

2021



14

Salute

Neuchâtel 2020

Manuale di codifica medica

Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera

Versione 2021

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 2019

Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2020
numero UST: 1542-1900, 44 pagine

Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP)

Indice sistematico – Versione 2021

Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2020
numero UST: 661-2100

Statistique médicale des hôpitaux – Tableaux standard 2018

Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2019
numero UST: su-b-14.04.01.02-MKS-2018

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, 4 pagine

Indagine sulla salute in Svizzera 2017 – Tabelle standardizzate

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

Accouchements et santé maternelle en 2017

Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2019
numero UST: 1921-1700-05, 8 pagine

Tumori in Svizzera 2012–2016

Ufficio federale di statistica / Servizio nazionale di registrazione dei tumori (NICER), Neuchâtel 2020

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

Gli studi medici e i centri ambulatoriali nel 2017

Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2019
numero UST: 1805-1700, 12 pagine

Statistica ospedaliera nel 2018

Ristagno dei costi nel settore ospedaliero stazionario

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

Settore tematico «Salute» in Internet

www.statistica.admin.ch → Trovare statistiche → 14 – Salute

Manuale di codifica medica

Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera

Versione 2021

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

Neuchâtel 2020

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 2020
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali,
con citazione della fonte.

Numero UST: 545-2100

ISBN: 978-3-303-14325-4

Indice

Ringraziamenti	7	Regole di codifica generali per le malattie/diagnosi D00 – D16	35
Introduzione versione 2021	9	D00g Risultati anormali	35
Abbreviazioni del manuale di codifica	10	D01g Sintomi	36
Nozioni generali G00 – G56	11	D02c Diagnosi monolaterali e bilaterali Diagnosi di localizzazioni multiple	37
G00a Statistica medica e codifica medica	11	D03i Codici daga (†)-asterisco (*)	38
G01a Storia	11	D04c Codici con punto esclamativo («!»)	40
G02a Organizzazione	12	D05g Esiti di / presenza di / mancanza di	41
G03g Basi giuridiche	12	D06c Sequele	42
G04a Obiettivi della statistica medica	13	D07g Interventi di follow-up pianificati	43
G05a Anonimizzazione dei dati	13	D08a Minaccia o malattia incombente	44
G06a Il record medico, definizioni e variabili	14	D09g Diagnosi di sospetto	45
G 10i La statistica medica e i sistemi di classificazione dei pazienti SwissDRG e TARPSY	15	D10g Malattie croniche con episodio acuto	46
G 20a Le classificazioni (ICD-10-GM e CHOP)	16	D11i Codici combinati	47
G21a ICD-10-GM	16	D12j Malattie o disturbi iatrogeni ovvero dopo procedure diagnostiche o terapeutiche (complicanze)	48
G22j Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP)	22	D13a Sindrome	55
G30a Come eseguire una codifica corretta	26	D14g Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico o procedura non eseguiti	56
G40g Documentazione delle diagnosi e delle procedure	27	D15j Trasferimenti	57
G50g Definizioni	28	D16i Scelta della diagnosi principale in caso di riammissione entro 18 giorni per malattia o disturbo iatrogeno	61
G51g Caso di trattamento	28		
G52h Diagnosi principale	29		
G53g Complemento alla diagnosi principale	31		
G54g Diagnosi secondarie	32		
G55a Trattamento principale	34		
G56a Trattamenti secondari	34		

Regole di codifica generali per le procedure P00 – P11	63	S0400 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	104
P00g Registrazione della procedura nel record medico	63	S0401c Nozioni generali	104
P01j Procedure che vanno codificate	64	S0402a Regole per la codifica del diabete mellito	105
P02g Procedure che non vanno codificate	65	S0403a Complicanze specifiche del diabete mellito	108
P03c Endoscopia e interventi endoscopici	66	S0404a Sindrome metabolica	110
P04i Interventi chirurgici combinati o complessi	67	S0405a Disturbi della secrezione interna del pancreas	110
P05a Interventi eseguiti parzialmente	68	S0406a Fibrosi cistica	111
P06i Procedure eseguite più volte	69	S0407e Malnutrizione negli adulti	111
P07a Interventi chirurgici bilaterali	71	S0408e Malnutrizione nei bambini	112
P08j Revisioni di un campo operatorio/reinterventi	72	S0500 Disturbi psichici e comportamentali	113
P09i Prelievo e trapianto d'organo	73	S0501j Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (alcol, droghe, farmaci, nicotina)	113
P10j Adesiolisi	76	S0600 Malattie del sistema nervoso	114
P11h Lacerazione della membrana serosa con sutura	79	S0601a Colpo apoplettico acuto	114
Regole di codifica speciali S0100 – S2100	81	S0602c Colpo apoplettico «pregresso»	114
S0100 Alcune malattie infettive e parassitarie	81	S0603a Paraplegia e tetraplegia non traumatica	115
S0101a Batteriemia	81	S0604i Disturbi dello stato di coscienza	116
S0102j Sepsi	82	S0605e Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test)	117
S0103j SIRS	89	S0606e Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test)	117
S0104d HIV / AIDS	90	S0607h Codifica degli stadi del morbo di Parkinson (G20. -)	117
S0105a Croup vero – pseudocroup – sindrome da croup	92	S0700 Malattie dell'occhio e degli annessi oculari	118
S0200 Neoplasie	93	S0701a Insuccesso o rigetto di un trapianto di cornea	118
S0202j Scelta e ordinamento delle diagnosi	94	S0800 Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	119
S0203a Escissione estesa della regione tumorale	98	S0801a Ipoacusia e sordità	119
S0204a Diagnosi di tumore soltanto mediante biopsia	98	S0802d Adattamento e manutenzione di apparecchio acustico	119
S0205j Malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	98	S0900 Malattie del sistema circolatorio	120
S0206a Sospetto di tumore o metastasi	99	S0901a Iperensione e malattie in caso di ipertensione	120
S0207a Controlli	99	S0902e Cardiopatia ischemica	121
S0208a Recidive	99	S0903i Trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico	123
S0209a Tumori con attività endocrina	100	S0904d Cardiopatie valvolari	125
S0210e Sedi multiple	100	S0905a Pacemaker/defibrillatori	126
S0211a Lesioni contigue	100	S0906a Esami di controllo successivi a trapianto cardiaco	126
S0212a Remissione di malattie maligne immunoproliferative e leucemie	101	S0907a Edema polmonare acuto	126
S0213a Linfangiosi carcinomatosa	101	S0908i Arresto cardiaco	126
S0214g Linfomi	102	S0910j Rilevazione della durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria	127
S0215a Chemioterapia e radioterapia	102	S1000 Malattie del sistema respiratorio	128
S0216b Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio	102	S1001j Ventilazione meccanica	128
S0217j Cure palliative	103	S1002j Insufficienza respiratoria	132

S1100	Malattie dell'apparato digerente	133	S1804f	Diagnosi e terapia del dolore	154
S1101j	Diagnosi clinica di appendicite	133	S1805e	Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore	155
S1103a	Ulcera gastrica con gastrite	133	S1806e	Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore	155
S1104i	Emorragia gastrointestinale	133			
S1105a	Disidratazione nella gastroenterite	134			
S1200	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	135	S1900	Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	156
S1201g	Chirurgia plastica	135	S1901a	Traumatismi superficiali	156
S1202j	Vesciche	135	S1902a	Frattura e lussazione	156
S1400	Malattie dell'apparato genitourinario	136	S1903c	Ferite/traumatismi aperti	157
S1401d	Dialisi	136	S1904j	Perdita di coscienza	159
S1402a	Verruche anogenitali	136	S1905c	Traumatismo del midollo spinale (con paraplegia e tetraplegia traumatiche)	160
S1404g	Insufficienza renale	137	S1906a	Traumatismi multipli	162
S1405d	Ricovero per la posa di un catetere peritoneale per la dialisi	137	S1907j	Ustioni e corrosioni	163
S1406d	Ricovero per la rimozione di un catetere peritoneale per la dialisi	137	S1908b	Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologiche	164
S1407d	Ricovero per la posa di una fistola arteriovenosa o di uno shunt arteriovenoso per la dialisi	137	S1909j	Effetti indesiderati di farmaci (assunti secondo prescrizione)	165
S1408a	Ricovero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di shunt arteriovenoso	137	S1910b	Effetti indesiderati o avvelenamento da assunzione combinata di due o più sostanze (in caso di assunzione non prescritta)	167
S1500	Ostetricia	138	S2000	Cause esterne di morbosità e mortalità	168
S1501b	Definizioni	138	S2100	Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	169
S1502a	Conclusione precoce della gravidanza	139			
S1503j	Malattie durante la gravidanza	140	Direttive di codifica per la riabilitazione	171	
S1504e	Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino	142	Regole di codifica	172	
S1505j	Regole speciali per il parto	143	Diagnosi - ICD-10-GM	172	
S1600	Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	148	Allegato	181	
S1601a	Record medico	148	Diabete mellito scompensato	181	
S1602a	Definizioni	148	HIV / AIDS: Classificazione CDC (1993)	183	
S1603i	Neonati	148	Le categorie di laboratorio da 1 a 3	183	
S1604g	Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	149	Le categorie cliniche da A a C	183	
S1605a	Nati morti	150	Malnutrizione	184	
S1606j	Interventi particolari per il neonato (malato)	150	Definizione degli stadi della malnutrizione negli adulti	184	
S1607c	Sindrome dispnoica neonatale per malattia delle membrane ialine/deficit di surfattante	151	Definizione degli stadi della malnutrizione nei bambini	185	
S1608c	Sindrome dispnoica neonatale per aspirazione imponente, wet lung o tachipnea transitoria nel neonato	151	Indice alfabetico	187	
S1609j	Encefalopatia ipossico-ischemica (HIE)	151			
S1610h	Asfissia durante la nascita	152			
S1611j	Insufficienza respiratoria acuta neonatale	153			
S1800	Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	154			
S1801a	Incontinenza	154			
S1802a	Disfagia	154			
S1803a	Convulsioni febbrili	154			

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 2021, ringraziamo gli esperti del gruppo di lavoro del manuale di codifica e dell'ambito delle classificazioni mediche.

Introduzione versione 2021

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 2021 sono contrassegnate dalla lettera «j» 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 2021 è valido a partire dall'1.1.2021 e sostituisce tutte le precedenti versioni del manuale.

La base di questo manuale sono le classificazioni ICD-10-GM 2020 e CHOP 2021. Per la codifica dei casi stazionari con data d'uscita a partire dall'1.1.2021 vanno utilizzati i codici ICD-10-GM della versione 2020 e i codici CHOP della versione 2021.

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 (1.1.2021, se necessario 1.7.2021).

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	Tattamento principale
TS	Tattamento 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 ecc. – 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 (GPP0). 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 2021 per la codifica delle diagnosi è la ICD-10-GM 2020 (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	K35.3– Appendicite acuta con peritonite localizzata K35.30 Appendicite acuta con peritonite localizzata senza perforazione o rottura K35.31 Appendicite acuta con peritonite localizzata con perforazione o rottura K35.32 Appendicite acuta con ascesso peritoneale
	K35.8 Appendicite acuta, altra e non specificata Appendicite acuta senza menzione di peritonite generalizzata e localizzata
Categoria a 3 caratteri	K36 Altre forme di appendicite
	Incl.: 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 – atriale – acuto persistente I48.1 – flutter – atriale I48 – ventricolari I49.0] Termine guida] Modificatori
--	---------------------------------------

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

Convenzioni tipografiche e abbreviazioni

Parentesi tonde ():

Racchiudono termini integrativi che precisano il termine principale:

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

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

H01.0	Blefarite
Escl.: Blefarocongiuntivite (H10.5)	

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

Malattie dell'appendice (K35–K38)

Racchiudono il codice daga in una categoria asterisco e viceversa:

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

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

Parentesi quadre []:

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

- Includere sinonimi o frasi esplicative, per esempio:

A30.- Lebbra [malattia di Hansen]

- Rimandare a note precedenti, per esempio:

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

Due punti:

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

L08.0 Pioderma
Dermatite:
• gangrenosa
• purulenta
• settica
• suppurata

Barra (verticale):

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

H50.3 Eterotropia intermittente
Intermittente:
• Esotropia
• Exotropia

(alternante) (monoculare)

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 *S. pneumoniae* e *H.influenzae*

S.A.I.:

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

N85.9 Disturbo non infiammatorio dell'utero, non specificato

Disturbo uterino S.A.I.

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

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

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

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

Altro:

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

E16.1 Altra ipoglicemia

Non specificato:

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

I67.9 Malattia cerebrovascolare non specificata

Vedi, vedi anche:

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

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

PAP – s. Papanicolaou

Abortus (s.a. Abort) O06.9

E:

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

I74.- Embolia e trombosi arteriose

Questa categoria comprende embolie, trombosi e tromboembolie.

G22j **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 2021 comprende gli ampliamenti e le modifiche emersi dalle procedure di domanda fino al 2019 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.00 → NAS

Znn.nn.01 (riserva)

Znn.nn.02 (riserva)

...

Znn.nn.09 (riserva)

Znn.nn.10 inizio della serie

Znn.nn.11

Znn.nn.12

...

Znn.nn.88

Znn.nn.89 → fine della serie

Znn.nn.97 (riserva)

Znn.nn.98 (riserva)

Znn.nn.99 → altro

Znn.nn.0

Znn.nn.00 → NAS

Znn.nn.01 (riserva)

Znn.nn.02 (riserva)

...

Znn.nn.09 (riserva)

Znn.nn.10 → inizio del primo segmento

Znn.nn.11

Znn.nn.12

...

Znn.nn.20 → inizio del segmento successivo

Znn.nn. 21

...

Znn.nn.40 → ulteriore segmento all'occorrenza

Znn.nn.41

...

Znn.nn.97 (riserva)

Znn.nn.98 (riserva)

Znn.nn.99 → altro

Znn.nn.0

Znn.nn.00 → NAS

Znn.nn.01 (riserva)

Znn.nn.02 (riserva)

...

Znn.nn.09 → altro

Znn.nn.1

Znn.nn.10 → NAS

Znn.nn.11

...

Znn.nn.19 → altro

Znn.nn.2

...

Znn.nn.9

Znn.nn.90 → NAS

Znn.nn.91

...

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.

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, i responsabili della codifica sono però autorizzato a ricavare la relativa precisazione dalla documentazione medica.

Esempi:

- In caso di diagnosi medica documentata insufficienza renale **cronica** (N18.-) nella documentazione medica 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 medica di insufficienza ventricolare sinistra, in presenza dell'indicazione documentata «con disturbi a riposo», va codificata con I50.14 Insufficienza ventricolare sinistra NYHA IV, anche se lo stadio 4 NYHA non è espressamente menzionato nella diagnosi.
- Se è diagnosticata un'«agranulocitosi», la fase critica è codificata con la durata esatta purché, nella cartella clinica del paziente figurino le relative indicazioni.

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, ecc.).

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, la scelta della diagnosi principale deve essere motivata e documentata sulla base delle prestazioni mediche e dei prodotti medici somministrati.

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

DS Lombalgia

Le altre diagnosi (mioma uterino ed esiti d'intervento chirurgico al menisco) non soddisfano i requisiti necessari per la codifica e non vanno quindi codificate, pur restando 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

Nel caso di una malattia che può manifestarsi sia unilateralmente sia bilateralmente, 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: 1ª degenza: calcolosi dell'uretere sinistro
2ª 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

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

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. coli] e altri enterobatteri come causa di malattie classificate altrove*

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 (eseti 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 Klebsiella* e il trattamento è complicato da un precedente 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 e il trattamento è complicato da un precedente trapianto di fegato.

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

Esempio 1

Trattamento di una disfasia successiva a infarto cerebrale.

R47.0 Disfasia ed afasia

I69.3 Sequela di infarto cerebrale

Esempio 2

Trattamento di 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 di «infarto **cardiaco** incombente» è compresa nel codice *I20.0 Angina instabile*.

D09g Diagnosi di sospetto

Ai sensi della presente regola di codifica, si definiscono «di sospetto», le diagnosi che al termine di un'ospedalizzazione non sono confermate ma nemmeno escluse con certezza.

Vi sono tre possibilità:

1. Diagnosi di sospetto 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 di sospetto

Se la diagnosi di sospetto 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 di sospetto in caso di trasferimento in un altro ospedale

Se un paziente è trasferito con una diagnosi di sospetto, l'ospedale inviante deve codificare la diagnosi di sospetto «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 di sospetto 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», dall'indice alfabetico si evince che l'episodio acuto non può essere codificato separatamente, essendo 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.

D12j Malattie o disturbi iatrogeni ovvero dopo procedure diagnostiche o terapeutiche (complicanze)

Le malattie o i disturbi iatrogeni (complicanze) vanno codificati solo se descritti e documentati come tali nella documentazione medica. Si applica la regola di codifica relativa alla definizione delle diagnosi secondarie (G54).

Il seguente elenco riporta i codici a disposizione per la codifica di malattie o disturbi iatrogeni:

a. Nella maggior parte dei capitoli della ICD-10 GM 2020 sono presenti codici speciali per malattie o disturbi iatrogeni che comprendono già l'informazione.

p.es. L58.0 *Radiodermite acuta*, D61.1 *Anemia aplastica da farmaci*, M81.4- *Osteoporosi indotta da farmaco*, M87.1 *Osteonecrosi da farmaci*, P03.2 *Feto e neonato sofferenti per parto con forcipe*, D90 *Effetti da immunocompromissione dopo irradiazione, chemioterapia e altri trattamenti immunosoppressivi*, G25.1 *Tremore da farmaci*, T 85.53 *Complicanza meccanica di dispositivi protesici, impianti ed innesti nelle vie biliari ecc.*

Nota: elenco non esaustivo

b. Inoltre, alla fine di alcuni capitoli sugli organi esistono, p.es., 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*

c. Nel capitolo XIX sono presenti le categorie T80–T88 Complicanze di cure chirurgiche e mediche non classificate altrove, che possono contenere un'indicazione precisa dell'organo/del sistema d'organo e del disturbo.

p.es.: T 80.5 *Shock anafilattico da siero*, T 86.51 *Necrosi di trapianto cutaneo*, T 82.1 *Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco*

Nota: elenco non esaustivo

d. Codici normali dei capitoli dell'ICD-10-GM 2020 senza la specifica informazione/indicazione che si tratta di malattie o disturbi iatrogeni dopo procedure diagnostiche o terapeutiche ovvero di complicanze (vedi colonna 4 della tabella «Esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni»: codice inerente all'organo senza l'indicazione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»).

Scelta del codice corretto:

- Vanno considerate tutte e quattro le possibilità di cui ai paragrafi precedenti.
- Deve essere scelto il codice con il testo più pertinente.
- Vanno evitati codici non specifici.
- Le malattie/i disturbi iatrogeni vanno possibilmente riferiti a un organo e la loro codifica deve essere il più possibile specifica; in altri termini, il codice o la combinazione di codici scelti dovrebbero contenere la patologia, l'organo/il sistema d'organo interessato e la complicanza.

Se non esiste alcun codice specifico che contenga tutti e tre i parametri (come p. es. il codice L58.0 *Radiodermite acuta*: patologia «[...]ite acuta» + riferimento all'organo «derm-» + complicanza «da radiazione»), è necessario procedere come segue:

- Per individuare il codice corretto, cercare nell'indice alfabetico sotto la voce «Complicanze (da) (di)» o sotto il codice della malattia riferito all'organo interessato e poi verificarne la correttezza nell'indice sistematico.
- I codici dei capitoli relativi agli organi vanno preferiti ai codici T80–T88, a meno che questi ultimi non descrivano la malattia in modo più specifico e contengano indicazioni precise sul tipo di complicanza.
- I codici contenenti le indicazioni «*non classificato altrove*» o «*altro*» vanno indicati solo se non esiste un codice più specifico per la malattia/il disturbo oppure se questo non è utilizzabile in considerazione di un'esclusione che figura nell'ICD-10-GM 2020.
- Per documentare che si tratta di una malattia o un disturbo iatrogeno/o, si indica in aggiunta un codice del capitolo XX (Y57! -Y84!) a meno che ciò non contrasti con un'altra regola di codifica o che l'informazione non sia già inclusa nello stesso codice ICD-10.
- Nella tabella «Esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni» sono documentati le malattie/i disturbi iatrogeni più frequenti.

Nota: tabella non esaustiva

Nota bene:

L'ICD-10-GM 2020 contiene nuove note sotto i codici:

T84.5	Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna
T84.6	Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo fissatore interno [qualsiasi sede]
T84.7	Infezione e reazione infiammatoria da altri dispositivi, impianti ed innesti interni ortopedici
M86.-	Osteomielite
M00.-	Artrite piogenica

Per i codici sopra menzionati, valgono le seguenti direttive di codifica:

Esempio 1

Osteomielite associata a impianto da protesi articolare interna

DP	M86.-	Osteomielite
CDP	Y84.9 !	Intervento medico non specificato
DS	T84.5	Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna

Nota: in considerazione delle esclusioni che figurano nell'ICD-10-GM 2020 sotto il codice M86.-, le osteomieliti vertebrali devono essere indicate con il codice M46.2- e le osteomieliti mascellari con il codice K10.2- invece che con il codice M86.-.

Esempio 2

Osteomielite associata a impianto da dispositivo fissatore interno

DP	M86.-	Osteomielite
CDP	Y84.9 !	Intervento medico non specificato
DS	T84.6	Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo fissatore interno [qualsiasi sede]

Nota: in considerazione delle esclusioni che figurano nell'ICD-10-GM 2020 sotto il codice M86.-, le osteomieliti vertebrali devono essere indicate con il codice M46.2- e le osteomieliti mascellari con il codice K10.2- invece che con il codice M86.-.

Esempio 3

Osteomielite associata a impianto da altri dispositivi, impianti ed innesti interni ortopedici

DP	M86.-	Osteomielite
CDP	Y84.9 !	Intervento medico non specificato
DS	T84.7	Infezione e reazione infiammatoria da altri dispositivi, impianti ed innesti interni ortopedici

Nota: in considerazione delle esclusioni che figurano nell'ICD-10-GM 2020 sotto il codice M86.-, le osteomieliti vertebrali devono essere indicate con il codice M46.2- e le osteomieliti mascellari con il codice K10.2- invece che con il codice M86.-.

Esempio 4

Artrite piogenica associata a impianto **con** individuazione di agente piogeno

DP	M00.-/0-8	Artrite piogenica
CDP	Y84.9 !	Intervento medico non specificato
DS	T84.5	Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna
DS		dell'agente piogeno in conformità alla regola D04

Esempio 5

Artrite piogenica associata a impianto **senza** individuazione di agente piogeno

DP	M00.9-	Artrite piogenica non specificata
CDP	Y84.9 !	Intervento medico non specificato
DS	T84.5	Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna

Esempio 6

Infezione o reazione infiammatoria periprotetica (con o senza individuazione dell'agente patogeno) **senza** la presenza di osteomielite e/o di artrite piogenica

DP	T84.5	Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna
oppure	T84.6	Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo fissatore interno [qualsiasi sede]
oppure	T84.7	Infezione e reazione infiammatoria da altri dispositivi, impianti ed innesti interni ortopedici
CDP	Y84.9 !	Intervento medico non specificato
DS		dell'agente patogeno, se noto

Esempio 7

Miosite associata a impianto da dispositivo di fissatore esterno

DP	M60.8-	Altra miosite
CDP	Y84.9 !	Intervento medico non specificato
DS	T84.6	Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo fissatore interno [qualsiasi sede]
DS		dell'agente patogeno, se noto

Diversi (altri) esempi sono riportati nella tabella «Esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni» di cui alle pagine seguenti.

Scelta tra diagnosi principale e secondaria per quando riguarda le malattie o disturbi iatrogeni e complicanze

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.

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

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

Esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni

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

Esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni

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

Esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni

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
∅	M96.88 Altri disturbi osteomuscolari iatrogeni	T84.04 Complicanza meccanica di protesi articolare interna dell'anca (rottura, dislocazione, perdita, ecc.)	M24.45 Lussazione e sublussazione patologiche di articolazione, NCA o S73.0- Lussazione dell'anca	T84.04 + Y
M96.88	descrive altre malattie del sistema muscoloscheletrico. T84.04 descrive la complicanza meccanica di una protesi articolare. M24.45 descrive un traumatismo, un incidente.			
Attenzione e però: lussazione di protesi dell'anca su caduta da una scala (=traumatismo)				
∅	∅	T84.04 Complicanza meccanica di protesi articolare interna dell'anca (rottura, dislocazione, perdita, ecc.)	S73.0- Lussazione dell'anca	S73.0- + X
S73.0-	descrive un traumatismo, un incidente (+X59.9) per la caduta + Z96.64 per la presenza di impianto).			
Ematoma profondo articolare dopo impianto di protesi del ginocchio				
∅	M96.88 Altri disturbi osteomuscolari iatrogeni	T81.0 Emorragia ed ematoma complicanti una procedura diagnostica o terapeutica, NCA Exci: Emorragia da dispositivi protesici, impianti e innesti (T84.8)	M25.06 Emartrosi, articolazione del ginocchio o S80.0 Contusione del ginocchio	T84.8 + Y
M96.88	descrive altre malattie del sistema muscoloscheletrico. T81.0 descrive un'emorragia NCA ed esclude («Exci.») T84.8. M25.06 descrive una patologia del ginocchio.			
S80.0	descrive un traumatismo			
Pacemaker dislocato				
∅	I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, non classificati altrove	T82.1 Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco	∅	T82.1 + Y
I97.8	descrive altre complicanze circolatorie. T82.1 descrive una complicanza meccanica di un dispositivo elettronico cardiaco.			
Peritonite su catetere per dialisi peritoneale				
∅	K91.88 Altri disturbi iatrogeni dell'apparato digerente, NCA	T85.71 Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale	K65.0 Peritonite acuta	T85.71 + Y
K91.88	descrive altre complicanze dell'apparato digerente. T85.71 descrive precisamente la patologia (infezione) e la causa (catetere). K65.0 descrive solo l'infezione, un codice Y descriverebbe la causa, ma non la procedura medica precisa (il catetere).			
Emorragia dopo prostatectomia				

Esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni

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
Flebite dell'avambraccio causata da infusione con catetere venoso permanente				
∅	I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, non classificati altrove	T80.1 Complicanze vascolari successive ad infusione, trasfusione od iniezione a fini terapeutici (flebite, tromboembolia, tromboflebite)	I80.80 Flebite e tromboflebite di vasi superficiali degli arti superiori	T 80.1 + Y
I97.8 descrive altre complicanze circolatorie, senza precisarle ulteriormente. T80.1 descrive precisamente in un unico codice sia la complicanza vascolare sia la causa (infusione). I80.80 descrive solo la patologia				
Infezione delle vie urinarie a localizzazione indeterminata in paziente con catetere a dimora				
∅	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	T 83.5 + 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				
∅	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 + Y S39.81 + Y T81.2 + Y	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				
Necrosi ossea/midollare da medicinali				
M87.1- Osteonecrosi da farmaci	M96.88 Altri disturbi osteomuscolari iatrogeni	T88.8 Altre complicanze specificate di cure chirurgiche e mediche non classificate altrove	M87.8- Altra osteonecrosi	M87.1-
Nel codice M87.1- sono incluse sia la descrizione precisa della patologia sia la causa. È fatta salva l'esclusione indicata sotto M87.-				

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

D15j **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 aortocoronarico

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 1
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).

Trasferimento 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

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»

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.

Trasferimento di un neonato sano

In caso di trasferimento per cure o continuazione di cure di una **madre malata** con il suo **neonato sano**, l'ospedale ricevente è tenuto ad aprire un caso anche per il neonato.

Il peso di quest'ultimo all'ammissione nell'ospedale ricevente 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 caso di cui sopra si tratta di un neonato sano; in questa situazione eccezionale, l'ospedale/la casa per partorienti che trasferisce nella variabile di destinazione dopo l'uscita 1.5.V03 deve indicare per il neonato la cifra «8 = altro».

La cifra «6=altro stabilimento ospedaliero (ospedale per cure acute) o casa per partorienti» non va utilizzata per gli **accompagnatori sani** (nel caso di cui sopra, il neonato sano che non necessita di cure).

L'ospedale che effettua l'ammissione è tenuto a indicare per il neonato sano nella variabile 1.2.V02 la cifra «6 = altro stabilimento ospedaliero (ospedale per cure acute) o casa per partorienti», seguita dalla corrispondente variabile 1.2.V03 (tipo di ammissione).

In caso di trasferimento di una **madre sana con neonato sano** da un ospedale a una casa di partorienti per la continuazione delle cure vanno indicate le seguenti variabili:

Ospedale che trasferisce:

madre: 1.5.V03 cifra «6 = altro stabilimento ospedaliero (ospedale per cure acute) o casa per partorienti»

neonato: 1.5.V03 cifra «8 = altro»

Ospedale/Casa per partorienti che ammette:

madre: 1.2.V02 cifra «6 = altro stabilimento ospedaliero (ospedale per cure acute) o casa per partorienti»

neonato: 1.2.V02 cifra «6 = altro stabilimento ospedaliero (ospedale per cure acute) o casa per partorienti»

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	DSK91.83	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.).

P01j 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, TAC ecc.) 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 **deve sottoporsi** 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	C 44.3	Carcinoma basocellulare, del naso
DS	C 44.2	Carcinoma basocellulare, dell'orecchio
L	1	
DS	C 44.6	Carcinoma basocellulare, dell'avambraccio
L	1	
DS	C 97!	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

P08j 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.

Interventi di revisione senza sostituzione di impianto

Se durante un intervento di revisione vengono rimossi gli impianti presenti (ad es. una pompa per il drenaggio di liquido ascitico) e contemporaneamente viene reinserito lo stesso impianto, non possono essere utilizzati i codici relativi a inserzione o sostituzione di impianto.

Per esempio, nel caso di una pompa per il drenaggio di liquido ascitico **non va utilizzato** il codice *54.99.80 Inserzione di cateteri nonché di pompa automatica, programmabile e ricaricabile per il drenaggio continuo di liquido ascitico*, ma i codici *54.99.81 Revisione senza sostituzione di cateteri nonché di pompa automatica, programmabile e ricaricabile per il drenaggio continuo di liquido ascitico* e/o *54.99.82 Rimozione di ostruzione meccanica di cateteri di una pompa automatica, programmabile e ricaricabile per il drenaggio continuo di liquido ascitico*.

L'esempio può essere esteso anche a defibrillatori, pacemaker, protesi mammarie ecc.

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 **reintervento che si limita a evacuazione di ematoma e/o esplorazione e/o emostasi**.

Per gli interventi intratoracici, intraddominali o cardiaci rappresentati da un codice specifico, in caso di reintervento va indicato in aggiunta il codice 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 stazionaria, 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 00.90.– a 00.93.– Tipo di tessuto o organo utilizzato nel trapianto*

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 *41.0A.– a 41.0C.–* relative al trapianto di cellule staminali ematopoietiche non va indicato alcun codice da *00.90.– a 00.93.–*).

- TS* *All'occorrenza, codice supplementare 99.79.11 Preparazione al trapianto d'organo con donatore vivente AB0-incompatibile*

L'asportazione dell'organo malato non è codificata.

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

6. Controllo dopo il trapianto

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

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

7. Insuccesso o rigetto del trapianto

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

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

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

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

Tabella dei prelievi e trapianti di organi e tessuti

Questa tabella non va considerata un elenco esaustivo.

Organo / tessuto	Donazione da vivente			Trapianto (ricevente)	
	ICD-10-GM	CHOP	Testo	CHOP	Testo
Cellule staminali (CS)	Z52.01	41.0A.2-	<i>Prelievo di cellule staminali ematopoietiche dal sangue periferico</i>	41.0B.2-	<i>Trapianto di cellule staminali ematopoietiche dal sangue periferico</i>
Midollo osseo (MO)	Z52.3	41.0A.1-	<i>Prelievo di cellule staminali ematopoietiche dal midollo osseo</i>	41.0B.1-	<i>Trapianto di cellule staminali ematopoietiche dal midollo osseo</i>
Pelle	Z52.1	86.6--	<i>Innesto cutaneo libero e sostituzione permanente di pelle</i>		<i>Codice secondo localizzazione e estensione</i>
Osso	Z52.2	77.7-	<i>Prelievo di osso per innesto</i>	76.91.- 78.0.-	<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>

P10j Adesiolisi

La regola di codifica P10i «Adesiolisi» del Manuale di codifica 2020 è sostituita integralmente da quanto segue.

L'adesiolisi può costituire una procedura secondaria (con impiego di risorse) oppure una procedura principale (a seconda dell'indicazione).

Per gli interventi di adesiolisi al peritoneo degli organi/dei sistemi d'organo della cavità addominale e della pelvi (adesiolisi neonatologiche, uroginecologiche, viscerali) sono disponibili codici CHOP specifici che rappresentano la lisi di aderenze.

Tali codici figurano nei capitoli relativi agli organi interessati, come p. es.:

- 54.5- *Lisi di aderenze peritoneali*
- 65.8- *Lisi di aderenze di ovaio e di tuba di Falloppio*
- 59.02 *Altra lisi di aderenze perirenali o periureterali*
- 59.03.- *Lisi di aderenze perirenali e periureterali per via laparoscopica*
- 59.11 *Altra lisi di aderenze perivescicali*
- 59.12 *Lisi di aderenze perivescicali per via laparoscopica*

Adesiolisi quale procedura secondaria:

Se la durata operatoria della/delle adesiolisi (somma dei tempi delle adesiolisi eseguite nel corso di un intervento o durata di un'unica adesiolisi per es. al peritoneo addominale o agli annessi uterini) supera i 60 minuti, possono essere indicati i corrispondenti codici CHOP dei capitoli relativi agli organi interessati (anche più codici contemporaneamente).

Per il calcolo della durata complessiva va preso in considerazione solo il tempo necessario per le lisi. Eventuali incertezze in merito vanno chiarite con il chirurgo.

La durata deve essere documentata per iscritto e in modo chiaro nel rapporto di operazione, riportando eventualmente i tempi indicati nel verbale di intervento (p. es. tempo di incisione e sutura).

Qualora invece la durata non superi i 60 minuti (somma dei tempi delle singole adesiolisi o durata dell'adesiolisi a un singolo organo/sistema d'organo) **non** può essere indicato un codice di adesiolisi dei capitoli CHOP.

L'indicazione di uno o più codici diagnostici riguardo alle aderenze come diagnosi secondaria (DS) deve tuttavia avvenire nel rispetto della regola di codifica G54.

Esempio 1 (somma del tempo di adesiolisi ≤ 60 min):

Una paziente viene ricoverata con reperto ovarico sinistro persistente.

Durante l'intervento sono constatate massicce aderenze postinfiammatorie e endometriali.

Ne consegue un'adesiolisi con impiego di risorse (perivescicale, periuterina, periovarica, entero-peritoneale). Somma dei tempi documentata delle adesiolisi: 55 min.

Solo dopo lo sbrigliamento del reperto può essere effettuata una salpingo-ovariectomia per via laparoscopica in presenza di vasta endometriosi ovarica sinistra.

Durata complessiva dell'intervento: 1h 50 min.

DP	N80.1	Endometriosi dell'ovaio
L	2	
DS	N73.6	Aderenze pelviperitoneali femminili
DS	K66.0	Aderenze peritoneali
TP	65.41	Salpingo-ovariectomia per via laparoscopica
L	2	

Esempio 2 (somma del tempo di adesiolisi > 60 min):

Un paziente viene ricoverato a causa di una diverticolite perforata tamponata del sigma.

Data la presenza di massicce aderenze postoperatorie (esiti di peritonite su quattro quadranti con appendicite perforata e lesione vescicale iatrogena), deve essere effettuata un'adesiolisi con impiego di risorse riguardante, oltre ad aderenze addominali ed enteroenteriche, anche l'intera pelvi maschile.

Solo dopo un'adesiolisi della durata di 100 minuti (somma dei tempi della lisi delle aderenze perivescicali, enteroenteriche e periureterali) può essere eseguita una resezione del sigma per via laparoscopica.

DP	K57.22	Diverticolite del colon con perforazione [...]
DS	N99.4	Aderenze pelvipertitoneali iatrogene
DS	K66.0	Aderenze peritoneali
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato
TP	45.76.21	Sigmoidectomia, per via laparoscopica
TS	59.12	Lisi di aderenze perivescicali per via laparoscopica
TS	54.51	Lisi di aderenze peritoneali, per via laparoscopica
TS	59.03.99	Lisi di aderenze perirenali e periureterali per via laparoscopica, altro
TS	00.99.10	Reintervento

Adesiolisi quale procedura principale

Qualora la lisi di aderenze peritoneali addominali e/o pelviche costituisca l'indicazione principale dell'intervento, come diagnosi principale va indicato il corrispondente codice diagnostico (p. es. K66.0, K56.5, K31.5 ecc.), seguito da eventuali altri codici diagnostici secondari volti a descrivere le aderenze.

La codifica della procedura principale va effettuata, a seconda della durata della/delle adesiolisi, come di seguito indicato.

In caso di durata della/delle adesiolisi **quale procedura principale ≤ 60 min** va impiegato esclusivamente, in funzione della via d'accesso, uno dei seguenti codici come trattamento principale:

54.21.99	Laparoscopia, altro o
54.19	Laparotomia, altro

Non vanno indicati altri codici CHOP riguardanti le adesiolisi dei capitoli relativi agli organi interessati.

La descrizione di ulteriori adesiolisi (p. es. periureterali o perivescicali) può essere effettuata unicamente tramite i corrispondenti codici ICD-10-GM quale/i diagnosi secondaria/e secondo la regola di codifica G54.

Esempio 3 (somma del tempo di adesiolisi ≤ 60 min):

Un paziente viene ricoverato a causa di ileo da briglia a seguito di precedente resezione del retto per carcinoma rettale.

Viene effettuata una lisi di aderenze peritoneali per via laparoscopica.

Si procede inoltre alla lisi di aderenze periureterali destre, site in prossimità dell'ostio, altresì riconducibili alla precedente resezione.

Non risulta necessaria una detensione intestinale tramite incisione o resezione parziale a causa di ischemia.

L'intestino riprende immediatamente a funzionare dopo la lisi delle briglie.

Durata dell'intervento: 40 min.

DP	K56.5	Aderenze intestinali [briglie] con ostruzione
DS	C20	Tumore maligno del retto
DS	N99.4	Aderenze pelvipertitoneali iatrogene
TP	54.21.99	Laparoscopia, altro
TS	00.99.10	Reintervento

In caso di durata della/delle adesiolisi > 60 min quale/i procedura/e principale/i va indicato come trattamento principale il codice del capitolo relativo all'organo interessato che esprime il massimo impiego di risorse secondo la regola di codifica G55.

Nelle diagnosi e nelle procedure secondarie, possono inoltre essere utilizzati altri codici riguardanti le adesiolisi dei corrispondenti capitoli dell'ICD-10-GM e della CHOP.

Alla codifica si applicano le regole inerenti alle diagnosi secondarie (G54) e alle procedure secondarie (G56).

Esempio 4 (somma del tempo di adesiolisi > 60 min):

Una paziente viene ricoverata con dismenorrea secondaria forte, dispareunia e sterilità secondaria.

Su esiti di taglio cesareo secondario e appendicectomia, viene programmata una laparoscopia diagnostica.

Durante l'intervento sono constatate aderenze soprattutto tra gli annessi uterini e il peritoneo pelvico (dichiarate conseguenti agli interventi precedenti).

Durata complessiva dell'adesiolisi focalizzata sugli annessi uterini (bilaterale): 75 min. Lisi senza complicazioni di diverse piccole aderenze addominali, enteroenteriche destre, cromopertubazione bilaterale, nessun altro intervento.

DP	N99.4	Aderenze pelvipertoneali iatrogene
DS	K66.0	Aderenze peritoneali
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato
TP	65.81.10	Lisi di aderenze di ovaio e di tuba di Falloppio al peritoneo pelvico femminile, per via laparoscopica
L	0	
TS	54.51	Lisi di aderenze peritoneali, per via laparoscopica
L	1	
TS	66.8	Insufflazione di tuba di Falloppio
L	0	
TS	00.99.10	Reintervento

Nota: L'unica eccezione alla regola di codifica sopra riportata è rappresentata dall'intervento di Ladd.

Per quest'ultimo va indicato il codice CHOP 46.99.8-, a prescindere dalla durata della lisi delle briglie di Ladd all'origine del disturbo e dal fatto che l'intervento costituisca una procedura principale o una procedura secondaria.

Esempio 5

Un bambino viene ricoverato a causa (fra l'altro) di ileo all'intestino tenue provocato da malrotazione intestinale.

(Fra l'altro) lisi chirurgica di briglie di Ladd e aderenze, fissazione dell'intestino con la «procedura di Ladd».

DP/DS Q43.3 Malformazioni congenite di fissazione dell'intestino

TP/TS 46.99.81 Sezione delle briglie di Ladd, chirurgica a cielo aperto

o 46.99.82 Sezione delle briglie di Ladd, per via laparoscopica

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, 54.64.10 per la sutura del peritoneo, sutura del mesentere 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 microorganismo, 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).

S0102j 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 Definitions 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.

Le disfunzioni d'organo provocate da sepsi che influiscono sulla formazione del punteggio SOFA vanno codificate solo se soddisfanno i criteri della regola di codifica relativa alle diagnosi secondarie (G54).

A tal proposito, si rimanda all'esempio 2 di cui agli «Esempi di codifica».

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score ^a					
	Score				
ORGANI E APPARATI	0	1	2	3	4
Respirazione^d					
PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	≥ 400 (≥ 53.3)	< 400 (< 53.3)	< 300 (< 40)	< 200 (< 26.7) con assistenza Respiratoria ^e	< 100 (< 13.3) con assistenza Respiratoria ^e o dispositivi extracorporei ^g
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 noradrenalina ≤ 0.1 ^b	Dopamina > 15 o adrenalina > 0.1 o noradrenalina > 0.1 ^b o assistenza circolatoria meccanica ^f
Sistema nervoso centrale					
Glasgow Coma Scale ^c	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6
Renale					
Creatinina, mg/dl (μmol/l)	< 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 o procedura di sostituzione renale acuta

a Addatato da Vincent et al²⁷

b Dosi di catecolamina somministrate in μg/kg/min per almeno un'ora

c Per i pazienti sedati o intubati, va indicato il punteggio che sarebbe stato presumibilmente attribuito al paziente senza sedazione («punteggio GCS presunto» o «ultimo punteggio GCS noto»).

d Per la determinazione del punteggio SOFA relativo alla funzione respiratoria è necessario effettuare un'emogasanalisi arteriosa.

e Per i pazienti non ventilati vale la seguente ipotesi di FiO₂: con O₂ nasale: 0,3, maschera: 0,4, maschera con serbatoio: 0,6.

f La ventilazione non invasiva e la terapia a flusso elevato sono valutate in ambito SOFA come «assistenza respiratoria».

g Qualsiasi forma di assistenza circolatoria meccanica acuta, in particolare IABP, pompe cardiache, vaECMO, vvaECMO.

h Apparecchi extracorporei a sostegno dell'ossigenazione e/o dell'eliminazione dell'anidride carbonica.

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 ≥ 40 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 $> 5\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$)	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 < 0.5 ml/kg/h – riempimento capillare ritardato > 5 sec. – differenza di temperatura centrale/periferica $> 3^{\circ}\text{C}$	
Respiratorio	$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ mmHg (< 40 kPa) in assenza di cardiopatie cianotiche o malattie polmonari preesistenti	OPPURE $\text{PaCO}_2 > 65$ mmHg (> 8.7 kPa) o ≥ 20 mmHg (≥ 2.7 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	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 $\geq 4\text{mg}/\text{dl}$ ($\geq 68\mu\text{mol}/\text{l}$), 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 ≥ 65 mmHg solo con la somministrazione di vasopressina e in presenza di un valore di lattato > 2 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
- **Ogni singola disfunzione d'organo**

Gli agenti patogeni che specificano il focolaio infettivo nonché le relative resistenze vanno codificati secondo la regola D04c.

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 [E. coli]</i> e altri enterobatteri 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 $\mu\text{mol/l}$ e riduzione della GFR a 25 ml/min (creatinina basale 100 $\mu\text{mol/l}$; 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* [*E. coli*] e altri enterobatteri 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 AKIN 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 Sepsi 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 ≥ 40 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 $> 5 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$)	OPPURE due dei punti seguenti: – acidosi metabolica inespugnata (Base deficit > 5 mmol/l, BE < -5 mmol/l) – aumento del lattato arterioso > 2 volte il valore limite superiore – oliguria: quantità di urina < 0.5 ml/kg/h – riempimento capillare ritardato > 5 sec. – differenza di temperatura centrale/periferica $> 3^{\circ}\text{C}$	
Respiratorio	$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ mmHg (< 40 kPa) in assenza di cardiopatie cianotiche o malattie polmonari preesistenti	OPPURE $\text{PaCO}_2 > 65$ mmHg (> 8.7 kPa) o ≥ 20 mmHg (≥ 2.7 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	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 ≥ 4 mg/dl ($\geq 68 \mu\text{mol/l}$), 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).

S0103j SIRS

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

Nota bene: nel quadro della **codifica di una sepsi** non va più indicata la diagnosi R65.-!

R65.0! *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo*

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

R65.2! *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine non infettiva senza insufficienza d'organo*

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.

In presenza di una SIRS di origine infettiva, va indicata l'infezione seguita dal corrispondente codice della categoria R65.-!.

In presenza di una SIRS di origine non infettiva, va indicata la malattia di base che l'ha provocata seguita dal corrispondente codice della categoria R65.-!.

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 complicanza (p.es. meningite).

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

Esempio 1

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

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

U61.–! Categoria di laboratorio nella degenza attuale:*U61.1! Categoria 1**500 e 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'infezione della faringe e della laringe dovuta alla difterite che è codificata con A36.0 *Difterite faringea* o A36.2 *Difterite laringea*. Con il termine di «sindrome da croup» si indicano diverse malattie, ossia il croup virale, quello spastico e quello batterico, il croup vero e proprio (croup difterico) e il falso croup (pseudocroup).

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

Croup vero e proprio (difterite laringea)	A36.2	<i>Difterite laringea</i>
Croup virale	J05.0	<i>Laringite ostruttiva acuta [croup]</i>
Pseudocroup o falso croup (spastico) J	38.5	<i>Spasmo della laringe</i>
Croup batteri	J04.2	<i>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

I codici da attribuire alle neoplasie vanno tratti dalla tabella dei tumori riportata in allegato all'indice alfabetico, nella quale 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 nell'indice alfabetico anche 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 tabella 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.

Esempio 2

Cistoadenoma mucinoso dell'ovaio, senza indicazione di malignità

D27 Tumore benigno dell'ovaio

Cistoadenoma mucinoso dell'ovaio, maligno

C56 Tumore maligno dell'ovaio

Cistoadenoma mucinoso dell'ovaio, borderline

D39.1 Tumore di comportamento incerto o sconosciuto dell'ovaio

Per utilizzare la tabella dei tumori si trovano indicazioni speciali che la precedono nell'indice alfabetico dell'ICD-10-GM.

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 ecc.) 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 3

C91.0– Leucemia linfoblastica acuta

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

C91.01 remissione completa

S0202j 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 **una/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 **la/il paziente continua a essere trattata/o 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. Attualmente 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: **Il tumore primitivo o primitivo recidivo (locale)** va indicato come diagnosi principale. **Le ulteriori metastasi presenti (descritte)** sono indicate come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica). I tumori primitivi di sede sconosciuta (CUP) 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:** le metastasi vanno indicate come diagnosi principale e il tumore primitivo o primitivo recidivo (locale) come diagnosi secondaria (a dispetto della definizione di diagnosi secondaria). Le ulteriori metastasi presenti (descritte) sono indicate come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica).

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:** Il tumore primitivo o primitivo recidivo (locale) va indicato come diagnosi principale. Le ulteriori metastasi presenti (descritte) sono indicate come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica). I tumori primitivi di sede sconosciuta (CUP) sono codificati con 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:** l'affezione che richiede il maggior impiego di risorse mediche va scelta come diagnosi principale (in conformità alla regola G52). A seconda dell'impiego di risorse mediche documentato, sia il tumore primitivo o primitivo recidivo (locale) sia le metastasi possono essere presi in considerazione come diagnosi principale. Le ulteriori metastasi presenti (descritte) e/o il tumore stesso sono indicati come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica).
- **Cure palliative in pazienti oncologici:** il tumore (primitivo o primitivo recidivo (locale)) va indicato come diagnosi principale e le metastasi presenti (descritte) come diagnosi secondaria, a prescindere che siano trattati direttamente o meno e malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica.

Nota bene: in rari casi, la necessità di cure palliative nei pazienti oncologici è determinata dalle metastasi (p. es. in carcinoma mammario con metastasi cerebrali, ricovero per cure palliative a causa delle sequele a livello cerebrale nel loro insieme).

In questi casi, come diagnosi principale va indicato il tumore che figura all'origine delle cure palliative.

Se la diagnosi principale è una metastasi, vanno indicati come diagnosi secondaria il tumore primitivo o primitivo recidivo (locale) nonché le ulteriori metastasi presenti (descritte), malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica.

- **Trattamento dei sintomi:** se una/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 primitivo recidivo (locale) 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 primario è codificato come diagnosi secondaria il tumore primitivo o primitivo recidivo (locale) nonché le ulteriori metastasi presenti (descritte), malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica

Nota bene: tutte le elencazioni e gli esempi di codifica non vanno considerati esaustivi e servono esclusivamente a titolo di riferimento/indicazione.

Tra i sintomi di malattia tumorale figurano p. es. i seguenti:

- dolori progressivi e diffusi in metastasi ossea
 - dispnea in carcinoma polmonare
 - capogiri, vomito in metastasi cerebrali
 - disfagia in carcinoma esofageo
 - emorragia tumorale
- In caso di comparsa e di necessità di trattamento di una o più **malattie eziologicamente riconducibili** a un tumore (primitivo, primitivo recidivo (locale) o in forma di metastasi) sul quale non è stata eseguita alcuna procedura, come diagnosi principale va indicato il tumore al quale è **direttamente connessa** la malattia che ha richiesto il maggior impiego di risorse mediche (G52). Se la diagnosi principale consiste in una metastasi, il tumore primitivo o primitivo recidivo (locale) nonché le ulteriori metastasi presenti (descritte) sono indicati come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica).
La malattia in sé va codificata in aggiunta nel rispetto della regola di codifica G54.

Se la documentazione medica non indica in modo inequivocabile se la malattia è **eziologicamente riconducibile** al tumore oppure del tutto indipendente da questo, è necessario consultare il medico curante.

Tra le malattie eziologicamente riconducibili a un tumore figurano p. es. le seguenti:

- epilessia in metastasi cerebrali
- polmonite post-stenotica in carcinoma bronchiale
- frattura vertebrale in metastasi ossea
- anemia in metastasi ossea
- insufficienza epatica da ostruzione del dotto coledoco in carcinoma della testa del pancreas
- ileo meccanico in carcinoma del colon

Ai fini della codifica, tra le patologie/i sintomi eziologicamente riconducibili a una malattia tumorale rientrano anche le **sindromi/i sintomi paraneoplastici**.

Anche in questi casi, va indicato come diagnosi principale il tumore (primitivo, primitivo recidivo (locale) o in forma di metastasi) a cui è **direttamente** imputabile la sindrome/il sintomo paraneoplastico.

La sindrome/il sintomo o singole manifestazioni (se non è disponibile nell'ICD -10-GM un codice specifico per la sindrome) nonché le ulteriori metastasi presenti (descritte) sono indicati come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica).

Se la documentazione medica non indica in modo inequivocabile se sintomi/sindromi/manifestazioni paraneoplastici sono eziologicamente riconducibili al tumore oppure del tutto indipendenti da questo, è necessario consultare il medico curante.

Esempi di paraneoplasie

- Manifestazioni paraneoplastiche endocrine:
 - secrezione ectopica di ACTH o di molecole simili all'ACTH
(p.es. carcinoma bronchiale), possibile sequela: *E24.3 Sindrome di secrezione ectopica di ACTH*
 - secrezione di PTH
(p.es. carcinoma bronchiale), possibile sequela: *E21.2 Altro iperparatiroidismo*
- Disturbi della coagulazione di origine paraneoplastica, p.es. trombosi paraneoplastiche:
 - tromboflebite migrante: *I82.1*
 - trombosi venosa profonda: *I80.28*
 - endocardite trombotica abatterica (con patologie conseguenti come infarto cardiaco o ictus): *I33.9*

- Paraneoplasie indotte da anticorpi:
 - sindrome di Zollinger-Ellison, p. es. in tumore maligno del tratto gastrointestinale: E16.4
 - dermato(poli)miosite in malattie neoplastiche: M36.0*
- Paraneoplasie di origine neurologica:
 - sindrome di Guillain-Barré, p. es. in linfoma di Hodgkin: G61.0
 - sindrome di Lambert-Eaton p. es. in carcinoma bronchiale a piccole cellule: G73.1*
 - polineuropatia periferica (non provocata da chemioterapia): G62.88

Nota bene: sindromi/sintomi o manifestazioni paraneoplastici e/o malattie eziologicamente riconducibili a un tumore possono provocare ulteriori sequele.

Se la sequela è direttamente connessa al sintomo, alla sindrome o alla manifestazione paraneoplastici o malattie eziologicamente riconducibili a un tumore non è più considerata come riconducibile al tumore e va codificata come diagnosi principale (a condizione di soddisfare la regola di codifica G52).

La paraneoplasia e/o la malattia eziologicamente riconducibile al tumore e il tumore che l'ha originata (primitivo o primitivo recidivo (locale) nonché le ulteriori metastasi presenti (descritte)) sono indicati come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica).

Esempio 5

Un paziente è ricoverato con infarto cardiaco conseguente a endocardite trombotica abatterica di origine paraneoplastica, in carcinoma bronchiale a piccole cellule.

DP	I21.-	Infarto miocardico acuto
DS	I33.9	Endocardite acuta non specificata
DS	C34.-	Tumore maligno dei bronchi e del polmone

Esempio 6

Una paziente è ricoverata con embolia polmonare senza menzione di cuore polmonare provocata da trombosi venosa profonda in disturbi della coagulazione di origine paraneoplastica, in carcinoma della testa del pancreas.

A causa dell'embolia polmonare trascorre due giorni in terapia intensiva. Inoltre, nel corso della degenza, la paziente è messa per tre giorni sotto eparina e viene sottoposta a una TC staging.

DP	I26.9	Embolia polmonare senza menzione di cuore polmonare acuto
DS	I80.28	Flebite e tromboflebite di altri vasi profondi degli arti inferiori
DS	C25.0	Tumore maligno: testa del pancreas

Esempio 7

Un paziente è ricoverato a causa di un'improvvisa afasia progressiva e di un'emiplegia flaccida.

A seguito di trombectomia endovascolare intracerebrale, cure in terapia intensiva e stabilizzazione in Stroke Unit, si sospetta un disturbo della coagulazione di eziologia incerta, in presenza di uno stato di salute altrimenti discreto.

Dopo ulteriori procedure diagnostiche, inclusa una TC staging, viene posta la diagnosi di carcinoma della testa del pancreas.

Il medico curante documenta il forte sospetto di un disturbo della coagulazione di origine paraneoplastica.

DP	I63.3	Infarto cerebrale da trombosi delle arterie cerebrali
DS	G81.0	Emiplegia flaccida ed emiparesi
DS	R47.0	Disfasia ed afasia
DS	D68.8	Altri difetti della coagulazione specificati
DS	C25.0	Tumore maligno: testa del pancreas

Nota: per tutti i casi descritti vale quanto segue:

I codici supplementari U69.11! Disturbo acquisito e permanente della coagulazione sanguigna e U69.12! Disturbo della coagulazione sanguigna temporaneo sono aggiunti alla codifica in funzione della documentazione medica inerente al decorso della malattia.

Nota bene: per «presenti» (descritti) (in riferimento al tumore primitivo, primitivo recidivo (locale) e/o alle metastasi) si intende l'affezione metastatica primaria descritta nella documentazione medica, a prescindere che, p. es., le metastasi siano individuabili macroscopicamente o microscopicamente (istopatologicamente).

Per essere considerata valida, la documentazione medica inerente al caso deve includere una classificazione TNM e/o l'esatta descrizione della sede del tumore primitivo, primitivo recidivo (locale) e/o delle metastasi (oppure come «sospetto di...») evincibile dal testo e/o dall'elenco delle diagnosi dei rapporti medici.

Anche se p. es. sono state asportate (localmente) delle metastasi, per l'affezione metastatica primaria non è possibile affermare che il paziente non presenta più alcuna traccia di tumore e/o di metastasi.

Esempio 8

Una paziente è ricoverata per la chemioterapia palliativa nel ciclo per esito di mastectomia con linfadenectomia in carcinoma mammario metastatico. Secondo il rapporto medico di dimissione, la classificazione TNM è pT2N2(7/15)M1(OSS, BRA). I linfonodi metastatici erano localizzati a livello ascellare.

DP	C50.9	Tumore maligno: mammella non specificata
DS	C77.3	Tumore maligno secondario e non specificato: linfonodi ascellari e dell'arto superiore
DS	C79.5	Tumore maligno secondario dell'osso e del midollo osseo
DS	C79.3	Tumore maligno secondario dell'encefalo e delle meningi cerebrali.

Esempio 9

Un paziente è ricoverato per vertebroplastica a seguito di frattura di vertebra toracica provocata da metastasi (documentata a livello medico) in presenza anche di carcinoma a cellule renali con metastasi linfonodali (regionali) e peritoneali metastatico. Esito di nefrectomia con linfadenectomia regionale.

DP	C79.5†	Tumore maligno secondario dell'osso e del midollo osseo
CDP	M49.54*	Collasso vertebrale in malattie classificate altrove: zona dorsale
DS	C64	Tumore maligno del rene, ad eccezione della pelvi renale
DS	C78.6	Tumore maligno secondario del retroperitoneo e del peritoneo
DS	C77.2	Tumore maligno secondario e non specificato: linfonodi intra-addominali

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.

S0205j 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 (primitivo, primitivo recidivo (locale) o in forma di metastasi) il cui trattamento ha provocato il disturbo iatrogeno e le ulteriori metastasi presenti (descritte) sono indicati come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G 54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica).

Nota bene: In caso di riammissione entro 18 giorni, la regola di codifica generale D16 (regola di fatturazione) prevale sulla regola di codifica speciale S0205 e va quindi applicata.

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 secerne catecolamine.

DP C74.1 Tumore maligno della midollare surrenale

DS E27.5 Iperfunzione della midollare del surrene

S0210e Sedi multiple

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

Esempio 1

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

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

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

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

Esempio 2

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

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

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

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

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

S0211a Lesioni contigue

Le sottocategorie .8:

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

Esempio 1

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

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

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

Esempio 2

Adenocarcinoma che si estende dal sigma al retto.

C19 Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea

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

Esempio 3

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

C53.1 Tumore maligno della cervice uterina, esocervice

S0212a Remissione di malattie maligne immunoproliferative e leucemie

I codici

C 88.– Malattie maligne immunoproliferative

C 90.– Mieloma multiplo e tumori plasmacellulari maligni

C 91 – C 95 Leucemie

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

0 senza indicazione di remissione completa

1 in remissione completa

Si noterà che:

.x0 Senza indicazione di remissione completa

Senza indicazione di remissione

In remissione parziale

va attribuito:

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

.x1 In remissione completa

va attribuito:

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

Per indicare la presenza di una leucemia del gruppo *C 91–C 95* refrattaria alla terapia di induzione standard, va utilizzato il codice supplementare

C 95.8! 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 *C 78.2 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

S0217j 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).

Nota bene: «Scelta della diagnosi principale nelle cure palliative» (regola di codifica G52) e «Sintomi di una malattia tumorale», «Malattie eziologicamente riconducibili a un tumore» (regola di codifica S0202j)

Nota:

- Qualora le cure palliative somministrate (la codifica include i codici CHOP 93.8A.2-, 93.8B.- oppure, in caso di requisiti minimi non soddisfatti (p. es. decesso prima che ciò avvenga), il codice ICD Z51.5 *Cure palliative*) soddisfino le condizioni di cui alla regola di codifica G52, va indicata come diagnosi principale la malattia che ha reso necessarie tali cure.
- I sintomi di una malattia tumorale in stadio avanzato, come p. es. forte nausea, infiammazione sistemica, debolezza, inappetenza, dolori generalizzati, dispnea, attacchi di panico ecc. non vanno indicati nella diagnosi principale quale ragione delle cure palliative, anche se sono stati rilevanti per le scelte relative alle cure di conforto nel corso della degenza.

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 scompenso

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 scompenso

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

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

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

Esempio 3

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

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

CDP I79.2* Angiopatia periferica in malattie classificate altrove

DS H36.0* Retinopatia diabetica

DS N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

Esempio 4

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

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

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

DP E10 – E14, con quarto carattere corrispondente alla manifestazione

CDP seguito dal relativo codice per questa manifestazione

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

Esempio 5

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

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

CDP I79.2* Angiopatia periferica in malattie classificate altrove

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

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

DS H36.0* Retinopatia diabetica

TP 39.25.-- Bypass aorto-iliaco-femorale

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

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

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

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

Diabete mellito come diagnosi secondaria

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

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

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

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

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

Esempio 6

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

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

Esempio 7

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

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

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

S0403a Complicanze specifiche del diabete mellito

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

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

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

Esempio 1

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

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

CDP N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

Esempio 2

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

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

CDP N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

DS N18.5 Malattia renale cronica, stadio 5

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

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

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

Retinopatia diabetica:

E10† – E14† con quarto carattere «.3» 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 pancreatico

E16.9 Disturbo della secrezione endocrina pancreatico non specificato

non vanno utilizzati come diagnosi principale nei diabetici.

S0406a Fibrosi cistica

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

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

E84.80 Fibrosi cistica con manifestazione polmonare e intestinale

E84.87 Fibrosi cistica con altre manifestazioni multiple

E84.88 Fibrosi cistica con altre manifestazioni

Esempio 1

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

DP E84.0 Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari

DS J20.1 Bronchite acuta da Haemophilus influenzae

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

E84.1 Fibrosi cistica con manifestazioni intestinali

e, in aggiunta, come diagnosi secondaria

E84.0 Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari

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

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

S0407e Malnutrizione negli adulti

Per la definizione degli stadi si rimanda all'allegato.

Codifica:

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

S0501j 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

Nota 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.

Nota bene: l'espressione abuso di alcol non ha lo stesso significato di dipendenza da alcol.

In presenza di un abuso di alcol va indicato il codice *F10.1 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, abuso nocivo*, mentre in caso di dipendenza da alcol o di abuso di alcol cronico va utilizzato il codice *F10.2 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, Sindrome da dipendenza*.

Per l'indicazione del codice *F10.3 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol: Sindrome da astinenza* deve sussistere un quadro clinico di astinenza chiaro e documentato.

Vanno osservate le regole di codifica relative alla diagnosi principale e alle diagnosi secondarie (G 52 e G 54).

S0600 Malattie del sistema nervoso

S0601a Colpo apoplettico acuto

Fintanto che il paziente riceve un **trattamento ospitaliero 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), e **l'incontinenza urinaria e fecale** sono codificate solo qualora siano soddisfatti determinati criteri (vedi S1801).

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., Vanhauzenhuysse, 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 (N on- ST-E levation M yo c ardial I nfarction) o Sindrome coronarica acuta troponina-positiva A cute C oronary S yndrom(ACS)	<i>I21.4 Infarto miocardico acuto subendocardico</i>	Troponina pos; ECG: nessun supraslivellamento ST
STEMI (ST-E levation M yo c ardial I nfarction)	<i>I21.0 – 3 Infarto miocardico acuto transmurale (secondo la sede)</i>	Troponina pos; ECG pos. (supraslivellamento ST)
ACS n.n.b (A cute C oronary S yndrom)	<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

1. Ogni occlusione di stent o bypass coronarico e **conseguente infarto miocardico** va codificata primariamente con *I21.– Infarto miocardico acuto*. Ciò vale sia per la trombosi acuta (dello stent), sia per l'occlusione in seguito a progressione della malattia di base.

Il codice *T82.8 Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari* viene indicato 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*.
2. In presenza di occlusione di stent o bypass **senza infarto miocardico**, si distingue in base all'eziologia:
 - una trombosi va codificata primariamente con *I24.0 Trombosi coronarica non esitante in infarto miocardico*. Il codice *T82.8 Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari* viene indicato 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'implanti un pacemaker permanente**, il pacemaker permanente va codificato come primo impianto e non come sostituzione.

Il **controllo** del pacemaker viene eseguito di routine durante il ricovero ospedaliero per impianto di pacemaker e pertanto in questo momento non va indicato un codice procedurale particolare. Un controllo in un altro momento (non in associazione con un impianto durante lo stesso ricovero) va indicato con i codici *89.45–89.49 Controllo di un pacemaker*.

Ricovero ospedaliero per il cambio di un aggregato (= cambio della batteria/del generatore d'impulsi) di un pacemaker/defibrillatore

Va indicato solo il codice

Z45.0– Adattamento e manutenzione di dispositivo (elettronico) cardiaco
insieme agli appropriati codici di procedura.

Complicanze del pacemaker/defibrillatore

Le complicanze del pacemaker / defibrillatore vanno codificate con uno dei seguenti codici:

- T82.1 Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco*
Questo codice contiene il disturbo funzionale del pacemaker e degli elettrodi.
- T82.7 Infezione e reazione infiammatoria da altri dispositivi, impianti ed innesti cardiaci e vascolari*
- T82.8 Altre complicanze di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari*

S0906a Esami di controllo successivi a trapianto cardiaco

Negli esami di controllo successivi a trapianto cardiaco si deve indicare come diagnosi principale il codice

Z09.80 Visita medica di controllo dopo trapianto d'organo

e come diagnosi secondaria il codice

Z94.1 Presenza di trapianto cardiaco.

S0907a Edema polmonare acuto

Un edema polmonare acuto va codificato in base alla causa primaria, p.es. il frequentissimo edema polmonare cardiaco acuto con *I50.14 Insufficienza ventricolare sinistra con disturbi a riposo*.

Vedi anche le istruzioni e le esclusioni riguardanti il codice *J81 Edema polmonare acuto* nella ICD-10-GM.

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 pratichi 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.

S0910j Rilevazione della durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria

La durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria va indicata con il corrispondente codice specifico del sistema.

Codici per la durata del trattamento con:

- A: contropulsatore aortico 37.69.1-
- B: sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso ° endovasale (intracardiaco incluso) 37.69.2-
extracorporeo, monoventricolare 37.69.4-
extracorporeo, biventricolare 37.69.5-
intracorporeo, monoventricolare e biventricolare 37.69.6-
- C: sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, con pompa, con rimozione di CO₂, extracorporeo, veno-veno 37.69.7-
- D: sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, con pompa, con ossigenatore (rimozione di CO₂ inclusa) extracorporeo, veno-veno 37.69.8-
extracorporeo, veno-arterioso o veno-venoarterioso 37.69.A-
- E: sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, senza pompa con rimozione di CO₂ 37.69.B

Nota bene: Per le procedure di cui alla lettera D (procedure ECMO) vale inoltre quanto segue:

Qualora durante una degenza **la stessa procedura ECMO** (di cui alla lettera D) sia effettuata più volte:

- se la pausa/l'interruzione tra le procedure è **> 24 ore e avviene una sostituzione di cannula**, le durate di trattamento possono essere codificate singolarmente
- se la pausa/l'interruzione tra le procedure è **> 24 ore e non avviene una sostituzione di cannula**, le durate di trattamento vanno sommate;
- se la pausa/l'interruzione tra le procedure è **< 24 ore**, le durate di trattamento vanno sommate.

Nota: la sostituzione di cannula va indicata con il codice 37.6E.11 *Sostituzione di cannula di sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria*.

Nota bene:

- Qualora durante la degenza siano effettuate diverse procedure ECMO (di cui alla lettera D), va indicato un solo codice del gruppo di elementi 37.69. - ossia quello corrispondente alla procedura di maggior durata.
- I tempi delle diverse procedure vanno sommati e la durata complessiva ottenuta va codificata con l'unico codice ECMO scelto.
- L'impianto, la rimozione del sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, la sostituzione della cannula e/o la sostituzione di componenti vanno riferiti ai singoli casi e codificati in aggiunta.

Nota:

Per le procedure di cui ai punti A, B, C ed E, in caso di interruzione, le durate della stessa procedura vanno sommate. Ciascuna procedura deve essere codificata separatamente.

Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria

In caso di utilizzo del codice ICD-10-GM Z95.80 *Portatore di sistema di circolazione assistita* va codificata in aggiunta la durata del trattamento tramite uno dei codici CHOP dei seguenti gruppi di elementi:

- 37.69.2- *Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso)*
- 37.69.4- *Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo, monoventricolare*
- 37.69.5- *Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo, biventricolare*
- 37.69.6- *Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, intracorporeo, monoventricolare e biventricolare*

S1000 Malattie del sistema respiratorio

S1001j 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 sovra 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.

«Ventilazione con AMBU» dei neonati

La cosiddetta «ventilazione con AMBU» (trattamento con pallone autoespandibile) dei neonati con disturbi dell'adattamento non va codificata.

Non deve quindi essere indicato alcun codice del gruppo 93.9F.1- Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria di neonati e lattanti.

S1002j Insufficienza respiratoria

La diagnosi medica documentata di insufficienza respiratoria parziale o globale viene codificata soltanto se si riscontrano alterazioni patologiche all'emogasanalisi nel senso di un'insufficienza respiratoria respiratoria parziale o globale. Ai fini della codifica 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.

Qualora una/un paziente con insufficienza respiratoria cronica parziale o globale sia ricoverata/o a seguito di un peggioramento acuto della situazione respiratoria o che ciò si verifichi nel corso di una degenza stazionaria (p. es. in caso di BPCO esacerbata), in aggiunta al codice *J96.1-* può essere indicato un codice del gruppo *J96.0-*.

Attenzione: in caso di neonati e lattanti è possibile adottare altre procedure diagnostiche per fare la diagnosi.

S1100 Malattie dell'apparato digerente

S1101j Diagnosi clinica di appendicite

I seguenti esempi mostrano come effettuare la codifica in caso di sospetto clinico di appendicite non confermato istologicamente e/o clinicamente.

Vanno altresì osservate le regole di codifica inerenti alle diagnosi di sospetto (D09g) e ai sintomi (D01g).

Esempio 1

Un paziente viene ricoverato a causa di addome acuto e sospetto (clinico) urgente di appendicite acuta e gli viene effettuata appendicectomia d'urgenza per via laparoscopica.

Il reperto istopatologico esclude chiaramente l'appendicite.

Gli viene tuttavia diagnosticata la rottura di una cisti peritoneale benigna quale causa dei forti dolori.

È inoltre constatata la presenza di concrezioni appendicolari dichiarata coerente con il quadro sintomatico.

DP	K66.8	Altri disturbi specificati del peritoneo
DS	K38.1	Concrezioni appendicolari
TP	47.01	Appendicectomia per via laparoscopica

Esempio 2

Un paziente viene ricoverato con dolori nella parte destra del basso ventre. Viene formulato il sospetto clinico di appendicite acuta.

Il riscontro intraoperatorio dell'appendicectomia per via laparoscopica è blando, senza indicazioni (visive) di altre patologie o stati che possano spiegare i dolori.

Anche il rapporto istopatologico inerente all'appendice è blando.

DP	R10.3	Dolore localizzato ad altre parti addominali inferiori
TP	47.01	Appendicectomia per via laparoscopica

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*

DS K22.81 *Emorragia esofagea*

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)

- AI

S1202j Vesciche

«Vescica» è un termine del linguaggio comune e non una diagnosi dermatologica codificabile.

Per poter essere codificata, questa manifestazione cutanea deve essere documentata e ricondotta a una specifica malattia della pelle da parte di un medico.

Esempi:

- Le vesciche comparse in fase postoperatoria sono da attribuire, nella maggior parte dei casi, a un codice S.
- Le vesciche connesse a piaghe da decubito rappresentano una manifestazione transitoria nella formazione di un'erosione o di un'ulcera da decubito. Per utilizzare un codice del gruppo L89. - Ulcera da decubito e area di pressione in presenza di vesciche, la patogenesi deve essere confermata da un medico.

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	K62.8	<i>Altre malattie specificate dell'ano e del retto</i>
Cervice uterina	N88.8	<i>Altri disturbi non infiammatori, specificati, della cervice uterina</i>
Vaginali	N89.8	<i>Altri disturbi non infiammatori, specificati, della vagina</i>
Vulvari	N90.8	<i>Altri disturbi non infiammatori, specificati, della vulva e del perineo</i>
Pene	N48.8	<i>Altri disturbi specificati del pene</i>
Uretra	N36.8	<i>Altri disturbi specificati dell'uretra</i>

Il codice

A63.0 *Verruche anogenitali (veneree)*

va indicato come diagnosi secondaria.

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 cutaneo-peritoneale (cateterismo permanente)

S1407d Ricovero per la posa di una fistola arteriovenosa o di uno shunt arteriovenoso per la dialisi

In caso di ricovero per la posa di una fistola o di uno shunt per la dialisi, occorre indicare **insufficienza renale come diagnosi principale**, assieme al codice della procedura corrispondente.

Il codice

Z49.0 Preparazione alla dialisi

non va indicato (contrariamente a quanto figura all'inizio del capitolo XXI della ICD-10-GM).

S1408a Ricovero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di shunt arteriovenoso

In caso di ricovero ospedaliero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di uno shunt arteriovenoso (non in seguito a una complicanza) va utilizzato il codice

Z48.8 Altri specificati trattamenti chirurgici di follow-up

insieme al codice CHOP

39.43 Occlusione di shunt arteriovenoso per dialisi renale

S1500 **Ostetricia****S1501b** **Definizioni***Durata della gestazione*

La durata della gestazione viene sempre documentata con il codice *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)

S1503j 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 *O23*. - *Infezioni del tratto genitourinario in gravidanza*. Se è possibile una descrizione più precisa, questi codici sono seguiti dal codice specifico per designare l'infezione estratto dal capitolo XIV Malattie dell'apparato genitourinario della ICD-10.

Per codificare un diabete mellito durante la gravidanza sono disponibili i codici *O24*. - *Diabete mellito in gravidanza*. Se è possibile una descrizione più precisa, questi codici (ad eccezione di *O24.4*) sono seguiti dai codici *E10–E14* per designare il diabete mellito e indicare eventuali complicanze. In caso di complicanze (manifestazioni), la quarta posizione nei codici *E10–E14* va codificata in base alla o alle manifestazioni (specifiche) secondo S0400.

Per codificare malattie del fegato in gravidanza è disponibile il codice *O26.6 Condizioni morbose del fegato durante la gravidanza, il parto e il puerperio*. Esso viene indicato insieme al codice specifico ICD-10 del gruppo *K70–K77 Malattie del fegato* per definire la malattia epatica di cui soffre la paziente.

Nota bene: la colestasi gravidica intraepatica (*O26.60*) rappresenta un quadro patologico acuto, specifico della gravidanza, di eziologia ignota.

In sua presenza, **non** è necessario indicare in aggiunta un codice di precisazione del gruppo *K70-K77*.

Esempio 2

Una paziente è ricoverata alla 25a sdg con vescicole dolorose e orticaria all'addome. Soffre di prurito incontrollabile. Il rash pemfigoide si estende.

Il medico curante diagnostica un herpes gravidico.

DP	<i>O26.4</i>	<i>Herpes gravidico</i>
DS	<i>009.3!</i>	<i>Durata della gravidanza: Da 20 a 25 settimane complete</i>

Esempio 3

Una paziente con infezione recidivante nota da herpes virus [herpes simplex] di tipo 2 (herpes genitale) è ricoverata alla 35a sdg con il sospetto di una nuova recidiva (forti dolori).

Viene diagnosticata e documentata una vulvite acuta con herpes genitale. Non sono presenti ulcere vaginali.

DP	<i>O98.3</i>	<i>Altre infezioni, trasmesse principalmente per via sessuale, complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio</i>
DS	<i>A60.0†</i>	<i>Infezione da herpes virus dei genitali e del tratto urogenitale</i>
DS	<i>N77.1*</i>	<i>Vaginite, vulvite e vulvovaginite in malattie infettive e parassitarie classificate altrove</i>
DS	<i>009.5!</i>	<i>Durata della gravidanza: Da 34 a 36 settimane complete</i>

I disturbi diffusi in caso di gravidanza in atto per cui non sia stata individuata una causa specifica vanno codificati con *O26.88 Altre condizioni morbose, specificate, correlate alla gravidanza*.

- Per codificare altre complicanze in gravidanza, parto e puerperio (o condizioni che peggiorano in gravidanza o costituiscono la causa principale del ricorso a misure ostetriche) sono disponibili le categorie *O98–O99*, che vanno indicate **sempre insieme** a un codice di un altro capitolo della ICD-10-GM quale diagnosi secondaria per specificare la malattia in atto (vedi anche le note relative a *O98* e *O99* nella ICD-10-GM).

Esempio 4

Una paziente è ricoverata per un'anemia grave da deficit di ferro correlata alla gravidanza.

DP	<i>O99.0</i>	<i>Anemia complicante la gravidanza, il parto ed il puerperio</i>
DS	<i>D50.8</i>	<i>Altre anemie da deficit di ferro</i>
DS	<i>009.–!</i>	<i>Durata della gestazione ... settimane</i>

Esempio 5

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 6

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.

S1505j Regole speciali per il parto

Le regole sottostanti si applicano in egual misura agli ospedali e alle case per partorienti (qualora la prestazione in questione, secondo le rispettive basi legali, possa essere fornita in una casa per partorienti, vedi commento all'articolo 58e OAMa).

Attribuzione della diagnosi principale in un parto

Se una degenza ospedaliera è associata alla nascita di un bambino ma la paziente era stata ricoverata a causa di una condizione preparto richiedente un trattamento, si procede nel seguente modo:

- se il trattamento è stato richiesto **più di sette giorni** prima del parto, la condizione preparto va codificata come diagnosi principale;
- in tutti gli altri casi va codificata come diagnosi principale la diagnosi riferita al parto.

Parto vaginale singolo spontaneo (O80)

La categoria *O80 Parto singolo spontaneo* va indicata, e unicamente come diagnosi principale, solo qualora il parto abbia avuto un decorso senza problemi e non siano presenti altre diagnosi del capitolo XV «Gravidanza, parto e puerperio». Altrimenti va documentato come diagnosi principale il problema clinico più importante (p.es. parto pretermine, distocia, gravidanza a rischio, ecc.), utilizzando il codice corrispondente del capitolo XV, ma vale a dire che *O80* va omesso dalle diagnosi secondarie.

Ogni nascita spontanea va indicata con il codice *73.59 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 e 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.

- | | | |
|-----------|---------------|--|
| <i>DP</i> | <i>O80</i> | <i>Parto singolo spontaneo</i> |
| <i>DS</i> | <i>009.6!</i> | <i>Durata della gestazione da 37 a 41 settimane complete</i> |
| <i>DS</i> | <i>Z37.0!</i> | <i>Parto singolo, nato vivo</i> |
| <i>TP</i> | <i>73.59</i> | <i>Assistenza manuale al parto, altra</i> |

Esempio 2

Parto vaginale spontaneo con episiotomia alla 39a settimana di gestazione.

- | | | |
|-----------|---------------|--|
| <i>DP</i> | <i>O80</i> | <i>Parto singolo spontaneo</i> |
| <i>DS</i> | <i>009.6!</i> | <i>Durata della gestazione da 37 a 41 settimane complete</i> |
| <i>DS</i> | <i>Z37.0!</i> | <i>Parto singolo, nato vivo</i> |
| <i>TP</i> | <i>73.59</i> | <i>Assistenza manuale al parto, altra</i> |
| <i>TS</i> | <i>73.6</i> | <i>Episiotomia</i> |

Esempio 3

Parto vaginale spontaneo alla 42ª settimana di gestazione.

- | | | |
|-----------|---------------|---|
| <i>DP</i> | <i>O48</i> | <i>Gravidanza prolungata</i> |
| <i>DS</i> | <i>009.7!</i> | <i>Durata della gestazione più di 41 settimane complete</i> |
| <i>DS</i> | <i>Z37.0!</i> | <i>Parto singolo, nato vivo</i> |
| <i>TP</i> | <i>73.59</i> | <i>Assistenza manuale al parto, altra</i> |

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.

Nota bene: un «taglio cesareo su richiesta materna», definito come tale e senza ulteriori indicazioni inerenti al taglio (p. es. esito di taglio precedente, sospetto di feto macrosomico ecc.), va codificato con il codice ICD O82 Parto singolo con taglio cesareo.

Al codice ICD O82 Parto singolo con taglio cesareo non possono essere abbinati i codici CHOP 74.1X.20 Taglio cesareo cervicale basso, secondario, 74.0X.20 Taglio cesareo tradizionale, secondario o 74.2X.- Taglio cesareo extraperitoneale.

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

Si ha un travaglio di parto prolungato in caso di:

Durata del periodo dilatativo > 12 ore

Codice: 063.0 Prolungamento del primo stadio [periodo dilatativo] del travaglio

Durata del periodo espulsivo > 60 min

Codice: 063.1 Prolungamento del secondo stadio [periodo espulsivo] del travaglio

Sono applicate le definizioni di ostetricia relative al periodo dilatativo e al periodo espulsivo.

I responsabili della codifica sono tenuti, in conformità alle disposizioni di cui alla regola G 40, a specificare le indicazioni mediche tratte dall'intera documentazione riguardante il parto (p. es. partogramma).

Si ha un parto protratto a seguito di rottura delle membrane (prematura e/o spontanea) o rottura artificiale del sacco amniotico (amniotomia, rottura artificiale delle membrane) per indurre il parto, accelerare il travaglio o nel corso del parto in caso di:

Intervallo tra la rottura del sacco amniotico e il parto \geq 24 ore

Codici: 075.5 Parto ritardato dopo **rottura artificiale delle membrane** o 075.6 Parto ritardato dopo **rottura spontanea o non specificata delle membrane**

Nota bene:

- Se le condizioni sopra menzionate per i codici 063.0, 063.1, 075.5 e 075.6 risultano soddisfatte, i codici ICD in questione possono essere indicati, anche contestualmente, nel rispetto della regola sulle diagnosi secondarie (G54).
- L'esclusione di cui al codice 075.6 *Parto ritardato dopo rottura spontanea o non specificata delle membrane* impone ai responsabili della codifica, in presenza di rottura prematura delle membrane (ossia nel caso in cui la rottura delle membrane si verifichi prima dell'inizio di contrazioni che abbiano effetto sull'orifizio uterino), di utilizzare un codice della categoria 042. - *Rottura prematura delle membrane*.
- I codici della categoria 042. - e il codice 075.6 si riferiscono a stati/entità differenti.
- Il codice 075.6 non contiene l'informazione che si tratta di una rottura prematura (avvenuta prima dell'inizio di contrazioni che abbiano effetto sull'orifizio uterino) spontanea delle membrane.

Esempio 7

Una paziente è ricoverata alla 39a+4 sdg con rottura prematura delle membrane. Procedura principalmente d'attesa, profilassi antibiotica, sorveglianza in sala parto.

Dopo 30 ore, inizio autonomo del travaglio. Periodo dilatativo prolungato della durata di 12 ore e 45 minuti con sostegno alle contrazioni e anestesia peridurale.

In presenza di periodo espulsivo prolungato della durata di 75 minuti e di CTG patologico, conclusione del parto con estrazione tramite ventosa, senza episiotomia, con lacerazione perineale di secondo grado.

Dalla documentazione medica risulta che è stato il periodo dilatativo prolungato a provocare il maggiore impiego di risorse mediche ai sensi della regola di codifica G52.

DP 063.0 Prolungamento del primo stadio [periodo dilatativo] del travaglio
 DS 042.11 Rottura prematura delle membrane, con inizio del travaglio dopo 1 a 7 giorni
 DS 063.1 Prolungamento del secondo stadio [periodo espulsivo] del travaglio
 DS 075.6 Parto ritardato dopo rottura spontanea o non specificata delle membrane
 DS 070.1 Lacerazione perineale di secondo grado durante il parto
 DS 068.0 Travaglio e parto complicati da anomalia del ritmo cardiaco fetale
 DS 009.6! Durata della gravidanza: Da 37 a 41 settimane complete
 DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

Esempio 8

Una paziente nella 38a sdg è ricoverata il giorno X con travaglio in corso dalle ore 3.00 del mattino e sacco amniotico integro.

Lo stesso giorno, alle ore 6.00, l'orifizio uterino si è dilatato di 1-2 cm.

A seguito di ritardo nel parto, alle ore 10.00 giorno X viene praticata un'amniotomia per stimolare le contrazioni e sono somministrati medicinali per sostenerle.

L'orifizio uterino è completamente dilatato alle ore 16.00 giorno X.

Dopo un breve periodo espulsivo, parto spontaneo alle ore 16.50 sempre del giorno X.

DP	O63.0	Prolungamento del primo stadio [periodo dilatativo] del travaglio
DS	O09.6!	Durata della gravidanza: Da 37 a 41 settimane complete
DS	Z37.0!	Parto singolo, nato vivo

In questo caso non possono essere indicati i codici O75.5 o O63.1.

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 del 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 post esposizione su neonati sani

Per codificare le profilassi post esposizione 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.

S1606j 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 la diagnosi di ittero neonatale, il codice per la fototerapia

99.83 *Altra fototerapia*

è solo utilizzato quando la terapia è protratta **per almeno 12 ore**.

Rianimazione primaria**Nota:**

Per l'indicazione del codice CHOP 99.65 *Trattamento acuto di disturbo dell'adattamento neonatale (rianimazione primaria)* devono essere soddisfatte tutte le condizioni riportate nella corrispondente nota.

Se le condizioni non sono interamente soddisfatte, il codice non può essere impiegato.

Per la valutazione del criterio «[...] - misure di sostegno alla respirazione (CPAP, ventilazione assistita) [...]» si rinvia altresì alla regola di codifica S1001i «Ventilazione meccanica; pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP)».

S1607c Sindrome dispnoica neonatale per malattia delle membrane ialine/deficit di surfattante

Nel codice per la sindrome dispnoica neonatale/neonato pretermine

P22.0 Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato

è contenuta la codifica per le condizioni seguenti:

- malattia delle membrane ialine
- sindrome dispnoica.

L'applicazione di surfattante nel neonato è codificata soltanto tramite la lista dei medicinali molto cari, registrando il codice ATC in cui è compreso anche il modo di applicazione. Non viene indicato un codice CHOP.

Nota bene: il codice *P22.0* presuppone che sia presente un quadro patologico specifico definito che deve essere distinto dai disturbi transitori dell'adattamento del neonato, come ad esempio una tachipnea transitoria del neonato (*P22.1*)!

S1608c Sindrome dispnoica neonatale per aspirazione imponente, wet lung 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.

S1609j Encefalopatia ipossico-ischemica (HIE)

L'encefalopatia ipossico-ischemica viene classificata clinicamente, secondo i stadi di Sarnat¹ e/o il punteggio di Thompson², nel modo seguente:

1° stadio di Sarnat: ipereccitabilità, iperriflessia, midriasi, tachicardia, ma assenza di crisi convulsive

(in termini di punteggio di Thompson² corrisponde a 1-6 punti)

2° stadio di Sarnat: letargia, miosi, bradicardia, rallentamento dei riflessi (p.es. riflesso di Moro), ipotensione e attacchi convulsivi

(in termini di punteggio di Thompson² corrisponde a 7-12 punti)

3° stadio di Sarnat: stupore, flaccidità, crisi convulsive, assenza di riflesso di Moro e riflessi bulbari bulbari

(in termini di punteggio di Thompson² corrisponde a > 12 punti)

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 *P91.3 Irritabilità cerebrale del neonato*

Codifica del 2° stadio *P91.4 Depressione cerebrale del neonato*

Codifica del 3° stadio *P91.5 Coma del neonato*

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

² <https://www.karger.com/Article/FullText/490721>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27343024>

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:

ambedue 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.

S1611j Insufficienza respiratoria acuta neonatale

L'insufficienza respiratoria nel neonato corrisponde a un'insufficienza respiratoria parziale o globale e va 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 riconosciuta dalla SGN/SSMI, nonché se ha luogo in seguito una ventilazione invasiva, non invasiva oppure un'assistenza respiratoria tramite CPAP

La diagnosi di insufficienza respiratoria parziale o globale deve essere indicata nella documentazione medica (vedi regola di codifica S1002).

La presenza di altri stati riguardanti il sistema respiratorio (p. es. *P20. - , P21. - , P22. - , P23. - , P24. - , P25. - ecc.*) va codificata in aggiunta nel rispetto delle regole di codifica vigenti.

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

Questa regola di codifica è stata soppressa.

La codifica di una disfagia va effettuata secondo le regole di codifica G54 «Diagnosi secondarie» o G52 «Diagnosi principale».

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.

S1904j 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

Nota: traumatismo intracranico

In presenza di un traumatismo intracranico (indice alfabetico S06.9 Traumatismo intracranico non specificato) senza lesione intracranica accertata, non va indicato il codice S06.9, ma il codice S06.0 Commozione cerebrale.

Nota bene: in caso di traumatismo intracranico seguito da coma artificiale, durata > 24 ore, vanno indicati i seguenti codici:

S06.72! Traumatismo intracranico con perdita di conoscenza: Più di 24 ore, con ritorno al precedente stato di coscienza oppure

S06.73! Traumatismo intracranico con perdita di conoscenza: Più di 24 ore, senza ritorno al precedente stato di coscienza

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 subscala** 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 subscala «uditiva» raggiunge il valore 3 (risposta a comando), oppure la subscala «oromotoria» raggiunge il valore 3 (produzione verbale comprensibile), oppure la subscala «comunicazione» raggiunge il valore 1–2 (comunicazione intenzionale o funzionale).
- Si ha un Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) se la subscala «motoria» e la subscala «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., Vanhauzenhuyse, 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.

DP	S24.12	Lesione incompleta del midollo spinale toracico
CDP	X59.9!	Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi
DS	S34.72!	Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale lombosacrale, L2
DS	S22.06	Frattura di vertebra toracica, T11 e T12

Fase acuta – trasferimento del paziente

Se un paziente che ha subito un traumatismo del midollo spinale per un trauma è trasferito immediatamente da un ospedale di cure acute a un altro ospedale di cure acute, in entrambi gli ospedali va indicato il codice per il tipo di traumatismo come diagnosi principale e il codice corrispondente all'altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale come prima diagnosi secondaria.

Esempio 2

Un paziente viene ricoverato nell'ospedale A dopo una caduta con grave traumatismo del midollo spinale. Una TAC conferma la lussazione di T7/T8 con traumatismo del midollo spinale alla stessa altezza. La neurologia corrisponde a una lesione incompleta sotto T8. Dopo la stabilizzazione nell'ospedale A, il paziente viene trasferito nell'ospedale B, in cui viene effettuata un'artrodesi.

Ospedale A:

DP	S24.12	Lesione incompleta del midollo spinale toracico
CDP	X59.9!	Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi
DS	S24.75!	Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale toracico, T8/T9
DS	S23.14	Lussazione di vertebra toracica, altezza T7/T8 e T8/T9

Ospedale B:

DP	S24.12	Lesione incompleta del midollo spinale toracico
DS	S24.75!	Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale toracico, T8/T9
DS	S23.14	Lussazione di vertebra toracica, altezza T7/T8 e T8/T9

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

Traumatismo del midollo spinale – fase cronica

Si parla di fase cronica di una paraplegia/tetraplegia quando il trattamento della malattia acuta (p.es. un traumatismo acuto del midollo spinale) che ha causato le paralisi è al momento concluso.

Se il paziente viene ricoverato in questa fase cronica per il trattamento della paraplegia/tetraplegia, come diagnosi principale va utilizzato un codice della categoria:

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

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

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

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

Per l'altezza funzionale della lesione del midollo spinale va inoltre aggiunto il codice appropriato della categoria:

G82.6-! *Altezza funzionale della lesione del midollo spinale.*

I codici per i traumatismi del midollo spinale non vanno indicati, poiché vanno attribuiti solo nella fase acuta.

Esempio 3

Una paziente è ricoverata per il trattamento di un'infezione delle vie urinarie. Inoltre presenta una paraplegia flaccida incompleta all'altezza di L2, una sindrome della cauda equina incompleta e un disturbo neuropatico di svuotamento della vescica.

DP	N39.0	Infezione delle vie urinarie, sede non specificata
DS	G82.03	Paraplegia flaccida, lesione del midollo spinale cronica incompleta
DS	G82.66!	Altezza funzionale della lesione del midollo spinale, L2 – S1
DS	G83.41	Sindrome della cauda equina incompleta
DS	G95.81	Cistoplegia con lesione neuronale bassa

Nota: utilizzare un codice supplementare della categoria G95.8– per indicare, come nell'esempio, la presenza di una disfunzione vescicale neuropatica.

Codifica di fratture e lussazioni vertebrali

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.

DP	S24.11	Lesione completa del midollo spinale toracico
CDP	V99!	Incidente di mezzo di trasporto
DS	S24.72!	Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale toracico, T2/T3
DS	S22.01	Frattura di vertebra toracica, altezza T1 e T2
DS	S22.02	Frattura di vertebra toracica, altezza T3 e T4
DS	S23.11	Lussazione di vertebra toracica, altezza T1/T2 e T2/T3
DS	S23.12	Lussazione di vertebra toracica, altezza T3/T4 e T4/T5
DS	S21.88!	Danno ai tessuti molli di secondo grado con frattura o lussazione esposta del torace

S1906a Traumatismi multipli**Diagnosi**

I singoli traumatismi vanno codificati per quanto possibile in base alla loro sede anatomica e al tipo.

Le categorie di codici combinati per i traumatismi multipli T00–T07 *Traumatismi interessanti regioni corporee multiple* e i codici delle categorie S00–S99 che codificano i traumatismi multipli con il quarto carattere «.7», vanno utilizzati solo se il numero dei traumatismi da codificare supera il numero massimo di diagnosi registrabili.

In questi casi vanno impiegati codici specifici (traumatismo per regione corporea/tipo) per i traumatismi più gravi e le categorie per traumatismi multipli per codificare le lesioni meno gravi (p.es. traumatismi superficiali, ferite aperte nonché distorsioni e distrazioni).

Nota: L'indice alfabetico della ICD-10-GM consiglia per un «traumatismo multiplo» o un «politrauma» il codice *T07 Traumatismi multipli non specificati*. Questo codice è però aspecifico e perciò se possibile **non** va utilizzato.

Sequenza dei codici in caso di traumatismi multipli

La scelta della diagnosi principale va effettuata secondo la regola G52.

Esempio 1

Una paziente è ricoverata dopo un incidente automobilistico con contusione cerebrale focale, amputazione traumatica dell'orecchio destro, perdita di coscienza per 20 minuti, contusione di laringe e spalla destra e ferite da taglio alla guancia e alla coscia destre.

DP	S06.31	Contusione cerebrale focale
CDP	V99!	Incidente di mezzo di trasporto
DS	S06.70!	Traumatismo intracranico con coma prolungato, meno di 30 minuti
DS	S08.1	Amputazione traumatica dell'orecchio
L	1	
DS	S01.41	Ferita aperta della guancia
L	1	
DS	S71.1	Ferita aperta della coscia
L	1	
DS	S10.0	Contusione della gola
DS	S40.0	Contusione della spalla e del braccio
L	1	

In questo caso **non** vengono attribuiti i codici *S09.7 Traumatismi multipli della testa* e *T01.8 Ferite aperte interessanti altre combinazioni di regioni corporee*, perché ove è possibile vanno sempre indicati codici individuali.

S1907j 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.

Nota bene: la revisione di cicatrice a seguito di ustioni/corrosioni va codificata in conformità alle regole di codifica S1201 «Chirurgia plastica» e D06 «Sequele», esempio 2.

La **diagnosi principale** di ustione/corrosione (T20-T32) va indicata unicamente quando si tratta della **fase acuta di trattamento** di un'ustione/una corrosione.

S1908b Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologiche

La diagnosi «avvelenamento da farmaci/droghe» è posta in caso di assunzione erronea o inappropriata, con scopo suicidale o omicida, o in caso di effetti indesiderati di farmaci prescritti ma assunti nell'ambito di un'automedicazione.

Gli avvelenamenti sono classificati nelle categorie

T36 – T50 Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologicamente attive

e

T51 – T65 Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa.

In caso di avvelenamento correlato ad **una o più manifestazioni** (p.es. coma, aritmia), come diagnosi principale va indicato il codice della manifestazione. I codici per l'avvelenamento provocato dalle sostanze impiegate (medicamenti, droghe, alcool) vanno codificati come diagnosi secondaria.

Esempio 1

Un paziente viene ricoverato in coma per via di un sovradosaggio di codeina.

DP R40.2 Coma non specificato

CDP X49.9! Avvelenamento accidentale

DS T40.2 Avvelenamento da narcotici e 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.*

S1909j 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]

- **Le/i** paziente sotto anticoagulanti con emorragia a seguito di assunzione di anticoagulanti conforme alla prescrizione **vanno codificate/i come segue:**

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

La sequenza dei codici si fonda sulla regola di codifica G 52.

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)*
DS U69.12! *Disturbo della coagulazione sanguigna temporaneo*

Esempio 4

Un paziente sotto anticoagulanti in conformità a indicazione e prescrizione medica (cumarine) è ricoverato con sintomi di ictus. Non è noto alcun trauma. La TAC mostra un vasto ematoma subdurale comprimente.

Il trattamento con anticoagulanti è temporaneamente sospeso e viene somministrato un preparato a base di vitamina K.

Il quadro dei sintomi cerebrali peggiora nonostante le misure descritte.

Sono quindi somministrati per via endovenosa fattori di coagulazione, l'ematoma viene evacuato tramite trapanazione della calotta ed è posizionato un drenaggio subdurale.

DP	I61.00	Emorragia subdurale non traumatica, acuta
CD	Y57.9!	Complicanze da medicinali e droghe
DS	D68.33	Diatesi emorragica da cumarine (antagonisti della vitamina K)
DS	U69.12!	Disturbo della coagulazione sanguigna temporaneo

Esempio 5

Un paziente con esito di sostituzione protesica di valvola aortica e fibrillazioni atriali, sotto anticoagulanti in conformità a indicazione e prescrizione medica, è ricoverato a seguito di una visita di controllo da parte del medico di famiglia a causa di un forte superamento dei valori obiettivo INR terapeutici e di un elevato rischio di emorragia. Obiettivo del ricovero è la stabilizzazione del processo di coagulazione tramite, tra l'altro, l'immediata somministrazione di fattori di coagulazione.

DP	D68.33	Diatesi emorragica da cumarine (antagonisti della vitamina K)
DS	U69.12!	Disturbo della coagulazione sanguigna temporaneo
DS	I48.9	Fibrillazione e flutter atriali, non specificati
DS	Z95.2	Portatore di protesi valvolare cardiaca

Esempio 6

Una paziente con fibrillazioni atriali sotto anticoagulanti in conformità a indicazione e prescrizione medica è ricoverata per l'intervento vascolare programmato in presenza di AOP di stadio 2b secondo Fontaine.

Il trattamento anticoagulante viene modificato in vista dell'intervento.

Il giorno dell'ammissione viene somministrato un preparato a base di vitamina K a fini di profilassi. Dagli esami di laboratorio preoperatori risulta un INR pari a 2,4.

DP	I70.22	Aterosclerosi delle arterie degli arti: bacino-gamba, con dolore ischemico indotto da sforzo, tratto percorso meno di 200 m
DS	Z92.1	Uso prolungato (in atto) di anticoagulanti nell'anamnesi personale

Esempio 7

Un paziente sotto terapia profilattica duratura a base di inibitori dell'aggregazione dei trombociti in presenza di ipertensione arteriosa e insufficienza della valvola aortica è ricoverato d'urgenza a seguito di un'ematemesi.

Tramite endoscopia viene diagnosticata una piccola ulcera gastrica con stigmate di sanguinamento (riconducibile all'assunzione dei medicinali sopra menzionati), che viene suturata.

L'assunzione di inibitori dell'aggregazione dei trombociti per via orale viene sospesa e sostituita da un preparato a base di eparina per l'intera durata della degenza.

DP	K25.4	Ulcera gastrica: cronica o non precisata, con emorragia
CDP	Y57.9 !	Complicanze da medicinali e droghe
DS	D69.80	Diatesi emorragica da inibitori dell'aggregazione dei trombociti
DS	U69.12!	Disturbo della coagulazione sanguigna temporaneo

Nota bene: l'unico disturbo della coagulazione che rientra nella regola di codifica S1909 è la diatesi emorragica (con o senza emorragia) da medicinali assunti in conformità a indicazione medica.

Nota:

- In generale, le diatesi emorragiche sono definite come disturbi della coagulazione congeniti (ereditari) o acquisiti con forte tendenza a emorragia. La diatesi emorragica comporta emorragie **e/o** una forte (patologica) tendenza a svilupparle.
- Le emorragie riconducibili a diatesi emorragica sono caratterizzate da lunghezza o intensità eccessive **e/o** dal fatto di essere provocate da eventi di poco conto (p. es. traumi insignificanti).
- La somministrazione in dose unica di un antagonista della vitamina K o di un preparato a base di vitamina K non consente di indicare il codice D68.4 Deficit acquisito di fattore della coagulazione.

- La somministrazione profilattica di un preparato a base di vitamina K non consente di indicare i codici *D68.33 Diatesi emorragica da cumarine (antagonisti della vitamina K)* o *D68.8 Altri difetti della coagulazione specificati*, anche se l'intensità dell'anticoagulazione per via orale supera i valori limite misurati (p. es. INR) della relativa profilassi tromboembolica inerente alla malattia.
- L'abituale somministrazione profilattica postparto di un preparato a base di vitamina K in caso di nascita a termine non consente di indicare il codice *P53 Malattia emorragica del feto e del neonato*.
- Paziente sotto anticoagulanti **senza emorragia**:
 In caso di impiego di risorse mediche > 0 (p. es. somministrazione profilattica di vitamina K e/o eparina):
DS Z92.1 Uso prolungato (in atto) di anticoagulanti nell'anamnesi personale
- Paziente sotto anticoagulanti (**con o senza emorragia**) con necessità di somministrazione di fattori di coagulazione e/o altri surrogati del sangue (p. es. concentrati di trombociti, plasma fresco congelato ecc.) e/o di ricovero stazionario per stabilizzazione del processo di coagulazione:
D68. - Altri difetti della coagulazione, D69. - Porpora ed altre condizioni emorragiche (DP o DS secondo la regola di codifica G52)

Nota: gli esempi riportati fungono da riferimento per la codifica e non sono da intendersi come esaustivi.

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 nella prima **degenza ospedaliera**.

Se i codici per traumatismi, avvelenamenti, malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e altri effetti nocivi sono nella posizione di **diagnosi principale**, i codici per le cause esterne (V–Y) vanno indicati come **complemento alla diagnosi principale (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

Questo capitolo riguarda i casi di riabilitazione stazionaria con dimissioni dal 1° gennaio 2021.

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 seguenti 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 2021 vanno utilizzati i seguenti strumenti:

- Manuale di codifica medica: le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2021
- circolari per codificatori: 2021 / N 1 e N 2
- Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP): indice sistematico – versione 2021
- ICD-10-GM 2020 indice sistematico: Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati: 10a revisione – German Modification
- ICD-10-GM 2020 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 2020, 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

Esempio 1

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

Esempio 2

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.

In merito vedi anche regola di codifica G54g «Diagnosi secondarie».

Validità particolare per la riabilitazione:

In presenza di un trasferimento a fini di riabilitazione, in conformità alla regola di codifica D15j, 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 e/o di un trapianto di organi, vanno utilizzati come diagnosi p.es. secondaria i codici Z94. - *Stato dopo trapianto di organo o tessuto* e/o Z95. - *Portatore di impianto od innesto cardiaco o vascolare ecc.* segg.

Esempi di codifica della diagnosi secondaria

Esempio 1

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

Esempio 2

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

Esempio 3

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 si riferiscono alle seguenti sottocategorie:

AA.13.-	Item del punteggio ADL
AA.31.-	Test del cammino di 6 minuti
AA.32.-	Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

Le misurazioni inerenti alle funzioni della vita quotidiana vanno effettuate e documentate all'ammissione e alla dimissione.

La misurazione inerente alla multimorbidità si riferisce alle seguenti sottocategorie
AA.21.- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

e deve essere effettuata e documentata una volta per degenza all'ammissione.

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).

Dal 1° gennaio 2021, gli item ADL sono rilevati con i codici CHOP della sottocategoria AA.13.-.

La rilevazione di tutti gli item ADL si fonda sul documento «ANQ, Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche, Berna, Charité, Medicina universitaria, Berlino, Istituto di sociologia medica e scienze della riabilitazione (2020): Tabella di conversione FIM® risp. EBI nel punteggio ADL per il codice CHOP, V.1.0».

La tabella di conversione e il corrispondente documento sono disponibili ai seguenti link.

Tedesco: www.anq.ch/uebersetzung-ADL

Francese: www.anq.ch/conversion-ADL

Italiano: www.anq.ch/codificazione-AVQ

* 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 2021 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

3.9A.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, secondo i punti risorse

Questi codici consentono di rappresentare casi di riabilitazione che comportano un particolare impiego di risorse.

Le prestazioni rappresentate con i codici della sottocategoria BB.1- eccedono le prestazioni di base definite per ciascun tipo di riabilitazione.

I codici della sottocategoria BB.1- includono prestazioni ben definite, effettuate in aggiunta alla prestazione di base. Le risorse supplementari riferite all'indicazione riportate in questa sottocategoria sono quindi separate delle prestazioni del trattamento di base. Possono essere rappresentati/distinti sei (6) ambiti di indicazione.

Nella sottocategoria BB.1- sono descritte principalmente prestazioni infermieristiche.

È necessario tenere conto dei requisiti minimi e delle note che figurano nella sottocategoria.

Il trattamento infermieristico complesso 99.C- non va codificato in aggiunta.

CHOP BB.2 - Prestazione terapeutica supplementare nella riabilitazione, secondo la media dei minuti di terapia a settimana

I codici della sottocategoria BB.2- servono a rappresentare casi di riabilitazione stazionaria che comportano un impiego di risorse particolarmente intenso. Le risorse descritte in questa sottocategoria rappresentano prestazioni che eccedono di almeno il 25% i limiti minimi dei minuti di terapia a settimana definiti per le corrispondenti prestazioni di base di ciascun tipo di riabilitazione. Sono definiti otto (8) tipi di riabilitazione nei quali possono essere indicate prestazioni supplementari. La struttura di queste corrisponde a quelle dei codici BA-.

Procedure da codificare (elenco non esaustivo)

Tutte le procedure significative svolte durante la degenza in aggiunta alla terapia riabilitativa durante la degenza vanno codificate. Ciò include le procedure diagnostiche, terapeutiche e infermieristiche.

Secondo la regola di codifica P01j, per essere considerate «significative» le procedure devono:

- essere di natura chirurgica oppure
- comportare un rischio operatorio oppure
- comportare un rischio anestesologico oppure
- richiedere strumentazioni speciali, grandi apparecchiature (ad es. RMN, TAC ecc.) 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 nel 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

Secondo la regola di codifica P02g, 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. Si noti che le procedure da non codificare di cui alla regola di codifica P02g sono considerate di routine e/o intrinseche in setting stazionario acuto, ma in determinate circostanze non possono essere definite tali nelle degenze riabilitative e devono essere codificate.

Caso particolare della riabilitazione paraplegiologica:

Il codice CHOP per il trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso (93.87-) vale sia per i casi di 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 rappresentate tramite un codice CHOP della categoria a tre caratteri 99.C- Trattamento infermieristico complesso.

Il codice CHOP 93.87.- Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso non va indicato insieme ai codici CHOP delle categorie BB.1- per le risorse supplementari nella riabilitazione e/o BB.2- per le prestazioni supplementari nella riabilitazione.

Vengono registrati:

- Il codice 93.87.- Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso
- AA.32.- *Spinal Cord Independence Measure (SCIM)*
- 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, 2020 e 2021)
- Altre prestazioni da codificare:
 - 99.C- Trattamento infermieristico complesso
 - 93.9F- Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria
 - 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 con esiti di a seguito di un infarto dell'arteria cerebrale media e 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. Per quattro settimane gli vengono somministrati in aggiunta in media 700 minuti a settimana di logopedia ed ergoterapia. Inoltre, nel corso della riabilitazione, viene effettuata una visita a domicilio per accertare la situazione domestica e stabilire ulteriori obiettivi di riabilitazione e misure.

Codifica:

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-	Misurazione dell'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	BB.21.11	Riabilitazione neurologica, prestazione terapeutica supplementare, per in media da 675 a meno di 810 minuti di terapia alla settimana
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 la documentazione medica, un uso eccessivo di antidolorifici e di sonniferi nonché un episodio depressivo diagnosticato nel corso della riabilitazione.

Codifica:

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-	Misurazione dell'Activity of Daily Living (ADL)
TS	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
LB	93.89.09	Riabilitazione, NAC

Esempio 3: riabilitazione polmonare

Ammissione in riabilitazione di un paziente afflitto da pneumopatia cronica ostruttiva di stadio Gold III provocata da abuso di nicotina annoso e persistente con infezione acuta delle vie respiratorie inferiori in corso. Ulteriori diagnosi secondarie secondo la documentazione medica, p. es. ipertensione arteriosa trattata farmacologicamente e tenuta sotto sorveglianza.

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 ipossica acuta confermata da emogasanalisi arteriosa, a sostegno della respirazione, si esegue una ventilazione CPAP per tre giorni. Il paziente beneficia di coaching di stop al fumo e di terapia respiratoria da parte di personale (medico) specificamente formato e gli viene somministrata da fisioterapisti una terapia respiratoria intensiva quotidiana.

La durata complessiva di queste terapie documentate ammonta in media a 820 minuti a settimana.

Codifica:

DP	J44.01	Pneumopatia ostruttiva cronica con infezione acuta delle vie respiratorie inferiori VEMS1 >=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	J96.00	Insufficienza respiratoria acuta non classificata altrove, Tipo I [ipossica]
DS	I10.90	Iperensione 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-	Misurazione dell'Activity of Daily Living (ADL)
TS	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	AA.31	Test del cammino di 6 minuti
TS	BB.23.12	Riabilitazione polmonare, prestazione terapeutica supplementare, per in media da 810 a meno di 945 minuti di terapia alla settimana
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
TS	99.22.1-	Iniezione di sostanza antiinfettiva, secondo il numero di giorni di trattamento
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 di origine alimentare rilevante per il trattamento con BMI pari a 43,5.

Codifica:

DP	I21.4	Infarto miocardico acuto subendocardico
DS	Z50.0!	Riabilitazione cardiaca
DS	I25.12	Cardiopatia aterosclerotica, malattia di due vasi
DS	E66.02	Obesità da eccesso calorico, obesità di grado III (OMS) in pazienti di 18 anni e più
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva

TP BA.4 Riabilitazione cardiologica

TS	AA.1-	Misurazione dell'Activity of Daily Living (ADL)
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
GPP0	93.36.00	Riabilitazione cardiologica, NAS

Esempio 5: riabilitazione muscoloscheletrica

Un paziente viene inviato dal medico di famiglia in riabilitazione stazionaria soffre di artrosi al ginocchio post-traumatica e come sequela di dolori lombari in fase di scarico. Nel trattamento stazionario confluiscono l'accertamento e il trattamento di un diabete mellito.

La terapia è centrata sul trattamento analgesico e sul ricondizionamento/rafforzamento muscolare tramite fisioterapia.

Codifica:

DP	M17.3	Altre gonartrosi post-traumatiche
DS	Z50.!	Altra terapia fisica
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-	Misurazione dell'Activity of Daily Living (ADL)
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
GPP0	93.89.09	Riabilitazione, NAC

Esempio 6: riabilitazione internistica o oncologica

Una paziente con carcinoma bronchiale del lobo superiore sinistro in metastasi (linfonodi in diverse regioni) è ammessa in riabilitazione stazionaria a seguito della degenza in un reparto di cure acute. La chemioterapia non complessa ridotta iniziata nell'ospedale per cure acute e la necessaria somministrazione di anticorpi non modificati nel quadro di una immunoterapia sono portate avanti una volta ambulatoriamente (nell'ospedale per cure acute) durante la riabilitazione.

L'obiettivo del trattamento riabilitativo è migliorare lo stato di salute generale (ricondizionamento).

Codifica:

DP C34.1 Tumore maligno: lobo o bronco superiore

L2

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- Misurazione dell'Activity of Daily Living (ADL)

TS AA.21 Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

TS 99.25.51 Chemioterapia non complessa (esterna, ambulatoriale)

TS 99.28.11 Altra immunoterapia, con anticorpi non modificati (esterna, ambulatoriale)

TS 89.93

GPP0 93.89.09 Riabilitazione, NAC

Esempio 7: riabilitazione pediatrica

Ammissione in riabilitazione di un bambino proveniente da un ospedale per cure acute con esiti di encefalomielite e persistenti disfunzioni cerebrali organiche dovute alla malattia, deficit funzionali e crisi epilettiche recidivanti.

Il trattamento infermieristico e terapeutico delle disfunzioni cerebrali organiche richiede notevoli risorse supplementari quantificate, secondo la documentazione, in 139 punti risorse. Ciò riguarda in particolare le prestazioni infermieristiche e i consulti dei terapisti con i genitori.

I punti risorse si suddividono in 90 punti BB.1A per prestazioni infermieristiche e di consulenza e BB.27.11 con almeno 560 minuti alla settimana per fisioterapia nonché consulenza e terapia dietetica.

Per condurre la riabilitazione sono eseguite periodicamente misure diagnostiche.

Codifica:

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- Misurazione dell'Activity of Daily Living (ADL)

TS AA.21 Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

TS BB.1A Risorse supplementari nella riabilitazione, da almeno 81 a 90 punti risorse

TS BB.27.11 Riabilitazione pediatrica, prestazione terapeutica supplementare, per in media da 560 a meno di 675 minuti di terapia alla settimana

GPP0 93.89.09 Riabilitazione, NAC

Esempio 8: riabilitazione geriatrica

Un paziente polimorbido entra in riabilitazione dopo il trattamento in ospedale per cure acute.

Soffre di dolori alla schiena provocati da stenosi del canale vertebrale associati a irradiazioni radicolari dolorose e manifestazione iniziale di paralisi. Secondo la documentazione medica, tutte le diagnosi di somatica acuta riportate nell'esempio permangono e richiedono per la codifica risorse secondo la regola G54. Vanno osservate altre regole di codifica e indicazioni del Manuale di codifica medica 2021.

Nel corso della riabilitazione, viene effettuata una visita a domicilio per accertare la situazione domestica e per stabilire gli ulteriori obiettivi riabilitativi e le misure necessarie.

Codifica:

DP	M48.06	Stenosi del canale midollare: zona lombare.
CDP	G55.3*	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	Ipertensione 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-	Misurazione dell'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
- 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

<i>Mancanza acquisita del piede e della caviglia, monolaterale</i>	
<i>Dito(a) del piede, anche bilaterale</i>	Z89.4
<i>Mancanza acquisita di una gamba sotto il ginocchio, monolaterale</i>	Z89.5
<i>Mancanza acquisita di una gamba, sopra il ginocchio, monolaterale</i>	Z89.6
<i>Mancanza (parziale) acquisita di entrambi gli arti inferiori</i>	Z89.7
<i>Escluso: Mancanza isolata di dito(a) del piede, bilaterale (Z89.4)</i>	

HIV / AIDS: Classificazione CDC (1993)

Le categorie di laboratorio da 1 a 3

- 1: 500 e più linfociti CD4/ μ l
- 2: 200–499 linfociti CD4/ μ l
- 3: Meno di 200 linfociti CD4/ μ l

Le categorie cliniche da A a C

Categoria A

- Infezione da HIV asintomatica
- Linfadenopatia generalizzata persistente
- Malattia acuta sintomatica (primaria) da HIV (anche anamnestic)

Categoria B

Sintomi o malattie che non rientrano tra le malattie definenti l'AIDS della categoria C, ma attribuibili all'infezione da HIV o a un disturbo della risposta immunitaria cellulo-mediata:

- Angiomatosi bacillare
- Candidosi orofaringea
- Candidosi vulvovaginale persistente (più di un mese) o resistente al trattamento
- Displasia cervicale o carcinoma in situ
- Sintomi costituzionali come febbre $>38,5$ °C o diarrea persistente da più di un mese
- Leucoplachia orale villosa
- Herpes zoster con interessamento di più dermatomeri o recidivante in un dermatomero
- Porpora trombocitopenica idiopatica
- Listeriosi
- Malattia infiammatoria pelvica (PID), in particolare su complicazioni di un ascesso tubarico o ovarico
- Neuropatia periferica

Categoria C (malattie definenti l'AIDS)

- Polmonite da *Pneumocystis jirovecii*
- Encefalite da toxoplasma
- Candidosi esofagea o candidosi di trachea, bronchi o polmoni
- Herpes simplex cronico, ulcera o bronchite o polmonite o esofagite da herpes
- Retinite da CMV
- Infezioni generalizzate da CMV (sedi diverse da fegato o milza)
- Setticemia da salmonelle ricorrente
- Polmonite ricorrente nell'arco di un anno
- 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:**

- 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;
- da 120–175 cm (maschi) e 120–163 cm (femmine): peso atteso per l'altezza (classificazione Wellcome) $<70\%$ e condizioni generali ridotte;
- 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:**

- 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;
- da 120–175 cm (maschi) e 120–163 cm (femmine): peso atteso per l'altezza (classificazione Wellcome) 70–79% e condizioni generali ridotte;
- 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:**

- 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;
- da 120–175 cm (maschi) e 120–163 cm (femmine): peso atteso per l'altezza (classificazione Wellcome) 80–89% e condizioni generali ridotte;
- 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	Caso di trattamento	
Aborto	144	– definizioni	30
ACS (acute coronary syndrom)	121	Catetere peritoneale	
Adattamento		– posa	137
– apparecchio acustico	119	– rimozione	137
Aderenze (peritoneale)	138	Cause esterne	168
AIDS	92	Chemioterapia	102
Allegato	181	Chirurgia plastica	135
– classificazione CDC	183	CHOP	
– diabete mellito scompensato	181	– classi residue	24
– HIV / AIDS categorie	179	– convenzioni tipografiche e abbreviazioni	25
– malnutrizione	185	– indice alfabetico	22
Angina pectoris	121	– lista sistematica	23
Apparato		– nozioni generali	22
– digerente	134	– struttura	23
– genitourinario	141	– struttura della classificazione	24
Apparecchio acustico	119	Classificazioni	
Appendicite	133	– CHOP	23
Arresto cardiaco	126	– ICD-10-GM	16
Artroscopia	66	Codici	
Asfissia durante la nascita	152	– cause esterne	168
Atonia uterina ed emorragie	147	– codice Z	169
Avvelenamenti	168	– combinati	47
– da farmaci, droghe e sostanze biologiche	168	– con punto esclamativo («!»)	37
– da farmaci e alcol	167	– daga (†)-asterisco (*)	35
– da farmaci prescritti e non prescritti	167	Codifica	
– sovradosaggio di insulina	165	– eseguire una codifica corretta	26
		Colpo apoplettico	
B		– acuto	114
Batteriemia	86	– disturbi funzionali	114
Bilaterali		– pregresso	114
– procedure	79	Complicanze	
		– cicatrice uterina	142
C		– della gravidanza	142
Cardiopatía		– dell ferita aperta	162
– ipertensiva	120	– motilità fetale ridotta	142
– valvolare	125	– posizioni e presentazioni anomale del bambino	142
Cardiopatía ischemica		Controllo	
– angina pectoris	121	– di trapianto cardiaco	126
– infarto miocardico acuto	121	– dopo tumore	126
– infarto miocardico progressivo	122	Contusione ossea	157
– infarto miocardico recidivante	121	Convalescenza	57
– reinfarto	121	Convulsioni febbrili	154
– sindrome coronarica acuta	121	Corrosioni	
– trattata con terapie chirurgiche (stent/bypass)	122	– superficie corporea	164
		CPAP	

– adulti, bambini, adolescenti	131	– secondarie, definizione	34
– controllo dell'ottimizzazione	131	– secondarie, sequenza	34
– impostazione iniziale	131	– sospetta, esclusione della diagnosi sospetta	45
– neonati e lattanti	131	– sospetta, nessuna formulazione di diagnosi	45
Croup		– sospetta probabile	45
– pseudocroup	92	– sospetta, trasferimento altro ospedale	45
– sindrome da croup	92	– unilaterali	45
– vero	92	Dialisi	136
Cure palliative	30	– catetere peritoneale	137
– tumori	102	– fistola arteriovenosa	137
		– shunt arteriovenoso	137
D		Disfagia	154
Daga (+) - asterisco (*)	40	Disidratazione	
Data del trattamento	63	– nella gastroenterite	134
Defibrillatore		Disturbi	
– cambio di un aggregato	126	– della coagulazione durante la gravidanza	142
– complicanze	131	– della secrezione interna/pancreas	115
Definizioni		– dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	48
– aborto	144	– iatrogeni	53
– caso di trattamento	28	Disturbi psichici e comportamentali	
– Complemento alla diagnosi principale	31	– da uso di sostanze psicoattive	113
– Diagnosi principale	31	– da uso droghe, farmaci, alcol, nicotina	
– durata della gestazione	144	– Intossicazione acuta accidentale	113
– Esclusiva	21	– Intossicazione acuta non accidentale	113
– feto morto	138	– ubriacatura	113
– nato vivo	138	– uso dannoso (alcol, droghe)	
– parto a termine	138	Documentazione	
– parto post-termine	138	– delle diagnosi	27
– parto pre-termine	138	– delle procedure	27
– periodo del secondamento	138	Donazione dopo morte cerebrale	82
– periodo perinatale e neonatale	148	Durata della gravidanza	147
– periodo postplacentare	138		
– puerperio	138	E	
– Trattamenti secondari	34	Edema polmonare	
– Trattamento principale	34	– acuto	132
Diabete mellito		Effetti collaterali di farmaci	
– categorie	109	– assunti secondo prescrizione	165
– come diagnosi principale	110	– assunzione non prescritta	167
– come diagnosi secondaria	111	Emodialisi	136
– con complicanze	109	Emorragia	
– con complicanze renale	108	– e atonia uterina	148
– con malattie oculari	108	– gastrointestinale	134
– con neuropatia	109	– postparto	148
– con sindrome del piede diabetico	110	Encefalopatia ipossico-ischemica	151
– con sindrome metabolica	111	Endoscopia	66
– diversi tipi	104	– passare a cielo aperto	76
– durante la gravidanza	142	Episodio acuto	
– regole per la codifica	105	– di una malattia cronica	46
Diagnosi		Esiti di	43
– bilaterali	37	Esito del parto	152
– differenziali	27		
– dolore acuto	154	F	
– dolore cronico	154	Falso travaglio	145
– dolore intrattabile	45	Ferite	
– localizzazioni multiple	37	– aperta con complicanze	161
– principale, definizione	31	– aperte	163
– principale, scelta della diagnosi principale	31	Fibrosi cistica	111

Fistola arteriovenosa			
– posa	137		
– rimozione	137		
Follow-up pianificati	43		
Frattura			
– aperta con traumatismo intracranico, intratoracico o intraddominale	158		
– con lesioni dei tessuti molli	156		
– con lussazione	157		
– con sede identica o differente	157		
– vertebrali	162		
G			
Gastrite			
– con ulcera gastrica	133		
Gastroenterite			
– con disidratazione	134		
Gravidanza			
– aborto	144		
– cicatrice uterina	142		
– complicanze	142		
– conclusione precoce	139		
– definizioni	146		
– diabete mellito	150		
– durata	151		
– durata prolungata	145		
– ectopica con complicanze	145		
– infezioni del tratto genitourinario	141		
– malattie	148		
– malattie del fegato	141		
– molare con complicanze	145		
– motilità fetale ridotta	142		
– plurigemellare	144		
– posizioni e presentazioni anomale del bambino	142		
– protratta	150		
– terminazione precoce, feto morto	140		
– terminazione precoce, nato vivo	140		
H			
HIV			
– asintomatica	91		
– categorie	92		
– complicanza gravidanza, parto, puerperio	92		
– malattia associata	92		
– messa in evidenza con laboratorio	91		
– sequenza e scelta dei codici	94		
– sindrome da infezione acuta	91		
I			
ICD-10-GM			
– convenzioni tipografiche e abbreviazioni	19		
– indice alfabetico	19		
– introduzione	16		
– lista sistematica	17		
– storia	16		
– struttura	16		
Impianti mammari			
– rimozione			137
Incontinenza			154
Infarto miocardico			
– acuto			126
– pregresso			122
– recidivante			121
– reinfarto			121
Infezioni del tratto genitourinario			
– durante la gravidanza			148
Inizio del trattamento (ora)			71
Insuccesso			
– di un trapianto di cornea			118
– o rigetto del trapianto			74
Insufficienza			
– renale acuta			137
– renale iatrogena			137
– respiratoria			132
Intervento			
– artroscopici			66
– bilaterali			71
– chirurgico dopo dimagrimento			135
– chirurgico, dopo dimagrimento			135
– chirurgico non eseguito			61
– combinato			75
– complesso			67,
– di follow-up pianificati			43
– endoscopico			68
– eseguiti parzialmente			68
– interrotto			129
– laparoscopici			74
– panendoscopici			74
– per fattori di rischio			107
– per profilassi			107
– ricostruttivo per mutilazione genitale femminile			142
Intossicazione			
– acuta accidentale			113
– acuta non accidentale			113
– ubriacatura			113
Introduzione versione 2020			9
Intubazione			
– senza ventilazione meccanica			131
Iperensione			
– con cardiopatia ipertensiva			125
– con malattia ipertensiva cardiaca e renale			125
– con malattia renale ipertensiva			125
Ipoacusia			119
L			
Laparoscopia			66
– passare a cielo aperto			68
Lateralità			
– delle diagnosi			39
– delle procedure			74
Lesioni			
– dei tessuti molli			160
Linfangiosi carcinomatosa			101
Linfomi			102

Lussazione			
– con lesioni dei tessuti molli	156	Neoplasie	
– con sede identica o differente	157	– chemioterapia e radioterapia	102
– vertebrali	162	– complicanze dopo a procedure diagnostiche o terapeutiche	102
		– con attività endocrina	100
M		– controlli	99
Malattia		– cura del tumore che delle metastasi	99
– che hanno origine nel periodo perinatale	149	– cure palliative	103
– croniche con episodio acuto	46	– del sistema ematopoietico/linfatico	100
– del fegato durante la gravidanza	141	– diagnosi soltanto mediante biopsia	100
– dell'apparato digerente	134	– diagnosticare un tumore primitivo	101
– dell'apparato genitourinario	141	– escissione estesa	98
– delle membrane ialine	151	– lesioni contigue	100
– dell'occhio e degli annessi oculari	118	– linfangiosi carcinomatosa	101
– dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	119	– linfomi	102
– del sistema circolatorio	120	– nell'indice alfabetico	94
– del sistema nervoso	114	– recidiva	99
– del sistema respiratorio	128	– remissione di malattie maligne immunoproliferative e leucemie	99
– dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	48	– scelta e ordinamento delle diagnosi	94
– durante la gravidanza	142	– sedi multiple	100
– endocrine, nutrizionali e metaboliche	109	– sospetto di tumore o metastasi	99
– iatrogeni	53	– terapia sistemica	95
– incombente	44	Neurostimolatore	
– infettiva e parassitaria	85	– impianto	122, 155
– renale ipertensiva	120	– rimozione, 165	122, 155
Malnutrizione		– Nozioni generali G00 – G56	11
– negli adulti	111	O	
– nei bambini	112	Occhio e degli annessi oculari	118
– stadi negli adulti	202	Occlusione	
– stadi nei bambini	203	– di stent o bypass coronarico	123
Mancanza di	41	Orecchio e apofisi mastoide	119
Manutenzione		Ostetricia	146
– apparecchio acustico	119	P	
Minaccia o malattia incombente	44	Pacemaker	126
Mutilazione genitale femminile		– cambio di aggregato	126
– intervento ricostruttivo	142	– complicanze	126
		– permanente	126
N		Pancreas	
Nato		– disturbi della secrezione interna	110
– morto	150	Panendoscopia	66
Neonato		Paraplegia non traumatica	
– asfissia durante la nascita	152	– fase iniziale (acuta)	120
– condizioni morbose di origine periodo perinatale	158	– fase tardiva (cronica)	120
– definizioni	160	Paraplegia traumatiche	
– encefalopatia ipossico-ischemica	151	– fase acuta – immediatamente post-traumatica	160
– fototerapia	150	– fase acuta – trasferimento del paziente	161
– malattia delle membrane ialine	151	– fase cronica	161
– nato morto	150	Parto	
– periodo perinatale e neonatale	148	– atonia uterina ed emorragie	147
– profilassi postesposizione	150	– attribuzione della diagnosi principale	143
– record medico	148	– cicatrice uterina	142
– sani, da madre diabetica	150	– complicanze	150
– scelta della diagnosi principale	152	– definizioni	146
– sindrome di aspirazione imponente	152	– esito del parto	144
– sindrome dispnoica neonatale	151		
– tachipnea transitoria	151		
– terapia parenterale	150		

- falso travaglio	145	Record medico	
- motilità fetale ridotta	142	- record gruppo di pazienti	14
- plurigemellare	144	- record minimo	14
- posizioni e presentazioni anomale del bambino	142	- record neonati	14
- pretermine	153	- record psichiatria	14
- prima del ricovero in ospedale	145	- record supplementari	14
- regole speciali	143	Regole di codifica generali	
- singolo con forcipe	143	- per le malattie/diagnosi D00 – D16	35
- singolo con taglio cesareo	144	- per le procedure P00 – P11	63
- singolo con ventosa	143	Regole di codifica speciali S0100 – S2100	81
- singolo vaginale spontaneo	143	Reinterventi	72
- taglio cesareo	149	- su cuore e pericardio, 132	72
- travaglio pretermine	145	Remissione	
- travaglio prolungato	146	- di malattie maligne immunoproliferative e leucemie	101
Paziente in attesa	30	Respirazione a pressione positiva continua CPAP	
Perdita di coscienza		- adulti, bambini, adolescenti	131
- correlata a un traumatismo	159	- neonati e lattanti	131
- non correlata a un traumatismo	157	Revisione	
Perdita improvvisa dell'udito	119	- di cuore e pericardio	80
Periodo neonatale		- di una cicatrice	142
- definizione	156	- di un campo operatorio	72
Periodo perinatale		- su cuore e pericardio	72
- condizioni morbose di origine	158	Riabilitazione	63, 185
- definizione	156	Riammissione entro 18 giorni	61
Posizioni e presentazioni anomale del bambino	142	Riapertura di laparotomia recente	61
Prelievo di tessuto		Riapertura di toracotomia	72
- donazione da vivente	73	Rigetto	
- esame di donatore	73	- del trapianto	74
- per trapianto	73	- di un trapianto di cornea	118
- post mortem	74	Rimozione	
- Prelievo d'organo		- catetere peritoneale	137
- donazione da vivente	73	- di impianti mammari	135
- esame di donatore	73	- fistola arteriovenosa	137
- per trapianto	73	- shunt arteriovenoso	137
- post mortem	74	Risultati anormali	35
Presenza di	44		
Procedure		S	
- abituale	167	Scelta della diagnosi principale	30
- che non vanno codificate	65	- in caso di riammissione entro 18 giorni	61
- che vanno codificate	64	Sepsi	86
- data del trattamento	63	- associata con capitolo XV (0)	86
- eseguita parzialmente	63	- nel bambino	84
- eseguite più volte	69	- nell'adulto	82
- importanti	64	- sequenza dei codici	89
- inizio del trattamento (ora)	63	Sequela	43
- interrotti	68	Shock settico	87
- lateralità	71	Shunt arteriovenosa	
- non eseguita	98	- posa	137
- post mortem	73	- rimozione	137
Profilassi postesposizione		Sindrome	55
- neonati sani	150	- come diagnosi secondaria	55
Punto esclamativo («!»)	42	- congenita	55
		- coronarica acuta	121
R		- del piede diabetico	110
Radioterapia	102	- di aspirazione imponente	152
Raggruppamenti di casi	28	- dispnoica neonatale	151
Recidiva (tumore)	103	- metabolica	110

Sintomi		– sequenza	36
– come diagnosi principale	36	Trattamento	
– come diagnosi secondarie	36	– dopo trasferimento per continuazione delle cure	63
– convulsioni febbrili	154	Trattamento principale	
– disfagia	154	– definizione	36
– incontinenza	154	Traumatismi	163
– segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio	154	– aperte	163
SIRS	89	– aperto, interessamento vasi sanguigni, nervi, tendini	166
Sistema		– aperto, intracranico, intratoracico, intraddominale	166
– circolatorio	120	– con perdita di coscienza	171
– nervoso	114	– del midollo spinale	162
– respiratorio	124	– multipli	164
Sordità	119	– superficiali	162
Sospetto		Travaglio pretermine	145
– di tumore/metastasi	102	Trombosi	
Sovradosaggio di insulina	165	– di stent o bypass coronarico	123
Statistica medica e codifica medica	11	Tumori	
– anonimizzazione dei dati	13	– chemioterapia e radioterapia	102
– basi giuridiche	12	– complicanze dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	102
– obiettivi della statistica medica	13	– con attività endocrina	100
– organizzazione	16	– controlli	99
– record medico, definizioni e variabili	14	– cura del tumore che delle metastasi	99
– sistema di classificazione dei pazienti SwissDRG	15	– cure palliative	103
– storia	11	– del sistema ematopoietico/linfatico	94
		– diagnosi soltanto mediante biopsia	94
T		– escissione estesa	98
Tachipnea transitoria	151	– lesioni contigue	100
Taglio cesareo		– linfangiosi carcinomatosa	101
– primario/secondario		– linfomi	102
Terapia del dolore	154	– linfonodali in sedi multiple	100
Tetraplegia non traumatica		– nell'indice alfabetico	94
– fase iniziale (acuta)	115	– recidiva	99
– fase tardiva (cronica)	115	– remissione di malattie maligne	
Tetraplegia traumatiche		– immunoproliferative/leucemie	99
– fase acuta immediatamente post-traumatica	173	– scelta e ordinamento delle diagnosi	94
– fase acuta trasferimento del paziente	173	– sedi multiple	100
– fase cronica	161	– sospetto di tumore/metastasi	100
Trapianto		– terapia sistemica	95
– cardiaco, esami di controllo	126		
– controllo dopo	74	U	
– donazione da vivente	75	Ulcera gastrica	
– esame di donatore	75	– con gastrite	133
– insuccesso	75	Ustioni	
– post mortem	74	– superficie corporea	164
– riceventi	74		
– rigetto	75	V	
– valutazione	74	Ventilazione meccanica	
Trasferimento		– calcolo della durata	130
– di una madre con il suo neonato sano	60	– codifica	133
– di un neonato sano	60	– definizione	133
– ospedale centrale con ritrasferimento	59	– fine della durata	130
– per continuazione delle cure	58	– inizio della durata	129
– per convalescenza	58	– pazienti trasferiti	131
– per cure	60	– svezamento	130
– per riabilitazione	58	Verruche anogenitali	136
Trattamenti secondari			
– definizione	36		

Programma di pubblicazione UST

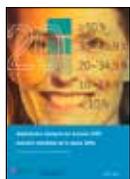
In quanto servizio di statistica centrale della Confederazione, l'Ufficio federale di statistica ha il compito di fornire informazioni statistiche sulla Svizzera a un'ampia cerchia di utenti. La divulgazione è suddivisa in ambiti specifici e avviene tramite vari canali informativi.

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, l'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 regole, cura le summenzionate classificazioni e offre consulenza alle persone incaricate della codifica.

Il manuale di codifica contiene tutte le regole di codifica pubblicate fino al momento dalla sua validazione.

Questo manuale costituisce l'opera di riferimento 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

545-2100

ISBN

978-3-303-14325-4

**La statistica
conta per voi.**

www.la-statistica-conta.ch