

14

Salute

545-1300

Manuale di codifica

Le linee guida ufficiali delle regole di codifica

Versione 2013

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale di statistica UST

Neuchâtel, 2012

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 2013

Realizzazione Christiane Ricci
Olivier Plachta
Constanze Hergeth
Christopher Schmidt
Ursula Althaus
Pierre Phedon Tahintzi

Editore Ufficio federale di statistica (UST)

Office fédéral de la statistique (OFS)
Neuchâtel, 2012

Editore:	Ufficio federale di statistica (UST)
Informazioni:	Segreteria di codifica UST E-mail: codeinfo@bfs.admin.ch
Autori:	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:	545-1300
Prezzo:	19 franchi (IVA escl.)
Serie:	Statistica della Svizzera
Settore:	14 Salute
Testo originale:	Tedesco
Traduzione:	Servizi linguistici dell'UST
Grafica del titolo:	UST; concezione: Netthoevel & Gaberthüel, Bienne; foto: © Uwe Bumann – Fotolia.com
Grafica/layout:	Sezione DIAM, Prepress / Print
Copyright:	UST, Neuchâtel, 2012 Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte.
ISBN:	978-3-303-14177-9

Indice

Ringraziamenti **7**

Introduzione versione 2013 ..... **8**
Abbreviazioni del manuale di codifica 9

Nozioni generali G00 – G56

G00a Statistica medica e codifica medica **10**
G01a Storia 10
G02a Organizzazione 11
G03a Basi giuridiche 11
G04a Obiettivi della statistica medica 12
G05a Anonimizzazione dei dati 12
G06a Il record medico, definizioni e variabili 13
G10b La statistica medica e il sistema di classificazione dei pazienti SwissDRG **14**
G20a Le classificazioni (ICD-10-GM e CHOP) **15**
G21a ICD-10-GM 15
G22a Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) 20
G30a Come eseguire una codifica corretta **23**
G40a Documentazione delle diagnosi e delle procedure **23**
G50b Definizioni **24**
G51b Caso di trattamento 24
G52a Diagnosi principale 25
G53b Complemento alla diagnosi principale 26
G54a Diagnosi secondarie 27
G55a Trattamento principale 28
G56a Trattamenti secondari 28

Regole di codifica generali per le malattie/diagnosi D00-D15

D00a Risultati anormali 29
D01a Sintomi 29
D02b Diagnosi monolaterali e bilaterali / Diagnosi di multiple localizzazioni 30
D03a Codici daga (†) - asterisco (*) 31
D04a Codici con punto esclamativo («!») 32
D05a Esiti di/presenza di/mancanza di 33
D06a Sequele 34
D07a Interventi di follow-up pianificati 35
D08a Minaccia o malattia incombente 36
D09a Diagnosi sospette 37
D10a Malattie croniche con episodio acuto 38
D11a Codici combinati 39
D12a Malattie o disturbi iatrogeni (complicanza) 40
D13a Sindrome 43
D14a Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico o procedura non eseguiti 44
D15a Trasferimento per continuazione delle cure 45

Regole di codifica generali per le procedure P00-P09

P00a Registrazione della procedura nel record medico 47
P01b Procedure che vanno codificate 48
P02a Procedure che non vanno codificate 49
P03a Endoscopia e interventi endoscopici 50
P04a Interventi chirurgici combinati o complessi 51
P05a Interventi eseguiti parzialmente 52
P06a Procedure eseguite più volte 53
P07a Interventi chirurgici bilaterali 54
P08a Revisioni di un campo operatorio/reinterventi 54
P09a Prelievo e trapianto d'organo 55

Regole di codifica speciali S0100-S2100

S0100 Alcune malattie infettive e parassitarie 58
S0101a Batteriemia 58
S0102a Sepsi 58
S0103a SIRS 61
S0104b HIV/AIDS 62
S0105a Croup vero – pseudocroup – sindrome da croup 64
S0200 Neoplasie 65
S0201a Attività tumorale 66
S0202b Scelta della diagnosi principale 66
S0203a Escissione estesa della regione tumorale 68
S0204a Diagnosi di tumore soltanto mediante biopsia 68
S0205a Malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche 68
S0206a Sospetto di tumore o metastasi 68
S0207a Controlli 69
S0208a Recidiva 69
S0209a Tumori con attività endocrina 69
S0210a Sedi multiple 70
S0211a Lesioni contigue 70
S0212a Remissione di malattie maligne immunoproliferative e leucemie 71
S0213a Linfangiosi carcinomatosa 72
S0214a Linfomi 72
S0215a Chemioterapia e radioterapia 73
S0216b Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio 73
S0400 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche 74
S0401a Nozioni generali 74
S0402a Regole per la codifica del diabete mellito 75
S0403a Complicanze specifiche del diabete mellito 78
S0404a Sindrome metabolica 80
S0405a Disturbi della secrezione interna del pancreas 81
S0406a Fibrosi cistica 81
S0500 Disturbi psichici e comportamentali 82
S0501a Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (droghe, farmaci, alcol, nicotina) 82
S0600 Malattie del sistema nervoso 83
S0601a Colpo apoplettico 83
S0602a Disturbi funzionali 83
S0603a Paraplegia e tetraplegia non traumatica 84

S0700 Malattie dell'occhio e degli annessi oculari 85
S0701a Insuccesso o rigetto di un trapianto di cornea 85
S0800 Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide 86
S0801a Ipoacusia e sordità 86
S0900 Malattie del sistema circolatorio 87
S0901a Ipertensione e malattie in caso di ipertensione 87
S0902a Cardiopatia ischemica 88
S0903a Trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico 90
S0904a Cardiopatie valvolari 92
S0905a Pacemaker/defibrillatori 93
S0906a Esami di controllo successivi a trapianto cardiaco 93
S0907a Edema polmonare acuto 94
S0908a Arresto cardiaco 94
S0909a Revisioni o reinterventi su cuore e pericardio 94
S0910a Ricovero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di shunt arteriovenoso 94
S1000 Malattie del sistema respiratorio 95
S1001a Ventilazione meccanica 95
S1002b Insufficienza respiratoria 99
S1100 Malattie dell'apparato digerente 100
S1101a Appendicite 100
S1102a Aderenze 100
S1103a Ulcera gastrica con gastrite 100
S1104a Emorragia gastrointestinale 100
S1105a Disidratazione nella gastroenterite 101
S1200 Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo 102
S1201a Chirurgia plastica 102
S1202b Mastectomia sottocutanea profilattica 102
S1400 Malattie dell'apparato genitourinario 103
S1401a Dialisi 103
S1402a Verruche anogenitali 103
S1403a Intervento ricostruttivo per mutilazione genitale femminile (FGM) 103
S1500 Ostetricia 104
S1501b Definizioni 104
S1502a Conclusione precoce della gravidanza 105
S1503b Malattie durante la gravidanza 107
S1504a Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino 108
S1505b Regole speciali per il parto 109
S1600 Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale 114
S1601a Record medico 114
S1602a Definizioni 114
S1603a Neonati 114
S1604a Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale 116
S1605a Nati morti 116
S1606a Interventi particolari per il neonato malato 116
S1607a Sindrome dispnoica neonatale/malattia delle membrane ialine/deficit di surfattante 117
S1608a Sindrome di aspirazione imponente e tachipnea transitoria nel neonato 117
S1609a Encefalopatia ipossico-ischemica (HIE) 118
S1800 Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove 119
S1801a Incontinenza 119
S1802a Disfagia 119
S1803a Convulsioni febbrili 119
S1804a Diagnosi e terapia del dolore 120

S1900 Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne 121
S1901a Traumatismi superficiali 121
S1902a Frattura e lussazione 121
S1903a Ferite/traumatismi aperti 123
S1904a Perdita di coscienza 125
S1905a Traumatismo del midollo spinale (con paraplegia e tetraplegia traumatiche) 126
S1906a Traumatismi multipli 130
S1907a Ustioni e corrosioni 131
S1908b Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologiche 132
S1909a Effetti collaterali indesiderati di farmaci (assunti secondo prescrizione) 133
S1910a Effetti indesiderati o avvelenamento da assunzione combinata di due o più sostanze (in caso di assunzione non prescritta) 134
S2000 Cause esterne di morbosità e mortalità 135
S2100 Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari 136

Allegato: Definizioni mediche:

Diabete mellito scompensato 137
Insufficienza renale acuta 139

Indice alfabetico 140

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 di SwissDRG SA.

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

Per il loro contributo fondamentale all'aggiornamento delle linee guida di codifica, alla verifica della compatibilità con il sistema di importi forfettari per caso SwissDRG e alla redazione della versione 2013, ringraziamo il seguente gruppo di lavoro:

Ursula Althaus, medico, Ospedale universitario di Basilea
Dr. med. Constanze Hergeth, SwissDRG SA, Berna
Olivier Plachta, medico, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel
Christiane Ricci, specialista in codifica medica dipl. fed., Ufficio federale di statistica, Neuchâtel
Christopher Schmidt, SwissDRG SA, Berna
Dr. med. Pierre Phedon Tahintzi, Ospedale universitario di Losanna

Introduzione versione 2013

Il presente manuale è destinato a tutte le persone che nell'ambito della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri e del sistema di importi forfettari per caso SwissDRG si occupano della codifica delle diagnosi e dei trattamenti.

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

Oltre alle regole di codifica, il manuale contiene anche informazioni sulle principali variabili della statistica medica utilizzate nei record, nonché una breve trattazione della storia della classificazione ICD-10. Sebbene 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.

Le linee guida di codifica sono divise nelle seguenti parti:

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

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

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

Tutte le regole mostrano una struttura alfanumerica (es. D01, S0103), seguita da una lettera minuscola che indica la versione. Le linee guida della versione 2012 sono contrassegnate dalla lettera «a», le modifiche a livello contenutistico apportate alle linee guida per il 2013 sono contrassegnate con la lettera «b» e i paragrafi che le contengono sono contrassegnati da una linea verticale nel margine destro. Altre modifiche sono segnalate solo con una riga verticale nel margine destro. Le correzioni ortografiche e di layout non sono segnalate.

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

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

Il manuale di codifica 2013 è valido a partire dall'1.1.2013 e sostituisce tutte le precedenti versioni del manuale.

La base di questo manuale sono le classificazioni ICD-10-GM 2012 e CHOP 2012. Per la codifica dei casi somatici acuti sottoposti a trattamenti stazionari con data d'uscita posteriore all'1.1.2013 vanno utilizzati i codici ICD-10-GM della versione 2012 e i codici CHOP della versione 2013.

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

Nel corso dell'anno saranno pubblicate informazioni e precisazioni tramite circolari e FAQ. Per uniformare la codifica in Svizzera, alla fine di ogni mese nelle FAQ verranno pubblicate risposte a domande di carattere generale e le spiegazioni addotte dovranno essere applicate obbligatoriamente a partire dal 1° giorno del mese successivo. Le circolari e le FAQ sono strumenti di codifica ufficiali dell'UST e vanno tenute in considerazione per le ulteriori codifiche.

Abbreviazioni del manuale di codifica

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

Nozioni generali G00 – G56

G00a Statistica medica e codifica medica

G01a Storia

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

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

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

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

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

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

G02a Organizzazione

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

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

G03a Basi giuridiche

La statistica medica si basa sulla 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). Il 1° gennaio 2009 è entrata in vigore una revisione parziale della LAMal, che 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 di Cantoni, Comuni e altri partner coinvolti. Secondo l'articolo 6 capoverso 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 alla 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 gratuitamente le informazioni richieste (art. 22a cpv. 2 e 3).

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

G04a Obiettivi della statistica medica

- È necessario rendere possibile la sorveglianza epidemiologica della popolazione (popolazione ospedaliera). I dati forniscono informazioni importanti sulla frequenza di malattie rilevanti che portano a un'ospedalizzazione, consentendo così di pianificare, e se del caso applicare, provvedimenti preventivi o terapeutici.

- Grazie a un rilevamento omogeneo delle prestazioni, viene introdotto un sistema di classificazione di pazienti e il finanziamento degli ospedali viene riorganizzato in base al sistema degli importi forfettari per caso SwissDRG. I dati della statistica medica devono consentire di sviluppare ulteriormente questo sistema a ritmo annuale.

- Oltre a ciò, i dati rilevati consentono un'analisi generale delle prestazioni fornite dagli ospedali e della loro qualità, per esempio la frequenza di determinati interventi chirurgici o la frequenza di riospedalizzazioni per determinate diagnosi o trattamenti.

- I dati permettono anche di avere una panoramica della situazione delle cure sanitarie nel settore ospedaliero. Per esempio, consentono di determinare i bacini d'utenza dei singoli ospedali, rendendo così possibile una pianificazione delle cure sanitarie a livello cantonale e intercantonale.

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

G05a Anonimizzazione dei dati

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

G06a Il record medico, definizioni e variabili

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

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

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

Record minimo

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

Record supplementari

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

Record neonati

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

Record psichiatria

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

Record gruppo di pazienti

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

G10b La statistica medica e il sistema di classificazione dei pazienti SwissDRG

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

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

Nell'ambito dell'introduzione di questo nuovo sistema sono state adeguate le classificazioni e le regole 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 considerevolmente ampliata la classificazione delle procedure CHOP. Le regole di codifica sono state aggiornate e precisate.

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

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

G21a ICD-10-GM

Introduzione

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

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

La classificazione ICD-10 è stata sviluppata per rendere possibile l'analisi e il confronto di dati sulla mortalità e la morbilità. Per una siffatta interpretazione è indispensabile disporre di uno strumento per la codifica delle diagnosi. **La versione della ICD-10 utilizzata in Svizzera a partire dal 1° gennaio 2013 per la codifica delle diagnosi è la ICD-10-GM 2012 (German Modification).**

Storia

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

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

Struttura

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

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

Lista sistematica

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

Tabella dei capitoli con le corrispondenti categorie

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

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

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

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

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

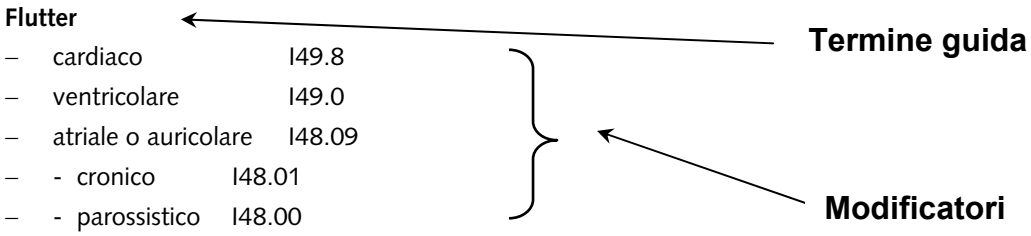
Esempio dal capitolo XI:

Malattie dell'appendice (K35-K38) — Blocco/gruppo

	K35.-	**Appendicite acuta** — Categoria a tre caratteri
Sottocategoria a quattro caratteri	**K35.2**	**Appendicite acuta con peritonite generalizzata** Appendicite (acuta) con peritonite generalizzata (diffusa) su perforazione o rottura
	K35.3-	**Appendicite acuta con peritonite localizzata**
Codici a cinque caratteri	K35.30	Appendicite acuta con peritonite localizzata senza perforazione o rottura
	K35.31	Appendicite acuta con peritonite localizzata con perforazione o rottura
	K35.32	Appendicite acuta con ascesso peritoneale
	K35.8	**Appendicite acuta, non specificata** Appendicite acuta senza menzione di peritonite localizzata o generalizzata
	K36	**Altre forme di appendicite** Appendicite: • cronica • ricorrente
	K37	**Appendicite non specificata** — Categoria a tre caratteri
	K38.-	**Altre malattie dell'appendice**
	K38.0	**Iperplasia dell'appendice**
	K38.1	**Concrezioni appendicolari** Coproliti | dell'appendice Stercoliti | dell'appendice
Sottocategorie a quattro caratteri	**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**

Indice alfabetico

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



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

Convenzioni tipografiche e abbreviazioni

Parentesi tonde ( ): Racchiudono termini integrativi che precisano il termine principale.

I10.- **Ipertensione essenziale (primitiva)**
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 daga in una categoria asterisco e viceversa:

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

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

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.

Vedi, vedi anche: Si trovano nell'indice alfabetico:
- «Vedi» definisce il termine particolare a cui si rimanda.
- «Vedi anche» rimanda ai termini principali che devono essere consultati.

Parentesi quadre [ ]: Le parentesi quadre sono usate nel volume 1 per gli scopi seguenti:
Includere sinonimi o frasi esplicative, per esempio:

A30.- Lebbra [malattia di Hansen]

Rimandare a note precedenti, per esempio:

C00.8 Lesione sconfinante 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: Segno utilizzato nel Volume 1 per elencare le inclusioni e le esclusioni, tenendo presente che nessuno dei termini che precedono o seguono la barra è completo da solo, e perciò non può essere classificato senza la corrispondente integrazione della rubrica.

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

NAS: Acronimo che significa «non altrimenti specificato»; equivale a «senza altre indicazioni (S.A.I.)». 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 questa congiunzione significa «**e/o**».

I74.- Embolia e trombosi arteriose
Questa categoria comprende embolie, trombosi e tromboembolie.

Punto e trattino .-: Segno utilizzato 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

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

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

G22a Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP)

Nozioni generali

La Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) contiene la lista dei codici per interventi chirurgici, procedure, interventi terapeutici e diagnostici. La CHOP si basa originariamente sul codice americano ICD-9 CM, allestito e mantenuto fino al 2007 dai CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) di Baltimora (USA).

La CHOP viene adattata annualmente, la versione 2012 comprende gli ampliamenti e le modifiche emersi dalle procedure di domanda fino al 2010 per lo sviluppo di SwissDRG.

Struttura

La CHOP consiste di due parti separate: l'indice alfabetico e la lista sistematica. La struttura del codice è fondamentalmente alfanumerica, anche se per motivi storici la maggior parte dei codici è formata solo da cifre. In genere, i codici si compongono di due cifre seguite da un punto, dopo il quale possono essere presenti fino ad altre quattro cifre (p. es. 06.4; 45.76; 93.38.10; 99.A1.12).

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

Indice alfabetico

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

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

Lista sistematica

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

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

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

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

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

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

Convenzioni tipografiche e abbreviazioni

NAC	Non altrimenti classificabile: non esiste nessun sottocodice per questo intervento specifico.
NAS	Non altrimenti specificato: mancano i dettagli che permettano di precisare l'intervento.
Altro	Non è disponibile un codice specifico per una procedura definita.
( )	Le parentesi tonde includono termini o spiegazioni che integrano la descrizione di un intervento
[ ]	Le parentesi quadre contengono sinonimi e altre forme per scrivere l'espressione precedente o successiva
ESCLUSO	L'intervento va classificato altrove, sotto il codice indicato
INCLUSO	L'intervento appartiene al codice
Codificare anche	L'intervento va classificato con un codice supplementare
Omettere il codice	L'intervento è già automaticamente incluso
e	Il termine «e» viene utilizzato nel senso di «e/o»
*****	L'asterisco indica un'aggiunta svizzera all'originale statunitense
L	Per questa procedura va codificata la lateralità

G30a Come eseguire una codifica corretta

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

Fase 1 Cercare il termine guida nell'indice alfabetico

Fase 2 Verificare il codice trovato nella lista sistematica

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

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

Principio: la codifica deve essere fatta nel modo più specifico possibile e usando codici terminali. Questi ultimi possono essere a tre, quattro o cinque caratteri nella ICD-10-GM e fino a sei caratteri nella CHOP.

G40a Documentazione delle diagnosi e delle procedure

La definizione della diagnosi e la documentazione di tutte le diagnosi e/o procedure durante l'intera degenza ospedaliera è sotto la **responsabilità** del medico curante. Queste informazioni formano la base per la codifica da parte dei codificatori.

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

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

G50b Definizioni

G51b Caso di trattamento

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

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

Per la codifica va ricordato che:

- Il **caso** inizia con l'entrata e termina con l'uscita, con il trasferimento o il decesso del paziente.

- Se una degenza è prolungata perché un **paziente** è **in attesa** di un posto in un istituto di cura, viene aperto un nuovo caso amministrativo. Come diagnosi principale si indica il codice *Z75.8 Altri problemi connessi a servizi sanitari e altre forme di assistenza sanitaria.* Il caso **non viene fatturato tramite DRG** (variabile 4.8. VO1:O)**.**

- Nei **raggruppamenti di casi** contemplati dalle «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG» va trasmesso solo il caso raggruppato (una codifica); le riammissioni vanno caratterizzate con le variabili 4.7.V01 - 4.7.V41.

G52a Diagnosi principale

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

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

L'analisi della cartella clinica del paziente **all'uscita** consente di scegliere tra le affezioni 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). La prima diagnosi riportata sul rapporto d'uscita non coincide sempre con la diagnosi principale da codificare.

Questo significa che la malattia o il disturbo che ha rappresentato il motivo principale dell'ospedalizzazione viene stabilito solo al termine della degenza ospedaliera. La diagnosi all'ammissione (motivo del ricovero) non coincide necessariamente con la diagnosi principale.

Se sono menzionati più di uno stato, il medico curante deve scegliere quello che ha richiesto il maggior dispendio di risorse mediche. Il maggior dispendio di risorse è definito dalla prestazione medica e non dal peso relativo, che dipende anche da altri fattori.

Esempio 1
La paziente viene ricoverata per una cheratoplastica. Il secondo giorno viene trasferita nell'unità di cure intensive a causa di un infarto miocardico e viene organizzata un'angiografia coronarica.
In questo caso come diagnosi principale va codificato l'infarto miocardico, perché ha richiesto il maggior dispendio di risorse mediche.

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

G53b Complemento alla diagnosi principale

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

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

1. La diagnosi principale è codificata con un codice a daga (†), al quale viene aggiunto il corrispondente codice ad asterisco (*) nel campo «CDP», se nessun altra regola di codifica lo impedisce (vedi anche D03a).

Esempio 1
Un paziente con diabete di tipo 2 viene ricoverato per il trattamento di una retinopatia diabetica.

DP	*E11.30†*	*Diabete mellito non insulino-dipendente con complicanze oculari, definito come non scompensato*
CDP	*H36.0**	*Retinopatia diabetica*

2. La diagnosi principale è il codice di un traumatismo, avvelenamento, malattia o disturbo dopo procedure diagnostiche o terapeutiche o di altro danno alla salute al quale va aggiunto nel campo «complemento alla diagnosi principale» il codice relativo alla causa esterna, a condizione che questo non sia in conflitto con un'altra regola di codifica di tenore diverso.

Esempio 2
Un paziente viene ospedalizzato per una frattura dell'avambraccio destro (radio e ulna) causata da un infortunio sciistico.

DP	*S52.4*	*Frattura diafisaria sia dell'ulna che del radio*
L	*destra*	
CDP	*X59.9!*	*Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi*

G54a Diagnosi secondarie

La diagnosi secondaria è definita come:

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

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

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

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

In sintesi: ***Impiego di risorse mediche > 0 è codificato***

Come spiegato nella sezione G40a, l'elenco delle diagnosi secondarie è sotto la responsabilità del medico curante e costituisce la base per la codifica. Il codificatore non interpreta liste di farmaci, risultati di laboratorio o documentazione infermieristica, né formula nuove diagnosi secondarie sulla base di questi dati senza previa discussione con il medico curante.

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

Esempio 1
Una paziente è trattata con un beta-bloccante per le diagnosi secondarie di cardiopatia coronarica, ipertensione arteriosa e insufficienza cardiaca.
DS Cardiopatia coronarica
DS Ipertensione arteriosa
DS Insufficienza cardiaca

Esempio 2
Una paziente è ricoverata per il trattamento di una leucemia mieloide cronica (LMC). 10 anni prima era stata operata per una lesione al menisco, in seguito alla quale non aveva mostrato disturbi.
Soffre di una cardiopatia coronarica nota, che durante la degenza continua ad essere trattata farmacologicamente.
L'esame ecografico per il controllo dei linfonodi addominali non mostra risultati di rilievo, ad eccezione di un mioma uterino già diagnosticato. Il mioma non richiede ulteriori accertamenti o trattamenti.
Durante la degenza ospedaliera si manifesta un episodio depressivo, che viene trattato con antidepressivi.
A causa delle lombalgie persistenti, la paziente viene curata con fisioterapia.
DP Leucemia mieloide cronica (LMC)
DS Cardiopatia coronarica
DS Episodio depressivo
DS Lombalgia

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

Esempio 3
Un paziente ricoverato per una polmonite è contemporaneamente affetto da diabete mellito. Il personale infermieristico controlla ogni giorno la glicemia e il paziente riceve una dieta speciale per diabetici.
DP Polmonite
DS Diabete mellito

Esempio 4
Un paziente di 60 anni affetto da varicosi viene ricoverato per il trattamento di un'ulcera della gamba destra. A causa di una precedente amputazione della gamba sinistra, il paziente richiede un'assistenza supplementare da parte del personale infermieristico.
DP Ulcera varicosa della gamba
L destra
DS Amputazione della gamba nell'anamnesi
L sinistra

Sequenza delle diagnosi secondarie

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

G55a Trattamento principale

Secondo la definizione dell'UST, il provvedimento medico più determinante nel processo di trattamento nel quadro della diagnosi principale è codificato come trattamento principale.

G56a Trattamenti secondari

Gli altri provvedimenti sono codificati come trattamenti secondari.

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

Sequenza dei trattamenti secondari

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

Regole di codifica generali per le malattie/diagnosi D00-D15

D00a Risultati anormali

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

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

Esempio 1
Un paziente viene ricoverato a causa di una polmonite. In laboratorio si riscontra un lieve aumento di gamma-GT. Un secondo esame evidenzia valori nella norma.
DP Polmonite

L'aumento di gamma-GT non soddisfa la definizione di diagnosi secondaria (v. regola G54a) e quindi non è codificato. Tuttavia, è importante per la documentazione medica e la comunicazione tra i medici.

D01a Sintomi

Sintomi come diagnosi principale

I codici dei sintomi sono indicati come diagnosi principale solo se al termine della degenza non è stata posta una diagnosi definitiva. In tutti gli altri casi la diagnosi principale è la diagnosi posta alla fine.

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

Esempio 1
Un paziente è ricoverato 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*
TP	*54.91*	*Drenaggio percutaneo addominale (puntura)*

Sintomi come diagnosi secondarie

Un sintomo non viene codificato se è associato alla malattia di base essendone la conseguenza chiara e diretta. Se tuttavia il sintomo (la manifestazione) rappresenta un problema autonomo importante per le cure mediche, allora è codificato come diagnosi secondaria, sempreché soddisfi la definizione di diagnosi secondaria (vedi regola G54a).

D02b Diagnosi monolaterali e bilaterali Diagnosi di multiple localizzazioni

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

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

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

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

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

Se la diagnosi concerne **varie localizzazioni**, ogni sede va specificamente codificata. Nella misura del possibile non vanno usati i codici «localizzazioni multiple».

Esempio 1
Paziente con emorragie intracerebrali, una corticale nel lobo frontale, l'altra intraventricolare.
I61.1 Emorragia intracerebrale emisferica sottocorticale
I61.5 Emorragia intracerebrale intraventricolare

Esempio 2
Paziente con lesione di menisco da lacerazione o traumatismo di vecchia data: corno anteriore del menisco interno e corno anteriore del menisco esterno.
M23.21 Lesione di menisco da lacerazione o traumatismo di vecchia data, corno anteriore del menisco interno
M23.24 Lesione di menisco da lacerazione o traumatismo di vecchia data, corno anteriore del menisco esterno

D03a Codici daga (†) - asterisco (*)

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

Qualora nella diagnosi principale sia presente il codice daga (†), il corrispondente codice asterisco (*) va indicato come complemento alla diagnosi principale (CDP), purché questa manifestazione soddisfi la definizione di diagnosi secondaria (v. regola G54a), come nell'esempio 1.

Nei casi in cui il codice daga (†) corrisponda a una diagnosi secondaria, viene indicato prima del corrispondente codice asterisco (*), sempreché quest'ultimo soddisfi la definizione di diagnosi secondaria (v. regola G54a).

Alcuni codici non sono fin da principio codici daga (†), ma lo diventano tramite l'associazione con un codice asterisco (*), come nell'esempio 2.

A un codice daga (†) possono essere associati diversi codici asterisco (*), come nell'esempio 3.

Esempio 1
Un paziente viene curato per un lupus eritematoso disseminato con interessamento del polmone.

DP	*M32.1†*	*Lupus eritematoso sistemico con interessamento di organo o sistema*
CDP	*J99.1**	*Disturbi respiratori in altre connettiviti sistemiche classificate altrove*

Esempio 2
Una paziente è ricoverata per il trattamento di un'anemia renale.
Il codice N18.- Malattia renale cronica diventa un codice daga associato al codice asterisco D63.8 Anemia in altre malattie croniche classificate altrove.*

Esempio 3
Un paziente affetto da diabete mellito di tipo 1 con complicazioni multiple costituite da un'aterosclerosi delle arterie degli arti, da una retinopatia e da una nefropatia è ricoverato per un grave scompenso metabolico. Tutte le complicazioni vengono trattate.

DP	*E10.73†*	*Diabete mellito insulino-dipendente con complicanze multiple, definito come scompensato*
CDP	*I79.2**	*Angiopatia periferica in malattie classificate altrove*
DS	*H36.0**	*Retinopatia diabetica*
DS	*N08.3**	*Disturbi glomerulari in diabete mellito*

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

D04a Codici con punto esclamativo («!»)

Tutti i codici con punto esclamativo indicati come opzionali nella ICD-10-GM vanno obbligatoriamente riportati, se pertinenti. Servono a specificare un codice senza punto esclamativo precedentemente indicato, oppure per descrivere le circostanze di un traumatismo, avvelenamento o di una complicazione. I codici con punto esclamativo non possono essere indicati da soli.

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

Esempio 1
Infezione delle vie urinarie da Escherichia coli.

DP	*N39.0*	*Infezione delle vie urinarie, sede non specificata*
CDP	*-*	
DS	*B96.2!*	*Escherichia coli [E. coli] come causa di malattie classificate in altri settori*

Esempio 2
Ferita aperta alla pianta del piede sinistro in un paziente giovane che in un bosco è inciampato su un oggetto metallico.

DP	*S91.3*	*Ferita aperta di altre parti del piede*
L	*2*	
CDP	*W49.9!*	*Accidente da esposizione ad altre e non specificate forze meccaniche inanimate*

È possibile che da un punto di vista clinico un codice con punto esclamativo possa essere attribuito a diversi codici diagnostici. In questo caso il codice con punto esclamativo deve essere indicato una volta sola al termine dei codici diagnostici (nell'esempio 3, il codice S31.83!).

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

Esempio 3
Una paziente subisce durante un incidente del traffico una ferita aperta dell'addome con rottura completa del parenchima renale sinistro, lacerazione della milza e piccole lacerazioni intestinali.

DP	*S37.03*	*Rottura completa del parenchima renale*
L	*2*	
CDP	*V99!*	*Incidente da trasporto non specificato*
DS	*S36.03*	*Lacerazione della milza con interessamento del parenchima*
DS	*S36.49*	*Traumatismo di altre e multiple parti dell'intestino tenue*
DS	*S31.83!*	*Ferita aperta (qualsiasi parte dell'addome, dei lombi e della pelvi) in collegamento con traumatismo intraaddominale*

D05a Esiti di/presenza di/mancanza di

Queste diagnosi vanno codificate solo se influiscono sul trattamento attuale (v. regola della definizione di diagnosi secondaria G54a).

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

- Mancanza di, perdita (di), amputazione, es. *Z89.6 Mancanza acquisita di una gamba, sopra il ginocchio*
- Sequele (di), vedi la sezione «Sequele» D06a
- Tumore, anamnesi personale, es. *Z85.0 Anamnesi personale di tumore maligno dell'apparato digerente*
- Trapianto (eseti di trapianto), es. *Z94.4 Presenza di trapianto epatico*
- Presenza (di), es. *Z95.1 Portatore di bypass aortocoronarico*

Esempio 1
Un paziente è ricoverato per una polmonite da Klebsiella; il trattamento è complicato dal fatto che il paziente era stato precedentemente sottoposto a trapianto di fegato.

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

D06a Sequele

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

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

Codici speciali per le sequele:

B90.-	*Sequele di tubercolosi*
B91	*Sequele di poliomielite*
B92	*Sequele di lebbra*
B94.-	*Sequele di altre e non specificate malattie infettive e parassitarie*
E64.-	*Sequele di malnutrizione e di altri deficit nutrizionali*
E68	*Sequele dell'iperalimentazione*
G09	*Sequele di malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale*
I69.-	*Sequele di malattia cerebrovascolare*
O94	*Sequele di complicanze durante la gravidanza, il parto e il puerperio*
T90-T98	*Sequele di traumatismi, di avvelenamenti e di altre conseguenze di cause esterne* **Attenzione: in questo caso non deve essere indicato il codice per le cause esterne (V01!-Y84!).**

Esempio 1
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 2
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 3
Salpingite tubercolare dieci anni prima come causa di sterilità. La diagnosi principale è la sterilità.

DP	*N97.1*	*Infertilità femminile di origine tubarica*
DS	*B90.1*	*Sequele di tubercolosi genitourinaria*

Esempio 4
Una paziente è ricoverata per il trattamento di una precedente frattura mal consolidata del radio destro.

DP	*M84.03*	*Frattura mal consolidata, avambraccio*
L	*1*	
DS	*T92.1*	*Sequele di frattura del braccio*
L	*1*	

D07a Interventi di follow-up pianificati

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

Esempio 1

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

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

Esempio 2

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

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

Esempio 3

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

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

Attenzione: in questo caso non va indicato il codice del grado del danno ai tessuti molli né quello per le cause esterne, perché sono già stati codificati in occasione della prima degenza.

D08a Minaccia o malattia incombente

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

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

Esempio 1
Un paziente viene ospedalizzato per un'incombente gangrena della gamba destra, che però durante la degenza non si manifesta grazie al trattamento tempestivo.
Nella ICD-10 non esiste una voce «Gangrena incombente o minaccia di gangrena», perciò questo caso va codificato secondo la malattia di base, es. come aterosclerosi delle arterie degli arti con cancrena.

DP	*I70.24*	*Aterosclerosi delle arterie degli arti: bacino-gamba, con cancrena*
L	*1*	

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

D09a Diagnosi sospette

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

Vi sono tre possibilità:

Diagnosi sospetta probabile

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

Nessuna formulazione di diagnosi

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

Esempio 1
Un bambino viene ricoverato per dolore addominale nel quadrante inferiore destro con sospetto di appendicite. Gli esami durante la degenza non confermano la diagnosi di appendicite. Non viene eseguito un trattamento specifico per l'appendicite.

DP	*R10.3*	*Dolore localizzato ad altre parti addominali inferiori*

Esclusione della diagnosi sospetta

Se la diagnosi sospettata all'ammissione viene esclusa dagli esami, **non vi sono sintomi** e non è stata posta alcun'altra diagnosi, si deve scegliere un codice della categoria

Z03.- *Osservazione ed esame per sospetto di malattie e condizioni*

Esempio 2
Un bambino piccolo viene trovato dalla madre con in mano una scatola di compresse vuota. Non è chiaro dove sia finito il contenuto. Il bambino non presenta sintomi, ma viene ricoverato in osservazione per il sospetto di ingestione di medicamenti. Nel decorso però non emergono indizi di un'ingestione di compresse.

DP	*Z03.6*	*Osservazione per sospetto di ingestione di sostanze tossiche*
DS		*Nessuna*

D10a Malattie croniche con episodio acuto

Se un paziente soffre contemporaneamente della forma cronica e acuta della stessa malattia, es. un'esacerbazione acuta di una malattia cronica, e se per la forma acuta e per quella cronica esistono due codici distinti, come diagnosi principale va codificata la forma acuta della malattia, mentre la forma cronica figura come diagnosi secondaria.

Esempio 1
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: questo criterio non si applica nei seguenti casi:

a) nella ICD-10-GM è presente un codice specifico per la combinazione, per esempio:

*J44.1 Pneumopatia ostruttiva **cronica** con esacerbazione **acuta**, non specificata*

b) la ICD-10-GM esclude questo tipo di codifica, per esempio:

*C92.0- Leucemia mieloblastica **acuta***
*Escluso: Esacerbazione **acuta** di leucemia mieloide **cronica** (C92.1-)*

c) la ICD-10-GM richiede un solo codice. Per esempio, nella codifica di un episodio acuto di linfadenite mesenterica cronica, l'indice alfabetico segnala che l'episodio **acuto** non può essere codificato separatamente perché è già indicato tra parentesi tonde dopo il termine principale (quindi non è un modificatore del codice):

*I88.0 Linfadenite mesenterica (**acuta**) (**cronica**)*

D11a Codici combinati

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

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

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

Esempio 1
Arteriosclerosi delle estremità con cancrena.
I70.24 Aterosclerosi delle arterie degli arti, bacino-gamba, con cancrena

Non corretta sarebbe la codifica separata:

I70.20 Aterosclerosi delle arterie degli arti, altre e non specificate

con

R02 Cancrena non classificata altrove

D12a Malattie o disturbi iatrogeni (complicanza)

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

- Nella maggior parte dei capitoli della ICD-10 GM sono presenti codici speciali per malattie o disturbi iatrogeni. Per documentare che si tratta di una malattia o disturbo iatrogeno, si indica in aggiunta un codice del capitolo XX (Y57!-Y84!), a meno che l'informazione non sia già contenuta nel codice ICD-10.

Esempio 1
K62.7 Proctite da raggi

Esempio 2
I95.2 Ipotensione da farmaci

Esempio 3
Trombosi venosa profonda a destra susseguente a trattamento di una frattura tibiale.
I80.28 Flebite e tromboflebite di altri vasi profondi degli arti inferiori
L 1
Y84.9! Complicanza d'intervento medico non specificato

La trombosi venosa profonda è descritta in modo specifico dal codice I80.2 e quindi non va usato il codice non specifico

I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, non classificati altrove

- Inoltre, alla fine di alcuni capitoli sugli organi esistono le seguenti categorie:

E89.- Disturbi endocrini e metabolici iatrogeni, non classificati altrove
G97.- Disturbi iatrogeni del sistema nervoso non classificati altrove
H59.- Disturbi iatrogeni dell'occhio e degli annessi non classificati altrove
H95.- Disturbi iatrogeni dell'orecchio e dell'apofisi mastoide non classificati altrove
I97.- Disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, non classificati altrove
J95.- Disturbi respiratori iatrogeni non classificati altrove
K91.- Disturbi iatrogeni dell'apparato digerente non classificati altrove
M96.- Disturbi del sistema osteomuscolare iatrogeni, non classificati altrove
N99.- Disturbi iatrogeni delle vie genitourinarie non classificati altrove

Questi codici vanno indicati **solo qualora non esista un codice più specifico per la malattia** o qualora quest'ultimo non sia consentito da un'esclusione nella ICD-10-GM. I codici **non specifici** di questo capitolo sono da evitare.

Esempio 4
Prolasso su esiti di ileostomia.
K91.4 Malfunzionamento di colostomia ed enterostomia

Esempio 5
Delirium indotto dall'anestesia.
F05.8 Altro delirium
Y57.9! Complicanze a causa di medicamenti e droghe

Il delirium indotto dall'anestesia è descritto in modo più specifico dal codice F05.8 e quindi non va indicato il codice

G97.88 Altri disturbi iatrogeni del sistema nervoso

- Nel capitolo XIX sono presenti le categorie *T80-T88 Complicanze di cure chirurgiche e mediche non classificate altrove*. I codici della precedente lista sono da preferire ai codici T80-T88, nel caso in cui questi ultimi non descrivano con maggiore specificità la malattia.

  Attenzione: con T80-T88 va indicato un codice per la causa esterna (v. capitolo S2000).

Esempio 6
Lussazione di protesi dell'anca.
T84.0 Complicanza meccanica di protesi articolare interna
Y82.8! Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici

La lussazione della protesi dell'anca viene indicata specificatamente con il codice T84.0 e non con il codice

M96.88 Altri disturbi osteomusculari iatrogeni

Esempio 7
Pacemaker dislocato.
T82.1 Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco
Y82.8! Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici

La complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco viene indicata specificamente con il codice T82.1 e non con il codice

I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, non classificati altrove

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 più specifico per la malattia o qualora quest'ultimo 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 per la complicanza come tale (è il caso delle embolie polmonari), la patologia viene indicata con il codice abituale.

Scelta tra diagnosi principale e secondaria

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

Esempio 8

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

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

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

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

Se un paziente viene nuovamente ricoverato nello stesso ospedale **nei primi 18 giorni dopo l'uscita** in seguito a una malattia o disturbo iatrogeno (complicanza) associato alle prestazioni erogate nella degenza precedente (v. regole di fatturazione), la malattia di base deve essere codificata come diagnosi principale e la malattia o disturbo iatrogeno (complicanza) come diagnosi secondaria.

Esempio 9

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

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

Esempio 10

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

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

D13a Sindrome

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

Esempio 1
Un bambino dismorfico è ospedalizzato per accertare la sindrome in causa. Gli esami confermano la diagnosi di trisomia 21, non disgiunzione meiotica (sindrome di Down).

DP	*Q90.0*	*Trisomia 21, non disgiunzione meiotica*

Esempio 2
Un bambino con trisomia 21, non disgiunzione meiotica (sindrome di Down) è ricoverato per un intervento di cardiochirurgia dovuto a un difetto congenito del setto interventricolare.

DP	*Q21.0*	*Difetto del setto interventricolare*
DS	*Q90.0*	*Trisomia 21, non disgiunzione meiotica*

Qualora non esista un codice specifico per la sindrome, si devono codificare le singole manifestazioni.
In caso di sindrome congenita si deve codificare un codice supplementare della categoria

Q87.- *Altre sindromi malformative congenite, specificate, di apparati multipli*

come diagnosi secondaria perché si capisca che le manifestazioni già codificate fanno parte di una sindrome senza codice specifico.

Esempio 3
Un bambino con sindrome di Galloway-Mowat (combinazione di microcefalia, ernia iatale e nefrosi con ereditarietà autosomica recessiva) è ricoverato per una biopsia renale sinistra. Dal punto di vista istologico si rilevano lesioni glomerulari focali e segmentarie.

DP	*N04.1*	*Sindrome nefrosica con lesioni focali e segmentarie del glomerulo*
L	*0*	
DS	*Q40.1*	*Ernia iatale congenita*
DS	*Q02*	*Microcefalia*
DS	*Q87.8*	*Altre sindromi malformative congenite, specificate, non classificate altrove*
TP	*55.23*	*Biopsia renale chiusa [percutanea] [agobiopsia]*
L	*2*	

Solo in questi casi sono codificate le diagnosi secondarie che descrivono la sindrome anche indipendentemente dalla definizione di diagnosi secondaria (regola G54a).

D14a Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico o procedura non eseguiti

Se un paziente è ricoverato in ospedale per un intervento chirurgico o una procedura e vieni dimesso senza che siano effettuati, 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 1

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

DP	*H65.3*	*Otite media mucoide cronica*
L	*0*	
DS	*Z53*	*Persone che ricorrono ai servizi sanitari per atti medici specifici, non eseguiti*

b) Se l'intervento chirurgico o la procedura non è stata eseguita per una malattia o per una complicanza insorta dopo l'ospedalizzazione:

Esempio 2

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

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

D15a Trasferimento per continuazione delle cure

Se un paziente è trasferito in un altro ospedale per proseguire il trattamento (indipendentemente se **somatico acuto** o di **riabilitazione/convalescenza**), ogni ospedale deve codificare un caso separato. Come diagnosi principale è (sono) codificata(e) la(e) malattia(e)/i(l) traumatismo(i) di base. Il fatto che il paziente non è sottoposto a un trattamento primario è indicato con un codice Z quale prima diagnosi secondaria.

In presenza di diagnosi multiple, la diagnosi principale va scelta applicando in modo conseguente la definizione di diagnosi principale (vedi regola G52a).

Esempio 1
Trasferimento dopo frattura e osteosintesi.

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

Attenzione: in questo caso non deve essere indicato il codice per le cause esterne (V01!-Y84!), poiché è già stato registrato nell'ospedale di primo trattamento.

Esempio 2
Trasferimento dopo trattamento primario di cardiopatia coronarica mediante bypass aortocoronarico.

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

Esempio 3
Trasferimento in clinica di riabilitazione dopo impianto di protesi per coxartrosi destra.

DP	*M16.1*	*Altra coxartrosi primaria*
L	*1*	
DS	*Z50.-!*	*Trattamenti implicanti l'uso di tecniche riabilitative*
DS	*Z96.6*	*Portatore di impianto ortopedico articolare*
L	*1*	

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

Come esempio di trasferimento per accertamenti o terapia specifica:

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

L'ospedale primario codifica:

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

Ospedale centrale: nessuna codifica

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

Esempio 2
Il paziente con infarto miocardico rimane 36 ore in regime di ricovero nell'ospedale centrale per accertamenti e PTCA (1 vaso sanguigno/1 stent metallico), e successivamente è trasferito di nuovo nell'ospedale primario.

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

DP	*I21.-*	*Infarto miocardico acuto*

L'ospedale centrale codifica:

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

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

DP	*I21.-*	*Infarto miocardico acuto*

Qualora, secondo le regole per la fatturazione (vedi capitolo 3.3 raggruppamento di casi), entrambe le degenze nell'ospedale primario fossero fatturate mediante un importo forfettario per caso (DRG), le diagnosi e le procedure di entrambe le degenze vanno accomunate. Per queste diagnosi si applica la definizione di diagnosi principale (G52a).

Regole di codifica generali per le procedure P00-P09

P00a Registrazione della procedura nel record medico

Per ogni procedura registrata si devono indicare:

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

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

  I relativi codici CHOP sono indicati nella CHOP con [L]. Questa informazione va interpretata come un aiuto alla codifica, visto che l'indicazione non è completa. Inoltre alcune procedure sono contrassegnate da una (L) anche se non richiedono sempre l'indicazione di una lateralità. In tali casi la variabile V4.3.V0-- va lasciata in bianco. Questa situazione è dovuta al fatto che alcuni codici comprendono procedure per localizzazioni **con o senza** la necessità di indicare la lateralità.

- Se la prestazione sia stata fornita al di fuori o nell'ospedale stesso.

P01b Procedure che vanno codificate

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

Sono definite procedure importanti quelle che:

- sono di natura chirurgica
- comportano un rischio legato all'intervento
- comportano un rischio legato all'anestesia
- richiedono strutture speciali, grandi apparecchiature (p. es. RMN) o una formazione speciale.

2. Le procedure che non sono direttamente collegate a un'altra procedura sono codificate separatamente.

Esempio 1
Viene eseguita un'angiografia coronarica preoperatoria prima di un intervento di bypass aortocoronarico con apparecchio cuore-polmone.
In questo caso l'angiografia coronarica (88.5-) è codificata tra i trattamenti secondari.

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

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

P02a Procedure che non vanno codificate

1. Procedure che vengono eseguite **abitualmente** nella maggior parte dei pazienti con una determinata malattia poiché la loro realizzazione è sottintesa per la diagnosi descritta o nelle altre procedure effettuate.

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 e di controllo
- terapie farmacologiche **con eccezione di**: terapie in neonati, chemioterapie, immunoterapie, trombolisi, prodotti sanguigni e medicamenti molto cari.
- singole componenti di una procedura: preparazione, posizionamento, anestesia o analgesia (incl. intubazione) e chiusura di ferita sono in genere comprese in un codice operatorio.

2. Le procedure che sono direttamente collegate a un'altra procedura non sono codificate.

Esempio 1
Nel quadro di una PTCA viene eseguita un'angiografia coronarica:
in questo caso l'angiografia coronarica (88.5-) non è codificata.

Eccezioni:

- Anestesia in procedure normalmente eseguite senza anestesia, p. es. narcosi per una RMN in un bambino.

- Una terapia del dolore è contenuta nel codice in caso di interventi chirurgici e di misure diagnostiche. Viene codificata separatamente solo quando costituisce una misura isolata (esempio 2) o appartiene alla categoria *93.A- Terapia del dolore.*

  Esempio 2
  Un paziente con carcinoma metastatico viene trattato con chemioterapia e terapia del dolore mediante iniezione nel canale vertebrale.
  TP 99.25.- Chemioterapia
  TS 03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia

P03a Endoscopia e interventi endoscopici

Gli interventi endoscopici (laparoscopia, endoscopia, artroscopia) vanno codificati con il codice specifico per l'intervento endoscopico, qualora vi sia un codice apposito.

Esempio 1
Laparoscopia e colecistectomia laparoscopica.
TP 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 2
Pancreatectomia parziale laparoscopica.
TP 52.51.-- Pancreatectomia prossimale
TS 54.21.20 Laparoscopia, via d'accesso per interventi chirurgici

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

Esempio 3
Un'esofagogastroduodenoscopia con biopsie in una o diverse sedi dell'esofago, dello stomaco o del duodeno è codificata come
45.16 Esofagogastroduodenoscopia con biopsia chiusa

Esempio 4
Una faringotracheobroncoscopia è codificata come
33.22 Broncoscopia con fibre ottiche

P04a 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 e le regole di codifica o le indicazioni nella CHOP non prescrivano di codificare diversamente.

Esempio 1
28.3 Tonsillectomia con adenoidectomia

Esempio 2
52.7 Pancreaticoduodenectomia radicale (procedura di Whipple)

Esempio 3
77.51 Correzione di alluce valgo con asportazione, correzione dei tessuti molli e osteotomia del primo metatarso

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

Esempio 4
Un paziente si sottopone a gastrectomia totale con resezione del grande omento e dei linfonodi della regione gastrica.

TP	*43.99*	*Altra gastrectomia totale*
TS	*40.3X.--*	*Asportazione di linfonodi regionali*
TS	*54.4X.--*	*Asportazione o distruzione di tessuto peritoneale*

La CHOP contiene talvolta indicazioni speciali («codificare anche») per la codifica aggiuntiva delle singole componenti.

Esempio 4
00.70 Revisione di una protesi dell'anca, componente acetabolare e femorale
Codificare anche: Tipo di superficie portante, se noto (00.74 - 00.77)
Rimozione di spacer (cemento) (84.57)

P05a Interventi eseguiti parzialmente

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

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

Esempio 1
Colecistectomia laparoscopica con passaggio alla procedura chirurgica aperta.
51.22.-- *Colecistectomia*

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

Esempio 2
Qualora in un'appendicectomia classica si debba interrompere l'intervento per intervenuto arresto cardiaco dopo la laparotomia, si codifica solo quest'ultima.
54.11 *Laparotomia esplorativa*

Esempio 3
Qualora in caso di carcinoma esofageo si debba interrompere l'esofagectomia prima della preparazione dell'esofago per inoperabilità, si codifica solo la toracotomia eseguita.
34.02 *Toracotomia esplorativa*

P06a 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 sono, per esempio: escissioni multiple di lesioni cutanee, biopsie multiple o simili procedure complesse, a condizione che siano codificabili con la stessa sede.

Esempio 1
Una paziente è ricoverata per l'escissione di dieci lesioni: una per carcinoma basocellulare del naso recidivante, due lesioni per carcinoma basocellulare dell'orecchio destro, tre lesioni per carcinoma basocellulare dell'avambraccio destro, tre lesioni per cheratosi solare della schiena e una lesione per cheratosi solare della gamba sinistra.

DP	*C44.3*	*Carcinoma basocellulare, del naso, recidivante*
DS	*C44.2*	*Carcinoma basocellulare, dell'orecchio*
L	*1*	
DS	*C44.6*	*Carcinoma basocellulare, dell'avambraccio*
L	*1*	
DS	*C97!*	*Tumori maligni di sedi indipendenti multiple (primitive)*
DS	*L57.0*	*Cheratosi solare*
TP	*21.32.--*	*Asportazione o distruzione locale di altra lesione del naso (per basalioma del naso)*
TS	*18.31.--*	*Asportazione radicale di lesione dell'orecchio esterno (per basalioma dell'orecchio)*
L	*1*	
TS	*86.4X.--*	*Asportazione radicale di lesione della cute (per basaliomi dell'avambraccio)*
TS	*86.3X.--*	*Altra asportazione o distruzione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo (per 3 cheratosi solari della schiena)*
TS	*86.3X.--*	*Altra asportazione o distruzione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo (per 1 cheratosi solare della gamba)*

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

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

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

93.A2.20	*Terapia del dolore multimodale, da almeno 14 a massimo 20 giorni di trattamento (totale 7 + 8 = 15 giorni)*

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.

P07a Interventi chirurgici bilaterali

Interventi bilaterali eseguiti in una seduta sono codificati solo una volta e contrassegnati come bilaterali nella variabile della lateralità.

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

Esempio 1
Protesi totale di ginocchio bilaterale:
TP 81.54.-- Sostituzione totale del ginocchio
L 0

Esempio 2
Interventi per ernia inguinale bilaterale secondo Lichtenstein.
TP 53.17 Riparazione bilaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, NAS
L 0

P08a 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.:

28.7X.-- 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, seguito da:

00.99.10 Reintervento

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

P09a Prelievo e trapianto d'organo

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

1. Esame di un potenziale donatore di organo o tessuto

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

DP	*Z00.5*	*Esame di un potenziale donatore di organo o tessuto*
TP	*89.07.6-*	*Visita di un donatore vivente per prelievo di organo*

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

2. Donazione da vivente

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

DP	*Z52.-*	*Donatori di organi e tessuti*
TP	*Codice di procedura relativo al prelievo dell'organo o tessuto da trapiantare* (vedi anche la tabella sottostante)	

Esempio 1
Un donatore esterno è ricoverato per la donazione da vivente di un rene. Viene eseguita una nefrectomia. Non sono presenti diagnosi secondarie rilevanti per il trattamento.

DP	*Z52.4*	*Donatore di rene*
TP	*55.51.02*	*Nefrectomia per trapianto, da donatore vivente*

Esempio 2
Un donatore esterno è ricoverato per la donazione di cellule staminali. Non sono presenti diagnosi secondarie rilevanti per il trattamento.

DP	*Z52.01*	*Donatore di cellule staminali*
TP	*41.91.01*	*Prelievo di cellule staminali da donatore per trapianto allogenico e autologo*
o	*99.79.02*	*Prelievo di cellule staminali ematopoietiche dal sangue periferico per donazione*

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

3. Donazione post mortem dopo morte cerebrale in ospedale

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

4. Valutazione in vista del trapianto

Ricoveri per accertamenti in vista di un possibile trapianto di organo o tessuto sono indicati con il codice

89.07.-- *Valutazione completa, con o senza inclusione del paziente in una lista d'attesa per trapianto d'organo*

5. Trapianto

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

DP *La malattia che costituisce il motivo del trapianto*
TP *Codice per la procedura di trapianto* (vedi tabella)
TS *Codice da 00.90 a 00.93 Tipo di tessuto o organo utilizzato nel trapianto*
TS *All'occorrenza, codice supplementare 99.79.11 Preparazione al trapianto d'organo con donatore vivente AB0-incompatibile*

L'asportazione dell'organo malato non è codificata.

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

6. Controllo dopo il trapianto

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

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

7. Insuccesso o rigetto del trapianto

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

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

T86.- Insuccesso e rigetto di trapianto di organo o tessuto viene codificato come diagnosi principale, se la condizione soddisfa la definizione di diagnosi principale. La malattia (p. es. maligna) di base viene codificata come prima diagnosi secondaria. Questa regola è prioritaria rispetto alla regola S0202a sulla scelta della diagnosi principale in caso di neoplasie.

Tabella dei prelievi e trapianti di organi e tessuti

Questa tabella non va considerata un elenco esaustivo.

Organo/tessuto	**Donazione da vivente**			**Trapianto (ricevente)**	
	ICD-10-GM	**CHOP**	**Testo**	**CHOP**	**Testo**
Cellule staminali (CS)	Z52.01	41.91.01 99.79.01/02	Prelievo di CS per donazione allo/auto Prelievo di CS dal sangue periferico allo/auto	41.04.- 41.07.- 41.05.- 41.08.-	Trapianto autologo di CS ematopoietiche Trapianto allogenico di CS ematopoietiche
Midollo osseo (MO)	Z52.3	41.91.00	Prelievo di MO da donatore per trapianto	41.01.- 41.02/.03	Trapianto autologo di MO Trapianto allogenico di MO
Pelle	Z52.1	86.6-.-	Innesto cutaneo libero		Codice in base a localizzazione ed entità dell'intervento
Osso	Z52.2	77.7-	Prelievo di osso per innesto	76.91.- 78.0-.- 78.49.8-	Innesto osseo su ossa facciali Innesto osseo Innesto osseo nella colonna vertebrale
Reni	Z52.4	55.51.02	Nefrectomia per trapianto, da donatore vivente	55.69.-	Trapianto di rene
Fegato	Z52.6	50.22.42 50.3X.1-	Epatectomia parziale per trapianto Lobectomia / emiepatectomia / resezione, per trapianto da vivente	50.5-	Trapianto del fegato
Cuore				37.51.-	Trapianto cardiaco
Polmone				33.5-	Trapianto polmonare
Cuore/polmone				33.6X.-	Trapianto combinato cuore-polmone
Pancreas				52.8-	Trapianto del pancreas
Cornea				11.6-	Trapianto di cornea
Intestino tenue				46.97.-	Trapianto intestinale

Regole di codifica speciali S0100-S2100

S0100 Alcune malattie infettive e parassitarie

S0101a Batteriemia

Una batteriemia va indicata con un codice della categoria

A49.- *Infezione batterica di sede non specificata*

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

A54.9 *Infezione gonococcica non specificata*

Non va quindi codificata con un codice per la sepsi (vedi sotto).

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

A39.4 *Meningococcemia non specificata*

S0102a Sepsi

Una sepsi (setticemia) viene codificata secondo il microrganismo che l'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.

Nota bene: un codice per la sepsi senza menzione del microrganismo specifico va integrato con un codice della categoria *B95.-! Streptococco e stafilococco come causa di malattie classificate in altri settori* o *B96.-! Altri agenti batterici, specificati, come causa di malattie classificate in altri settori.* Un'eventuale resistenza richiede un codice aggiuntivo delle categorie U80!-U85!.

Esempio 1
Un paziente è ospedalizzato a causa di una sepsi da Staphylococcus aureus con polmonite.

DP	*A41.0*	*Sepsi da Stafilococco aureo*
CDP	*-*	
DS	*R65.0!*	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo*
DS	*J15.2*	*Polmonite da stafilococco*

Esempio 2

Una paziente è ricoverata per una sepsi da streptococchi del gruppo C.

DP	*A40.8*	*Altre forme di sepsi streptococcica*
CDP	*-*	
DS	*R65.0!*	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo*
DS	*B95.41!*	*Streptococco, gruppo C, come causa di malattie classificate in altri settori*

Un'urosepsi viene codificata come un'altra sepsi.

Esempio 3

Un paziente viene ricoverato per un'urosepsi dovuta a una pielonefrite da E. coli.

DP	*A41.51*	*Sepsi da Escherichia coli*
CDP	*-*	
DS	*R65.0!*	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo*
DS	*N10*	*Pielonefrite acuta*

Una sepsi in associazione ad aborto, gravidanza ectopica, gravidanza molare, parto o puerperio va codificata con l'apposito codice del capitolo XV (O03-O07, O08.0, O75.3, O85). In aggiunta si deve utilizzare un codice per la sepsi per indicare l'agente patogeno e la presenza di una sepsi.

Esempio 4

Comparsa di sepsi dopo il parto dovuta ad un'infezione da streptococco del gruppo A.

DP	*O85*	*Sepsi puerperale*
CDP	*-*	
DS	*A40.0*	*Sepsi da streptococco, gruppo A*
DS	*R65.0!*	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo*

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

Esempio 5

Neonato con sepsi da Staphylococcus aureus.

DP	*P36.2*	*Sepsi del neonato da Staphylococcus aureus*
CDP	*-*	
DS	*R65.0!*	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo*

In caso di setticemia grave si devono codificare anche le complicanze organiche.

Esempio 6
Un paziente di 18 anni è ricoverato d'urgenza in ospedale per una setticemia da meningococco. Poco dopo l'ammissione si verifica un'insufficienza renale acuta.

DP	*A39.2*	*Meningococcemia acuta*
CDP	*-*	
DS	*R65.1!*	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva con insufficienza d'organo*
DS	*N17.-*	*Insufficienza renale acuta*

Sepsi in caso di agranulocitosi: se si ospedalizza un paziente per una sepsi nel quadro di un'agranulocitosi da farmaci, si deve indicare la sepsi come diagnosi principale e l'agranulocitosi come diagnosi secondaria. Se il paziente è già ospedalizzato e la sepsi costituisce la complicanza di un trattamento, come diagnosi secondarie si indicano entrambi i codici nella stessa sequenza menzionata sopra.

Esempio 7
Una paziente è ricoverata d'urgenza per una sepsi da Staphylococcus aureus nell'ambito di un'agranulocitosi indotta da farmaci.

DP	*A41.0*	*Sepsi da Stafilococco aureo*
CDP	*-*	
DS	*R65.0!*	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo*
DS	*D70.19*	*Agranulocitosi indotta da farmaci, non specificata*

Sepsi iatrogena: codificare nel modo più specifico possibile.

Esempio 8
Un paziente è ricoverato per una sepsi postoperatoria da anaerobi.

DP	*A41.4*	*Sepsi da anaerobi*
CDP	*Y84.9!*	*Complicanza da intervento medico non specificato*
DS	*R65.0!*	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo*

Esempio 9
Una paziente è ricoverata per una sepsi postoperatoria da anaerobi su infezione della ferita, che è sottoposta a sbrigliamento.

DP	*A41.4*	*Sepsi da anaerobi*
CDP	*Y84.9!*	*Complicanza da intervento medico non specificato*
DS	*R65.0!*	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo*
DS	*T81.4*	*Infezione susseguente a procedura diagnostica o terapeutica, non classificata altrove*

S0103a SIRS

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

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

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

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

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

R65.9! *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica non specificata*

Si distingue tra SIRS di origine infettiva e non infettiva. Nella codifica si deve prima indicare un codice per la sepsi o per una malattia di base causa della SIRS di origine non infettiva, seguito da un codice dalla categoria *R65.-! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica.* Per indicare le complicanze d'organo, gli agenti patogeni e la loro resistenza, si devono utilizzare codici aggiuntivi.

S0104b HIV/AIDS

I codici per l'HIV sono:

R75	*Messa in evidenza, con esami di laboratorio, del virus della immunodeficienza umana [HIV]* (ossia dimostrazione incerta dopo test sierologico dubbio)
B23.0	*Sindrome da infezione acuta da HIV*
Z21	*Stato d'infezione asintomatica da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]*
B20-B24	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]*
O98.7	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] complicante la gravidanza, il parto e il puerperio*

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

I codici R75, Z21, B23.0 e il gruppo B20-B24 si escludono a vicenda, e durante lo stesso ricovero ospedaliero non devono essere indicati contemporaneamente.

R75 Messa in evidenza, con esami di laboratorio, del virus della immunodeficienza umana [HIV]
Questo codice è utilizzato in caso di pazienti i cui test di laboratorio per la ricerca di HIV non sono inequivocabilmente positivi, p. es. quando il primo test per la ricerca di anticorpi è positivo, mentre il secondo non dà un risultato certo o è negativo. Questo codice non può essere indicato come diagnosi principale.

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

Nota: questa istruzione di codifica rappresenta un'eccezione alla regola D01a «Sintomi come diagnosi principale».

Esempio 1
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*
DS	*U60.-!*	*Categorie cliniche della malattia da HIV*
DS	*U61.-!*	*Numero di cellule T helper nella malattia da HIV*

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

Z21 Stato d'infezione asintomatica da HIV
Questo codice **non va indicato di routine, bensì solo come diagnosi secondaria**, qualora un paziente HIV positivo non abbia sintomi di infezione, ma nonostante ciò l'infezione accresca l'impiego di risorse per il trattamento.

Siccome Z21 si applica a pazienti asintomatici che sono ricoverati per il trattamento di una malattia non associata all'HIV, il codice Z21 non è attribuito come diagnosi principale.

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

Per la codifica di pazienti con una malattia associata all'HIV (può essere o no una malattia definente l'AIDS) sono disponibili i codici seguenti:

B20 *Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo a malattie infettive o parassitarie*

B21 *Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo a neoplasie maligne*

B22 *Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo ad altre malattie specificate*

B23.8 *Malattia da HIV che dà luogo ad altre condizioni morbose specificate*

B24 *Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV], non specificata*

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

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

Come descritto in S1503a, ora è disponibile il codice O98.7 per descrivere una malattia da HIV che complica una gravidanza, un parto o il puerperio.

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*

U60.-! e U61.-! vengono codificati nella maniera più precisa possibile indipendentemente l'uno dall'atro (contrariamente alle istruzioni dell'ICD-10-GM).

Attenzione: spesso nella documentazione della degenza e nell' elenco delle diagnosi il medico non indica lo stadio attuale bensì lo stadio con il valore più basso misurato (nadir) nel corso della malattia, visto che è il fattore più importante dal punto di vista diagnostico. Se lo stadio attuale non è documentato, i casi U60.9! e U61.9! vengono codificati.

La malattia da HIV viene suddivisa in diversi stadi in base alla classificazione CDC (stadi clinici A, B e C) . Questi stadi non coincidono con le categorie di classificazione della ICD-10 e uno stadio può corrispondere a diversi codici. La codifica va eseguita nel seguente modo:

Stadio A	Infezione asintomatica	*Z21 Stato di infezione asintomatica da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]*
	Linfadenopatia generalizzata persistente (PGL)	*B23.8 Malattia da HIV che dà luogo ad altre condizioni morbose specificate Linfadenopatia generalizzata (persistente)*
	Infezione acuta da HIV	*B23.0 Sindrome da infezione acuta da HIV*
Stadio B e C	Malattia da HIV che dà luogo a malattie infettive, parassitarie e neoplastiche	*Da B20.- a B22.- e B24*

Sequenza e scelta dei codici

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

Esempio 2
Una paziente con HIV stadio C con linfoma immunoblastico viene ospedalizzata per la terapia antiretrovirale. Soffre anche di stomatite da candida.

DP	*B21*	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo a neoplasie maligne*
DS	*U60.9!*	*Categoria clinica della malattia da HIV non specificata*
DS	*U61.9!*	*Numero di cellule T helper (CD4+) non specificato*
DS	*C83.4*	*Linfoma immunoblastico (diffuso)*
AT	*attivo*	
DS	*B37.0*	*Stomatite da candida*

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

Esempio 3
Un paziente è ricoverato in ospedale con candidiasi orale a causa di un'infezione da HIV già accertata.

DP	*B37.0*	*Stomatite da candida*
DS	*B20*	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo a malattie infettive o parassitarie*
DS	*U60.9!*	*Categoria clinica della malattia da HIV non specificata*
DS	*U61.9!*	*Numero di cellule T helper (CD4+) non specificato*

S0105a Croup vero – pseudocroup – sindrome da croup

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

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

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

S0200 Neoplasie

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

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

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

I codici da attribuire a una neoplasia vanno tratti dalla tavola 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	dignità incerta o sconosciuta
	primario	secondario			
- Addome, visceri	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
- - Cavità	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
- - Organi	C76.2	C79.88		D36.7	D48.7
- - Parete	C44.5	C79.2	D04.5	D23.5	D48.5
- Acromion	C40.0	C79.5		D16.0	D48.0



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

Esempio 1
Condrosarcoma acromiale.
La ricerca va fatta nella tavola dei tumori alla topografia corrispondente. Trattandosi di un tumore primario, va riportato il codice figurante alla prima colonna.
C40.0 Tumore maligno di osso e cartilagine articolare degli arti; scapola e ossa lunghe di arto superiore.
Il termine condrosarcoma figura nell'indice alfabetico, ma rinvia alla tavola dei tumori.

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

Tumori maligni del sistema ematopoietico/linfatico

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

Esempio 2

C91.0-	*Leucemia linfoblastica acuta*
C91.00	*Senza menzione di remissione completa, in remissione parziale*
C91.01	*In remissione completa*

S0201a Attività tumorale

Registrazione dell'attività tumorale nel record medico

Per ogni diagnosi di tumore del capitolo II (C00-D48) della ICD-10-GM, 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 0 = inattivo, 1 = attivo, 9 = sconosciuto, vuoto = non applicabile).

Definizione: per attività tumorale si intende la presenza del tumore.
Se attualmente è presente tessuto tumorale – primario o secondario – il tumore 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 riscontrabile 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.

S0202b Scelta della diagnosi principale

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

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

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

- Se il ricovero è stato ordinato per **trattare o diagnosticare un tumore primitivo**, quest'ultimo va indicato come diagnosi principale. Tutte le metastasi vengono indicate come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria). I tumori primitivi di sede sconosciuta sono codificati con *C80.- Tumore maligno di sede non specificata.*

Esempio 1
Un paziente è ricoverato per una resezione parziale del polmone per un carcinoma bronchiale del lobo superiore.

DP	*C34.1*	*Tumore maligno del lobo superiore, bronco o polmone*
AT	*1*	

- Se il paziente è ricoverato solo per il **trattamento di metastasi**, allora si indicano le metastasi come diagnosi principale e il tumore primitivo come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria).

Esempio 2
Una paziente è ricoverata per la resezione di metastasi epatiche da carcinoma colon-rettale (resecato).

DP	*C78.7*	*Tumore maligno secondario del fegato*
AT	*1*	
DS	*C19*	*Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea*
AT	*0*	

- Se il ricovero avviene principalmente per eseguire una **terapia sistemica** (radioterapia corporea totale, radioterapia i.v., chemioterapia sistemica) del tumore primitivo e/o delle metastasi, allora si indica come diagnosi principale il tumore primario. Se il ricovero avviene principalmente per eseguire una terapia sistemica e in via eccezionale non si conosce il tumore primitivo, va indicato un codice della categoria *C80.- Tumore maligno di sede non specificata.*

Esempio 3
Un paziente è ricoverato per una prima chemioterapia sistemica in presenza di metastasi epatiche da carcinoma colon-rettale, già resecato.

DP	*C19*	*Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea*
AT	*0*	
DS	*C78.7*	*Tumore maligno secondario del fegato*
AT	*1*	

- Se il ricovero è effettuato per la **cura sia del tumore primitivo che delle metastasi**, come diagnosi principale va scelta l'affezione che richiede il maggior dispendio di risorse mediche (secondo la regola G52a).

- Se un paziente presenta un **sintomo** e la malattia che ne è la causa è nota al momento del ricovero, il sintomo va codificato come diagnosi principale, a condizione che venga trattato esclusivamente il sintomo. La malattia che ne è la causa va indicata con il codice della diagnosi secondaria.

Esempio 4
Un paziente al quale tre mesi prima era stato diagnosticato un tumore cerebrale maligno di grandi dimensioni esteso a vari strati viene ricoverato per via di ripetute crisi epilettiche. Vengono trattate solo le crisi epilettiche.

DP	*R56.8*	*Altre e non specificate convulsioni*
CDP	*C71.8*	*Lesione sconfinante a più zone contigue dell'encefalo*
AT	*1*	

S0203a Escissione estesa della regione tumorale

Nel caso di un ricovero per un'escissione estesa della regione tumorale dopo una prima resezione del tumore, va indicato come diagnosi principale il codice del tumore. Qualora nella diagnosi istologica non vengano riscontrati tumori o cellule tumorali maligne residue, il tumore è considerato inattivo.

S0204a Diagnosi di tumore soltanto mediante biopsia

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

S0205a Malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche

Se durante una degenza ospedaliera viene trattata esclusivamente la malattia o il disturbo dopo procedure diagnostiche o terapeutiche, la malattia o il disturbo dopo procedure diagnostiche o terapeutiche va indicata come diagnosi principale e il tumore come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria).

Esempio 1
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)*
AT	*0*	

Esempio 2
Dopo l'asportazione di un carcinoma mammario, una paziente è ricoverata per il trattamento di un'agranulocitosi post-chemioterapia.

DP	*D70.1-*	*Agranulocitosi indotta da farmaci*
DS	*C50.-*	*Tumore maligno della mammella (quarto carattere a seconda della sede del tumore)*
AT	*0*	

N.B. la regola di codifica speciale S0205 è riportata sotto la regola di codifica generale D12.

S0206a Sospetto di tumore o metastasi

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

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

S0207a Controlli

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

Esempio 1
Un paziente è ricoverato per effettuare vari esami di controllo in seguito a pneumonectomia e chemioterapia effettuate con esito di successo 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*

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

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

S0208a Recidiva

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

Esempio 1
Una paziente è colpita da una recidiva di carcinoma mammario dopo dieci anni.

DP	*C50.-*	
AT	*1*	
DS	*Z85.3*	*Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*

S0209a Tumori con attività endocrina

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

Esempio 1
Feocromocitoma maligno che secerne catecolamine.

DP	*C74.1*	*Tumore maligno della midollare surrenale*
AT	*1*	
DS	*E27.5*	*Iperfunzione della midollare del surrene*

S0210a 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 che soddisfano la definizione di diagnosi principale (regola 52a). Come diagnosi principale s'indica il tumore che ha causato il maggior impiego di risorse.

Esempio 1
Durante la stessa degenza ospedaliera una paziente è trattata contemporaneamente per un melanoma maligno della gamba (escissione della lesione) e per un carcinoma mammario (mastectomia).

DP	*C50.-*	*Tumore maligno della mammella (quarto carattere in base alla sede del tumore)*
AT	*1*	
DS	*C43.7*	*Melanoma maligno di arto inferiore, inclusa l'anca*
AT	*1*	
DS	*C97!*	*Tumori maligni di sedi indipendenti multiple (primitive)*

Attenzione: C97! va codificato senza menzione dell'attività tumorale.

S0211a Lesioni contigue

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

Esempio 1
Carcinoma colon-rettale con estensione anorettale la cui sede anatomica primaria resta sconosciuta.

DP	*C21.8*	*Lesione sconfinante del retto, dell'ano e del canale anale*
AT	*1*	

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

Esempio 2
Adenocarcinoma che si estende dal sigma al retto.

DP	*C19*	*Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea*
AT	*1*	

Qualora la diffusione del tumore da una sede originaria nota si estenda a un organo o regione adiacente, va codificata solo la sede originaria.

Esempio 3
Carcinoma del collo dell'utero (esocervice) con infiltrazione della vagina.

DP	*C53.1*	*Tumore maligno della cervice uterina, esocervice*
AT	*1*	

S0212a Remissione di malattie maligne immunoproliferative e leucemie

I codici

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

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

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

.x0 ***Senza indicazione di remissione completa***
Senza indicazione di remissione
In remissione parziale

va attribuito:

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

.x1 ***In remissione completa***

va attribuito:

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

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

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

S0213a Linfangiosi carcinomatosa

La linfangiosi carcinomatosa non va codificata secondo l'istologia (vie linfatiche), bensì secondo la sede anatomica alla stregua di una metastasi.

Esempio 1
Linfangiosi carcinomatosa della pleura.
DP C78.2 Tumore maligno secondario della pleura
AT 1

S0214a Linfomi

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

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

Ai linfomi non vanno attribuiti i seguenti codici:

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

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

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

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

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

S0215a Chemioterapia e radioterapia

Questi trattamenti sono rappresentati con il codice CHOP appropriato. I codici

Z51.0 Seduta di radioterapia
Z51.1 Seduta di chemioterapia antineoplastica e
Z51.82 Seduta combinata di chemioterapia e radioterapia antineoplastica

non vanno utilizzati.

S0216b Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio

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

Esempio 1
Amputazione della mammella per anamnesi familiare di carcinoma mammario.
DP Z80.3 Tumore maligno della mammella nell'anamnesi familiare

Esempio 2
Amputazione della mammella per mastopatia fibrocistica.
DP N60.1 Mastopatia cistica diffusa

Esempio 3
Una paziente positiva al gene del carcinoma mammario è ricoverata per un'amputazione profilattica bilaterale delle mammelle.
DP Z40.00 Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio di neoplasie maligne, mammella

Esempio 4
Una paziente con predisposizione genetica al carcinoma ovarico (positiva alla mutazione del gene BRCA1) è ricoverata per una rimozione delle ovaie profilattica bilaterale.
DP Z40.01 Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio di neoplasie maligne, ovaio

S0400 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche

S0401a Nozioni generali

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 il NIDDM (Non Insulin Dependent DM)

E12.- *Diabete mellito correlato a malnutrizione*

Questa forma si manifesta soprattutto in pazienti di Paesi in via di sviluppo. Un diabete mellito nel quadro di una sindrome metabolica non va codificato in questa categoria.

E13.- *Altro tipo di diabete mellito specificato*

Comprende tra l'altro il diabete dopo interventi medici, p. es. il diabete indotto da steroidi.

E14.- *Diabete mellito non specificato*

O24.0 *Diabete mellito preesistente, insulino-dipendente*

O24.1 *Diabete mellito preesistente, non insulino-dipendente*

O24.2 *Diabete mellito preesistente, correlato a malnutrizione*

O24.3 *Diabete mellito preesistente non specificato*

O24.4 *Diabete mellito insorto in gravidanza*

P70.0 *Sindrome del neonato di madre con diabete gravidico*

P70.1 *Sindrome del neonato di madre diabetica*

P70.2 *Diabete mellito del neonato*

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

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

Categorie E10-E14

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

S0402a Regole per la codifica del diabete mellito

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

Diagnosi principale di diabete mellito con complicanze

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

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

Oltre a ciò, per la codifica è importante sapere quante complicanze diabetiche sono presenti e se tali complicanze soddisfino o no la definizione di diagnosi secondaria (regola G54a).

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, qualora soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.*

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

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

DP	*E10.61†*	*Diabete mellito insulino-dipendente [diabete di tipo 1] con altre complicanze specificate, definito come scompensato*
CDP	*N08.3**	*Disturbi glomerulari in diabete mellito*

Esempio 2
Un paziente con diabete mellito di tipo 1 è ricoverato in ospedale per uno scompenso metabolico grave. Oltre a ciò, come unica complicanza diabetica è presente una nefropatia che però non è trattata.

DP	*E10.61*	*Diabete mellito insulino-dipendente [diabete di tipo 1] con altre complicanze specificate, definito come scompensato*

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, qualora soddisfino la definizione di diagnosi secondaria.*

Esempio 3
Una paziente affetta da diabete mellito di tipo 1 con complicazioni multiple costituite da un'aterosclerosi delle arterie degli arti, da una retinopatia e da una nefropatia è ricoverata per un grave scompenso metabolico. Durante il ricovero sono trattate anche tutte le complicanze esistenti.

DP	*E10.73†*	*Diabete mellito 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*
DS	*N08.3**	*Disturbi glomerulari in diabete mellito*

Esempio 4
Una paziente affetta da diabete mellito di tipo 1 con complicazioni multiple costituite da un'aterosclerosi delle arterie degli arti, da una retinopatia e da una nefropatia è ricoverata per un grave scompenso metabolico. Le complicazioni non sono trattate.

DP	*E10.73*	*Diabete mellito insulino-dipendente [diabete di tipo 1] con complicanze multiple, definito come scompensato*

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

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

Esempio 5
Un paziente con diabete mellito di tipo 1, con complicanze vascolari periferiche sotto forma di aterosclerosi delle arterie degli arti con dolore a riposo, è ricoverato per un intervento di bypass. Oltre a ciò esiste una retinopatia con considerevole dispendio di risorse dovuto alla limitazione della capacità visiva.

DP	*E10.50†*	*Diabete mellito 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*
DS	*E10.30†*	*Diabete mellito insulino-dipendente con complicanze oculari, definito come non scompensato*
DS	*H36.0**	*Retinopatia diabetica*
TP	*39.25.--*	*Bypass aorto-iliaco-femorale*

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

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

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

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

Diabete mellito come diagnosi secondaria

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

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

Se il diabete mellito soddisfa la definizione di diagnosi secondaria, allora va codificato. Se sono presenti complicanze (manifestazioni), si deve indicare un codice E10-E14 con un quarto carattere che codifichi la/le complicanza(e). 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:

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

Esempio 6
Una paziente è ricoverata perché cadendo si è procurata una frattura chiusa della testa dell'omero destro senza lesioni dei tessuti molli. Oltre a ciò esiste un diabete mellito di tipo 2 con nefropatia diabetica. Il diabete e la complicanza renale sono trattati con dieta e medicamenti.

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

Esempio 7
Una paziente è ricoverata perché cadendo si è procurata una frattura chiusa della testa dell'omero destro senza lesioni dei tessuti molli. Oltre a ciò esiste un diabete mellito di tipo 2 con nefropatia diabetica. Solo il diabete è trattato con dieta e medicamenti.

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

Nota bene: vedi nuova regola in D03a: i codici a daga (†) possono essere codificati da soli.

S0403a Complicanze specifiche del diabete mellito

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

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

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

Esempio 1
Un paziente si presenta per il trattamento di una nefropatia diabetica.

DP	*E10.20†*	*Diabete mellito insulino-dipendente [diabete di tipo 1] con complicanze renali, definito come non scompensato*
CDP	*N08.3**	*Disturbi glomerulari in diabete mellito*

Esempio 2
Un paziente con diabete di tipo 1 si presenta per il trattamento di un'insufficienza renale terminale a causa di una nefropatia diabetica.

DP	*E10.20†*	*Diabete mellito insulino-dipendente [diabete di tipo 1] con complicanze renali, definito come non scompensato*
CDP	*N08.3**	*Disturbi glomerulari in diabete mellito*
DS	*N18.5*	*Malattia renale cronica, stadio 5*

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

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

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

Retinopatia diabetica:

E10†–E14† con quarto carattere «.3»	*Diabete mellito con complicanze oculari*
*H36.0**	*Retinopatia diabetica*

Retinopatia diabetica con edema 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*

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

H54.- Cecità e ipovisione

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

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

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

Il codice appropriato da	*H25.-*	*Cataratta senile*
o	*H26.-*	*Altra cataratta*

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

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

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

Mononeuropatia diabetica:

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

Amiotrofia diabetica:

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

Polineuropatia diabetica:

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

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

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

Diabete mellito con angiopatia periferica

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

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

La diagnosi «Piede diabetico» va codificata con:

E10-E14 con quarto e quinto carattere:

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

o

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

I codici per le manifestazioni presenti, p. es.:

*G63.2** *Polineuropatia diabetica*
*I79.2** *Angiopatia periferica in malattie classificate altrove*

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

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

Esempio 3
Un paziente con diabete mellito di tipo 1 scompensato è ricoverato in ospedale per il trattamento di una sindrome del piede diabetico con ulcera mista dell'alluce destro (in angiopatia e neuropatia) ed erisipela della gamba.

DP	*E10.75†*	*Diabete mellito insulino-dipendente [diabete di tipo 1] con complicanze multiple, con sindrome del piede diabetico, definito come scompensato*
CDP	*G63.2**	*Polineuropatia diabetica*
DS	*I79.2**	*Angiopatia periferica in malattie classificate altrove*
DS	*I70.23*	*Aterosclerosi delle arterie degli arti: tipo pelvi-gamba, con ulcera*
L	*1*	
DS	*A46*	*Erisipela*

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

S0404a Sindrome metabolica

In caso di «sindrome metabolica» vanno codificate singolarmente le componenti della sindrome riscontrate (obesità, ipertensione, iperlipidemia e diabete mellito), sempreché soddisfino la definizione di diagnosi secondaria (regola G54a).

S0405a Disturbi della secrezione interna del pancreas

I codici

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

non vanno utilizzati come diagnosi principale nei diabetici.

S0406a Fibrosi cistica

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

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

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

Esempio 4
Una paziente con mucoviscidosi ed infezione da Haemophilus influenzae è ricoverata per il trattamento di una bronchite.

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

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

E84.1 Fibrosi cistica con manifestazioni intestinali

e, in aggiunta, come diagnosi secondaria:

E84.0 Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari

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

In caso di 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,* qualora soddisfino la definizione di diagnosi secondaria.

S0500 Disturbi psichici e comportamentali

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

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

Intossicazione acuta non accidentale (ubriacatura)

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

Esempio 1
Noto etilista ricoverato in stato alcolico avanzato.

DP	*F10.0*	*Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, intossicazione acuta*
DS	*F10.2*	*Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, sindrome di dipendenza*

Intossicazione acuta accidentale

Vedi capitolo S1900.

Uso dannoso

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

Esempio 2
Paziente con esofagite dovuta all'uso di alcol.

DP	*K20*	*Esofagite*
DS	*F10.1*	*Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, uso dannoso*

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

S0600 Malattie del sistema nervoso

S0601a Colpo apoplettico

Colpo apoplettico acuto

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, negligenza).

Esempio 1
Un paziente è colpito da infarto cerebrale con emiplegia flaccida destra e afasia ed è ospedalizzato per un trattamento in regime di ricovero. Alla radiografia si nota un'occlusione dell'arteria cerebrale media.

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

Si codificano l'infarto cerebrale come diagnosi principale e tutti i disturbi funzionali presenti come diagnosi secondarie.

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, negligenza) in conformità alla definizione di diagnosi secondaria (G54a) e poi si attribuisce un codice della categoria *I69.- Sequele di malattia cerebrovascolare*.

Esempio 2
Una paziente è stata ricoverata con una polmonite da pneumococco. La paziente era stata colpita tre anni prima da un colpo apoplettico acuto e da allora è in trattamento con antiaggreganti piastrinici per la profilassi delle recidive. Sussiste un'emiparesi spastica sinistra residua che ha reso necessaria un'assistenza intensiva.

DP	*J13*	*Polmonite da Streptococcus pneumoniae*
DS	*G81.1*	*Emiplegia spastica*
L	*2*	
DS	*I69.4*	*Sequele di ictus, senza apecificazione se da emorragia o da infarto*

S0602a Disturbi funzionali

In caso di colpo apoplettico, **la disfagia e l'incontinenza urinaria e fecale** sono codificate solo qualora siano soddisfatti determinati criteri (vedi S1801a e S1802a).

S0603a Paraplegia e tetraplegia non traumatica

Per la codifica di una tetraplegia/paraplegia traumatica, vedi capitolo S1905a: «Lesioni del midollo spinale».

Fase iniziale (acuta) della paraplegia/tetraplegia non traumatica

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

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

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

G04.9 Encefalite, mielite ed encefalomielite non precisate

e un codice da:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

S0700 Malattie dell'occhio e degli annessi oculari

S0701a 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.:

H16.- Cheratite

H18.- Altri disturbi della cornea

H20.- Iridociclite

H44.0 Endoftalmite purulenta

H44.1 Altra endoftalmite

Z96.1 Presenza di lente intraoculare

S0800 Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide

S0801a Ipoacusia e sordità

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

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

e

H91.- *Altra perdita uditiva*

Nelle seguenti situazioni sono codificate come diagnosi principali:

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

S0900 Malattie del sistema circolatorio

S0901a Ipertensione e malattie in caso di ipertensione

Cardiopatia ipertensiva (I11.-)

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

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

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

Malattia renale ipertensiva (I12.-)

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

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

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

Malattia ipertensiva cardiaca e renale (I13.-)

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

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

La diagnosi principale va scelta conformemente alla definizione di diagnosi principale (regola G52a).

S0902a Cardiopatia ischemica

Angina pectoris (I20.–)

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

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

Sindrome coronarica acuta (acute coronary syndrom ACS)

Questo termine comprende le fasi della cardiopatia coronarica che possono minacciare direttamente la vita. Le affezioni vanno dall'angina pectoris instabile all'infarto miocardico acuto, fino alla morte cardiaca improvvisa. Non si tratta affatto di malattie diverse, bensì di stadi della cardiopatia coronarica che evolvono l'uno nell'altro. Poiché queste malattie hanno confini poco definiti, i pazienti con dolori toracici e sospetto di una sindrome coronarica acuta sono suddivisi in categorie in base all'ECG e ai marker biochimici cardiaci (troponina):

Diagnosi	**ICD-10-GM**	**Laboratorio / ECG**
Angina pectoris instabile	*I20.0 Angina pectoris instabile*	Troponina neg.; ECG: nessun sopraslivellamento ST
NSTEMI (**N**on-**ST**-**E**levation **M**yocardial **I**nfarction) o sindrome coronarica acuta (**ACS**) troponina-positiva	*I21.4 Infarto miocardico acuto subendocardico*	Troponina pos.; ECG: nessun sopraslivellamento ST
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	*I24.9 Cardiopatia ischemica acuta non specificata*	Nessuna indicazione

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

Infarto miocardico acuto

Un infarto miocardico definito acuto o risalente a non più di 4 settimane fa (28 giorni) va indicato con un codice della categoria *I21.- Infarto miocardico acuto.*

In questo caso, i codici della categoria *I21.- Infarto miocardico acuto* vanno impiegati sia per il trattamento iniziale di un infarto nel primo ospedale che ricovera il paziente infartuato, sia nelle altre strutture in cui il paziente è ricoverato o trasferito entro quattro settimane (28 giorni) dall'infarto.

Reinfarto – infarto miocardico recidivante acuto acuto

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

Infarto miocardico pregresso

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

Altre forme di cardiopatia ischemica cronica

Un infarto miocardico che viene trattato più di quattro settimane (28 giorni) dopo l'evento, va codificato con *I25.8 Altre forme di cardiopatia ischemica cronica.*

Cardiopatia ischemica trattata in precedenza con terapie chirurgiche o interventistiche

Se durante la degenza ospedaliera attuale viene trattata una cardiopatia ischemica già trattata in precedenza con terapie chirurgiche o interventistiche, bisogna procedere nel seguente modo:

Qualora i bypass/stent preesistenti siano pervi e sia eseguito un nuovo intervento per trattare altri segmenti vascolari, vanno utilizzati i codici

I25.11 *Cardiopatia aterosclerotica: Malattia di un vaso*
I25.12 *Cardiopatia aterosclerotica: Malattia di due vasi*
I25.13 *Cardiopatia aterosclerotica: Malattia di tre vasi*

o

I25.14 *Cardiopatia aterosclerotica: Stenosi del tronco comune sinistro*

e uno dei due

Z95.1 *Portatore di bypass aortocoronarico*

o

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

I codici
I25.15 *Cardiopatia aterosclerotica con stenosi di bypass*
I25.16 *Cardiopatia aterosclerotica con stent stenotico*

vanno utilizzati **solo** quando il bypass/stent stesso è coinvolto.

In questo caso **non** va indicata come diagnosi secondaria
Z95.1 *Portatore di bypass aortocoronarico*
Z95.5 *Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica*

Esempio 1
Un paziente è stato ricoverato per un'angina instabile sviluppatasi tre anni dopo un intervento di bypass. L'angiografia ha mostrato una stenosi all'interno del bypass venoso.
DP I20.0 Angina pectoris instabile
DS I25.15 Cardiopatia aterosclerotica con stenosi di bypass

La **condizione per l'attribuzione** del codice:

Z95.1 Portatore di bypass aortocoronarico
o
Z95.5 Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica

è, oltre alla presenza di informazioni anamnestiche sul precedente intervento di bypass coronarico o di angioplastica coronarica, il fatto che questi dati siano importanti per l'attuale trattamento ospedaliero (vedi definizione di diagnosi secondaria G54a).

S0903a Trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico

Di primaria importanza per la codifica di occlusioni di stent o bypass è sapere se si tratta di occlusioni **CON** o **SENZA** infarto miocardico.

Nell'occlusione senza infarto miocardico si distingue tra trombosi coronarica e occlusione cronica. Se la trombosi è soggetta a un trattamento locale specifico, essa va codificata addizionalmente come complicanza dell'impianto vascolare.

Regole di codifica per la trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico

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

   Il codice *T82.8 Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari* viene indicato addizionalmente solo se la trombosi è sottoposta a trattamento specifico locale, p. es. a *36.04 Infusione trombolitica intracoronarica.*

   In caso di nuova PTCA isolata con o senza posa di stent o di nuovo intervento di bypass non va utilizzato il codice T82.8, bensì *Z95.1 Portatore di bypass aortocoronarico.*

2) In presenza di occlusione di stent o bypass **senza infarto miocardico**, si distingue in base all'eziologia:

   a) Una trombosi va codificata primariamente con *I24.0 Trombosi coronarica non esitante in infarto miocardico.*

      Il codice *T82.8 Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari* viene indicato addizionalmente solo se la trombosi è sottoposta a trattamento specifico locale, p. es. a *36.04 Infusione trombolitica intracoronarica.*

      In caso di nuova PTCA isolata con o senza posa di stent o di nuovo intervento di bypass non va utilizzato il codice T82.8, bensì *Z95.1 Portatore di bypass aortocoronarico.*

b) Un'**occlusione** causata da proliferazione intimale (es. progressione della malattia aterosclerotica di base) viene codificata primariamente con:

I25.15 Cardiopatia aterosclerotica con stenosi di bypass, o

I25.16 Cardiopatia aterosclerotica con stent stenotico.

In questo caso non vanno indicati Z95.1 o Z95.5 come diagnosi secondarie.

Esempio 1

Paziente con infarto miocardico acuto su occlusione trombotica di uno stent impiantato 2 mesi prima. Come terapia si procede all'impianto di un nuovo stent BMS.

DP	*I21.-*	*Infarto miocardico acuto*
DS	*Z95.5*	*Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica*
TP	*00.66.2-*	*Angioplastica coronarica [PTCA], in relazione al tipo di palloncino*
TS	*00.40*	*Intervento su un vaso*
TS	*00.45*	*Inserzione di uno stent vascolare*
TS	*36.06*	*Inserzione di stent(s) coronarico senza liberazione di sostanze medicamentose*

Esempio 2

Paziente con infarto miocardico acuto su occlusione trombotica di uno stent impiantato 2 mesi prima. Come terapia si procede all'impianto di un nuovo stent BMS, inoltre nella stessa seduta viene trattata la trombosi dello stent mediante infusione intracoronarica.

DP	*I21.-*	*Infarto miocardico acuto*
DS	*T82.8*	*Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari*
DS	*Y82.8!*	*Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici*
TP	*00.66.2-*	*Angioplastica coronarica [PTCA], in relazione al tipo di palloncino*
TS	*00.40*	*Intervento su un vaso*
TS	*00.45*	*Inserzione di uno stent vascolare*
TS	*36.06*	*Inserzione di stent(s) coronarico senza liberazione di sostanze medicamentose*
TS	*36.04*	*Infusione trombolitica intracoronarica*

Esempio 3

Paziente con cardiopatia coronarica cronica. La coronarografia evidenzia un'occlusione del bypass LIMA. Terapia conservativa, si pianifica un reintervento.

DP	*I25.15*	*Cardiopatia aterosclerotica con stenosi di bypass*
TP	*88.5-*	*Angiocardiografia*
TS	*37.21-23*	*Cateterismo cardiaco*

Esempio 4

Paziente con occlusione trombotica di stent. Si riesce a riaprire lo stent mediante trombolisi locale, non si sviluppa un infarto miocardico.

DP	*I24.0*	*Trombosi coronarica non esitante in infarto miocardico*
DS	*T82.8*	*Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari*
DS	*Y82.8!*	*Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici*
TP	*00.66.--*	*Angioplastica coronarica [PTCA]*
TS	*00.40*	*Intervento su un vaso*
TS	*36.04*	*Infusione trombolitica intracoronarica*

S0904a Cardiopatie valvolari

Nelle cardiopatie valvolari si distinguono:

- malattia congenita (va codificata con un codice «Q»);
- malattia acquisita, di origine reumatica;
- cardiopatia valvolare acquisita, di origine non reumatica o non specificata.

Nella classificazione delle affezioni delle valvole cardiache, la ICD-10-GM tiene conto di distribuzioni di frequenza che non sono propriamente caratteristiche della Svizzera. Questa situazione può essere illustrata prendendo in considerazione i difetti mitralici. Un'insufficienza mitralica di origine non specificata è indicata con un codice della categoria *I34 Disturbi non reumatici della valvola mitralica*, mentre una stenosi non altrimenti specificata è codificata con un codice della categoria *I05 Malattie reumatiche della valvola mitralica.*

Discostandosi dalla classificazione della ICD-10-GM, le affezioni delle valvole cardiache con causa non specificata sono indicate mediante i codici delle categorie da I34 a I37 (vedi tabella).

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, vanno utilizzati i corrispondenti codici della categoria *I08 Malattie valvolari multiple.*

S0905a Pacemaker/defibrillatori

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

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

Pacemaker permanente

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

Il **controllo** del pacemaker viene eseguito di routine durante il ricovero ospedaliero per impianto di pacemaker e pertanto in questo momento non va indicato un codice procedurale particolare. Un controllo in un altro momento (non in associazione con un impianto durante lo stesso ricovero) va indicato con i codici *89.45-49 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 Sistemazione e manutenzione di pacemaker cardiaco

insieme agli appropriati codici di procedura.

Complicanze del pacemaker/defibrillatore

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

T82.1 Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco
Questo codice contiene il disturbo funzionale del pacemaker e degli elettrodi.

T82.7 Infezione e reazione infiammatoria da altri dispositivi, impianti ed innesti cardiaci e vascolari

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

S0906a Esami di controllo successivi a trapianto cardiaco

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

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

e come diagnosi secondaria il codice

Z94.1 Presenza di trapianto cardiaco

S0907a Edema polmonare acuto

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

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

S0908a 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 per la rianimazione.

S0909a Revisioni o reinterventi su cuore e pericardio

Il reintervento è una nuova operazione dopo un precedente intervento cardiaco con apertura del pericardio o intervento a cielo aperto sulle valvole cardiache.

In linea di principio, per ogni reintervento sul cuore rappresentato dai codici chirurgici 35-37, va indicato il codice supplementare

37.99.80 Reintervento su cuore e pericardio

S0910a Ricovero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di shunt arteriovenoso

In caso di ricovero ospedaliero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di uno shunt arteriovenoso va utilizzato il codice

Z48.8 Altri specificati trattamenti chirurgici di follow-up

insieme al codice CHOP

39.43 Rimozione di shunt arteriovenoso per dialisi renale

S1000 Malattie del sistema respiratorio

S1001a Ventilazione meccanica

Definizione

La ventilazione meccanica o artificiale, o respirazione assistita, è una tecnica in cui i gas sono spinti nei polmoni da un dispositivo meccanico. La respirazione viene sostenuta potenziando o sostituendo la capacità respiratoria propria del paziente. In genere, nella ventilazione artificiale il paziente è intubato o tracheotomizzato e viene ventilato in modo continuo. **Nei pazienti sottoposti a cure intensive,** la ventilazione meccanica può avvenire anche attraverso sistemi a maschera, che **sostituiscono l'intubazione o la tracheotomia comunemente usate**.

Le **cure intensive** devono essere documentate in modo da poterle ricostruire (sorveglianza, protocolli di ventilazione, ecc.) e richiedono un'adeguata infrastruttura e dotazione di personale. Di solito avvengono in unità di cure intensive riconosciute o non riconosciute (tra cui non possono essere annoverate in alcun caso le sale di risveglio). I pazienti che non richiedono cure intensive (es. già ventilati meccanicamente a domicilio e ora ammessi per una chemioterapia pianificata) non fanno parte di questo gruppo.

Codifica

Se una ventilazione meccanica soddisfa la definizione riportata sopra, si deve registrare:

1. dapprima la **durata in ore** della ventilazione meccanica. Allo scopo è stato creato un campo separato specifico nel record della statistica medica, la variabile 4.4.V01.

2. **inoltre** va indicato

il seguente codice	*96.04*	*Inserzione di tubo endotracheale*
e/o		
il codice appropriato tra	*31.1*	*Tracheostomia temporanea o*
	31.29	*Tracheostomia permanente*

   se per eseguire la ventilazione artificiale è stata confezionata una tracheostomia.

3. nei neonati e lattanti va inoltre indicato un codice della categoria

96.A1.10 / .11	*Ventilazione meccanica con pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP) di neonati e lattanti (secondo i giorni di vita)*

   Nota: nei neonati vanno codificate altre misure di sostegno della respirazione, come un'ossigenoterapia (93.96.--), qualora non fosse somministrata una ventilazione meccanica. In questo caso la durata dell'ossigenazione non va codificata come durata della ventilazione.

4. **Nel caso particolare di pazienti con ventilazione meccanica a domicilio attraverso tracheostomia,** bisogna procedere in modo **analogo alla regola** per i pazienti in cure intensive che ricevono una ventilazione meccanica tramite sistemi a maschera. Ciò significa che vanno registrati i tempi di ventilazione, se si tratta di un «paziente con assistenza medica intensiva».

Calcolo della durata della ventilazione

I tempi di ventilazione meccanica sono calcolati in ogni unità di cure intensive in base alle seguenti regole:
il tempo di ventilazione si calcola moltiplicando il numero di turni di cura con ventilazione (almeno 2 ore di ventilazione per turno nel caso di 3 turni al giorno; almeno 3 ore nel caso di 2 turni al giorno) per la durata dei turni.

Se la ventilazione meccanica è assicurata dal team dell'unità di cure intensive (medici e infermieri) durante il trasporto e gli esami fuori dall'unità di cure intensive, questo tempo viene sommato al totale di ore di ventilazione meccanica nell'unità di cure intensive. Per contro, una ventilazione meccanica avviata per eseguire un intervento chirurgico o durante lo stesso non viene contata nel totale di ore di respirazione assistita. Ciò significa che la ventilazione meccanica eseguita nel quadro di un'anestesia operatoria è considerata parte integrante dell'intervento chirurgico e non appartiene alla terapia intensiva.

In caso di uno o più periodi di ventilazione artificiale durante una degenza ospedaliera, il totale di ore di ventilazione meccanica va calcolato secondo le regole sovra esposte.

Inizio della durata della ventilazione

La durata della ventilazione meccanica si calcola a partire da uno dei seguenti eventi:

- **Intubazione endotracheale**
  Per i pazienti intubati per ricevere una ventilazione meccanica, il calcolo della durata inizia dal collegamento al dispositivo di respirazione assistita.

  Talvolta la cannula endotracheale deve essere sostituita a causa di problemi meccanici. La fase di rimozione e sostituzione immediata della cannula va considerata in questo caso parte della durata della respirazione assistita; il calcolo della durata non viene interrotto.

  Per i pazienti che iniziano una ventilazione meccanica con un'intubazione endotracheale e in seguito sono sottoposti a tracheotomia, il calcolo della durata inizia dall'intubazione, cui si somma la durata della respirazione assistita mediante tracheostomia.

- **Ventilazione con maschera**
  Il calcolo della durata comincia dal momento in cui viene azionata la ventilazione meccanica.

- **Tracheotomia**
  Il tempo di ventilazione durante la tracheotomia fa parte del tempo totale di respirazione assistita se la tracheotomia viene effettuata nell'unità di cure intensive.

  Se la tracheotomia è eseguita in sala operatoria senza che il paziente fosse precedentemente ventilato nell'unità di cure intensive, e se la ventilazione prosegue nell'unità di cure intensive dopo l'intervento, la durata della ventilazione va calcolata a partire dall'ingresso nell'unità di cure intensive.

- **Ammissione di un paziente con ventilazione meccanica**
  Per i pazienti che sono già ventilati artificialmente al momento dell'ammissione, la durata si calcola dal momento dell'ammissione (v. anche «Pazienti trasferiti», più avanti).

- **Ammissione di un paziente con ventilazione meccanica postoperatoria**
  Per questi pazienti la durata si calcola dall'entrata nell'unità di cure intensive.

Fine della durata della ventilazione

Il calcolo della durata della ventilazione meccanica termina con uno dei seguenti eventi:

- **Estubazione**

- **Fine della respirazione assistita** dopo il periodo di svezzamento.

  Nota: per i pazienti con tracheostomia (dopo il periodo di svezzamento) vale:
  nei pazienti ventilati la cannula tracheale viene lasciata in sede per alcuni giorni (o anche di più, per esempio nelle malattie neuromuscolari) dopo la conclusione della ventilazione meccanica. In questo caso la durata della respirazione assistita viene calcolata fino al momento in cui cessa la ventilazione meccanica.

- **Dimissione, decesso o trasferimento** del paziente che riceve una ventilazione artificiale (v. anche «Pazienti trasferiti», più avanti).

Svezzamento

Il metodo di svezzamento (p. es. CPAP, SIMV, PSV) dalla respirazione artificiale **non va codificato**.

La **durata dello svezzamento** viene interamente sommata (compresi gli intervalli senza ventilazione durante lo svezzamento) alla durata della ventilazione meccanica di un paziente. Possono verificarsi vari tentativi di svezzamento di un paziente dal respiratore.

La **fine dello svezzamento** può essere stabilita solo retrospettivamente dopo che si è instaurata una situazione respiratoria stabile.

Situazione respiratoria stabile significa che il paziente respira del tutto spontaneamente senza assistenza meccanica per un periodo prolungato.

Tale periodo viene definito come segue:

- per pazienti ventilati (compreso svezzamento) **fino a 7 giorni**: **24 ore**
- per pazienti ventilati (compreso svezzamento) **più di 7 giorni**: **36 ore.**

Per il calcolo della durata della respirazione assistita, lo svezzamento è considerato finito al termine dell'ultima assistenza meccanica della respirazione.

Lo svezzamento dal respiratore comprende anche l'assistenza meccanica della respirazione mediante fasi intermittenti di ventilazione assistita non invasiva o di sostegno respiratorio, p. es. con maschera CPAP/ASB o maschera CPAP, alternati con respirazione spontanea senza assistenza meccanica. L'insufflazione o l'inalazione di ossigeno attraverso sistemi a maschera o sonde, invece, non fa parte dello svezzamento.

Nel caso particolare di uno svezzamento caratterizzato da fasi intermittenti di assistenza meccanica della respirazione mediante maschera CPAP alternate a respirazione spontanea, è possibile sommarlo al totale delle ore di ventilazione, solo se la respirazione spontanea del paziente è assistita quotidianamente da maschera CPAP nel complesso per almeno 2 ore per turno di 8 ore o per almeno 3 ore per turno di 12 ore.

Il calcolo della durata della ventilazione in questo caso termina dopo l'ultima fase in cui la respirazione del paziente è stata assistita da maschera CPAP nel complesso per almeno 2 ore per turno di 8 ore, oppure per almeno 3 ore per turno di 12 ore.

Pazienti trasferiti

In caso di trasferimento di un paziente **ventilato** valgono le seguenti regole di base:

L'ospedale inviante registra la durata della ventilazione eseguita in sede e attribuisce i codici appropriati:

- per la via d'accesso della ventilazione meccanica (*96.04 Inserzione di tubo endotracheale)*
- per la tracheostomia (*31.1 Tracheostomia temporanea* o *31.29 Tracheostomia permanente)*
- per la ventilazione meccanica di neonati e lattanti (*96.A1.-- Ventilazione meccanica di neonati e lattanti)*

se queste misure sono eseguite dalla struttura che invia il paziente.

L'ospedale ricevente registra la durata della ventilazione meccanica eseguita in sede, aggiungendo un codice 96.A1.-- per i neonati. Non viene indicato un codice per l'avvio della ventilazione, perché questa manovra è già stata eseguita dall'ospedale inviante.

Se viene trasferito un paziente intubato **non ventilato**, l'ospedale inviante codifica la via d'accesso per la ventilazione meccanica (*96.04 Inserzione di tubo endotracheale)* ed eventualmente la tracheostomia *(31.1 Tracheostomia temporanea* o *31.29 Tracheostomia permanente).* L'ospedale ricevente non codifica queste procedure, già eseguite.

Intubazione senza ventilazione meccanica

Un'intubazione può essere eseguita, anche se non è richiesta una ventilazione meccanica, p. es. se è necessario tenere aperte le vie respiratorie. I bambini possono essere intubati per asma, croup o epilessia, mentre gli adulti per ustioni o gravi traumatismi.

In questi casi, l'intubazione va codificata con *96.04 Inserzione di tubo endotracheale.*

Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)

Il codice 96.A1.-- va utilizzato solo in **neonati e lattanti,** indipendentemente dalla durata del trattamento (quindi anche per durate inferiori alle 24 ore). In caso di assistenza respiratoria immediata dopo il parto, questo codice va indicato solo se essa dura almeno 30 minuti.

Se **adulti, bambini o adolescenti ,** sono trattati con la CPAP per disturbi come un'apnea del sonno, **non** devono essere utilizzati i codici della categoria *93.90.1- Continuous Positive Airway Pressure CPAP* **né** va codificata la durata della ventilazione.

L'impostazione iniziale di una CPAP (non significa l'accensione di un apparecchio) e il controllo dell'ottimizzazione di una CPAP precedentemente impostata vanno indicati con i rispettivi codici *93.90.11 Impostazione iniziale della CPAP* e *93.90.12 Controllo dell'ottimizzazione di una CPAP precedentemente impostata.*

Se la CPAP o la maschera CPAP sono utilizzate per lo svezzamento dalla respirazione assistita, non vanno utilizzati i codici della categoria *93.90.1- Continuous Positive Airway Pressure CPAP*; la durata della ventilazione, invece, deve essere registrata e aggiunta al totale delle ore di ventilazione meccanica (vedi sopra).

S1002b Insufficienza respiratoria

Un'insufficienza respiratoria è una condizione in cui si riscontrano alterazioni patologiche all'emogasanalisi nel senso di un'insufficienza respiratoria parziale o globale. Una dispnea senza alterazione degli emogas non è un'insufficienza respiratoria. Se vi è stato un dispendio di risorse mediche (p. es. un'ossigenoterapia), oltre alla malattia di base può essere indicato il codice supplementare *J96.- Insufficienza respiratoria non classificata altrove.*

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

S1100 Malattie dell'apparato digerente

S1101a Appendicite

Per l'attribuzione di un codice delle categorie

K35.- *Appendicite acuta*

K36 *Altre forme di appendicite*

K37 *Appendicite non specificata*

è sufficiente la diagnosi **clinica** di appendicite. Non è assolutamente necessario che questa diagnosi sia confermata da un risultato istopatologico.

S1102a 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 (p. es. *54.5- Altra lisi di aderenze peritoneali*).

S1103a Ulcera gastrica con gastrite

Nei pazienti con ulcera gastrica va utilizzato un codice della categoria

K25.- *Ulcera gastrica*

seguito da un codice della categoria

K29.- *Gastrite e duodenite*

se sono presenti entrambe le malattie.

S1104a Emorragia gastrointestinale

Qualora in un paziente con un'emorragia gastrointestinale superiore si rilevi all'endoscopia un'ulcera, erosioni o varici, la patologia riscontrata va codificata come «con emorragia».

Esempio 1
Ulcera gastrica acuta con emorragia
DP K25.0 Ulcera gastrica, acuta, con emorragia

Esempio 2
Esofagite da reflusso sanguinante
DP K21.0 Malattia da reflusso gastroesofageo con esofagite e
DS K22.8 Altre malattie specificate dell'esofago [emorragia esofagea non specificata]

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

Non tutte le categorie disponibili per la codifica delle lesioni gastrointestinali hanno un codice con la modifica «con emorragia». In tali casi per l'emorragia va indicato un codice aggiuntivo della categoria

K92.- *Altre malattie dell'apparato digerente*

Se in caso di «emorragia anale» **non** è possibile determinare la fonte del sanguinamento attuale o non è stato eseguito un esame diagnostico specifico, va indicato il codice

K92.2 *Emorragia gastrointestinale non specificata*

In questo caso, il codice

K62.5 *Emorragia anale e rettale*

non va utilizzato.

Se per contro un paziente viene sottoposto a esami a causa di melena (feci picee) o di sangue occulto nelle feci, bisogna ragionevolmente supporre che una lesione rilevata endoscopicamente sia anche la causa della melena o del sangue occulto nelle feci. Se non vi è associazione causale tra il sintomo e il risultato dell'esame, dapprima va codificato il sintomo e in seguito il risultato dell'esame.

I pazienti con un'emorragia gastrointestinale recente nell'anamnesi talvolta sono ricoverati per eseguire un'endoscopia alla ricerca della causa del sanguinamento, anche se durante l'esame non mostrano segni di emorragia. Se viene posta una diagnosi *clinica* sulla base dell'anamnesi o di altri segni, il fatto che durante l'ospedalizzazione non si sia verificata un'emorragia non esclude a priori l'uso del codice con la modificazione «con emorragia», e neppure l'attribuzione di un codice della categoria *K92.- Altre malattie dell'apparato digerente* nei casi in cui non è stato possibile determinare la causa della precedente emorragia.

S1105a Disidratazione nella gastroenterite

In caso di ricovero ospedaliero per il trattamento di una gastroenterite con disidratazione, s'indica la gastroenterite come diagnosi principale e la disidratazione (*E86 Ipovolemia*) come diagnosi secondaria (vedi regola G54a).

S1200 Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo

S1201a Chirurgia plastica

Il ricorso alla chirurgia plastica può avvenire per ragioni **estetiche** o **mediche**.

Negli interventi per ragioni mediche, come diagnosi principale va codificata la condizione morbosa o il fattore di rischio che ha costituito il motivo dell'intervento.

Se invece il motivo dell'intervento è puramente estetico, la diagnosi principale è un «codice Z».

Revisione di una cicatrice

In caso di revisione di una cicatrice, il codice da utilizzare è

L90.5 Cicatrici e fibrosi cutanee

se la cicatrice richiede un ulteriore trattamento a causa di problemi medici (p. es. dolore).

Se per contro il trattamento secondario della(e) cicatrice(i) avviene per ragioni estetiche, va usato il codice

Z42.- Cure di controllo richiedenti l'impiego di chirurgia plastica

Rimozione di impianti mammari

Gli impianti mammari vengono rimossi per ragioni **mediche** o **estetiche**.

Se l'impianto è rimosso per ragioni mediche, si attribuisce uno dei seguenti codici:

T85.4 Complicanza meccanica di dispositivo protesico ed impianto mammari
T85.78 Infezione o altra reazione infiammatoria da altri dispositivi protesici, impianti ed innesti interni
T85.82 Fibrosi capsulare della mammella da dispositivo protesico e impianto mammari
T85.88 Altre complicanze di dispositivi protesici, impianti ed innesti interni, non classificati altrove

Una rimozione di impianto per ragioni estetiche invece va codificata con

Z42.1 Cure di controllo richiedenti l'impiego di chirurgia plastica alla mammella

S1202b Mastectomia sottocutanea profilattica

S1202 è riportato alla voce S0216b.

S1400 Malattie dell'apparato genitourinario

S1401a Dialisi

Grazie al codice *39.95.-- Emodialisi* o *54.98.-- Dialysi peritoneale* è possibile distinguere l'emodialisi intermittente e continua. L'emodialisi continua è da codificare con la durata precisa. Questa durata va registrata dall'inizio alla fine del trattamento. In caso di interruzione superiore alle quattro ore, l'interruzione non va conteggiata nella durata totale del trattamento.

Se, nel corso di una degenza ospedaliera, si applicano diversi metodi durante una procedura **continua**, ogni metodo va indicato con un codice (senza aggiungere i tempi di trattamento). Tuttavia, un'interruzione fino a 24 ore di una procedura continua non giustifica una nuova codifica.

S1402a Verruche anogenitali

Nelle ospedalizzazioni per il trattamento di verruche anogenitali va indicato come diagnosi principale uno dei seguenti codici:

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

Il codice

A63.0 Verruche anogenitali (veneree)

va indicato come diagnosi secondaria.

S1403a Intervento ricostruttivo per mutilazione genitale femminile (FGM)

Definizione

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce le «mutilazioni genitali femminili» (FGM) come segue:

Tutte le procedure che comportano l'asportazione parziale o totale degli organi genitali esterni femminili o altre lesioni degli organi riproduttivi femminili, per motivi culturali o altri motivi non terapeutici.

Codifica

Vanno codificate le affezioni che rendono necessario l'intervento di ricostruzione. Se non è presente un'affezione particolare, come diagnosi principale va indicato il codice

N90.8 Altri disturbi non infiammatori, specificati, della vulva e del perineo

S1500 Ostetricia

S1501b Definizioni

Durata della gestazione
La durata della gestazione viene sempre documentata con il codice *O09.-! Durata della gestazione;* la durata della gestazione va registrata al momento del ricovero in ospedale della paziente.

Parto a termine (nato a termine)
Durata della gestazione da 37 a 41 settimane compiute (da 259 a 286 giorni).

Parto post-termine (nato dopo il termine)
Durata della gestazione pari o superiore a 41 settimane compiute (287 giorni o più).

Parto pre-termine (nato prima del termine)
Durata della gestazione inferiore a 37 settimane compiute (meno di 259 giorni).

Nato vivo
Per nato vivo s'intende un bambino che respira o almeno mostra un battito cardiaco (segni vitali minimi).

Feto morto
Per feto morto s'intende un bambino che viene partorito senza segni vitali con un peso alla nascita pari o superiore a 500 g o un'età di gestazione di almeno 22 settimane compiute (ordinanza sullo stato civile).

Aborto
Per aborto s'intende la conclusione precoce della gravidanza per espulsione spontanea o artificialmente indotta di un feto senza segni vitali prima della 22ª settimana di gravidanza compiuta e con un peso alla nascita inferiore a 500 g.

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

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

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

S1502a Conclusione precoce della gravidanza

Aborto (O02.- a O06.-)

I codici delle categorie da O02.- a O06.- vanno impiegati solo qualora la gravidanza si concluda con un aborto spontaneo o terapeutico.

Come diagnosi principale va considerato l'aborto e come diagnosi secondaria la sua causa.

Esempio 1
Terminazione della gravidanza per sindrome di Patau (trisomia 13) dopo 12 settimane di gestazione.

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

Esempio 2
Interruzione di gravidanza nell'ambito di una gravidanza indesiderata.

DP	*O04.9*	*Aborto per ragioni mediche e legali, completo o non specificato, senza complicanza*
DS	*Z64.0*	*Problemi correlati ad una gravidanza indesiderata*
DS	*O09.1!*	*Durata della gestazione di 5-13 settimane complete*

Complicanze successive ad aborto e a gravidanza ectopica o molare (O08.-)

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

Esempio 3
Una paziente è ospedalizzata per il trattamento di una coagulazione intravascolare disseminata successiva ad un aborto alla 10ª sdg eseguito due giorni prima in un altro ospedale.

DP	*O08.1*	*Emorragia, tardiva o eccessiva, successiva ad aborto od a gravidanza ectopica o molare*

La durata della gestazione non va codificata come diagnosi secondaria, poiché il ricovero per il trattamento di una complicanza ha luogo successivamente ad un aborto trattato in precedenza.

Un codice della categoria *O08.- Complicanze successive ad aborto, gravidanza extrauterina e gravidanza molare* va attribuito come **diagnosi secondaria** per codificare una complicanza associata alle categorie *O00-O02 Gravidanza ectopica, mola idatiforme, altri prodotti anormali del concepimento.*

Esempio 4
Una paziente viene ricoverata in shock per rottura della tuba su gravidanza tubarica nella 6ª sdg.

DP	*O00.1*	*Gravidanza tubarica*
DS	*O08.3*	*Shock successivo ad aborto o a gravidanza ectopica o molare*
DS	*O09.1!*	*Durata della gestazione da 5 a 13 settimane complete*

Se una paziente è ricoverata perché dopo un precedente aborto sono rimaste parti del prodotto del concepimento, come diagnosi principale si codifica un **aborto incompleto** con complicanza (O03-O06 con quarto carattere da .0 a .3)

Esempio 5
Una paziente è ricoverata per emorragia su prodotto ritenuto due settimane dopo un aborto spontaneo. L'aborto si è verificato nella 5ª settimana di gravidanza ed è stato trattato ambulatorialmente.

DP	*O03.1*	*Aborto spontaneo, incompleto, complicato da emorragia tardiva o eccessiva*

In associazione con diagnosi delle categorie O03-O07, si indica **come diagnosi secondaria** un codice della categoria

O08.- Complicanze successive ad aborto e a gravidanza ectopica o molare

se la codifica ne risulta più precisa (confronta gli esempi 5 e 6).

Esempio 6
Una paziente è ricoverata con aborto incompleto alla 12ª settimana di gravidanza e collasso circolatorio.

DP	*O03.3*	*Aborto spontaneo, incompleto, con altre e non specificate complicanze*
DS	*O08.3*	*Shock successivo ad aborto o a gravidanza ectopica o molare*
DS	*O09.1!*	*Durata della gestazione da 5 a 13 settimane complete*

Feto morto

Se la gravidanza termina precocemente con un **feto morto**, come diagnosi principale va indicato il motivo della fine della gravidanza.

Esempio 7
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*
DS	*O09.-!*	*Durata della gestazione … settimane*
DS	*Z37.1!*	*Parto singolo, nato morto* *(o l'analogo codice in caso di parto plurigemellare)*

Nato vivo

Se la gravidanza termina precocemente con un **nato vivo**, come diagnosi principale va indicato il motivo della fine della gravidanza, con la differenza costituita dal codice *Z37.0! Parto singolo, nato vivo* (o l'analogo codice in caso di parto plurigemellare).

S1503b Malattie durante la gravidanza

In presenza di una gravidanza, il capitolo XV «Gravidanza, parto e puerperio» è prioritario rispetto ai capitoli sugli organi. Nota bene: insieme ai codici O98-O99 va indicato un codice supplementare di altri capitoli per specificare la malattia in atto.

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 gravidiche non classificate altrove*

- Condizioni correlate prevalentemente alla gravidanza possono essere codificate con codici specifici delle categorie O20-O29.

Esempio 1
Una paziente è ricoverata alla 30ª settimana di gravidanza per il trattamento di una sindrome del tunnel carpale che è peggiorata a causa della gravidanza.

DP	*O26.82*	*Sindrome del tunnel carpale durante la gravidanza*
DS	*O09.4!*	*Durata della gestazione da 26 a 33 settimane complete*

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

Esempio 2
Una paziente è ricoverata per un'anemia grave da deficit di ferro correlata alla gravidanza.

DP	*O99.0*	*Anemia complicante la gravidanza, il parto ed il puerperio*
DS	*D50.8*	*Altre anemie da deficit di ferro*
DS	*O09.-!*	*Durata della gestazione … settimane*

Esempio 3
Dopo un parto pretermine spontaneo nella 35a settimana di gestazione, la paziente viene trattata per una forte asma bronchiale allergica.

DP	*O60.1*	*Travaglio pretermine spontaneo con parto pretermine*
DS	*O09.5!*	*Durata della gestazione da 34 a 36 settimane complete*
DS	*Z37.0!*	*Parto singolo, nato vivo*
DS	*O99.5*	*Malattie dell'apparato respiratorio complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio*
DS	*J45.0*	*Asma preminentemente allergico*

- Se una paziente è ricoverata per un'affezione che non complica né viene complicata dalla gravidanza, il codice di questa malattia è indicato come diagnosi principale, aggiungendo come diagnosi secondaria *Z34 Controllo di gravidanza normale* e *O09.-! Durata della gestazione … settimane.*

Esempio 4
Una paziente alla 30ª settimana di gravidanza entra in ospedale per frattura del metacarpo destro dopo una caduta dalla bicicletta.

DP	*S62.32*	*Frattura di altro osso metacarpale, corpo*
L	*1*	
CDP	*V99!*	*Incidente di mezzo di trasporto*
DS	*Z34*	*Controllo di gravidanza normale*
DS	*O09.4!*	*Durata della gestazione da 26 a 33 settimane complete*

- 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*.

S1504a Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino

Posizioni e presentazioni anomale del bambino

Le anomalie di posizione, postura e presentazione del bambino vanno codificate qualora siano presenti al parto.

In un parto p. es. distocico per presentazione podalica, va codificato

O64.1 Distocia da presentazione podalica

come diagnosi principale.

In un parto spontaneo in presentazione podalica, non distocico va codificato

O32.1 Assistenza prestata alla madre per presentazione podalica del feto

Le presentazioni occipitali, come quella anteriore, posteriore, laterale o diagonale, sono codificate solo se richiedono un intervento.

Motilità fetale ridotta

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

Cicatrice uterina

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

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

S1505b Regole speciali per il parto

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

Attribuzione della diagnosi principale in un parto

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

- se il trattamento è stato richiesto **più di sette giorni** prima del parto, la condizione preparto va codificata come diagnosi principale;

- in tutti gli altri casi va codificata come diagnosi principale la diagnosi riferita al parto.

Parto vaginale singolo spontaneo (O80)

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

Ogni nascita spontanea va indicata con il codice

73.59 Altra assistenza manuale al parto

Inoltre le uniche procedure ostetriche che possono essere indicate in un parto in associazione al codice *O80 Parto singolo spontaneo* sono:

03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia
73.0- Rottura artificiale delle membrane [amniotomia]
73.59 Altra assistenza manuale al parto
73.6 Episiotomia

Esempio 1

Parto vaginale spontaneo di neonato sano alla 39ª settimana di gestazione, perineo intatto.

DP	*O80*	*Parto singolo spontaneo*
DS	*O09.6!*	*Durata della gestazione da 37 a 41 settimane compiute*
DS	*Z37.0!*	*Parto singolo, nato vivo*
TP	*73.59*	*Altra assistenza manuale al parto*

Esempio 2

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

DP	*O80*	*Parto singolo spontaneo*
DS	*O09.6!*	*Durata della gestazione da 37 a 41 settimane complete*
DS	*Z37.0!*	*Parto singolo, nato vivo*
TP	*73.59*	*Altra assistenza manuale al parto*
TS	*73.6*	*Episiotomia*

Esempio 3

Parto vaginale spontaneo alla 42a settimana di gestazione.

DP	*O48*	*Gravidanza prolungata*
DS	*O09.7!*	*Durata della gestazione più di 41 settimane complete*
DS	*Z37.0!*	*Parto singolo, nato vivo*
TP	*73.59*	*Altra assistenza manuale al parto*

Parto singolo con applicazione di forcipe e ventosa ostetrica o con taglio cesareo (O81-O82)

O81 *Parto singolo con applicazione di forcipe e ventosa ostetrica*

e

O82 *Parto singolo con taglio cesareo*

vanno impiegati solo quando non può essere codificata alcuna condizione del capitolo XV per indicare il motivo di questo tipo di parto. In altre parole, nemmeno O81 e O82 non possono più essere utilizzati come diagnosi secondarie.

Durata della gravidanza

Un codice della categoria

O09.-! *Durata della gestazione*

va indicato nel record della madre per specificare la durata della gravidanza al momento dell'ammissione.

Esito del parto

Per ogni parto, l'ospedale dove è avvenuto deve indicare nel record della madre il codice appropriato della categoria

Z37.-! *Esito del parto*

Questo codice non può essere attribuito come diagnosi principale.

Parto plurigemellare

In caso di gravidanza multipla con nascita spontanea p. es. di gemelli vivi, si indicano i codici

O30.0 Gravidanza multipla
Z37.2! Parto gemellare, entrambi nati vivi
73.59 Altra assistenza manuale al parto

Qualora i bambini di un parto plurigemellare siano partoriti per diverse vie, vanno codificati tutti i tipi di parto.

Esempio 2
Parto gemellare pretermine alla 35ª settimana di gestazione, il primo gemello viene partorito tramite estrazione per posizione podalica, il secondo con taglio cesareo per distocia con presentazione di spalla.

DP	*O64.4*	*Distocia da presentazione trasversa*
DS	*O32.1*	*Assistenza prestata alla madre per presentazione podalica del feto*
DS	*O30.0*	*Gravidanza gemellare*
DS	*O60.1*	*Travaglio pretermine spontaneo con parto pretermine*
DS	*O09.5!*	*Durata della gestazione da 34 a 36 settimane complete*
DS	*Z37.2!*	*Parto gemellare, entrambi nati vivi*
TP	*74.1*	*Taglio cesareo cervicale basso*
TS	*73.59*	*Altra assistenza manuale al parto*

Parto al di fuori dell'ospedale, prima del ricovero

Nel caso in cui una paziente abbia partorito un bambino prima del ricovero in ospedale, non sia stata sottoposta a procedure chirurgiche riferite al parto durante il trattamento in ospedale e non manifesti complicanze durante il puerperio, va indicato l'appropriato codice della categoria *Z39.- Assistenza e visita postparto*.

Qualora la causa del ricovero sia una **complicanza**, questa va codificata come diagnosi principale. Come diagnosi secondaria va attribuito un codice della categoria Z39.-.

Nel caso in cui una paziente sia trasferita dopo il parto in un altro ospedale per assistere un bambino malato, e qualora la paziente riceva un'assistenza di routine successiva al parto in questo secondo ospedale, va attribuito un appropriato codice della categoria Z39.- anche nel secondo ospedale.

Nel caso in cui una paziente sia trasferita dopo un parto cesareo in un altro ospedale per ricevere l'assistenza postoperatoria, senza che una condizione soddisfi la definizione di diagnosi principale o secondaria, va attribuito un appropriato codice della categoria Z39.- come diagnosi principale e il codice *Z48.8 Altri specificati trattamenti chirurgici di follow-up* come diagnosi secondaria.

In questi casi NON va attribuito un codice della categoria Z37.-!.

Parto pretermine, travaglio pretermine e falso travaglio

Un codice della categoria

O47.- Falso travaglio di parto

va indicato in caso di doglie non agenti sulla porzio (**non** agenti sulla cervice).

Un codice della categoria

O60.- Travaglio e parto pretermine

va utilizzato in caso di doglie agenti sulla porzio con/senza parto nella stessa degenza ospedaliera.

Se si conosce il motivo del parto pretermine o del travaglio pretermine o falso, questo motivo va indicato come diagnosi principale, seguito da un codice delle categorie O47.- o O60.- come diagnosi secondaria. Nel caso in cui il motivo sia sconosciuto, va indicato come diagnosi principale un codice delle categorie O47.- o O60.-. Inoltre va attribuito come diagnosi secondaria un codice della categoria *O09.-! Durata della gestazione*.

Durata prolungata della gravidanza e gravidanza protratta

O48 Gravidanza prolungata

va codificato nel caso in cui il parto abbia luogo dopo la 41ª settimana di gestazione compiuta (a partire da 287 giorni) o il bambino mostri segni evidenti dovuti al protrarsi della gestazione.

Esempio 3

Una paziente partorisce un bambino nella 43ª settimana di gestazione.

DP	*O48*	*Gravidanza prolungata*
DS	*O09.7!*	*Durata della gestazione più di 41 settimane compiute*
DS	*Z37.0!*	*Parto singolo, nato vivo*

Esempio 4

Una paziente partorisce un bambino nella 40ª settimana di gestazione. Il bambino mostra segni evidenti dovuti al protrarsi della gestazione.

DP	*O48*	*Gravidanza prolungata*
DS	*O09.6!*	*Durata della gestazione da 37 a 41 settimane compiute*
DS	*Z37.0!*	*Parto singolo, nato vivo*

Travaglio di parto prolungato

Un travaglio di parto è considerato prolungato se:

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

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

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

Prolungamento del periodo espulsivo con analgesia epidurale

Se il periodo espulsivo viene prolungato con l'utilizzazione di analgesia peridurale e dura più di 2 ore, va indicato anche il codice *O74.6 Altre complicanze di anestesia spinale ed epidurale durante il travaglio e il parto*.

Atonia uterina ed emorragie

Un'atonia uterina:

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

Un'emorragia postparto (O72.-) può essere codificata solo quando soddisfa i criteri di diagnosi secondaria.

S1600 Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale

S1601a Record medico

Per ogni neonato, l'ospedale in cui è avvenuto il parto deve obbligatoriamente inserire nel record medico il peso alla nascita.

In caso di ricovero ospedaliero di un neonato o lattante (fino alla fine del primo anno di vita), va obbligatoriamente registrato il peso all'ammissione.

S1602a Definizioni

Periodo perinatale e neonatale

Secondo la definizione dell'OMS:

- il periodo perinatale inizia 22 settimane dopo l'inizio della gestazione e termina con il compimento del 7° giorno dopo il parto;
- il periodo neonatale inizia con il parto e termina con il compimento del 28° giorno dopo il parto.

S1603a Neonati

Per un neonato, come diagnosi principale va indicato un codice della categoria

Z38.- Nati vivi secondo il luogo di nascita

se il neonato è sano (compresi i bambini sottoposti a circoncisione).

Questa categoria comprende bambini
a) nati in ospedale o casa per partorienti
b) nati al di fuori dell'ospedale o della casa per partorienti e ammessi immediatamente dopo il parto.

Esempio 1
Viene ammesso un neonato partorito a domicilio. Non presenta malattie.
DP Z38.1 Nato singolo, nato fuori dall'ospedale

Nota bene: riguardo al tipo di ammissione, nel record medico 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).

Nei nati pretermine e nei neonati già ammalati alla nascita o durante la degenza ospedaliera, i codici delle condizioni morbose vanno **anteposti** a un codice della categoria

Z38.- Nati vivi secondo il luogo di nascita

Esempio 2
Un neonato nato sano in ospedale (parto vaginale) viene trattato per crisi epilettiche comparse tre giorni dopo la nascita.

DP	*P90*	*Convulsioni del neonato*
DS	*Z38.0*	*Nato singolo, nato in ospedale*

Esempio 3
Neonato pretermine nato nella 27ª settimana di gestazione con un peso alla nascita di 1520 g.

DP	*P07.12*	*Basso peso alla nascita, da 1500 a 2500 grammi*
DS	*P07.2*	*Immaturità estrema*
DS	*Z38.0*	*Nato singolo, nato in ospedale*

I codici Z38.- non possono più essere utilizzati se il trattamento avviene durante una seconda o successiva degenza ospedaliera.

Esempio 4
Un neonato viene trasferito il secondo giorno dopo il parto dall'ospedale A all'ospedale B per sofferenza respiratoria e pneumotorace.

Ospedale A:

DP	*P22.0*	*Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato*
DS	*P25.1*	*Pneumotorace che ha origine nel periodo perinatale*
DS	*Z38.0*	*Nato singolo, nato in ospedale*

Ospedale B:

DP	*P22.0*	*Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato*
DS	*P25.1*	*Pneumotorace che ha origine nel periodo perinatale*

S1604a Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale

Per codificare condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale, nella ICD-10-GM è disponibile il capitolo XVI *Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale.* Il capitolo contiene anche spiegazioni che vanno osservate.

Esempio 1
Un neonato pretermine con ipoplasia polmonare viene trasferito nella clinica pediatrica di un altro ospedale. La madre ha avuto una rottura prematura delle membrane alla 25ª sdg. La gravidanza è stata prolungata mediante tocolisi fino alla 29ª sdg. A causa di una sospetta sindrome da infezione amniotica e di un CTG patologico si è proceduto a taglio cesareo alla 29ª sdg. L'ipoplasia è ricondotta alla nascita pretermine causata dalla rottura delle membrane. La clinica pediatrica ricevente codifica come segue:

DP	*P28.0*	*Atelettasia primaria del neonato*
DS	*P01.1*	*Feto e neonato affetti da rottura prematura delle membrane*

Va tenuto presente che alcune condizioni morbose (p. es. disturbi del metabolismo) che possono comparire nel periodo perinatale non sono classificate nel capitolo XVI. Se si verifica una di queste condizioni in un neonato, va attribuito un codice del corrispondente capitolo della ICD-10-GM **senza** un codice del capitolo XVI.

Esempio 2
Un neonato viene trasferito dal reparto di ostetricia in pediatria a causa di un'enterite da Rotavirus.

DP	*A08.0*	*Enterite da Rotavirus*
DS	*Z38.0*	*Nato singolo, nato in ospedale*

S1605a Nati morti

Sebbene l'informazione «nato morto» (p. es. *Z37.1 Parto singolo, nato morto*) sia già presente nel record della madre, si deve registrare anche un record minimo (vale a dire un caso) e un record supplementare per il neonato. Tuttavia, per il bambino **non** si procede ad alcuna codifica. In questo senso viene adattato MedPlaus.

S1606a Interventi particolari per il neonato malato

Terapia parenterale

Il codice *99.1.- Iniezione o infusione di sostanze terapeutiche o profilattiche* va per esempio attribuito nel caso in cui si somministri un liquido parenterale per il trattamento con carboidrati, per l'idratazione o in caso di disturbi elettrolitici.

Lo stesso vale per la somministrazione parenterale preventiva di liquidi in neonati pretermine di peso inferiore a 2000 g, praticata al fine di prevenire un'ipoglicemia o uno scompenso elettrolitico.

Fototerapia

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 Altra fototerapia

S1607a Sindrome dispnoica neonatale/malattia delle membrane ialine/deficit di surfattante

Nel codice per la sindrome dispnoica neonatale

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

è contenuta la codifica per le condizioni seguenti:

- malattia delle membrane ialine
- sindrome dispnoica
- deficit di surfattante

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

S1608a 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)
  o
- sindrome di aspirazione neonatale, qualora il disturbo respiratorio abbia reso necessaria una somministrazione di ossigeno di meno di 24 ore.

S1609a 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.

Codifica del 1° grado

P91.3 Irritabilità cerebrale del neonato

P21.0 Asfissia grave alla nascita

o

P20.- Ipossia intrauterina

Codifica del 2° grado

P91.4 Depressione cerebrale del neonato

P90 Convulsioni del neonato (se presenti)

P21.0 Asfissia grave alla nascita

o

P20.- Ipossia intrauterina

Codifica del 3° grado

P91.5 Coma del neonato

P90 Convulsioni del neonato (se presenti)

P21.0 Asfissia grave alla nascita

o

P20.- Ipossia intrauterina

S1800 Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove

S1801a Incontinenza

Il reperto di incontinenza ha rilevanza clinica, se

- l'incontinenza non può essere considerata «normale» nell'ambito di un trattamento (p. es. dopo determinati interventi chirurgici o in condizioni morbose specifiche);
- l'incontinenza non può essere considerata compatibile con il normale sviluppo (come p. es. nei bambini piccoli);
- l'incontinenza perdura in un paziente con chiara disabilità o ritardo mentale.

I codici per l'incontinenza urinaria o fecale

N39.3 *Incontinenza da stress [sforzo]*
N39.4- *Altra incontinenza urinaria specificata*
R32 *Incontinenza urinaria non specificata*
R15 *Incontinenza fecale*

vanno indicati solo quando l'incontinenza costituisce un motivo per il trattamento ospedaliero o ha rilevanza clinica nel senso descritto in precedenza. Tra le incontinenze che sono considerate «**normali**» nel quadro di un trattamento/intervento chirurgico e che perciò non devono essere codificate, si contano per esempio l'incontinenza urinaria postoperatoria transitoria dopo resezione della prostata o l'incontinenza fecale dopo una resezione bassa del retto.

S1802a Disfagia

R13.- *Disfagia*

va utilizzato solo qualora p. es. sia necessaria una sonda gastrica per l'alimentazione enterale o un trattamento della disfagia per più di 7 giorni di calendario.

S1803a Convulsioni febbrili

R56.0 *Convulsioni febbrili*

va codificato come diagnosi principale solo quando non è presente una malattia che ha causato le convulsioni febbrili, come una polmonite o un altro focolaio infettivo.

Se invece è nota la causa primaria, quest'ultima va codificata come diagnosi principale, aggiungendo *R56.0 Convulsioni febbrili* come diagnosi secondaria.

S1804a Diagnosi e terapia del dolore

Dolore acuto

Se un paziente è trattato per un dolore postoperatorio o associato a un'altra malattia, vanno codificati solo l'intervento eseguito o la malattia causante il dolore.

R52.0 Dolore acuto

viene attribuito solo se la localizzazione e la causa del dolore acuto non sono note.

Procedure anestetiche **non operatorie** per il dolore acuto (ad eccezione dei codici CHOP *93.A3.- Trattamento del dolore acuto)* vanno codificate se sono eseguite come misure isolate (vedi anche P02a, esempio 2).

Dolore cronico/intrattabile/oncologico

Se un paziente viene ricoverato specificatamente per la terapia del dolore e il trattamento riguarda esclusivamente il dolore, come diagnosi principale va indicato il codice della localizzazione del dolore. Lo stesso vale per il dolore oncologico. Analogamente a D01 Sintomi, la malattia di base va codificata come diagnosi secondaria.

Esempio 1
Un paziente è ricoverato per il trattamento di un dolore cronico intrattabile della regione sacrale, causato da un tumore osseo. Viene impiantato uno stimolatore spinale con un sistema a elettrodo singolo permanente per la stimolazione epidurale permanente. Viene trattato esclusivamente il dolore lombare.

DP	*M54.5*	*Dolore lombare*
DS	*C41.4*	*Tumore maligno: Ossa pelviche, sacro e coccige*
TP	*86.94.--*	*Impianto di neurostimolatore*
TS	*03.93.--*	*Inserzione o sostituzione di elettrodo di neurostimolatore epidurale permanente, sistema a elettrodo singolo*

I codici

R52.1 Dolore cronico intrattabile o
R52.2 Altro dolore cronico

sono indicati come **diagnosi principale** se la localizzazione del dolore non è specificata (vedi esclusioni della categoria R52.-) **e** se soddisfano la definizione di diagnosi principale (regola 52a).

In tutti gli altri casi di dolore cronico, come diagnosi principale va codificata la malattia che provoca il dolore, sempreché sia responsabile del ricovero ospedaliero.

Esempio 2
Una paziente è ricoverata per il trattamento delle metastasi ossee di un tumore polmonare maligno del lobo superiore. Tra gli altri farmaci, riceve morfina per controllare il forte dolore alle ossa.

DP	*C79.5*	*Tumore maligno secondario dell'osso e del midollo osseo*
DS	*C34.1*	*Tumore maligno lobo superiore, bronco o polmone*
DS	*R52.2*	*Altro dolore cronico*

S1900 Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne

S1901a Traumatismi superficiali

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

Esempio 1
Un paziente che è caduto viene ammesso per il trattamento di una frattura sovracondiloidea dell'omero sinistro e contusione del gomito, nonché per una frattura del corpo scapolare sinistro.

DP	*S42.41*	*Frattura dell'estremità inferiore dell'omero: sovracondiloidea*
L	*2*	
CDP	*X59.9!*	*Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi*
DS	*S42.11*	*Frattura della scapola: corpo*
L	*2*	

In questo caso la contusione del gomito non va codificata.

S1902a Frattura e lussazione

Per codificare una frattura o una lussazione vertebrale vedi S1905.

Frattura o lussazione con lesioni dei tessuti molli

Per codificare una frattura o una lussazione sono necessari 2 codici. Dapprima va indicato il codice della frattura o della lussazione e successivamente il corrispondente codice per la gravità della lesione dei tessuti molli.

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! – Sx1.86!	*Lesioni dei tessuti molli di grado I-III con frattura o lussazione chiusa* (x a seconda della regione corporea)
Sx1.87! – Sx1.89!	*Lesioni dei tessuti molli di grado I-III con frattura o lussazione esposta* (x a seconda della regione corporea)

Ai codici della ICD-10-GM è associato un testo che descrive il grado di gravità.

Esempio 1

Paziente con una frattura femorale diafisaria destra esposta di II grado dovuta a una caduta.

DP	*S72.3*	*Frattura diafisaria del femore*
L	*1*	
CDP	*X59.9!*	*Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi*
DS	*S71.88!*	*Danno ai tessuti molli di secondo grado con frattura o lussazione esposta dell'anca e della coscia*
L	*1*	

Frattura con lussazione

In questi casi va attribuito un codice sia per la frattura sia per la lussazione: il primo codice per la frattura.

Nota bene: in alcuni casi la ICD-10-GM prevede codici combinati, p. es.:

S52.31 Frattura della diafisi distale del radio con lussazione della testa ulnare

Frattura e lussazione con sede identica o differente

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

Esempio 2

Una paziente è ricoverata dopo una caduta per il trattamento di una frattura esposta della testa omerale destra di primo grado con lussazione anteriore della spalla destra (esposta) e danno ai tessuti molli di primo grado.

DP	*S42.21*	*Frattura dell'estremità superiore dell'omero, testa*
L	*1*	
CDP	*X59.9!*	*Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi*
DS	*S43.01*	*Lussazione anteriore dell'omero*
L	*1*	
DS	*S41.87!*	*Danno ai tessuti molli di primo grado su frattura o lussazione esposta del braccio*
L	*1*	

Se in un paziente sono presenti diverse fratture e/o lussazioni con sedi differenti, per ogni sede va registrato il grado (I - III) della lesione dei tessuti molli.

Contusione ossea

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

S1903a Ferite/traumatismi aperti

Per le ferite aperte è disponibile una categoria per ciascuna regione del corpo.

In queste categorie, oltre ai codici «!» per i danni dei tessuti molli in caso di frattura, sono disponibili codici «!» anche per i traumatismi in cui si è verificata una penetrazione in cavità corporee (ferita intracranica, intratoracica o intraddominale) attraverso la cute.

In questi casi la ferita aperta va codificata **in aggiunta** al traumatismo (p. es. la frattura).

Traumatismo aperto con interessamento di vasi sanguigni, nervi e tendini

In caso di traumatismo con danno vasale, la sequenza dei codici dipende dal fatto che vi sia o no minaccia di perdita dell'arto colpito. In caso positivo, per un traumatismo con interessamento di arteria e nervo si codifica:

- dapprima il traumatismo arterioso
- poi il traumatismo del nervo
- in seguito l'eventuale traumatismo tendineo
- e infine 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.

Traumatismo intracranico, intratoracico o intraddominale aperto

In caso di traumatismo aperto intracranico, intratoracico o intraddominale, prima va indicato il codice per il traumatismo, seguito dal codice per la ferita aperta.

Esempio 1
Paziente con ferita da coltello al torace con emotorace.

DP	*S27.1*	*Emotorace traumatico*
CDP	*Y09.9!*	*Aggressione mediante mezzi non specificati, luogo non specificato*
DS	*S21.83!*	*Ferita aperta di altra parte del torace in associazione a un traumatismo intratoracico*

Frattura aperta con traumatismo intracranico, intratoracico o intraddominale

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

- un codice per il traumatismo intracranico / intracavitario
- uno dei codici seguenti:

  S01.83! *Ferita aperta (qualsiasi parte della testa) associata a traumatismo intracranico*

  S21.83! *Ferita aperta di altra parte del torace in associazione a un traumatismo intratoracico*

  o

  S31.83! *Ferita aperta (qualsiasi parte dell'addome, dei lombi e della pelvi) associata a traumatismo intraaddominale*

- i codici per la frattura

  e

- un codice per il grado di gravità dei danni ai tessuti molli

  S01.87! – S01.89! *Danno ai tessuti molli di I-III grado con frattura o lussazione esposta della testa*

  S21.87! – S21.89! *Danno ai tessuti molli di I-III grado con frattura o lussazione esposta del torace*

  o

  S31.87! – S31.89! *Danno ai tessuti molli di I-III grado con frattura o lussazione esposta della colonna lombare e della pelvi*

Complicanze di una ferita aperta

In presenza di una ferita aperta con complicanze va indicato il codice per la ferita aperta, seguito da un codice della categoria

T89.0- *Complicanze di una ferita aperta*

Esempio 2

Una paziente è ricoverata dopo una caduta con schegge di vetro in una ferita aperta del ginocchio sinistro. La ferita è infetta durante il soggiorno e nello striscio si rileva la presenza di Staphylococcus aureus.

DP	*S81.0*	*Ferita aperta del ginocchio*
L	*2*	
CDP	*X59.9!*	*Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi*
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*

S1904a Perdita di coscienza

Perdita di coscienza correlata a un traumatismo

In caso di perdita di coscienza correlata a un traumatismo, quest'ultimo va indicato prima di un codice della categoria *S06.7-! Traumatismo intracranico con coma prolungato* corrispondente alla durata della perdita di coscienza.

Esempio 1

Un paziente viene ricoverato per una frattura dell'etmoide (radiografia). La TAC mostra un grande ematoma subdurale. Il paziente è rimasto incosciente per 3 ore.

DP	*S06.5*	*Emorragia subdurale traumatica*
CDP	*X59.9!*	*Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi*
DS	*S02.1*	*Frattura della base cranica*
DS	*S06.71!*	*Traumatismo intracranico con coma prolungato, da 30 minuti a 24 ore*

Perdita di coscienza non correlata a un traumatismo

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

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

S1905a Traumatismo del midollo spinale (con paraplegia e tetraplegia traumatiche)

Fase acuta – immediatamente post-traumatica

Con fase acuta di un traumatismo spinale si intende il periodo di trattamento immediatamente successivo al trauma. Può comprendere **diversi** ricoveri ospedalieri.

Se un paziente è ricoverato per un traumatismo del midollo spinale (p. es. compressione, contusione, lacerazione, taglio trasversale o schiacciamento del midollo spinale), vanno codificati i seguenti dettagli:

1. Il tipo di traumatismo del midollo spinale è il primo codice da indicare (lesione completa o incompleta)

2. L'altezza funzionale (livello) del traumatismo va codificata con

   S14.7-!, S24.7-!, S34.7-! *Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale cervicale/toracico/lombosacrale*

   Per l'indicazione dell'altezza funzionale vanno osservate le note esplicative dei codici S14.7!, S24.7! e S34.7! nella ICD-10-GM.

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

3. La sede della frattura in caso di frattura vertebrale

4. La sede della lussazione in caso di lussazione

5. Il grado di gravità del danno dei tessuti molli associato alla frattura/lussazione

Esempio 1
Una paziente viene ricoverata dopo una caduta con frattura da compressione di T12. Si rileva un traumatismo da compressione del midollo spinale allo stesso livello con paraplegia incompleta all'altezza funzionale L2.

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

Fase acuta – trasferimento del paziente

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

Esempio 2

Un paziente viene ricoverato nell'ospedale A dopo una caduta con grave traumatismo del midollo spinale. Una TAC conferma la lussazione di T7/8 con traumatismo del midollo spinale alla stessa altezza. La neurologia corrisponde a una lesione incompleta sotto T8. Dopo la stabilizzazione nell'ospedale A, il paziente viene trasferito nell'ospedale B, in cui viene effettuata un'artrodesi.

Ospedale A:

DP	*S24.12*	*Lesione incompleta del midollo spinale toracico*
CDP	*X59.9!*	*Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi*
DS	*S24.75!*	*Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale toracico, T8/T9*
DS	*S23.14*	*Lussazione di vertebra toracica, altezza T7/8 e T8/9*

Ospedale B:

DP	*S24.12*	*Lesione incompleta del midollo spinale toracico*
CDP	*X59.9!*	*Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi*
DS	*S24.75!*	*Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale toracico, T8/T9*
DS	*S23.14*	*Lussazione di vertebra toracica, altezza T7/8 e T8/9*

Nota bene: il trattamento acuto avviene nell'ospedale B, per cui anche in questa sede va codificato nuovamente il traumatismo con la causa esterna.

Traumatismo del midollo spinale – fase cronica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esempio 3
Una paziente è ricoverata per il trattamento di un'infezione delle vie urinarie. Inoltre presenta una paraplegia flaccida incompleta all'altezza di L2, una sindrome della cauda equina incompleta e un disturbo neuropatico di svuotamento della vescica.

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

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

Codifica di fratture e lussazioni vertebrali

Vedi anche S1902a Frattura e lussazione.

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

Esempio 4

Un paziente viene ricoverato dopo un incidente automobilistico con una frattura complicata esposta di secondo grado della seconda, terza e quarta vertebra toracica, con dislocazione all'altezza di T2/T3 e T3/T4 e lesione completa del midollo spinale all'altezza di T3. L'esame neurologico conferma la paralisi completa sotto T3.

DP	*S24.11*	*Lesione completa del midollo spinale toracico*
CDP	*V99!*	*Incidente di mezzo di trasporto*
DS	*S24.72!*	*Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale toracico, T2/T3*
DS	*S22.01*	*Frattura di vertebra toracica, altezza T1 e T2*
DS	*S22.02*	*Frattura di vertebra toracica, altezza T3 e T4*
DS	*S23.11*	*Lussazione di vertebra toracica, altezza T1/T2 e T2/T3*
DS	*S23.12*	*Lussazione di vertebra toracica, altezza T3/T4 e T4/T5*
DS	*21.88!*	*Danno ai tessuti molli di secondo grado con frattura o lussazione esposta del torace*

S1906a Traumatismi multipli

Diagnosi

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

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

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

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

Sequenza dei codici in caso di traumatismi multipli

In caso di traumatismi multipli specificati, la diagnosi principale è costituita dalla condizione più grave.

Esempio 1
Una paziente è ricoverata dopo un incidente automobilistico con contusione cerebrale focale, amputazione traumatica dell'orecchio destro, perdita di coscienza per 20 minuti, contusione di laringe e spalla destra e ferite da taglio alla guancia e alla coscia destre.

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

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

S1907a Ustioni e corrosioni

Sequenza dei codici

Va indicata prima la regione con l'ustione o la corrosione più grave. Pertanto, un'ustione o una corrosione di terzo grado va indicata prima di un'ustione o una corrosione di secondo grado, anche se quest'ultima interessa una superficie corporea più ampia.

Ustioni o corrosioni della stessa regione, ma di grado differente, vanno codificate come ustioni o corrosioni del grado più elevato riscontrato.

Esempio 1
Ustione di secondo e terzo grado della caviglia destra (<10%) causata da acqua bollente.

DP	*T25.3*	*Ustione di terzo grado della caviglia e del piede*
L	*1*	
CDP	*X19.9!*	*Ustione o scottatura da contatto con altri e non specificati calori e sostanze roventi*
DS	*T31.00!*	*Ustioni interessanti meno del 10% della superficie corporea*

Le ustioni e le corrosioni che richiedono un trapianto di cute vanno sempre indicate prima di quelle che non richiedono alcun trapianto.

Qualora siano presenti diverse ustioni o corrosioni dello stesso grado, va indicata prima la regione con la superficie corporea interessata più estesa. Tutte le altre vanno codificate, se possibile, indicando la sede anatomica interessata.

Esempio 2
Ustione di grado 2a della parete addominale (15%) e del perineo (10%) causata da acqua bollente.

DP	*T21.23*	*Ustione di grado 2a del tronco, parete addominale*
CDP	*X19.9!*	*Ustione o scottatura da contatto con altri e non specificati calori e sostanze roventi*
DS	*T21.25*	*Ustione di grado 2a del tronco, organi genitali esterni*
DS	*T31.20*	*Ustioni interessanti il 20-29% della superficie corporea*

Nel caso in cui il numero delle diagnosi sia superiore al numero massimo di diagnosi registrabili, va indicato il codice *T29.- Ustioni e corrosioni di regioni corporee multiple*.

Per le ustioni o corrosioni di terzo grado vanno impiegati sempre i codici differenziati. Qualora siano necessari codici multipli, essi vanno impiegati per ustioni o corrosioni di secondo grado.

Superficie corporea

Ogni caso di ustione o corrosione richiede un **codice supplementare** delle categorie

T31.-! *Ustioni classificate secondo l'estensione della superficie corporea interessata*
o
T32.-! *Corrosioni classificate secondo l'estensione della superficie corporea interessata*

per specificare la percentuale di superficie corporea interessata.

Il quarto carattere descrive la somma di tutte le singole superfici con ustioni o corrosioni, indicata in percentuale della superficie corporea. Il codice della categoria T31.-! o T32.-! va indicato una sola volta dopo l'ultimo codice relativo alla regione corporea interessata.

S1908b Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologiche

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

Gli avvelenamenti sono classificati nelle categorie

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

e

T51-T65 Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa

Se il ricovero stazionario **è dovuto ad un avvelenamento correlato ad una manifestazione** (p. es. coma, aritmia), come diagnosi principale va indicato il codice della manifestazione. I codici per l'avvelenamento provocato dalle sostanze impiegate (medicamenti, droghe, alcool) vanno codificati come diagnosi secondaria.

Esempio 1
Un paziente viene ricoverato in coma per via di un sovradosaggio di codeina.

DP	*R40.2*	*Coma non specificato*
CDP	*X49.9!*	*Avvelenamento accidentale*
DS	*T40.2*	*Avvelenamento da narcotici e psicodislettici [allucinogeni], oppio*

Esempio 2
Un paziente viene ricoverato con ematemesi causata dall'assunzione di cumarina (prescritta), combinata inavvertitamente con acido acetilsalicilico (non prescritto).

DP	*K92.0*	*Ematemesi*
DS	*T39.0*	*Avvelenamento da analgesici non oppiacei, antipiretici e antireumatici, salicilati*
DS	*X49.9!*	*Avvelenamento accidentale*
DS	*T45.5*	*Avvelenamento da agenti ad azione principalmente sistemica ed ematologici, anticoagulanti*

In caso di avvelenamento **senza manifestazioni** va indicato come diagnosi principale un codice delle categorie

T36-T50 Avvelenamento da farmaci, droghe e sostanze biologiche

e

T51-T65 Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa

Esempio 3
Una paziente si presenta al pronto soccorso e dice di aver ingerito 20 compresse di paracetamolo in seguito ad un gesto inconsulto. Dopo una lavanda gastrica non si presenta nessuna altra manifestazione.

DP	*T39.1*	*Avvelenamento da analgesici non oppiacei, antipiretici e antireumatici, derivati del 4-aminofenolo*
CDP	*X49.9!*	*Avvelenamento accidentale*

Sovradosaggio di insulina

L'**eccezione** a questa regola è costituita dal sovradosaggio d'insulina, in cui vanno indicati i codici delle categorie

E10-E14, con quarto carattere «.6» *Diabete mellito con altre complicanze specificate*

prima del codice per l'avvelenamento

T38.3 *Avvelenamento da insulina e ipoglicemizzanti [antidiabetici] orali*

S1909a Effetti collaterali indesiderati di farmaci (assunti secondo prescrizione)

Gli effetti collaterali indesiderati di farmaci indicati assunti conformemente alla **prescrizione** vanno codificati come segue:

- uno o più codici per le condizioni morbose manifestatesi come effetti indesiderati, seguiti da

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

se quest'affermazione non è contenuta nel codice della diagnosi.

Esempio 1
Una paziente è ricoverata per una gastrite acuta emorragica, causata da acido acetilsalicilico assunto correttamente. Non si trovano altre cause della gastrite.

DP	*K29.0*	*Gastrite emorragica acuta*
CDP	*Y57.9!*	*Complicanze a causa di medicamenti e droghe*

Esempio 2
Un paziente HIV positivo è ricoverato per il trattamento di un'anemia emolitica causata dalla terapia antiretrovirale.

DP	*D59.2*	*Anemia emolitica non autoimmune da farmaci*
DS	*Z21*	*Stato d'infezione asintomatica da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]*

S1910a Effetti indesiderati o avvelenamento da assunzione combinata di due o più sostanze (in caso di assunzione non prescritta)

Avvelenamento da farmaci e alcol

Un effetto collaterale di un farmaco assunto **in combinazione con l'alcol** va codificato come **avvelenamento da entrambe le sostanze (attive)**.

Esempio 1

Una paziente viene ricoverata con grave depressione del centro respiratorio a seguito dell'assunzione accidentale di barbiturici insieme ad alcol.

DP	*T42.3*	*Avvelenamento da farmaci antiepilettici, sedativi, ipnotici e antiparkinsoniani, barbiturici*
CDP	*X49.9!*	*Avvelenamento accidentale*
DS	*G93.88*	*Altre malattie specificate dell'encefalo*
DS	*T51.0*	*Effetto tossico dell'alcol, etanolo*

Avvelenamento da farmaci prescritti assunti in combinazione con farmaci non prescritti

Un effetto collaterale dell'assunzione contemporanea di un farmaco **prescritto** e di uno **non prescritto** va codificato come **avvelenamento da entrambe le sostanze (attive)**.

Esempio 2

Un paziente viene ricoverato per ematemesi causata dall'assunzione di cumarina (prescritta), combinata accidentalmente ad acido acetilsalicilico (non prescritto).

DP	*T39.0*	*Avvelenamento da salicilati*
CDP	*X49.9!*	*Avvelenamento accidentale*
DS	*K92.0*	*Ematemesi*
DS	*T45.5*	*Avvelenamento da agenti ad azione principalmente sistemica ed ematologici non classificati altrove, anticoagulanti*

S2000 Cause esterne di morbosità e mortalità

Questo capitolo consente la classificazione di eventi ambientali e circostanze che causano traumatismi, avvelenamenti, malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e altri effetti nocivi. Queste cause esterne vanno registrate per ragioni epidemiologiche.

Salvo diversa indicazione nelle regole di codifica, i codici delle cause esterne (V-Y) seguono obbligatoriamente i codici dei traumatismi, degli avvelenamenti, delle malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e degli altri effetti nocivi.

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

Per ogni evento è sufficiente un unico codice per le cause esterne.

Esempio 1
Ferita aperta della coscia per incidente in bicicletta.
S71.1 Ferita aperta della coscia
V99! Incidente di mezzo di trasporto

Esempio 2
Paziente con contusione cerebrale focale, perdita di coscienza per 20 minuti e ferite da taglio alla coscia.
S06.31 Contusione cerebrale focale
X59.9! Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi
S06.70! Traumatismo intracranico con coma prolungato, meno di 30 minuti
S71.1 Ferita aperta della coscia

Esempio 3
Trombosi venosa profonda postoperatoria susseguente a trattamento di una frattura tibiale.
I80.28 Flebite e tromboflebite di altri vasi profondi degli arti inferiori
Y84.9! Intervento medico non specificato

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

Per l'impiego di questi codici vanno osservate le note all'inizio del capitolo XXI della ICD-10-GM, le regole di codifica e le *«Manuale delle definizioni di SwissDRG, Volume 5, Appendice D, Plausibilità, D5: Diagnosi principali inammissibili»*.

Allegato

Definizioni mediche:

Diabete mellito scompensato

Il **quinto carattere** si codifica nel seguente modo:

0 *diabete mellito definito come non scompensato*
1 *diabete mellito definito come scompensato*
2 *diabete mellito con complicanze multiple, definito come non scompensato*
3 *diabete mellito con complicanze multiple, definito come scompensato*
4 *diabete mellito con sindrome del piede diabetico, non definito come scompensato*
5 *diabete mellito con sindrome del piede diabetico, definito come scompensato*

A questo proposito si deve tener conto che dal punto di vista medico non tutte le combinazioni del codice a quattro caratteri hanno senso con un quinto livello. La glicemia misurata al momento del ricovero non è un valido indicatore di controllo per la diagnosi di «diabete mellito scompensato», sia per il diabete mellito di tipo 1, sia per quello di tipo 2. La classificazione «scompensato» o «compensato» viene generalmente effettuata dopo valutazione dell'intero decorso del trattamento (in modo retrospettivo). Il termine «scompensato» si riferisce quindi alla situazione metabolica.

Alcuni criteri per il diabete mellito scompensato (in accordo con gli esperti FMH di endocrinologia):

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

Alcune diagnosi che possono rientrare nel quadro clinico della sindrome del piede diabetico

1. Infezione e/o ulcera

Ascesso cutaneo, foruncolo e favo degli arti	*L02.4*
Cellulite delle dita dei piedi	*L03.02*
Cellulite dell'arto inferiore	*L03.11*

Nota: nei seguenti codici a quattro caratteri della categoria *L89.- Ulcera da decubito e area di pressione*, il quinto carattere codifica la localizzazione dell'area di pressione (vedi ICD-10-GM).

Ulcera da decubito e area di pressione stadio I	*L89.0-*
Ulcera da decubito e area di pressione stadio II	*L89.1-*
Ulcera da decubito e area di pressione stadio III	*L89.2-*
Ulcera da decubito e area di pressione stadio IV	*L89.3-*
Ulcera da decubito e area di pressione, non specificata	*L89.9-*
Ulcera di arto inferiore non classificata altrove	*L97*
Ulcera cronica della cute non classificata altrove	*L98.4*

2. Angiopatia periferica

Aterosclerosi delle arterie degli arti, altre e non specificate	*I70.20*
Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolore ischemico indotto da sforzo	*I70.21*
Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolore ischemico a riposo	*I70.22*
Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con ulcera	*I70.23*
Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con gangrena	*I70.24*

3. Neuropatia periferica

Polineuropatia diabetica	*G63.2**
Neuropatia del sistema nervoso autonomo in malattie endocrine e metaboliche	*G99.0**

4. Deformazioni

Alluce valgo (acquisito)	*M20.1*
Alluce rigido	*M20.2*
Altra deformazione dell'alluce (acquisita)	*M20.3*
Altro(e) dito(a) del piede a martello (acquisito(e))	*M20.4*
Altre deformazioni di dito(a) del piede (acquisite)	*M20.5*
Deformazione in flessione, caviglia e piede	*M21.27*
Piede cadente (acquisito), caviglia e piede	*M21.37*
Piede piatto [pes planus] (acquisito)	*M21.4*
Piede ad artiglio e piedi torti acquisiti, caviglia e piede	*M21.57*
Altre deformazioni acquisite della caviglia e del piede	*M21.67*
Altre deformazioni acquisite degli arti specificate, della caviglia e del piede	*M21.87*

5. Precedenti amputazioni

Mancanza acquisita del piede e della caviglia, monolaterale	*Z89.4*
Dito(a) del piede, anche bilaterale	
Mancanza acquisita di una gamba sotto il ginocchio, monolaterale	*Z89.5*
Mancanza acquisita di una gamba, sopra il ginocchio, monolaterale	*Z89.6*
Mancanza (parziale) acquisita di entrambi gli arti inferiori	*Z89.7*

Escluso: Mancanza isolata di dito(a) del piede, bilaterale (Z89.4)

Insufficienza renale acuta

L'insufficienza renale acuta è un peggioramento improvviso (di regola entro 48 ore) della funzionalità renale. Si distingue dall'insufficienza renale cronica per il fatto che un'insufficienza acuta in linea di principio è reversibile.

La suddivisione in stadi del danno renale acuto si basa sui criteri:
RIFLE: **R**isk – **I**njury – **F**ailure – **L**oss – **E**SRD (End Stage Renal Disease) o
AKIN: **A**cute – **K**idney – **I**njury – **N**etwork

Stadi del danno renale acuto			
RIFLE	**AKIN**	**Creatinina sierica**	**Escrezione di urina**
Risk	**1**	Aumento da 1,5 a 2 volte della creatinina (RIFLE/AKIN) o aumento della creatinina ≥ 0,3 mg/dl (≥26,4 µmol/l) (AKIN)	<0,5 ml/kg/h per 6 h
Injury	**2**	Aumento da 2 a 3 volte della creatinina	<0,5 ml/kg/h per 12 h
Failure	**3**	**Aumento > 3 volte della creatinina o creatinina sierica > 4 mg/dl (>352 µmol/l) con aumento acuto ≥ 0,5 mg/dl (44 µmol/l) o diminuzione del GFR>75% (velocità di filtrazione glomerulare)**	**<0,3 ml/kg/h per 24 h o assenza di urine (anuria) per 12 h**
Loss		Insufficienza renale persistente per > 4 settimane	
ESRD		Insufficienza renale persistente per > 3 mesi	

Per la codifica di un'insufficienza renale si applicano le seguenti regole:

- **una «insufficienza renale acuta»** è presente se sono soddisfatti i criteri di «Failure» (RIFLE) o dello stadio 3 (AKIN), indipendentemente dalla causa del disturbo (renale o extrarenale);

- un paziente può essere affetto contemporaneamente da **insufficienza renale acuta e insufficienza renale cronica**, se il peggioramento acuto dell'insufficienza cronica insorge in breve tempo e soddisfa i criteri dello stadio 3 AKIN. Ciò implica che un'insufficienza renale «acute on chronic», che non soddisfa i criteri dello stadio 3 AKIN, va considerata un'insufficienza cronica (con peggioramento acuto).

Allegato supplementare al Manuale di codifica, approvato dalla Società svizzera di nefrologia.

Indice alfabetico

A

Abbreviazioni 9
Aborto 105
- con complicanze 105
Aderenze (peritoneale) 100
AIDS 62
Allegato 137
- diabete mellito scompensato 137
- Insufficienza renale acuta 139
Analgesia epidurale (gravidanza) 113
Angina pectoris 88
Apparato
- digerente 100
- genitourinario 103
Appendicite 100
Arresto cardiaco 94
Artroscopia 50
Atonia uterina ed emorragie 113
Avvelenamenti 121
- da farmaci e alcol 134
- da farmaci prescritti e non prescritti 134
- da farmaci, droghe, sostanze biologiche 132
- sovradosaggio di insulina 133

B

Batteriemia 58
Bilaterali
- procedure 54

C

Cardiopatia ipertensiva 87
Cardiopatia ischemica
- Angina pectoris 88
- infarto miocardico acuto 88
- infarto miocardico pregresso 89
- infarto miocardico recidivante 89
- reinfarto 89
- sindrome coronarica acuta 88
- trattata con terapie chirurgiche (stent/bypass) 89
-altre forme di cardiopatia ischemica cronica 89
Cardiopatia valvolari 92
Caso di trattamento
- definizione 24
Cause esterne 135
Chemioterapia 73
Chirurgia plastica 102
Chiusura di fistola arteriovenosa 94
CHOP
- convenzioni tipografiche e abbreviazioni 22
- indice alfabetico 20
- lista sistematica 21
- nozioni generali 20
- struttura 20
Classificazioni
- CHOP 20
- ICD-10-GM 15
Codici
- cause esterne 135
- combinati 39
- con punto esclamativo 32
- daga-asterisco 31
- Z-codici 136
Codifica
- eseguire una codifica corretta 23
Colpo apoplettico
- acuto 83
- disturbi funzionali 83
- pregresso 83
Complemento alla diagnosi principale
- definizione 26
Complicanze
- cicatrice uterina 109
- della gravidanze 108
- motilità fetale ridotta 108
- posizioni e presentazioni anomale del bambino 108
Controllo
- di trapianto cardiaco 93
- dopo tumore 69
Contusione ossea 122
Convalescenza 45
Convulsioni febbrili 119
Corrosioni 131
- superficie corporea 131
CPAP
- adulti, bambini, adolescenti 99
- controllo dell'ottimizzazione 99
- impostazione iniziale 99
- neonati e lattanti 99
Croup
- pseudocroup 64
- sindrome dacroup 64
- vero 64
Cute e tessuto sottocutaneo 102

D
Daga†-asterisco* 31
Data del trattamento 47
Defibrillatore
- cambio di aggregato 93
- complicanze 93
Deficit di surfattante 117
Definizioni
- caso di trattamento 24
- complemento alla diagnosi principale 26
- diagnosi principale 25
- diagnosi secondarie 27
- mediche 137
- periodo perinatale e neonatale 114
- trattamenti secondari 28
- trattamento principale 28
Diabete mellito
- categorie 74
- come diagnosi principale 75
- come diagnosi secondaria 77
- con angiopatia periferica 79
- con complicanze 75
- con complicanze renale 78
- con malattia oculari 78
- con neuropatia 79
- con sindrome del piede diabetico 80
- con sindrome metabolica 80
- diversi tipi 74
- regole per la codifica 75
- scompensato, definizione 137
- terminologia 74
Diagnosi
- bilaterali 30
- monolaterali 30
- multiple localizzazioni 30
Diagnosi del dolore
- dolore acuto 120
- dolore cronico 120
- dolore intrattabile 120
- dolore oncologico 120
Diagnosi principale
- definizione 25
- scelta della diagnosi principale 25
Diagnosi secondarie
- definizione 27
- sequenza 28
Diagnosi sospetta
- esclusione della diagnosi sospetta 37
- nessuna formulazione di diagnosi 37
- probabile 37
Dialisi 103
Disfagia 119
Disidratazione
- nella gastroenterite 101
Disturbi
- della secrezione interna/pancreas 81
- dopo a procedure diagnostiche o terapeutiche 40
- iatrogeni 40
Disturbi psichici e comportamentali
- acuta accidentale intossicazione 82
- acuta non accidentale intossicazione 82
- da uso di sostanze psicoattive 82
- da uso droghe, farmaci, alcol,nicotina 82
- ubriacatura 82
- uso dannoso (alcol, droghe) 82
Documentazione
- delle diagnosi 23
- delle procedure 23
Donazione dopo morte cerebrale 55
Durata della gravidanza 110

E
Edema polmonare
- acuto 94
Effetti collaterali di farmaci
- assunti secondo prescrizione 133
- assunzione non prescritta 134
Emodialisi 103
Emorragia
- e atonia uterina 113
- gastrointestinale 100
- postparto 113
Encefalopatia ipossico-ischemica 118
Endoscopia 50
- passare a cielo aperto 52
Episodio acuto
- di una malattia cronica 38
Esiti di 33
Esito del parto 110

F
Falso travaglio 112
Ferite
- aperta con complicanze 124
- aperte 123
Feto morto 106
Fibrosi cistica 81
Fistola arteriovenosa 94
Follow-up pianificati 35

Frattura
- aperta con traumatismo intracranico, intratoracico, intraddominale 124
- con lesioni dei tessuti molli 121
- con lussazione 122
- con sede identica o differente 122
- vertebrale 129

G

Gastrite
- con ulcera gastrica 100

Gastroenterite
- con disidratazione 101

Gravidanza
- aborto 105
- cicatrice uterina 109
- complicanze 108
- conclusione precoce 105
- definizioni 104
- durata 110
- durata prolungata 112
- ectopica con complicanze 105
- feto morto 106
- malattie 107
- molare con complicanze 105
- motilità fetale ridotta 108
- nato vivo 106
- plurigemellare 111
- posizioni e presentazioni anomale del bambino 108
- protratta 112

H

HIV
- asintomatica 62
- complicanta gravidanza, parto, puerperio 63
- malattia associata 63
- messa in evidenza con laboratorio 62
- sequenza e scelta dei codici 64
- sindrome da infezione acuta 62
- stadi clinici (A, B e C) 63
- suddivisione in stadi 63

I

ICD-10-GM
- convenzioni tipografiche e abbreviazioni 18
- indice alfabetico 18
- introduzione 15
- lista sistematica 16
- storia 15
- struttura 15

Impianti mammari
- rimozione 102

Incontinenza 119

Indice 3

Infarto miocardico
- acuto 88
- pregresso 89
- recidivante 89
- reinfarto 89

Inizio del trattamento (ora) 47

Insuccesso
- di un trapianto di cornea 85

Insufficienza
- renale acuta, definizione 139
- respiratoria 99

Intervento
- artroscopici 50
- bilaterali 54
- chirurgico non eseguito 44
- combinato 51
- complesso 51
- di follow-up pianificati 35
- endoscopice 50
- eseguito parzialmente 52
- interrotto 52
- laparoscopici 50
- panendoscopici 50
- per fattori di rischio 73
- per profilassi 73
- ricostruttivo per mutilazione genitale femminile 103

Intossicazione
- acuta accidentale 82
- acuta non accidentale 82
- ubriacatura 82

Introduzione versione 2013 8

Intubazione
- senza ventilazione meccanica 98

Ipertensione
- con cardiopatia ipertensiva 87
- con malattia cardiaca e renale ipertensiva 87
- con malattia renale ipertensiva 87

Ipoacusia 86

L

Laparoscopia 50
- passare a cielo aperto 52

Lateralità
- delle diagnosi 30
- delle procedure 47

Lesioni
- dei tessuti molli 121
Linfangiosi carcinomatosa 72
Linfomi..... 72
Lussazione
- con frattura..... 122
- con lesioni dei tessuti molli 121
- con sede identica o differente 122
- vertebrali..... 129

M
Malattia
- che hanno origine nel periodo perinatale..... 114
- croniche con episodio acuto 38
- del sistema circolatorio 87
- del sistema nervoso..... 83
- del sistema respiratorio..... 95
- dell'apparato digerente 100
- dell'apparato genitourinario 103
- dell'occhio e annessi oculari 85
- dell'orecchio e apofisi mastoide..... 86
- della cute e tessuto sottocutaneo 102
- delle membrane ialine 117
- dopo a procedure diagnostiche o terapeutiche40
- durante gravidanza 107
- endocrine, nutrizionali e metaboliche 74
- iatrogene 40
- incombente..... 36
- infettiva e parassitaria 58
- renale ipertensiva..... 87
Mancanza di 33
Minaccia di malattia 36
Mutilazione genitale femminile
- intervento ricostruttivo..... 103

N
Nato
- morto..... 116
- vivo..... 106
Neonato
- condizioni morbose di origine periodo perinatale 116
- deficit di surfattante..... 117
- definizioni 114
- encefalopatia ipossico-ischemica 118
- fototerapia..... 117
- malattia delle membrane ialine..... 117
- nato morto..... 116
- periodo perinatale e neonatale 114
- record medico 114
- scelta della diagnosi principale 114
- sindrome di aspirazione imponente.....117
- sindrome dispnoica neonatale.....117
- tachipnea transitoria 117
- terapia parenterale.....116
Neoplasie.....65
- attività tumorale 66
- chemioterapia e radioterapia.....73
- complicanze dopo a procedure diagnostiche o terapeutiche 68
- complicanze iatrogena 68
- con attività endocrina 69
- controlli 69
- del sistema ematopoietico/linfatico 66
- diagnosi soltante mediante biopsia.....68
- escissione estesa 68
- lesioni contigue.....70
- linfangiosi carcinomatosa.....72
- linfomi 72
- nell'indice alfabetico 65
- recidiva.....69
- remissione di malattie maligne immunoproliferative/leucemie 71
- scelta della diagnosi principale 66
- sedi multiple 70
- sospetto di tumore/metastasi.....68
Nozioni generali G00-G56 10

O
Occhio e degli annessi oculari 85
Occlusione
- di stent o bypass coronarico.....90
Orecchio e apofisi mastoide 86
Ostetricia 104

P
Pacemaker
- cambio di aggregato.....93
- complicanze.....93
- permanente 93
Pancreas
- disturbi della secrezione interna 81
Panendoscopie.....50
Paraplegia e tetraplegia non traumatica
- fase iniziale (acuta) 84
- fase tardiva (cronica).....84
Paraplegia e tetraplegia, traumatiche
- fase acuta, immediatamente post-traumatica126
- fase acuta, trasferimento del paziente 127
- fase cronica.....128

Parto
- atonia uterina ed emorragie 113
- attribuzione della diagnosi principale 109
- cicatrice uterina 109
- complicanze 108
- definizioni 104
- esito del parto 110
- falso travaglio 112
- feto morto 106
- fuori ospedale, prima del ricovero in ospedale 111
- motilità fetale ridotta 108
- nato vivo 106
- plurigemellare 111
- posizioni e presentazioni anomale del bambino 108
- pretermine 112
- prolungamento del periode espulsive con analgesia epidurale 113
- regole speciali 109
- singolo con forcipe 110
- singolo con taglio cesareo 110
- singolo con ventosa 110
- singolo vaginale spontaneo 109
- travaglio pretermine 112
- travaglio prolungato 113
Paziente in attesa 24
Perdita di coscienza
- correlata a un traumatismo 125
- non correlata a un traumatismo 125
Perdita improvvisa dell'udito 86
Periodo neonatale
- definizione 114
Periodo perinatale
- condizioni morbose di origine 116
- definizione 114
Posizioni e presentazioni anomale del bambino .. 108
Prelievo d'organo
- donazione da vivente 55
- esame di donatore 55
- per trapianto 55
- post mortem 55
Prelievo di tessuto
- donazione da vivente 55
- esame di donatore 55
- per trapianto 55
- post mortem 55
Presenza di 33
Procedure
- abituale 49
- che non vanno codificate 49
- che vanno codificate 48
- data del trattamento 47
- eseguita parzialmente 52
- eseguite più volte 53
- importanti 48
- inizio del trattamento (ora) 47
- interrotti 52
- lateralità 47
- non eseguita 44
Prolungamento del periodo espulsivo con analgesia epidurale 113
Prophylaktische Brustamputation 102
Punto esclamativo ! 32

R
Radioterapia 73
Raggruppamenti di casi 24
Recidiva (tumore) 69
Record medico
- record gruppo di pazienti 13
- record minimo 13
- record neonati 13
- record psichiatria 13
- record supplementari 13
Regole di codifica generali
- per le malattie/diagnosi D00-D15 29
- per le procedure P00-P09 47
Regole di codifica speciali S0100-S2100 58
Reinterventi 54
- su cuore e pericardio 94
Remissione
- di malattie maligne immunoproliferative/leucemie 71
Respirazione a pressione positiva continua CPAP
- adulti, bambini, adolescenti 99
- neonati e lattanti 99
Revisione
- di un campo operatorio 54
- di una cicatrice 102
- su cuore e pericardio 94
Riabilitazione 45
Riammissione entro 18 giorni 42
Rigetto
- del trapianto 56
- di un trapianto di cornea 85
Rimozione
- di impianti mammari 102
- di shunt arteriovenoso 94
Risultati anormali 29
Ritrasferimento nell'ospedale primario 46

S

Scelta della diagnosi principale 25
- in caso di riammissione entro 18 giorni per malattia o disturbo iatrogeno 42

Sepsi 58
- del neonato 59
- dopo procedure diagnostiche o terapeutiche .. 60
- grave 60
- iatrogena 60
- in associazione con capitolo XV (O) 59
- in caso di agranulocitosi 60
- urosepsi 59

Sequele 34
Shunt arteriovenoso 94
Sindrome 43
- congenita 43
- coronarica acuta 88
- del piede diabetico 80
- di aspirazione imponente 117
- dispnoica neonatale 117
- metabolica 80

Sintomi
- come diagnosi principale 29
- come diagnosi secondarie 29
- convulsioni febbrili 119
- disfagia 119
- incontinenza 119
- segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio 119

SIRS 61
Sistema
- circolatorio 87
- nervoso 83
- respiratorio 95

Sordità 86
Sospetto
- di tumore/metastasi 68

Sovradosaggio di insulina 133
Statistica medica e codifica medica
- anonimizzazione dei dati 12
- basi giuridiche 11
- obiettivi della statistica medica 12
- organizzazione 11
- record medico, definizioni e variabili 13
- sistema di classificazione dei pazienti SwissDRG 14
- storia 10

SwissDRG, sistema di classificazione dei pazienti .. 14

T

Tachipnea transitoria 117
Terapia del dolore 120
Tetraplegia e paraplegia non traumatica
- fase iniziale (acuta) 84
- fase tardiva (cronica) 84

Tetraplegia e paraplegia, traumatiche
- fase acuta, immediatamente post-traumatica 126
- fase acuta, trasferimento del paziente 127
- fase cronica 128

Trapianto
- cardiaco, esame di controllo 93
- controllo dopo 56
- donazione da vivente 55
- esame di donatore 55
- insuccesso 56
- post mortem 55
- riceventi 56
- rigetto 56
- valutazione 56

Trasferimento
- con ritrasferimento nell'ospedale primario 46
- per continuazione delle cure 45
- per convalescenza 45
- per il trattamento nell'ospedale centrale 46
- per riabilitazione 45

Trattamenti secondari
- definizione 28
- sequenza 28

Trattamento
- dopo trasferimento per continuazione delle cure 45

Trattamento principale
- definizione 28

Traumatismi 121
- aperte 123
- aperto, interessamento vasi sanguigni, nervi, tendini 123
- aperto, intracranico, intratoracico, intraddominale 123
- del midollo spinale 126
- multipli 130
- superficiali 121
- con perdita di coscienza 125

Travaglio pretermine 112
Trombosi
- di stent o bypass coronarico 90

Tumori
- attività tumorale 66
- chemioterapia e radioterapia 73
- complicanze dopo a procedure diagnostiche o terapeutiche 68
- complicanze iatrogena 68

- con attività endocrina 69
- controlli 69
- del sistema ematopoietico/linfatico 66
- diagnosi soltante mediante biopsia 68
- escissione estesa 68
- lesioni contigue 70
- linfangiosi carcinomatosa 72
- linfomi 72
- nell'indice alfabetico 65
- recidiva 69
- remissione di malattie maligne immunoproliferative/leucemie 71
- scelta della diagnosi principale 66
- sedi multiple 70
- sospetto di tumore/metastasi 68

U

Ulcera gastrica
- con gastrite 100
Urosepsi 59
Ustioni 131
- superficie corporea 131

V

Ventilazione meccanica
- calcolo della durata 96
- codifica 95
- definizione 95
- fine della durata 97
- inizio della durata 96
- patienti trasferiti 98
- svezzamento 97
Verruche anogenitali 103

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*
Informazioni individuali	032 713 60 11 info@bfs.admin.ch
L'UST su Internet	www.statistica.admin.ch
Comunicati stampa per un'informazione rapida sui risultati più recenti	www.news-stat.admin.ch
Pubblicazioni per un'informazione approfondita	032 713 60 60 order@bfs.admin.ch
Ricerca interattiva (banche dati)	www.stattab.bfs.admin.ch

Maggiori informazioni sui diversi mezzi di diffusione utilizzati sono reperibili in Internet all'indirizzo www.statistica.admin.ch →Servizi→Pubblicazioni della statistica svizzera

Salute

Epidemiologia del cancro. Il melanoma della pelle: situazione e prevenzione, Neuchâtel 2012, numero di ordinazione: 1269-0800, 4 pagine, gratuito

Statistica delle cause di morte 2009 – Assistenza al suicidio (suicidio assistito) e suicidio in Svizzera, Neuchâtel 2012, numero di ordinazione: 1259-0900, 4 pagine, gratuito

Interruzioni di gravidanza in Svizzera: il quadro della situazione – Statistica delle interruzioni di gravidanza 2010, Neuchâtel 2011, numero di ordinazione: 532-1107-05, 4 pagine, gratuito

Persone anziane in istituzione – Ingresso in uno stabilimento medico-sociale nel 2008/09, Neuchâtel 2011, numero di ordinazione: 1211-0900-05, 4 pagine, gratuito

La statistica medica degli stabilimenti ospedalieri rileva tutti i ricoveri ospedalieri registrati in Svizzera.

Svolta in tutti gli ospedali e cliniche del territorio nazionale, la rilevazione raccoglie dati amministrativi, caratteristiche sociodemografiche dei pazienti nonché informazioni su diagnosi e trattamenti. I dati sono registrati sulla base di due classificazioni mediche, la ICD-10-GM per le diagnosi e la CHOP per gli interventi chirurgici. L'indicazione dei codici tratti da queste classificazioni è soggetta a direttive molto precise. La Segreteria di codifica dell'UST redige, rivede e, all'occorrenza, adatta tali direttive, si occupa della manutenzione delle summenzionate classificazioni e offre consulenza alle persone incaricate della codifica.

Il manuale di codifica contiene tutte le regole di codifica emesse finora e fino la sua validazione. Questo manuale costituisce l'opera di base della codifica medica.

N. di ordinazione
545-1300

Ordinazioni
Tel.: 032 713 60 60
Fax: 032 713 60 61
E-mail: order@bfs.admin.ch

Prezzo
19 franchi (IVA escl.)

ISBN 978-3-303-14177-9