viene ricoverata in shock per rottura della tuba su gravidanza tubarica nella 6a sdg.

DP 000.1 Gravidanza tubarica

DS 008.3 Shock successivo ad aborto o a gravidanza ectopica o molare

DS 009.1! Durata della gestazione da 5 a 13 settimane complete

Se una paziente è ricoverata perché dopo un precedente aborto sono rimaste parti del prodotto del concepimento, come diagnosi principale si codifica un **aborto incompleto** con complicanza (003–006 con quarto carattere da .0 a .3).

Esempio 5

Una paziente è ricoverata per emorragia su prodotto ritenuto due settimane dopo un aborto spontaneo. L'aborto si è verificato nella 5a settimana di gravidanza ed è stato trattato ambulatorialmente.

DP 003.1 Aborto spontaneo, incompleto, complicato da emorragia tardiva o eccessiva

La durata della gestazione non va codificata come diagnosi secondaria, poiché il ricovero per il trattamento di una complicanza ha luogo successivamente ad un aborto trattato in precedenza.

In associazione con diagnosi delle categorie 003–007, si indica **come diagnosi secondaria** un codice della categoria 008.– *Complicanze successive ad aborto, gravidanza extrauterina e gravidanza molare* se la codifica ne risulta più precisa (confronta gli esempi 5 e 6).

Esempio 6

Una paziente è ricoverata con aborto incompleto alla 12a settimana di gravidanza e collasso circolatorio.

DP 003.3 Aborto spontaneo, incompleto, con altre e non specificate complicanze

DS 008.3 Shock successivo ad aborto o a gravidanza ectopica o molare

DS 009.1! Durata della gestazione da 5 a 13 settimane complete

Feto morto / Nato vivo su terminazione precoce della gravidanza

Se la gravidanza termina (spontaneamente) o viene terminata artificialmente a causa di un decesso intrauterino, come diagnosi principale va indicato il decesso intrauterino.

Esempio 7

Ricovero per morte intrauterina del feto alla 35a settimana di gravidanza.

DP	036.4	Assistenza prestata alla madre per decesso intrauterino del feto
DS	060.1	Travaglio pretermine spontaneo con parto pretermine
	o	
	060.3	Parto pretermine senza travaglio spontaneo
DS	009.5!	Durata della gestazione da 34 a 36 settimane complete
DS	Z37.1!	Parto singolo, nato morto (o l'analogo codice in caso di parto plurigemellare)

Se la gravidanza viene terminata precocemente ed artificialmente per una malformazione certa o sospettata del feto, come diagnosi principale va indicato il motivo dell'interruzione della gravidanza. Nella clinica, tale procedura può concludersi con un nato vivo o un nato morto e va codificata di conseguenza.

Esempio 8

Ricovero in ospedale per induzione del parto su malformazione del sistema nervoso centrale del feto alla 24a settimana di gravidanza.

DP	035.0	Assistenza prestata alla madre per (sospetto di) malformazione fetale a carico del sistema nervoso centrale
DS	060.3	Parto pretermine senza doglie
DS	009.3!	Durata della gestazione da 20 a 25 settimane complete
DS	Z37.1!	Parto singolo, nato morto (o l'analogo codice in caso di parto plurigemellare)
	o	
	Z37.0!	Parto singolo, nato vivo (o l'analogo codice in caso di parto plurigemellare)

S1503e Malattie durante la gravidanza

In presenza di una gravidanza, il capitolo XV «Gravidanza, parto e puerperio» è prioritario rispetto ai capitoli sugli organi. Nota bene: insieme ai codici 098–099 va indicato un codice supplementare di altri capitoli per specificare la malattia in atto.

Il **capitolo XV** contiene tra l'altro i seguenti tre settori per la codifica di malattie correlate alla gravidanza:

020 – 029 *Altri disturbi materni correlati prevalentemente alla gravidanza*

085 – 092 *Complicanze correlate prevalentemente al puerperio*

Secondo la nota sotto questa categoria, solo i codici 088.–, 091.– e 092.– (vedi nota)

e

094 – 099 *Altre condizioni morbose gravidiche non classificate altrove*

- Le condizioni correlate prevalentemente alla gravidanza sono codificate con codici specifici delle categorie 020–029.

Esempio 1

Una paziente è ricoverata alla 30a settimana di gravidanza per il trattamento di una sindrome del tunnel carpale che è peggiorata a causa della gravidanza.

DP 026.82 *Sindrome del tunnel carpale durante la gravidanza*

DS 009.4! *Durata della gestazione da 26 a 33 settimane complete*

Per codificare le infezioni del tratto genitourinario durante la gravidanza sono disponibili i codici 023.– *Infezioni del tratto genitourinario in gravidanza*. Se è possibile una descrizione più precisa, questi codici sono seguiti dal codice specifico per designare l'infezione estratto dal capitolo XIV Malattie dell'apparato genitourinario della ICD-10.

Per codificare un diabete mellito durante la gravidanza sono disponibili i codici 024.– *Diabete mellito in gravidanza*. Se è possibile una descrizione più precisa, questi codici (ad eccezione di 024.4) sono seguiti dai codici E10–E14 per designare il diabete mellito e indicare eventuali complicanze. In caso di complicanze (manifestazioni), la quarta posizione nei codici E10–E14 va codificata in base alla o alle manifestazioni (specifiche) secondo S0400.

Per codificare malattie del fegato in gravidanza è disponibile il codice 026.6 *Condizioni morbose del fegato durante la gravidanza, il parto e il puerperio*. Esso viene indicato insieme al codice specifico ICD-10 del gruppo K70–K77 *Malattie del fegato* per definire la malattia epatica di cui soffre la paziente.

I disturbi diffusi in caso di gravidanza in atto per cui non sia stata individuata una causa specifica vanno codificati con 026.88 *Altre condizioni morbose, specificate, correlate alla gravidanza*.

- Per codificare altre complicanze in gravidanza, parto e puerperio (o condizioni che peggiorano in gravidanza o costituiscono la causa principale del ricorso a misure ostetriche) sono disponibili le categorie 098 – 099, che vanno indicate **sempre insieme** a un codice di un altro capitolo della ICD-10-GM quale diagnosi secondaria per specificare la malattia in atto (vedi anche le note relative a 098 e 099 nella ICD-10-GM).

Esempio 2

Una paziente è ricoverata per un'anemia grave da deficit di ferro correlata alla gravidanza.

DP 099.0 Anemia complicante la gravidanza, il parto ed il puerperio

DS D50.8 Altre anemie da deficit di ferro

DS 009.-! Durata della gestazione ... settimane

Esempio 3

Dopo un parto pretermine spontaneo nella 35a settimana di gestazione, la paziente viene trattata per una forte asma bronchiale allergica.

DP 060.1 Travaglio pretermine spontaneo con parto pretermine

DS 009.5! Durata della gestazione da 34 a 36 settimane complete

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

DS 099.5 Malattie dell'apparato respiratorio complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio

DS J45.0 Asma preminentemente allergico

- Se una paziente è ricoverata per un'affezione che non complica né viene complicata dalla gravidanza, il codice di questa malattia è indicato come diagnosi principale, aggiungendo come diagnosi secondaria Z34 *Controllo di gravidanza normale* e 009.-! *Durata della gestazione... settimane*.

Esempio 4

Una paziente alla 30a settimana di gravidanza entra in ospedale per frattura del metacarpo destro dopo una caduta dalla bicicletta.

DP S62.32 Frattura di altro osso metacarpale, corpo

L 1

CDP V99! Incidente di mezzo di trasporto

DS Z34 Controllo di gravidanza normale

DS 009.4! Durata della gestazione da 26 a 33 settimane complete

S1504e Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino

Posizioni e presentazioni anomale del bambino

Le anomalie di posizione, postura e presentazione del bambino vanno codificate qualora siano presenti al parto.

- In un **parto spontaneo**, non distocico, con presentazione anomala del bambino va codificato
032.– Assistenza prestata alla madre per presentazione anomala del feto accertata o presunta
- In caso di **taglio cesareo primario** pianificato per presentazione anomala del bambino va utilizzato il codice
032.– Assistenza prestata alla madre per presentazione anomala del feto accertata o presunta indipendentemente se alla fine sia stata constatata una distocia o no.
- In caso di taglio **cesareo secondario** o applicazione di **forcipe o ventosa** ostetrica per presentazione anomala del bambino e presenza di una distocia va utilizzato il codice
064.– Distocia da posizione o presentazione anomala del feto.

Le presentazioni occipitali, come quella posteriore, laterale o diagonale, sono codificate solo se richiedono un intervento.

Motilità fetale ridotta

In caso di ricoveri con la diagnosi «motilità fetale ridotta» va scelto il codice *036.8 Assistenza prestata alla madre per altri problemi fetali specificati*, qualora non sia nota la causa primaria. Qualora si conosca la causa primaria per la ridotta motilità fetale, va codificata questa causa (in questo caso il codice *036.8* non va indicato).

Cicatrice uterina

Il codice *034.2 Assistenza prestata alla madre per cicatrice uterina da pregresso intervento chirurgico* va impiegato nei casi seguenti:

- se la paziente è ricoverata per un taglio cesareo elettivo a causa di un precedente taglio cesareo;
- se il tentativo di un parto vaginale non riesce per la presenza di una cicatrice uterina (p. es. dovuta a taglio cesareo o ad un altro intervento chirurgico) e si deve ricorrere ad un parto cesareo;
- se una cicatrice uterina esistente richiede un trattamento, ma il parto non ha luogo durante questa degenza ospedaliera, p. es. in caso di un'assistenza preparto per dolori uterini dovuti ad una cicatrice esistente.

Disturbi della coagulazione durante la gravidanza, il parto e il puerperio

Qualora sia posta una diagnosi precisa ed essa soddisfi la definizione di diagnosi secondaria (G54), ai codici *000–007, 008.1 e 045.0, 046.0, 067.0, 072.3* va aggiunto un codice supplementare delle categorie *D65-D69*, in contrasto con eventuali esclusioni nell'ICD-10-GM.

S1505g Regole speciali per il parto

Le regole sottostanti si applicano in egual misura agli ospedali e alle case per partorienti (qualora la prestazione in questione, secondo le rispettive basi legali, possa essere fornita in una casa per partorienti, vedi commento all'articolo 58e OAMal).

Attribuzione della diagnosi principale in un parto

Se una degenza ospedaliera è associata alla nascita di un bambino ma la paziente era stata ricoverata a causa di una condizione preparto richiedente un trattamento, si procede nel seguente modo:

- se il trattamento è stato richiesto **più di sette giorni** prima del parto, la condizione preparto va codificata come diagnosi principale;
- in tutti gli altri casi va codificata come diagnosi principale la diagnosi riferita al parto.

Parto vaginale singolo spontaneo (O80)

La categoria *O80 Parto singolo spontaneo* va indicata, e unicamente come diagnosi principale, solo qualora il parto abbia avuto un decorso senza problemi e non siano presenti altre diagnosi del capitolo XV «Gravidanza, parto e puerperio». Altrimenti va documentato come diagnosi principale il problema clinico più importante (p. es. parto pretermine, distocia, gravidanza a rischio, ecc.), utilizzando il codice corrispondente del capitolo XV, ma vale a dire che *O80* va omesso dalle diagnosi secondarie.

Ogni nascita spontanea va indicata con il codice *73.59 Assistenza manuale al parto, altra*.

Il termine «spontaneo» si riferisce al parto e non all'inizio delle contrazioni/del travaglio, che può essere spontaneo o indotto. Tutti i parti vaginali senza estrazione strumentale vengono pertanto codificati come *73.59 Assistenza manuale al parto, altra*.

Inoltre le uniche procedure ostetriche che possono essere indicate in un parto in associazione al codice *O80 Parto singolo spontaneo* sono:

03.91.21 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per anestesia durante gli esami interventi

73.0- Rottura artificiale delle membrane [amniotomia]

73.59 Assistenza manuale al parto, altra

73.6 Episiotomia

73.4 Induzione medica del travaglio

Esempio 1

Parto vaginale spontaneo di neonato sano alla 39a settimana di gestazione, perineo intatto.

DP O80 Parto singolo spontaneo

DS 009.6! Durata della gestazione da 37 a 41 settimane complete

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

TP 73.59 Assistenza manuale al parto, altra

Esempio 2

Parto vaginale spontaneo con episiotomia alla 39a settimana di gestazione.

DP O80 Parto singolo spontaneo

DS 009.6! Durata della gestazione da 37 a 41 settimane complete

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

TP 73.59 Assistenza manuale al parto, altra

TS 73.6 Episiotomia

Esempio 3

Parto vaginale spontaneo alla 42ª settimana di gestazione.

DP	048	Gravidanza prolungata
DS	009.7!	Durata della gestazione più di 41 settimane complete
DS	Z37.0!	Parto singolo, nato vivo
TP	73.59	Assistenza manuale al parto, altra

Parto singolo con applicazione di forcipe e ventosa ostetrica o con taglio cesareo (O81 – O82)

O81	Parto singolo con applicazione di forcipe e ventosa ostetrica
e	
O82	Parto singolo con taglio cesareo

vanno impiegati solo quando non può essere codificata alcuna condizione del capitolo XV per indicare il motivo di questo tipo di parto. In altre parole, nemmeno O81 e O82 non possono più essere utilizzati come diagnosi secondarie.

Taglio cesareo primario e secondario

Nella CHOP 2014 sono stati introdotti nuovi codici a 6 posizioni per il taglio cesareo primario e secondario

(74.–X.10/20). La definizione medica di taglio cesareo primario o secondario differisce dalla definizione in ambito di codifica medica:

- un taglio cesareo **primario** è definito come una procedura pianificata eseguita prima o dopo l'inizio del travaglio; la decisione di eseguire un taglio cesareo è presa prima dell'inizio del travaglio;
- un taglio cesareo **secondario** (incluso il taglio cesareo d'emergenza) è definito come una procedura necessaria, per indicazione materna o fetale, a causa di una situazione d'emergenza o del decorso del parto, anche se era pianificato un taglio cesareo primario.

Durata della gravidanza

Un codice della categoria

009.–! Durata della gestazione

va indicato nel record della madre per specificare la durata della gravidanza al momento dell'ammissione.

In caso di ricovero ospedaliero per il trattamento delle complicanze di un aborto o parto precedentemente trattato, la durata della gravidanza non viene codificata.

Esito del parto

Per ogni parto, l'ospedale dove è avvenuto deve indicare nel record della madre il codice appropriato della categoria

Z37.–! Esito del parto.

Si tratta di un codice con punto esclamativo (cfr. D04), obbligatorio, che non può essere attribuito come diagnosi principale. In caso di trasferimento (da un ospedale a un altro, da una casa per partorienti a un ospedale e viceversa), Z37.–! può essere utilizzato solo dall'istituzione in cui è avvenuto il parto.

Parto plurigemellare

In caso di gravidanza multipla con nascita spontanea p. es. di gemelli vivi, si indicano i codici

030.0 Gravidanza gemellare

Z37.2! Parto gemellare, entrambi nati vivi.

Qualora i bambini di un parto plurigemellare siano partoriti per diverse vie, vanno codificati tutti i tipi di parto.

Esempio 4

Parto gemellare pretermine alla 35a settimana di gestazione, il primo gemello viene partorito tramite estrazione per posizione podalica, il secondo con taglio cesareo per distocia con presentazione di spalla.

DP 064.4 Distocia da presentazione trasversa

DS 032.1 Assistenza prestata alla madre per presentazione podalica del feto

DS 030.0 Gravidanza gemellare

DS 060.1 Travaglio pretermine spontaneo con parto pretermine

DS 009.5! Durata della gestazione da 34 a 36 settimane complete

DS Z37.2! Parto gemellare, entrambi nati vivi

TP 74.1 Taglio cesareo cervicale basso

TS 73.59 Assistenza manuale al parto, altra

Parto al di fuori dell'ospedale, prima del ricovero

Nel caso in cui una paziente abbia partorito un bambino prima del ricovero in ospedale, non sia stata sottoposta a procedure chirurgiche riferite al parto durante il trattamento in ospedale e non manifesti complicanze durante il puerperio, va indicato l'appropriato codice della categoria *Z39. – Assistenza e visita postparto.*

Qualora la causa del ricovero sia una **complicanza**, questa va codificata come diagnosi principale. Come diagnosi secondaria va attribuito un codice della categoria *Z39. –*.

Nel caso in cui una paziente sia trasferita dopo il parto in un altro ospedale per assistere un bambino malato, e qualora la paziente riceva un'assistenza di routine successiva al parto in questo secondo ospedale, va attribuito un appropriato codice della categoria *Z39. –* anche nel secondo ospedale.

Nel caso in cui una paziente sia trasferita dopo un parto cesareo in un altro ospedale per ricevere l'assistenza postoperatoria, senza che una condizione soddisfi la definizione di diagnosi principale o secondaria, va attribuito un appropriato codice della categoria *Z39. –* come diagnosi principale e il codice *Z48.8 Altri specificati trattamenti chirurgici di follow-up* come diagnosi secondaria.

In questi casi il secondo ospedale NON deve codificare il codice della categoria *Z37. – !*.

Parto pretermine, travaglio pretermine e falso travaglio

Un codice della categoria

047.– Falso travaglio di parto

va indicato in caso di doglie non agenti sulla porzio (**non** agenti sulla cervice).

Un codice della categoria

060.– Travaglio e parto pretermine

va utilizzato in caso di doglie agenti sulla porzio con/senza parto nella stessa degenza ospedaliera.

Se si conosce il motivo del parto pretermine o del travaglio pretermine o falso, questo motivo va indicato come diagnosi principale, seguito da un codice delle categorie *047.–* o *060.–* come diagnosi secondaria. Nel caso in cui il motivo sia sconosciuto, va indicato come diagnosi principale un codice delle categorie *047.–* o *060.–* Inoltre va attribuito come diagnosi secondaria un codice della categoria *009.–!* *Durata della gestazione.*

Durata prolungata della gravidanza e gravidanza protratta

048 Gravidanza prolungata

va codificato nel caso in cui il parto abbia luogo dopo la 41a settimana di gestazione compiuta (a partire da 287 giorni) o il bambino mostri segni evidenti dovuti al protrarsi della gestazione.

Esempio 5

Una paziente partorisce un bambino nella 42a settimana di gestazione.

DP 048 Gravidanza prolungata

DS 009.7! Durata della gestazione più di 41 settimane compiute

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

Esempio 6

Una paziente partorisce un bambino nella 40a settimana di gestazione. Il bambino mostra segni evidenti dovuti al protrarsi della gestazione.

DP 048 Gravidanza prolungata

DS 009.6! Durata della gestazione da 37 a 41 settimane compiute

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

Travaglio di parto prolungato

Un travaglio di parto è considerato prolungato se:

- il periodo dilatativo dura più di 12 ore; quindi va attribuito il codice *O63.0 Prolungamento del primo stadio [periodo dilatativo] del travaglio*
- il periodo espulsivo dura più di 1 ora; quindi va attribuito il codice *O63.1 Prolungamento del secondo stadio [periodo espulsivo] del travaglio*

Se si tratta di un parto protratto successivo a rottura spontanea o artificiale delle membrane, va utilizzato il codice *O75.5 Parto ritardato dopo rottura artificiale delle membrane* o il codice *O75.6 Parto ritardato dopo rottura spontanea o non specificata delle membrane*. In questo caso si deve tenere in considerazione un intervallo di tempo di 24 ore tra la rottura del sacco amniotico e il parto.

Atonia uterina ed emorragie

Un'atonìa uterina

- durante il parto va indicata con i codici della categoria *O62. – Anomalie delle forze propulsive del travaglio di parto*
- dopo il parto è indicata con i codici della categoria *O72. – Emorragia postparto*.

Un'emorragia postparto (*O72.-*) può essere codificata solo quando soddisfa i criteri di diagnosi secondaria (G54).

S1600 Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale

S1601a Record medico

Per ogni neonato, l'ospedale in cui è **avvenuto il parto** deve obbligatoriamente inserire nel record medico il peso alla nascita. In caso di ricovero ospedaliero di un neonato o lattante dopo il ricovero **dovuto alla nascita** (e fino alla fine del primo anno di vita), va obbligatoriamente registrato il peso all'ammissione (V. 4.5.V01).

S1602a Definizioni

Periodo perinatale e neonatale

Conformemente alla definizione dell'OMS:

- il periodo perinatale inizia 22 settimane dopo l'inizio della gestazione e termina con il compimento del 7° giorno dopo il parto;
- il periodo neonatale inizia con il parto e termina con il compimento del 28° giorno dopo il parto.

S1603i Neonati

Categoria Z38. – Nati vivi secondo il luogo di nascita

La categoria Z38. – comprende bambini

- nati in ospedale o casa per partorienti.
Nota bene: riguardo al tipo di ammissione (V.1.2.V03), nel record medico va indicata la cifra 3 (nascita).
- nati al di fuori dell'ospedale o della casa per partorienti e ammessi immediatamente dopo la nascita.
Nota bene: riguardo al tipo di ammissione (V.1.2.V03), nel record medico va registrata la cifra 1 (urgenza) oppure 2 (annunciato, programmato). **Non viene compilato alcun record neonati.**

Nota bene: In caso di parto normale a domicilio o durante il tragitto verso l'ospedale/la casa per partorienti, per la madre va indicato come DP il codice Z39. - Assistenza e visita postparto, anche se la fase postnatale senza complicanze si svolge solo all'ospedale.

Nota bene: riguardo al tipo di ammissione (V.1.2.V03), nel record medico va registrata la cifra 1 (urgenza) oppure 2 (annunciato, programmato).

Per un neonato, come diagnosi principale va indicato un codice della categoria Z38. – Nati vivi secondo il luogo di nascita se il neonato è **sano** (compresi i bambini sottoposti a circoncisione).

Nei nati pretermine e nei neonati già **ammalati** (alla nascita o durante la degenza ospedaliera), i codici delle condizioni morbose vanno **anteposti** a un codice della categoria Z38. – Nati vivi secondo il luogo di nascita.

Esempio 1

Viene ammesso un neonato partorito a domicilio. Non presenta malattie.

DP Z38.1 Nato singolo, nato fuori dall'ospedale

Esempio 2

Un neonato nato sano in ospedale (parto vaginale) viene trattato per crisi epilettiche comparse tre giorni dopo la nascita.

DP P90 Convulsioni del neonato

DS Z38.0 Nato singolo, nato in ospedale

Esempio 3

Neonato pretermine nato nella 27a settimana di gestazione con un peso alla nascita di 1520 g.

DP P07.12 Basso peso alla nascita, da 1500 a meno di 2500 grammi

DS P07.2 Immaturità estrema

DS Z38.0 Nato singolo, nato in ospedale

I codici Z38.– non possono più essere utilizzati se il trattamento avviene durante una seconda o successiva degenza ospedaliera.

Esempio 4

Un neonato viene trasferito il secondo giorno dopo il parto dall'ospedale A all'ospedale B per malattia delle membrane ialine e pneumotorace.

Ospedale A:

DP P22.0 Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato

DS P25.1 Pneumotorace che ha origine nel periodo perinatale

DS Z38.0 Nato singolo, nato in ospedale

Ospedale B:

DP P22.0 Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato

DS P25.1 Pneumotorace che ha origine nel periodo perinatale

S1604g Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale

Per la codifica di condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale è disponibile il capitolo XVI "Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale" dell'ICD-10-GM. Il capitolo contiene anche spiegazioni che vanno osservate.

Esempio 1

Un neonato pretermine con ipoplasia polmonare viene trasferito nella clinica pediatrica di un altro ospedale. La madre ha avuto una rottura prematura delle membrane alla 25a sdg. La gravidanza è stata prolungata mediante tocolisi fino alla 29a sdg. A causa di una sospetta sindrome da infezione amniotica e di un CTG patologico si è proceduto a taglio cesareo alla 29a sdg. L'ipoplasia è ricondotta alla nascita pretermine causata dalla rottura delle membrane. La clinica pediatrica ricevente codifica come segue:

DP P28.0 Atelettasia primaria del neonato

DS P01.1 Feto e neonato affetti da rottura prematura delle membrane

Va tenuto presente che alcune condizioni morbose (p. es. disturbi del metabolismo) che possono comparire nel periodo perinatale non sono classificate nel capitolo XVI. Se si verifica una di queste condizioni in un neonato, va attribuito un codice del corrispondente capitolo della ICD-10-GM senza un codice del capitolo XVI.

Esempio 2

Un neonato viene trasferito dal reparto di ostetricia in pediatria a causa di un'enterite da Rotavirus.

DP A08.0 Enterite da Rotavirus

DS Z38.0 Nato singolo, nato in ospedale

La definizione della periodo perinatale va presa alla lettera. Se la malattia compare o viene trattata dopo il settimo giorno di vita ma ha origine nel periodo perinatale, è possibile utilizzare, per esempio, il codice *P27.1 Displasia broncopolmonare che ha origine nel periodo perinatale*. La determinazione dell'origine cronologica richiede una valutazione competente di caso in caso.

Profilassi postesposizione su neonati sani

Per codificare le profilassi postesposizione eseguite dopo la nascita su neonati sani si utilizza, a seconda dell'indicazione, il codice *Z20. – Contatto con ed esposizione a malattie trasmissibili*.

Codifica se impiego di risorse mediche > 0. In caso di neonato senza profilassi non vi è nessuna codifica.

Esempi

Codifica del neonato se la madre è positiva allo streptococco B:

1. senza impiego di risorse mediche > 0: nessuna codifica.

Un monitoraggio più o meno intenso è compreso nella routine di Z38.- «Nati vivi secondo il luogo di nascita».

2. con impiego di risorse > 0:

- profilassi postesposizione (antibiotici): Z20.8 + B95.1!
- bambino con patologia infettiva: la patologia + il codice P00.8 «Feto e neonato sofferenti per altre condizioni materne», il quale specifica che la patologia codificata in precedenza è stata causata dalla condizione in cui si trova la madre.

Promemoria: codifica della madre come portatrice di streptococco B:

- streptococco B senza impiego di risorse mediche > 0: nessuna codifica;
- streptococco B con impiego di risorse mediche > 0 (antibiotici): Z22.3 + B95.1!.

Neonati sani da madre diabetica

Se un neonato **sano** nato da madre diabetica ha bisogno di un monitoraggio ripetuto del glucosio, ciò è espresso con il codice Z83.3 *Diabete mellito nell'anamnesi familiare* (e non con P70. – *Disturbi transitori del metabolismo dei carboidrati specifici del feto e del neonato*).

S1605a Nati morti

Sebbene l'informazione «nato morto» (p. es. *Z37.1 Parto singolo, nato morto*) sia già presente nel record della madre, si deve registrare anche un record minimo (vale a dire un caso) e un record supplementare per il neonato. Tuttavia, per il bambino non si procede ad **alcuna** codifica. In questo senso viene adattato MedPlaus.

S1606c Interventi particolari per il neonato malato*Terapia parenterale*

Il codice *99.1.– Iniezione o infusione di sostanze terapeutiche o profilattiche* va per esempio attribuito nel caso in cui si somministri un liquido parenterale per il trattamento con carboidrati, per l'idratazione o in caso di disturbi elettrolitici.

Lo stesso vale per la somministrazione parenterale preventiva di liquidi in neonati pretermine di peso inferiore a 2000 g, praticata al fine di prevenire un'ipoglicemia o uno scompenso elettrolitico.

Fototerapia

Con il diagnosi di ittero neonatale, il codice per la fototerapia

99.83 Altra fototerapia

e solo utilizzato quando la terapia è protratta **per almeno 12 ore**.

S1607c Sindrome dispnoica neonatale per malattia delle membrane ialine/deficit di surfattante

Nel codice per la sindrome dispnoica neonatale/neonato pretermine

P22.0 Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato

è contenuta la codifica per le condizioni seguenti:

- malattia delle membrane ialine
- sindrome dispnoica.

L'applicazione di surfattante nel neonato è codificata soltanto tramite la lista dei medicinali molto cari, registrando il codice ATC in cui è compreso anche il modo di applicazione. Non viene indicato un codice CHOP.

Nota bene: il codice *P22.0* presuppone che sia presente un quadro patologico specifico definito che deve essere distinto dai disturbi transitori dell'adattamento del neonato, come ad esempio una tachipnea transitoria del neonato (*P22.7*)!

S1608c Sindrome dispnoica neonatale per aspirazione imponente, wet lung o tachipnea transitoria nel neonato

La categoria

P24.– Sindrome di aspirazione neonatale

va utilizzata nel caso in cui il disturbo respiratorio dovuto alla sindrome di aspirazione abbia richiesto una somministrazione di ossigeno per **più di** 24 ore.

Il codice

P22.1 Tachipnea transitoria del neonato

deve essere utilizzato con le diagnosi seguenti:

- tachipnea transitoria del neonato (indipendentemente dalla durata della terapia con ossigeno)
- sindrome di aspirazione neonatale, qualora il disturbo respiratorio abbia reso necessaria una somministrazione di ossigeno di **meno di** 24 ore
- Wet lung.

S1609g Encefalopatia ipossico-ischemica (HIE)

L'encefalopatia ipossico-ischemica viene classificata clinicamente, secondo i stadi di Sarnat¹, nel modo seguente:

- | | |
|-----------|---|
| 1° stadio | ipereccitabilità, iperriflessia, midriasi, tachicardia, ma assenza di crisi convulsive |
| 2° stadio | letargia, miosi, bradicardia, rallentamento dei riflessi (p. es. riflesso di Moro), ipotensione e attacchi convulsivi |
| 3° stadio | stupore, flaccidità, crisi convulsive, assenza di riflesso di Moro e riflessi bulbari. |

Per la codifica di un'encefalopatia ipossico-ischemica, la ICD-10-GM prevede il codice *P91.6 Encefalopatia ipossico-ischemica neonatale*. I codici per il grado di gravità dell'encefalopatia ipossico-ischemica diagnosticata vanno indicati addizionalmente, come di seguito elencato. I sintomi menzionati sopra, ad eccezione delle convulsioni (*P90 Convulsioni neonatali*), non vanno codificati separatamente.

Codifica del 1° stadio	<i>P91.3 Irritabilità cerebrale del neonato</i>
Codifica del 2° stadio	<i>P91.4 Depressione cerebrale del neonato</i>
Codifica del 3° stadio	<i>P91.5 Coma del neonato</i>

Eventuali disturbi/diagnosi supplementari (p. es. *P21.0 Asfissia grave alla nascita*) vanno codificati separatamente.

¹ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/987769>; Neonatal encephalopathy following fetal distress. A clinical and electroencephalographic study. Sarnat HB, Sarnat MS, 1976

S1610h Asfissia durante la nascita

Per le diagnosi di asfissia intrauterina o asfissia durante la nascita si rimanda ai punti seguenti:

P21.0 Asfissia grave durante la nascita

Condizioni: almeno **tre** dei criteri seguenti devono essere soddisfatti.

- APGAR ≤ 5 al 5° minuto
- Grave acidosi nella prima ora di vita: pH ≤ 7.00 (in arteria ombelicale, vena ombelicale o tramite prelievo di sangue arterioso o capillare)
- Deficit di basi ≤ -16 mmol/l nel sangue del cordone ombelicale o nel corso della prima ora di vita
- Lattato ≥ 12 mmol/l nel sangue del cordone ombelicale o nel corso della prima ora di vita
- Encefalopatia da moderata a grave (stadio di Sarnat II o III)

I bambini, entrati in ospedale senza i valori precedenti, sono registrati con il codice *P20.9*.

P21.1 Asfissia lieve alla nascita (invece di P21.1 Asfissia lieve o moderata alla nascita)

Condizioni: almeno **due** dei criteri seguenti devono essere soddisfatti.

- APGAR ≤ 7 al 5° minuto
- Acidosi moderata nella prima ora di vita: pH < 7.15 (in arteria ombelicale, vena ombelicale o tramite prelievo di sangue arterioso o capillare)
- Encefalopatia lieve o moderata (stadio di Sarnat I o II)

I bambini, entrati in ospedale senza i valori precedenti, sono registrati con il codice *P20.9*.

P21.9 Asfissia lieve alla nascita senza correlazione metabolica (invece di P21.9 asfissia alla nascita senza dettagli)

Condizioni: ambedue i criteri devono essere soddisfatti.

- APGAR ≤ 7 al 5° minuto
- Valori del pH bassi nella prima ora di vita: pH ≥ 7.15 (in arteria ombelicale, vena ombelicale o tramite prelievo di sangue arterioso o capillare)

P20.- Asfissia intrauterina

I neonati che presentano un'acidosi metabolica senza correlazione clinica (asfissia) devono essere registrati all'interno della categoria *P20.- Asfissia intrauterina*.

L'acidosi metabolica è definita qui di seguito:

ambidue i criteri devono essere soddisfatti.

- APGAR > 7 al 5° minuto
- Acidosi moderata nella prima ora di vita: pH < 7.15 (in arteria ombelicale, vena ombelicale o tramite prelievo di sangue arterioso o capillare)

Definizione della norma secondo i seguenti valori:

- APGAR > 7 al 5° minuto
- pH ≥ 7.15 (in arteria ombelicale, vena ombelicale o tramite prelievo di sangue arterioso o capillare)

I risultati elencati all'interno di *P20.-*, quali ad esempio «distress», «sofferenza», «meconio in liquido amniotico» oppure «passaggio di meconio», devono essere considerati come delle osservazioni prive di valori clinici e non devono essere codificati.

I disturbi dell'adattamento sono registrati sotto *P22.8*.

Conformemente alla norma G40a, il **medico curante** è responsabile della **diagnosi** e della documentazione di tutte le diagnosi durante l'intera degenza ospedaliera. Il codificatore non può effettuare una codifica diretta.

S1611d Insufficienza respiratoria acuta neonatale

Un'insufficienza respiratoria in seguito a un'insufficienza respiratoria globale o parziale viene codificata con *P28.5 Insufficienza respiratoria acuta neonatale* se un neonato/neonato pretermine viene trasferito per ulteriori cure in un'unità di cure intermedie/unità di cure intensive neonatologiche (di livello IIb o III) riconosciuta dalla SGN/SSMI, nonché in seguito a una ventilazione invasiva, non invasiva oppure se ha luogo un'assistenza respiratoria tramite CPAP.

S1800 Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove

S1801a Incontinenza

Il reperto di incontinenza ha rilevanza clinica, se

- l'incontinenza non può essere considerata «normale» nell'ambito di un trattamento (p. es. dopo determinati interventi chirurgici o in condizioni morbose specifiche);
- l'incontinenza non può essere considerata compatibile con il normale sviluppo (come p. es. nei bambini piccoli);
- l'incontinenza perdura in un paziente con chiara disabilità o ritardo mentale.

I codici per l'incontinenza urinaria o fecale

N39.3 Incontinenza da stress [sforzo]

N39.4– Altra incontinenza urinaria specificata

R32 Incontinenza urinaria non specificata

R15 Incontinenza fecale

vanno indicati solo quando l'incontinenza costituisce motivo per il trattamento ospedaliero o ha rilevanza clinica nel senso descritto in precedenza. Tra le incontinenze che sono considerate «**normali**» nel quadro di un trattamento/intervento chirurgico e che perciò non devono essere codificate, si contano per esempio l'incontinenza urinaria postoperatoria transitoria dopo resezione della prostata o l'incontinenza fecale dopo una resezione bassa del retto.

S1802a Disfagia

R13.– Disfagia

va utilizzato solo qualora p. es. sia necessaria una sonda gastrica per l'alimentazione enterale o un trattamento della disfagia per più di 7 giorni di calendario.

S1803a Convulsioni febbrili

R56.0 Convulsioni febbrili

va codificato come diagnosi principale solo quando non è presente una malattia che ha causato le convulsioni febbrili, come una polmonite o un altro focolaio infettivo.

Se invece è nota la causa primaria, quest'ultima va codificata come diagnosi principale, aggiungendo *R56.0 Convulsioni febbrili* come diagnosi secondaria.

S1804f Diagnosi e terapia del dolore*Dolore acuto*

Se un paziente è trattato per un dolore postoperatorio o associato a un'altra malattia, vanno codificati solo l'intervento eseguito o la malattia causante il dolore.

R52.0 Dolore acuto

viene attribuito solo se la localizzazione e la causa del dolore acuto non sono note.

Procedure anestetiche **non operatorie** per il dolore acuto (ad eccezione dei codici CHOP 93.A3.– *Trattamento del dolore acuto*) vanno codificate se sono eseguite come misure isolate (vedi anche P02, esempio 3).

Dolore cronico/intrattabile

Se un paziente viene ricoverato specificatamente per la terapia del dolore e il trattamento riguarda esclusivamente il dolore, come diagnosi principale va indicato il codice della localizzazione del dolore. La malattia di base va codificata come diagnosi secondaria.

I codici

*R52.1 Dolore cronico intrattabile o**R52.2 Altro dolore cronico*

sono indicati come **diagnosi principale** se la localizzazione del dolore non è specificata (vedi esclusioni della categoria R52.–) **e** se soddisfano la definizione di diagnosi principale (regola 52a).

In tutti gli altri casi di dolore cronico, come diagnosi principale va codificata la malattia che provoca il dolore, sempreché sia responsabile del ricovero ospedaliero.

S1805e Ricovero ospedaliero per l’impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore

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

Il codice

Z45.80 Adattamento e manutenzione di neurostimolatore

non viene utilizzato.

(La stessa regola si applica a S0605: Ricovero ospedaliero per l’impianto di un neurostimolatore).

S1806e Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore

In caso di ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test), come diagnosi principale va indicato il codice *Z45.80 Adattamento e manutenzione di neurostimolatore* insieme agli appropriati codici di procedura. La malattia di base è codificata come diagnosi secondaria solo qualora soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.

(La stessa regola si applica a S0606: Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore).

S1900 Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne

Salvo diversa indicazione nelle regole di codifica, i codici delle cause esterne (V01 – Y84) seguono obbligatoriamente i codici S e T.

S1901a Traumatismi superficiali

Escoriazioni e contusioni non sono codificate, qualora siano correlate a traumatismi più gravi della stessa sede, a meno che non causino un maggior dispendio di risorse mediche per il trattamento del traumatismo più grave, p. es. per differimento temporale.

Esempio 1

Un paziente che è caduto viene ammesso per il trattamento di una frattura sovracondiloidea dell'omero sinistro e contusione del gomito, nonché per una frattura del corpo scapolare sinistro.

DP S42.41 Frattura dell'estremità inferiore dell'omero: sovracondiloidea

L 2

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

DS S42.11 Frattura della scapola: corpo

L 2

In questo caso la contusione del gomito non va codificata.

S1902a Frattura e lussazione

Per codificare una frattura o una lussazione vertebrale vedi S1905.

Frattura o lussazione con lesioni dei tessuti molli

Per codificare una frattura o una lussazione sono necessari 2 codici. Dapprima va indicato il codice della frattura o della lussazione e successivamente il corrispondente codice per la gravità della lesione dei tessuti molli. I codici supplementari per le lesioni dei tessuti molli sono:

Sx1.84! – Sx1.86! Lesioni dei tessuti molli di grado I–III con frattura o lussazione chiusa
(x a seconda della regione corporea)

Sx1.87! – Sx1.89! Lesioni dei tessuti molli di grado I–III con frattura o lussazione esposta
(x a seconda della regione corporea)

Ai codici della ICD-10-GM è associato un testo che descrive il grado di gravità.

Nei trasferimenti per continuazione delle cure o riammissioni, la lesione dei tessuti molli è codificata solo se soddisfa la definizione di diagnosi secondaria (G54).

Eccezione: solo per le fratture chiuse con tipo di frattura semplice o per le lussazioni con lesioni dei tessuti molli di grado 0 o non specificato non va attribuito alcun codice supplementare.

Esempio 1

Paziente con una frattura femorale diafisaria destra esposta di II grado dovuta a una caduta.

DP S72.3 Frattura diafisaria del femore

L 1

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

DS S71.88! Danno ai tessuti molli di secondo grado con frattura o lussazione esposta dell'anca e della coscia

L 1

Frattura con lussazione

In questi casi va attribuito un codice sia per la frattura sia per la lussazione: il primo codice per la frattura.

Nota bene: in alcuni casi la ICD-10-GM prevede codici combinati, p. es.:

S52.31 Frattura della diafisi distale del radio con lussazione della testa ulnare

Frattura e lussazione con sede identica o differente

In un traumatismo combinato nella stessa sede è sufficiente l'indicazione di un codice aggiuntivo per il grado di gravità della lesione dei tessuti molli.

Esempio 2

Una paziente è ricoverata dopo una caduta per il trattamento di una frattura esposta della testa omerale destra di primo grado con lussazione anteriore della spalla destra (esposta) e danno ai tessuti molli di primo grado.

DP S42.21 Frattura dell'estremità superiore dell'omero, testa

L 1

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

DS S43.01 Lussazione anteriore dell'omero

L 1

DS S41.87! Danno ai tessuti molli di primo grado su frattura o lussazione esposta del braccio

L 1

Se in un paziente sono presenti diverse fratture e/o lussazioni con sedi differenti, per ogni sede va registrato il grado (I–III) della lesione dei tessuti molli.

Contusione ossea

Una contusione ossea con frattura della spongiosa dimostrata radiologicamente e corticale intatta va codificata come una frattura.

S1903c Ferite/traumatismi aperti

Per le ferite aperte è disponibile una categoria per ciascuna regione del corpo.

In queste categorie, oltre ai codici «!» per i danni dei tessuti molli in caso di frattura, sono disponibili codici «!» anche per i traumatismi in cui si è verificata una penetrazione in cavità corporee (ferita intracranica, intratoracica o intraddominale) attraverso la cute.

In questi casi la ferita aperta va codificata **in aggiunta** al traumatismo (p. es. la frattura).

Traumatismo aperto con interessamento di vasi sanguigni, nervi e tendini

In caso di traumatismo con danno vasale, la sequenza dei codici dipende dal fatto che vi sia o no minaccia di perdita dell'arto colpito.

In caso positivo, per un traumatismo con interessamento di arteria e nervo si codifica:

- dapprima il traumatismo arterioso
- poi il traumatismo del nervo
- in seguito l'eventuale traumatismo tendineo, la frattura, la ferita aperta.

Nei casi in cui, nonostante le lesioni nervose e arteriose, la perdita dell'arto sia improbabile, la sequenza della codifica deve seguire la gravità dei danni rilevati.

Traumatismo intracranico, intratoracico o intraddominale aperto

In caso di traumatismo aperto intracranico, intratoracico o intraddominale, prima va indicato il codice per il traumatismo, seguito dal codice per la ferita aperta.

Esempio 1

Paziente con ferita da coltello al torace con emotorace.

DP S27.1 Emotorace traumatico

CDP Y09.9! Aggressione mediante mezzi non specificati, luogo non specificato

DS S21.83! Ferita aperta di altra parte del torace in associazione a un traumatismo intratoracico

Frattura aperta con traumatismo intracranico, intratoracico o intraddominale

In caso di frattura cranica esposta associata a traumatismo intracranico oppure frattura esposta del tronco con traumatismo intratoracico o intraddominale si attribuiscono:

- un codice per il traumatismo intracranico / intracavitario
- uno dei codici seguenti
 - S01.83! Ferita aperta (qualsiasi parte della testa) associata a traumatismo intracranico*
 - S21.83! Ferita aperta di altra parte del torace in associazione a un traumatismo intratoracico*
 - o
 - S31.83! Ferita aperta (qualsiasi parte dell'addome, dei lombi e della pelvi) associata a traumatismo intraaddominale*
- i codici per la frattura

e

- un codice per il grado di gravità dei danni ai tessuti molli
 - S01.87! – S01.89! Danno ai tessuti molli di I–III grado con frattura o lussazione esposta della testa*
 - S21.87! – S21.89! Danno ai tessuti molli di I–III grado con frattura o lussazione esposta del torace*
 - o
 - S31.87! – S31.89! Danno ai tessuti molli di I–III grado con frattura o lussazione esposta della colonna lombare e della pelvi.*

Complicanze di una ferita aperta

La codifica delle complicanze di una ferita aperta dipende dalla possibilità di definire la complicanza, per esempio un'infezione, con un codice specifico. Se è possibile utilizzare un codice specifico della ICD-10-GM, dapprima va indicato il codice specifico della complicanza (p. es. il tipo di infezione, come erisipela, cellulite ecc.), seguito dal codice per la ferita aperta.

Attenzione: in caso di sepsi come complicanza di una ferita aperta si applica la regola S0102.

Esempio 2

Una paziente viene ricoverata per una cellulite della mano sinistra a seguito del morso di un gatto. Non è noto a quando risalga il morso. All'ammissione si riscontrano a livello del tenar due ferite puntiformi con arrossamento circostante e forte gonfiore di mano e avambraccio. Nello striscio si rileva la presenza di Staphylococcus aureus. Viene avviata una terapia antibiotica endovenosa.

DP L03.10 Cellulite dell'arto superiore

L 2

DS B95.6! Stafilococco aureo come causa di malattie classificate altrove

DS S61.0 Ferita aperta del(le) dito(a) senza lesione dell'unghia

L 2

DS W64.9! Incidente dovuto ad esposizione a forze meccaniche di oggetti animati

Se non è possibile una codifica specifica della complicanza di una ferita aperta, va indicato il codice per la ferita aperta, seguito da un codice della categoria

T89.0– Complicanze di una ferita aperta

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

S1904i Perdita di coscienza*Perdita di coscienza correlata a un traumatismo*

In caso di perdita di coscienza correlata a un traumatismo, quest'ultimo va indicato prima di un codice della categoria S06.7–! *Traumatismo intracranico con coma prolungato* corrispondente alla durata della perdita di coscienza.

Esempio 1

Un paziente viene ricoverato per una frattura dell'etmoide (radiografia). La TAC mostra un grande ematoma subdurale. Il paziente è rimasto incosciente per 3 ore.

DP S06.5 Emorragia subdurale traumatica

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

DS S02.1 Frattura della base cranica

DS S06.71! Traumatismo intracranico con coma prolungato, da 30 minuti a 24 ore

Disturbi severi dello stato di coscienza**Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS), precedente denominazione Vegetative State (VS) e Minimally Conscious State (MCS)**

L'Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS) è definita come uno stato di impossibilità di interagire con l'ambiente, ossia l'assenza di risposte coerenti e reazioni coscienti a stimoli ottici, acustici, tattili e dolorosi e senza coscienza di sé o dell'ambiente.

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

L'esatta classificazione e attribuzione avviene attraverso la CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) e consta nel risultato delle valutazioni effettuate nelle sei subscale del CRS-R: CRS uditiva – CRS visiva – CRS motoria – CRS oromotoria – CRS di comunicazione – CRS di risveglio. Questa valutazione non è applicabile in modo attendibile per i pazienti di meno di 12 anni. Fino al raggiungimento di questa età vale la diagnosi formulata dal medico senza riferimento alla CRS-R.

Suddivisione in stadi dei disturbi severi dello stato di coscienza

Punteggio subscale CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State minus (MCS-)	Minimally Conscious State plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
Facoltà uditive	≤ 2 e	≤ 2 e	3 – 4	
Facoltà visive	≤ 1 e	2 – 5 o	4 – 5	
Facoltà motorie	≤ 2 e	3 – 5 o	3 – 5	= 6 e
Facoltà oromotorie	≤ 2 e	≤ 2 o	3	
Facoltà comunicative	= 0	= 0 e	1 – 2	= 2
Risveglio	1 – 2	1 – 2	1 – 3	

Ovvero:

- Si è in presenza di un'Unresponsive Wakefulnesssyndrom (UWS) se sono soddisfatte tutte le condizioni per un UWS.
- Si è in presenza di uno Minimally Conscious State minus (MCS–) se un'unica subscale soddisfa i criteri previsti dall'MCS– (ossia localizzazione di stimoli dolorosi, capacità di seguire visivamente oppure riso o pianto adeguato alla situazione) e i restanti valori corrispondono allo stadio UWS.
- Si è in presenza di un Minimally Conscious State plus (MCS+) se la subscale «uditiva» raggiunge il valore 3 (risposta a comando), oppure la subscale «oromotoria» raggiunge il valore 3 (produzione verbale comprensibile), oppure la subscale «comunicazione» raggiunge il valore 1–2 (comunicazione intenzionale o funzionale).
- Si ha un Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) se la subscale «motoria» e la subscale «comunicazione » raggiungono il valore massimo. Per attribuire uno stadio Emerge devono essere svolte due valutazioni nell'arco di una settimana.

La suddivisione in stadi può avvenire solo se sono trascorse 24 ore dall'interruzione della sedazione continuativa presso l'unità di cure intensive e alla condizione che non ci siano fattori di origine medicamentosa che possono aver contribuito a causare lo stato (eventualmente con documentazione di analisi del sangue). Una sedazione temporanea, ad es. per cure al paziente o in caso di stato

di agitazione, non rappresenta una controindicazione per una valutazione. Lo stadio deve sussistere almeno una settimana o evolversi in un altro stadio dei disturbi dello stato di coscienza. È necessaria una seconda valutazione la settimana successiva (ad almeno 2-3 giorni di distanza) per confermare la diagnosi di disturbi dello stato di coscienza.

Un disturbo di coscienza viene codificato con G93.80 Sindrome apallica:

- in presenza di un disturbo severo dello stato di coscienza di stadio Vegetative State (VS, sinonimo di Unresponsive Wakefulness Syndrome, UWS) o Minimally Conscious State, secondo le definizioni riportate più sopra.

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

Bibliografia: Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 85(12), 2020-2029.

Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. *Brain injury*, 28(9), 1141-1150.

Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhaudenhuyse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,... & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). *Brain injury*, 22 (10), 786-792.

Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., ...& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91 (12), 1795-1813.

S1905c Traumatismo del midollo spinale (con paraplegia e tetraplegia traumatiche)*Fase acuta – immediatamente post-traumatica*

Con fase acuta di un traumatismo spinale si intende il periodo di trattamento immediatamente successivo al trauma. Può comprendere **diversi** ricoveri ospedalieri.

Se un paziente è ricoverato per un traumatismo del midollo spinale (p. es. compressione, contusione, lacerazione, taglio trasversale o schiacciamento del midollo spinale), vanno codificati i seguenti dettagli:

- il tipo di traumatismo del midollo spinale è il primo codice da indicare (lesione completa o incompleta),
- l'altezza funzionale (livello) del traumatismo va codificata con
S14.7-!, S24.7-!, S34.7-! Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale cervicale/toracico/lombosacrale
Per l'indicazione dell'altezza funzionale vanno osservate le note esplicative dei codici *S14.7-!, S24.7-!* e *S34.7-!* nella ICD-10-GM.

I pazienti con traumi del midollo spinale hanno contemporaneamente con elevata probabilità anche una frattura o una lussazione vertebrale; pertanto vanno codificate le seguenti informazioni:

- la sede della frattura in caso di frattura vertebrale,
- la sede della lussazione in caso di lussazione,
- il grado di gravità del danno dei tessuti molli associato alla frattura/lussazione.

Esempio 1

Una paziente viene ricoverata dopo una caduta con frattura da compressione di T12. Si rileva un traumatismo da compressione del midollo spinale allo stesso livello con paraplegia incompleta all'altezza funzionale L2.

<i>DP</i>	<i>S24.12</i>	<i>Lesione incompleta del midollo spinale toracico</i>
<i>CDP</i>	<i>X59.9!</i>	<i>Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumi</i>
<i>DS</i>	<i>S34.72!</i>	<i>Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale lombosacrale, L2</i>
<i>DS</i>	<i>S22.06</i>	<i>Frattura di vertebra toracica, T11 e T12</i>

Fase acuta – trasferimento del paziente

Se un paziente che ha subito un traumatismo del midollo spinale per un trauma è trasferito immediatamente da un ospedale di cure acute a un altro ospedale di cure acute, in entrambi gli ospedali va indicato il codice per il tipo di traumatismo come diagnosi principale e il codice corrispondente all'altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale come prima diagnosi secondaria.

Esempio 2

Un paziente viene ricoverato nell'ospedale A dopo una caduta con grave traumatismo del midollo spinale. Una TAC conferma la lussazione di T7/T8 con traumatismo del midollo spinale alla stessa altezza. La neurologia corrisponde a una lesione incompleta sotto T8. Dopo la stabilizzazione nell'ospedale A, il paziente viene trasferito nell'ospedale B, in cui viene effettuata un'artrodesi.

Ospedale A:

DP	S24.12	Lesione incompleta del midollo spinale toracico
CDP	X59.9!	Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumi
DS	S24.75!	Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale toracico, T8/T9
DS	S23.14	Lussazione di vertebra toracica, altezza T7/T8 e T8/T9

Ospedale B:

DP	S24.12	Lesione incompleta del midollo spinale toracico
DS	S24.75!	Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale toracico, T8/T9
DS	S23.14	Lussazione di vertebra toracica, altezza T7/T8 e T8/T9

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

Traumatismo del midollo spinale – fase cronica

Si parla di fase cronica di una paraplegia/tetraplegia quando il trattamento della malattia acuta (p. es. un traumatismo acuto del midollo spinale) che ha causato le paralisi è al momento concluso.

Se il paziente viene ricoverato in questa fase cronica per il trattamento della paraplegia/tetraplegia, come diagnosi principale va utilizzato un codice della categoria:

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

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

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

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

Per l'altezza funzionale della lesione del midollo spinale va inoltre aggiunto il codice appropriato della categoria:

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

I codici per i traumatismi del midollo spinale non vanno indicati, poiché vanno attribuiti solo nella fase acuta.

Esempio 3

Una paziente è ricoverata per il trattamento di un'infezione delle vie urinarie. Inoltre presenta una paraplegia flaccida incompleta all'altezza di L2, una sindrome della cauda equina incompleta e un disturbo neuropatico di svuotamento della vescica.

<i>DP</i>	<i>N39.0</i>	<i>Infezione delle vie urinarie, sede non specificata</i>
<i>DS</i>	<i>G82.03</i>	<i>Paraplegia flaccida, lesione del midollo spinale cronica incompleta</i>
<i>DS</i>	<i>G82.66!</i>	<i>Altezza funzionale della lesione del midollo spinale, L2 – S1</i>
<i>DS</i>	<i>G83.41</i>	<i>Sindrome della cauda equina incompleta</i>
<i>DS</i>	<i>G95.81</i>	<i>Cistoplegia con lesione neuronale bassa</i>

Nota: utilizzare un codice supplementare della categoria *G95.8–* per indicare, come nell'esempio, la presenza di una disfunzione vescicale neuropatica.

Codifica di fratture e lussazioni vertebrali

Vedi anche S1902 Frattura e lussazione.

In caso di fratture o lussazioni multiple va indicata ogni altezza singolarmente.

Esempio 4

Un paziente viene ricoverato dopo un incidente automobilistico con una frattura complicata esposta di secondo grado della seconda, terza e quarta vertebra toracica, con dislocazione all'altezza di T2/T3 e T3/T4 e lesione completa del midollo spinale all'altezza di T3. L'esame neurologico conferma la paralisi completa sotto T3.

<i>DP</i>	<i>S24.11</i>	<i>Lesione completa del midollo spinale toracico</i>
<i>CDP</i>	<i>V99!</i>	<i>Incidente di mezzo di trasporto</i>
<i>DS</i>	<i>S24.72!</i>	<i>Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale toracico, T2/T3</i>
<i>DS</i>	<i>S22.01</i>	<i>Frattura di vertebra toracica, altezza T1 e T2</i>
<i>DS</i>	<i>S22.02</i>	<i>Frattura di vertebra toracica, altezza T3 e T4</i>
<i>DS</i>	<i>S23.11</i>	<i>Lussazione di vertebra toracica, altezza T1/T2 e T2/T3</i>
<i>DS</i>	<i>S23.12</i>	<i>Lussazione di vertebra toracica, altezza T3/T4 e T4/T5</i>
<i>DS</i>	<i>S21.88!</i>	<i>Danno ai tessuti molli di secondo grado con frattura o lussazione esposta del torace</i>

S1906a Traumatismi multipli*Diagnosi*

I singoli traumatismi vanno codificati per quanto possibile in base alla loro sede anatomica e al tipo.

Le categorie di codici combinati per i traumatismi multipli *T00–T07 Traumatismi interessanti regioni corporee multiple* e i codici delle categorie *S00–S99* che codificano i traumatismi multipli con il quarto carattere «.7», vanno utilizzati solo se il numero dei traumatismi da codificare supera il numero massimo di diagnosi registrabili.

In questi casi vanno impiegati codici specifici (traumatismo per regione corporea/tipo) per i traumatismi più gravi e le categorie per traumatismi multipli per codificare le lesioni meno gravi (p. es. traumatismi superficiali, ferite aperte nonché distorsioni e distrazioni).

Nota: L'indice alfabetico della ICD-10-GM consiglia per un «traumatismo multiplo» o un «politrauma» il codice *T07 Traumatismi multipli non specificati*. Questo codice è però aspecifico e perciò se possibile **non** va utilizzato.

Sequenza dei codici in caso di traumatismi multipli

La scelta della diagnosi principale va effettuata secondo la regola G52.

Esempio 1

Una paziente è ricoverata dopo un incidente automobilistico con contusione cerebrale focale, amputazione traumatica dell'orecchio destro, perdita di coscienza per 20 minuti, contusione di laringe e spalla destra e ferite da taglio alla guancia e alla coscia destre.

DP	S06.31	Contusione cerebrale focale
CDP	V99!	Incidente di mezzo di trasporto
DS	S06.70!	Traumatismo intracranico con coma prolungato, meno di 30 minuti
DS	S08.1	Amputazione traumatica dell'orecchio
L	1	
DS	S01.41	Ferita aperta della guancia
L	1	
DS	S71.1	Ferita aperta della coscia
L	1	
DS	S10.0	Contusione della gola
DS	S40.0	Contusione della spalla e del braccio
L	1	

In questo caso **non** vengono attribuiti i codici *S09.7 Traumatismi multipli della testa* e *T01.8 Ferite aperte interessanti altre combinazioni di regioni corporee*, perché ove è possibile vanno sempre indicati codici individuali.

S1907a Ustioni e corrosioni

Sequenza dei codici

Va indicata prima la regione con l'ustione o la corrosione più grave. Pertanto, un'ustione o una corrosione di terzo grado va indicata prima di un'ustione o una corrosione di secondo grado, anche se quest'ultima interessa una superficie corporea più ampia.

Ustioni o corrosioni della stessa regione, ma di grado differente, vanno codificate come ustioni o corrosioni del grado più elevato riscontrato.

Esempio 1

Ustione di secondo e terzo grado della caviglia destra (<10%) causata da acqua bollente.

DP T25.3 Ustione di terzo grado della caviglia e del piede

L 1

CDP X19.9! Ustione o scottatura da contatto con altri e non specificati calori e sostanze roventi

DS T31.00! Ustioni interessanti meno del 10% della superficie corporea

Le ustioni e le corrosioni che richiedono un trapianto di cute vanno sempre indicate prima di quelle che non richiedono alcun trapianto. Qualora siano presenti diverse ustioni o corrosioni dello stesso grado, va indicata prima la regione con la superficie corporea interessata più estesa. Tutte le altre vanno codificate, se possibile, indicando la sede anatomica interessata.

Esempio 2

Ustione di grado 2a della parete addominale (15%) e del perineo (10%) causata da acqua bollente.

DP T21.23 Ustione di grado 2a del tronco, parete addominale

CDP X19.9! Ustione o scottatura da contatto con altri e non specificati calori e sostanze roventi

DS T21.25 Ustione di grado 2a del tronco, organi genitali esterni

DS T31.20 Ustioni interessanti il 20 – 29% della superficie corporea

Nel caso in cui il numero delle diagnosi sia superiore al numero massimo di diagnosi registrabili, va indicato il codice T29.– *Ustioni e corrosioni di regioni corporee multiple.*

Per le ustioni o corrosioni di terzo grado vanno impiegati sempre i codici differenziati. Qualora siano necessari codici multipli, essi vanno impiegati per ustioni o corrosioni di secondo grado.

Superficie corporea

Ogni caso di ustione o corrosione richiede un **codice supplementare** delle categorie

T31.–! *Ustioni classificate secondo l'estensione della superficie corporea interessata*

o

T32.–! *Corrosioni classificate secondo l'estensione della superficie corporea interessata*

per specificare la percentuale di superficie corporea interessata.

Il quarto carattere descrive la somma di tutte le singole superfici con ustioni o corrosioni, indicata in percentuale della superficie corporea. Il codice della categoria T31.–! e T32.–! va indicato una sola volta dopo l'ultimo codice relativo alla regione corporea interessata.

S1908b Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologiche

La diagnosi «avvelenamento da farmaci/droghe» è posta in caso di assunzione erranea o inappropriata, con scopo suicidale o omicida, o in caso di effetti indesiderati di farmaci prescritti ma assunti nell'ambito di un'automedicazione.

Gli avvelenamenti sono classificati nelle categorie

T36 – T50 Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologicamente attive

e

T51 – T65 Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa.

In caso di avvelenamento correlato ad **una o più manifestazioni** (p. es. coma, aritmia), come diagnosi principale va indicato il codice della manifestazione. I codici per l'avvelenamento provocato dalle sostanze impiegate (medicamenti, droghe, alcool) vanno codificati come diagnosi secondaria.

Esempio 1

Un paziente viene ricoverato in coma per via di un sovradosaggio di codeina.

DP R40.2 Coma non specificato

CDP X49.9! Avvelenamento accidentale

DS T40.2 Avvelenamento da narcotici e psicotrofici [allucinogeni], oppio

Esempio 2

Un paziente viene ricoverato con ematemesi causata dall'assunzione di cumarina (prescritta), combinata inavvertitamente con acido acetilsalicilico (non prescritto).

DP K92.0 Ematemesi

CDP X49.9! Avvelenamento accidentale

DS T39.0 Avvelenamento da salicilati

DS T45.5 Avvelenamento da agenti ad azione principalmente sistemica ed ematologici, anticoagulanti

In caso di avvelenamento **senza manifestazioni** va indicato come diagnosi principale un codice delle categorie

T36 – T50 Avvelenamento da farmaci, droghe e sostanze biologiche

e

T51– T65 Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa.

Esempio 3

Una paziente si presenta al pronto soccorso e dice di aver ingerito 20 compresse di paracetamolo in seguito ad un gesto inconsulto. Dopo una lavanda gastrica non si presenta nessuna altra manifestazione.

DP T39.1 Avvelenamento da analgesici non oppiacei, antipiretici e antireumatici, derivati del 4-aminofenolo

CDP X84.9! Autolesionismo intenzionale

Sovradosaggio di insulina nei diabetici

L'**eccezione** a questa regola è costituita dal sovradosaggio d'insulina, in cui vanno indicati i codici delle categorie

E10 – E14 con quarto carattere «6» Diabete mellito con altre complicanze specificate

prima del codice per l'avvelenamento

T38.3 Avvelenamento da insulina e ipoglicemizzanti [antidiabetici] orali.

S1909f Effetti indesiderati di farmaci (assunti secondo prescrizione)

Gli effetti indesiderati di farmaci indicati assunti conformemente alla prescrizione vanno codificati come segue:

- uno o più codici per le condizioni morbose manifestatesi come effetti indesiderati, seguiti da *Y57.9! Complicanze a causa di medicinali e droghe* se quest'affermazione non è contenuta nel codice della diagnosi.

Esempio 1

Una paziente è ricoverata per una gastrite acuta emorragica, causata da acido acetilsalicilico assunto correttamente. Non si trovano altre cause della gastrite.

DP K29.0 Gastrite emorragica acuta
CDP Y57.9! Complicanze a causa di medicinali e droghe

Esempio 2

Un paziente HIV positivo è ricoverato per il trattamento di un'anemia emolitica causata dalla terapia antiretrovirale.

DP D59.2 Anemia emolitica non autoimmune da farmaci
DS Z21 Stato d'infezione asintomatica da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]

- Un paziente sotto anticoagulanti con emorragia a seguito di assunzione di anticoagulanti conforme alla prescrizione viene rappresentato con *D68.33 Diatesi emorragica da cumarine (antagonisti della vitamina K)*, *D68.34 Diatesi emorragica da eparine*, *D68.35 Diatesi emorragica da altri anticoagulanti + l'emorragia*, completati da *Y57.9! Complicanze da medicinali o droghe*, se non incluse nel codice della diagnosi (sequenza dei codici secondo la regola G52).

Esempio 3

Ad una paziente sotto anticoagulanti con sanguinamento nasale inarrestabile a seguito di assunzione conforme alla prescrizione di cumarine viene eseguito un tamponamento nasale, sospeso temporaneamente il trattamento con anticoagulanti e somministrato un preparato a base di vitamina K.

DP R04.0 Epistassi
CDP Y57.9! Complicanze da medicinali e droghe
DS 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 somministrata una medicazione per via orale di vitamina K.

DP I61.0 Emorragia intracerebrale emisferica sottocorticale
CDP Y57.9! Complicanze da medicinali e droghe
DS D68.33 Diatesi emorragica da cumarine (antagonisti della vitamina K)

**S1910b Effetti indesiderati o avvelenamento da assunzione combinata di due o più sostanze
(in caso di assunzione non prescritta)***Avvelenamento da farmaci e alcol*

Un effetto collaterale di un farmaco assunto **in combinazione con l'alcol** va codificato come **avvelenamento da entrambe le sostanze (attive)**.

Avvelenamento da farmaci prescritti assunti in combinazione con farmaci non prescritti

Un effetto collaterale dell'assunzione contemporanea di un farmaco **prescritto** e di uno **non prescritto** va codificato come **avvelenamento da entrambe le sostanze (attive)**.

Vedi anche S1908.

S2000 Cause esterne di morbosità e mortalità

Questo capitolo consente la classificazione di eventi ambientali e circostanze che causano traumatismi, avvelenamenti, malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e altri effetti nocivi. Queste cause esterne vanno registrate per ragioni epidemiologiche.

Salvo diversa indicazione nelle regole di codifica, i codici delle cause esterne (V–Y) seguono obbligatoriamente i codici dei traumatismi, degli avvelenamenti, delle malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e degli altri effetti nocivi.

Per ogni evento è sufficiente un solo codice per le cause esterne, registrato unicamente nel **prima degenza ospedaliera**.

Se i codici per traumatismi, avvelenamenti, malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e altri effetti nocivi sono nella posizione di **diagnosi principale**, i codici per le cause esterne (V–Y) vanno indicati come **complemento alla diagnosi principale (CDP)**. Se i traumatismi, gli avvelenamenti, le malattie o i disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e altri effetti nocivi sono elencati tra le **diagnosi secondarie**, i codici per le cause esterne (V–Y) seguono direttamente questi codici. Se un codice per le cause esterne può essere attribuito a diversi codici di diagnosi secondarie, va indicato solo una volta alla fine dei codici delle diagnosi secondarie.

Esempio 1

Ferita aperta della coscia per incidente in bicicletta.

DP	S71.1	Ferita aperta della coscia
CDP	V99!	Incidente di mezzo di trasporto

Esempio 2

Paziente con contusione cerebrale focale, perdita di coscienza per 20 minuti e ferite da taglio alla coscia.

DP	S06.31	Contusione cerebrale focale
CDP	X59.9!	Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi
DS	S06.70!	Traumatismo intracranico con coma prolungato, meno di 30 minuti
DS	S71.1	Ferita aperta della coscia

Esempio 3

Trombosi venosa profonda postoperatoria susseguente a trattamento di una frattura tibiale.

DP	I80.28	Flebite e tromboflebite di altri vasi profondi degli arti inferiori
CDP	Y84.9!	Intervento medico non specificato

Eccezione: Se il codice della diagnosi comprende la causa esterna precisa:

Esempio 4

Anemia da farmaci.

D59.2	Anemia emolitica non autoimmune da farmaci
-------	--

Qui Y57.9 non va indicato, essendo già compreso nel codice (contrariamente all'osservazione nella ICD-10-GM, che proviene ancora dalla versione dell'OMS).

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

Per l'impiego di questi codici vanno osservate:

- le regole di codifica, che comprendono la descrizione di un codice Z
- il «Manuale delle definizioni di SwissDRG, Volume 5, Appendice D, Plausibilità, D5: Diagnosi principali inammissibili» oppure il «Manuale delle definizioni TARPSY, diagnosi principali inammissibili»
- le note all'inizio del capitolo XXI della ICD-10-GM.

Nota: se il paziente si presenta per il controllo di una malattia preesistente e nota, tale malattia va codificata come diagnosi principale. Qualora il codice Z soddisfi in questa situazione la definizione di diagnosi secondaria (G54), anch'esso va indicato.

Direttive di codifica per la riabilitazione

Si intendono i casi di riabilitazione stazionaria con dimissioni dal 1° gennaio 2020.

Ciò che segue descrive le regole di codifica valide in riabilitazione e presenta esempi concreti riguardanti le diagnosi e i trattamenti specifici alla riabilitazione stazionaria.

Ambito di validità:

Le presenti direttive si applicano a tutti i trattamenti effettuati in cliniche di riabilitazione o in reparti di riabilitazione di cliniche per cure acute, attualmente rimborsati sulla base di tariffe di riabilitazione e che in futuro rientreranno nell'ambito di applicazione della tariffa ST Reha.

Strumenti di codifica medica in vigore:

Per la codifica dei casi di riabilitazione stazionaria con dimissioni dal 1° gennaio 2020 vanno utilizzati i seguenti strumenti:

- Manuale di codifica medica: le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2020
- circolari per codificatori: 2020 / N 1 e N 2
- Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP): indice sistematico – versione 2020
- ICD-10-GM 2018 indice sistematico: Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati: 10a revisione – German Modification
- ICD-10-GM 2018 indice sistematico - versione italiana Tomo 1 e Tomo 2 (manca: informazioni supplementari per il contesto svizzero)

In caso di discordanza tra il Manuale di codifica (incluse le presenti regole) e le classificazioni CHOP e ICD-10-GM 2018, per la codifica prevale il Manuale di codifica (incluse le presenti regole).

Vanno distinti dalla riabilitazione stazionaria i seguenti ambiti:

Riabilitazione precoce

Per riabilitazione precoce si intende la fase particolarmente intensiva della riabilitazione in pazienti con danni gravi o gravissimi dopo il trattamento acuto o in pazienti con esacerbazione acuta di malattie croniche preesistenti.

93.86 Riabilitazione precoce interdisciplinare, secondo il numero di giorni di trattamento

93.89.1- Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento

Riabilitazione acuta:

Prestazioni riabilitative speciali somministrate a pazienti stazionari acuti.

93.89.9- Riabilitazione geriatrica acuta

93.89.2- Riabilitazione acuta medicofisica

93.9A.1- Riabilitazione respiratoria acuta

Nella riabilitazione precoce e nella riabilitazione acuta la codifica va effettuata come nella somatica acuta.

Regole di codifica

Diagnosi - ICD-10-GM

Diagnosi principale:

Come diagnosi principale va codificata la malattia di base individuata quale ragione principale della riabilitazione o quale causa della limitazione funzionale. La diagnosi principale non deve necessariamente essere la stessa del caso acuto stazionario.

Osservazione: in fase di analisi statistica è possibile un'attribuzione univoca del caso all'ambito di applicazione delle strutture tariffarie attraverso la variabile 4.8.V01 della statistica medica; ciò significa che l'analisi epidemiologica delle diagnosi acute è garantita.

Esempi di codifica della diagnosi principale

Cardiovascolare

Un paziente entra in riabilitazione a seguito di un infarto miocardico acuto. Gli viene somministrata una terapia VAC per trattare una infezione di ferita postoperatoria.

DP I21.0 Infarto miocardico acuto transmurale della parete anteriore

Muscoloscheletrica

Un paziente entra in riabilitazione dopo l'impianto di un'endoprotesi dell'anca a seguito di coxartrosi primaria. Decorso regolare.

DP M16.1 Altra coxartrosi primaria

Diagnosi secondaria:

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/riabilitativa».

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

- interventi terapeutici
- interventi diagnostici
- maggior impiego di risorse per assistenza, cura e/o sorveglianza.

Un impiego di risorse mediche > 0 va in ogni caso codificato.

Validità particolare per la riabilitazione:

In presenza di un trasferimento a fini di riabilitazione, in conformità alla regola D15g, va indicato come diagnosi secondaria un codice della categoria Z50.-! *Misure riabilitative*. In caso di riabilitazione cardiologica va utilizzato il codice Z50.0! *Riabilitazione cardiaca*, mentre per gli altri tipi di riabilitazione il codice Z50.8! *Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative*.

L'entità della limitazione funzionale al momento dell'ammissione deve essere rappresentata quale diagnosi secondaria attraverso i codici U50.- *Limitazione funzionale motoria* e U51.- *Limitazione funzionale cognitiva*. Tale codifica va effettuata unitamente alla rilevazione della valutazione da farsi tramite il capitolo AA.- CHOP (vedi paragrafo «Procedure»).

Se la riabilitazione interviene a seguito di un intervento chirurgico con impianto di dispositivi o di un trapianto di organi, vanno utilizzati come diagnosi secondaria i codici Z94.- *Stato dopo trapianto di organo o tessuto* o Z95 segg.

Esempi di codifica della diagnosi secondaria

Cardiovascolare

Un paziente entra in riabilitazione a causa di una cardiomiopatia dilatativa. All'ammissione, l'indice di Barthel ammonta a 68 punti, l'MMSE a 29 punti.

DP I42.0 Cardiomiopatia dilatativa

DS Z50.0! Riabilitazione cardiaca

DS Z94.1 Stato dopo trapianto cardiaco

DS U50.20 Indice di Barthel: 60-75 punti

DS U51.02 MMSE: 24-30 punti

Neurologica

Un paziente entra in riabilitazione dopo il trattamento in un reparto di cure acute stazionarie per un ictus embolico dell'arteria cerebrale media con deficit neurologici (emiplegia flaccida con disturbi del linguaggio e della deglutizione). All'ammissione viene rilevato un indice di Barthel pari a 27 punti. Sono accertati unicamente deficit cognitivi leggeri (MMSE: 28 punti).

DP	I63.4	Infarto cerebrale da embolia delle arterie cerebrali
DS	Z50.8!	Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative
DS	R47.0	Disfasia ed afasia
DS	G81.0	Emiplegia flaccida ed emiparesi
DS	U50.40	Grave limitazione funzionale motoria. Indice di Barthel: 20–35 punti
DS	U51.02	MMSE: 24–30 punti

Polmonare

Un paziente con fibrosi cistica è inviato dal proprio medico di famiglia in riabilitazione polmonare a causa del peggioramento di un'insufficienza cronica preesistente e documentata. Viene avviata una ventilazione meccanica a domicilio. All'ammissione, indice di Barthel pari a 80 punti, MMSE nella norma.

DP	E84.0	Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari
DS	J96.1-	Insufficienza respiratoria cronica non classificata altrove
DS	U50.10	Indice di Barthel: 80–95 punti
DS	U51.02	MMSE: 24–30 punti

Procedure**Per ogni caso di riabilitazione devono essere rilevate le tre seguenti informazioni****1) Prestazione di base CHOP BA – suddivisa secondo otto tipi di riabilitazione**

Una codifica per degenza, esclusi i cambiamenti di tipo di riabilitazione per ragioni mediche.

In caso di trasferimento interno o decesso del paziente o dimissione contro il parere del medico, la prestazione di base viene codificata anche se il trattamento di riabilitazione dura meno di sette giorni. La ragione va registrata nella variabile «Decisione dell'uscita» (1.5.V02).

2) Valutazioni – CHOP AA

Le misurazioni inerenti alle funzioni della vita quotidiana e alla multimorbilità vanno effettuate e documentate all'ammissione e alla dimissione.

Per la misurazione FIM® va registrato l'indice di Barthel ampliato (EBI) con il codice AA.11; la tabella di riconciliazione FIM-EBI è disponibile ai seguenti link:

- in tedesco: https://www.swissdrg.org/application/files/7915/4090/1364/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019.pdf
- in francese: https://www.swissdrg.org/application/files/7515/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_f.pdf
- in italiano: https://www.swissdrg.org/application/files/9115/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_i.pdf

Ciò riguarda i codici:

- AA.11.- - Indice di Barthel ampliato (EBI)
- AA.21.- - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
- AA.31.- - Test del cammino di 6 minuti
- AA.32 -- Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

La misurazione all'ammissione va fatta di norma entro tre giorni lavorativi* dal ricovero (giorno di entrata in clinica incluso). Analogamente, la misurazione alla dimissione va effettuata nei tre giorni lavorativi che precedono l'uscita (giorno di dimissione incluso).

* Per quanto riguarda il conteggio dei giorni lavorativi, si tenga conto che solo la domenica è considerata giorno festivo, mentre il sabato conta come giorno lavorativo.

3) Anche per il 2020 l'assegnazione dei casi ai gruppi di prestazioni (GPPO) ST Reha avviene tramite i seguenti codici CHOP per analogia:

I Limitazione funzionale del sistema nervoso	93.19 Esercizi, NAC
II Limitazione funzionale cardiovascolare	93.36.00 Riabilitazione cardiologica, NAS
III Limitazione funzionale polmonare	93.9A.00 Riabilitazione respiratoria, NAS
IV Altra limitazione funzionale	93.89.09 Riabilitazione, NAC

Ulteriori prestazioni ed indicazioni generali

– Prestazioni supplementari, se effettuate

CHOP BB.1 - Risorse supplementari nella riabilitazione (personale medico, infermieristico e terapeutico)

Questi codici consentono di rappresentare casi di trattamenti infermieristici e terapeutici riabilitativi particolarmente intensivi. Ciascuno di essi include prestazioni ben definite effettuate in aggiunta alla prestazione di base. Possono essere rappresentati otto ambiti di indicazione.

Per ogni prestazione sono definite le risorse minime e un numero di punti risorse al giorno. I punti risorse quotidiani vengono sommati ed è fissato un massimo di 10 punti al giorno.

La somma complessiva per degenza viene rappresentata con il codice CHOP BB.1-. Il trattamento infermieristico complesso 99.C1.- non va codificato in aggiunta.

– Procedure da codificare (elenco non esaustivo)

Tutte le procedure significative svolte in aggiunta alla terapia riabilitativa durante la degenza vanno codificate. Ciò include le procedure diagnostiche, terapeutiche e infermieristiche. Per essere considerate «significative» le procedure devono:

- essere di natura chirurgica oppure
- comportare un rischio operatorio oppure
- comportare un rischio anestesilogico oppure
- richiedere strumentazioni speciali, grandi apparecchiature (ad es. RMN) o una formazione particolare.

Trattamenti ambulatoriali esterni: se per un paziente stazionario sono effettuate prestazioni ambulatoriali esterne (ad es. RMN, dialisi, chemioterapia ecc.), queste vanno codificate nell'ambito del caso stazionario con la specifica «Trattamenti ambulatoriali esterni» (variabili 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036 ecc.).

Requisiti minimi

I requisiti minimi di una procedura indicati nell'indice sistematico della CHOP devono essere tutti soddisfatti e documentati in relazione al caso specifico. Note, osservazioni, inclusioni ed esclusioni devono essere osservate.

– Procedure da non codificare

Le procedure svolte di routine per la maggior parte dei pazienti con una determinata patologia non vanno codificate. Le risorse necessarie per tali procedure sono prese in conto nella diagnosi o nelle altre procedure effettuate. Se non è stata somministrata alcuna procedura significativa non va indicato un codice CHOP.

A titolo di esempio (elenco non esaustivo):

- esami radiologici convenzionali
- ECG (a riposo, di lunga durata o sotto sforzo)
- prelievo ematico ed esami di laboratorio
- terapie farmacologiche **ad eccezione di**
 - terapie citostatiche, immunoterapie, trombolisi, fattori della coagulazione, prodotti ematici
 - medicinali costosi (codice ATC).

Caso particolare della riabilitazione paraplegiologica

Il trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso (93.87) è possibile sia per la somatica acuta sia per la riabilitazione. Per tale ragione, per la riabilitazione paraplegiologica non viene codificata alcuna prestazione di base del capitolo 18 CHOP. Le risorse infermieristiche sono rilevate con il codice 99.C1. - *Trattamento infermieristico complesso* e non con il codice BB.1- *Risorse supplementari nella riabilitazione*.

Vengono registrati:

- Il codice 93.87 Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso
- Misurazioni inerenti le funzioni della vita quotidiana e la multimorbilità – CHOP AA
- L'assegnazione ai gruppi di prestazioni ST Reha nel quadro di una limitazione funzionale del sistema nervoso 93.19 Esercizi, NAC (solo per il 2019 e il 2020)
- Altre prestazioni da codificare:
 - o 99.C1 Trattamento infermieristico complesso
 - o 93.9F Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria
 - o Altre

Esempi e spiegazioni

DP	HB Prestazioni di base (BA) = 8 tipi di riabilitazione o riabilitazione paraplegiologica (93.87)
Diagnosi principale = diagnosi che richiede una riabilitazione	BA.1 Riabilitazione neurologica BA.2 Riabilitazione psicosomatica BA.3 Riabilitazione polmonare BA.4 Riabilitazione cardiologica BA.5 Riabilitazione muscoloscheletrica BA.6 Riabilitazione internistica o oncologica BA.7 Riabilitazione pediatrica BA.8 Riabilitazione geriatrica 93.87- Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso

Negli esempi che seguono, vanno codificati quale diagnosi secondaria U50. - e/o U51. - secondo la documentazione medica.

Esempio 1: riabilitazione neurologica

Un paziente viene trasferito in riabilitazione stazionaria a seguito di un infarto dell'arteria cerebrale media con emiplegia flaccida. Quale diagnosi secondaria sussiste una cardiopatia coronarica di due vasi trattata a livello farmacologico. Dal punto di vista infermieristico, il paziente necessita di risorse supplementari documentate che eccedono la prestazione di base di 73 punti risorse. Inoltre, nel corso della riabilitazione, viene effettuata una visita a domicilio per accertare la situazione domestica e stabilire ulteriori obiettivi di riabilitazione e misure.

DP	I63.4	Infarto cerebrale da embolia delle arterie cerebrali
DS	Z50.8!	Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative
DS	G81.0	Emiplegia flaccida ed emiparesi
DS	I25.12	Cardiopatia aterosclerotica: malattia di due vasi
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.1	Riabilitazione neurologica
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	BB.18	Risorse supplementari nella riabilitazione, da almeno 71 a 80 punti risorse
TS	93.89.D2	Visita diagnostica a domicilio quale parte degli accertamenti riabilitativi acuti o riabilitativi, durata da più di 4 ore a 6 ore
LB	93.19	Esercizi, NAC

Esempio 2: riabilitazione psicosomatica

Un paziente entra in riabilitazione stazionaria a causa di dolori alla schiena persistenti di origine non chiara che non possono essere tenuti sotto controllo in setting ambulatoriale. Vengono trattati, secondo documentazione, un uso eccessivo di antidolorifici e di sonniferi nonché un episodio depressivo diagnosticato nel corso della riabilitazione.

DP	F45.0	Disturbo da somatizzazione
DS	M54.5	Dolore lombare
DS	F32.9	Episodio depressivo non specificato
DS	F13.1	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici: abuso nocivo
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
ND	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.2	Riabilitazione psicosomatica
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
LB	93.89.09	Riabilitazione, NAC

Esempio 3: riabilitazione polmonare

Ammissione di un paziente afflitto da pneumopatia cronica ostruttiva di grado Gold III provocata da abuso di nicotina annoso e persistente con infezione acuta delle vie respiratorie inferiori. Ulteriori diagnosi secondarie secondo la documentazione medica.

Dato il protrarsi della terapia antibiotica e il verificarsi di occasionali sensazioni di soffocamento, viene praticata una broncoscopia con lavaggio broncoalveolare. In presenza di insufficienza respiratoria, a sostegno della respirazione, si esegue una ventilazione CPAP per tre giorni. Sul versante infermieristico e terapeutico il paziente partecipa a coaching di stop al fumo e di terapia respiratoria. La terapia respiratoria quotidiana intensiva richiede risorse supplementari documentate per 35 punti risorse.

DP	J44.01	Pneumopatia ostruttiva cronica con infezione acuta delle vie respiratorie inferiori VEMS1 \geq 35 % e $<$ 50 % del valore normale
DS	Z50.8!	Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative
DS	F17.1	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco: abuso nocivo
DS	J96.99	Insufficienza respiratoria non specificata
DS	I10.90	Ipertensione essenziale, non specificata: senza menzione di crisi ipertensiva
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.3	Riabilitazione polmonare
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	AA.31	Test del cammino di 6 minuti
TS	BB.14	Risorse supplementari nella riabilitazione, da almeno 31 a 40 punti risorse
TS	33.24.11	Tracheobroncoscopia (flessibile) (rigida) con lavaggio broncoalveolare
TS	93.9G.11	Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, CPAP, impostazione iniziale, fino a 3 giorni
GPPO	93.9A.00	Riabilitazione respiratoria, NAS

Esempio 4: riabilitazione cardiologica

Trasferimento di un paziente da reparto di cure acute dopo infarto subendocardico in presenza di coronaropatia di due vasi. Il paziente soffre di obesità morbida rilevante per il trattamento.

DP	I21.4	Infarto miocardico acuto subendocardico
DS	Z50.0!	Riabilitazione cardiaca
DS	I25.12	Cardiopatia aterosclerotica, malattia di due vasi
DS	E66.89	Obesità non specificata
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.4	Riabilitazione cardiologica
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
GPPO	93.36.00	Riabilitazione cardiologica, NAS

Esempio 5: riabilitazione muscoloscheletrica

Un paziente viene inviato dal medico di famiglia in riabilitazione stazionaria con artrosi al ginocchio post-traumatica associata a dolori lombari in fase di scarico. Nel trattamento stazionario confluiscono l'accertamento e il trattamento delle malattie concomitanti. La terapia è centrata sul trattamento analgesico accompagnato da ricondizionamento muscolare.

DP	M17.3	Altre gonartrosi post-traumatiche
DS	M54.5	Dolore lombare
DS	E11.90	Diabete mellito, tipo 2: senza complicazioni, non menzionato come scompensato
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.5	Riabilitazione muscoloscheletrica
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
GPPO	93.89.09	Riabilitazione, NAC

Esempio 6: riabilitazione internistica o oncologica

Un paziente con carcinoma bronchiale del lobo superiore e rigonfiamento dei linfonodi in diverse regioni entra in riabilitazione stazionaria dopo il ricovero in un ospedale per cure acute. La chemioterapia iniziata nel reparto di cure acute viene portata avanti. L'obiettivo del trattamento è migliorare la funzionalità corporea (ricondizionamento). Nel corso della degenza, nell'ospedale per cure acute ha luogo una discussione interdisciplinare del caso in assenza del paziente cui partecipano i medici della struttura riabilitativa.

DP	C34.1	Tumore maligno: lobo o bronco superiore
DS	Z50.8!	Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative
DS	C77.8	Linfonodi di regioni multiple Metastasi linfonodali di regioni multiple*
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.6	Riabilitazione internistica o oncologica
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	89.93 Ambulatoriale esterno	Colloquio interdisciplinare per casi oncologici (tumor board)
GPPO	93.89.09	Riabilitazione, NAC

Esempio 7: riabilitazione pediatrica

Ammissione di un bambino a seguito di encefalomielite per la riabilitazione in presenza di disfunzioni cerebrali organiche residue dovute alla malattia con deficit funzionali e crisi epilettiche recidivanti. Il trattamento infermieristico e terapeutico richiede notevoli risorse supplementari quantificate, secondo documentazione, in 139 punti risorse. Per condurre la riabilitazione sono eseguite periodicamente misure diagnostiche.

DP	G04.9	Encefalite, mielite ed encefalomielite non precisate
DS	Z50.8!	Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative
DS	G40.8	Altre epilessie
DS	F06.8	Altri disturbi mentali organici non precisati dovuti a lesione o disfunzione cerebrale o a malattia somatica
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.7	Riabilitazione pediatrica
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	BB.1C	Risorse supplementari nella riabilitazione, da almeno 101 a 150 punti risorse
GPPO	93.89.09	Riabilitazione, NAC

Esempio 8: riabilitazione geriatrica

Un paziente polimorbido entra in riabilitazione dopo il trattamento in ospedale per cure acute con dolori alla schiena associati a irradiazioni radicolari dolorose e manifestazione iniziale di paralisi. Codifica delle diagnosi secondarie secondo la documentazione medica.

Nel corso della riabilitazione, viene effettuata una visita a domicilio per accertare la situazione domestica e per stabilire gli obiettivi e le ulteriori misure riabilitative.

DP CDP (Complemento alla diagnosi principale)	M48.06 G55.3*	Stenosi del canale midollare: zona lombare. Compressioni delle radici nervose e dei plessi in altre malattie della colonna e dorsopatie (M45-M46 †, M48.- †, M53-M54 †)
DS	Z50.8!	Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative
DS	E03.9	Ipotiroidismo non specificato
DS	I50.13	Insufficienza ventricolare sinistra con disturbi su sforzo lieve
DS	E11.72†	Diabete mellito, tipo 2: con altre complicazioni multiple, non menzionato come scompensato
DS	G63.2*	Polineuropatia diabetica
DS	N08.3*	Disturbi glomerulari in diabete mellito
DS	N18.3	Malattia renale cronica, stadio 3
DS	I10.00	Iperensione essenziale benigna: senza menzione di crisi ipertensiva
DS	E44.1	Malnutrizione proteico-energetica di grado lieve
DS	E55.9	Deficit di vitamina D non specificata
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.8	Riabilitazione geriatrica
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	93.89.D2	Visita diagnostica a domicilio quale parte degli accertamenti riabilitativi acuti o riabilitativi, durata da più di 4 ore a 6 ore
GPPO	93.89.09	Riabilitazione, NAC

Allegato

Diabete mellito scompensato

Il **quinto carattere** si codifica nel seguente modo:

- 0 *diabete mellito definito come non scompensato*
- 1 *diabete mellito definito come scompensato*
- 2 *diabete mellito con complicanze multiple, definito come non scompensato*
- 3 *diabete mellito con complicanze multiple, definito come scompensato*
- 4 *diabete mellito con sindrome del piede diabetico, non definito come scompensato*
- 5 *diabete mellito con sindrome del piede diabetico, definito come scompensato*

A questo proposito si deve tener conto che dal punto di vista medico non tutte le combinazioni del codice a quattro caratteri hanno senso con un quinto livello. La glicemia misurata al momento del ricovero non è un valido indicatore di controllo per la diagnosi di «diabete mellito scompensato», sia per il diabete mellito di tipo 1, sia per quello di tipo 2. La classificazione «scompensato» o «compensato» viene generalmente effettuata dopo valutazione dell'intero decorso del trattamento (in modo retrospettivo). Il termine «scompensato» si riferisce quindi alla situazione metabolica.

Alcuni criteri per il diabete mellito scompensato (in accordo con la Società svizzera di endocrinologia e diabetologia):

- ipoglicemia recidivante inferiore a 3 mmol/l con sintomi, con 3 misurazioni glicemiche al giorno e adeguamento della terapia, o
- glicemia con forti oscillazioni (diff. almeno 5 mmol/l) con 3 misurazioni glicemiche al giorno e adeguamento della terapia, o
- HbA1C chiaramente elevata (>9%) nel corso degli ultimi 3 mesi e 3 misurazioni glicemiche al giorno, e/o
- almeno 3 volte valori >15 mmol/l con diversi adeguamenti della terapia
- valori <15 mmol/l ma controllo impegnativo con più di 3 misurazioni glicemiche al giorno per diversi giorni e iniezioni integrative documentate.

Alcune diagnosi che possono rientrare nel quadro clinico della sindrome del piede diabetico:

1. Infezione e/o ulcera

Ascesso cutaneo, foruncolo e favo degli arti	L02.4
Cellulite delle dita dei piedi	L03.02
Cellulite dell'arto inferiore	L03.11

Nota: nei seguenti codici a quattro caratteri della categoria L89.– *Ulcera da decubito e area di pressione*, il quinto carattere codifica la localizzazione dell'area di pressione (vedi ICD-10-GM).

<i>Ulcera da decubito e area di pressione stadio I</i>	L89.0–
<i>Ulcera da decubito e area di pressione stadio II</i>	L89.1–
<i>Ulcera da decubito e area di pressione stadio III</i>	L89.2–
<i>Ulcera da decubito e area di pressione stadio IV</i>	L89.3–
<i>Ulcera da decubito e area di pressione, non specificata</i>	L89.9–
<i>Ulcera di arto inferiore non classificata altrove</i>	L97
<i>Ulcera cronica della cute non classificata altrove</i>	L98.4
<i>Osteomielite</i>	M86.–

2. Angiopatia periferica

<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, senza dolore</i>	I70.20
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolore ischemico indotto da sforzo, tratto di strada 200 m e più</i>	I70.21
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolore ischemico indotto da sforzo, tratto di strada meno di 200 m</i>	I70.22
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolore ischemico a riposo</i>	I70.23
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con ulcera</i>	I70.24
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con gangrena</i>	I70.25

3. Neuropatia periferica

<i>Polineuropatia diabetica</i>	G 63.2*
<i>Neuropatia del sistema nervoso autonomo in malattie endocrine e metaboliche</i>	G 99.0*

4. Deformazioni

<i>Alluce valgo (acquisito)</i>	M20.1
<i>Alluce rigido</i>	M20.2
<i>Altra deformazione dell'alluce (acquisita)</i>	M20.3
<i>Altro(e) dito(a) del piede a martello (acquisito(e))</i>	M20.4
<i>Altre deformazioni di dito(a) del piede (acquisite)</i>	M20.5
<i>Deformazione in flessione, caviglia e piede</i>	M21.27
<i>Piede cadente (acquisito), caviglia e piede</i>	M21.37
<i>Piede piatto [pes planus] (acquisito)</i>	M21.4
<i>Piede ad artiglio e piedi torti acquisiti, caviglia e piede</i>	M21.57
<i>Altre deformazioni acquisite della caviglia e del piede</i>	M21.67
<i>Altre deformazioni acquisite degli arti specificate, della caviglia e del piede</i>	M21.87

5. Precedenti amputazioni

Mancanza acquisita del piede e della caviglia, monolaterale

Dito(a) del piede, anche bilaterale

Z89.4

Mancanza acquisita di una gamba sotto il ginocchio, monolaterale

Z89.5

Mancanza acquisita di una gamba, sopra il ginocchio, monolaterale

Z89.6

Mancanza (parziale) acquisita di entrambi gli arti inferiori

Z89.7

Escluso: Mancanza isolata di dito(a) del piede, bilaterale (Z89.4)

HIV / AIDS: Classificazione CDC (1993)

Le categorie di laboratorio da 1 a 3

- 1: 500 e più linfociti CD4/ μ l
- 2: 200 – 499 linfociti CD4/ μ l
- 3: Meno di 200 linfociti CD4/ μ l

Le categorie cliniche da A a C

Categoria A

- Infezione da HIV asintomatica
- Linfadenopatia generalizzata persistente
- Malattia acuta sintomatica (primaria) da HIV (anche anamnestic)

Categoria B

Sintomi o malattie che non rientrano tra le malattie definenti l'AIDS della categoria C, ma attribuibili all'infezione da HIV o a un disturbo della risposta immunitaria cellulo-mediata:

- Angiomatosi bacillare
- Candidosi orofaringea
- Candidosi vulvovaginale persistente (più di un mese) o resistente al trattamento
- Displasia cervicale o carcinoma in situ
- Sintomi costituzionali come febbre $>38,5$ °C o diarrea persistente da più di un mese
- Leucoplachia orale villosa
- Herpes zoster con interessamento di più dermatomeri o recidivante in un dermatomero
- Porpora trombocitopenica idiopatica
- Listeriosi
- Malattia infiammatoria pelvica (PID), in particolare su complicazioni di un ascesso tuberico o ovarico
- Neuropatia periferica

Categoria C (malattie definenti l'AIDS)

- Polmonite da *Pneumocystis jirovecii*
- Encefalite da toxoplasma
- Candidosi esofagea o candidosi di trachea, bronchi o polmoni
- Herpes simplex cronico, ulcera o bronchite o polmonite o esofagite da herpes
- Retinite da CMV
- Infezioni generalizzate da CMV (sedi diverse da fegato o milza)
- Setticemia da salmonelle ricorrente
- Polmonite ricorrente nell'arco di un anno
- Criptococcosi extrapolmonare
- Criptosporidiosi cronica intestinale
- Infezione cronica intestinale da *Isospora belli*
- Istoplasmosi disseminata o extrapolmonare
- Tubercolosi
- Infezione da *Mycobacterium avium complex* o *M. kansasii*, disseminata o extrapolmonare
- Sarcoma di Kaposi
- Linfomi maligni (linfoma di Burkitt, linfoma immunoblastico o linfoma primario cerebrale)
- Carcinoma cervicale invasivo
- Encefalopatia da HIV
- Leucoencefalopatia multifocale progressiva (PML)
- Wasting syndrome

Malnutrizione

Definizione degli stadi della malnutrizione negli adulti

- **E43 Grave malnutrizione proteico-energetica non specificata**

Una malnutrizione grave è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score complessivo NRS (Nutritional Risk Screening*) pari almeno a 5

e

- BMI < 18,5 kg/m² con condizioni generali ridotte

oppure

- perdita di peso involontaria >5% in 1 mese e condizioni generali ridotte

oppure

- involontariamente l'apporto alimentare** è stato praticamente nullo nell'ultima settimana (0–25% del fabbisogno), il che corrisponde a un peggioramento dello stato nutrizionale di grado 3).

- **E44.0 Malnutrizione proteico-energetica di grado moderato**

Una malnutrizione moderata è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score NRS complessivo pari almeno a 4

e

- BMI 18.5 – 20,5 kg/m² con condizioni generali ridotte

oppure

- perdita di peso involontaria >5% in 2 mesi e condizioni generali ridotto

oppure

- involontariamente l'apporto alimentare è stato inferiore alla metà del fabbisogno nell'ultima settimana (25–50% del fabbisogno), il che corrisponde a un peggioramento dello stato nutrizionale di grado 2).

- **E44.1 Malnutrizione proteico-energetica di grado lieve**

Una malnutrizione lieve è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score NRS complessivo pari almeno a 3

e

- perdita di peso involontaria >5% in 3 mesi

oppure

- involontariamente l'apporto alimentare è stato meno il 50–75% del fabbisogno nell'ultima settimana, il che corrisponde a un peggioramento dello stato nutrizionale di grado 1).

Tabella esplicativa della classificazione della diagnosi di malnutrizione CIM:

Grado di peggioramento dello stato nutrizionale		1	2	3
Score NRS complessivo*	≥ 5	E44.1	E44.0	E43
	4	E44.1	E44.0	E44.0
	3	E44.1	E44.1	E44.1

* Adatto da Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002. Clin Nutr (2003); 22(3): 321 – 336

** L'apporto alimentare comprende ogni forma di nutrizione (parenterale, enterale, per os).

Definizione degli stadi della malnutrizione nei bambini

Le definizioni valgono per i bambini e gli adolescenti da 1 a 16 anni di età. Nei lattanti (0-12 mesi) non è applicabile il PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score*) e per la diagnosi è sufficiente che sia soddisfatto uno dei tre criteri restanti.

• **E43 Grave malnutrizione proteico-energetica non specificata**

Una malnutrizione grave è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score complessivo PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) pari almeno a **4 più uno dei seguenti 3 criteri:**

- a) fino a 120 cm: peso per l'altezza ≥ -3 SD (standard deviation) z-score o $<P$ 0.5 nelle curve percentili dell'OMS e condizioni generali ridotte;
- b) da 120–175 cm (maschi) e 120–163 cm (femmine): peso atteso per l'altezza (classificazione Wellcome) $<70\%$ e condizioni generali ridotte;
- c) da 175 cm (maschi) e 163 cm (femmine): BMI ≥ -3 SD z-score rispetto al valore atteso per l'età e il sesso o $<P$ 0.5 nelle curve percentili dell'OMS e condizioni generali ridotte;

oppure

perdita di peso involontaria $\geq 10\%$ e condizioni generali ridotte;

oppure

riduzione involontaria dell'apporto alimentare nell'ultima settimana (tra lo 0 e il 25% del fabbisogno).

• **E44.0 Malnutrizione proteico-energetica di grado moderato**

Una malnutrizione moderata è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score complessivo PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) pari almeno a **3 e in più uno dei seguenti 3 criteri:**

- a) fino a 120 cm: peso per l'altezza -2 fino a $-2,9$ SD (standard deviation) z-score o $<P$ 3 nelle curve percentili dell'OMS e condizioni generali ridotte;
- b) da 120–175 cm (maschi) e 120–163 cm (femmine): peso atteso per l'altezza (classificazione Wellcome) $70-79\%$ e condizioni generali ridotte;
- c) da 175 cm (maschi) e 163 cm (femmine): BMI -2 fino a $-2,9$ SD z-score rispetto al valore atteso per l'età e il sesso (percentili del BMI) e condizioni generali ridotte;

oppure

perdita di peso involontaria $\geq 7,5\%$ e condizioni generali ridotte;

oppure

riduzione involontaria dell'apporto alimentare nell'ultima settimana (tra il 26 e il 50% del fabbisogno).

- **E44.1 Malnutrizione proteico-energetica di grado lieve**

Una malnutrizione lieve è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score complessivo PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) pari almeno a 2 **e in più uno dei seguenti 3 criteri:**
 - a) fino a 120 cm: peso per l'altezza -1 fino a $-1,9$ SD (standard deviation) z-score o $<P$ 16 nelle curve percentili dell'OMS e condizioni generali ridotte;
 - b) da 120–175 cm (maschi) e 120–163 cm (femmine): peso atteso per l'altezza (classificazione Wellcome) 80–89% e condizioni generali ridotte;
 - c) da 175 cm (maschi) e 163 cm (femmine): BMI -1 fino a $-1,9$ SD z-score rispetto al valore atteso per l'età e il sesso e condizioni generali ridotte;

oppure
perdita di peso involontaria $\geq 5\%$ e condizioni generali ridotte;

oppure
riduzione involontaria dell'apporto alimentare nell'ultima settimana (tra il 51 e il 75% del fabbisogno)

Indice alfabetico

A		
Abbreviazioni	10	
Aborto	145	
ACS (acute coronary syndrom)	126	
Adattamento		
– apparecchio acustico	124	
Aderenze (peritoneale)	138	
AIDS	94	
Allegato	195	
– classificazione CDC	200	
– diabete mellito scompensato	195	
– HIV / AIDS categorie	200	
– malnutrizione	202	
Angina pectoris	126	
Apparato		
– digerente	138	
– genitourinario	141	
Apparecchio acustico	124	
Appendicite	138	
Arresto cardiaco	132	
Artroscopia	74	
Asfissia durante la nascita	162	
Atonia uterina ed emorragie	155	
Avvelenamenti	166	
– da farmaci, droghe e sostanze biologiche	179	
– da farmaci e alcol	182	
– da farmaci prescritti e non prescritti	182	
– sovradosaggio di insulina	180	
B		
Batteriemia	85	
Bilaterali		
– procedure	79	
C		
Cardiopatía		
– ipertensiva	125	
– valvolare	130	
Cardiopatía ischemica		
– angina pectoris	126	
– infarto miocardico acuto	126	
– infarto miocardico progressivo	126	
– infarto miocardico recidivante	126	
– reinfarto	126	
– sindrome coronarica acuta	126	
– trattata con terapie chirurgiche (stent/bypass)	127	
Caso di trattamento		
– definizioni		30
Catetere peritoneale		
– posa		143
– rimozione		143
Cause esterne		183
Chemioterapia		107
Chirurgia plastica		140
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		183
– codice Z		184
– combinati		52
– con punto esclamativo («!»)		42
– daga (+)-asterisco (*)		40
Codifica		
– eseguire una codifica corretta		28
Colpo apoplettico		
– acuto		119
– disturbi funzionali		119
– pregresso		119
Complicanze		
– cicatrice uterina		150
– della gravidanza		150
– dell'ferita aperta		170
– motilità fetale ridotta		150
– posizioni e presentazioni anomale del bambino		150
Controllo		
– di trapianto cardiaco		131
– dopo tumore		102
Contusione ossea		167
Convalescenza		63
Convulsioni febbrili		163
Corrosioni		
– superficie corporea		178
CPAP		

– adulti, bambini, adolescenti	136	– principale, scelta della diagnosi principale	31
– controllo dell’ottimizzazione	136	– secondarie, definizione	34
– impostazione iniziale	136	– secondarie, sequenza	34
– neonati e lattanti	136	– sospetta, esclusione della diagnosi sospetta	49
Croup		– sospetta, nessuna formulazione di diagnosi	49
– pseudocroup	97	– sospetta probabile	49
– sindrome da croup	97	– sospetta, trasferimento altro ospedale	50
– vero	97	– unilaterali	39
Cure palliative	32	Dialisi	141
– tumori	107	– catetere peritoneale	143
		– fistola arteriovenosa	143
		– shunt arteriovenoso	143
D		Disfagia	163
Daga (+) - asterisco (*)	40	Disidratazione	
Data del trattamento	71	– nella gastroenterite	139
Defibrillatore		Disturbi	
– cambio di un aggregato	131	– della coagulazione durante la gravidanza	150
– complicanze	131	– della secrezione interna/pancreas	115
Definizioni		– dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	53
– aborto	144	– iatrogeni	53
– caso di trattamento	30	Disturbi psichici e comportamentali	
– Complemento alla diagnosi principale	33	– da uso di sostanze psicoattive	118
– Diagnosi principale	31	– da uso droghe, farmaci, alcol, nicotina	118
– durata della gestazione	144	– Intossicazione acuta accidentale	118
– Esclusiva	21	– Intossicazione acuta non accidentale	118
– feto morto	144	– ubriacatura	118
– nato vivo	144	– uso dannoso (alcol, droghe)	118
– parto a termine	144	Documentazione	
– parto post-termine	144	– delle diagnosi	29
– parto pre-termine	144	– delle procedure	29
– periodo del secondamento	144	Donazione dopo morte cerebrale	82
– periodo perinatale e neonatale	156	Durata della gravidanza	152
– periodo postplacentare	144		
– puerperio	144	E	
– Trattamenti secondari	36	Edema polmonare	
– Trattamento principale	36	– acuto	132
Diabete mellito		Effetti collaterali di farmaci	
– categorie	108	– assunti secondo prescrizione	181
– come diagnosi principale	109	– assunzione non prescritta	182
– come diagnosi secondaria	111	Emodialisi	141
– con complicanze	109	Emorragia	
– con complicanze renale	112	– e atonia uterina	155
– con malattie oculari	112	– gastrointestinale	139
– con neuropatia	113	– postparto	155
– con sindrome del piede diabetico	114	Encefalopatia ipossico-ischemica	161
– con sindrome metabolica	115	Endoscopia	74
– diversi tipi	108	– passare a cielo aperto	76
– durante la gravidanza	148	Episodio acuto	
– regole per la codifica	109	– di una malattia cronica	51
Diagnosi		Esiti di	44
– bilaterali	39	Esito del parto	152
– differenziali	29		
– dolore acuto	164	F	
– dolore cronico	164	Falso travaglio	154
– dolore intrattabile	164	Ferite	
– localizzazioni multiple	39	– aperta con complicanze	170
– principale, definizione	31	– aperte	168

Fibrosi cistica	115	Impianti mammari	
Fistola arteriovenosa		– rimozione	140
– posa	143	Incontinenza	163
– rimozione	143	Infarto miocardico	
Follow-up pianificati	46	– acuto	126
Frattura		– pregresso	127
– aperta con traumatismo intracranico, intratoracico o intraddominale	168	– recidivante	126
– con lesioni dei tessuti molli	166	– reinfarto	126
– con lussazione	167	Infezioni del tratto genitourinario	
– con sede identica o differente	167	– durante la gravidanza	148
– vertebrali	176	Inizio del trattamento (ora)	71
G		Insuccesso	
Gastrite		– di un trapianto di cornea	123
– con ulcera gastrica	138	– o rigetto del trapianto	82
Gastroenterite		Insufficienza	
– con disidratazione	139	– renale acuta	142
Gravidanza		– renale iatrogena	142
– aborto	145	– respiratoria	137
– cicatrice uterina	150	Intervento	
– complicanze	150	– artroscopici	74
– conclusione precoce	145	– bilaterali	79
– definizioni	144	– chirurgico dopo dimagrimento	140
– diabete mellito	148	– chirurgico, dopo dimagrimento	140
– durata	152	– chirurgico non eseguito	61
– durata prolungata	154	– combinato	75
– ectopica con complicanze	145	– complesso	75
– infezioni del tratto genitourinario	148	– di follow-up pianificati	46
– malattie	148	– endoscopice	74
– malattie del fegato	148	– eseguiti parzialmente	76
– molare con complicanze	145	– interrotto	76
– motilità fetale ridotta	150	– laparoscopici	74
– plurigemellare	153	– panendoscopici	74
– posizioni e presentazioni anomale del bambino	150	– per fattori di rischio	107
– protratta	154	– per profilassi	107
– terminazione precoce, feto morto	147	– ricostruttivo per mutilazione genitale femminile	142
– terminazione precoce, nato vivo	147	Intossicazione	
H		– acuta accidentale	118
HIV		– acuta non accidentale	118
– asintomatica	94	– ubriacatura	118
– categorie	95	Introduzione versione 2020	9
– complicante gravidanza, parto, puerperio	95	Intubazione	
– malattia associata	95	– senza ventilazione meccanica	136
– messa in evidenza con laboratorio	94	Ipertensione	
– sequenza e scelta dei codici	96	– con cardiopatia ipertensiva	125
– sindrome da infezione acuta	94	– con malattia ipertensiva cardiaca e renale	125
I		– con malattia renale ipertensiva	125
ICD-10-GM		Ipoacusia	124
– convenzioni tipografiche e abbreviazioni	20	L	
– indice alfabetico	19	Laparoscopia	74
– introduzione	16	– passare a cielo aperto	76
– lista sistematica	17	Lateralità	
– storia	16	– delle diagnosi	39
– struttura	16	– delle procedure	71
		Lesioni	
		– dei tessuti molli	166
		Linfangiosi carcinomatosa	106

Linfomi	106	– tachipnea transitoria	161
Lussazione		– terapia parenterale	160
– con lesioni dei tessuti molli	166	Neoplasie	98
– con sede identica o differente	167	– chemioterapia e radioterapia	107
– vertebrali	176	– complicanze dopo a procedure diagnostiche o terapeutiche	101
M		– con attività endocrina	103
Malattia		– controlli	102
– che hanno origine nel periodo perinatale	158	– cura del tumore che delle metastasi	101
– croniche con episodio acuto	51	– cure palliative	107
– del fegato durante la gravidanza	148	– del sistema ematopoietico/linfatico	99
– dell'apparato digerente	138	– diagnosi soltanto mediante biopsia	101
– dell'apparato genitourinario	141	– diagnosticare un tumore primitivo	100
– delle membrane ialine	160	– escissione estesa	101
– dell'occhio e degli annessi oculari	123	– lesioni contigue	104
– dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	124	– linfangiosi carcinomatosa	106
– del sistema circolatorio	125	– linfomi	106
– del sistema nervoso	119	– nell'indice alfabetico	98
– del sistema respiratorio	133	– recidiva	103
– dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	53	– remissione di malattie maligne immunoproliferative e leucemie	105
– durante la gravidanza	148	– scelta e ordinamento delle diagnosi	100
– endocrine, nutrizionali e metaboliche	108	– sedi multiple	103
– iatrogeni	53	– sospetto di tumore o metastasi	102
– incombente	48	– terapia sistemica	101
– infettiva e parassitaria	85	Neurostimolatore	
– renale ipertensiva	125	– impianto	122, 165
Malnutrizione		– rimozione	122, 165
– negli adulti	116	Nozioni generali G00 – G56	11
– nei bambini	117	O	
– stadi negli adulti	202	Occhio e degli annessi oculari	123
– stadi nei bambini	203	Occlusione	
Mancanza di	44	– di stent o bypass coronarico	128
Manutenzione		Orecchio e apofisi mastoide	124
– apparecchio acustico	124	Ostetricia	144
Minaccia o malattia incombente	48	P	
Mutilazione genitale femminile		Pacemaker	131
– intervento ricostruttivo	142	– cambio di aggregato	131
N		– complicanze	131
Nato		– permanente	131
– morto	160	Pancreas	
Neonato		– disturbi della secrezione interna	115
– asfissia durante la nascita	162	Panendoscopia	74
– condizioni morbose di origine periodo perinatale	158	Paraplegia non traumatica	
– definizioni	156	– fase iniziale (acuta)	120
– encefalopatia ipossico-ischemica	161	– fase tardiva (cronica)	120
– fototerapia	160	Paraplegia traumatiche	
– malattia delle membrane ialine	160	– fase acuta – immediatamente post-traumatica	173
– nato morto	160	– fase acuta – trasferimento del paziente	174
– periodo perinatale e neonatale	156	– fase cronica	175
– profilassi postesposizione	158	Parto	
– record medico	156	– atonia uterina ed emorragie	155
– sani, da madre diabetica	159	– attribuzione della diagnosi principale	151
– scelta della diagnosi principale	156	– cicatrice uterina	150
– sindrome di aspirazione imponente	161		
– sindrome dispnoica neonatale	161		

– complicanze	150	R	
– definizioni	144	Radioterapia	107
– esito del parto	152	Raggruppamenti di casi	30
– falso travaglio	154	Recidiva (tumore)	103
– motilità fetale ridotta	150	Record medico	
– plurigemellare	153	– record gruppo di pazienti	14
– posizioni e presentazioni anomale del bambino	150	– record minimo	14
– pretermine	154	– record neonati	14
– prima del ricovero in ospedale	153	– record psichiatria	14
– regole speciali	151	– record supplementari	14
– singolo con forcipe	152	Regole di codifica generali	
– singolo con taglio cesareo	152	– per le malattie/diagnosi D00 – D16	37
– singolo con ventosa	152	– per le procedure P00 – P11	71
– singolo vaginale spontaneo	151	Regole di codifica speciali S0100 – S2100	85
– taglio cesareo	152	Reinterventi	80
– travaglio pretermine	154	– su cuore e pericardio	80, 132
– travaglio prolungato	155	Remissione	
Paziente in attesa	30	– di malattie maligne immunoproliferative e leucemie	105
Perdita di coscienza		Respirazione a pressione positiva continua CPAP	
– correlata a un traumatismo	171	– adulti, bambini, adolescenti	136
– non correlata a un traumatismo	121	– neonati e lattanti	136
Perdita improvvisa dell'udito	124	Revisione	
Periodo neonatale		– di cuore e pericardio	80
– definizione	156	– di una cicatrice	140
Periodo perinatale		– di un campo operatorio	80
– condizioni morbose di origine	158	– su cuore e pericardio	132
– definizione	156	Riabilitazione	63, 185
Posizioni e presentazioni anomale del bambino	150	Riammissione entro 18 giorni	69
Prelievo di tessuto		Riapertura di laparotomia recente	80
– donazione da vivente	81	Riapertura di toracotomia	80
– esame di donatore	81	Rigetto	
– per trapianto	81	– del trapianto	82
– post mortem	82	– di un trapianto di cornea	123
Prelievo d'organo		Rimozione	
– donazione da vivente	81	– catetere peritoneale	143
– esame di donatore	81	– di impianti mammari	140
– per trapianto	81	– fistola arteriovenosa	143
– post mortem	82	– shunt arteriovenoso	143
Presenza di	44	Risultati anormali	37
Procedure		S	
– abituale	73	Scelta della diagnosi principale	31
– che non vanno codificate	73	– in caso di riammissione entro 18 giorni	69
– che vanno codificate	72	Sepsi	86
– data del trattamento	71	– associata con capitolo XV (0)	86
– eseguita parzialmente	76	– nel bambino	88
– eseguite più volte	77	– nell'adulto	86
– importanti	72	– sequenza dei codici	89
– inizio del trattamento (ora)	71	Sequela	45
– interrotti	76	Shock settico	88
– lateralità	71	Shunt arteriovenosa	
– non eseguita	61	– posa	143
– post mortem	73	– rimozione	143
Profilassi postesposizione		Sindrome	60
– neonati sani	158	– come diagnosi secondaria	60
Punto esclamativo («!»)	42	– congenita	60

– coronarica acuta	126	– per continuazione delle cure	63
– del piede diabetico	114	– per convalescenza	63
– di aspirazione imponente	161	– per cure	65
– dispnoica neonatale	160	– per riabilitazione	63
– metabolica	115	Trattamenti secondari	
Sintomi		– definizione	36
– come diagnosi principale	38	– sequenza	36
– come diagnosi secondarie	38	Trattamento	
– convulsioni febbrili	163	– dopo trasferimento per continuazione delle cure	63
– disfagia	163	Trattamento principale	
– incontinenza	163	– definizione	36
– segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio	163	Traumatismi	166
SIRS	93	– aperte	168
Sistema		– aperto, interessamento vasi sanguigni, nervi, tendini	168
– circolatorio	125	– aperto, intracranico, intratoracico, intraddominale	168
– nervoso	119	– con perdita di coscienza	171
– respiratorio	133	– del midollo spinale	173
Sordità	124	– multipli	177
Sospetto		– superficiali	166
– di tumore/metastasi	102	Travaglio pretermine	154
Sovradosaggio di insulina	180	Trombosi	
Statistica medica e codifica medica		– di stent o bypass coronarico	128
– anonimizzazione dei dati	13	Tumori	
– basi giuridiche	12	– chemioterapia e radioterapia	107
– obiettivi della statistica medica	13	– complicanze dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	101
– organizzazione	12	– con attività endocrina	103
– record medico, definizioni e variabili	14	– controlli	102
– sistema di classificazione dei pazienti SwissDRG	15	– cura del tumore che delle metastasi	101
– storia	11	– cure palliative	107
T		– del sistema ematopoietico/linfatico	99
Tachipnea transitoria	161	– diagnosi soltanto mediante biopsia	101
Taglio cesareo		– escissione estesa	101
– primario/secondario	152	– lesioni contigue	104
Terapia del dolore	164	– linfangiosi carcinomatosa	106
Tetraplegia non traumatica		– linfomi	106
– fase iniziale (acuta)	120	– linfonodali in sedi multiple	103
– fase tardiva (cronica)	120	– nell'indice alfabetico	98
Tetraplegia traumatiche		– recidiva	103
– fase acuta – immediatamente post-traumatica	173	– remissione di malattie maligne	
– fase acuta – trasferimento del paziente	174	immunoproliferative/leucemie	105
– fase cronica	175	– scelta e ordinamento delle diagnosi	100
Trapianto		– sedi multiple	103
– cardiaco, esami di controllo	131	– sospetto di tumore/metastasi	102
– controllo dopo	82	– terapia sistemica	101
– donazione da vivente	81	U	
– esame di donatore	81	Ulcera gastrica	
– insuccesso	82	– con gastrite	138
– post mortem	82	Ustioni	
– riceventi	82	– superficie corporea	178
– rigetto	82	V	
– valutazione	82	Ventilazione meccanica	
Trasferimento		– calcolo della durata	134
– di una madre con il suo neonato sano	68	– codifica	133
– di un neonato sano	68	– definizione	133
– ospedale centrale con ritrasferimento	67		

- fine della durata	134
- inizio della durata	134
- pazienti trasferiti	136
- svezzamento	135
Verruche anogenitali	141

Programma di pubblicazione UST

In quanto servizio di statistica centrale della Confederazione, l'Ufficio federale di statistica ha il compito di fornire informazioni statistiche sulla Svizzera a un'ampia cerchia di utenti. La divulgazione è suddivisa in ambiti specifici e avviene tramite vari canali informativi.

Gli ambiti specifici delle statistiche

- 00 Basi statistiche e presentazioni generali
- 01 Popolazione
- 02 Territorio e ambiente
- 03 Lavoro e reddito
- 04 Economia nazionale
- 05 Prezzi
- 06 Industria e servizi
- 07 Agricoltura e selvicoltura
- 08 Energia
- 09 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 Diritto e giustizia
- 20 Situazione economica e sociale della popolazione
- 21 Sviluppo sostenibile e disparità regionali e internazionali

Le pubblicazioni di sintesi generali

Annuario statistico della Svizzera



L'Annuario statistico della Svizzera, pubblicato dall'Ufficio federale di statistica (UST) sin dal 1891, è l'opera di riferimento della statistica svizzera. Offre un quadro generale sui dati statistici più significativi concernenti la popolazione, la società, lo stato, l'economia e l'ambiente del nostro territorio. Disponibile in tedesco e francese.

Prontuario statistico della Svizzera



Il prontuario statistico è una sintesi dilettevole e attraente delle cifre più importanti di un determinato anno. La pubblicazione di 52 pagine è disponibile nel pratico formato A6/5 in cinque lingue (tedesco, francese, italiano, romancio e inglese).

Il sito Internet dell'UST – www.statistica.admin.ch

Il portale «Statistica Svizzera» garantisce un moderno accesso a informazioni statistiche sempre aggiornate e presentate in modo accattivante. Di seguito si rimanda ad alcune offerte, consultate particolarmente spesso.

Banca dati delle pubblicazioni – pubblicazioni per un'informazione approfondita

Quasi tutti i documenti pubblicati dall'UST sono messi a disposizione in forma elettronica e gratuita sul portale www.statistica.admin.ch. Le pubblicazioni stampate possono essere ordinate telefonando allo 058 463 60 60 o inviando un'e-mail all'indirizzo order@bfs.admin.ch.

www.statistica.admin.ch → Trovare statistiche → Cataloghi e banche dati → Pubblicazioni

NewsMail – per mantenersi aggiornati



Abbonamenti a e-mail differenziati per tema con indicazioni e informazioni su eventi e attività correnti.

www.news-stat.admin.ch

STAT-TAB – la banca dati statistica interattiva



La banca dati statistica interattiva offre un accesso semplice e tagliato su misura a risultati statistici con possibilità di download in vari formati.

www.stattab.bfs.admin.ch

Atlante statistico della Svizzera – banca dati regionale e carte interattive



Con le sue oltre 4500 carte tematiche interattive, l'atlante statistico della Svizzera offre una panoramica moderna e sempre disponibile sulle questioni d'interesse regionale relative a tutte le tematiche trattate dall'UST. Disponibile in tedesco o francese.

www.statatlas-svizzera.admin.ch

Informazioni individuali

Centro di informazione statistica

058 463 60 11, info@bfs.admin.ch

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 socio-demografiche 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 Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici CHOP per i trattamenti. La codifica delle diagnosi e dei trattamenti sottostà a direttive ben precise. Il settore Classificazioni mediche dell'UST redige, rivede e, all'occorrenza, adatta tali direttive, si occupa della manutenzione delle summenzionate classificazioni e offre consulenza alle persone incaricate della codifica.

Il manuale di codifica contiene tutte le regole di codifica emesse finora fin dalla sua validazione. Questo manuale costituisce l'opera di base della codifica medica.

Versione digitale

www.statistica.admin.ch

Versione cartacea

www.statistica.admin.ch
Ufficio federale di statistica
CH-2010 Neuchâtel
order@bfs.admin.ch
tel. 058 463 60 60

Numero UST

545-2000

ISBN

978-3-303-14316-2

**La statistica
conta per voi.**

www.la-statistica-conta.ch