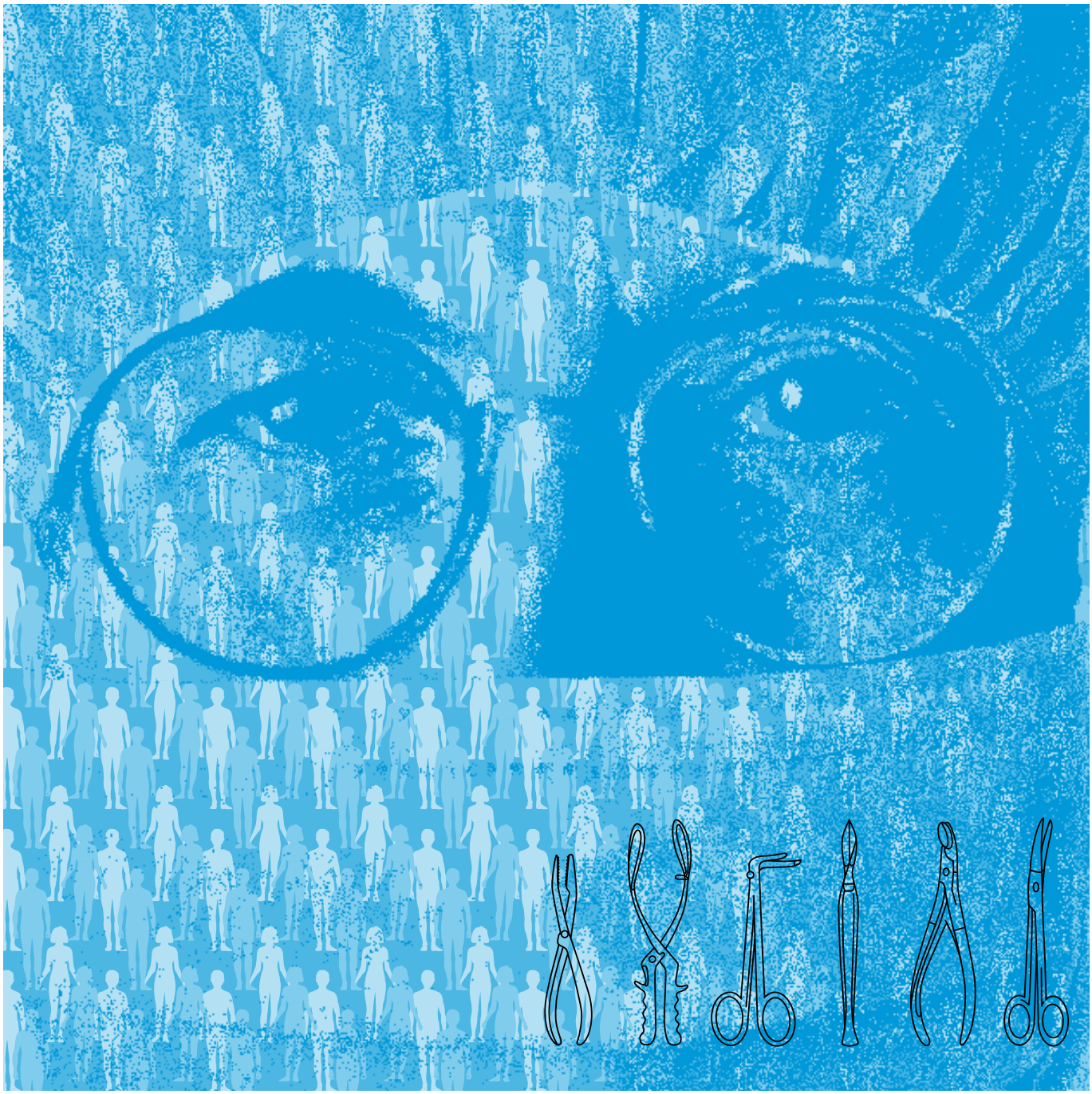
Manuale di codifica

Le linee guida ufficiali delle regole di codifica

Versione 3.0, 2009



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale di statistica UST

Neuchâtel, 2009

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

0 Basi statistiche e presentazioni generali

1 Popolazione

2 Territorio e ambiente

3 Lavoro e reddito

4 Economia

5 Prezzi

6 Industria e servizi

7 Agricoltura e selvicoltura

8 Energia

9 Costruzioni e abitazioni

10 Turismo

11 Mobilità e trasporti

12 Denaro, banche e assicurazioni

13 Sicurezza sociale

14 Salute

15 Formazione e scienza

16 Cultura, media, società dell'informazione, sport

17 Politica

18 Amministrazione e finanze pubbliche

19 Criminalità e diritto penale

20 Situazione economica e sociale della popolazione

21 Sviluppo sostenibile e disparità regionali e internazionali

Statistica della Svizzera

Manuale di codifica

Le linee guida ufficiali delle regole di codifica

Versione 3.0, 2009

Realizzazione Chantal Vuilleumier-Hauser, UST
Ursula Althaus, USB
Phédon P. Tahintzi, HUG

Editore Ufficio federale di statistica (UST)

Office fédéral de la statistique (OFS)
Neuchâtel, 2009

Editore:	Ufficio federale di statistica UST
Informazioni:	Segreteria di codifica UST E-mail: codeinfo@bfs.admin.ch
Autore:	Ufficio federale di statistica
Realizzazione:	Christiane Ricci
Diffusione:	Ufficio federale di statistica, CH-2010 Neuchâtel Telefono 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61 / E-Mail: order@bfs.admin.ch
N. di ordinazione:	545-0900
Prezzo:	Fr. 15.– (IVA escl.)
Serie:	Statistica della Svizzera
Settore:	14 Salute
Testo originale:	Tedesco
Traduzione:	Servizio linguistici dell'UST
Copertina:	Roland Hirter
Grafici/Layout:	OFS
Copyright:	UST, Neuchâtel 2009 Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi, commerciali, con citazione della fonte.
ISBN:	978-3-303-14135-9

Indice

INDICE **3**

RINGRAZIAMENTI **7**

INTRODUZIONE **8**

Abbreviature dell'indice e della struttura del manuale *8*
Sigle usate negli esempi *8*

NOZIONI GENERALI G00 – G05 ..... **9**

G00 CONTESTO GENERALE DELLA CODIFICA MEDICA 9
G01 STATISTICA MEDICA 10
G01.1 Introduzione 10
G01.2 Basi giuridiche 10
G01.3 Obiettivi 11
G01.4 Anonimizzazione dei dati 11
G01.5 Il record medico, definizioni e variabili 11
G01.6 Record supplementari 12
G01.6.A Record neonati 12
G01.6.B Record psichiatria 12
G01.6.C Record gruppo di pazienti 12
G02 STATISTICA MEDICA E SISTEMI DRG DI CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI 13
G03 LE CLASSIFICAZIONI (ICD-10 E CHOP) 14
G03.1 ICD-10 14
G03.1.A Introduzione 14
G03.1.B Storia 14
G03.1.C Struttura 14
G03.2 Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) 19
G03.2.A Nozioni generali 19
G03.2.B Struttura 19
G03.2.C Convenzioni tipografiche e abbreviazioni 21
G03.3 Come eseguire una codifica corretta 22
G04 DEFINIZIONI 23
G04.1 Definizione di caso di trattamento 23
G04.2 Diagnosi principale 23
G04.3 Complemento alla diagnosi principale 25
G04.4 Diagnosi secondarie 25
G04.5 Trattamento principale 26
G04.6 Trattamenti secondari 26
G05 REGOLE DI CODIFICA GENERALI 27
G05.1 Regole generali per la codifica delle diagnosi 27
Rilevamento delle diagnosi nel record medico 27
G05.1.A Sintomi 27
G05.1.B Diagnosi bilaterali 27
G05.1.C Codici di diagnosi speciali 27
G05.1.D Esiti di 31
G05.1.E Sequele 31
G05.1.F Diagnosi sospette 32
G05.1.G Codifica di malattie multiple 32
G05.1.H Malattie croniche con episodio acuto 33
G05.1.I Codici combinati 33

G05.1.J Complicanze ... 33
G05.1.K Sindrome ... 38
G05.1.L Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico o procedura non eseguita ... 39
G05.1.M Asportazione di materiale di osteosintesi ... 39
G05.2 Regole generali per la codifica delle procedure ... 40
G05.2.A Endoscopia e interventi endoscopici ... 41
G05.2.B Interventi chirurgici combinati o complessi ... 41
G05.2.C Interventi eseguiti non completamente ... 41
G05.2.D Procedure eseguite più volte ... 42
G05.2.E Interventi chirurgici bilaterali ... 43
G05.2.F Revisioni di un campo operatorio / reinterventi ... 43
G05.2.G Procedure diagnostiche e terapeutiche non invasive ... 43

REGOLE DI CODIFICA SPECIALI S01 – S21 ... 44

S01 MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE ... 44
S01.g Nozioni generali ... 44
S01.g.1 Novità ... 44
S01.g.2 Definizioni ... 44
S01.d Regole di codifica ... 45
S01.d.1 SIRS ... 45
S01.d.2 Batteriemia ... 45
S01.d.3 Sepsi ... 45
S01.d.4 Malattie causate da HIV ... 46
S01.d.4 Regole di codifica ... 47
S01.d.5 Croup vero – pseudocroup – sindrome croup ... 48
S01.d.6 Gastroenterite infettiva ... 48
S02 ONCOLOGIA (TUMORI) ... 49
S02.g Nozioni generali ... 49
S02.g.1 Eccezioni: tumori del sistema ematopoietico / linfatico ... 50
S02.g.2 Attività tumorale ... 50
S02.d Regole di codifica ... 50
S02.d.1 Scelta della diagnosi principale ... 50
S02.d.2 Recidiva ... 52
S02.d.3 Escissione estesa della regione tumorale ... 52
S02.d.4 Diagnosi di tumore maligno soltanto mediante biopsia ... 52
S02.d.5 Complicanze ... 52
S02.d.6 Controlli ... 52
S02.d.7 Tumori con attività endocrina ... 52
S02.d.8 Particolarità della sede anatomica ... 53
S02.d.9 Remissioni ... 53
S02.d.10 Sindrome da carcinoide / sindrome paraneoplastica ... 54
S02.d.11 Linfangiosi carcinomatosa ... 54
S02.d.12 Chemioterapia e radioterapia ... 54
S04 MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE ... 55
S04.g Nozioni generali ... 55
S04.g.1 Diabete mellito: terminologia ... 55
S04.d Regole di codifica ... 56
S04.d.1 Regole per la codifica del diabete mellito (DM) ... 56
S04.d.2 Fibrosi cistica ... 60
S05 MALATTIE PSICHICHE ... 61
S05.g Nozioni generali ... 61

S05.g.1 Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19) (droghe, farmaci, alcol, nicotina) ... 61
S05.d Regole di codifica ... 62
S05.d.1 Intossicazione acuta non accidentale ... 62
S05.d.2 Intossicazione acuta accidentale ... 62
S05.d.3 Abuso di sostanze non psicoattive ... 62
S05.d.4 Abuso contemporaneo di diverse sostanze ... 62
S05.d.5 Ricovero per trattamento di disassuefazione ... 62
S06 MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO ... 63
S06.d Regole di codifica ... 63
S06.d.1 Colpo apoplettico ... 63
S06.d.2 Tetraplegia e paraplegia di origine non traumatica ... 64
S06.d.3 Trattamenti neurologici complessi ... 64
S07 MALATTIE DELL'OCCHIO E DEGLI ANNESSI OCULARI ... 65
S07.d Regole di codifica ... 65
S07.d.1 Cataratta: inserzione secondaria di cristallino intraoculare ... 65
S07.d.2 Insuccesso o rigetto di un trapianto di cornea ... 65
S08 MALATTIE DELL'ORECCHIO E DELL'APOFISI MASTOIDE ... 66
S08.d Regole di codifica ... 66
S08.d.1 Ipoacusia e sordità ... 66
S09 MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO ... 67
S09.d Regole di codifica ... 67
S09.d.1 Ipertensione e malattie in caso di ipertensione ... 67
S09.d.2 Cardiopatia coronarica ... 67
S09.d.3 Cardiopatie valvolari ... 69
S09.d.4 Pacemaker/defibrillatori ... 70
S09.d.5 Esami di controllo successivi a trapianto cardiaco ... 71
S09.d.6 Edema polmonare acuto ... 71
S09.d.7 Arresto cardiaco ... 71
S09.d.8 Arteriopatia ostruttiva periferica ... 72
S09.d.9 Arteriopatia ostruttiva acuta ... 72
S10 MALATTIE DELLE VIE RESPIRATORIE ... 73
S10.d Regole di codifica ... 73
S10.d.1 Ventilazione ... 73
S10.d.2 Polmoniti ... 74
S10.d.3 COPD (pneumopatia ostruttiva cronica) ... 74
S11 MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ... 75
S11.d Regole di codifica ... 75
S11.d.1 Appendicite ... 75
S11.d.2 Aderenze ... 75
S11.d.3 Emorragia gastrointestinale ... 75
S11.d.4 Disidratazione nella gastroenterite ... 75
S15 ASSISTENZA AL PARTO OSTETRICIA ... 76
S15.g Nozioni generali ... 76
S15.g.1 Definizioni ... 76
S15.d Regole di codifica ... 77
S15.d.1 Regole generali ... 77
S15.d.2 Terminazione precocce della gravidanza di < 22 settimane (O00-O08) ... 77
S15.d.3 Interruzione precoce della gravidanza di > 22 settimane ... 78
S15.d.4 Malattie durante la gravidanza ... 79
S15.d.5 Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino ... 80
S15.d.6 Regole speciali per il parto ... 81

S15.d.7 Durata della gestazione e complicanze durante il travaglio e il parto ... 83
S16 NEONATOLOGIA ... 85
S16.g Nozioni generali ... 85
S16.g.1 Definizioni ... 85
S16.d Regole di codifica ... 85
S16.d.1 Scelta della diagnosi principale e diagnosi secondaria ... 85
S16.d.2 Dati supplementari del neonato ... 87
S16.d.3 Interventi particolari per il neonato malato ... 87
S16.d.4 Sindrome dispnoica neonatale / malattia delle membrane ialine / deficit di surfattante ... 88
S16.d.5 Sindrome di aspirazione imponente e tachipnea transitoria nel neonato ... 88
S16.d.6 Encefalopatia ipossico-ischemica (HIE) ... 88
S19 TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI E ALCUNE ALTRE CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE ... 89
S19.1 Traumatismi ... 89
S19.1.d Regole di codifica ... 89
S19.1.d.1 Traumatismi superficiali ... 89
S19.1.d.2 Frattura e lussazione ... 89
S19.1.d.3 Ferite / traumatismi aperti ... 90
S19.1.d.4 Perdita di coscienza ... 90
S19.1.d.5 Traumatismo del midollo spinale (con paraplegia e tetraplegia traumatiche) ... 91
S19.1.d.6 Traumatismi multipli ... 91
S19.1.d.7 Ustioni e corrosioni ... 92
S19.2 Avvelenamenti (accidentali e intenzionali) ... 93
S19.2.g Nozioni generali ... 93
S19.2.d. Regole di codifica ... 93
S19.2.d.1 Avvelenamento intenzionale ... 93
S19.2.d.2 Avvelenamento da farmaci e alcol ... 93
S19.2.d.3 Avvelenamento o sovradosaggio accidentale ... 94
S19.2.d.4 Avvelenamenti da farmaci senza indicazione dell'intenzionalità ... 94
S19.2.d.5 Coma ed avvelenamento da farmaci ... 94
S19.2.d.6 Avvelenamento da assunzione di diverse sostanze ... 94
S19.3 Tentativo di suicidio, eccetto l'avvelenamento da farmaci ... 95
S19.3.g Nozioni generali ... 95
S19.3.d Regole di codifica ... 95
S19.4 Effetti collaterali indesiderati di farmaci ... 95
S19.4.g Nozioni generali ... 95
S19.4.d Regole di codifica ... 95
S19.4.d.1 Effetto collaterale durante l'ospedalizzazione ... 96
S19.4.d.2 Shock anafilattico ... 96
S21 RIABILITAZIONE ... 97
S21.g Nozioni generali ... 97
S21.d Regole ... 97
ALLEGATO AL CAPITOLO S16 ... 98
ALLEGATO AL CAPITOLO S19 ... 99

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 stata particolarmente apprezzata anche la collaborazione del Casemix-Office di SwissDRG SA. Un ringraziamento speciale è inoltre riservato alla signora Ursula Althaus, dell'Ospedale Universitario di Basilea, che ha portato a termine la gran parte del lavoro contenutistico e redazionale in modo estremamente accurato e preciso nonostante i tempi stretti a disposizione.

Responsabili della versione 3.0

Redazione

Ursula Althaus, dottoressa, Ospedale Universitario di Basilea; membro del Gruppo di esperti per le classificazioni nel sistema sanitario
Dr. med. Phédon Tahintzi, Ospedale Universitario di Ginevra
Dr. med. Chantal Vuilleumier-Hauser, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel

Verifica della compatibilità con il sistema dei forfait per caso SwissDRG

Ursula Althaus, dottoressa, Ospedale Universitario di Basilea; membro del Gruppo di esperti per le classificazioni nel sistema sanitario
Dr. med. Alfred Bollinger, Ospedale Universitario di Zurigo, Presidente del Gruppo di esperti per le classificazioni nel sistema sanitario
Dr. med. François Borst, Ospedale Universitario di Ginevra, membro del Gruppo di esperti per le classificazioni nel sistema sanitario
Dr. med. Bettina Holzer, Ospedale Universitario di Basilea, membro del comitato della SSCM
Dr. med. Cristina Pangrazzi, H Services AG, Baar, membro del Gruppo di esperti per le classificazioni nel sistema sanitario, membro del comitato della SSCM
Dr. med. Phédon Tahintzi, Ospedale Universitario di Ginevra
Dr. med. Chantal Vuilleumier-Hauser, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel
In stretta collaborazione con Dr. med. Constanze Hergeth, Casemix-Office, SwissDRG SA, Berna

Introduzione

Il presente manuale è destinato a tutte le persone che nell'ambito della statistica medica si occupano della codifica delle diagnosi e dei trattamenti. 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 oggigiorno la codifica sia eseguita spesso con l'ausilio di programmi informatici, ci è parso importante esaminare più da vicino la struttura della Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) utilizzata nel nostro Paese.

Accanto alle regole basilari della codifica finora in vigore, questo manuale contiene molte nuove istruzioni, che possono essere d'aiuto anche a codificatori esperti. Un'ampia revisione del manuale è divenuta necessaria soprattutto in vista dell'introduzione del sistema di fatturazione Swiss DRG basato sui forfait per caso. La numerazione dei capitoli e dei sottocapitoli ha dovuto essere rivista radicalmente, e al momento non corrisponde più a quella delle precedenti versioni del manuale di codifica. Le regole sono ora integrate da molti nuovi esempi.

La versione attuale costituisce la terza edizione. Come per la versione 1.0, le regole di codifica generali (capitoli G per «generale») sono state riportate separatamente dalle regole speciali (capitoli S per «speciale»). Nella numerazione, i capitoli delle regole speciali seguono la suddivisione dell'ICD-10. In genere, in ogni sezione viene spiegata una regola, la quale è illustrata tramite esempi concreti. Al termine di alcuni paragrafi e capitoli sono riportate tabelle che riassumono brevemente il contenuto dell'argomento trattato.

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.

Il manuale di codifica 3.0 è valido a partire dall'1.1.2010 e sostituisce tutte le precedenti versioni del manuale.

La base di questo manuale sono le classificazioni del ICD-10 GM e CHOP 11.0.
A causa della revisione radicale del manuale di codifica, dall'1.1.2010 tutte le precedenti informazioni di codifica, linee guida, regole di codifica e circolari dell'UST che contraddicono il testo del presente manuale di codifica e che sono state pubblicate prima dell'31.07.2009 perdono la loro validità.

Abbreviature dell'indice e della struttura del manuale

d	*Regole di codifica (directive)*
G / g	*generale (généralités)*
S	*Regole di codifica specifiche*

Sigle usate negli esempi

CDP	*Complemento alla diagnosi principale*
DP	*Diagnosi principale*
DS	*Diagnosi secondaria*
P	*Trattamento (trattamento principale o secondario a seconda della situazione)*
PP	*Trattamento principale*
PS	*Trattamento secondario*

N.B. La stesura dei codici ICD-10 GM del presente manuale è une traduzione non officiale. Solo le versioni in tedesco e in francese fanno fede.

Nozioni generali G00 – G05

G00 Contesto generale della codifica medica

La VESKA (oggi H+), ossia l'Associazione degli ospedali svizzeri, raccoglie dati già dal 1969 nell'ambito di un progetto sulla statistica ospedaliera. Le diagnosi e i trattamenti sono stati codificati con il codice VESKA, che è basato sull'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 ritraeva solo circa il 45% delle ospedalizzazioni e pertanto non era rappresentativa a livello nazionale.

Nel 1997/1998 è stata data vita a una serie di statistiche su base nazionale riguardanti gli stabilimenti stazionari del sistema sanitario. Da allora, l'Ufficio federale di statistica (UST) rileva e pubblica dati della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri che offrono informazioni sui pazienti ricoverati negli ospedali svizzeri.

Questa raccolta di dati è integrata da una statistica amministrativa degli ospedali (statistica ospedaliera). La serie delle statistiche riguardanti le persone in regime di ricovero è completata da una statistica degli stabilimenti medico-sociali con dati amministrativi e informazioni sui clienti delle case di riposo e di cura, istituti per disabili e per persone affette da dipendenza e degli istituti per persone con disturbi psicosociali.
In generale, le statistiche sanitarie mirano tra l'altro 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 (individuate secondo l'età, il sesso e altri parametri che, secondo le conoscenze attuali, possono determinare differenze, quali p. es. l'istruzione, il paese di provenienza, ecc.)?
- Che influsso esercitano le condizioni di vita e lo stile di vita sulla salute?
- Quali sono le prestazioni sanitarie cui ricorre la popolazione? Quale 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.

G01 Statistica medica

G01.1 Introduzione

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 degli ospedali H+ su incarico di alcuni Cantoni i quali informano gli stabilimenti ospedalieri sui termini per la trasmissione dei dati e ne sorvegliano la loro l'osservanza. Oltre a ciò, questi uffici sono incaricati del controllo della qualità dei dati e della loro validazione. Sono inoltre responsabili della trasmissione dei 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.

G01.2 Basi giuridiche

La statistica medica si basa sulla legge del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale (LStat), sull'ordinanza del 30 giugno 1993 sull'esecuzione di rilevazione statistiche federali e sulla legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal). L'entrata in vigore l'1.1.2009 della LAMal parzialmente riveduta ha avuto delle ripercussioni anche sulla statistica medica.

La legge sulla statistica federale 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 dei Cantoni, Comuni e altri partner coinvolti. Secondo l'articolo 6 (cpv. 1), il Consiglio federale può dichiarare obbligatoria la partecipazione a una rilevazione statistica.

L'ordinanza federale del 30 giugno 1993 sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali definisce gli organi responsabili delle varie rilevazioni statistiche e descrive nell'allegato 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 dalla legge sulla statistica federale, la rilevazione sottostà anche alle disposizioni dalla LAMal. Secondo la LAMal gli ospedali e le case per partorienti sono tenuti a comunicare alle autorità federali competenti i dati di cui necessitano "per vigilare sull'applicazione delle disposizioni della presente legge relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni (art. 22a cpv. 1)". I dati vengono raccolti dall'Ufficio federale di statistica e i fornitori delle prestazioni sono tenuti a fornire le informazioni richieste gratuitamente (art. 22a cpv. 2 e 3).

La revisione parziale della LAMal prevede che in Svizzera sia introdotto un sistema di fatturazione basato sui forfait per caso. A questo scopo sono utilizzati i dati della statistica medica (cfr. capitolo G02). 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 per ciascun fornitore di prestazioni. 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 consentire alcuna conclusione sulle persone.

G01.3 Obiettivi

- È necessario rendere possibile la sorveglianza epidemiologica della popolazione (popolazione ospedaliera). I dati forniscono informazioni importanti sull'incidenza di malattie rilevanti che portano a un'ospedalizzazione, consentendo cosi di pianificare, e se del caso applicare, provvedimenti preventivi o terapeutici.
- Grazie a un rilevamento omogeneo delle prestazioni, i dati formano la base per il calcolo dei costi per caso. Questo è un presupposto indispensabile per l'introduzione di un sistema di classificazione di pazienti. In tal modo si può raggiungere l'obiettivo di una strutturazione del finanziamento degli ospedali in base alle prestazioni, per esempio con l'introduzione del sistema di fatturazione SwissDRG basato sui forfait per caso.
- Oltre a ciò, i dati rilevati consentono un'analisi generale delle prestazioni fornite dagli ospedali e della loro qualità, per esempio la frequenza di determinati interventi chirurgici o la frequenza di riospedalizzazioni per determinate diagnosi o trattamenti.
- I dati permettono anche di avere una panoramica della situazione delle cure sanitarie nel settore ospedaliero. Per esempio, consentono di rappresentare i bacini d'utenza dei singoli ospedali, rendendo cosi 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.

G01.4 Anonimizzazione dei dati

La legge federale del 22 giugno 1992 stabilisce che i dati siano resi anonimi prima di essere trasmessi. 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) che è prodotto in modo che la persona ad esso associata non possa essere identificata.

G01.5 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 in dettaglio in questa pubblicazione.

Dal punto di vista storico, il record minimo della statistica medica comprende quelle variabili per cui risultava obbligatoria la trasmissione. Dall'1.1.2009 la statistica medica è stata adattata a favore della struttura di SwissDRG (fatturazione basata sui forfait per caso), e ciò ha portato alla costituzione di un'ulteriore record che contiene dati da rilevare obbligatoriamente per tutti i pazienti (il cosiddetto "record supplementare gruppo di pazienti"). La distribuzione delle variabili obbligatorie nei due record è stata introdotta per motivi pratici, affinché nella fase di transizione alcuni ospedali potessero continuare a utilizzare la vecchia interfaccia e altri già la nuova. In linea di principio, a partire dal 2010 devono essere trasmessi entrambi i record.

Una descrizione delle variabili di tutti i record è riportata sul sito Internet dell'Ufficio federale di statistica all'indirizzo
www.bfs.admin.ch >Infothek >Erhebungen, Quellen>Medizinische Statistik der Krankenhäuser >Konzept
oppure
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/02.html

G01.6 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.

G01.6.A Record neonati

Per i neonati va rilevato un record di dati supplementare. In tal modo, per i parti in ospedale (più del 95% dei parti in Svizzera) 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.

G01.6.B Record psichiatria

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

G01.6.C Record gruppo di pazienti

Dall'1.1.2009 la statistica medica è stata adattata alle esigenze di un finanziamento ospedaliero basato sulle prestazioni (SwissDRG, cfr. capitolo G02). 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.

G02 Statistica medica e sistemi DRG di classificazione dei pazienti

Da tempo la statistica medica viene utilizzata in diversi Cantoni come base per il finanziamento delle strutture del sistema sanitario (p.es. forfait per caso secondo APDRG). A partire dal 2012 il finanziamento degli stabilimenti ospedalieri in Svizzera sarà basato sul sistema DRG. Nell'ambito dell'introduzione di questo nuovo sistema saranno adeguate le classificazioni e le linee guida di codifica. In particolare, i record che devono essere trasmessi per la statistica medica sono stati integrati da un record supplementare, è stata scelta una nuova classificazione delle diagnosi ICD-10 GM (German Modification) ed è stata e continua ad essere considerevolmente ampliata la classificazione delle procedure CHOP. Affinché si possa utilizzare effettivamente il sistema per il raggruppamento secondo SwissDRG, si devono adeguare di conseguenza anche le linee guida di codifica.

Nella fase transitoria fino all'introduzione del nuovo sistema, in diverse strutture si continuerà a fatturare secondo il sistema APDRG, e sicuramente non si potranno aggirare i problemi riguardanti la compatibilità tra le regole di codifica ufficiali dell'UST e quelle del Grouper. Per ovviare alle incoerenze, si chiederà agli stabilimenti ospedalieri di continuare a osservare le disposizioni per una classificazione forzata di un caso nel gruppo APDRG corretto. Queste regole sono disponibili presso APDRG Suisse o alla pagina web:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/codage/04/04_05.html

G03 Le classificazioni (ICD-10 e CHOP)

G03.1 ICD-10

G03.1.A 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 raffigurare 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 morbosità. 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 01.01.2010 per la codifica delle diagnosi è la ICD-10 GM 2008 (German Modification). Nella struttura fondamentale, essa corrisponde all'edizione ICD-10 dell'OMS, ma contiene differenze sostanziali, come l'inclusione di regole per la codifica all'interno della classificazione. Queste regole vanno osservate. In caso di dubbi, le regole svizzere hanno la priorità.

G03.1.B Storia

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

Nel 1975, in occasione della 9ª revisione della classificazione, è stata introdotta nella ICD-9 una quinta cifra e il sistema a daga-asterisco. Nel 1993 è stata validata la 10ª revisione della classificazione, con struttura alfanumerica del codice. Attualmente vi sono diverse modifiche paese-specifiche della ICD-10, che sono state create principalmente per agevolare la fatturazione. In svizzeri si utilizza la versione ICD-10 GM 2008 (German Modification) dal 01.01.2010.

G03.1.C Struttura

I codici della classificazione ICD-10 mostrano una struttura alfanumerica che si compone di una lettera al primo posto, seguita da due numeri, da un punto e poi una o due posizioni decimali (p. es. K38.1).
La ICD-10 GM consiste di due volumi: la lista sistematica e l'indice alfabetico.

G03.1.C1 Struttura della lista sistematica

La lista sistematica è suddivisa in 22 capitoli. I primi diciassette descrivono le malattie, il capitolo XVIII contiene sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, il capitolo XIX tratta dei traumatismi e degli avvelenamenti, il capitolo XX (strettamente associato al capitolo XIX, come vedremo oltre) comprende le cause esterne di morbosità. 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-Y98
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 delle affezioni (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 da 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.

Malattie dell'appendice (K35-K38)

Blocco/Gruppo

K35	**Appendicite acuta**
K35.0	**Appendicite acuta con peritonite generalizzata**
	Appendicite (acuta) con: • perforazione • peritonite (generalizzata) • rottura
K35.1	**Appendicite acuta con ascesso peritoneale**
	Ascesso dell'appendice
K35.9	**Appendicite acuta non specificata**
	Appendicite acuta senza: • perforazione • ascesso peritoneale • peritonite • rottura Appendicite acuta con peritonite, locale oppure NAS.
K36	**Altre forme di appendicite**
	Appendicite: • cronica • ricorrente
K37	**Appendicite non specificata**
K38	**Altre malattie dell'appendice**
K38.0	**Iperplasia dell'appendice**
K38.1	**Concrezioni appendicolari**
	Coproliti Stercoliti dell'appendice
K38.2	**Diverticolo dell'appendice**
K38.3	**Fistola dell'appendice**
K38.8	**Altre malattie specificate dell'appendice**
	Intussuscezione dell'appendice
K38.9	**Malattia dell'appendice non specificata**

Categoria a tre cifre

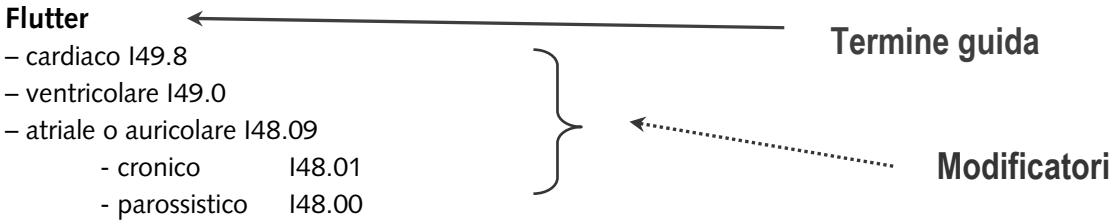
Sottocategorie a quattro cifre

Categorie a tre cifre

Sottocategorie a quattro cifre

G03.1.C2 Struttura dell'indice alfabetico

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:



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

G03.1.C3 Convenzioni tipografiche e abbreviazioni

La classificazione ICD-10 contiene abbreviazioni e convenzioni che devono essere conosciute e osservate.

Le parentesi tonde ( ):

Racchiudono termini integrativi che precisano il termine principale:

I10.- **Ipertensione essenziale (primitiva)**

Pressione arteriosa alta
Ipertensione (arteriosa) (essenziale) (primitiva) (sistemica)

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

H01.0 **Blefarite**
Escluso: 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 a daga in una categoria ad 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*)**

Queste precisazioni non contengono una modifica del codice.

NAC: questa sigla significa "**non altrimenti classificabile**". 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.

Rinvii (vedi, vedi anche): si trovano nella parte alfabetica. I rinvii servono a evitare ripetizioni inutili.

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

Parentesi quadre [ ]:

Le parentesi quadre nel Volume 1 servono agli scopi seguenti:

Per includere sinonimi o frasi esplicative, per esempio:

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

Per rimandare a note precedenti, per esempio:

C00.8 **Lesione sconfinante del labbro**

[Vedi nota 5 all'inizio di questo 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 **:**

- purulenta
- settica
- suppurata

Barra (sostituisce le parentesi graffe **{ }**) **:** sono utilizzate 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:

- strabismo convergente
- strabismo divergente

| (alternante) (unilaterale)

NAS: questo acronimo è utilizzato nel Volume 1. Significa "non altrimenti specificato" ed è equivalente a "senza altra indicazione". 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 NAS

E: nel titolo delle categorie (Volume 1) questa congiunzione significa **"e/o".**

I74.- **Embolia e trombosi arteriose**

Questa categoria comprende embolie, trombosi e tromboembolie.

Punto e trattino .- : sono utilizzati nel Volume 1. Il trattino indica un altro carattere del codice, p. es.:

J43.- **Enfisema**

Escluso: bronchite enfisematosa (ostruttiva) (J44.**-**)

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

Escluso: fistola rettovaginale (N82.3)
fistola vescicorettale (N32.1)

Incluso:

Indica i termini che sono contenuti nel codice scelto:

J15.- **Polmonite batterica non classificata altrove**

Incluso: broncopolmonite da batteri diversi da Streptococcus pneumoniae ed Haemophilus influenzae

G03.2 Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP)

G03.2.A Nozioni generali

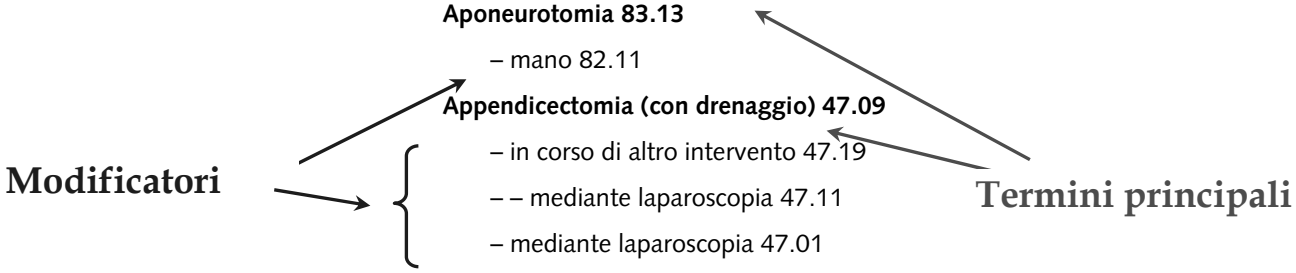
La CHOP è la traduzione con adattamento svizzero della classificazione statunitense ICD-9-CM, Vol. 3, e contiene la lista dei codici per interventi chirurgici, procedure, interventi terapeutici e diagnostici. La classificazione ICD-9-CM originaria è composta da tre volumi. È stata pubblicata dal governo statunitense per la codifica delle condizioni morbose negli USA. Questa modifica è stata elaborata per comprendere una descrizione più dettagliata dei pazienti. I volumi 1 e 2 contengono codici diagnostici e i pertinenti codici aggiuntivi, mentre il volume 3 contiene i codici delle procedure.
La CHOP viene adatta annualmente, per il 2009 vale la versione 11.0, a partire del 01.01.2010 vale la versione 12.0.

G03.2.B Struttura

La CHOP consiste di un unico volume suddiviso in due parti separate. La prima parte contiene l'indice alfabetico e la seconda parte 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). È necessario tenere presente che possono essere utilizzati solo codici terminali.

Indice alfabetico

Nell'indice alfabetico, il termine principale si trova in grassetto sul margine sinistro della colonna. I modificatori che gli appartengono sono riportati con rientro a destra.



I termini principali possono consistere in una denominazione comune per un intervento chirurgico (p. es. "Appendicectomia") o in un termine per una procedura generale (p. es. inserzione, ablazione, escissione). Possono essere costituiti da un eponimo (nome proprio che è diventato il nome di una procedura, come p. es. Bassini, Latzko, Polya) o da un aggettivo (artificiale, peduncolato).

I modificatori specificano il termine principale e forniscono informazioni aggiuntive sulla sede anatomica o sul tipo dell'intervento.

Lista sistematica

La lista sistematica della CHOP è suddivisa in 18 capitoli. I capitoli da 1 a 15 sono strutturati in base all'anatomia.

Capitolo		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 (nuovo)	Nuove procedure	17

Gli assi di classificazione dei capitoli mostrano normalmente una complessità crescente. Gli interventi meno laboriosi si trovano all'inizio del capitolo, mentre i più complessi sono riportati in fondo al capitolo. 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.

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

G03.2.C Convenzioni tipografiche e abbreviazioni

Nella CHOP sono utilizzate abbreviazioni e convenzioni che vanno conosciute e tenute in considerazione.

NAC: "non altrimenti classificabile": significa che non esiste nessun sottocodice per questo intervento specifico.

NAS: "non altrimenti specificato": è utilizzato quando mancano informazioni cliniche precise che permettano di codificare con più precisione l'intervento.

Parentesi tonde (): le parentesi tonde includono denominazioni o spiegazioni riguardanti un termine, che non influenzano il codice.

Parentesi quadre [ ]: includono termini considerati sinonimi del termine precedente,
Es.: – modificatori della risposta biologica [BRM]

ESCLUSO Le esclusioni si trovano nella lista sistematica. L'intervento che viene riportato sotto **ESCLUSIONE** non appartiene a questo codice. Questi interventi vanno codificati con il codice corrispondente stampato in corsivo, p. es.:

54.97 Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale

ESCLUSO *Dialisi peritoneale (54.98)*

Questa esclusione significa che la dialisi peritoneale va codificata con il codice 54.98 e non con il codice 54.97.

INCLUSO: Le inclusioni si trovano nella lista sistematica. Gli interventi denominati con il termine **INCLUSO** sono contenuti nel codice, p. es.:

20.97 Impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare, singolo canale

Impianto di ricevitore (nel cranio) ed inserzione di elettrodo nella coclea
INCLUSO Mastoidectomia

Questa inclusione significa che la mastoidectomia è compresa nel codice 20.97 e non va ulteriormente codificata.

Codificare anche: si deve attribuire un codice supplementare. Questa indicazione si trova nella lista sistematica e pone l'attenzione su interventi che, se eseguiti, vanno codificati addizionalmente, p. es.:

43.81 Gastrectomia parziale con trasposizione digiunale

Intervento di Henley di trasposizione digiunale

Codificare anche: Eventuale sincrona resezione intestinale (45.51)

Omettere il codice: l'intervento descritto è compreso in un altro codice, p. es.:

01.2 Craniotomia e craniectomia

ESCLUSO *Quando eseguita in corso di intervento – omettere il codice*

Vedi: rimanda a un altro termine nell'indice alfabetico.

Vedi anche: rimanda a un altro termine nell'indice alfabetico che deve essere analogamente cercato.

E: significa "e/o".

G03.3 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. Rappresentazione schematica:

Fase 1 Cercare il termine guida nell'indice alfabetico

Fase 2 Verificare il codice trovato nella lista sistematica

- ICD-10: si devono considerare con attenzione i termini esclusi (e i termini inclusi) allo stesso livello del codice e a livello della categoria o del gruppo, così come anche le regole di codifica speciali!
- CHOP: si devono osservare rigorosamente le istruzioni "Codificare anche", "Omettere il codice", i termini inclusi e quelli esclusi!

  Principio: scegliere i codici piu specifici.

G04 Definizioni

L'elenco delle diagnosi e/o delle procedure nel rapporto di uscita è sotto la responsabilità del medico curante. Queste informazioni formano la base per la codifica. 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 qualsiasi linea guida di codifica.

G04.1 Definizione di caso di trattamento

Per "caso di trattamento" si intende una degenza ospedaliera di un paziente in uno stabilimento ospedaliero indipendentemente dalla causa del ricovero.

La diagnosi principale e il trattamento principale fanno parte delle variabili più importanti del record della statistica medica. Le variabili sono definite di seguito.

G04.2 Diagnosi principale

La definizione di diagnosi principale corrisponde alla definizione della 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".

Se sono menzionati più di uno stato, si deve scegliere quello che ha richiesto il maggior dispendio di risorse (dal punto di vista medico).

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

Questo significa che la malattia o il disturbo che ha rappresentato il motivo principale dell'ospedalizzazione viene stabilito solo al termine della degenza ospedaliera. Il medico curante determina, durante e dopo la degenza ospedaliera, le diagnosi rilevanti e indica come sono state trattate. Sulla base di questa valutazione, il codificatore sceglie la diagnosi principale secondo la definizione summenzionata. La diagnosi di ammissione (motivo del ricovero) non coincide necessariamente con la diagnosi principale.

Scelta della diagnosi principale nelle situazioni più frequenti:

1. Il paziente è ammesso con **sintomi**:	Si pone una diagnosi (e si istituisce un trattamento)	La diagnosi principale (DP) è rappresentata dalla diagnosi
	Sono poste diverse diagnosi	DP è la diagnosi che richiede il maggior dispendio di risorse mediche
	Non è posta alcuna diagnosi	DP è il sintomo più importante
	Una diagnosi è supposta fortemente ma non è confermata	DP è la diagnosi fortemente supposta (vedi il capitolo sulla diagnosi sospetta)
2. Il paziente è ammesso con **diagnosi nota**:		DP è la diagnosi nota, salvo che durante la degenza non si riscontri una malattia più grave, che viene poi codificata come DP
	Nota bene: se durante il ricovero si effettua **esclusivamente** un trattamento specifico programmato per una diagnosi nota, la DS (diagnosi secondaria) deve riportare uno dei codici seguenti: Z51.-; Z47.- e Z50.- **Nota bene:** se non si può praticare una terapia specifica programmata, si codifica il caso indicando la diagnosi nota come DP e un codice Z53.- come DS **Eccezione:** se l'ammissione avviene **esclusivamente** per il trattamento di un sintomo della malattia conosciuta, come DP si indica il sintomo, mentre come DS si indica la malattia (p. es. paziente con ascite in presenza di cirrosi epatica si presenta per una paracentesi per ascite e per nessun'altra terapia)	
3. Il paziente è ammesso **senza** sintomi e senza diagnosi:	Ammissione solo per un controllo successivo a un trattamento concluso in precedenza	DP da Z08.- o Z09.-
	Ammissione con rischio potenziale; è posta una diagnosi	DP è la diagnosi (p.es.: antecedenti familiari del tumore maligno del colon, la coloscopia mostra un polipo, che è asportato. DP = polipo)
	Ammissione per accertamento di una diagnosi supposta che può essere esclusa	DP da Z03.- (p. es.: sorveglianza di un bambino piccolo che è stato trovato dalla madre con una scatola di compresse vuota. Nessun sintomo, decorso senza segni d' intossicazione. DP = Z03.6 Osservazione per sospetto d' ingestione di sostanze tossiche)
4. Il paziente è ammesso con **complicanze**		Una complicanza può essere DP solo qualora sussista all'ammissione. Le complicanze che si manifestano durante la degenza sono sempre DS, anche se sono più gravi della DP (vedi G05 in proposito)

DP = diagnosi principale, DS = diagnosi secondaria

In alcuni capitoli, per la scelta della diagnosi principale valgono linee guida speciali, soprattutto per gli interventi ostetrici.

G04.3 Complemento alla diagnosi principale

Il campo "Complemento alla diagnosi principale" è compilato solo nei due casi seguenti:

1. La diagnosi principale è codificata con un codice a daga (†), al quale deve essere aggiunto il corrispondente codice ad asterisco (*) nel campo "Complemento alla diagnosi principale". Per esempio, se un paziente è ricoverato per il trattamento di una retinopatia diabetica:
   Diagnosi principale: E11.30† "Diabete mellito non insulino-dipendente, con complicanze oculari", definito come non scompensato
   Complemento alla diagnosi principale (CDP): H36.0* "Retinopatia diabetica"

2. La diagnosi principale è un traumatismo o un'intossicazione (codice "S" o "T") alla quale deve essere aggiunto il codice per la causa esterna nel campo "Complemento alla diagnosi principale". Per esempio, se un paziente viene ospedalizzato per una frattura dell'avambraccio (radio e ulna) dopo essere caduto dal cavallo:
   Diagnosi principale: S52.4 "Frattura diafisaria sia dell'ulna che del radio"
   Complemento alla diagnosi principale (CDP): V99! "Incidente da trasporto non specificato"

G04.4 Diagnosi secondarie

A partire dall'1.1.2009 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 soddisfano una delle condizioni seguenti. Esse devono rendere necessari:
- interventi terapeutici;
- interventi diagnostici;
- un maggior dispendio di risorse per assistenza, cura e/o sorveglianza.

Le malattie che p. es. sono state documentate dall'anestesista durante la valutazione preoperatoria sono codificate solo se soddisfano uno dei tre criteri summenzionati. Le diagnosi anamnestiche che secondo la precedente definizione non hanno influenzato il trattamento del paziente non vanno codificate (p. es. polmonite guarita 6 mesi fa o ulcera guarita).

Risultati anormali: i risultati anomali (risultati di esami di laboratorio, radiologici, anatomopatologici e altri risultati diagnostici) non sono codificati, salvo che abbiano una conseguenza terapeutica (trattamento o esame ulteriore). **Attenzione:** il controllo di un valore anormale non va considerato come un trattamento.

Esempio: *Un paziente viene ricoverato per una polmonite. Nel test di laboratorio si rileva un valore di gamma-GT leggermente elevato. Un secondo test mostra valori nella norma. Diagnosi principale: polmonite. Il valore di gamma-GT elevato non soddisfa la definizione di diagnosi secondaria e pertanto non è documentato.*

Riassumendo:

Impiego di risorse > 0 è codificato.

Sequenza delle diagnosi secondarie

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

Esempio: *Una paziente è ricoverata per il trattamento di una leucemia mieloide cronica (LMC, non in remissione). 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.*

HD C92.10 Leucemia mieloide cronica, senza indicazione di una remissione completa

ND F32.- Episodio depressivo
M54.86 Altra dorsalgia, regione lombare
I25.19 Cardiopatia aterosclerotica, NAS

Le altre diagnosi (mioma uterino ed esiti d'intervento chirurgico al menisco) non soddisfano i requisiti richiesti e quindi non sono codificate.

G04.5 Trattamento principale

Secondo la definizione dell'UST, il trattamento chirurgico o medico più importante o il provvedimento diagnostico più importante è codificato come trattamento principale.

G04.6 Trattamenti secondari

I trattamenti supplementari che sono stati condotti nel quadro della diagnosi principale o delle diagnosi secondarie sono codificati come trattamenti secondari. Praticamente ogni procedura dovrebbe avere una diagnosi corrispondente, però non ogni diagnosi necessita un codice di trattamento.

Esempio: *Un paziente è ricoverato con una commozione cerebrale per la quale il trattamento consiste unicamente nella sorveglianza (sorveglianza di commozione).*

DP S06.0 Commozione cerebrale

PP Nessuno

G05 Regole di codifica generali

G05.1 Regole generali per la codifica delle diagnosi

Rilevamento delle diagnosi nel record medico

Da ogni diagnosi rilevata è da precisare se corrisponde:

- L'attività del tumore (attivo/inattivo) per tutti i tumori maligni
- Il lato della lesione agli organi pari

G05.1.A Sintomi

Sintomi come diagnosi principali: i codici dei sintomi (codici del capitolo XVIII della ICD-10) sono indicati come diagnosi principale solo se al termine della degenza non è stata posta una diagnosi definitiva (vedi in proposito lo schema al capitolo G04.2).
Eccezione: se si ricovera un paziente per un sintomo correlato a una malattia già nota, e si tratta solamente il sintomo, il sintomo viene codificato come diagnosi principale.

Esempio: *Un paziente è ricoverato per ascite in caso di cirrosi epatica accertata. Come unico trattamento si pratica una paracentesi per ascite.*

DP R18 Ascite
DS K74.6 Altra e non specificata forma di cirrosi epatica
PP 54.91 Drenaggio percutaneo addominale

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. I disturbi dell'equilibrio elettrolitico nell'ambito di altre malattie di base non vengono indicati, a meno che non siano così gravi da essere causa di interventi (vedi in proposito la definizione della diagnosi secondaria alla sezione G04.4).

G05.1.B Diagnosi bilaterali

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

7. Lo stesso codice diagnostico viene indicato una volta sola.
8. Se nella ICD-10 figura un codice proprio per una malattia bilaterale, si dovrà utilizzare questo.
9. Altrimenti, la lateralità delle diagnosi in caso di organi pari va registrata nell'apposito campo del record della statistica medica.

G05.1.C Codici di diagnosi speciali

La ICD-10 GM prevede codici che non possono essere indicati da soli, bensì sempre e solo in associazione a un'altra diagnosi. Questi codici non possono rappresentare MAI la diagnosi principale. A questo proposito si devono distinguere 3 varianti:

- i codici ad asterisco * (in associazione con i codici a daga †, vedi sotto);
- i codici per cause esterne (capitolo XX, vedi sotto);
- altri codici con il punto esclamativo "!" (in diversi capitoli, nuovo nella ICD10-GM, vedi sotto).

G05.1.C1 Codici a daga (†)-asterisco (*)

Questo sistema rende possibile la correlazione della manifestazione di una malattia con la sua eziologia. Il codice a daga (†), che descrive la patologia iniziale (o la sua eziologia), è prioritario rispetto al codice ad asterisco*, che descrive la manifestazione morbosa.

Qualora nella diagnosi principale sia presente il codice a daga (†), il corrispondente codice ad asterisco (*) va indicato come complemento alla diagnosi principale. Nei casi in cui si tratta di diagnosi secondarie, il codice a daga (†) è indicato prima del pertinente codice ad asterisco (*). Pertanto, al codice a daga (†) si fa seguire immediatamente il codice ad asterisco (*).

Il codice ad asterisco non va mai utilizzato senza il suo codice a daga e viceversa! I due codici sono sempre correlati tra loro.

Esempio: *Un paziente affetto da 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*

Estratto ICD-10 GM sistematico:

M32 Lupus eritematoso sistemico

Escluso: lupus eritematoso (discoide) NAS (L93.0)

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

Malattia di Libmann-Sacks (I39.-*)
Pericardite in lupus eritematoso sistemico (I32.8*)
Lupus eritematoso sistemico con:

- interessamento polmonare (J99.1*)
- interessamento renale (N08.5*, N16.4*)

Nota: alcuni codici non sono fin dal principio codici a daga (†), ma lo diventano tramite l'associazione con un codice ad asterisco (*).

Esempio: *Un paziente è ricoverato per il trattamento di un'anemia. La causa dell'anemia sono le metastasi ossee di un carcinoma prostatico. Indice alfabetico: anemia (in) malattia neoplastica D63.0* > lista sistematica D63.0* "Anemia in malattia neoplastica (C00-D48†)". Il motivo del trattamento (l'anemia) è indicato mediante un codice ad asterisco (*). In tal modo questo diventa un complemento alla diagnosi principale e il codice a daga (†) corrispondente è indicato come diagnosi principale. Nel caso specifico si tratta del codice C79.5 "Tumore maligno secondario dell'osso e del midollo osseo", che a seguito della sua associazione con D63* diventa un codice a daga.*

Dal 1.1.2010 nuovamente possono essere assegnati più codici ad asterisca ad un codice a daga.

Esempio: *Un paziente affetto da diabete mellito di tipo 1 con complicanze multiple costituite da un'aterosclerosi delle arterie degli arti, da una retinopatia e da una nefropatia è ricoverato per un grave scompenso metabolico.*
DP E10.71† Diabete mellito insulino-dipendente con complicanze multiple, definito come scompensato
DS I79.2 Angiopatia periferica in malattie classificate altrove*
H36.0 Retinopatia diabetica*
N08.3 Disturbi glomerulari in diabete mellito*

Nota: il codice E10.71 ha qui il valore di "codice eziologico" e pertanto deve essere contrassegnato con una "†". Secondo le regole, il codice eziologico va indicato prima dei codici delle manifestazioni e vale, come in questo esempio, per tutti i codici ad asterisco (manifestazioni) seguenti, fino al prossimo codice a daga o codice senza contrassegno. Così facendo, con il codice E10.71† si codifica l'eziologia delle manifestazioni I79.2*, H36.0* e N08.3*.

G05.1.C2 Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti

Come precedentemente menzionato (vedi la sezione "Definizioni", "Complemento alla diagnosi principale"), in caso di traumi e avvelenamenti il traumatismo o l'intossicazione è indicata quale diagnosi principale. Il codice per la causa esterna che ha portato al traumatismo o all'avvelenamento deve essere obbligatoriamente registrato nel campo per il complemento alla diagnosi principale. Lo scopo di questa modalità di codifica è una descrizione possibilmente precisa del tipo di lesioni e delle circostanze che le hanno causate.

Il codice per la diagnosi principale che descrive il traumatismo (o l'avvelenamento) è da ricercare nel capitolo XIX (lettera "S" o "T").

Le cause (complemento alla diagnosi principale) che hanno portato a questa patologia sono indicate con codici del capitolo XX (lettere "V", "W", "X" ed "Y").

Attenzione! Analogamente ai codici ad asterisco, le cause esterne non possono mai essere indicate come diagnosi principali.

Esempio: *Ferita aperta alla pianta del piede in un paziente giovane che in un bosco è inciampato su un oggetto metallic..*

DP S91.3 Ferita aperta di altre parti del piede

CDP W49.9! Esposizione ad altre e non specificate forze meccaniche inanimate, luogo non specificato

La procedura in caso di avvelenamenti è la stessa vista per i traumatismi. La diagnosi principale fornisce le necessarie informazioni sull'avvelenamento stesso e il complemento alla diagnosi principale definisce il tipo di evento (vedi il capitolo S19.2 per le regole specifiche per la codifica).

G05.1.C3 Codici con punto esclamativo ("!")

I codici con punto esclamativo servono a descrivere in dettaglio i codici precedentemente indicati. Il loro inserimento è **obbligatorio**.

Solo i codici per le „cause esterne di morbidità e mortalità (V01!-Y98!)" si possono adibire come complemento alla diagnosi principale (CDP), altrimenti i codici (!) valgono sempre come diagnosi secondarie.

Categorie dei codici con punto esclamativo obbligatori che vanno codificate come diagnosi secondarie:

B95.-!	Streptococco e stafilococco come causa di malattie classificate in altri settori
B96.-!	Altri agenti batterici come causa di malattie classificate in altri settori
B97.-!	Virus come causa di malattie classificate in altri settori
C95.8!	Leucemia refrattaria alla terapia di induzione standard
C97!	Tumori maligni di sedi indipendenti multiple (primitive)
G82.6-!	Altezza funzionale della lesione del midollo spinale
O09.-!	Durata della gestazione
R65.-!	Sindrome della risposta infiammatoria sistemica [SIRS]
S14.7-!	Altezza funzionale di un traumatismo del midollo spinale cervicale
S24.7-!	Altezza funzionale di un traumatismo del midollo spinale toracico
S34.7-!	Altezza funzionale di un traumatismo del midollo spinale lombosacrale
S01.83!	Ferita aperta di altre parti della testa in associazione a un traumatismo intracranico
S21.83!	Ferita aperta di altra parte del torace in associazione a un traumatismo intratoracico
S31.83!	Ferita aperta di altre e non specificate parti dell'addome, della regione lombosacrale e della pelvi in associazione in associazione a un traumatismo intraddominale
Sx1.84!	Lesione dei tessuti molli di I grado con frattura o lussazione chiusa
Sx1.85!	Lesione dei tessuti molli di II grado con frattura o lussazione chiusa
Sx1.86!	Lesione dei tessuti molli di III grado con frattura o lussazione chiusa
Sx1.87!	Lesione dei tessuti molli di I grado con frattura o lussazione esposta
Sx1.88!	Lesione dei tessuti molli di II grado con frattura o lussazione esposta
Sx1.89!	Lesione dei tessuti molli di III grado con frattura o lussazione esposta
T31.-!	Ustioni classificate secondo l'estensione della superficie corporea interessata
T32.-!	Corrosioni classificate secondo l'estensione della superficie corporea interessata
U60.-!	Categorie cliniche della malattia da HIV
U61.-!	Numero di cellule T helper nella malattia da HIV
U69.00!	Polmonite nosocomiale classificata altrove in pazienti di età pari o superiore a 18 anni
U69.10!	Malattia classificata altrove per la quale esiste il sospetto che sia la conseguenza di un intervento estetico, di un tatuaggio o di un piercing non indicato dal punto di vista medico
U80.-!	Agenti batterici con una determinata antibioticoresistenza, per cui sono necessarie misure terapeutiche o igieniche particolari
U81!	Batteri con multiresistenza agli antibiotici
U82.-!	Micobatteri con resistenza agli antibiotici antitubercolari (farmaci elettivi)
U83!	Candida con resistenza a fluconazolo o al voriconazolo
U84!	Herpesvirus con resistenza ai virustatici
U85!	Virus dell'immunodeficienza umana con resistenza ai virustatici o agli inibitori delle proteasi
Z37.-!	Esito del parto
Z50.-!	Trattamenti implicanti l'uso di tecniche riabilitative
Z54.-!	Convalescenza

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.

Esempio: *Un paziente viene ricoverato dopo un incidente di mezzo di trasporto per rottura del addome con rottura completa del parenchima renale, lacerazione della milza e piccole lacerazioni intestinali:*

HD *S37.03 Rottura completa del parenchima renale*

ZD *V99! Incidente di mezzo di trasporto*

ND *S36.03 Lacerazione della milza con interessamento del parenchima*
S36.49 Altre diverse parti dell'intestino tenue
S31.83! Ferita aperta di altre e non specificate parti dell'addome, della regione lombosacrale e della pelvi in associazione a un traumatismo intraddominale.

G05.1.D Esiti di

Le diagnosi "Esiti di" che non hanno alcuna importanza per l'attuale ricovero non vanno codificate. Si codificano solo le diagnosi che rappresentano la causa di una condizione morbosa attuale o quelle che hanno un influsso sul trattamento attuale (vedi definizione diagnosi secondaria).

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

- Anamnesi, p. es. Z86.1 "Anamnesi personale di malattia infettiva o parassitaria"
- Trapianto (esiti di trapianto), p. es. Z94.4 "Presenza di trapianto epatico"
- Presenza (di), p. es. Z95.1 "Portatore di bypass aortocoronarico"
- Mancanza di, perdita (di), amputazione, p. es. Z89.6 "Mancanza acquisita di una gamba, sopra il ginocchio"
- Stato (successivo a), p. es. lo stato postoperatorio Z98.- "Altri stati post-chirurgici"
- Sequele (di), vedi la sezione "Sequele"

In tutti i casi citati si deve codificare la malattia momentanea come diagnosi principale, mentre i codici per le diagnosi "Esiti di" vanno indicati come diagnosi secondaria.

Una diagnosi non più attuale non può più essere codificata come tale; si può tuttavia codificare con i codici Z85-Z92 il fatto che la malattia sia pregressa.

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

DP J15.0 Polmonite da Klebsiella pneumoniae
DS Z94.4 Presenza di trapianto epatico

G05.1.E Sequele

Le sequele o conseguenze tardive di una malattia sono stati morbosi **attuali** causati da una malattia precedente. Per la codifica si utilizzano 2 codici: la diagnosi principale è l'effetto attuale della precedente malattia. Il fatto che si tratti di una sequela viene codificato come diagnosi secondaria.

Non vi sono limitazioni temporali generalmente valide per l'utilizzo del codice per le sequele. Qualora il medico utilizzi il termine "sequela", va indicato il codice corrispondente.

Codici speciali per le sequele:

B90.-	Sequele di tubercolosi
B91	Sequele di poliomielite
B92	Sequele di lebbra
B94.-	Sequele di altre e non specificate malattie infettive e parassitarie
E64.-	Sequele di malnutrizione e di altri deficit nutrizionali
E68	Sequele dell'iperalimentazione
G09	Sequele di malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale
I69.-	Sequele di malattia cerebrovascolare
O94	Sequele di complicanze durante la gravidanza, il parto e il puerperio
O97	Morte per sequele di cause ostetriche dirette
T90-T98	Sequele di traumatismi, di avvelenamenti e di altre conseguenze di cause esterne

Esempio: *Un paziente è ospedalizzato per il trattamento di una disfasia successiva a infarto cerebrale.*

DP R47.0 Disfasia ed afasia
DS I69.3 Sequele di infarto cerebrale

Esempio: *Un paziente è ricoverato per il trattamento di un cheloide cicatriziale al torace successivo a ustioni.*
DP L91.0 Cheloide
DS T95.1 Sequele di ustione, corrosione e congelamento del tronco

Esempio: *Salpingite tubercolare dieci anni prima come causa di sterilità: diagnosi principale è la sterilità.*
DP N97.1 Infertilità femminile di origine tubarica
DS B90.1 Sequele di tubercolosi genitourinaria

G05.1.F Diagnosi sospette

Vi sono tre possibilità di diagnosi sospetta.

1. Diagnosi sospetta probabile

Nei casi in cui la diagnosi sospetta non viene confermata al termine dell'ospedalizzazione, ma rimane probabile perché tutti i sintomi sono compatibili con tale diagnosi, la si deve codificare come se fosse stata confermata.

Esempio: *In una paziente ricoverata d'urgenza a causa di coliche all'addome destro, febbre e nausea si sospetta una colecistolitiasi acuta. I sintomi si attenuano rapidamente e la paziente viene dimessa senza che sia stato eseguito alcun intervento. La sospetta diagnosi di ammissione è più che probabile, e per questo motivo la diagnosi principale è K80.0 "Calcolosi della colecisti con colecistite acuta".*

2. Nessuna formulazione di diagnosi

La diagnosi sospetta di ammissione non viene confermata dagli esami, i sintomi non sono specifici e al termine del ricovero non è stata posta una diagnosi definitiva. In questi casi vanno codificati i sintomi principali (il sintomo più importante come diagnosi principale e gli altri sintomi come diagnosi secondaria).

Esempio: *Un paziente è ospedalizzato per cefalea con agitazione e nausea. Gli esami non portano a una diagnosi. Per questo motivo la cefalea è indicata come diagnosi principale (R51), seguita dalle diagnosi secondarie.*
DP R51 Cefalea
DS R11 Nausea e vomito
R45.1 Irrequietezza e agitazione

3. Esclusione della diagnosi sospetta

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

Esempio: *Un paziente è ospedalizzato su raccomandazione del suo medico curante, perché in una radiografia del torace è stata notata un'opacità che fa supporre la presenza di un focolaio tubercolare. La tubercolosi è esclusa in base a diversi esami eseguiti in ospedale e la diagnosi principale è dunque Z03.0 "Osservazione per sospetto di tubercolosi".*

G05.1.G Codifica di malattie multiple

In base alla definizione di diagnosi principale sopra menzionata (sezione "Definizioni"), qualora vi siano contemporaneamente diverse condizioni morbose e ognuna di esse giustifica (a posteriori) il trattamento in regime di ricovero ospedaliero, si codifica come diagnosi principale la condizione che richiede il maggior dispendio di risorse mediche.

Esempio: *In un paziente affetto contemporaneamente da gonartrosi, diabete mellito e bronchite cronica ostruttiva si considera la gonartrosi come diagnosi principale, nel caso in cui l'ospedalizzazione abbia luogo per l'impianto di una protesi. Se invece l'ospedalizzazione viene effettuata per il controllo medicamentoso del diabete, quest'ultima sarà considerata la diagnosi principale.*

Lo stesso vale per lesioni multiple, da quali è da eleggere la più grave come diagnosi principale (confronta capitolo S19).

G05.1.H Malattie croniche con episodio acuto

In una malattia cronica con un peggioramento delle condizioni per cui non esiste un codice specifico, l'episodio acuto della malattia è codificato come diagnosi principale, perché rappresenta il motivo del trattamento. La condizione di cronicità viene indicata come diagnosi secondaria.

Esempio: *Un paziente è ricoverato per un episodio acuto in caso di pancreatite idiopatica cronica senza complicanze organiche.*
DP K85.00 Pancreatite idiopatica acuta, senza indicazione di una complicanza organica
DS K86.1 Altra pancreatite cronica

Eccezioni

a) Nella ICD-10 GM è presente un codice specifico per l'episodio acuto di una malattia cronica: per esempio J44.1- "Pneumopatia ostruttiva cronica con esacerbazione acuta, non specificata".

b) La classificazione prescrive qualcos'altro, per esempio C92.0- "Leucemia mieloide acuta", escluso "Esacerbazione acuta di leucemia mieloide cronica (C92.1-)". In questo caso si deve usare esclusivamente il codice C92.1- e indicare lo stato di remissione con il quinto carattere:
C92.10 "Leucemia mieloide cronica, senza dichiarazione di una remissione completa".

c) Secondo la ICD-10 GM è richiesto un solo codice, per esempio in un episodio acuto di una linfoadenite mesenterica cronica. L'indice alfabetico indica che l'episodio acuto è contenuto nello stesso codice della condizione cronica: I88.0 "Linfadenite mesenterica non specifica".

G05.1.I 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: *Arteriosclerosi delle estremità con gangrena. I70.24 "Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con gangrena". Non corretta sarebbe la codifica separata I70.20 "Aterosclerosi delle arterie degli arti, non specificata" con R02 "Gangrena, non classificata altrove".*

G05.1.J Complicanze

G05.1.J.g Nozioni generali

"Una complicanza è un evento o una circostanza che può disturbare il decorso abituale di una malattia, di un intervento medico o di un processo naturale (p. es. il parto). Questa complicanza può evolvere in un problema diagnostico e terapeutico autonomo" (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, de Gruyter).

- Nella maggior parte dei capitoli sono disponibili codici speciali per le complicanze, p. es. K62.7 "Proctite da raggi".

- Analogamente, nella maggior parte dei capitoli sugli organi esiste una categoria per malattie o disturbi "iatrogeni, non classificate altrove".

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, n. c. a.
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

- Oltre a ciò, nel capitolo XIX sono disponibili le categorie T80 - T88 "Complicanze di cure chirurgiche e mediche non classificate altrove".

- Alcune complicanze, come per esempio le polmoniti postoperatorie o le embolie polmonari, non sono considerate dalla classificazione quali condizioni autonome, e per questo motivo non possono essere codificate con codici speciali.

G05.1.J.d Regole di codifica

G05.1.J.d.1 Scelta del codice corretto

- Le complicanze devono essere possibilmente riferite all'organo interessato e la loro codifica deve essere il più possibile specifica.

- I codici "non classificato altrove" vanno indicati solo qualora non esista un codice specifico per la malattia o qualora questo non sia consentito da un'esclusione. A questo proposito, i codici dei capitoli sugli organi sono da preferire ai codici T80-T88, nel caso in cui questi ultimi non descrivano con maggiore specificità la malattia.

- Per individuare i codici corretti si può cercare nell'indice alfabetico sotto il termine guida "Complicanze (da) (di)" e quindi verificare la correttezza nella lista sistematica. Se non esiste un codice adeguato o specifico che denomina la complicanza come tale (è il caso delle embolie polmonari), la patologia viene indicata con il codice abituale.

Esempio: *Un paziente che è ospedalizzato per la revisione di uno stoma intestinale con prolasso.*
DP K91.4 Malfunzionamento di colostomia ed enterostomia

Esempio: *Un paziente che è ospedalizzato per la revisione di una protesi dell'anca mobilizzata.*
DP T84.0 Complicanza meccanica di protesi articolare interna
CDP Y82.8! Altri e non specificati dispositivi medici associati con incidenti (avversi), dispositivi miscellanei, non classificati altrovei

G05.1.J.d.2 Complicanza come diagnosi principale

Il codice che corrisponde a una complicanza va indicato come diagnosi principale, nel caso in cui il paziente sia ospedalizzato espressamente a causa di questa complicanza. A questo proposito la causa esterna (un codice delle categorie da Y40! a Y84!) va indicato come complemento alla diagnosi principale. In tutti gli altri casi la complicanza è indicata come diagnosi secondaria, anche se in definitiva si è dimostrata più grave della patologia alla quale è da attribuire.

Esempio: *Un paziente che è ospedalizzato per la revisione del pacemaker che si è dislocato.*

DP T82.1 Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco

CDP Y82.8! Altri e non specificati dispositivi medici associati con incidenti (avversi), dispositivi miscellanei, non classificati altrove

Esempio: *Un paziente è ricoverato dopo trattamento di una frattura ossea (gamba) a causa di una trombosi venosa profonda.*

DP I80.2 Flebite e tromboflebite di altri vasi profondi degli arti inferiori

Nota: il codice I97.8 "Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, non classificati altrove" non va codificato come diagnosi principale, perché descrive il tipo di complicanza meno precisamente che I80.2.

Esempio: *Un paziente affetto da HIV con terapia triplice è ospedalizzato per una polineuropatia.*

DP G62.0 Polineuropatia da farmaci

CDP Y57.9! Complicanze a causa di medicamenti e droghe

DS Z21 Stato di infezione asintomatica da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]

G05.1.J.d.3 Complicanza come diagnosi secondaria

Se una complicanza si manifesta durante la degenza in ospedale, è codificata sempre come diagnosi secondaria, anche se in definitiva si è dimostrata più grave della patologia alla quale è da attribuire.

Esempio: *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

Y84.9! Complicanza da intervento medico non specificato

G05.1.J.d.4 Distinzione fra complicanza e malattia indipendente

Come complicanza è da considerare qualsiasi affezione che si manifesta in rapporto alla condizione morbosa che originariamente ha reso necessario uno o diversi trattamenti. Un'affezione che si sviluppa indipendentemente non è considerata una complicanza, bensì una seconda condizione morbosa indipendente, e pertanto può essere indicata eventualmente come diagnosi principale a seconda del grado di gravità. Il momento della comparsa di un'affezione indipendente non esercita alcun ruolo per la scelta della diagnosi principale.

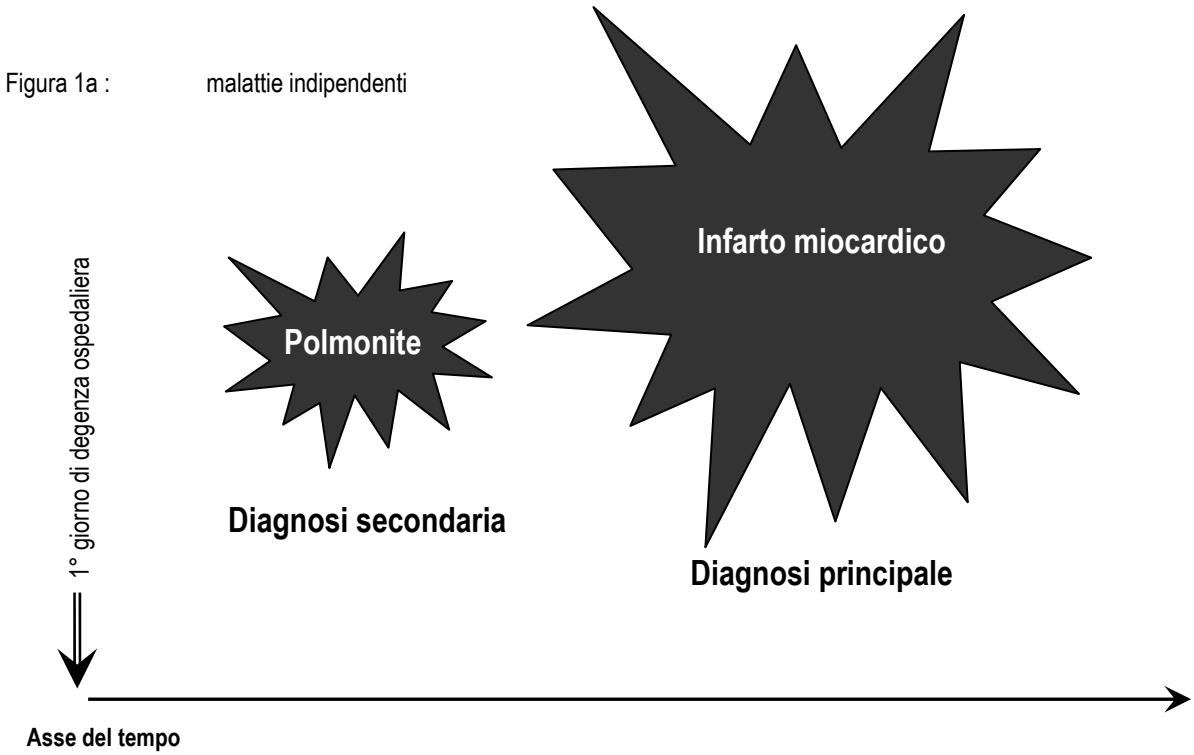
Esempi di malattie indipendenti:

Esempio 1a: *Un paziente è ricoverato in ospedale a causa di una broncopolmonite streptococcica e durante la degenza soffre di un infarto miocardico transmurale a carico della parete anteriore. In questo caso si tratta di due affezioni diverse che non hanno nulla a che vedere l'una con l'altra. Siccome l'infarto miocardico rappresenta l'affezione più grave, è codificato come diagnosi principale (fig. 1a).*

DP I21.0 Infarto miocardico acuto transmurale della parete anteriore

DS J13 Polmonite da Streptococcus pneumoniae

Figura 1a : malattie indipendenti

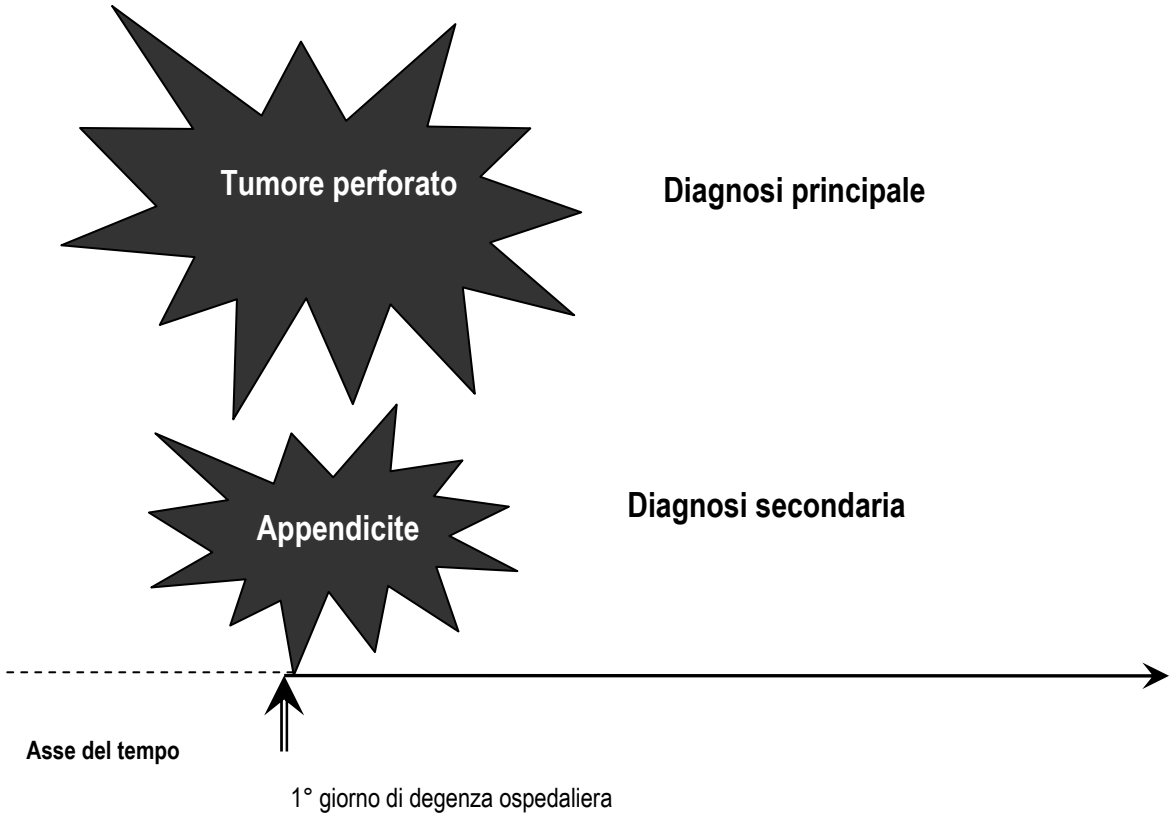


Esempio 1b : *Un paziente è ospedalizzato d'urgenza per appendicite. Durante l'intervento chirurgico viene scoperto un tumore perforato dell'appendice. L'esame istopatologico mostra la malignità del tumore. Si istituisce immediatamente una chemioterapia.*

DP C18.1 Neoplasia maligna del colon

DS K35.0 Appendicite acuta con peritonite generalizzata

Figura 1b: malattie indipendenti che si manifestano in concomitanza



Esempio di una complicanza:

A un paziente viene impiantata una protesi di ginocchio per una gonartrosi primaria bilaterale. Le sue condizioni peggiorano in seguito all'infezione della protesi con conseguente setticemia da Staphylococcus aureus. Senza dubbio la complicanza e il suo trattamento sono significativamente più importanti dell'affezione originaria. Eppure, nonostante la sua gravità, la setticemia è codificata come diagnosi secondaria (fig. 2).

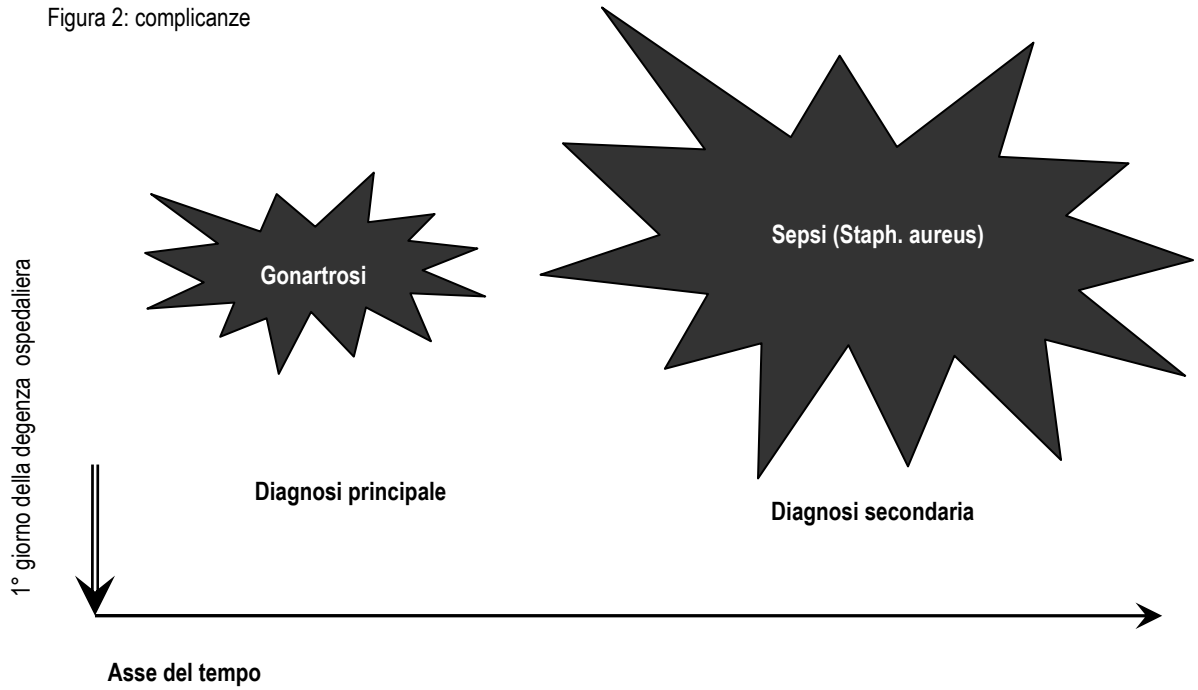
DP M17.0 Gonartrosi primaria bilaterale

DS A41.0 Setticemia da Staphylococcus aureus

T84.5 Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna [qualsiasi sede]

Y84.9! Complicanza da intervento medico non specificato

Figura 2: complicanze



G05.1.K 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, la codifica del motivo del trattamento diventi la diagnosi principale.

Esempio: *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: *Un bambino con trisomia 21, non disgiunzione meiotica (sindrome di Down) è ricoverato per un intervento di cardiochirurgia dovuto a un difetto congenito del setto interventricolare.*

DP Q21.0 Difetto del setto interventricolare [comunicazione interventricolare]

DS Q90.0 Trisomia 21, non disgiunzione meiotica

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

In caso di sindrome congenita si devono codificare i codici supplementari della categoria Q87 "Altre sindromi malformative congenite, specificate, di apparati multipli" come diagnosi secondarie per descrivere le manifestazioni. I codici supplementari servono per indicare che si tratta di una sindrome alla quale non è attribuito alcun codice specifico.

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

DP N04.1 Sindrome nefrosica con lesioni focali e segmentarie del glomerulo
DS Q40.1 Ernia iatale congenita
Q02 Microcefalia
Q87.8 Altre sindromi malformative congenite, specificate, non classificate altrove
PP 55.23 Biopsia renale chiusa [percutanea] [agobiopsia]

G05.1.L Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico o procedura non eseguita

Se un paziente è ricoverato in ospedale per un intervento chirurgico o una procedura che non è eseguita e il paziente è dimesso, la codifica deve essere fatta a seconda della situazione come indicato di seguito.

a) Se un intervento chirurgico o una procedura non è stata condotta per motivi tecnici:
Esempio: *Un paziente è stato ospedalizzato per l'inserzione di drenaggi in caso di otite media cronica sieromucosa. L'intervento è stato rimandato per motivi tecnici.*

DP H65.3 Otite media mucoide cronica
DS Z53 Persone che ricorrono ai servizi sanitari per atti medici specifici, non eseguiti

b) Se l'intervento chirurgico o la procedura non è stata eseguita per una malattia o per una complicanza insorta dopo l'ospedalizzazione:
Esempio: *Un paziente con tonsillite è stato ricoverato in ospedale per una tonsillectomia. L'intervento chirurgico è stato rimandato per una sinusite frontale acuta.*

DP J35.0 Tonsillite cronica
DS Z53 Persone che ricorrono ai servizi sanitari per atti medici specifici, non eseguiti
J01.1 Sinusite frontale acuta

G05.1.M Asportazione di materiale di osteosintesi

Le estrazioni di placche, viti o altro materiale metallico, nonché tutti gli altri trattamenti legati ad una ferita (p.es. estrazione di un chiodo ortopedico) vanno codificati come diagnosi principale, utilizzando il codice della ferita iniziale o della attuale affezione, seguito dalla diagnosi supplementare corrispondente figurante nel capitolo XXI (p. es. Z47.0 "Trattamento di follow-up per estrazione di placca o di altro dispositivo di fissazione interna"). Questi due codici, accompagnati dal codice del trattamento, indicano che il paziente è (stato) ricoverato per l'estrazione di materiale.

Esempio: *Un paziente è ricoverato per l'estrazione di materiale di osteosintesi un anno dopo una frattura al femore.*

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

Nell'asportazione del materiale da osteosintesi non si deve indicare il grado di gravità della lesione dei tessuti molli.

Esempio: *Un paziente con dolore articolare è ricoverato dopo l'operazione di un alluce valgo per l'asportazione del materiale di osteosintesi.*

DP M25.57 Dolore articolare, piede
DS Z47.0 Trattamento di follow-up per estrazione di placca o di altro dispositivo di fissazione interna

G05.2 Regole generali per la codifica delle procedure

Registrazione della procedura nel record medico

Per ogni procedura registrata si devono indicare:

- Trattamento principalle: la data del trattamento + l'orario del trattamento
- Trattamenti secondari : la data dei trattamenti
- La lateralità in caso di interventi a carico di organi pari;
- Se la prestazione sia stata fornita al di fuori o nell'ospedale stesso.

Procedure che vanno codificate

- Tutte le procedure importanti eseguite durante il periodo di ospedalizzazione devono essere codificate. Le procedure importanti possono essere misure diagnostiche, terapeutiche o curative. Procedure importanti sono le seguenti:
  - procedure riportate nei capitoli 0-15;
  - procedure che comportano un rischio potenziale per il paziente, che non sono eseguite di routine o che richiedono un particolare strumentario tecnico (anche dal capitolo 16).

- Se appropriato, vanno indicati tutti i codici CHOP a 6 caratteri, indipendentemente dal fatto che si tratti di interventi chirurgici oppure misure diagnostiche o terapeutiche.

- Le procedure importanti indipendenti che non sono direttamente collegate a una procedura operatoria sono codificate separatamente.
  Esempio: *Un'angiografia coronarica preoperatoria prima dell'intervento di bypass aortocoronarico triplice con apparecchio cuore-polmone è codificata come segue:*

  P *36.13 Bypass (aorto)coronarico di tre arterie coronariche*
  88.56 Arteriografia coronarica con catetere doppio
  39.61 Circolazione extracorporea per chirurgia a cuore aperto

- Il trattamento di complicanze intraoperatorie è codificato separatamente.

Procedure che NON vanno codificate

Le seguenti procedure non vanno codificate:

- Procedure che vengono eseguite abitualmente nella maggior parte dei pazienti con la stessa diagnosi principale, poiché gli interventi per queste procedure sono compresi nella diagnosi o nelle altre procedure utilizzate.
  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);
  - prelievo di sangue ed esami di laboratorio;
  - esami d' ammissione, di controllo e di consulto;
  - terapie farmacologiche **con eccezione** di: terapie in neonati, chemioterapie, immunoterapie con immunoglobuline e altre immunoterapie, trombolisi e somministrazione di fattori della coagulazione.

- Singole componenti di una procedura: preparazione, posizionamento, anestesia o analgesia e chiusura di ferita sono in genere comprese in un codice operatorio.

Nota bene: con la nuova definizione delle procedure da codificare e da non codificare decade la "Lista rossa" utilizzata finora.

G05.2.A Endoscopia e interventi endoscopici

Gli interventi endoscopici (laparoscopia, endoscopia, artroscopia) vanno codificati con il codice specifico per il intervento endoscopico, qualora vi sia un codice apposito. Le misure diagnostiche che fanno parte dell'intervento chirurgico, che sono eseguite nella stessa seduta e che di regola sono una componente dell'intervento non vanno codificate separatamente.

Esempio: *laparoscopia e colecistectomia laparoscopica.*
PP 51.23 Colecistectomia laparoscopica

Nel caso in cui l'intervento endoscopico non sia descritto da un codice specifico, si indica prima il codice per l'intervento convenzionale, seguito dal codice appropriato per l'endoscopia.

Esempio: *resezione del menisco in artroscopia.*
PP 80.6 Meniscectomia del ginocchio
PS 80.26 Artroscopia del ginocchio

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

Esempi:

- Una esofagogastroduodenoscopia è codificata come 45.13 "Altra endoscopia dell'intestino tenue (esofagogastroduodenoscopia)".
- Una esofagogastroduodenoscopia con biopsie in una o diverse sedi del esofago, stomaco o duodeno è codificata come 45.16 "Esofagogastroduodenoscopia con biopsia chiusa".
- Una faringotracheobroncoscopia va codificata come 33.22 "Broncoscopia con fibre ottiche".

G05.2.B Interventi chirurgici combinati o complessi

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, per esempio 28.3 "Tonsillectomia con adenoidectomia".

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, codificando come trattamento principale la parte più importante dell'intervento chirurgico.
Esempio: *Un paziente che si sottopone a gastrectomia totale con resezione del grande omento e dei linfonodi della regione gastrica.*
PP 43.99 Altra gastrectomia totale
PS 40.3 Asportazione di linfonodi regionali
54.4 Asportazione o distruzione di tessuto peritoneale

La CHOP contiene talvolta indicazioni speciali per la codifica aggiuntiva delle singole componenti:
Esempio 1: *00.70 Revisione di una protesi dell'anca, componente acetabolare e femorale*
Codificare anche: Rimozione di spacer (cemento) (84.57)
Tipo di superficie portante, se noto (00.74 - 00.77)

Esempio 2: *68.4 Isterectomia addominale totale*
Codificare anche: Eventuale sincrona rimozione di tube od ovaie (65.31 - 65.64)

G05.2.C Interventi eseguiti non completamente

Qualora per un qualsiasi motivo si debba interrompere un intervento chirurgico o non lo si possa completare secondo quanto programmato, si deve codificare come descritto di seguito.

1. Qualora nel corso di un procedimento laparoscopico / endoscopico si debba passare a un intervento "chirurgico aperto", si deve codificare solo la procedura chirurgica aperta.

Esempio: *Colecistectomia laparoscopica con passaggio alla procedura chirurgica aperta.*
PP 51.22 Colecistectomia

2. In caso d' interventi chirurgici interrotti, va codificata solo la parte del' intervento eseguita.

Esempio: *Qualora in un'appendicectomia programmata si debba interrompere l'intervento per intervenuto arresto cardiaco dopo la laparotomia, si codifica solo quest'ultima.*
PP 54.11 Laparotomia esplorativa

Esempio: *Qualora in caso di carcinoma esofageo si debba interrompere l'esofagectomia prima della preparazione dell'esofago per inoperabilità, si codifica solo la toracotomia eseguita.*
PP 34.02 Toracotomia esplorativa

3. Un intervento programmato viene codificato come tale solo quando è stato eseguito fino al termine o quasi completamente.

G05.2.D 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.

Eccezioni:

- Interventi da codificare solo una volta durante una seduta: p. es. escissioni multiple di lesioni cutanee, biopsie multiple o simili procedure complesse, a condizione che siano codificabili con la stessa sede.

  Esempio: *Un paziente è ricoverato per l'escissione di dieci lesioni: una per carcinoma basocellulare del naso recidivante, tre lesioni per carcinoma basocellulare dell'avambraccio, due lesioni per carcinoma basocellulare dell'orecchio, tre lesioni per cheratosi solare della schiena e una lesione per cheratosi solare della gamba.*

  DP C44.3 Carcinoma basocellulare, del naso, recidivante
  DS C44.2 Carcinoma basocellulare, dell'orecchio
  C44.6 Carcinoma basocellulare, dell'avambraccio
  C97! Tumori maligni di sedi indipendenti multiple (primitive)
  L57.0 Cheratosi solare
  PP 21.32 Asportazione o distruzione locale di altra lesione del naso (per basalioma del naso)
  PS 18.31 Asportazione radicale di lesione dell'orecchio esterno (per basalioma dell'orecchio)
  86.4 Asportazione radicale di lesione della cute (per basaliomi dell'avambraccio)
  86.3 Altra asportazione o distruzione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo (per cheratosi solare in diverse sedi)

  Per l'asportazione dei tre basaliomi dell'avambraccio si utilizza solo un codice, perché hanno la stessa sede anatomica e quindi sono codificabili in modo indifferenziato. Lo stesso vale per l'asportazione delle 4 lesioni da cheratite solare.

- Il codice CHOP contiene già un'indicazione riguardante il numero di trattamenti che interessa l'intero ricovero.

  Esempio: *Un paziente riceve una terapia del dolore multimodale dal 2° all'8° e dal 12° al 19° giorno di ricovero.*
  PP 94.39.11 Terapia del dolore multimodale, da almeno 14 a massimo 20 giorni di trattamento

Nota: Radiologia terapeutica e medicina nucleare CHOP 92.2-.
In caso di terapie radiologiche o di medicina nucleare le procedure vanno registrate tutte le volte che vengono eseguite, ad eccezione della radioiodioterapia (92.28.0-), per la quale va codificata l'attività complessiva raggiunta con l'applicazione multipla durante la degenza ospedaliera.

G05.2.E Interventi chirurgici bilaterali

Qualora per un determinato intervento bilaterale esista un codice specifico, si dovrà usare questo.
Esempio: *Interventi per ernia inguinale bilaterale secondo Lichtenberg*
PP 53.17 "Riparazione bilaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, NAS".

Nel caso in cui per un intervento bilaterale non esista un codice CHOP, si deve indicare il codice due volte; indicando una volta il lato sinistro e una volta il lato destro:
Esempio: *Protesi totale di ginocchio bilaterale:*
PP 81.54 Sostituzione totale del ginocchio - destro
PS 81.54 Sostituzione totale del ginocchio - sinistro

G05.2.F Revisioni di un campo operatorio / reinterventi

Quando si riapre un campo operatorio per il trattamento di una complicanza, si esegue la terapia di una recidiva o si esegue 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.:

- 28.7 Controllo di emorragia dopo tonsillectomia e adenoidectomia
- 34.03 Riapertura di toracotomia
- 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.

In caso d'interventi di revisione si deve sempre osservare esattamente se è stata eseguita UNICAMENTE una sola revisione del campo operatorio o se la revisione è stata combinata con la sostituzione / cambio di un impianto.

G05.2.G Procedure diagnostiche e terapeutiche non invasive

Le procedure diagnostiche e terapeutiche non invasive sono registrate non appena soddisfano i criteri per una procedura da codificare.

È necessario tenere in considerazione soprattutto i nuovi gruppi di procedure indicati di seguito.

Terapia complessa
Diverse terapie non invasive possono essere registrate ora con codici speciali per terapie complesse. A questo proposito è importante rispettare le condizioni precise per l'utilizzo di questi codici, per esempio con il codice CHOP 89.13.1- "Trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto".

Terapia del dolore
Una terapia del dolore è codificata come tale solo qualora rappresenti una procedura indipendente.
Esempio: *Un paziente con carcinoma metastatico è trattato con chemioterapia e terapia del dolore epidurale.*
PP 99.25.- Iniezione o infusione di sostanza chemioterapeutica per tumore, NAC
PS 03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia

I trattamenti del dolore preoperatori e postoperatori non sono codificati, ad eccezione della categoria CHOP 94.39.1- "Terapia del dolore multimodale".

Regole di codifica speciali S01 – S21

S01 Malattie infettive e parassitarie

S01.g Nozioni generali

Le malattie infettive sono elencate soprattutto nel capitolo I della classificazione ICD-10. Le istruzioni all'inizio del capitolo I sono da osservare con particolare attenzione.

S01.g.1 Novità

La ICD-10 GM ha nuovi codici più differenziati da codificare aggiuntivamente come diagnosi secondarie, con quali possono essere illustrate più specificamente le malattie infettive:

Categorie B95!-B97! "Batteri, virus e altri agenti infettivi"

vanno codificate obbligatoriamente con il codice "!".

Esempio: *infezione delle vie urinarie da Pseudomonas aeruginosa.*

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

DS B96.5! Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei) come causa di malattie classificate in altri settori

U80! - U85! Agenti infettivi con resistenze ad alcuni antibiotici

Gli agenti infettivi con resistenze ad alcuni antibiotici o chemioterapici possono essere ora registrati con le categorie "!" U80!-U85!. I codici vanno utilizzati nel caso in cui l'agente specifico sia resistente a uno o più di uno dei gruppi di sostanze elencate.

U69.00! Polmonite nosocomiale classificata altrove in pazienti di età pari o superiore a 18 anni.

Con questo codice supplementare si può registrare specificamente una polmonite nosocomiale.

R65.-! Sindrome della risposta infiammatoria sistemica (SIRS)

Con la categoria R65.-! costituisce un codice aggiuntivo disponibile per la codifica di una SIRS.

S01.g.2 Definizioni

S01.g.2A Portatore di malattie infettive (Z22.-)

Come "portatore di malattie infettive" si definisce un paziente nel quale dopo una fase di malattia acuta si continuano a trovare microrganismi nel sangue. Questi pazienti non manifestano più alcun sintomo, ma rimangono contagiosi. I codici della categoria Z22.- possono essere indicati solo come diagnosi secondaria e vanno associati solamente qualora soddisfino la definizione di diagnosi secondaria.

S01.g.2B SIRS – batteriemia – sepsi

SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome): "SIRS" è un termine generico che indica una reazione infiammatoria sistemica non infettiva o con causa infettiva non confermata, caratterizzata da almeno 2 dei sintomi seguenti:

temperatura corporea > 38,0 °C o < 36,0 °C;

frequenza cardiaca > 90/min;

frequenza respiratoria > 20/min;

leucociti >12 000/mm3 o < 4000/mm3.

Batteriemia: è definita come la presenza *asintomatica* di batteri nel sangue *senza segni di una setticemia*.

Sepsi: 100 anni fa la sepsi è stata definita come segue: "Si parla di sepsi quando all'interno del corpo si è formato un focolaio, da cui passano continuamente o periodicamente nella circolazione ematica batteri patogeni, così che questa invasione induce manifestazioni patologiche soggettive ed oggettive."
Attualmente vale la definizione seguente: "La sepsi è la totalità delle manifestazioni patologiche cliniche e delle alterazioni fisiopatologiche potenzialmente letali come reazione all'azione dei microrganismi patogeni e dei loro prodotti, che a partire da un focolaio di infezione penetrano nella circolazione ematica, causando l'attivazione di complessi sistemi biologici di reazioni a cascata e sistemi cellulari specifici, nonché la formazione e la liberazione di mediatori umorali e cellulari."
Oppure:
"Si è in presenza di una sepsi in caso di SIRS (devono essere soddisfatti due criteri, vedi la lista sopra), se è dimostrata la presenza di un'infezione.

Una **sepsi grave** si distingue per il fatto che sono presenti in aggiunta diverse insufficienze d'organo quali l'insufficienza circolatoria (shock settico), l'insufficienza renale, l'insufficienza epatica, l'insufficienza respiratoria acuta, il disturbo della coagulazione e l'encefalopatia.

S01.d Regole di codifica

S01.d.1 SIRS

Per codificare una SIRS, nella ICD-10 GM è disponibile la categoria R65.-! "Sindrome della risposta infiammatoria sistemica". Nella codifica si deve prima indicare un codice per la sepsi o per una malattia di base causa di SIRS con genesi non infettiva, seguito da un codice dalla categoria R65.-! "Sindrome della risposta infiammatoria sistemica (SIRS)". Per indicare le complicanze d'organo, gli agenti patogeni e la loro resistenza, si devono utilizzare codici aggiuntivi.

S01.d.2 Batteriemia

Una batteriemia va indicata con un codice della categoria A49.– *"Infezione batterica di sede non specificata"* o con un altro codice che denomini specificamente il microrganismo, p. es. A54.9 *"Infezione gonococcica non specificata"*. Non va quindi codificata con un codice per la sepsi (vedi sotto).

Un'eccezione al riguardo è rappresentata dalla batteriemia da meningococchi, che deve essere codificata con A39.4 *"Meningococcemia non specificata"*.

S01.d.3 Sepsi

Una sepsi (setticemia) viene codificata secondo il microrganismo che la ha causata. I codici per la sepsi si trovano nelle categorie seguenti:

- nelle singole malattie infettive nel capitolo I (p.es. B37.7 "Setticemia da candida");
- nelle categorie A40.- "Setticemia da Streptococcus" e A41.- "Altre forme di setticemia", tenendo in considerazione le esclusioni per il codice A41.

Esempio: *Un paziente è ospedalizzato a causa di una sepsi da Staphylococcus aureus con polmonite.*
DP A41.0 Setticemia da Staphylococcus aureus
DS J15.2 Polmonite da stafilococco

Una **urosepsi** viene codificata come un'altra sepsi.
Esempio: *Paziente con urosepsi dovuta a un'infezione da E. coli.*
DP A41.51 Setticemia da E. coli
DS N39.0 Infezione delle vie urinarie, sede non specificata

Una sepsi in associazione con aborto, gravidanza ectopica, gravidanza molare, parto o puerperio va codificata con l'apposito codice del capitolo XV. In aggiunta si deve indicare come diagnosi secondaria un codice per segnalare l'agente patogeno.

Esempio: *Riospedalizzazione per sepsi dopo il parto dovuta ad un'infezione da streptococco del gruppo C.*

DP O85 Sepsi puerperale

DS B95.41! Streptococco, gruppo C, come causa di malattie classificate in altri settori

Una sepsi del neonato va codificata con un codice del capitolo XVI.

Esempio: *Neonato con sepsi da Staphylococcus aureus.*

DP P36.2 Sepsi del neonato da Staphylococcus aureus

In caso di **setticemia grave** si devono codificare in aggiunta le complicanze organiche.

Esempio: *Un paziente di 18 anni è ricoverato d'urgenza in ospedale per una setticemia da meningococco. A seguito del quale si verifica un'insufficienza renale acuta.*

DP A39.2 Meningococcemia acuta

DS N17.- Insufficienza renale acuta

Setticemia in caso di agranulocitosi

Se si ospedalizza un paziente per una setticemia nell'ambito di una agranulocitosi da farmaci, si deve indicare la setticemia come diagnosi principale e l'agranulocitosi come diagnosi secondaria. Se il paziente è già ospedalizzato e la setticemia rappresenta la complicanza di un trattamento, come diagnosi secondarie si indicano entrambi i codici nella stessa sequenza vista sopra.

Esempio: *Una paziente è ricoverata d'urgenza per una setticemia da Staphylococcus aureus nell'ambito di un'agranulocitosi.*

DP A41.0 Setticemia da Staphylococcus aureus

DS D70.19 Agranulocitosi da farmaci, non specificata.

S01.d.4 Malattie causate da HIV

Attenzione: con la ICD-10 GM è stata introdotta una nuova codifica di HIV!

I codici HIV sono i seguenti:

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]* (ossia stato di infezione HIV positivo NAS)
B20-B24	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [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, e B23.0 e il gruppo B20-B24 si escludono a vicenda, e durante lo stesso ricovero ospedaliero non devono essere indicati contemporaneamente.

(U60!-U61!) Suddivisione in stadi dell'infezione da HIV

Lo stadio della malattia da HIV è indicato con codici aggiuntivi delle categorie:
U60.-! "Categorie cliniche della malattia da HIV" e
U61.-! "Numero di cellule T helper nella malattia da HIV".

S01.d.4 Regole di codifica

1) 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.

2) 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. linfoadenopatia, febbre) o della complicanza (p. es. meningite).
Nota: questa istruzione di codifica rappresenta una eccezione alla regola "Codifica di sintomi come diagnosi principale".

Esempio: *Un paziente HIV positivo è ricoverato con linfoadenopatia. 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

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.

3) Z21 "Stato di infezione asintomatica da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]"

Il codice Z21 "Stato di infezione asintomatica da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]" non va indicato **routinariamente, bensì solo come diagnosi secondaria**, qualora un paziente HIV positivo non abbia sintomi di infezione, ma nonostante ciò l'infezione aumenti l'impiego di risorse per il trattamento.

4) B20, B21, B22, B23.8, B24 "Malattia da HIV (SIDA)"

Per la codifica di pazienti con una malattia associata all'HIV (può essere o no una malattia definente la SIDA) 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

Sequenza e scelta dei codici

Nel caso che **la malattia da HIV** sia il motivo principale per il ricovero ospedaliero del paziente, **come diagnosi principale** va utilizzato il codice corrispondente delle categorie B20 - B24 (al di fuori di B23.0). Al contrario della definizione di una diagnosi secondaria aggiuntivamente sono da codificare **tutte** le manifestazioni esistenti della malattia da HIV (SIDA) non in dipendenza se hanno richiesto dispendio o no.

Esempio: *Paziente con HIV stadio C con limfoma immunoblastico viene hospitalizzato per la terapia anti-retrovirale. Soffre anche di stomatite da candida.*

DP B21 Malattia da virus del'immunodeficienza umana che dà luogo a neoplasie maligne
DS C83.4 limfoma immunoblastico (diffuso)
DS B37.0 Stomatite da Candida
DS U60.3! HIV Categoria C
DS U61.9! Numero di cellule (CD4+) T-helper, non specificato (NAS)

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 (al di fuori di B23.0).

Esempio: *Un paziente è ricoverato in ospedale con candidiasi orale a causa di un'infezione da HIV già accertata.*
DP B37.0 Stomatite da Candida
DS1 B20 Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo a malattie infettive o parassitarie
DS2 U60.3! Categorie cliniche della malattia da HIV, categoria C
DS3 U61.9! Numero di cellule T helper (CD4+-) non specificato

S01.d.5 Croup vero – pseudocroup – sindrome croup

Il croup vero, piuttosto raro in Svizzera, è un'infiammazione della faringe e della laringe da difterite che è codificata da A36.0 "Difterite faringea" e A36.2 "Difterite laringea". Con il termine di "sindrome 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).

Dopo la consultazione con i pediatri, è da codificare come sottomenzionato, corrispondente alla ICD-10 GM :

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

S01.d.6 Gastroenterite infettiva

A04.- fino A08.- Indicano infezioni del tratto gastroenterico con agente patogeno esattamente definito.
A09 È utilizzato in caso di gastroenterite di presunta origine infettiva.
K52.9 Le gastroenteriti non infettive vanno indicate con codici della categoria K52.-.

S02 Oncologia (tumori)

S02.g Nozioni generali

La classificazione ICD-10 prevede due sistemi per codificare i tumori: una codifica secondo la topografia (sede anatomica) del tumore e una codifica secondo la morfologia del medesimo (International Classification of Diseases for Oncology ICD-O). La struttura dei codici varia notevolmente tra i due sistemi:

- I codici per topografia del tumore presentano una struttura ICD-10 classica X99.99 (C00.0-D48.9), in cui la X sta per una lettera qualsiasi e il 9 per una cifra qualsiasi.
- I codici per morfologia (ICD-) hanno invece una struttura del tipo X9999/9 (M8000/0-M9989/1).

I codici morfologici "M" sono costituiti da 5 caratteri: i primi quattro identificano il tipo istologico di tumore, il quinto, dopo la sbarra obliqua, descrive il grado di malignità (0 = benigno; 1 = incerto se benigno o maligno; 2 = carcinoma in situ; 3 = maligno, sede primitiva; 6 = maligno, sede metastatica 9 = maligno, incerto se primitivo o metastatico).

Un adenoma corticosurrenale dovrà essere codificato quindi come M8370/0, un carcinoma corticosurrenale come M8370/3.

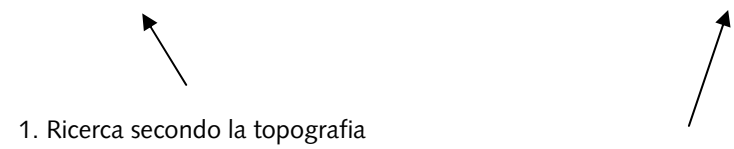
Nella statistica medica la codifica si basa unicamente sulla topografia del tumore. I codici corrispondenti sono tratti dal capitolo II (C00-D48) della lista sistematica.

Indipendentemente dalla statistica medica, i tumori sono censiti anche sulla base della loro morfologia. Questo genere di codifica interessa in particolare gli istituti di anatomia patologica ed i registri dei tumori. Per i propri atti è quindi possibile codificare i tumori anche secondo la loro morfologia. Poiché, tuttavia, tali codici non fanno parte del record per la statistica medica, essi non vanno esportati e trasmessi all'UST. I codici morfologici si trovano per esempio al termine della parte sistematica della ICD-10 GM al capitolo "Mo".

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

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

	Maligno		In situ	Benigno	Comportamento incerto o sconosciuto
	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: *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. Nel caso presente: C40.0 "Tumore maligno di osso e cartilagine articolare degli arti; scapola e ossa lunghe di arto superiore". Il termine condrosarcoma figura nell'indice alfabetico, ma rinvia alla tavola dei tumori.

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

Codici contrassegnati con il simbolo # oppure □
Nella tavola dei tumori dell'indice alfabetico (p.es faccia NAS #) , le sedi topografiche contrassegnate con il simbolo "**#**" vanno codificate:
• come tumori maligni della pelle in presenza di un carcinoma spinocellulare o epidermico;
• come tumori benigni della pelle in presenza di papilloma.

Nella tavola dei tumori dell'indice alfabetico, le sedi topografiche contrassegnate con il simbolo "□" (p.es. acromion □) vanno codificate:
• come tumori maligni secondari (metastasi) salvo in casi intraossei od odontogeni.

S02.g.1 Eccezioni: tumori del sistema ematopoietico / linfatico

I tumori primitivi del sistema ematopoietico e linfatico (linfomi, leucemie) non sono classificati secondo la sede del tumore ma in base alla sua morfologia. Per tale ragione non figurano nella tavola dei tumori.

Esempio: *leucemia linfoblastica acuta: C91.0 (al quinto livello l'indicazione "0/1" consente di differenziare la presenza o assenza della remissione).*

S02.g.2 Attività tumorale

Per ogni diagnosi di tumore del capitolo II della ICD-10, nella statistica medica, a integrazione del codice ICD, si deve differenziare l'attività tumorale in un campo separato, indicando se è attivo o non attivo (nell'interfaccia con i valori "attivo" = 1, "inattivo" = 0).

Definizione: per attività tumorale s'intende la presenza del tumore.
Se il tumore è presente – primario o secondario – e clinicamente dimostrabile, viene definito come attivo. Tumori non (ancora) trattati (chirurgicamente o con chemio–radioterapia oppure con entrambi e tumori recidivanti sono considerati attivi. Qualora dopo il trattamento mediante chirurgia, chemioterapia o radioterapia il tumore non sia più presente o rilevabile sia dal punto di vista clinico che da quello anatomopatologico, esso è considerato inattivo.
Nota: questa definizione soddisfa criteri statistici e non clinici e quindi devia dal consueto utilizzo terminologico clinico.

S02.d Regole di codifica

Nell'introduzione al capitolo II della ICD-10 GM si trovano informazioni preziose sulla codifica dei tumori. Queste devono essere tenute in considerazione come le indicazioni fornite per ogni sottocapitolo e categoria. Talvolta si differenziano dalle regole della versione della ICD-10 dell'OMS.

S02.d.1 Scelta della diagnosi principale

Un tumore è codificato come diagnosi principale, se è il motivo principale **del trattamento e/o degli esami durante il ricovero** in oggetto, indipendente dal suo comportamento (tumore primitivo o metastasi).

Tumore primitivo

Se il ricovero è stato ordinato per trattare o diagnosticare un tumore, quest'ultimo va indicato come diagnosi principale.

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

DP C34.1 Tumore maligno dei bronchi e del polmone; lobo / bronco / polmone superiore
Attività Attivo

Il codice del tumore (tumore primitivo) va indicato come diagnosi principale per ciascun ricovero ospedaliero in vista del trattamento (primario) del tumore, d'ulteriori trattamenti (interventi di chirurgia, chemioterapia o radioterapia) o di misure diagnostiche (p.es. staging) fino a terminazione del trattamento stesso.

Tale procedura di codifica si basa sull'assunto che, sebbene il tumore sia stato trattato già una prima volta (p. es. attraverso una resezione chirurgica), esso è la causa dei trattamenti successivi.

Esempio: *Un paziente è ricoverato per una chemioterapia dopo resezione chirurgica del lobo polmonare medio a causa di un carcinoma al bronco.*

DP C34.2 Tumore maligno dei bronchi e del polmone; lobo / bronco / polmone medio
Attività Inattivo
DS Z51.1 Seduta di chemioterapia antineoplastica

Metastasi

Se il paziente è ricoverato per il trattamento **locale** (chirurgico, radioterapico o chemioterapico) di metastasi, allora si indicano le metastasi come diagnosi principale.

Esempio: *Un paziente è ricoverato per la resezione di metastasi epatiche da carcinoma colon-rettale (resecato).*

DP C78.7 Tumore maligno secondario del fegato
Attività Attivo
DS C19 Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea
Attività Inattivo

Se le metastasi sono trattate con terapia **sistemica** (radioterapia corporea totale, radioterapia e.v., chemioterapia sistemica), allora s'indica come diagnosi principale il tumore primario, mentre le metastasi sono indicate come diagnosi secondaria.

Esempio: *Un paziente è ricoverato per chemioterapia sistemica in caso di metastasi epatiche da carcinoma colon-rettale.*

DP C19 Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea
Attività Attivo
DS C78.7 Tumore maligno secondario del fegato
Attività Attivo
DS Z51.1 Seduta di chemioterapia antineoplastica

Eccezione: se la sede anatomica del tumore primitivo è sconosciuta, come diagnosi principale si indica la metastasi.

Esempio: *Un paziente è ricoverato per il trattamento chemioterapico di metastasi epatiche, la cui origine (tumore primitivo) è sconosciuta.*

DP C78.7 Tumore maligno secondario del fegato
Attività Attivo
DS Z51.1 Seduta di chemioterapia antineoplastica
DS C80 Tumore maligno senza indicazione della localizzazione

Se il tumore primitivo e le metastasi sono trattati contemporaneamente, è codificata come diagnosi principale l'affezione che richiede il maggior dispendio di risorse.

S02.d.2 Recidiva

Se un paziente è ricoverato per il trattamento di un tumore recidivante, il codice da utilizzare è quello del tumore stesso, non essendo a disposizione codici specifici per le recidive tumorali. Per completare l'informazione si indica il tumore iniziale nella anamnesi personale come diagnosi secondaria.

Esempio: *Una paziente è ricoverata per il trattamento di una recidiva di carcinoma mammario tre anni dopo una tumorectomia (carcinoma nel quadrante superiore esterno).*
DP C50.4 Tumore maligno della mammella, quadrante supero-esterno
Attività Attivo
DS Z85.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella

S02.d.3 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, anche qualora dalla diagnosi istologica non vengano riscontrati tumori o cellule tumorali maligne residuali.

S02.d.4 Diagnosi di tumore maligno soltanto mediante biopsia

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

S02.d.5 Complicanze

Se una persona è ricoverata a causa di complicanze da affezione tumorale o trattamento, va indicata la complicanza come diagnosi principale e il tumore come diagnosi secondaria.

Esempio: *Una paziente soffre di un edema linfatico in seguito a una mastectomia per carcinoma mammario.*
DP I97.2 Sindrome linfedematosa post-mastectomia
DS C50.- Tumore maligno della mammella (quarto carattere a seconda della sede del tumore)
Attività Inattivo

S02.d.6 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.

Esempio: *Un paziente è ricoverato per effettuare vari esami di controllo in seguito a pneumonectomia e chemioterapia per carcinoma al bronco. 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

S02.d.7 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.

Esempio: *Feocromocitoma maligno che secerne catecolamine.*
DP C74.1 Tumore maligno della midollare surrenale
Attività Attivo
DS E27.5 Iperfunzione della midollare del surrene

S02.d.8 Particolarità della sede anatomica

S02.d.8A Sede anatomica primaria non nota

Il codice C80 va utilizzato unicamente qualora la sede anatomica primaria del tumore rimanga sconosciuta.

S02.d.8B Sedi multiple

Il codice C97! "Tumori maligni di sedi indipendenti multiple (primitive)" va utilizzato come codice di diagnosi, ma **solo come diagnosi secondaria**, qualora il paziente sia affetto simultaneamente da più tumori maligni primitivi. Come diagnosi principale s'indica il tumore che ha causato il maggior impiego di risorse (G04.2). Nei casi dubbi decide il medico curante.

Esempio: *Durante la stessa degenza ospedaliera una paziente è trattata contemporaneamente per un melanoma maligno della gamba e per un carcinoma mammario (quadrante esterno superiore).*

DP/DS1 C50.4 Tumore maligno della mammella, quadrante supero-esterno della mammella
Attività Attivo
DS1/DP C43.7 Melanoma maligno di arto inferiore, inclusa l'anca
Attività Attivo
DS2 C97! Tumori maligni di sedi indipendenti multiple (primitive)

S02.d.8C 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. Così, un tumore che ha invaso due o più regioni contigue classificate 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: *Carcinoma colon-rettale con estensione anorettale la cui sede anatomica primaria resta sconosciuta.*
DP C21.8 Lesione sconfinante del retto, dell'ano e del canale anale
Attività Attivo

Se per un tumore che invade diverse regioni contigue esiste un codice specifico, si utilizza questo.
Esempio: *Adenocarcinoma che si estende dal sigma al retto.*
DP C19 Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea
Attività Attivo

Qualora la sede originaria del tumore sia nota, è codificata soltanto essa.
Esempio: *Carcinoma del collo dell'utero (esocervice) con infiltrazione della vagina.*
DP C53.1 Tumore maligno della cervice uterina, esocervice
Attività Attivo

S02.d.9 Remissioni

I codici C88.- "Malattie maligne immunoproliferative", C90.- "Mieloma multiplo e tumori plasmacellulari maligni" e C91-95 "Leucemie" presentano un quinto livello che consente di descrivere eventuali remissioni:

0 *senza indicazione di remissione completa, senza indicazione di remissione, in remissione parziale;*
oppure
1 *in remissione completa*.

Esempio: *Un paziente è ricoverato per il trattamento di una leucemia promielocitica.*
DP C92.40 Leucemia acuta promielocitica, senza indicazione di remissione
Attività Attivo

Esempio: *Un paziente in remissione totale di una macroglobulinemia di Waldenström.*
DP C88.01 Macroglobulinemia di Waldenström, in remissione completa
Attività Inattivo

S02.d.10 Sindrome da carcinoide / sindrome paraneoplastica

Il codice E34.0 "Sindrome da carcinoide" è utilizzato come diagnosi principale unicamente nel caso in cui il ricovero sia finalizzato alla terapia della sindrome stessa. Nel caso in cui lo scopo del ricovero sia innanzitutto il trattamento del tumore stesso, va indicato il tumore come diagnosi principale.
Anche per sindromi paraneoplastiche esistono codici ICD-10 specifici. Ad esempio, le anemie che si manifestano come sintomi concomitanti di affezioni tumorali vanno codificate con il codice D63.0*. A tal fine è utilizzato un codice di tumore (C00-D48) contrassegnato con una daga (†). Se un paziente è ricoverato per il trattamento di tale anemia, valgono le regole di codifica per il sistema di codici a daga-asterisco (†/*).

S02.d.11 Linfangiosi carcinomatosa

La linfangiosi carcinomatosa non va codificata secondo l'istologia (vie linfatiche), bensì secondo la sede anatomica alla stregua di una metastasi.
Esempio: *Linfangiosi carcinomatosa della pleura.*
DP C78.2 Tumore maligno secondario della pleura
Attività Attivo

S02.d.12 Chemioterapia e radioterapia

Z51.0/Z51.1 non sono mai codificate come diagnosi principale, e come diagnosi secondaria solo se l'ospedalizzazione ha luogo unicamente per procedere a questa terapia.
Nel codificare la chemioterapia va tenuto conto del suo grado di complessità.
Esempio: *Un paziente con sarcoma d'Ewing (sede primaria: bacino) è ricoverato per un ciclo (blocco) di 4 giorni di sedute di chemioterapia con schema VAC, VAI (chemioterapia complessa).*
DP C41.4 Tumore maligno di ossa pelviche, sacro e coccige
Attività Attivo
DS Z51.1 Seduta di chemioterapia antineoplastica
PP 99.25.10 Schemi chemioterapici di complessità e intensità elevata: uno schema chemioterapico durante una degenza ospedaliera

In caso di sedute multiple di radioterapia va codificata ciascuna singola seduta.
Esempio: *Una paziente è ricoverata per sedute di radioterapia (radioterapia a fotoni [acceleratore lineare]) dopo una resezione di un carcinoma mammario (con lesione sconfinante). Le sedute di radioterapia si svolgono in 4 giorni successivi.*
DP C50.8 Tumore maligno della mammella, lesione sconfinante della mammella
Attività Inattivo
DS Z51.0 Seduta di radioterapia
PP 92.24.09 Teleradioterapia mediante fotoni, acceleratore lineare, altro + data + orario
PS 92.24.09 Teleradioterapia mediante fotoni, acceleratore lineare, altro + data
PS 92.24.09 Teleradioterapia mediante fotoni, acceleratore lineare, altro + data
PS 92.24.09 Teleradioterapia mediante fotoni, acceleratore lineare, altro + data

S04 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche

S04.g Nozioni generali

S04.g.1 Diabete mellito: terminologia

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

E10.- *Diabete mellito insulino-dipendente (diabete di 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 non insulino-dipendente (diabete di tipo 2)*
Comprende tutti i DM di tipo 2, tra cui il diabete ad esordio nella maturità e l'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 fino a .3 *Diabete mellito in gravidanza, preesistente*

O24.4 *Diabete gestazionale*

P70.0-.2 *Diverse forme di diabete mellito nel neonato*

R73.0 *Anormalità del test di tolleranza al glucosio*

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

Mediante **il quarto carattere** delle categorie E10-E14 si codificano le possibili complicanze (".0" per il coma; ".2" per le complicanze renali, ecc.).

Diabete mellito scompensato

Al **quinto carattere** s' indica con "0" un diabete mellito non scompensato e con
"1" un diabete mellito scompensato.

A questo proposito si deve tener conto che dal punto di vista medico non tutte le combinazioni del codice a quattro caratteri possono avere 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 gli esperti FMH di endocrinologia):

- ipoglicemia recidivante inferiore a 3 mmol con sintomi, con 3 misuraz. glicemiche al giorno e adeguamento della terapia, oppure
- glicemia con forti oscillazioni (diff. almeno 5 mmol) con 3 misuraz. glicemiche al giorno e adeguamento della terapia, oppure
- HBA1C chiaramente elevata (>9%) nel corso degli ultimi 3 mesi e 3 misuraz. glicemiche al giorno, oppure
- almeno 3 volte valori >15 mmol/l (300 mg/dl) con diversi adeguamenti della terapia, oppure
- con valori <15 mmol/l ma gestione impegnativa con più di 3 misuraz. glicemiche al giorno in diversi giorni e iniezioni integrative documentate.

S04.d.1 Regole per la codifica del diabete mellito (DM)

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

S04.d.1A 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 il fatto che tali complicanze soddisfino o no la definizione di diagnosi secondaria (G04.4).

a) 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.

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, mentre con ".2" (con complicanze renali) il caso rientrerebbe 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 insulino-dipendente [diabete di tipo 1] con altre complicanze specificate, definito come scompensato
CDP N08.3 Disturbi glomerulari in diabete mellito*

b) 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.

Esempio 2: *Un paziente affetto da diabete mellito di tipo 1 con complicanze multiple costituite da un'aterosclerosi delle arterie degli arti, una retinopatia e una nefropatia è ricoverato per un grave squilibrio metabolico. Durante il ricovero sono trattate anche tutte le complicanze esistenti.*

DP E10.71† Diabete mellito insulino-dipendente [diabete di tipo 1] con complicanze multiple, definito come scompensato
CDP I79.2 Angiopatia periferica in malattie classificate altrove*
DS H36.0 Retinopatia diabetica*
N08.3 Disturbi glomerulari in diabete mellito*

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

DP E10-E14, con quarto carattere corrispondente a questa manifestazione
CDP seguito dal relativo codice per questa manifestazione.
DS Le ulteriori manifestazioni vanno codificate, sempreché soddisfino la definizione di diagnosi secondaria.

Esempio 3: *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 limitazione della capacità visiva.*

DP E10.50† Diabete mellito insulino-dipendente [diabete di tipo 1] con complicanze del circolo periferico, definito come non scompensato

CDP I79.2 Angiopatia periferica in malattie classificate altrove*

DS I70.22 Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolori a riposo

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

H36.0 Retinopatia diabetica*

PP 39.25 Bypass iliaco-femorale

Nota bene: in questo esempio, il codice I70.22 "*Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolori a riposo*" serve per specificare meglio la diagnosi definita dal sistema a daga-asterisco. Tale codice non va indicato come diagnosi principale.

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

DP / CDP In base alla definizione di DP (la condizione che richiede il maggior impiego di risorse mediche) la complicanza che richiede il maggior dispendio di risorse diventa la diagnosi principale, mentre la manifestazione è indicata come diagnosi aggiuntiva

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

S04.d.1B 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, tale malattia va codificata. Se sono presenti complicanze (manifestazioni), si deve indicare un codice E10-E14 con un quarto carattere che codifichi la/le complicanza(e). Oltre a ciò, si devono indicare anche le complicanze, purché queste soddisfino la definizione di diagnosi secondaria.

Tuttavia, in deroga alle regole per la diagnosi principale di diabete mellito, qualora si possa scegliere un codice specifico per una singola complicanza, non si deve indicare ".6" come quarto carattere, e in caso di complicanze multiple va indicato sempre ".7".

Esempio 4: *Un paziente è ricoverato per una frattura chiusa della testa dell'omero senza lesioni dei tessuti molli. Oltre a ciò esiste un diabete mellito di tipo 2, che è trattato con dieta e medicamenti. Come unica complicanza è presente una nefropatia diabetica.*

DP S42.21 Frattura dell'estremità superiore dell'omero, epifisi prossimale

DS E11.20! Diabete mellito non insulino-dipendente [diabete di tipo 2] con complicanze renali, definito come non scompensato

DS N08.3 Disturbi glomerulari in diabete mellito*

S04.d.1C 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, va indicato un codice per la manifestazione specifica.

Esempio 5: *Un paziente si presenta per il trattamento di una nefropatia diabetica.*

DP E10.20† Diabete mellito insulino-dipendente [diabete di tipo 1] con complicanze renali, definito come non scompensato

CDP N08.3 Disturbi glomerulari in diabete mellito*

Esempio 6: *Un paziente si presenta per il trattamento di un'insufficienza renale terminale a causa di una nefropatia diabetica.*

DP E10.20† Diabete mellito insulino-dipendente [diabete di tipo 1] con complicanze renali, definito come non scompensato

CDP N08.3 Disturbi glomerulari in diabete mellito*

DS N18.0 Stadio terminale di malattia renale

Nota: il codice N18.0 "Stadio terminale di malattia renale" serve in questo esempio per specificare meglio la diagnosi descritta dal sistema a 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, va indicato un codice per la manifestazione specifica.

Esempio 7: *retinopatia diabetica*

E10†-E14†, con quarto carattere ".3"	*Diabete mellito con complicanze oculari*
*H36.0**	*Retinopatia diabetica*

Esempio 8: *una retinopatia diabetica con edema maculare 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*

Esempio 9: *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*

Esempio 10: *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 codificate 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, va indicato un codice per la manifestazione specifica.

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*

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, va indicato un codice per la manifestazione specifica.

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 carattere ".7" Diabete mellito con complicanze multiple.
I codici per le manifestazioni presenti:
*G63.2** *Polineuropatia diabetica* e
*I79.2** *Angiopatia periferica in malattie classificate altrove*
vanno indicati di seguito.

Esempio 11: *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 (in angiopatia e neuropatia) ed erisipela della gamba.*

DP *E10.71† Diabete mellito insulino-dipendente [diabete di tipo 1] con complicanze multiple, definito come scompensato*
CDP *G63.2* Polineuropatia diabetica*
DS *I79.2* Angiopatia periferica in malattie classificate altrove*
I70.23 Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con ulcera
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 descritta dal sistema a daga-asterisco. Tale codice non va indicato come diagnosi principale.

S04.d.1D Sindrome metabolica

In caso di "sindrome metabolica" vanno codificate singolarmente le componenti della sindrome riscontrate (obesità, ipertensione, iperlipidemia e diabete mellito).

S04.d.1E Disturbi della secrezione interna del pancreas

I codici
E16.0 *Ipoglicemia da farmaci senza coma*
E16.1 *Altra ipoglicemia*
E16.2 *Ipoglicemia non specificata*
E16.8 *Altri disturbi specificati della secrezione endocrina pancreatica*
E16.9 *Disturbo della secrezione endocrina pancreatica non specificato*
non vanno indicati come diagnosi principale nei diabetici.

S04.d.2 Fibrosi cistica

In un paziente con fibrosi cistica va indicato per la 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*

Eccezione: il trattamento di una manifestazione è prioritario (p. es. intervento intestinale – E84.1)

Esempio: *Un paziente con mucoviscidosi ed infezione da* Haemophilus influenzae è ricoverato per il *trattamento di una bronchite.*
DP E84.0 Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari
DS J20.1 Bronchite acuta da Haemophilus influenzae

In caso di degenze ospedaliere che non riguardano 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*".

S05 Malattie psichiche

S05.g Nozioni generali

I codici da F00 a F99 del capitolo V si riferiscono esclusivamente a disturbi psichici e comportamentali. I codici di questo capitolo contengono anche i disturbi dello sviluppo psichico.

S05.g.1 Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19) (droghe, farmaci, alcol, nicotina)

S05.g.1A Indicazioni generali

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

Distinzione fra uso dannoso (F1x.1) e sindrome di dipendenza (F1x.2)

Si può codificare un uso dannoso (= F1x.1), se il consumo di sostanze psicoattive è causa di complicanze somatiche (p. es. infiammazione del setto nasale per inalazione di cocaina), psichiche (p. es. episodi depressivi a seguito di un consumo eccessivo di alcol) o sociali (incapacità di adempiere ai propri obblighi professionali, famigliari ecc.). Questa condizione è p. es. descritta con i termini "dovuto all'uso di alcol" o "associato all'uso di droghe".

Esempio: *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

Si codifica una sindrome di dipendenza (= F1x.2) se sussiste una dipendenza, cioé quando l'insieme dei fenomeni comportamentali, tra cui il desiderio intenso di assumere la sostanza e la perdita della capacità di controllarne l'uso, portano il paziente a un progressivo disinteresse per altre attività. A questo riguardo, secondo le regole OMS (ICD-10, capitolo V: "Disturbi psichici e comportamentali", descrizione clinica e regole per la diagnostica), per porre una diagnosi di sindrome di dipendenza devono essere soddisfatti tre dei cinque criteri seguenti:

- desiderio intenso di assumere la sostanza;
- difficoltà a controllarne l'uso;
- sviluppo di una sindrome somatica da astinenza, nel caso che il paziente limiti o interrompa il consumo;
- accrescimento della tolleranza nei confronti dell'effetto della sostanza;
- crescente trascuranza per altri interessi in favore del consumo della sostanza, aumento del tempo impiegato per procurare la sostanza;
- consumo continuo della sostanza nonostante le conseguenze dannose e anche se il paziente è informato sull'effetto dannoso del prodotto consumato.

Regole sui codici F17.1 "Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco, uso dannoso" e F17.2 "Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco, sindrome di dipendenza"

Dal momento che nella pratica clinica quotidiana l'utilizzo dei termini "uso dannoso" e "sindrome di dipendenza" non è uniforme e rende più difficile determinare quando si debba indicare il codice F17.1 piuttosto che il codice F17.2, per descrivere la dipendenza da nicotina si è deciso di utilizzare il codice F17.1.

S05.d.1 Intossicazione acuta non accidentale

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: *noto etilista ricoverato in stato alcolico avanzato.*
DP F10.0 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, intossicazione acuta
DS F10.2 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, sindrome di dipendenza

S05.d.2 Intossicazione acuta accidentale

Intossicazione accidentale (involontaria) (p.es. T51.0 per alcol), sovradosaggio di farmaci (prescritto o non prescritto) o intossicazione acuta in pazienti non dipendenti non sono codificate con i codici F, ma con un codice del capitolo XIX (T36-T50 „avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologiche attive" o T51-T65 „effetto tossico da sostanze non usate in medicina") (vedi S19).

S05.d.3 Abuso di sostanze non psicoattive

L'abuso di una sostanza non psicoattiva è codificato con F55.- "Abuso di sostanze che non provocano dipendenza". Di queste sostanze fanno parte i farmaci psicoattivi che non causano dipendenza, quali p. es. gli antidepressivi, i lassativi e gli analgesici che possono essere acquistati senza prescrizione medica (p. es. il paracetamolo). Nella ICD-10 GM, si distinguono e si codificano in modo appropriato le diverse sostanze nella categoria F55.-.

S05.d.4 Abuso contemporaneo di diverse sostanze

Se un paziente consuma molte sostanze diverse, si sceglie la diagnosi a seconda della sostanza che è responsabile del quadro clinico. Le altre sostanze sono codificate come diagnosi secondarie, sempreché siano assunte in una quantità sufficiente a causare sintomi o a produrre una dipendenza. I codici della categoria F19 "Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive" vanno impiegati in casi di politossicomania accertata nei quali praticamente è impossibile distinguere fra loro gli effetti delle diverse sostanze.

S05.d.5 Ricovero per trattamento di disassuefazione

Se un paziente è ricoverato in un ospedale somatico acuto per un trattamento di disassuefazione dalla sua malattia da dipendenza, si codifica ORA la malattia da dipendenza come diagnosi principale e la disassuefazione come diagnosi secondaria.

Esempio*: Noto etilista ricoverato per un trattamento di disassuefazione. Durante la degenza si manifesta una sindrome di astinenza che è trattata.*
DP F10.2 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, sindrome di dipendenza
DS Z50.2 Terapia per la disintossicazione dall'alcol
F10.3 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, stato di astinenza

S06 Malattie del sistema nervoso

S06.d Regole di codifica

S06.d.1 Colpo apoplettico

Fintantoché il paziente riceve un trattamento **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, neglect...).

Codice corretto in base alla sede anatomica e all'eziologia del colpo apoplettico
Se non si dispone d'informazioni riguardanti la sede della lesione o l'arteria colpita, va utilizzato, all'occorrenza, il codice I63.9 "Infarto cerebrale non specificato". Se l'informazione è disponibile, si codifica seguendo lo schema riportato nella tabella seguente.

Sede	Circolo di Willis Arteria cerebrali			Arteria precerebrali (a. carotide est./ a. vertebrale)	Seno venoso
Tipo	Stenosi / occlusione			Stenosi / occlusione	Trombosi venosa
	Non specificato	Da embolia	Da trombosi		
Codici	I63.5	I63.4	I63.3	I63.2	I63.6

Esempio: *Un paziente è colpito da infarto cerebrale con emiplegia flaccida e afasia ed è ospedalizzato per un trattamento in regime di ricovero. Alla radiografia si nota un'occlusione dell'arteria cerebrale media.*
DP I63.3 Infarto cerebrale da trombosi di arteria cerebrale
DS G81.0 Emiplegia flaccida
R47.0 Afasia
Si codificano l'infarto cerebrale come diagnosi principale e tutti i disturbi funzionali presenti come diagnosi secondarie, a condizione che soddisfino i requisiti della diagnosi secondaria.

S06.d.1A. Colpo apoplettico pregresso

Qualora il paziente abbia un'anamnesi di colpo apoplettico con deficit neurologici presenti al momento, si codificano i deficit neurologici (p. es. emiplegia, afasia, emianopsia, neglect…) e poi si attribuisce un codice della categoria I69.- "*Sequele di malattia cerebrovascolare*".

Esempio: *Un paziente è stato ricoverato con una polmonite da pneumococco. Il paziente era stato colpito 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 residua che ha reso necessaria un'assistenza intensiva.*
DP J13 Polmonite da Streptococcus pneumoniae
DS G81.1 Emiplegia spastica
I69.4 Sequele di accidente cerebrovascolare, non specificato se da emorragia o da infarto

S06.d.1B Disturbi funzionali

In caso di colpo apoplettico **la disfagia e l'incontinenza urinaria e fecale** sono codificate solo qualora siano soddisfatti determinati criteri.

Disfagia (R13.-): va codificata solo qualora p. es. sia necessaria una sonda gastrica per l'alimentazione enterale o un trattamento della disfagia per più di 7 giorni di calendario dopo l'insorgenza del colpo apoplettico.

Incontinenza: 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 qualora l'incontinenza soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.

S06.d.2 Tetraplegia e paraplegia di origine non traumatica

Per la codifica di una tetraplegia / paraplegia non traumatica, si veda il capitolo S19.1.d.5 "*Lesioni del midollo spinale*".

S06.d.2A Fase iniziale (acuta) della paraplegia / tetraplegia

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 transversa** 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.A seconda della malattia di base viene codificata la dimensione della plegia (G82.- *Paraplegia e tetraplegia,* con quinto carattere "0"acuta completa o "1"acuta incompleta) e l'altezza funzionale della lesione.

Esempio: *Paziente con mielite acuta, con conseguente lesione del midollo spinale all'altezza della colonna vertebrale toracica media con paraplegia incompleta*

DP	*G04.9 Encefalite, mielite ed encefalomielite non precisate*
DS	*G82.21 Paraplegia acuta incompleta NAS*
DS	*G82.64! Altezza funzionale della lesion del midollo spinale Th7 – Th10*

S06.d.2B Fase tardiva (cronica) di una paraplegia / tetraplegia

Si parla di "fase tardiva" di una paraplegia / tetraplegia per es. nel caso in cui un paziente si presenti per l'ulteriore trattamento di una paraplegia / tetraplegia. Il trattamento della malattia acuta (p. es. una mielite) che ha causato le paralisi è al momento concluso.

Oppure: un paziente con paraplegia / tetraplegia è ricoverato per il trattamento di un'altra malattia, come p.es. un'infezione urinaria, una frattura del femore, ecc.

In tali casi si deve indicare un codice della categoria G82.- *Paraplegia e tetraplegia,* con quinto carattere ".2"cronica completa o ".3"cronica incompleta ed inoltre, attribuire i codici diagnostici delle altre malattie del paziente. A seconda della situazione: come DP, se il paziente è ricoverato per ulteriori trattamenti della plegia, o come DS se il paziente è ricoverato attualmente per il trattamento di una frattura al femore o un' infezione urinaria. Per l'altezza funzionale della lesione del midollo spinale si deve indicare in aggiunta il codice appropriato della categoria G82.6-! *Altezza funzionale della lesione del midollo spinale.*

S06.d.3 Trattamenti neurologici complessi

Trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto (89.13.1-)

Con questa categoria si possono codificare i trattamenti eseguiti in unità specialistiche di cure intense (stroke-units). I requisiti che devono essere soddisfatti affinché si possano impiegare questi codici sono elencati dettagliatamente nella categoria 89.13.1-.

Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica (93.89.1-)

Con questa categoria si può codificare la terapia multidisciplinare per la riabilitazione precoce di pazienti neurologici e/o neurochirurgici. I requisiti che devono essere soddisfatti affinché si possano impiegare questi codici sono elencati dettagliatamente nella categoria 93.89.1-.

S07 Malattie dell'occhio e degli annessi oculari

S07.d Regole di codifica

S07.d.1 Cataratta: inserzione secondaria di cristallino intraoculare

Nei casi in cui il cristallino sia stato asportato in un intervento precedente o sia dislocato o sublussato e non sia posizionato correttamente, l'inserzione di un cristallino intraoculare deve essere codificata nel modo seguente:

DP H27.0 Afachia o T85.2 complicanza meccanica per cristallino intraoculare
PP 13.72 Inserzione secondaria di cristallino intraoculare

S07.d.2 Insuccesso o rigetto di un trapianto di cornea

L'insuccesso e 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.:
H44.0 Endoftalmite purulenta
H44.1 Altra endoftalmite

S08 Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide

S08.d Regole di codifica

S08.d.1 Ipoacusia e sordità

Le diagnosi d'ipoacusia e sordità possono essere codificate come **diagnosi principale** con un codice adeguato delle categorie

H90.- *Sordità da difetto di trasmissione e/o neurosensoriale* e

H91.- *Altra perdita uditiva*

nelle situazioni seguenti:

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

S09 Malattie del sistema circolatorio

S09.d Regole di codifica

S09.d.1 Ipertensione e malattie in caso di ipertensione

- Secondo la ICD-10, un'ipertensione arteriosa (I10.-) può essere registrata come benigna o maligna, con crisi ipertensiva o no (l'emergenza ipertensiva è caratterizzata da un aumento acuto della pressione arteriosa sistolica >220 mmHg e/o della pressione arteriosa diastolica >120 mmHg, con o senza danno d'organo target).
- Se la malattia cardiaca o renale è in rapporto causale con l'ipertensione, si deve indicare prima un codice per la cardiopatia (p. es. I50.-/I51.-) o per la nefropatia (p. es. N18.-), seguito da I11.-, I12.- o I13.-.
- Se la cardiopatia e l'ipertensione non mostrano tra loro alcun rapporto causale, esse vanno codificate separatamente.

Esempio: *Un paziente con cardiopatia ipertensiva è ricoverato con uno scompenso ventricolare sinistro NYHA IV.*

DP I50.14 Insufficienza ventricolare sinistra, con disturbi a riposo, stadio IV NYHA

DS I11.0 Cardiopatia ipertensiva con insufficienza cardiaca (congestizia)

S09.d.2 Cardiopatia coronarica

S09.d.2A 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 il codice per l'infarto miocardico.
Tuttavia, se il paziente sviluppa un'angina postinfartuale, si può indicare in aggiunta il codice I20.0 "*Angina pectoris instabile*".

S09.d.2B Sindrome coronarica acuta (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	Laboratorio / ECG
Angina pectoris instabile	I20.0 Angina pectoris instabile	Troponina neg.; ECG neg.
NSTEMI (**N**on-**ST** **E**levation **M**yocardial **I**nfarction)	I21.4 Infarto miocardico acuto subendocardico	Troponina pos.; ECG neg.
Troponinpositives **A**cute **C**oronary **S**yndrome **(ACS)**	I21.4 Infarto miocardico acuto subendocardico	Troponina pos.; ECG non noto
STEMI **ST** **E**levation **M**yocardial **I**nfarction)	I21.0-3 Infarto miocardico acuto transmurale (secondo la sede)	Troponina pos.; ECG pos. (sopraslivellamento ST)
ACS non specificata (**A**cute **C**oronary **S**yndrome)	Cardiopatia ischemica acuta non specificata	Nessuna indicazione

Nota bene: l'angina pectoris stabile (I20.1-9) non fa parte della sindrome coronarica acuta (ACS).

S09.d.2C 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.

S09.d.2D Trasferimento del paziente infartuato per il trattamento nell'ospedale centrale

(Come esempio di trasferimento per diagnostica o terapia prescritta).
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 o in regime di ricovero.

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 di nuovo entro poche ore nell'ospedale primario. (Il trattamento è fatturato all'ospedale primario).*

L'ospedale primario codifica:

DP I21.- Infarto miocardico
PP 00.66 (esterna) Angioplastica coronarica transluminale percutanea [PTCA]*
PS 00.40 (esterno) Intervento su un vaso*
PS 00.45 (esterna) Inserzione di uno stent vascolare*
PS 36.06 (esterna) Inserzione di stent(s) coronarico senza liberazione di sostanze medicamentose*

* La prestazione fornita esternamente viene contrassegnata nella statistica medica in un campo supplementare.

Ospedale centrale: nessuna codifica

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 un caso con 36 ore di assenza:

DP I21.- Infarto miocardico

L'ospedale centrale codifica:

DP I21.- Infarto miocardico
PP 00.66 Angioplastica coronarica transluminale percutanea [PTCA]
PS 00.40 Intervento su un vaso
PS 00.45 Inserzione di uno stent vascolare
PS 36.06 Inserzione di stent(s) coronarico senza liberazione di sostanze medicamentose

S09.d.2E Reinfarto – infarto miocardico recidivante

Se entro 28 giorni dopo il primo infarto cardiaco il paziente manifesta un secondo infarto nella stessa sede, tale infarto va indicato con un codice della categoria I22.- "Infarto miocardico recidivante".

S09.d.2F Stenosi dopo bypass aortocoronarico

Una nuova stenosi non rappresenta una complicanza vera e propria, ma piuttosto una progressione o un persistere dell'arteriosclerosi. Pertanto, in questi casi va scelto come diagnosi principale un codice delle categorie I20-I25 "Cardiopatie ischemiche" corrispondente alla patologia esistente. È necessario tenere conto della nuova differenziazione fra I25.- e I25.15 "Cardiopatia aterosclerotica con stenosi di bypass".

S09.d.2G Stenosi di stent

Un'occlusione di stent può manifestarsi come complicanza dell'impianto di stent (p. es. per proliferazione eccessiva di strati epiteliali nello stent) o in seguito al persistere dell'arteriosclerosi. Come complicanza si manifesta in genere entro i primi tre mesi dopo l'inserzone. È pertanto valida la regola seguente.

Occlusione dello stent entro 3 mesi

DP T82.8 Altre complicanze di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari

CDP Y82.8! Altri e non specificati dispositivi medici associati con incidenti (avversi), dispositivi miscellanei, non classificati altrove

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

Occlusione di stent dopo 3 mesi = persistenza dell'arteriosclerosi

DP I25.16 Cardiopatia aterosclerotica con stent stenotico

S09.d.2H Infarto miocardico pregresso

Un infarto miocardico che si è verificato da più di 28 giorni e fino a 4 mesi va codificato con I25.20.

I25.2- "*Infarto miocardico pregresso*" codifica una **diagnosi anamnestica**, anche se tale diagnosi non è compresa come "codice Z" nel capitolo XXI. Essa va quindi codificata addizionalmente, solo nel caso in cui sia importante per il trattamento attuale.

S09.d.2I Cardiopatia coronarica cronica

Nella ICD-10 GM, la cardiopatia coronarica è suddivisa in base al numero e al tipo di vasi coronarici interessati:

I25.10 Senza stenosi con effetto sull'emodinamica
I25.11 Malattia di un vaso
I25.12 Malattia di due vasi
I25.13 Malattia di tre vasi
I25.14 Stenosi del ramo principale sinistro
I25.15 Con bypass stenotici
I25.16 Con stent stenotici
I25.19 Non specificato

Il codice non specifico I25.9 "cardiopatia ischemica cronica" possibilmente non deve essere usato per la cardiopatia coronaria.

S09.d.3 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 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".
Data la rarità delle malattie reumatiche in Svizzera, per semplificare la codifica abbiamo deciso di indicare le affezioni delle valvole cardiache con causa non specificata mediante i codici delle categorie da I34 a I37 (vedi tabella), anche se in tal modo ci discostiamo dalla classificazione della ICD-10.

Codifica dei disturbi delle valvole cardiache

		Definito come NON reumatico	*Definito come reumatico*	*Non specificato*
Valvola mitralica	*Insufficienza*	I34.0	I05.1	I34.0
	Stenosi	I34.2	I05.0	I34.2
	Stenosi con insufficienza	I34.80	I05.2	I34.80
Valvola aortica	*Insufficienza*	I35.1	I06.1	I35.1
	Stenosi	I35.0	I06.0	I35.0
	Stenosi con insufficienza	I35.2	I06.2	I35.2
Valvola tricuspide	*Insufficienza*	I36.1	I07.1	I36.1
	Stenosi	I36.0	I07.0	I36.0
	Stenosi con insufficienza	I36.2	I07.2	I36.2
Valvola polmonare	*Stenosi*	I37.0	I09.8	I37.0
	Insufficienza	I37.1	I09.8	I37.1
	Stenosi con insufficienza	I37.2	I09.8	I37.2

Affezione di diverse valvole cardiache:
Nel caso siano interessate diverse valvole cardiache, si raccomanda di utilizzare i corrispondenti codici della categoria I08 "Malattie valvolari multiple".

S09.d.4 Pacemaker/defibrillatori

Nota: le affermazioni fatte per i pacemaker valgono analogamente anche per i defibrillatori.

S09.d.4A Pacemaker permanente

Qualora si **rimuova un pacemaker temporaneo e s'impianti un pacemaker permanente**, il pacemaker permanente va codificato come primo impianto e non come sostituzione.

Esempio: *Impianto di un pacemaker DDD e contemporanea rimozione del pacemaker temporaneo.*
PP 37.83.10 Inserzione iniziale di pacemaker a camera doppia con 2 sonde per pacemaker senza stimolazione antitachicarda
PS 37.72 Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi nell'atrio e nel ventricolo

Il **controllo** del pacemaker viene eseguito routinariamente 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 89.45-49 "*Controllo di un pacemaker*".

Cambio di aggregato (= cambio della batteria / del generatore d' impulsi) di un pacemaker / defibrillatore
Va indicato come diagnosi principale il codice Z45.0 "Applicazione e manutenzione di pacemaker cardiaco", insieme agli appropriati codici di procedura.
Come diagnosi secondaria va indicata la malattia che ha reso necessario l'impianto del dispositivo, sempreché tale malattia sia ancora presente.

Esempio: *Un paziente al quale è stato impiantato un pacemaker cardiaco dopo un blocco atrioventricolare di II grado è ospedalizzato perché la batteria del pacemaker è esaurita e l'alloggiamento della batteria deve essere sostituito.*

DP Z45.0 Applicazione e manutenzione di pacemaker cardiaco

DS I44.1 Blocco atrioventricolare di secondo grado

S09.d.4B 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

Per un **paziente con pacemaker / defibrillatore** si deve attribuire il codice Z95.0 "Portatore di pacemaker cardiaco".

S09.d.5 Esami di controllo successivi a trapianto cardiaco

Negli esami di controllo successivi a trapianto cardiaco si deve indicare come diagnosi principale il codice Z09.0 "Visita medica di controllo dopo intervento chirurgico per altre condizioni morbose" e come diagnosi secondaria il codice Z94.1 "Presenza di trapianto cardiaco".

S09.d.6 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.

S09.d.7 Arresto cardiaco

L'arresto cardiaco o l'arresto cardiorespiratorio (I46.- "Arresto cardiaco") vanno codificati solo se sono stati praticati interventi di rianimazione, indipendentemente dal risultato per il paziente. L'arresto cardiaco (I46.- "Arresto cardiaco") **non** va indicato come diagnosi principale, qualora sia nota la causa primaria.
Qualora si pratichi una rianimazione in caso di arresto cardiaco, va indicato in aggiunta anche il codice CHOP 99.60 "Rianimazione cardiopolmonare".

S09.d.8 Arteriopatia ostruttiva periferica

Nella ICD-10 GM, i codici per la AOP sono strutturati diversamente da quanto presente nella versione OMS, come illustrato nella tabella seguente:

Stadio	Clinica	ICD-10 GM	
I	AOP asintomatica AOP non specificata	I73.9	Malattia vascolare periferica non specificata
IIa	Claudicatio intermittens - Distanza di deambulazione >200 metri (stadio IIa)	I70.20	Aterosclerosi delle arterie degli arti, altra e non specificata, distanza di deambulazione pari o superiore a 200 m
IIb	Claudicatio intermittens - Distanza di deambulazione <200 metri (stadio IIb)	I70.21	Aterosclerosi delle arterie degli arti, di tipo bacino-gamba, con dolore ischemico da sforzo, distanza di deambulazione inferiore a 200 m
III	Dolori a riposo	I70.22	Di tipo bacino-gamba, con dolori a riposo
IV	Necrosi, gangrena	I70.23	Di tipo bacino-gamba, con ulcere
		I70.24	Di tipo bacino-gamba, con gangrena

S09.d.9 Arteriopatia ostruttiva acuta

Un arteriopatia ostruttiva acuta va codificata come:
DP I74.- Embolia e trombosi arteriose
DS I70.2- Aterosclerosi delle arterie degli arti

Nota bene: il codice I77.1 "Stenosi di arteria" va impiegato nel caso in cui la stenosi sia causata da un ostacolo esterno (p. es. tumore).

S10 Malattie delle vie respiratorie

S10.d Regole di codifica

S10.d.1 Ventilazione

S10.d.1A Ventilazione meccanica

Nota bene: secondo le nuove regole si registra nel record medico la durata della ventilazione meccanica.

Definizione

La ventilazione meccanica ("respirazione artificiale") è una tecnica in cui i gas sono spinti nel polmone mediante 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. Nei pazienti sottoposti a cure intense, la ventilazione meccanica può avvenire anche attraverso sistemi a maschera, che sostituiscono l'intubazione o la tracheotomia comunemente usate.

Calcolo della durata della ventilazione

Il parametro decisivo è la durata complessiva (ore) della ventilazione meccanica nel reparto di cure intense. La ventilazione invasiva e quella non invasiva (inclusa CPAP) hanno la stessa valenza. Nel calcolo della durata della ventilazione del paziente è considerata anche la durata dello svezzamento (inclusi gli intervalli senza ventilazione durante lo svezzamento).

Il numero di ore può essere calcolato in base al record minimo della SSMI (www.sgi-ssmi.ch), considerando il numero di turni di cura con ventilazione registrati (= almeno 2 ore di ventilazione per turno, con 3 turni al giorno; almeno 3 ore con 2 turni al giorno) e la durata dei turni.

Codifica

Se una ventilazione meccanica soddisfa la definizione riportata sopra, si deve registrare:
1) la **durata** della ventilazione meccanica

- Mediante un numero nell'apposito campo dati e
- Come codice della categoria 96.7- ventilazione meccanica continua- <96 ore, >96 ore"

2) il tipo di ventilazione con i codici seguenti

P *96.04 Inserzione di tubo endotracheale (eccetto che nell'intubazione durante l'intervento chirurgico)*
93.90 Respirazione a pressione positiva continua [CPAP]

e/o

P *31.1 Tracheostomia temporanea o*
31.29 Tracheostomia permanente

Il **metodo di svezzamento** dalla respirazione artificiale non va codificato.

S10.d.1B Respirazione a pressione positiva continua (CPAP) senza degenza in reparto di cure intense

93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)

- Va codificata sempre per i neonati ed i lattanti.
- Va codificata negli adulti e nei bambini in caso di disturbi quali l'apnea del sonno e il trattamento con CPAP, tuttavia senza indicazione della durata della ventilazione.

S10.d.2 Polmoniti

Le polmoniti possono avere cause molto diverse, che possono essere descritte in modo appropriato con la codifica.

La codifica secondo la ICD-10 GM va eseguita nel modo seguente:

a) Polmoniti con agente eziologico identificato:
codice specifico delle categorie J10-16 "Influenza e polmonite";
più B95!-B97! "Batteri, virus ed altri agenti infettivi", qualora l'agente patogeno non sia specificato nel codice "J".

b) Polmoniti con agente eziologico non identificato:
J18 "Polmonite da microrganismo non specificato", con suddivisione a seconda della morfologia.

c) Polmonite da inspirazione di sostanze chimiche: J68.-

d) Polmonite da aspirazione: J69.-

e) Polmoniti interstiziali acute o croniche: J84.-
p. es. BOOP (Bronchiolitis Obliterans and Organizing Pneumonia).

S10.d.3 COPD (pneumopatia ostruttiva cronica)

Grado di gravità della COPD

Nella ICD-10 GM si indica mediante il quinto carattere del codice J44.- il grado dell'ostruzione in base al valore di FEV1.

Scelta della DP: codifica correta per diverse malattie con COPD

1.	COPD e/con **infezione acuta delle basse vie respiratorie** (polmonite non evidente)	J44.0- Pneumopatia ostruttiva cronica con infezione acuta delle basse vie respiratorie
2.	COPD e/con **asma**	Solo J44.8- (compreso asma)
3.	COPD e/con **polmonite**	
	DP:	Polmonite (J10.- - J18.-
	DS:	J44.0-
4.	COPD e **Insufficienza respiratoria acuta**	
	DP:	J96.0
	DS:	J44.1-
5.	COPD e **Insufficienza respiratoria cronica**	
	DP:	J96.1
	DS:	J44.1-
6.	Paziente ricoverato per un'altra patologia (p. es. frattura del femore) che però soffre in più di una COPD	
	DP:	Altra patologia (p. es. S72.-)
	DS:	J44.8-
7.	Paziente ricoverato per un'altra patologia (p. es. frattura del femore) e sofferente di una COPD con insufficienza respiratoria cronica che viene sottoposta a terapia specifica	
	DP:	Altra patologia (p. es. S72.-)
	DS:	J44.8-
	DS:	J96.1
8.	COPD con **sovrainfezione**	J44.0-

S11 Malattie dell'apparato digerente

S11.d Regole di codifica

S11.d.1 Appendicite

Per l'attribuzione di un codice delle categorie
K35.- Appendicite acuta
K36 Altre forme di appendicite
K37 Appendicite non specificata
è sufficiente la diagnosi **clinica** di appendicite. Non è assolutamente necessario che questa diagnosi sia confermata da un risultato istopatologico.

S11.d.2 Aderenze

La lisi di aderenze addominali può essere una "procedura principale" laboriosa o una procedura concomitante ("procedura secondaria") praticata nell'ambito di un'altra procedura. Anche se le aderenze sono eliminate durante un altro intervento chirurgico addominale, in alcuni casi la procedura può causare un elevato impiego di risorse. In tal caso va indicato un codice diagnostico per l'aderenza (p. es. K66.0 Aderenze peritoneali) e un codice di procedura della categoria 54.5- "Altra lisi di aderenze peritoneali".

S11.d.3 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 : *ulcera gastrica acuta con emorragia*
DP K25.0 Ulcera gastrica acuta con emorragia

Esempio : *esofagite da reflusso con emorragia*
DP K21.0 Malattia da reflusso gastroesofageo con esofagite e
DS K22.8 Altre malattie specificate dell'esofago [emorragia esofagea non specificata]

Si può presumere che l'emorragia sia possibilmente associata alla lesione indicata nel referto endoscopico, anche se l'emorragia non si manifesta né durante l'esame, né durante la degenza.

Non tutte le categorie disponibili per la codifica delle lesioni gastrointestinali hanno un codice con la modifica "con emorragia". In tali casi per l'emorragia va indicato un codice aggiuntivo della categoria K92.- "*Altre malattie dell'apparato digerente*".

S11.d.4 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.

S15 Assistenza al parto Ostetricia

S15.g Nozioni generali

I codici diagnostici che riguardano l'assistenza al parto si trovano nel capitolo XV "Gravidanza, parto e puerperio" (codici O00-O99) della lista sistematica della ICD-10 GM. Questo capitolo serve solo alla codifica del ricovero della madre.

Nell'introduzione al capitolo XV sono indicate diverse esclusioni. Per la codifica si deve tenere conto che le malattie da HIV (B20-B24) non sono comprese nelle esclusioni (decisione del gruppo di esperti) e quindi possono essere indicate con i codici O00-O99. Oltre a ciò, nel capitolo XXI si trovano codici importanti per l'assistenza al parto nelle categorie Z30-39 "Persone che ricorrono ai servizi sanitari per motivi connessi con la riproduzione".

I codici di procedura per l'assistenza al parto sono contenuti principalmente nel capitolo 13 "Interventi ostetrici" della CHOP (categorie da 72 a 75).

S15.g.1 Definizioni

Parto
Espulsione di un feto dopo la 22ª settimana di gravidanza (più di 154 giorni) o con un peso pari o superiore a 500g.

Parto a termine (nato a termine)
Durata della gestazione da 37 a 42 settimane compiute (da 259 a 293 giorni).

Parto post-termine (nato dopo il termine)
Durata della gestazione pari o superiore a 42 settimane compiute (294 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 dopo una gestazione di almeno 22 settimane compiute o con un peso alla nascita pari o superiore a 500 g (qui il peso è decisivo).

Aborto
Per aborto s' intende la terminazione precoce della gravidanza per espulsione spontanea o artificialmente indotta di un feto prima della 22ª settimana di gravidanza completa o con un peso alla nascita pari o inferiore a 500 g (qui il peso è decisivo).

Missed abortion
Il termine inglese "missed abortion" descrive la ritenzione di un feto morto.

Periodo del secondamento
Periodo della nascita del bambino all'espulsione della placenta [Pschyrembel].

Periodo postplacentare
Periodo di 2 ore successivo all'espulsione della placenta [Pschyrembel].

Puerperio
Periodo di tempo dopo il parto alla regressione dei cambiamenti intervenuti nella madre durante la gravidanza e il parto; durata da 6 a 8 settimane (puerperio iniziale: i primi sette giorni dopo il parto) [Pschyrembel].

S15.d Regole di codifica

S15.d.1 Regole generali

S15.d.1A Scelta della diagnosi principale

La diagnosi principale dell'ospedalizzazione nel reparto di ostetricia è sempre un codice del capitolo XV (O00-O99) però vanno presi in considerazione l'esclusioni.
Qualora si manifestino diverse malattie, come diagnosi principale va indicata quella che:

- ha comportato il maggior dispendio di risorse mediche;
- è la più grave per la madre e per il bambino.

È abrogata l'eccezione della versione 2 del manuale, secondo cui alcune diagnosi NON potevano figurare come diagnosi principali.

S15.d.1B Indicazioni per la codifica delle diagnosi secondarie

O09.-! Durata della gestazione: per ogni ospedalizzazione nel corso della gravidanza si deve **sempre** registrare un codice della categoria O09.-! "Durata della gestazione". Per questa indicazione va considerata la durata della gestazione all'inizio del ricovero.

Z37.-! Esito del parto: per il parto va **sempre** indicato come diagnosi secondaria un codice della categoria Z37.-! "Esito del parto" nel record della madre. (Occorre tenere presente che la categoria Z38.- va utilizzata solo per il neonato).

Z34 Controllo di gravidanza normale: questo codice è indicato come diagnosi secondaria, qualora la paziente sia ricoverata per una malattia che non complichi la gravidanza, né sia complicata dalla gravidanza, **a condizione che la paziente NON sia ricoverata nel reparto di ostetricia.**

Z35.- Controllo di gravidanza a rischio: Questo codice va indicato come DS se risulta vero.

Z22.3 Portatore di altre infezioni batteriche: il codice è registrato come diagnosi secondaria per le portatrici di Streptococcus.

S15.d.2 Terminazione precocce della gravidanza di < 22 settimane (O00-O08)

S15.d.2A O02.- a O06 Aborto

I codici **delle categorie da O02.- a O06.-** vanno impiegati solo qualora la gravidanza duri meno di 22 settimane ed esiti con un aborto spontaneo o terapeutico.
Come diagnosi principale va considerato l'aborto e come diagnosi secondaria la sua causa.

Esempi:
1. *Terminazione della gravidanza per sindrome di Pätau (trisomia 13) dopo 12 settimane di gestazione:*

DP	*O04.9 Aborto per ragioni mediche e legali, completo o non specificato, senza complicanza*
DS	*O35.1 Assistenza prestata alla madre per (sospetto di) anomalia cromosomica fetale*
	O09.1! Durata della gestazione di 5-13 settimane

2. *Interruzione di gravidanza nell'ambito di una gravidanza indesiderata:*

DP O04.9 Aborto per ragioni mediche e legali, completo o non specificato, senza complicanza

DS Z64.0 Problemi correlati ad una gravidanza indesiderata

DS O09.-! Durata della gestazione …settimane

3. *Interruzione medica della gravidanza per assunzione orale di mifepristone in combinazione con un analogo delle prostaglandine (misoprostolo), fino a una durata dell'amenorrea di 49 giorni (7ª settimana di gravidanza):*

DP Z30.3 Estrazione mestruale

DS Z64.0 Problemi correlati ad una gravidanza indesiderata

DS O09.-! Durata della gestazione …settimane

S15.d.2.B O08.- Complicanze successive ad aborto e a gravidanza ectopica o molare

Diagnosi principale

Un codice della categoria O08.- "Complicanze successive ad aborto, gravidanza extrauterina e gravidanza molare" è attribuito come diagnosi principale solo se la paziente sia ricoverata per una complicanza tardiva a seguito di un aborto non trattato durante l'ospedalizzazione attuale (cioé precedentemente trattato).
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.

Esempio: *Una paziente è ospedalizzata per il trattamento di una setticemia successiva ad un aborto eseguito alcuni giorni prima.*

DP O08.0 Infezione dell'apparato genitale e di organi pelvici dopo aborto o gravidanza ectopica o molare

DS Un codice specifico per la sepsi (p. es. A40.-, A41.-)
Ragione: O08.0 non distingue tra sepsi e infezione locale come p. es. salpingite

Diagnosi secondaria

Come diagnosi secondaria va attribuito un codice della categoria O08.- "Complicanze successive ad aborto e a gravidanza ectopica o molare", per indicare complicanze che sono correlate a un aborto o a una gravidanza molare durante la attuale ospedalizzazione.

Esempio: *Una paziente è ospedalizzata per un aborto e durante la degenza manifesta un'emorragia grave.*

DP O03.6 Aborto spontaneo, completo o non specificato, complicato da emorragia tardiva o eccessiva

DS O08.1 Emorragia, prolungata o eccessiva, successiva ad aborto od a gravidanza ectopica o molare
O09.-! Durata della gestazione

S15.d.3 Interruzione precoce della gravidanza di > 22 settimane

Se la gravidanza termina precocemente con un **feto morto** (durata della gestazione ≥ 22 settimane di gravidanza; peso del feto di almeno 500 g, nessun segno vitale), va indicato come diagnosi principale il motivo dell'interruzione della gravidanza.

Esempio: *Sospetto di malformazione del sistema nervoso centrale nel feto.*

DP O35.0 Assistenza prestata alla madre per (sospetto di) malformazione fetale a carico del sistema nervoso centrale

DS O60.1 Doglie precoci con parto precoce oppure O60.3 Parto precoce senza doglie
O80 Parto singolo spontaneo
O09.-! Durata della gestazione
Z37.1! Parto singolo, nato morto (o l'analogo codice in caso di parto plurigemellare)

Se l'interruzione precoce della gravidanza esita nel parto di un **nato vivo**, si deve procedere allo stesso modo, con la differenza del codice Z37.0! "Parto singolo, nato vivo" (o l'analogo codice in caso di parto plurigemellare).

Morte intrauterina del feto
Se la paziente è trattata per una morte intrauterina del feto dopo la 22ª settimana di gravidanza, si deve indicare il codice O36.4 "Assistenza prestata alla madre per morte intrauterina del feto".

S15.d.4 Malattie durante la gravidanza

Il capitolo XV contiene due settori per la codifica di malattie correlate alla gravidanza:
O20-O29 "Altri disturbi materni correlati prevalentemente alla gravidanza"
e
O94-O99 "Altre condizioni morbose ostetriche non classificate altrove"

Da notare specialmente dai codici O98-O99 (malattie, che possono essere classificate altrove, che però complicano la gravidanza): Questi codici vengono indicati come **DP** e i codici corrispondenti dei altri capitoli vengono indicati come DS, se la paziente è ricoverata nell'ambito di una terapia ostetricia. Se la malattia che complica la gravidanza è una DS questa malattia è soltanto da indicare con il codice dei capitoli sugli organi specifico, senza O98-O99.

Esempio 1: *Una paziente è ricoverata nella 30ª settimana di gravidanza per il trattamento di una sindrome del tunnel carpale che è peggiorata a causa della gravidanza.*
DP O26.82 Sindrome del tunnel carpale durante la gravidanza
DS O09.4! Durata della gestazione da 26 a 33 settimane compiute

Esempio 2: *Una paziente è ricoverata per un'anemia grave da deficit di ferro correlata alla gravidanza.*
DP O99.0 Anemia complicante la gravidanza, il parto ed il puerperio
DS D50.8 Altre anemie da deficit di ferro
O09.- !Durata della gestazione

Esempio 3: *Una paziente in gravidanza entra in ospedale per commozione cerebrale successiva a una caduta sul marciapiede innevato ed è sottoposta unicamente ad una sorveglianza neurologica.*
DP S06.0 Commozione cerebrale
CDP X59.9! Esposizione a fattore non specificato, luogo non specificato
DS Z34 Controllo di gravidanza normale
O09.-! Durata della gestazione

Riassumendo:

Gravidanza	La malattia che complica la gravidanza o che peggiora a causa della gravidanza rappresenta il motivo del ricovero e/o del trattamento	O98-O99 come DP
	La malattia che complica la gravidanza o che peggiora a causa della gravidanza **non rappresenta** il motivo del ricovero e/o del trattamento	Indicare il codice preciso come DS **senza** il corrispondente codice O98-O99
	È diagnosticata una malattia indipendente dalla gravidanza e questa rappresenta il motivo del ricovero e/o del trattamento	Malattia come DP e il fatto che la paziente sia gravida con Z34.- come DS
	La malattia non esercita alcun influsso	Nessuna indicazione
Parto	La malattia rappresenta il motivo di un taglio cesareo (o di qualsiasi tipo di parto diverso da quello spontaneo)	O98-O99 come DP
	La malattia influenza la degenza in ospedale ma non il tipo di parto	Malattia come DS
	La malattia non esercita alcun influsso	Nessuna indicazione

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, esaurimento e stanchezza*".

S15.d.5 Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino

S15.d.5A Sindrome di HELLP

La sindrome di HELLP ha un'eziologia poco chiara. È caratterizzata da emolisi (**H**), disfunzione epatica con aumento dei valori delle transaminasi (**E**levated **L**iver function test) e trombocitopenia (**L**ow **P**latet counts), e rappresenta una variante della pre-eclampsia grave e potenzialmente letale. Questa sindrome è codificata con O14.1 "Pre-eclampsia grave".

S15.d.5B 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 distocico** per presentazione podalica, va codificato
O64.1 *Distocia da presentazione podalica* come diagnosi principale, mentre
in un parto spontaneo **non distocico**
O32.1 *Assistenza prestata alla madre per presentazione podalica del feto.*

S15.d.5C Motilità fetale ridotta

In caso di ricoveri con la diagnosi "motilità fetale ridotta" va scelto il codice O36.8 "Assistenza prestata alla madre per altri problemi fetali specificati", qualora non sia nota la causa primaria.
Qualora si conosca la causa primaria per la ridotta motilità fetale, va codificata questa causa. In questo caso il codice O36.8 non va indicato.

S15.d.5D Insufficiente crescita fetale

Il codice O36.5 "Assistenza prestata alla madre per insufficiente crescita fetale" va indicato in caso di insufficiente crescita fetale supposta o accertata. In questo caso il feto può essere troppo piccolo (small-for-date) e/o troppo leggero (light-for-date).

S15.d.5E Cicatrice uterina

Il codice O34.2 "Assistenza prestata alla madre per cicatrice uterina da pregresso intervento chirurgico" va impiegato nei casi seguenti:

- Se la paziente è ricoverata per un taglio cesareo elettivo a causa di un precedente taglio cesareo.
- Se il tentativo di un parto vaginale non riesce per la presenza di una cicatrice uterina (p. es. dovuta a taglio cesareo o ad un altro intervento chirurgico) e si deve ricorrere ad un parto cesareo.
- Se una cicatrice uterina esistente richiede un trattamento, ma il parto non ha luogo durante questa degenza ospedaliera, p. es. in caso di un'assistenza preparto per dolori uterini dovuti ad una cicatrice esistente.

S15.d.5F Isoimmunizzazione (O36.-)

In una prima gravidanza, la sola constatazione che la madre e il bambino presentino fattori Rhesus diversi non presuppone fondamentalmente l'indicazione del codice O36.0, anche se è stata effettuata un'iniezione di anticorpi anti-D al parto.
Il codice O36.0 (e O36.1 per l'incompatibilità AB0) va indicato solo qualora la madre debba essere assistita per questo motivo (sorveglianza, rilevazione e misurazione di anticorpi, idramnios [ecografia], eventualmente amniocentesi, ecc.). Tuttavia, l'iniezione di anticorpi anti-D va indicata sempre con il codice 99.11 "Iniezione d'immunoglobuline anti-Rh".

S15.d.6 Regole speciali per il parto

S15.d.6A O80-O82 Parto

Le categorie da O80 a O82 non vanno indicate sistematicamente come diagnosi principale. La categoria O80 "Parto singolo spontaneo" va indicata come diagnosi principale solo qualora la gravidanza e il parto abbiano avuto un decorso senza problemi. 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. **O80 - O82 va codificato come diagnosi secondaria, qualora sia indicato un altro codice come diagnosi principale.**

ICD-10 GM non differenzia tra taglio cesareo programmato e non programmato.
I tagli cesarei elettivi vanno indicati come DP con il codice O82 "Parto singolo con taglio cesareo".

S15.d.6B Codifica del trattamento

S15.d.6B1 Induzione del travaglio di parto

Le induzioni del travaglio di parto artificiali e chirurgiche vanno codificate con 73.0- "Rottura artificiale delle membrane" e 73.1 "Altra induzione chirurgica del travaglio".
Le induzioni medicamentose del travaglio vanno codificate con 73.4 "Induzione medica del travaglio".
Gli interventi a sostegno del travaglio NON sono codificati.

S15.d.6B2 Parto spontaneo

Le uniche procedure ostetriche che possono essere indicate con gravidanza e parto senza problemi in associazione al codice di DP O80 "Parto singolo spontaneo" sono:

03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia (anestesia peridurale per motivi di comfort)
73.0 Rottura artificiale delle membrane [amniotomia]
73.6 Episiotomia
73.59 Altra assistenza manuale al parto

S15.d.6B3 Parto con forcipe

Un parto con forcipe è registrato in base alla posizione della testa rispetto alla spina ischiatica. Oggigiorno il forcipe alto e medio praticamente non sono più usati.

Con il termine "Parto con forcipe basso profondo" (72.1-) è definita l'estrazione con l'ausilio di un forcipe a un livello da +2 a + 3 cm al di sotto della spina ischiatica, ma ancora al di sopra del pavimento pelvico: 72.11 "Parto con forcipe basso profondo con episiotomia", 72.19 "Altro parto con forcipe basso profondo" (è da intendersi senza episiotomia).

Con il termine "Parto con forcipe basso" (72.0-) s'intende l' estrazione con forcipe dal pavimento pelvico, quando la testa è visibile nella vulva [ACOG 1994]: 72.01 "Parto con forcipe basso con episiotomia", 72.09 "Altro parto con forcipe basso" (è da intendersi senza episiotomia).

S15.d.6B4 Interventi di taglio cesareo

Oggigiorno si effettuano abitualmente tagli cesarei istmici profondi che, nonostante l'infelice scelta terminologica, vanno codificati con 74.1 "Taglio cesareo cervicale basso".
Raramente sono effettuati tagli cesarei del corpo (quasi esclusivamente in ospedali universitari e in cliniche ostetriche centrali), in particolare in caso di parti prematuri o placenta previa. Questi vanno codificati con 74.0 "Taglio cesareo tradizionale".

Esempio: *taglio cesareo elettivo.*

DP *O82 Parto singolo con taglio cesareo*
DS *Z37.0! Parto singolo, nato vivo*
O09.-! Durata della gestazione
P *74.1 Taglio cesareo cervicale basso*

Esempio: *una paziente è ricoverata per un taglio cesareo per presentazione podalica del feto.*

DP *O32.1 "Assistenza prestata alla madre per presentazione podalica del feto"*
DS *O82 Parto singolo con taglio cesareo*
Z37.0! Parto singolo, nato vivo
O09.-! Durata della gestazione
P *74.1 Taglio cesareo cervicale basso*

S15.d.6C Parto plurigemellare

In caso di parti plurigemellari spontanei va indicato come diagnosi principale un codice della categoria O30.- "Gravidanza multipla". In tutti gli altri casi vanno prima indicate le affezioni o le complicanze e poi il codice O30.- come diagnosi secondaria.
Qualora un gemello sia partorito per via vaginale e il secondo mediante taglio cesareo, per la codifica va usato il codice 73.59 per il parto per vie naturali e 74.1 per il taglio cesareo.

Riassunto

Parto senza complicanze	**Parto con complicanze**
Diagnosi principale	
Codice delle categorie O80 - O82 o O30.-	Indicare il problema clinico principale
Diagnosi secondarie	
Esito del parto (Z37.-!) Durata della gestazione (O09.-!)	I problemi o le malattie concomitanti Esito del parto (Z37.-!) Codice delle categorie da O80 a O82 o O30.- Durata della gestazione (O09.-!)
Attenzione! Z37.-! deve sempre essere codificato!	
Trattamenti	
73.59 Altra assistenza manuale al parto	Codice del capitolo 13
Attenzione! Nessun codice P e Z38.- nel record della madre	

S15.d.6D 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.
NON va attribuito un codice della categoria Z37.-!.

S15.d.7 Durata della gestazione e complicanze durante il travaglio e il parto

S15.d.7A Parto pretermine, doglie precoci e contrazioni insufficienti

I codici

O47.- *contrazioni uterine insufficienti*
include le doglie non agenti sulla porzio

O60.- *contrazioni uterine precoci con / senza / parto / pre / a termine*
Include il minaccioso parto prematuro a causa delle doglie agenti sulla porzio con/senza nato pretermine

Se si conosce il motivo del parto pretermine o delle "contrazioni uterine precoci o insufficienti", questo motivo va indicato come diagnosi principale, seguito dal codice per "parto pretermine / contrazioni uterine precoci o insufficienti" come diagnosi secondaria. Nel caso in cui il motivo sia sconosciuto, va indicato come diagnosi principale il codice per "parto pre-termine / contrazioni uterine precoci o insufficienti". Inoltre, come diagnosi secondaria si attribuisce un codice della categoria O09.-! "Durata della gestazione".

S15.d.7B Durata prolungata della gravidanza e gravidanza protratta

O48 *Gravidanza prolungata*
Va codificato nel caso in cui il parto abbia luogo dopo la 42ª settimana di gestazione compiuta (a partire da 294 giorni) o il bambino mostri segni evidenti dovuti al protrarsi della gestazione.

Esempio 1: *Una paziente partorisce un bambino nella 43ª settimana di gestazione.*
DP *O48 Gravidanza prolungata*
DS *Z37.0! Parto singolo, nato vivo*
O80 Parto singolo spontaneo
O09.7! Durata della gestazione superiore a 41 settimane compiute

Esempio 2: *Una paziente partorisce un bambino nella 40ª settimana di gestazione. Il bambino mostra segni evidenti dovuti al protrarsi della gestazione.*
DP *O48 Gravidanza prolungata*
DS *Z37.0! Parto singolo, nato vivo*
O80 Parto singolo spontaneo
O09.6! Durata della gestazione da 37 a 41 settimane compiute

S15.d.7C O42.- Rottura prematura delle membrane

Una rottura "prematura" delle membrane è qualificata se avviene più di 12 ore prima dell' inizio delle doglie.

I codici della categoria O42.- sono solo da utilizzare in situazioni in cui un trattamento viene effetuato (p.es un' antibiosi o induzione del parto) a causa di una rottura prematura delle membrane.

S15.d.7D Travaglio di parto prolungato

Un travaglio di parto è considerato prolungato se:

- il periodo dilatativo dura più di 12 ore; quindi va attribuito il codice O63.0 "Prolungamento del primo stadio [periodo dilatativo] (del travaglio di parto)";

- il periodo espulsivo dura più di 1 ora; quindi va attribuito il codice O63.1 "Prolungamento del secondo stadio [periodo espulsivo] (del travaglio) di parto".

Se il periodo espulsivo con utilizzazione di analgesia epidurale (peridurale) dura più di 2 ore, va indicato in aggiunta il codice O74.6 "Altre complicanze di anestesia spinale ed epidurale durante il travaglio e il parto".

Nota: Se si tratta di un parto protratto successivo a rottura spontanea o artificiale delle membrane, va utilizzato il codice O75.5 "Parto ritardato dopo rottura artificiale delle membrane" o il codice O75.6 "Parto ritardato dopo rottura spontanea o non specificata delle membrane". In questo caso si deve tenere in considerazione un intervallo di tempo di 24 ore tra la rottura del sacco amniotico e il parto.

S15.d.7E Induzione del travaglio di parto

In caso di fallimento dell'induzione, va indicato un codice della categoria O61.- "Tentativo fallito d'induzione del travaglio di parto".

S15.d.7F Traumi durante il parto

I traumatismi durante il parto, sia quelli dovuti all'azione di strumenti sia quelli causati da effetti esterni ("spontanei"), sono codificati con i codici delle categorie O70.- "Lacerazione perineale durante il parto" e O71.- "Altri traumatismi ostetrici". I traumatismi nell'ambito di un taglio cesareo sono indicati con i codici delle categorie T80-T88 "Complicanze di cure chirurgiche e mediche non classificate altrove", seguiti dalla causa esterna (del capitolo XX).

S15.d.7G Atonia uterina ed emorragie

Un'atonia uterina:

- durante il parto va indicata con i codici della categoria O62.- "Anomalie delle forze propulsive del travaglio di parto";
- dopo il parto è indicata con i codici della categoria O72.- "Emorragia postparto".

Per emorragia postparto (da O72.0 a O72.2) si intende una perdita di sangue dal tratto genitale superiore a 500 ml dopo un parto spontaneo e superiore a 1000 ml dopo taglio cesareo.

Attenzione! In alcune pazienti già una minima perdita di sangue può richiedere interventi terapeutici, mentre in altre pazienti la perdita d' ingenti quantità di sangue rimane senza conseguenze. Per questo motivo, si devono sempre considerare le indicazioni dell'ostetrica e le due definizioni seguenti:

- riduzione dell'ematocrito o dell'emoglobina superiore al 10%;
- ogni emorragia che causa sintomi emodinamici o rende necessaria una trasfusione.

S16 Neonatologia

S16.g Nozioni generali

La neonatologia è una sottodisciplina della pediatria. Il suo scopo è la cura e il trattamento dei neonati, soprattutto di quelli malati e prematuri. Si tratta di una disciplina della medicina ospedaliera che è praticata in genere in reparti di cure intense neonatologiche. La maggior parte dei pazienti di neonatologia sono neonati malati o che richiedono interventi medici particolari a causa di un parto pretermine, un basso peso alla nascita, una crescita fetale insufficiente, una malformazione congenita (difetto alla nascita), setticemia o asfissia al parto.

S16.g.1 Definizioni

S16.g.1A Nato a termine, periodo perinatale e neonatale

- La durata della gestazione è calcolata in settimane, a partire dal primo giorno dell'ultima mestruazione (settimane di amenorrea). I neonati a termine sono partoriti tra la 37ª settimana e la 42ª settimana di gestazione compiuta (da 259 a 293 giorni).
- 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.

S16.g.1B Nati pretermine

Secondo la definizione della OMS un bambino è considerato pretermine quando la durata della gestazione è inferiore a 37 settimane compiute (259 giorni).

S16.g.1C Morte fetale [feto nato morto]

I criteri per un feto nato morto sono soddisfatti nel caso in cui il neonato abbia un'età gestazionale di almeno 22 settimane compiute o un peso > 500 g e non mostri segni vitali (qui il peso è decisivo).

S16.d Regole di codifica

S16.d.1 Scelta della diagnosi principale e diagnosi secondaria

S16.d.1A Nato a termine, periodo perinatale e neonatale

Per un neonato sano, come diagnosi principale va indicato un codice della categoria Z38.- "Nati vivi secondo il luogo di nascita".

Qualora il neonato mostri una o più patologie, va codificata come diagnosi principale l'affezione più grave e come diagnosi secondarie le eventuali malattie concomitanti. In questo caso è superflua l'indicazione di un codice della categoria Z38.-, poiché il parto compare già nel campo che descrive il tipo di ammissione (variabile 1.2.V03).

I codici speciali per la morbosità del neonato si trovano per la maggior parte nel capitolo XVI "Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale" (P00-P96); inoltre, vanno considerati anche i codici S00-T78, E00-E90, Q00-Q99, A33 e C00-D48.

La maggior parte dei codici "P" non serve solo a codificare affezioni che si manifestano durante il periodo perinatale, bensì anche malattie la cui origine è da identificare chiaramente in questo periodo, ma che si manifestano successivamente.

Esempio: *Neonato con candidiasi orale (micosi della mucosa orale) che è trattato con gel contenente miconazolo.*
DP P37.5 Candidiasi nel neonato

Tuttavia, alcuni codici "P" sono consentiti solo per neonati fino al 28° giorno di vita. Essi valgono esclusivamente per il periodo neonatale: dal 1° al 28° giorno di vita (vedi la lista nell'allegato S16).

Qualora in un neonato di età inferiore a 28 giorni, ma superiore a 7 giorni non si possa classificare una patologia con uno dei codici sopra indicati, si può impiegare un codice di un altro capitolo che descrive con precisione tale malattia. Ciò significa che solo se nella documentazione non è precisata la patologia, allora si utilizzano i codici P28.8, P28.9, P29.8 e P29.9.

Esempio: *La cardiomiopatia congenita in un neonato di 8 giorni va codificata con I42.4 al posto di P29.8 "Altri disturbi cardiovascolari che hanno origine nel periodo perinatale".*
Pertanto, il codice I42.4 va utilizzato per un neonato e lattante che ha superato il periodo perinatale, vale a dire che ha un'età superiore a 7 giorni.
NB: P29.8 sarebbe il codice per un bambino che ha un'età inferiore a 7 giorni.

S16.d.1B Nati pretermine

La circostanza che si tratti di un parto pretermine va indicata con un codice della categoria P07.- "Disturbi correlati a gestazione breve ed a basso peso alla nascita, non classificati altrove".

Questa categoria consiste di quattro codici, due dei quali (P07.0 e P07.1) si riferiscono al peso e gli altri due (P07.2 e P07.3) alla durata della gestazione. I codici P07.0 e P07.1 (che si riferiscono al peso) sono da utilizzare di preferenza prima dei codici relativi alla durata di gestazione. I codici P07.0 e P07.1 sono indicati come diagnosi principale, nel caso che i neonati non presentino alcun'altra patologia.

Esempio: *Neonato pretermine nella 36ª settimana di gestazione con un peso alla nascita di 2'430 g, ma senza alcuna patologia.*
DP P07.12 Basso peso alla nascita, da 1500 a 2500 grammi
DS P07.3 Altri neonati pretermine

Un neonato nato nella 36ª settimana con un peso corporeo di 2560 g va codificato esclusivamente con il codice P07.3 "Altri neonati pretermine". Nei casi in cui esistono diverse patologie, va indicata la più grave come diagnosi principale e i codici per il parto pretermine come diagnosi secondaria.

Esempio: *Neonato pretermine nato nella 29ª settimana di gestazione con un peso alla nascita di 2030 g e con immaturità polmonare.*
DP P28.0 Atelettasia primaria del neonato
DS P07.12 Basso peso alla nascita, da 1500 a 2500 grammi
P07.3 Altri neonati pretermine

S16.d.1C Associazione tra la codifica della madre e la codifica per il bambino

Le condizioni morbose della madre non hanno alcun influsso sui codici del neonato. Per questo motivo non esiste alcuna correlazione tra i codici della madre e quelli del bambino. Tuttavia, se le malattie della madre hanno conseguenze per la **salute** del bambino, esse vanno indicate nel record del bambino con i codici da P00.- a P04.-.

Esempio: *Un infarto placentare porta a un ritardo di crescita in un neonato.*
DP P05.2 Malnutrizione fetale senza menzione di "peso basso" o neonato "piccolo" per l'età gestazionale [light or small for gestational age]
DS P02.2 Feto e neonato affetti da altre e non specificate anomalie morfologiche e funzionali della placenta

Nota: nel record della madre va indicato come diagnosi principale il codice O43.8 "Altri disturbi placentari".

I codici da P00.- a P04.- "Feto e neonato affetti da fattori materni e da complicanze della gravidanza, del travaglio e del parto" sono relativamente imprecisi e non consentono un'indicazione esatta del tipo di affezione.

Per poter mettere a disposizione della statistica medica informazioni il più possibile esatte, si dovrebbero indicare codici il più possibile precisi. Per questo motivo va indicata come diagnosi principale la malattia più importante, mentre il fatto che si tratti di una condizione morbosa per fattori materni va classificato tra le diagnosi secondarie.

Questo modo di procedere è però in alcuni casi impossibile. Come esempio si riporta il caso di un neonato sano con una madre HIV-positiva, che non mostra sintomi ma che è sottoposto a un prelievo di sangue e a un trattamento con virustatici. Lo stesso vale per neonati di madri in cui sono dimostrati streptococchi, ma solo qualora sia effettuato un trattamento al neonato. In questi casi si attribuisce il codice P00.2 o P00.8 come DP e senza Z38.- a seconda del tipo di infezione (infezione da HIV o infezione localizzata).

S16.d.1D Morte fetale [feto nato morto]

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.
Per la classificazione riguardante il neonato sono impiegati codici speciali: della categoria P20.- "Ipossia intrauterina" e P95 "Morte fetale per causa non specificata".

S16.d.1F Parto al di fuori di un ospedale

Nei casi in cui il parto avviene a casa prima dell'ospedalizzazione, la diagnosi principale per il bambino, sempreché il neonato non mostri alcuna patologia, va indicata con un codice della categoria Z38.-.

- Z38.1 Nato singolo, nato fuori dall'ospedale,
- Z38.4 Gemello, nato fuori dall'ospedale,
- Z38.7 Parto multiplo, nato fuori dall'ospedale.

Riguardo al tipo di ammissione, non si può indicare la cifra "3", perché definisce espressamente il parto all' ospedale. Al suo posto va registrata la cifra "1" (urgenza) oppure "2" (annunciato, programmato).

S16.d.2 Dati supplementari del neonato

Nota sui dati supplementari del neonato: dal 1° gennaio 2002 è obbligatoria la registrazione dei dati supplementari del neonato (vedi allegato G01.4).

S16.d.3 Interventi particolari per il neonato malato

S16.d.3A 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.

S16.d.3B Fototerapia

Per l'ittero neonatale si attribuisce un codice diagnostico, qualora si effettui una **fototerapia per più di 12 ore**.
Come terapia si codifica 99.83 „fototerapia, altra".

S16.d.4 Sindrome dispnoica neonatale / malattia delle membrane ialine / deficit di surfattante

Nel codice per la sindrome dispnoica neonatale (P22.0 "Sindrome di sofferenza [distress] respiratoria del neonato") è contenuta la codifica per le condizioni seguenti:

- Malattia delle membrane ialine
- Sindrome dispnoica
- Deficit di surfattante

S16.d.5 Sindrome di aspirazione imponente e tachipnea transitoria nel neonato

La categoria P24.- "*Sindrome di aspirazione neonatale*" va utilizzata nel caso in cui il disturbo respiratorio dovuto alla sindrome di aspirazione abbia richiesto **una somministrazione di ossigeno per più di 24 ore**.

Il codice P22.1 "*Tachipnea transitoria del neonato*" deve essere utilizzato con le diagnosi seguenti:

- tachipnea transitoria del neonato (indipendentemente dalla durata della terapia con ossigeno)
  oppure
- sindrome di aspirazione neonatale, qualora il disturbo respiratorio abbia reso necessaria una somministrazione di ossigeno **di meno di 24 ore**.

Un codice CHOP della categoria 93.9- è da codificare aggiuntivamente.

S16.d.6 Encefalopatia ipossico-ischemica (HIE)

L'encefalopatia ipossico-ischemica viene classificata clinicamente nel modo seguente:

1° grado: ipereccitabilità, iperriflessia, midriasi, tachicardia, ma assenza di crisi convulsive.

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

3° grado: stupore, flaccidità, crisi convulsive, assenza di riflesso di Moro e riflessi bulbari.

Per la codifica di un'encefalopatia ipossico-ischemica, la ICD-10 GM prevede il codice P91.6 "Encefalopatia ipossico-ischemica neonatale". I codici per il grado di gravità dell'encefalopatia ipossico-ischemica diagnosticata vanno indicati addizionalmente, come di seguito elencato. I sintomi menzionati sopra, ad eccezione delle convulsioni, non vanno codificati separatamente.

<u>Codifica del 1° grado</u>
P91.3 "Irritabilità cerebrale del neonato"
+ P21.0 "Asfissia grave alla nascita" oppure P20.- "Ipossia intrauterina"

<u>Codifica del 2° grado</u>
P91.4 "Depressione cerebrale del neonato"
+ P90 "Convulsioni del neonato" (se presenti)
+ P21.0 "Asfissia grave alla nascita" oppure P20.- "Ipossia intrauterina"

<u>Codifica del 3° grado</u>
P91.5 "Coma del neonato"
+ P90 "Convulsioni del neonato" (se presenti)
+ P21.0 "Asfissia grave alla nascita" oppure P20.- "Ipossia intrauterina"

S19 Traumatismi, avvelenamenti e alcune altre conseguenze di cause esterne

S19.1 Traumatismi

S19.1.d Regole di codifica

S19.1.d.1 Traumatismi superficiali

Escoriazioni e contusioni non sono codificati, qualora siano correlati a traumatismi gravi della stessa sede, a meno che non causino un maggior dispendio di risorse mediche per il trattamento del traumatismo grave, p. es. per differimento temporale.

S19.1.d.2 Frattura e lussazione

S19.1.d.2.A Frattura o lussazione con lesioni dei tessuti molli, frattura esposta

Per codificare una frattura o una lussazione sono necessari 2 codici (eccezione vedi oltre). Come diagnosi principale va indicato il codice della frattura o della lussazione e quindi, come diagnosi secondaria, il corrispondente codice per la gravità della lesione dei tessuti molli. Con questa codifica supplementare si differenzia anche una frattura esposta da una frattura chiusa.
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.

I codici supplementari per le lesioni dei tessuti molli sono Sx1.84! – 89! lesioni dei tessuti molli di grado I-III con frattura o lussazione chiusa o esposta (a seconda della regione corporea).
Ai codici della ICD10-GM è associato un testo che descrive il grado di gravità.

Esempio: *Paziente con una frattura femorale esposta di II grado dovuta a una caduta.*
DP S72.3 Frattura diafisaria del femore
CDP X59.9! Esposizione a fattore non specificato, luogo non specificato
DS S71.88! Lesione dei tessuti molli di II grado con frattura o lussazione esposta dell'anca e della coscia

S19.1.d.2.B 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. Esempio: S52.31 "Frattura della diafisi distale del radio con lussazione della testa ulnare".

S19.1.d.2C Frattura e lussazione con sede identica o differente

In un traumatismo combinato con la stessa sede è sufficiente l'indicazione di un codice aggiuntivo per il grado di gravità della lesione dei tessuti molli.
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.

S19.1.d.2D Contusione ossea

Una contusione ossea con frattura della spongiosa dimostrata radiologicamente e corticale intatta va codificata come una frattura.

S19.1.d.3 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.

S19.1.d.3A 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, si codifica in questo ordine di successione nel seguente modo:

- il traumatismo arterioso,
- il traumatismo del nervo,
- il traumatismo tendineo,
- la ferita muscolare.

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.

S19.1.d.3B Traumatismo intracranico, intratoracico o intraddominale aperto

Prima va indicato il codice per il traumatismo, seguito dal codice per la ferita aperta.
Esempio: *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.

S19.1.d.3C Frattura aperta con traumatismo intracranico, intratoracico o intraddominale

In caso di frattura cranica associata a traumatismo intracranico oppure frattura esposta del tronco con traumatismo intratoracico o intraddominale si attribuiscono i codici seguenti:

- un codice per il traumatismo intracranico / intracavitario
- uno dei codici seguenti:
  - codice per il traumatismo aperto in base alla sede anatomica
  - i codici per la frattura
  - un codice per il grado di gravità dei danni ai tessuti molli

S19.1.d.3D Complicanze di una ferita aperta

Codice per la ferita aperta come diagnosi principale, seguito da un codice della categoria T89.0- "Complicanze di una ferita aperta".

Esempio: *Paziente con schegge di vetro in una ferita aperta del ginocchio. La ferita è infetta e nello striscio si rileva la presenza di Staphylococcus aureus.*
DP S81.0 Ferita aperta del ginocchio
CDP Y34.9! Evento non specificato, intento indeterminato, luogo non specificato
DS T89.01 Complicanze di una ferita aperta, corpo estraneo (con o senza infezione)
DS B95.6! Staphylococcus aureus come causa di malattie classificate in altri settori

S19.1.d.4 Perdita di coscienza

S19.1.d.4A 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*".
La perdita di coscienza non dovuta a un traumatismo va codificata con R40.0- "Sonnolenza, stupor e coma".

S19.1.d.5 Traumatismo del midollo spinale (con paraplegia e tetraplegia traumatiche)

S19.1.d.5A Fase acuta – immediatamente post-traumatica

Periodo di trattamento immediatamente successivo al trauma. Può comprendere diversi ricoveri ospedalieri.

Esempi: *Compressione, contusione, lacerazione, taglio trasversale o schiacciamento del midollo spinale*
Codifica :

1. Tipo di traumatismo del midollo spinale — *p es. S14.13 traumatismo del midollo cervicale trasverso incompleto, altri*

2. Altezza funzionale del traumatismo — *p.es S14.75 altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale C5*

I pazienti con traumatismi del midollo spinale hanno contemporaneamente con elevata probabilità anche una frattura o una lussazione vertebrale; pertanto vanno codificate le seguenti informazioni:

3. Sede della frattura in caso di frattura vertebrale *p.es S12.22 frattura della 4. vertebra cervicale*

4. Livello della lussazione in caso di lussazione *p.es. S13.14 lussazione C4/C5*

5. Grado di gravità del danno dei tessuti molli a livello della frattura / lussazione *p.es. S11.84! frattura chiusa con lesioni dei tessuti molli di 1 grado*

S19.1.d.5B Fase acuta – trasferimento del paziente

Nel caso in cui il paziente che ha subito un traumatismo del midollo spinale per un trauma sia trasferito da un ospedale di cure acute a un altro ospedale di cure acute, va indicato il codice per il tipo di traumatismo del midollo spinale come diagnosi principale e l'altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale come prima diagnosi secondaria.

S19.1.d.5C Traumatismo del midollo spinale – fase cronica

La fase cronica interessa i pazienti con paraplegia / tetraplegia che sono ricoverati per il trattamento di altre malattie che possono essere correlate o no con la loro condizione (p. es. infezione delle vie urinarie).

In questi casi va codificata la malattia da trattare, seguita da un codice della categoria G82.- "Paraplegia e tetraplegia" con un quinto carattere, nonché dalle altre malattie presenti. La sequenza di queste diagnosi deve orientarsi in base alla definizione della diagnosi principale.

I codici per i traumatismi del midollo spinale non vanno indicati, poiché vanno attribuiti solo nella fase acuta. **Le sequele di un traumatismo sono codificate con T91.-**.

S19.1.d.5D Codifica di fratture e lussazioni vertebrali:

In caso di fratture o lussazioni multiple va indicata ogni altezza singolarmente.

S19.1.d.6 Traumatismi multipli

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

I codici combinati per traumatismi multipli in una sede (S00-S99), che codificano i traumatismi multipli con il quarto carattere ".7", e i codici T00-T07, che codificano traumatismi in diverse regioni corporee, non sono specifici e solo da utilizzare se non sussistono dati più precisi.

S19.1.d.6A Sequenza dei codici in caso di traumatismi multipli

La diagnosi principale è il traumatismo, la qualle richiede il maggior dispendio di risorse mediche.
Particolare riguardo per:

- traumatismi interni;
- traumatismi ed emorragie intracranici;
- fratture aperte.

Gli altri traumatismi sono registrati come diagnosi secondarie.

Se possibile, vanno indicati codici singoli specifici e non i codici per traumatismi multipli quali S00-S99.7 "*Traumatismi multipli di …*" e T00-T07 "*Ferite aperte interessanti altre combinazioni di regioni corporee*".

Esempio: *Un paziente è ricoverato con contusione cerebrale focale, amputazione traumatica di un orecchio, perdita di coscienza per 20 minuti, contusione di volto, laringe e spalla e ferite da taglio alla guancia e alla coscia.*

DP *S06.31 Contusione cerebrale focale*
CDP *X59.9! Esposizione a fattore non specificato, luogo non specificato*
DS *S06.70! Traumatismo intracranico con coma prolungato, meno di 30 minuti*
S08.1 Amputazione traumatica dell'orecchio
S01.41 Ferita aperta della guancia
S71.1 Ferita aperta della coscia
S00.85 Traumatismo superficiale di altre parti della testa, contusione
S10.0 Contusione della gola
S40.0 Contusione della spalla e del braccio

S19.1.d.7 Ustioni e corrosioni

S19.1.d.7A 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.

In caso di ustioni o corrosioni della stessa regione, ma di grado differente, si indica prima il grado più elevato.

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.

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".

In caso di 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.

S19.1.d.7B Superficie corporea

La percentuale di superficie corporea interessata va indicata con un codice aggiuntivo.

Per indicare la somma di tutte le singole superfici con ustioni o corrosioni, dopo l'ultimo codice per il grado di gravità va indicato un codice unico: T31.-! e T32.-!

S19.2 Avvelenamenti (accidentali e intenzionali)

S19.2.g Nozioni generali

L'esposizione a farmaci o a sostanze non utilizzate per scopi medici, sia essa accidentale o intenzionale (in un tentativo di suicidio), può causare sintomi o patologie che rendono necessario un trattamento del paziente. È anche possibile che un paziente abbia assunto sostanze e successivamente, ancora prima del manifestarsi dei sintomi, debba essere sottoposto a sorveglianza o trattamento profilattico (lavanda gastrica, antidoto). In questo caso la codifica è identica.
I codici delle categorie da T36 a T50 si riferiscono ad avvelenamenti da farmaci e da sostanze biologiche. Nei codici da T51 a T65 sono compresi gli effetti tossici di sostanze utilizzate principalmente per scopi non medici. Questi codici descrivono il tipo di sostanza che ha causato l'avvelenamento.

S19.2.d. Regole di codifica

L'avvelenamento va codificato nella diagnosi principale con un codice da T36 a T65. Oltre a ciò, la diagnosi principale deve essere assolutamente integrata da un complemento alla diagnosi principale. Questo codice descrive le circostanze dell'evento (codice X-Y). Come diagnosi secondarie vanno indicati i sintomi o le patologie che si manifestano come conseguenza dell'avvelenamento.

S19.2.d.1 Avvelenamento intenzionale

- Diagnosi principale: codice corrispondente all'avvelenamento (T36-T65).
- Complemento alla diagnosi principale (obbligatorio): X84.9! "Autolesione intenzionale da mezzo non specificato, luogo non specificato".
- Diagnosi secondarie: sintomi o patologie conseguenti all'avvelenamento.
- Diagnosi secondarie: disturbi psichiatrici diagnosticati e attuali.

S19.2.d.2 Avvelenamento da farmaci e alcol

Spesso la codifica dei tentativi di suicidio è problematica a causa dell'assunzione contemporanea di farmaci e alcol. In questo caso la codifica corretta è la seguente:

- Diagnosi principale: il codice "T" valido per il farmaco.
- Aggiunta obbligatoria alla diagnosi principale: X84.9! "Autolesione intenzionale da mezzo non specificato, luogo non specificato".
- Diagnosi secondaria: 2 possibilità: F10.0 "Intossicazione acuta con alcol"
  Oppure F10.1 "Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, uso dannoso".

Per gli alcol-avvelenamenti accidentali (per esempio nel bambino): T51.0.
Per gli alcol-avvelenamenti intenzionali (indipendentemente dall'età): F10.0.
I disturbi psichici che hanno causato l'azione vanno codificati come diagnosi secondarie.
In caso di autolesionismo all'anamnesi personale si può indicare il codice Z91.8 nella diagnosi secondaria.

Esempio: *Un paziente noto per una depressione è ricoverato per un tentativo di suicidio mediante assunzione d'ingenti quantità di cocaina e consumo contemporaneo di 1 litro di whisky. È trasportato immediatamente in pronto soccorso dalla moglie. All'arrivo il paziente è asintomatico.*

DP	*T40.5 Avvelenamento da cocaina*
CDP	*X84.9! Autolesione intenzionale da mezzo non specificato, luogo non specificato*
DS	*F10.0 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, intossicazione acuta*
	F32.9 Episodio depressivo non specificato

Eccezione! Fanno eccezione i pazienti che sono ospedalizzati direttamente in un istituto psichiatrico. In questi casi la patologia psichiatrica va codificata come diagnosi principale, mentre l'autolesione intenzionale mediante avvelenamento segue come diagnosi secondaria.

S19.2.d.3 Avvelenamento o sovradosaggio accidentale

DP Codice corrispondente all'avvelenamento (T36-T65)
CDP X49.9! Avvelenamento accidentale da ed esposizione ad altre e non specificate sostanze chimiche e nocive, luogo non specificato
DS Sintomi o patologie conseguenti all'avvelenamento

Esempio: *Un paziente è ricoverato a causa di una ciguatera (avvelenamento da pesce per ingestione di ciguatossina) dopo consumo accidentale di pesce tossico. I sintomi sono nausea e debolezza generalizzata.*
DP T61.0 Avvelenamento da carne di pesce Ciguatera
CDP X49.9! Avvelenamento accidentale da ed esposizione ad altre e non specificate sostanze chimiche e nocive, luogo non specificato
DS R11 Nausea e vomito
R53 Malessere ed affaticamento

S19.2.d.4 Avvelenamenti da farmaci senza indicazione dell'intenzionalità

DP Codice corrispondente all'avvelenamento (T36-T65)
CDP Y34.9! Evento non specificato, intento indeterminato, luogo non specificato
DS Sintomi o patologie conseguenti all'avvelenamento

S19.2.d.5 Coma ed avvelenamento da farmaci

In caso di coma (si consideri che questo termine è in genere utilizzato per i disturbi dello stato di coscienza) dovuto all'assunzione accidentale o intenzionale di sostanze psicotrope, come diagnosi principale non va indicato R40, poiché questo codice descrive il sintomo.
DP Codice corrispondente all'avvelenamento (T42.-)
CDP X84.9! "Autolesione intenzionale da mezzo non specificato, luogo non specificato",
X49.9! "Avvelenamento accidentale da ed esposizione ad altre e non specificate sostanze chimiche e nocive, luogo non specificato".
DS Sintomi o patologie conseguenti all'avvelenamento, vale a dire il codice R40.- per il coma.
Esso fornisce informazioni sulle condizioni di salute del paziente.

Esempio: *Una paziente cerca di porre fine alla propria vita mediante assunzione di massicce dosi di barbiturici. Ospedalizzazione d'urgenza in stato comatoso.*
DP T42.3 Avvelenamento da barbiturici
CDP X84.9! Autolesione intenzionale da mezzo non specificato, luogo non specificato
ND R40.2 Coma non specificato

Contrariamente alla regola fondamentale, in caso di sovradosaggio d'insulina vanno indicati i codici delle categorie del diabete E10-E14 con il quarto carattere ".6" ("con altre complicanze specificate"), nonché T38.3 "Avvelenamento da insulina e ipoglicemizzanti [antidiabetici] orali" come diagnosi secondaria.

S19.2.d.6 Avvelenamento da assunzione di diverse sostanze

La diagnosi principale indica la sostanza (T36-T65) che ha causato il sintomo più grave o che costituisce la causa dei sintomi. Se si conosce quali sono le 2 sostanze che hanno causato l'intossicazione più grave, si indicano i 2 codici "T" e i 2 codici "X". Tuttavia, nel caso in cui, per esempio, una paziente abbia assunto l'intero contenuto dell'armadietto dei medicinali, s'indica un codice della categoria T50.9 e si riporta obbligatoriamente un complemento alla diagnosi principale.

S19.3 Tentativo di suicidio, eccetto l'avvelenamento da farmaci

S19.3.g Nozioni generali

In caso di ospedalizzazioni d'urgenza di pazienti dopo un tentativo di suicidio si pone la domanda su quale sia la diagnosi principale da codificare. Come diagnosi principale vale il traumatismo o l'avvelenamento, oppure il disturbo psichico che ha portato all'atto? L'indice alfabetico non dà alcuna risposta a questa domanda. Una ricerca del termine "suicidio" porta al codice T14.9 "Traumatismo non specificato". Tuttavia, questo codice non è univoco, sia dal punto di vista clinico sia da quello epidemiologico.

S19.3.d Regole di codifica

I casi di suicidio e i tentativi di suicidio sono codificati nel modo seguente.

- Diagnosi principale: la lesione più grave. A questo proposito vanno utilizzati i codici del capitolo XIX (codici "S" e "T", traumatismi e avvelenamenti).
- Complemento alla diagnosi principale: X84.9! "Autolesione intenzionale da mezzo non specificato, luogo non specificato".
- Diagnosi secondarie: disturbi psichiatrici che hanno causato l'atto; patologie che ne risultano.
- In caso di autolesionismo all'anamnesi personale s' indica il codice Z91.8 nella diagnosi secondaria.

Esempio: *Un paziente noto per episodi depressivi recidivanti è ammesso in pronto soccorso dopo un tentativo di suicidio. Ha una ferita da taglio al collo con lesione della carotide.*

DP S15.0 Traumatismo dell'arteria carotide
CDP X84.9! Autolesione intenzionale da mezzo non specificato, luogo non specificato.
DS F33.2 Disturbo depressivo ricorrente, episodio grave senza sintomi psicotici in atto

S19.4 Effetti collaterali indesiderati di farmaci

S19.4.g Nozioni generali

Gli effetti collaterali indesiderati di **farmaci o sostanze terapeutiche prescritte e somministrate correttamente** vanno classificati secondo il tipo di effetti. A questo proposito nella ICD-10 GM ci sono diversi codici speciali per malattie indotte da farmaci (vedi allegato p. 19). Qualora nessun codice risulti vero, è da codificare un altro codice dei capitoli sugli organi che circoscriva specificamente gli effetti collaterali.

In questo caso, l'aggiunta del codice Y57.9! "Complicanze da farmaco o medicamento, non specificato" alla diagnosi principale consente di precisare che si tratta di un effetto indesiderato. È assolutamente necessario tenere conto che un effetto collaterale di un medicamento non equivale a un avvelenamento.

S19.4.d Regole di codifica

La diagnosi principale è il tipo di affezione.
Il complemento alla diagnosi principale è Y57.9! "Complicanze da farmaco o medicamento, non specificato".

Esempio: *Un paziente è ricoverato per il trattamento di una nefropatia cronica dovuta a una terapia prolungata con un analgesico (nefropatia da fenacetina).*

DP N14.0 Nefropatia da analgesico
CDP Y57.9! Complicanze da farmaco o medicamento, non specificato

Esempio: *Un paziente è ricoverato per un ematoma del muscolo psoas dovuto all'assunzione di anticoagulanti.*

DP D68.3 Disturbi emorragici da anticoagulanti circolanti

CDP Y57.9! Complicanze da farmaco o medicamento, non specificato

S19.4.d.1 Effetto collaterale durante l'ospedalizzazione

Qualora l'effetto collaterale si manifesti durante l'ospedalizzazione, va codificato sempre come diagnosi secondaria, seguito subito dopo dal codice per la causa esterna.

Esempio: *Una paziente è ricoverata per il trattamento di un carcinoma ovarico mediante chemioterapia (cisplatino). Durante la degenza, alcuni giorni dopo la terapia, vienne diagnosticata un'aplasia del midollo osseo dovuta al cisplatino contenuto nella chemioterapia.*

DP C56 Tumore maligno dell'ovaio

DS Z51.1 Seduta di chemioterapia antineoplastica

D61.10 Anemia aplastica da terapia citostatica

Y57.9! Complicazioni da farmaco o medicamento, non specificato

S19.4.d.2 Shock anafilattico

A) Da farmaci

In caso di utilizzo del farmaco secondo le indicazioni,

la diagnosi principale è T88.6 "Shock anafilattico da effetto avverso di farmaco o medicamento appropriato correttamente somministrato";

il complemento alla diagnosi principale è Y57.9! "Complicazioni da farmaco o medicamento, non specificato";

le diagnosi secondarie devono descrivere gli effetti.

B) Da altra cause

Diagnosi principale T78.2 "Shock anafilattico non specificato".

Segue quindi la classificazione della causa esterna con i codici per le cause esterne.

S21 Riabilitazione

S21.g Nozioni generali

La codifica dei casi di riabilitazione ha dal 2010 una nuova regolamentazione.

I casi di riabilitazione comprendono le situazioni seguenti:

- Riabilitazione postoperatoria (p. es. in seguito a un impianto di protesi del ginocchio o dell'anca, dopo intervento di ernia del disco, dopo interventi chirurgici viscerali o toracici maggiori, ecc.).
- Riabilitazione dopo trattamento acuto di stati morbosi (p. es. esiti d' infarto miocardico, esiti d'infarto cerebrale con emiplegia).
- Riabilitazione per malattie e disturbi cronici (p. es. malattie reumatiche, artropatie, sindrome algica, ecc.).

S21.d Regole

La degenza riabilitativa di un paziente è codificata nel modo seguente.

DP	Malattia del paziente
DS	Codice della categoria Z50.- "Trattamenti implicanti l'uso di tecniche riabilitative" o Z54.- "Convalescenza"
PP	93.89.- "Riabilitazione, NAC" se applicabile

Esempi:

1. Riabilitazione dopo infarto del miocardio

DP	*I21.- Infarto miocardico acuto*
DS	*Z50.0 Riabilitazione cardiaca*

2. Riabilitazione dopo intervento di cardiochirurgia

DP	*I25.- Cardiopatia ischemica cronica*
DS	*Z50.0 Riabilitazione cardiaca*
	Z95.1 Portatore di bypass aortocoronarico

3. Convalescenza in caso di tumore con chemioterapia

DP	*Diagnosi del tumore*
DS	*Z54.2 Convalescenza dopo chemioterapia*

4. Riabilitazione successiva a protesi dell'anca totale in caso di artrosi

DP	*M16.0 Coxartrosi primaria bilaterale*
DS	*Z50.9 Trattamenti implicanti l'uso di tecniche riabilitative non specificate*
	Z96.6 Portatore di impianto ortopedico articolare

5. Riabilitazione in caso di dorsalgia

DP	*M54.- Dorsalgia*
DS	*Z50.9 Trattamenti implicanti l'uso di tecniche riabilitative non specificate*

Allegato al capitolo S16

Lista dei codici P consentiti fino al 28° giorno di vita

Tutti i P10-P15	Traumi da parto
Tutti i P20.-	Ipossia intrauterina
Tutti i P21.-	Asfissia alla nascita
Tutti i P22.-	Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato
Tutti i P24.-	Sindrome di aspirazione neonatale
P29.3	Persistenza della circolazione fetale
P38	Onfalite del neonato con o senza lieve emorragia
Tutti i P50.-	Perdita di sangue fetale
Tutti i P51.-	Emorragia ombelicale del neonato
Tutti i P52.-	Emorragia intracranica non traumatica del feto e del neonato
P55.0	Isoimmunizzazione Rh del feto e del neonato
P55.1	Isoimmunizzazione AB0 del feto e del neonato
P56.0	Idrope fetale da isoimmunizzazione
Tutti i P57.-	Ittero nucleare [kernicterus]
Tutti i P58.-	Ittero del neonato da altre emolisi eccessive
P59.0	Ittero del neonato associato a parto pretermine
P61.0	Trombocitopenia transitoria del neonato
P61.3	Anemia congenita da perdita di sangue fetale
P61.6	Altri disturbi transitori della coagulazione del neonato
Tutti i P70-P74	Disturbi endocrini e metabolici transitori specifici del feto e del neonato
P75* (E84.1†)	Ileo da meconio
P76.0	Sindrome da tappo di meconio
P78.2	Ematemesi e melena del neonato da ingestione di sangue materno
P83.0	Sclerema del neonato
P83.1	Eritema tossico del neonato
P83.2	Idrope fetale non da malattia emolitica

Allegato al capitolo S19

Lista dei codici per la descrizione degli effetti collaterali indesiderati dei farmaci

D52.1	Anemia da deficit di folati indotta da farmaci
D59.0	Anemia emolitica autoimmune da farmaci
D59.2	Anemia emolitica non autoimmune da farmaci
D61.1-	Anemia aplastica da farmaci
D64.2	Anemia sideroblastica secondaria, da farmaci e tossine
D68.3	Disturbi emorragici da anticoagulanti circolanti
D69.5-d	Trombocitopenia secondaria da farmaci (Heparin)
D70.1-	Agranulocitosi
E03.2	Ipotiroidismo secondario a farmaci o ad altre sostanze esogene
E06.4	Tiroidite da farmaci
E15	Coma insulinico farmacologico in patiente non diabetico
E16.0	Ipoglicemia da farmaci senza coma
E23.1	Ipopituitarismo da farmaci
E24.2	Sindrome di Cushing da farmaci
E25.8	Altre sindrmi adrenogenitali da farmaci
E27.3	Insufficienza adrenocorticale da farmaci
E28.0	Iperestrodenismo da farmacr
E28.1	Eccesso di androgeni da farmaci
E66.1-	Obesità indotta da farmaci
G21.0	Sindrome maligna da neurolettici
G21.1	Altro parkinsonismo secondario farmaco-indotto
G24.0	Distonia da farmaci
G25.1	Tremore da farmaci
G25.3	Mioclono da farmaci
G25.4	Corea da farmaci
G25.6	Tic da farmaci ed altri tic di origine organica
G40.5	Sindromi epilettiche speciali
G44.4	Cefalea da farmaci non classificata altrove
G61.1	Neuropatia da siero
G62.0	Polineuropatia da farmaci
G71.1	Miotonia da farmaci
G72.0	Miopatia da farmaci
G93.7	Sindrome di Reye
G95.8-	Altre malattie specificate del midollo spinale da farmaci
H26.3	Cataratta da farmaci
H40.6	Glaucoma secondario a farmaci
I42.7	Cardiomiopatia da farmaci o da altri agenti esterni
I95.2	Ipotensione da farmaci
Ij45.1	Asma non allergicao indotta da farmaco
J70.2	Pneumopatia interstiziale acuta indotta da farmaco
J70.3	Pneumopatia interstiziale cronica indotta da farmaco
J70.4	Disturbo polmonare interstiziale indotto da farmaco, non specificato
K71.-	Epatopatia da farmaci
K85.3-	Pancreatite acuta da farmaci
L10.5	Pemfigo da farmaci

L23.3 Dermatite allergica da contatto dovuta a farmaci a contatto con la cute
L24.4 Dermatite irritativa da contatto dovuta a farmaci a contatto con la cute
L25.1 Dermatite da contatto, non specificata, da farmaci a contatto con la cute
L27.0 Eruzione cutanea generalizzata provocata da farmaci e medicamenti
L27.1 Eruzione cutanea localizzata causata da farmaci e medicamenti
L43.2 Eruzione lichenoide a farmaco
L56.0 Reazione fototossica a farmaci
L56.1 Reazione fotoallergica a farmaci
L64.0 Alopecia androgenica indotta da farmaco
M10.2- Gotta indotta da farmaci
M32.0 Lupus eritematoso sistemico indotto da farmaci
M34.2 Sclerosi sistemica indotta da farmaci o sostanze chimiche
M80.4- Osteoporosi indotta da farmaci con frattura patologica
M81.4- Osteoporosi indotta da farmaco
M83.5- Altra osteomalacia farmaco-indotta dell'adulto
M87.1- Osteonecrosi da farmaci
N14.0 Nefropatia da analgesico
N14.1 Nefropatia indotta da altri farmaci, medicamenti e sostanze biologiche
N14.2 Nefropatia indotta da farmaci, medicamenti e sostanze biologiche non specificate
P58.4 Ittero del neonato provocato da farmaci o tossine trasmesse dalla madre o somministrate al neonato
R50.2 Febbre da farmaci [drug fever]
T88.6 Shock anafilattico da effetto avverso di farmaco o medicamento appropriato correttamente somministrato
T88.7 Effetto averso , non speciificato, di farmaco o medicamento

Programma di pubblicazioni dell'UST

In quanto servizio centrale di statistica della Confederazione, l'Ufficio federale di statistica (UST) ha il compito di rendere le informazioni statistiche accessibili a un vasto pubblico

L'informazione statistica è diffusa per settore (cfr. seconda pagina di copertina) attraverso differenti mezzi:

Mezzo di diffusione	*Contatto*
Informazione individuali	032 713 60 11 info@bfs.admin.ch
L'UST in Internet	www.statistica.admin.ch
Comunicati stampa per un'informazione rapida sui risultati più recenti	www.news-stat.admin.ch
Pubblicazioni per un'informazione approfondita (disponibili in parte anche su dischetto/CD-Rom)	032 713 60 60 order@bfs.admin.ch
Banca dati online	032 713 60 86 www.statweb.admin.ch

Maggiori informazioni sui diversi mezzi di diffusione utilizzati sono contenute nell'Elenco delle pubblicazioni, aggiornato regolarmente. Esso può essere consultato in Internet all'indirizzo www.statistica.admin.ch→Attualità→Pubblicazioni.

Salute

Statistique des institutions médico-sociales 2007. Résultats définitifs
(Tableaux standard), Neuchâtel 2009, N° de commande: 532-0903-05, 60 pages, gratuit

Statistique médicale des hôpitaux 2007. Résultats définitifs
(Tableaux standard), Neuchâtel 2009, N° de commande: 532-0904-05, 72 pages, gratuit

Statistique des hôpitaux 2007. Résultats définitifs
(Tableaux standard), Neuchâtel 2009, N° de commande: 532-0901-05, 48 pages, gratuit

Statistique de la santé 2009, Neuchâtel 2009, N° de commande: 847-0900, 8 pages, gratuit

Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2007, Neuchâtel 2009, N° de commande: 1027-0700-05, 59 pages, gratuit

La médecine hautement spécialisée en Suisse
Cas traités, fournisseurs de soins et coûts des traitements 2005
StatSanté 4/2007, Neuchâtel 2007, N° de commande: 515-0704, 28 pages, gratuit

Les nouveau-nés dans les hôpitaux de Suisse en 2004. La prise en charge hospitalière des bébés nés à terme et des prématurés
StatSanté 2/2007,Neuchâtel 2007, N° de commande: 515-0702, 23 pages, gratuit

Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse.
Séjours hospitaliers durant la grossesse et accouchements
StatSanté 1/2007, Neuchâtel 2007, N° de commande: 515-0701, 32 pages, gratuit

La statistica medica degli stabilimenti ospedalieri rileva tutti i ricoveri ospedalieri registrati in Svizzera.

Svolta in tutti gli ospedali e cliniche del territorio nazionale, la rilevazione raccoglie dati amministrativi, caratteristiche sociodemografiche dei pazienti nonché informazioni su diagnosi e trattamenti. I dati sono registrati sulla base di due classificazioni mediche, la ICD-10GM per le diagnosi e la CHOP (che si basa sull'ICD-9-CM, vol. 3) per gli interventi chirurgici. L'indicazione dei codici tratti da queste classificazioni è soggetta a direttive molto precise. La Segreteria di codifica dell'UST redige, rivede e, all'occorrenza, adatta tali direttive, si occupa della manutenzione delle summenzionate classificazioni e offre consulenza alle persone incaricate della codifica.

Il manuale di codifica contiene tutte le regole di codifica emesse finora e costituisce l'opera di base della codifica medica.

N. di ordinazione
545-0900

Ordinazioni
Tel.: 032 713 60 60
Fax: 032 713 60 61
E-mail: order@bfs.admin.ch

Prezzo
Fr. 15.– (IVA escl.)

ISBN 978-303-14135-9