

14

Salute

545-1400

Manuale di codifica medica

Le linee guida ufficiali delle regole di codifica

Versione 2014



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale di statistica UST

Neuchâtel, 2013

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

Manuale di codifica medica

Le linee guida ufficiali delle regole di codifica

Versione 2014

Realizzazione Christiane Ricci, UST
Jörg Julen, UST
Constanze Hergeth, SwissDRG SA
Ursula Althaus
Pierre Phedon Tahintzi, CHUV

Editore Ufficio federale di statistica (UST)

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: 545-1400
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, 2013
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte.
ISBN: 978-3-303-14202-8

Indice

Ringraziamenti.....	7
Introduzione versione 2014	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
G10c 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
G50c Definizioni	23
G51c Caso di trattamento.....	23
G52c Diagnosi principale	24
G53b Complemento alla diagnosi principale.....	25
G54c Diagnosi secondarie.....	26
G55a Trattamento principale.....	27
G56a Trattamenti secondari	27
Regole di codifica generali per le malattie/diagnosi D00-D15	28
D00a Risultati anormali.....	28
D01a Sintomi.....	28
D02c Diagnosi monolaterali e bilaterali/Diagnosi di localizzazioni multiple	29
D03a Codici daga (†) - asterisco (*)	30
D04c Codici con punto esclamativo («!»)	31
D05c Esiti di/presenza di/manca di	32
D06c Sequele	33
D07a Interventi di follow-up pianificati.....	34
D08a Minaccia o malattia imminente.....	35
D09a Diagnosi sospette	36
D10c Malattie croniche con episodio acuto	37
D11c Codici combinati	38
D12c Malattie o disturbi iatrogeni (complicanze).....	39
D13a Sindrome.....	42
D14c Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico o procedura non eseguiti	43
D15c Trasferimenti	44
D16c Scelta della diagnosi principale in caso di riammissione entro 18 giorni per malattia o disturbo iatrogeno.....	48

Regole di codifica generali per le procedure P00-P09

P00a	Registrazione della procedura nel record medico	49
P01c	Procedure che vanno codificate	50
P02c	Procedure che non vanno codificate	51
P03c	Endoscopia e interventi endoscopici	52
P04c	Interventi chirurgici combinati o complessi	53
P05a	Interventi eseguiti parzialmente	54
P06c	Procedure eseguite più volte	55
P07a	Interventi chirurgici bilaterali	56
P08a	Revisioni di un campo operatorio/reinterventi	57
P09a	Prelievo e trapianto d'organo	58

Regole di codifica speciali S0100-S2100

S0100	Alcune malattie infettive e parassitarie.....	61
S0101a	Batteriemia.....	61
S0102c	Sepsi	61
S0103c	SIRS/Complicanze d'organo.....	64
S0104b	HIV/AIDS.....	65
S0105a	Croup vero – pseudocroup – sindrome da croup.....	67
S0200	Neoplasie.....	68
S0201c	Attività tumorale	69
S0202c	Scelta e ordinamento delle diagnosi	70
S0203a	Escissione estesa della regione tumorale.....	71
S0204a	Diagnosi di tumore soltanto mediante biopsia.....	71
S0205c	Malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	72
S0206a	Sospetto di tumore o metastasi	72
S0207a	Controlli	72
S0208a	Recidiva	73
S0209a	Tumori con attività endocrina	73
S0210c	Sedi multiple	73
S0211a	Lesioni contigue	74
S0212a	Remissione di malattie maligne immunoproliferative e leucemie	75
S0213a	Linfangiosi carcinomatosa	76
S0214a	Linfomi	76
S0215a	Chemioterapia e radioterapia	77
S0216b	Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio.....	77
S0400	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche.....	78
S0401c	Nozioni generali	78
S0402a	Regole per la codifica del diabete mellito	79
S0403a	Complicanze specifiche del diabete mellito.....	82
S0404a	Sindrome metabolica.....	85
S0405a	Disturbi della secrezione interna del pancreas.....	85
S0406a	Fibrosi cistica.....	85
S0500	Disturbi psichici e comportamentali	86
S0501a	Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (droghe, farmaci, alcol, nicotina)	86
S0600	Malattie del sistema nervoso.....	87
S0601a	Colpo apoplettico acuto	87
S0602c	Colpo apoplettico “pregresso”	87
S0603a	Paraplegia e tetraplegia non traumatica	88

S0700	Malattie dell'occhio e degli annessi oculari.....	89
S0701a	Insuccesso o rigetto di un trapianto di cornea	89
S0800	Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	90
S0801a	Ipoacusia e sordità	90
S0900	Malattie del sistema circolatorio	91
S0901a	Ipertensione e malattie in caso di ipertensione	91
S0902a	Cardiopatía ischemica	92
S0903a	Trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico	94
S0904c	Cardiopatie valvolari	96
S0905a	Pacemaker/defibrillatori	97
S0906a	Esami di controllo successivi a trapianto cardiaco	97
S0907a	Edema polmonare acuto	98
S0908c	Arresto cardiaco	98
S0909c	Revisioni o reinterventi su cuore e pericardio.....	98
S0910a	Ricovero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di shunt arteriovenoso	98
S1000	Malattie del sistema respiratorio	99
S1001c	Ventilazione meccanica	99
S1002c	Insufficienza respiratoria.....	103
S1100	Malattie dell'apparato digerente	104
S1101a	Appendicite.....	104
S1102a	Aderenze	104
S1103a	Ulcera gastrica con gastrite	104
S1104a	Emorragia gastrointestinale	104
S1105a	Disidratazione nella gastroenterite	105
S1200	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	106
S1201c	Chirurgia plastica	106
S1400	Malattie dell'apparato genitourinario	107
S1401a	Dialisi	107
S1402a	Verruche anogenitali.....	107
S1403a	Intervento ricostruttivo per mutilazione genitale femminile (FGM).....	108
S1404c	Insufficienza renale acuta	108
S1500	Ostetricia.....	109
S1501b	Definizioni.....	109
S1502a	Conclusione precoce della gravidanza	110
S1503b	Malattie durante la gravidanza.....	112
S1504c	Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino	113
S1505c	Regole speciali per il parto	114
S1600	Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	120
S1601a	Record medico	120
S1602a	Definizioni.....	120
S1603c	Neonati	120
S1604c	Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	122
S1605a	Nati morti	122
S1606c	Interventi particolari per il neonato malato.....	123
S1607c	Sindrome dispnoica neonatale per malattia delle membrane ialine/deficit di surfattante	123
S1608c	Sindrome dispnoica neonatale per aspirazione imponente, wet lung e tachipnea transitoria nel neonato	124
S1609a	Encefalopatia ipossico-ischemica (HIE)	124
S1610c	Asfissia durante la nascita	125

S1800	Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove.....	126
S1801a	Incontinenza	126
S1802a	Disfagia.....	126
S1803a	Convulsioni febbrili	126
S1804c	Diagnosi e terapia del dolore.....	127
S1900	Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne.....	128
S1901a	Traumatismi superficiali.....	128
S1902a	Frattura e lussazione	128
S1903c	Ferite/traumatismi aperti.....	130
S1904a	Perdita di coscienza.....	133
S1905c	Traumatismo del midollo spinale (con paraplegia e tetraplegia traumatiche)	134
S1906a	Traumatismi multipli.....	138
S1907a	Ustioni e corrosioni	139
S1908b	Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologiche.....	140
S1909a	Effetti collaterali indesiderati di farmaci (assunti secondo prescrizione).....	141
S1910b	Effetti indesiderati o avvelenamento da assunzione combinata di due o più sostanze (in caso di assunzione non prescritta).....	141
S2000	Cause esterne di morbosità e mortalità	142
S2100	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	143
Allegato	144	
Definizioni mediche:	144	
Diabete mellito scompensato	144	
Insufficienza renale acuta	146	
Criteri di SIRS / complicanze d'organo	147	
Indice alfabetico.....	148	

Ringraziamenti

Questo manuale è il risultato del lavoro minuzioso di esperti, nonché della stretta collaborazione tra persone che si occupano di codifica in Svizzera. A loro va il caloroso ringraziamento dell'Ufficio federale di statistica per il prezioso impegno profuso. Nell'ambito dell'introduzione del sistema di fatturazione SwissDRG basato sui forfait per caso, è particolarmente apprezzata anche la collaborazione di SwissDRG SA.

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

Per il loro contributo fondamentale all'aggiornamento delle linee guida di codifica, alla verifica della compatibilità con il sistema di importi forfettari per caso SwissDRG e alla redazione della versione 2014, ringraziamo il seguente gruppo di lavoro:

Ursula Althaus, medico, specialista in codifica medica, Oberdorf

Dr. med. Constanze Hergeth, SwissDRG SA, Berna

Dr. med. Jörg Felix Julen-Buchs, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel

Christiane Ricci, specialista in codifica medica dipl. fed., Ufficio federale di statistica, Neuchâtel

Dr. med. Pierre Phedon Tahintzi, Ospedale universitario di Losanna

Introduzione versione 2014

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 oggi 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 (eccezione: le regole di fatturazione hanno la priorità sia sulle regole di codifica generali sia su quelle speciali). Nel caso in cui vi siano contraddizioni tra le istruzioni d'uso della ICD-10 o della CHOP e le regole di codifica, le regole di codifica hanno la priorità.

Tutte le regole mostrano una struttura alfanumerica (es. D01, S0103), seguita da una lettera minuscola che indica la versione. Le linee guida della versione 2012 sono contrassegnate dalla lettera «a», quelle della versione 2013 dalla lettera «b», le modifiche a livello contenutistico apportate alle linee guida per il 2014 sono contrassegnate con la lettera «c» 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 medica 2014 è valido a partire dall'1.1.2014 e sostituisce tutte le precedenti versioni del manuale.

La base di questo manuale sono le classificazioni ICD-10-GM 2012 e CHOP 2013. Per la codifica dei casi somatici acuti sottoposti a trattamenti stazionari con data d'uscita posteriore all'1.1.2014 vanno utilizzati i codici ICD-10-GM della versione 2012 e i codici CHOP della versione 2014.

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 mediante circolari e FAQ aggiornate a scadenza semestrale. Le circolari e le FAQ sono strumenti di codifica ufficiali dell'UST e vanno tenute in considerazione per codificare le uscite a partire dal 1° giorno del mese successivo.

Abbreviazioni del manuale di codifica

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

Nozioni generali G00 – G56

G00a Statistica medica e codifica medica

G01a Storia

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

Nel 1997/1998, in base alla legge del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale (LStat) 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 della 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 (MB)

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

Record supplementari

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

Record neonati (MN)

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

Record psichiatria (MP)

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

Record gruppo di pazienti (MD)

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

G10c 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 o aggiungere 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 della gestione e dell'ulteriore sviluppo della struttura tariffale DRG vengono adeguate e precisate le classificazioni e le regole di codifica.

Il sistema di classificazione DRG e le definizioni precise dei singoli DRG sono descritti nel manuale delle definizioni attualmente in vigore. Il documento «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG» descrive il campo di applicazione e le norme di 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 morbidità. Per una siffatta interpretazione è indispensabile disporre di uno strumento per la codifica delle diagnosi. **La versione della ICD-10 utilizzata in Svizzera a partire dal 1° gennaio 2014 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 morbidità e mortalità. Il capitolo XXI riguarda principalmente i fattori che portano a ricorrere alle strutture del sistema sanitario. Nel capitolo XXII si trovano «codici per scopi particolari». Si tratta di codici supplementari per specificare più precisamente malattie classificate altrove, classificazioni di limitazioni funzionali, ecc.

Tabella dei capitoli con le corrispondenti categorie

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

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

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

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

Importante: per la codifica sono valide 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	
Sottocategoria a quattro caratteri	K35.-	Appendicite acuta	Categoria a tre 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	
	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	
Codici a cinque caratteri	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
Sottocategorie a quattro caratteri	K38.-	Altre malattie dell'appendice	
	K38.0	Iperplasia dell'appendice	
	K38.1	Concrezioni appendicolari Coproli Stercoliti	dell'appendice
	K38.2	Diverticolo dell'appendice	
	K38.3	Fistola dell'appendice	
	K38.8	Altre malattie specificate dell'appendice Intussuscezione dell'appendice	
	K38.9	Malattia dell'appendice non specificata	

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:

Flutter					
– cardiaco	I49.8				
– ventricolare	I49.0				
– atriale o auricolare	I48.09				
– - cronico	I48.01				
– - parossistico	I48.00				

Diagramma illustrativo: Una freccia orizzontale punta da "Termine guida" verso "Flutter". Una parentesi graffa a destra raggruppa le righe dei modificatori, con una freccia che punta da "Modificatori" verso il gruppo.

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 d'aggiunta 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
- Exotropia

 | (alternante) (monoculare)

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 2014 comprende gli ampliamenti e le modifiche emersi dalle procedure di domanda fino al 2012 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, senza modificare la scelta del codice.	
[]	Le parentesi quadre contengono sinonimi e altre forme per scrivere l'espressione precedente o successiva	
ESCLUSO	L'intervento va classificato altrove, sotto il codice indicato	
INCLUSO	L'intervento appartiene al codice	
Codificare anche	I se eseguito, l'intervento va classificato con un codice supplementare	
Omettere il codice	L'intervento è già incluso in un altro codice	
e	Il termine «e» viene utilizzato nel senso di «e/o»	
*	L'asterisco indica un'aggiunta svizzera all'originale statunitense	
L	Lateralità (quando il lato va codificato)	

G30a Come eseguire una codifica corretta

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

Fase 1 Cercare il termine guida nell'indice alfabetico

Fase 2 Verificare il codice trovato nella lista sistematica

ICD-10-GM: si devono considerare con attenzione i termini esclusi 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 del caso conforme alle regole da parte dei codificatori.

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

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

G50c Definizioni

G51c 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 (età del paziente, durata della degenza, trasferimento, riammissione, raggruppamento di casi).

Link SwissDRG:

http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_5_2013_i_def.pdf

G52c Diagnosi principale

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

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

L'analisi della cartella clinica del paziente **all'uscita** consente di scegliere tra le affezioni curate quella che deve essere considerata come diagnosi principale (quella che rappresenta il motivo per il ricovero 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, come diagnosi principale va scelto quello che ha richiesto il maggior dispendio di risorse mediche. Il maggior dispendio di risorse è definito dalla prestazione medica (prestazioni dei medici, degli infermieri, interventi chirurgici, dispositivi medici, ecc.) e non dal peso relativo, che dipende anche da altri fattori. Se il codificatore ha dubbi nella scelta della diagnosi principale, la decisione viene presa dal medico che ha curato il paziente durante la degenza e ne era responsabile.

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.

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

Esempio 2

La paziente ha un'insufficienza cardiaca scompensata su difetto settale interatriale e insufficienza venosa cronica degli arti inferiori con ulcera. Trattamento dell'insufficienza cardiaca, 1 settimana di terapia VAC degli arti inferiori. Nella seconda settimana chiusura percutanea del setto interatriale per mezzo di Amplatzer.

A causa degli elevati costi dell'intervento cardiaco con impianto, in questo caso come diagnosi principale viene codificato il difetto settale interatriale.

Esempio 3

Il paziente è ricoverato per 12 giorni per il trattamento di un diabete mellito scompensato. Il giorno prima dell'uscita viene operata una fimosi.

Il diabete mellito con degenza di 12 giorni causa il maggior dispendio di risorse e di conseguenza è la diagnosi principale (un intervento chirurgico non determina automaticamente la diagnosi principale).

Esempio 4

Ricovero per ulcera gastrica con forte emorragia. Emostasi endoscopica nello stomaco. Trasfusioni di sangue a causa dell'anemia emorragica.

Il trattamento emostatico dell'ulcera causa il maggior dispendio di risorse e definisce di conseguenza la diagnosi principale. L'anemia emorragica è una manifestazione secondaria della malattia di base.

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 D03).

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

G54c 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. Se una malattia concomitante influisce sulla procedura standard di un'anestesia o di un intervento chirurgico, viene codificata come diagnosi secondaria indicandola come malattia o come «esiti di». Le diagnosi anamnestiche che secondo la precedente definizione non hanno influenzato il trattamento del paziente non vanno codificate (p. es. polmonite guarita da sei mesi o ulcera guarita).

In sintesi:

Impiego di risorse mediche > 0 è codificato

Come spiegato nella sezione G40, 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. Sono codificate tutte e tre le diagnosi:

Cardiopatia coronarica

Ipertensione arteriosa

Insufficienza cardiaca

Esempio 2

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

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

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

Durante la degenza ospedaliera si manifesta un episodio depressivo, che viene trattato con antidepressivi.

A causa delle lumbalgie persistenti, la paziente viene curata con fisioterapia.

DP Leucemia mieloide cronica (LMC)

DS Cardiopatia coronarica

DS Episodio depressivo

DS Lumbalgia

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

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

Esempio 1

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

DP Polmonite

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

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 **con un'ascite in caso di cirrosi epatica accertata**. Viene trattata solo l'ascite con una paracentesi. (Continua a ricevere la sua farmacoterapia antipertensiva).*

DP R18 Ascite

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

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

TP 54.91 Drenaggio percutaneo addominale (puntura)

Sintomi come diagnosi secondarie

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

D02c Diagnosi monolaterali e bilaterali

Diagnosi di localizzazioni multiple

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. Vengono registrate le seguenti cifre:

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

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

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

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

Esempio 1

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

I61.1 Emorragia intracerebrale emisferica 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 G54), come nell'esempio 1.

Nei casi in cui il codice daga (†) corrisponda a una diagnosi secondaria, viene indicato prima del corrispondente codice asterisco (*), tenendo presente che quest'ultimo deve soddisfare la definizione di diagnosi secondaria (v. regola G54) per venir codificato.

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

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

D04c 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*
In questo caso il codice con punto esclamativo è pertinente: specificazione del microrganismo.

Esempio 2

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

DP S91.3 Ferita aperta di altre parti del piede

L 2

CDP W49.9! *Accidente da esposizione ad altre e non specificate forze meccaniche inanimate*
In questo caso il codice con punto esclamativo è pertinente: specificazione delle circostanze dell'incidente.

Esempio 3

Polmonite da Klebsiella pneumoniae da Escherichia Coli.

DP J15.0 Polmonite da Klebsiella pneumoniae

CDP -

DS J15.5 *Polmonite da Escherichia Coli*
In questo caso i codici con punto esclamativo B95.1! e B96.2! non sono pertinenti: la specificazione del microrganismo è già compresa nel codice della polmonite.

Esempio 4

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

DP S37.03 Rottura completa del parenchima renale

L 2

CDP V99! *Incidente da trasporto non specificato*

DS S36.03 *Lacerazione della milza con interessamento del parenchima*

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

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

È possibile che da un punto di vista clinico un codice con punto esclamativo possa essere attribuito a diversi codici diagnostici. In questo caso il codice con punto esclamativo deve essere indicato una volta sola al termine dei codici diagnostici (nell'esempio 4, il codice S31.83!). Per i codici per le cause esterne (V-Y) si veda anche il capitolo S2000.

D05c Esiti di/presenza di/mancanza di

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

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

- Mancanza di, perdita (di), amputazione, es. Z89.6 *Mancanza acquisita di una gamba, sopra il ginocchio*
- Sequele (di), vedi la sezione «Sequele» D06
- Tumore, anamnesi personale, es. Z85.0 *Anamnesi personale di tumore maligno dell'apparato digerente*
- Trapianto (esiti di trapianto), es. Z94.4 *Presenza di trapianto epatico*
- 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

Per queste diagnosi non viene utilizzato un codice di malattia acuta.

Esempio 2

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

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

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

D06c Sequele

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

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

Codici speciali per le sequele:

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

Attenzione: in questo caso non deve essere indicato il codice per le cause esterne (V01!-Y84!).

Esempio 1

Trattamento di una disfasia successiva a infarto cerebrale.

R47.0	Disfasia ed afasia
I69.3	Sequela di infarto cerebrale

Esempio 2

Trattamento di un cheloide cicatriziale al torace successivo a ustioni.

L91.0	Cheloide
T95.1	Sequela di ustione, corrosione e congelamento del tronco

Esempio 3

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

N97.1	Infertilità femminile di origine tubercolare
B90.1	Sequela di tubercolosi genitourinaria

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	Sequela di frattura del braccio
L	1	

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

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

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

Esempio 2

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

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

Esempio 3

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

DP	Q37.1	Schisi del palato duro con cheiloschisi unilaterale
L	0	
DS	Z48.8	Follow-up di altri specificati trattamenti chirurgici

Esempio 4

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

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

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

D08a Minaccia o malattia incombente

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

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

Esempio 1

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

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

DP I70.23 Aterosclerosi delle arterie degli arti: bacino-gamba, con ulcera

L 1

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

D09a Diagnosi sospette

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

Vi sono tre possibilità:

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

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

DS Nessuna

D10c Malattie croniche con episodio acuto

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

Esempio 1

Episodio acuto di pancreatite idiopatica cronica senza complicanze organiche.

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

K86.1 Altra pancreatite cronica

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**)*

D11c 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

Esempio 2

Insufficienza venosa della gamba con ulcera.

I83.0 Varici (venose) delle estremità inferiori con ulcera

Non corretta sarebbe la codifica separata:

I87.2 Insufficienza venosa (cronica)(periferica)

con

L97 Ulcera dell'arto inferiore non classificata altrove

D12c Malattie o disturbi iatrogeni (complicanze)

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

Occlusione intestinale post-operatoria.

K91.3 Malfunzionamento di colostomia ed enterostomia

L'occlusione intestinale post-operatoria è descritta in modo specifico dal codice K91.3 e quindi non va codificata con

K56.- Ileo paralitico ed ostruzione intestinale senza ernia

(vedi anche le esclusioni in K56.-).

Attenzione: una **stipsi post-operatoria** non è descritta dal codice K91.3 *Occlusione intestinale post-operatoria*, ma da K59.0 *Altri disturbi intestinali di tipo funzionale, stipsi*

Esempio 5

Delirium indotto dall'anestesia.

F05.8 Altro delirium

Y57.9! Complicanze a causa di medicinali 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, a meno che questi ultimi non descrivano con maggiore specificità la malattia.

Attenzione: ai codici T80-T88 va sempre associato 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

Esempio 7

Deiscenza della ferita dopo intervento di protesi dell'anca.

T81.3 Deiscenza di ferita operatoria non classificata altrove

Y84.9! Intervento medica non specificato

La lussazione della protesi dell'anca o la deiscenza di ferita operatoria vengono indicate specificatamente con i codici T e non con il codice

M96.88 Altri disturbi osteomuscolari iatrogeni

Esempio 8

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 specificatamente 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, a meno che 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 sempre codificata sempre come diagnosi secondaria, anche se in definitiva si è dimostrata più grave della patologia alla quale è da attribuire.

Esempio 9

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

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

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

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

Questa regola di fatturazione per il raggruppamento di casi è descritta in D16c.

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

DP Q90.0 Trisomia 21, non disgiunzione meiotica

Esempio 2

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

DP Q21.0 Difetto del setto interventricolare

DS Q90.0 Trisomia 21, non disgiunzione meiotica

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

In caso di sindrome congenita si deve codificare un codice supplementare della categoria

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

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

Esempio 3

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

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

L 0

DS Q40.1 Ernia iatale congenita

DS Q02 Microcefalia

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

TP 55.23 Biopsia renale chiusa [percutanea] [agobiopsia]

L 2

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

D14c Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico o procedura non eseguiti

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

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

Esempio 1

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

DP H65.3 Otite media mucoide cronica

L 0

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

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

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

Esempio 3

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

DP K81.0 Colecistite acuta

DS -

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

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

D15c Trasferimenti

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 sia sottoposto ad 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 (regola G52).

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

Esempio 1

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

L'ospedale B codifica:

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

Esempio 2

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

L'ospedale B codifica:

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

Esempio 3

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

La clinica di riabilitazione codifica:

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

Esempio 4

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

La clinica di riabilitazione codifica:

DP	T84.0	Complicanza meccanica di protesi articolare interna
L	1	
DS	Z50.-!	Trattamenti implicanti l'uso di tecniche riabilitative

Esempio 5

Un paziente entra nell'ospedale centrale per l'impianto percutaneo di una protesi valvolare mitralica. In sede post-operatoria si manifesta un'emisindrome, probabilmente causata da un'embolia peri-operatoria. Per l'ulteriore trattamento dell'emisindrome, il paziente è trasferito nell'ospedale regionale.

L'ospedale centrale codifica:

DP Insufficienza mitralica
DS Emisindrome
DS Embolia
DS Causa esterna

L'ospedale regionale codifica:

DP Emisindrome
DS Z51.88 Altro trattamento medico specificato
DS Insufficienza mitralica
DS Z48.8 Follow-up di altri specificati trattamenti chirurgici
DS Z95.2 Portatore di protesi valvolare cardiaca

Attenzione: trasferito per l'ulteriore trattamento dell'emisindrome.

Transferimento per cure

Esempio 1

Un paziente giunge nell'ospedale A con frattura della gamba e di una vertebra cervicale. La frattura della gamba è operata, in seguito il paziente viene trasferito nell'ospedale centrale **per il trattamento** (operazione) della frattura cervicale.

L'ospedale A codifica:

DP Frattura della gamba
CDP Causa esterna
DS Frattura della vertebra cervicale

L'ospedale centrale codifica:

DP Frattura della vertebra cervicale (= trattamento)
DS Frattura della gamba (= continuazione trattamento)
DS Z47.8 Follow-up di altri trattamenti ortopedici specificati

Esempio 2

Un paziente si presenta nell'ospedale A con una frattura della gamba. Viene subito trasferito nell'ospedale centrale.

L'ospedale A codifica:

DP Frattura della gamba
CDP Causa esterna

L'ospedale centrale codifica:

DP Frattura della gamba

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

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
DS	Z48.8	Follow-up di altri specificati trattamenti chirurgici
DS	Z95.5	Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica

Qualora, secondo le regole per la fatturazione (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 (G52).

Trasferimento di un neonato sano

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

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

Z51.88 *Altro trattamento medico specificato*

Vedere anche il capitolo 3.9 delle «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG»
http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_5_2013_i_def.pdf

D16c Scelta della diagnosi principale in caso di riammissione entro 18 giorni per malattia o disturbo iatrogeno

Questa particolare regola di codifica è una **regola di fatturazione** secondo SwissDRG e quindi ha la **priorità** sulle regole di codifica sia generali sia speciali contenute nel manuale di codifica.

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

Esempio 1

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

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 2

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

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

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. Vengono registrate le seguenti cifre:

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

I relativi codici CHOP sono indicati nella CHOP con [L]. Questa informazione è un aiuto alla codifica, visto che l'indicazione non è completa. Inoltre alcune procedure sono contrassegnate da una (L) anche se non richiedono sempre l'indicazione di una lateralità. In tali casi la variabile V4.3.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 nell'ospedale stesso o al di fuori (in un altro ospedale).

P01c 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 ad un'altra procedura sono codificate separatamente.

Esempio 1

Viene eseguita un'angiografia coronarica preoperatoria prima di un intervento di bypass aortocoronarico con apparecchio cuore-polmone.

In questo caso l'angiografia coronarica (88.5-) è codificata tra i trattamenti secondari.

3. E' descritta in P02, capoverso 3.

P02c 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. Se non è stata eseguita una procedura significativa, non va indicato un codice CHOP.

Esempi:

- radiografia e ingessatura in caso di frattura del radio (Colles)
- esami radiografici convenzionali, p. es. radiografia toracica di routine
- ECG (a riposo, prolungato, sotto sforzo)
- 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 medicinali molto cari, qualora siano associati a un codice CHOP speciale o figurino con un codice ATC nella lista dei medicinali 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.

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.

4. Le procedure post mortem non sono codificate (con la morte si estingue il caso). Questo vale anche per le autopsie.

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*, e soddisfa i requisiti elencati per l'attribuzione di questo codice.

Esempio 2

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

TP 99.25.- Chemioterapia

TS 03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia

P03c Endoscopia e interventi endoscopici

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

Esempio 1

Colecistectomia laparoscopica.

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, a meno che l'endoscopia non sia già compresa in un codice di procedura concomitante.

Esempio 2

Pancreatectomia parziale laparoscopica.

52.51.-- *Pancreatectomia prossimale*

54.21.20 *Laparoscopia, via d'accesso per interventi chirurgici*

Esempio 3

colecistectomia laparoscopica e pancreatectomia parziale laparoscopica .

51.23 *Colecistectomia laparoscopica*

52.51.-- *Pancreatectomia prossimale*

(Anche se si sta codificando nello stesso modo come per una colecistectomia laparoscopica con pancreatectomia parziale laparotomica (aperta)).

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

Esempio 4

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 5

Una faringotracheobroncoscopia è codificata come

33.22 *Broncoscopia con fibre ottiche*

Esempio 6

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

33.22 *Broncoscopia con fibre ottiche*

42.23 *Altra esofagoscopia*

P04c Interventi chirurgici combinati o complessi

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

Esempio 1

28.3 *Tonsillectomia con adenoidectomia*

Esempio 2

52.7 *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.

43.99 *Altra gastrectomia totale*

40.3X.-- *Asportazione di linfonodi regionali*

54.4X.-- *Asportazione o distruzione di tessuto peritoneale*

I prelievi di tessuto osseo da localizzazioni diverse da quella su cui si esegue l'intervento chirurgico vanno codificati separatamente.

Per esempio: Prelievo di spongiosa **dalla pelvi** per intervento chirurgico per pseudoartrosi del braccio.

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

Esempio 5

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)

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

P05a Interventi eseguiti parzialmente

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

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

P06c Procedure eseguite più volte

La codifica delle procedure deve rispecchiare per quanto possibile l'impiego di risorse mediche. Per questo motivo, in linea di principio, le procedure multiple vanno codificate tutte le volte che sono state eseguite nel corso del trattamento, per esempio le osteosintesi di diverse dita o la sutura di tendini di diverse dita, l'osteosintesi di tibia e fibula, ecc.

Eccezioni:

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

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 un 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)*

Esempio 3

Un paziente riceve multipli concentrati di eritrociti.

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

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

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

Nota: Radiologia terapeutica e medicina nucleare 92.2-.

In caso di terapie radiologiche o di medicina nucleare le procedure vanno registrate tutte le volte che vengono eseguite, ad eccezione della radioiodioterapia (92.28. 02-92.28.07), 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,
- la terapia di una recidiva o
- un altro intervento nello stesso campo operatorio,

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

28.7X.-- *Controllo di emorragia dopo tonsillectomia e adenoidectomia*

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*

Esempio 1

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

TP 74.- *Taglio cesareo*

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

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

Esempio 1

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

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

Esempio 2

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

DP	Z52.01	Donatore di cellule staminali
TP	41.91.01	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.

4. Valutazione in vista del trapianto

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

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

5. Trapianto

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

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

L'asportazione dell'organo malato non è codificata.

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

6. Controllo dopo il trapianto

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

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

7. Insuccesso o rigetto del trapianto

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

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

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

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 Lobectomy / 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

S0102c Sepsì

Le regole successive valgono per la codifica di una sepsi sia come diagnosi **principale** sia come diagnosi **secondaria**.

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*.

Un'eventuale resistenza richiede un codice aggiuntivo delle categorie *U80!-U85!*.

Se viene indicata la presenza di uno shock settico, va usato in aggiunta anche il codice *R57.2 Shock settico*.

Nota bene: un codice per la sepsi/batteriemia 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*.

Esempio 1

Sepsi da *Staphylococcus* con polmonite da *Staphylococcus*.

A41.2 Sepsì da Stafilococco

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

J15.2 Polmonite da stafilococco

Esempio 2

Sepsi da streptococchi del gruppo C.

A40.8 Altre forme di sepsi streptococcica

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

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

Un'urosepsi viene codificata come un'altra sepsi.

Esempio 3

Urosepsi dovuta a una pielonefrite da *E. coli*.

A41.51 Sepsì da *Escherichia coli*

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

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

Sepsi dopo il parto dovuta ad un'infezione da streptococco del gruppo A.

O85 Sepsì puerperale

A40.0 Sepsì da streptococco, gruppo A

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*.

P36.2 Sepsì del neonato da *Staphylococcus aureus*

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

Setticemia da meningococc co un'insufficienza renale acuta.

A39.2 Meningococcemia acuta

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

N17.- *Insufficienza renale acuta*

Sepsi in caso di agranulocitosi: se si ricovera 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 ricoverato e la sepsi costituisce la complicanza di un trattamento, come diagnosi secondarie si indicano entrambi i codici nella stessa sequenza menzionata sopra.

Esempio 7

Sepsi da Staphylococcus aureus nell'ambito di un'agranulocitosi indotta da farmaci.

A41.0 *Sepsi da Stafilococco aureo*

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

D70.19 *Agranulocitosi indotta da farmaci, non specificata*

Sepsi iatrogena: codificare nel modo più specifico possibile.

Per la scelta tra diagnosi principale e secondaria si applicano le regole D12 e D16.

Esempio 8

Sepsi postoperatoria da anaerobi.

A41.4 *Sepsi da anaerobi*

Y84.9! *Complicanza da intervento medico non specificato*

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

Esempio 9

Sepsi postoperatoria da anaerobi su infezione della ferita, che è sottoposta a sbrigliamento.

A41.4 *Sepsi da anaerobi*

Y84.9! *Complicanza da intervento medico non specificato*

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

T81.4 *Infezione susseguente a procedura diagnostica o terapeutica, non classificata altrove*

S0103c SIRS / Complicanze d'organo

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.

Le definizioni dei criteri di SIRS e delle complicanze d'organo sono descritte nell'allegato.

S0104b HIV/AIDS

I codici per l'HIV sono:

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

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

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

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

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

B23.0 Sindrome da infezione acuta da HIV

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

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

Esempio 1

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

DP	R59.1	Adenomegalia generalizzata
DS	B23.0	Sindrome da infezione acuta da HIV
DS	U60.-!	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 una malattia associata all'HIV (che sia oppure no una malattia definente l'AIDS) sono disponibili i codici seguenti:

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

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

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

Come descritto in S1503, 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'altro (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, utilizzare i codici U60.9! e U61.9!.

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-GM 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	B20.- a B22.- e B24

Sequenza e scelta dei codici

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

Esempio 2

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

DP	B21	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo a neoplasie maligne
DS	U60.3!	Categoria clinica della malattia da HIV, categoria C
DS	U61.9!	Numero di cellule T helper (CD4+) non specificato
DS	C83.3	Linfoma diffus a grandi cellule B
DS	B20	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo a malattie infettive o parassitarie
DS	B37.0	Stomatite da candida

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

Esempio 3

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

DP	B37.0	Stomatite da candida
DS	B20	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che dà luogo a malattie infettive 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'inflammatione della faringe e della laringe dovuta alla difterite che è codificata con A36.0 *Difterite faringea* o A36.2 *Difterite laringea*. Con il termine di «sindrome da croup» si indicano diverse malattie, ossia il croup virale, quello spastico e quello batterico, il croup vero e proprio (croup difterico) e il falso croup (pseudocroup).

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

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

S0200 Neoplasie

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

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

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

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

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

1. Ricerca secondo la topografia

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

Esempio 1

Condrosarcoma acromiale.

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

C40.0 Tumore maligno di osso e cartilagine articolare degli arti; scapola e ossa lunghe di arto superiore.

Il termine condrosarcoma figura nell'indice alfabetico, ma rinvia alla tavola dei tumori.

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

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

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

D18.08 Emangioma, altre sedi

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

D30.3 Tumore benigno degli organi urinari, vescica

Tumori maligni del sistema ematopoietico/linfatico

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

Esempio 2

C91.0- Leucemia linfoblastica acuta

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

C91.01 In remissione completa

S0201c Attività tumorale

Registrazione dell'attività tumorale nel record medico

Dal 1.1.2014 non deve essere più registrata l'attività tumorale.

Le variabili V4.2.V012, V032, V042, ecc. concernenti l'attività tumorale non devono più essere compilate, tuttavia i campi vengono mantenuti nell'eventualità di un utilizzo diverso.

S0202c Scelta e ordinamento delle diagnosi

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

- 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). Altre eventuali metastasi vengono indicate 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

DS C19 Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea

- 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. Le eventuali metastasi vengono indicate come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria). Se il ricovero avviene principalmente per eseguire una terapia sistemica e in via eccezionale non si conosce il tumore primitivo, va indicato un codice della categoria *C80.- Tumore maligno di sede non specificata*.

Esempio 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

DS C78.7 Tumore maligno secondario del fegato

- 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 G52). Altre eventuali metastasi vengono indicate come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria).

- 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 (tumore/metastasi) va indicata con il codice della diagnosi secondaria, in contrasto con la definizione di 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

DS C71.8 Lesione sconfinante a più zone contigue dell'encefalo

Esempio 5

Un paziente viene ricoverato esclusivamente per la punzione di un versamento pleurico da metastasi pleuriche.

DP C78.2(+) Tumore maligno secondario della pleura

CDP J91* Versamento pleurico in malattie classificate altrove

(Versamento pleurico maligno J91* è un codice con asterisco e non può essere codificato né da solo né come diagnosi principale)

S0203a Escissione estesa della regione tumorale

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

S0204a Diagnosi di tumore soltanto mediante biopsia

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

S0205c 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, il tumore e le eventuali metastasi come diagnosi secondaria (in contrasto con la definizione di diagnosi secondaria).

Esempio 1

Una paziente soffre di un edema linfatico in seguito da 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)*

Esempio 2

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

DP D70.1- *Agranulocitosi indotta da farmaci*

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

S0206a Sospetto di tumore o metastasi

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

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

S0207a Controlli

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

Esempio 1

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

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

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

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

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

S0208a 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.-

DS Z85.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*

S0209a Tumori con attività endocrina

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

Esempio 1

Feocromocitoma maligno che secerne catecolamine.

DP C74.1 *Tumore maligno della midollare surrenale*

DS E27.5 *Iperfunzione della midollare del surrene*

S0210c Sedi multiple

a) Tumori primari in 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 52). 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)*

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

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

b) Metastasi linfonodali in sedi multiple:

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

S0211a Lesioni contigue

Le sottocategorie .8:

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

Esempio 1

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

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

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

Esempio 2

Adenocarcinoma che si estende dal sigma al retto.

DP C19 Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea

Qualora la diffusione del tumore da una sede originaria nota si estenda ad 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

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

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/Focoli 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, di predisposizione genetica, di dolori cronici, d'infezione cronica, di carcinoma mammario lobulare nel seno di parte opposta, di carcinoma in situ della mammella o di mastopatia fibrocistica, ecc. Queste circostanze vanno codificate come diagnosi principale.

Esempio 1

Amputazione della mammella per anamnesi familiare di carcinoma mammario.

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

Esempio 2

Amputazione della mammella per mastopatia fibrocistica.

DP N60.1 *Mastopatia cistica diffusa*

Esempio 3

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

delle mammelle.

DP Z40.00 *Interventi chirurgici per profilassi 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

S0401c Nozioni generali

Diabete mellito: tipi

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

- E10.- Diabete mellito 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 in gravidanza, preesistente, insulino-dipendente di tipo 1*
- O24.1 Diabete mellito in gravidanza, preesistente, non insulino-dipendente di tipo 2*
- O24.2 Diabete mellito in gravidanza, preesistente, correlato a de- o malnutrizione*
- O24.3 Diabete mellito in gravidanza, preesistente non specificato*
- O24.4 Diabete mellito insorto in gravidanza*
- P70.0 Sindrome del neonato di madre con diabete gravidico*
- P70.1 Sindrome del neonato di madre diabetica*
- P70.2 Diabete mellito del neonato*
- R73.0 Anormalità del test di tolleranza al glucosio*
- Z83.3 Diabete mellito nell'anamnesi familiare*

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

Categorie E10-E14

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

S0402a Regole per la codifica del diabete mellito

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

Diagnosi principale di diabete mellito con complicanze

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

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

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

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

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 medicinali.

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

Esempio 7

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

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

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

S0403a Complicanze specifiche del diabete mellito

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

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

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

Esempio 1

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

DP E10.20† Diabete mellito 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:

<i>E10†-E14† con quarto carattere «.3»</i>	<i>Diabete mellito con complicanze oculari</i>
<i>H28.0*</i>	<i>Cataratta diabetica</i>

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

Il codice appropriato da	<i>H25.-</i>	<i>Cataratta senile</i>
o	<i>H26.-</i>	<i>Altra cataratta</i>

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:

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

Amiotrofia diabetica:

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

Polineuropatia diabetica:

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

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

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

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 G54).

S0405a Disturbi della secrezione interna del pancreas

I codici

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

non vanno utilizzati come diagnosi principale nei diabetici.

S0406a Fibrosi cistica

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

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

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

Esempio 4

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

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

Il codice *E84.80 Fibrosi cistica con manifestazione polmonare e intestinale* **non va utilizzato** se è prioritario 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 degenza ospedaliera che **non riguarda la fibrosi cistica** va indicata come diagnosi principale la malattia (p. es. frattura), mentre si usa come diagnosi secondaria un codice della categoria *E84.- Fibrosi cistica*, qualora soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.

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

Esempio 2

Dopo una festa di compleanno, un adolescente viene ricoverato in forte stato d'ebbrezza.

DP F10.0 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol

Intossicazione acuta accidentale

Vedi capitolo 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 acuto

Fintanto che 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.

S0602c Colpo apoplettico "pregresso"

Qualora il paziente abbia un'anamnesi di colpo apoplettico remoto **con** deficit neurologici presenti al momento del ricovero, che avviene per altri motivi, si codificano i deficit neurologici (p. es. emiplegia, afasia, emianopsia, negligenza) in conformità alla definizione di diagnosi secondaria (regole G54) e poi si attribuisce un codice della categoria I69. - *Sequela 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 Sequela di ictus, senza specificazione se da emorragia o da infarto

Disturbi funzionali

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

S0603a Paraplegia e tetraplegia non traumatica

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

Fase iniziale (acuta) della paraplegia/tetraplegia non traumatica

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

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

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

G04.9 *Encefalite, mielite ed encefalomyelitis 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 ed il rigetto di un trapianto di cornea devono essere codificati con il codice

T86.83 Insuccesso e rigetto di trapianto di cornea

Le diagnosi secondarie associate al rigetto o all'insuccesso di un trapianto di cornea vanno codificate in aggiunta a T86.83, p. es.:

H16.- Cheratite

H18.- Altri disturbi della cornea

H20.- Iridociclite

H44.0 Endoftalmite purulenta

H44.1 Altra endoftalmite

Z96.1 Presenza di lente intraoculare

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

Cardiopatía ipertensiva (I11.-)

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

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

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

Malattia renale ipertensiva (I12.-)

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

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

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

Malattia ipertensiva cardiaca e renale (I13.-)

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

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

La diagnosi principale va scelta conformemente alla definizione di diagnosi principale (regola G52).

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	<i>I20.0 Angina pectoris instabile</i>	Troponina neg.; ECG: nessun sopraslivellamento ST
NSTEMI (N on- ST - E levation M yo c ardial I nfarction) o sindrome coronarica acuta (ACS) troponina-positiva	<i>I21.4 Infarto miocardico acuto subendocardico</i>	Troponina pos.; ECG: nessun sopraslivellamento ST
STEMI (ST - E levation M yo c ardial I nfarction)	<i>I21.0-3 Infarto miocardico acuto trasmurale (secondo la sede)</i>	Troponina pos.; ECG pos. (sopraslivellamento ST)
ACS non specificata (A cute C oronary S yndrom)	<i>I24.9 Cardiopatia ischemica acuta non specificata</i>	Nessuna indicazione

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

Infarto miocardico acuto

Un infarto miocardico definito acuto o risale 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 G54).

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 additionally come complicanza dell'impianto vascolare.

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

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

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

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

- 2) In presenza di occlusione di stent o bypass **senza infarto miocardico**, si distingue in base all'eziologia:
 - 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 additionally solo se la trombosi è sottoposta a trattamento specifico locale, p. es. a *36.04 Infusione trombolitica intracoronarica*.

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

- 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 p.es. mediante infusione intracoronarica.

DP	I21.-	Infarto miocardico acuto
DS	T82.8	Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari
DS	Y82.8!	Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici
TP	00.66.2-	Angioplastica coronarica [PTCA], in relazione al tipo di palloncino
TS	00.40	Intervento su un vaso
TS	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

S0904c Cardiopatie valvolari

Nelle cardiopatie valvolari si distinguono:

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

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

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

		<i>Definito come non reumatico</i>	<i>Definito come reumatico</i>	<i>Non specificato</i>
Valvola mitralica	<i>Insufficienza</i>	<i>I34.0</i>	<i>I05.1</i>	<i>I34.0</i>
	<i>Stenosi</i>	<i>I34.2</i>	<i>I05.0</i>	<i>I34.2</i>
	<i>Stenosi con insufficienza</i>	<i>I34.80</i>	<i>I05.2</i>	<i>I34.80</i>
Valvola aortica	<i>Insufficienza</i>	<i>I35.1</i>	<i>I06.1</i>	<i>I35.1</i>
	<i>Stenosi</i>	<i>I35.0</i>	<i>I06.0</i>	<i>I35.0</i>
	<i>Stenosi con insufficienza</i>	<i>I35.2</i>	<i>I06.2</i>	<i>I35.2</i>
Valvola tricuspidale	<i>Insufficienza</i>	<i>I36.1</i>	<i>I07.1</i>	<i>I36.1</i>
	<i>Stenosi</i>	<i>I36.0</i>	<i>I07.0</i>	<i>I36.0</i>
	<i>Stenosi con insufficienza</i>	<i>I36.2</i>	<i>I07.2</i>	<i>I36.2</i>
Valvola polmonare	<i>Stenosi</i>	<i>I37.0</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.0</i>
	<i>Insufficienza</i>	<i>I37.1</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.1</i>
	<i>Stenosi con insufficienza</i>	<i>I37.2</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.2</i>

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'implanti un pacemaker permanente**, il pacemaker permanente va codificato come primo impianto e non come sostituzione.

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

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.

S0908c Arresto cardiaco

L'arresto cardiaco o l'arresto cardiorespiratorio (*I46.- Arresto cardiaco*) vanno codificati solo se insorgono durante la degenza ospedaliera e se sono stati praticati interventi di rianimazione, indipendentemente dal risultato per il paziente. L'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.

S0909c 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 a **ciel aperto** 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

S1001c 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 di 8 ore al giorno; almeno 3 ore nel caso di 2 turni di 12 ore 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 sopra esposte.

Inizio della durata della ventilazione

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

- **Intubazione endotracheale**

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

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

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

- **Ventilazione con maschera**

Il calcolo della durata comincia dal momento in cui viene azionata la ventilazione meccanica.

- **Tracheotomia**

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

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

- **Ammissione di un paziente con ventilazione meccanica**

Per i pazienti che sono già ventilati artificialmente al momento dell'ammissione, la durata si calcola dal momento dell'ammissione (v. anche «Pazienti trasferiti», più avanti).

- **Ammissione di un paziente con ventilazione meccanica postoperatoria**

Per questi pazienti la durata si calcola dall'entrata nell'unità di cure intensive.

Fine della durata della ventilazione

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

- **Estubazione**
- **Fine della respirazione assistita** dopo il periodo di svezzamento.
Nota: per i pazienti con tracheostomia (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 l'intubazione (*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'intubazione o la tracheostomia, perché questa manovra è già stata eseguita dall'ospedale inviante.

In caso di trasferimento di un paziente intubato o tracheotomizzato **senza ventilazione meccanica**, l'ospedale inviante codifica l'intubazione (*96.04 Inserzione di tubo endotracheale*) o 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).

S1002c Insufficienza respiratoria

La diagnosi posta dal medico di insufficienza respiratoria globale o parziale viene codificata soltanto se si riscontrano alterazioni patologiche all'emogasanalisi nel senso di un'insufficienza respiratoria parziale o globale nella documentazione. Una dispnea senza alterazione degli emogas non è un'insufficienza respiratoria. Se vi è stato un dispendio di risorse mediche (p. es. un'ossigenoterapia), 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 ad esami a causa di melena (feci picee) o di sangue occulto nelle feci, bisogna ragionevolmente supporre che una lesione rilevata endoscopicamente sia anche la causa della melena o del sangue occulto nelle feci. Se non vi è associazione causale tra il sintomo e il risultato dell'esame, dapprima va codificato il sintomo e in seguito il risultato dell'esame.

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

S1105a Disidratazione nella gastroenterite

In caso di ricovero ospedaliero per il trattamento di una gastroenterite con disidratazione, s'indica la gastroenterite come diagnosi principale e la disidratazione (*E86 Ipovolemia*) come diagnosi secondaria (vedi regola G54).

S1200 Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo

S1201c 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

Intervento chirurgico dopo dimagrimento (spontaneo o in seguito a chirurgia bariatrica)

In caso di interventi chirurgici sulla pelle (riduzione di pelle e grasso, lifting) dopo un dimagrimento, va indicato il codice

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

come diagnosi principale.

S1400 Malattie dell'apparato genitourinario

S1401a Dialisi

Grazie al codice 39.95.-- *Emodialisi* o 54.98.-- *Dialisi peritoneale* è possibile distinguere l'emodialisi intermittente dalla 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	<i>Altre malattie specificate dell'ano e del retto</i>
Cervice uterina	N88.8	<i>Altri disturbi non infiammatori, specificati, della cervice uterina</i>
Vaginali	N89.8	<i>Altri disturbi non infiammatori, specificati, della vagina</i>
Vulvari	N90.8	<i>Altri disturbi non infiammatori, specificati, della vulva e del perineo</i>
Pene	N48.8	<i>Altri disturbi specificati del pene</i>
Uretra	N36.8	<i>Altri disturbi specificati dell'uretra</i>

Il codice

A63.0 *Verruche anogenitali (veneree)*

va indicato come diagnosi secondaria.

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*

S1404c Insufficienza renale acuta

N17.- *Insufficienza renale acuta*

va codificato se sono soddisfatti i criteri di «Failure» (RIFLE) o dello stadio 3 (AKIN).

Vedi definiti nell'allegato.

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

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

In associazione con diagnosi delle categorie 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 sono codificate con codici specifici delle categorie O20-O29.

Esempio 1

Una paziente è ricoverata alla 30^a settimana di gravidanza per il trattamento di una sindrome del tunnel carpale che è peggiorata a causa della gravidanza.

DP	O26.82	<i>Sindrome del tunnel carpale durante la gravidanza</i>
DS	O09.4!	<i>Durata della gestazione da 26 a 33 settimane complete</i>

- 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 (vedi anche le note relative a O98 e O99 nella ICD-10-GM).

Esempio 2

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

DP	O99.0	<i>Anemia complicante la gravidanza, il parto ed il puerperio</i>
DS	D50.8	<i>Altre anemie da deficit di ferro</i>
DS	O09.-!	<i>Durata della gestazione ... settimane</i>

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	<i>Travaglio pretermine spontaneo con parto pretermine</i>
DS	O09.5!	<i>Durata della gestazione da 34 a 36 settimane complete</i>
DS	Z37.0!	<i>Parto singolo, nato vivo</i>
DS	O99.5	<i>Malattie dell'apparato respiratorio complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio</i>
DS	J45.0	<i>Asma preminentemente allergico</i>

- 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*.

S1504c Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino

Posizioni e presentazioni anomale del bambino

Le anomalie di posizione, postura e presentazione del bambino vanno codificate qualora siano presenti al parto.

In un **parto spontaneo**, non distocico, con presentazione anomala del bambino va codificato

O32.- *Assistenza prestata alla madre per presentazione anomala del feto accertata o presunta*

In caso di **taglio cesareo primario** pianificato per presentazione anomala del bambino va utilizzato il codice

O32.- *Assistenza prestata alla madre per presentazione anomala del feto accertata o presunta*

indipendentemente se alla fine sia stata constatata una distocia o no.

In caso di **taglio cesareo secondario o applicazione di forcipe o ventosa** ostetrica per presentazione anomala del bambino e presenza di una distocia va utilizzato il codice

O64.- *Distocia da posizione o presentazione anomala del feto*.

Le presentazioni occipitali, come quella posteriore, laterale o diagonale, sono codificate solo se richiedono un intervento.

Motilità fetale ridotta

In caso di ricoveri con la diagnosi «motilità fetale ridotta» va scelto il codice *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.

S1505c Regole speciali per il parto

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

Attribuzione della diagnosi principale in un parto

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

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

Parto vaginale singolo spontaneo (O80)

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

Ogni nascita spontanea va indicata con il codice

73.59 *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*

73.4 *Induzione medica del travaglio*

Esempio 1

Parto vaginale spontaneo di neonato sano alla 39^a 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 39^a 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 42^a 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.

Taglio cesareo primario e secondario

Nella CHOP 2014 sono stati introdotti nuovi codici a 6 posizioni per il taglio cesareo primario e secondario (74.-X.10/.20).

La definizione medica di taglio cesareo primario o secondario differisce dalla definizione in ambito di codifica medica:

- Un taglio cesareo **primario** è definito come una procedura pianificata eseguita prima o dopo l'inizio del travaglio; la decisione di eseguire un taglio cesareo è presa prima dell'inizio del travaglio.
- Un taglio cesareo **secondario** (incluso il taglio cesareo d'emergenza) è definito come una procedura necessaria, per indicazione materna o fetale, a causa di una situazione d'emergenza o del decorso del parto, anche se era pianificato un taglio cesareo primario.

Durata della gravidanza

Un codice della categoria

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*

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 35^a 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 il secondo ospedale NON deve codificare il 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 41^a 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 42^a 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 40^a 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

Questa regola è stata cancellata, il codice viene indicato se il medico pone questa diagnosi come tale.

Atonia uterina ed emorragie

Un'atonìa uterina:

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

Un'emorragia postparto (*O72.-*) può essere codificata solo quando soddisfa i criteri di diagnosi secondaria (*G54*).

S1600 Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale

S1601a Record medico

Per ogni neonato, l'ospedale in cui è avvenuto il parto deve obbligatoriamente inserire nel record medico il peso alla nascita.

In caso di ricovero ospedaliero di un neonato o lattante dopo il ricovero dovuto alla nascita (e fino alla fine del primo anno di vita), va obbligatoriamente registrato il peso all'ammissione.

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.

S1603c Neonati

Categoria Z38.- Nati vivi secondo il luogo di nascita

La categoria Z38.- comprende bambini

- a) nati in ospedale o casa per partorienti.
Nota bene: riguardo al tipo di ammissione (V.1.2.V03), nel record medico va indicata la cifra 3 (nascita).
- b) nati al di fuori dell'ospedale o della casa per partorienti e ammessi immediatamente dopo la nascita.
Nota bene: riguardo al tipo di ammissione (V.1.2.V03), nel record medico va registrata la cifra 1 (urgenza) oppure 2 (annunciato, programmato).

Per un neonato, come diagnosi principale va indicato un codice della categoria

Z38.- *Nati vivi secondo il luogo di nascita*

se il neonato è sano (compresi i bambini sottoposti a circoncisione).

Nei nati pretermine e nei neonati già ammalati (alla nascita o durante la degenza ospedaliera), i codici delle condizioni morbose vanno **anteposti** a un codice della categoria

Z38.- *Nati vivi secondo il luogo di nascita*

Esempio 1

Viene ammesso un neonato partorito a domicilio. Non presenta malattie.

DP Z38.1 Nato singolo, nato fuori dall'ospedale

Esempio 2

Un neonato nato sano in ospedale (parto vaginale) viene trattato per crisi epilettiche comparse tre giorni dopo la nascita.

DP P90 Convulsioni del neonato

DS Z38.0 Nato singolo, nato in ospedale

Esempio 3

Neonato pretermine nato nella 27^a 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

S1604c 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

La definizione della periodo perinatale va presa alla lettera. Se la malattia compare o viene trattata dopo il settimo giorno di vita ma ha origine nel periodo perinatale, è possibile utilizzare, per esempio, il codice *P27.1 Displasia broncopolmonare che ha origine nel periodo perinatale*. La determinazione dell'origine cronologica richiede una valutazione competente di caso in caso.

S1605a Nati morti

Sebbene l'informazione «nato morto» (p. es. *Z37.1 Parto singolo, nato morto*) sia già presente nel record della madre, si deve registrare anche un record minimo (vale a dire un caso) e un record supplementare per il neonato. Tuttavia, per il bambino **non** si procede ad alcuna codifica. In questo senso viene adattato MedPlaus.

S1606c Interventi particolari per il neonato malato

Terapia parenterale

Il codice 99.1.- *Iniezione o infusione di sostanze terapeutiche o profilattiche* va per esempio attribuito nel caso in cui si somministri un liquido parenterale per il trattamento con carboidrati, per l'idratazione o in caso di disturbi elettrolitici.

Lo stesso vale per la somministrazione parenterale preventiva di liquidi in neonati pretermine di peso inferiore a 2000 g, praticata al fine di prevenire un'ipoglicemia o uno scompenso elettrolitico.

Fototerapia

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

99.83 *Altra fototerapia*

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

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

Nel codice per la sindrome dispnoica neonatale/neonato pretermine

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

è contenuta la codifica per le condizioni seguenti:

- malattia delle membrane ialine
- sindrome dispnoica

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

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

S1608c Sindrome dispnoica neonatale per aspirazione imponente, wet lung 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)
- sindrome di aspirazione neonatale, qualora il disturbo respiratorio abbia reso necessaria una somministrazione di ossigeno di **meno di 24 ore**
- Wet lung

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 additionally, 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

S1610c Asfissia durante la nascita

La categoria

P21.- Asfissia durante la nascita

va utilizzata nel caso in cui:

- la diagnosi è posta dal medico
- e**
- sono soddisfatti tutti i criteri e le note della ICD-10-GM.

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	<i>Incontinenza da stress [sforzo]</i>
N39.4-	<i>Altra incontinenza urinaria specificata</i>
R32	<i>Incontinenza urinaria non specificata</i>
R15	<i>Incontinenza fecale</i>

vanno indicati solo quando l'incontinenza costituisce motivo per il trattamento ospedaliero o ha rilevanza clinica nel senso descritto in precedenza. Tra le incontinenze che sono considerate «**normali**» nel quadro di un trattamento/intervento chirurgico e che perciò non devono essere codificate, si contano per esempio l'incontinenza urinaria postoperatoria transitoria dopo resezione della prostata o l'incontinenza fecale dopo una resezione bassa del retto.

S1802a Disfagia

R13.- *Disfagia*

va utilizzato solo qualora p. es. sia necessaria una sonda gastrica per l'alimentazione enterale o un trattamento della disfagia per più di 7 giorni di calendario.

S1803a Convulsioni febbrili

R56.0 *Convulsioni febbrili*

va codificato come diagnosi principale solo quando non è presente una malattia che ha causato le convulsioni febbrili, come una polmonite o un altro focolaio infettivo.

Se invece è nota la causa primaria, quest'ultima va codificata come diagnosi principale, aggiungendo R56.0 *Convulsioni febbrili* come diagnosi secondaria.

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 P02, 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. 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

Salvo diversa indicazione nelle regole di codifica, i codici delle cause esterne (V01-Y84) seguono obbligatoriamente i codici S e T.

S1901a Traumatismi superficiali

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

Esempio 1

Un paziente che è caduto viene ammesso per il trattamento di una frattura sovracondiloidea dell'omero sinistro e contusione del gomito, nonché per una frattura del corpo scapolare sinistro.

DP S42.41 Frattura dell'estremità inferiore dell'omero: sovracondiloidea

L 2

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

DS S42.11 Frattura della scapola: corpo

L 2

In questo caso la contusione del gomito non va codificata.

S1902a Frattura e lussazione

Per codificare una frattura o una lussazione vertebrale vedi S1905.

Frattura o lussazione con lesioni dei tessuti molli

Per codificare una frattura o una lussazione sono necessari 2 codici. Dapprima va indicato il codice della frattura o della lussazione e successivamente il corrispondente codice per la gravità della lesione dei tessuti molli.

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.

S1903c Ferite/traumatismi aperti

Per le ferite aperte è disponibile una categoria per ciascuna regione del corpo.

In queste categorie, oltre ai codici «!» per i danni dei tessuti molli in caso di frattura, sono disponibili codici «!» anche per i traumatismi in cui si è verificata una penetrazione in cavità corporee (ferita intracranica, intratoracica o intraddominale) attraverso la cute.

In questi casi la ferita aperta va codificata **in aggiunta** al traumatismo (p. es. la frattura).

Traumatismo aperto con interessamento di vasi sanguigni, nervi e tendini

In caso di traumatismo con danno vasale, la sequenza dei codici dipende dal fatto che vi sia o no minaccia di perdita dell'arto colpito. In caso positivo, per un traumatismo con interessamento di arteria e nervo si codifica:

- dapprima il traumatismo arterioso
- poi il traumatismo del nervo
- in seguito l'eventuale traumatismo tendineo, la frattura, la ferita aperta.

Nei casi in cui, nonostante le lesioni nervose e arteriose, la perdita dell'arto sia improbabile, la sequenza della codifica deve seguire la gravità dei danni rilevati.

Traumatismo intracranico, intratoracico o intraddominale aperto

In caso di traumatismo aperto intracranico, intratoracico o intraddominale, prima va indicato il codice per il traumatismo, seguito dal codice per la ferita aperta.

Esempio 1

Paziente con ferita da coltello al torace con emotorace.

DP S27.1 Emotorace traumatico

CDP Y09.9! Aggressione mediante mezzi non specificati, luogo non specificato

DS S21.83! Ferita aperta di altra parte del torace in associazione a un traumatismo intratoracico

Frattura aperta con traumatismo intracranico, intratoracico o intraddominale

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

- un codice per il traumatismo intracranico / intracavitario
- uno dei codici seguenti:
 - S01.83! Ferita aperta (qualsiasi parte della testa) associata a traumatismo intracranico*
 - S21.83! Ferita aperta di altra parte del torace in associazione a un traumatismo intratoracico*
 - o
 - S31.83! Ferita aperta (qualsiasi parte dell'addome, dei lombi e della pelvi) associata a traumatismo intraaddominale*
- i codici per la frattura
- e
- un codice per il grado di gravità dei danni ai tessuti molli
 - S01.87! – S01.89! Danno ai tessuti molli di I-III grado con frattura o lussazione esposta della testa*
 - S21.87! – S21.89! Danno ai tessuti molli di I-III grado con frattura o lussazione esposta del torace*
 - o
 - S31.87! – S31.89! Danno ai tessuti molli di I-III grado con frattura o lussazione esposta della colonna lombare e della pelvi*

Complicanze di una ferita aperta

La codifica delle complicanze di una ferita aperta dipende dalla possibilità di definire la complicanza, per esempio un'infezione, con un codice specifico. Se è possibile utilizzare un codice specifico della ICD-10-GM, dapprima va indicato il codice specifico della complicanza (p. es. il tipo di infezione, come erisipela, cellulite, sepsi, ecc.), seguito dal codice per la ferita aperta.

Esempio 2

Una paziente viene ricoverata per una cellulite della mano sinistra a seguito del morso di un gatto. Non è noto a quando risalga il morso. All'ammissione si riscontrano a livello del tenar due ferite puntiformi con arrossamento circostante e forte gonfiore di mano e avambraccio. Nello striscio si rileva la presenza di Staphylococcus aureus. Viene avviata una terapia antibiotica endovenosa.

DP L03.10 Cellulite dell'arto superiore

L 2

DS S61.0 Ferita aperta del(le) dito(a) senza lesione dell'unghia

DS W64.9! Incidente dovuto ad esposizione a forze meccaniche di oggetti animati

DS B95.6! Stafilococco aureo come causa di malattie classificate altrove

Se non è possibile una codifica specifica della complicanza di una ferita aperta, va indicato il codice per la ferita aperta, seguito da un codice della categoria

T89.0- Complicanze di una ferita aperta

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

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 traumi

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

S1905c Traumatismo del midollo spinale (con paraplegia e tetraplegia traumatiche)

Fase acuta – immediatamente post-traumatica

Con fase acuta di un traumatismo spinale si intende il periodo di trattamento immediatamente successivo al trauma. Può comprendere **diversi** ricoveri ospedalieri.

Se un paziente è ricoverato per un traumatismo del midollo spinale (p. es. compressione, contusione, lacerazione, taglio trasversale o schiacciamento del midollo spinale), vanno codificati i seguenti dettagli:

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 traumi 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 traumi

DS S34.72! Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale lombosacrale, L2

DS S22.06 Frattura di vertebra toracica, T11 e T12

Fase acuta – trasferimento del paziente

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

Esempio 2

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

Ospedale A:

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

Ospedale B:

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

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

Traumatismo del midollo spinale – fase cronica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esempio 3

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

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

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

Codifica di fratture e lussazioni vertebrali

Vedi anche S1902 Frattura e lussazione.

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

Esempio 4

Un paziente viene ricoverato dopo un incidente automobilistico con una frattura complicata esposta di secondo grado della seconda, terza e quarta vertebra toracica, con dislocazione all'altezza di T2/T3 e T3/T4 e lesione completa del midollo spinale all'altezza di T3. L'esame neurologico conferma la paralisi completa sotto T3.

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 però 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 psicotrofici [allucinogeni], oppio

Esempio 2

Un paziente viene ricoverato con ematemesi causata dall'assunzione di cumarina (prescritta), combinata inavvertitamente con acido acetilsalicilico (non prescritto).

DP K92.0 Ematemesi

CDP X49.9! Avvelenamento accidentale

DS T39.0 Avvelenamento da analgesici non oppiacei, antipiretici e antireumatici, salicilati

DS T45.5 Avvelenamento da agenti ad azione principalmente sistemica ed ematologici, anticoagulanti

In caso di avvelenamento **senza manifestazioni** va indicato come diagnosi principale un codice delle categorie

T36-T50 Avvelenamento da farmaci, droghe e sostanze biologiche

e

T51-T65 Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa

Esempio 3

Una paziente si presenta al pronto soccorso e dice di aver ingerito 20 compresse di paracetamolo in seguito ad un gesto inconsulto. Dopo una lavanda gastrica non si presenta nessuna altra manifestazione.

DP T39.1 Avvelenamento da analgesici non oppiacei, antipiretici e antireumatici, derivati del 4-aminofenolo

CDP X84.9! Autolesionismo intenzionale

Sovradosaggio di insulina

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 medicinali e droghe*

se quest'affermazione non è contenuta nel codice della diagnosi.

Esempio 1

Una paziente è ricoverata per una gastrite acuta emorragica, causata da acido acetilsalicilico assunto correttamente. Non si trovano altre cause della gastrite.

DP K29.0 Gastrite emorragica acuta

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

Esempio 2

Un paziente HIV positivo è ricoverato per il trattamento di un'anemia emolitica causata dalla terapia antiretrovirale.

DP D59.2 Anemia emolitica non autoimmune da farmaci

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

S1910b Effetti indesiderati o avvelenamento da assunzione combinata di due o più sostanze (in caso di assunzione non prescritta)

Avvelenamento da farmaci e alcol

Un effetto collaterale di un farmaco assunto **in combinazione con l'alcol** va codificato come **avvelenamento da entrambe le sostanze (attive)**.

Avvelenamento da farmaci prescritti assunti in combinazione con farmaci non prescritti

Un effetto collaterale dell'assunzione contemporanea di un farmaco **prescritto** e di uno **non prescritto** va codificato come **avvelenamento da entrambe le sostanze (attive)**.

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 (V01!-Y84!) seguono obbligatoriamente i codici dei traumatismi, degli avvelenamenti, delle malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e degli altri effetti nocivi, a meno che l'informazione non sia già contenuta nel codice ICD-10. (Vedi anche S1900 per il codice S e T).

Per ogni evento è sufficiente un solo codice per le cause esterne, registrato unicamente nel primo degenza ospedaliera.

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

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 | <i>diabete mellito definito come non scompensato</i> |
| 1 | <i>diabete mellito definito come scompensato</i> |
| 2 | <i>diabete mellito con complicanze multiple, definito come non scompensato</i> |
| 3 | <i>diabete mellito con complicanze multiple, definito come scompensato</i> |
| 4 | <i>diabete mellito con sindrome del piede diabetico, non definito come scompensato</i> |
| 5 | <i>diabete mellito con sindrome del piede diabetico, definito come scompensato</i> |

A questo proposito si deve tener conto che dal punto di vista medico non tutte le combinazioni del codice a quattro caratteri hanno senso con un quinto livello. La glicemia misurata al momento del ricovero non è un valido indicatore di controllo per la diagnosi di «diabete mellito scompensato», sia per il diabete mellito di tipo 1, sia per quello di tipo 2. La classificazione «scompensato» o «compensato» viene generalmente effettuata dopo valutazione dell'intero decorso del trattamento (in modo retrospettivo). Il termine «scompensato» si riferisce quindi alla situazione metabolica.

Alcuni criteri per il diabete mellito scompensato (in accordo con la Società svizzera di endocrinologia e diabetologia):

- ipoglicemia recidivante inferiore a 3 mmol/l con sintomi, con 3 misurazioni glicemiche al giorno e adeguamento della terapia, o
- glicemia con forti oscillazioni (diff. almeno 5 mmol/l) con 3 misurazioni glicemiche al giorno e adeguamento della terapia, o
- HbA1C chiaramente elevata (>9%) nel corso degli ultimi 3 mesi e 3 misurazioni glicemiche al giorno, e/o
- almeno 3 volte valori >15 mmol/l con diversi adeguamenti della terapia
- valori <15 mmol/l ma controllo impegnativo con più di 3 misurazioni glicemiche al giorno per diversi giorni e iniezioni integrative documentate.

Alcune diagnosi che possono rientrare nel quadro clinico della sindrome del piede diabetico

1. Infezione e/o ulcera

<i>Ascesso cutaneo, foruncolo e favo degli arti</i>	<i>L02.4</i>
<i>Cellulite delle dita dei piedi</i>	<i>L03.02</i>
<i>Cellulite dell'arto inferiore</i>	<i>L03.11</i>

Nota: nei seguenti codici a quattro caratteri della categoria L89.- *Ulcera da decubito e area di pressione*, il quinto carattere codifica la localizzazione dell'area di pressione (vedi ICD-10-GM).

<i>Ulcera da decubito e area di pressione stadio I</i>	L89.0-
<i>Ulcera da decubito e area di pressione stadio II</i>	L89.1-
<i>Ulcera da decubito e area di pressione stadio III</i>	L89.2-
<i>Ulcera da decubito e area di pressione stadio IV</i>	L89.3-
<i>Ulcera da decubito e area di pressione, non specificata</i>	L89.9-
 <i>Ulcera di arto inferiore non classificata altrove</i>	 L97
<i>Ulcera cronica della cute non classificata altrove</i>	L98.4

2. Angiopatia periferica

<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, altre e non specificate</i>	I70.20
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolore ischemico indotto da sforzo</i>	I70.21
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolore ischemico a riposo</i>	I70.22
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con ulcera</i>	I70.23
<i>Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con gangrena</i>	I70.24

3. Neuropatia periferica

<i>Polineuropatia diabetica</i>	G63.2*
<i>Neuropatia del sistema nervoso autonomo in malattie endocrine e metaboliche</i>	G99.0*

4. Deformazioni

<i>Alluce valgo (acquisito)</i>	M20.1
<i>Alluce rigido</i>	M20.2
<i>Altra deformazione dell'alluce (acquisita)</i>	M20.3
<i>Altro(e) dito(a) del piede a martello (acquisito(e))</i>	M20.4
<i>Altre deformazioni di dito(a) del piede (acquisite)</i>	M20.5
<i>Deformazione in flessione, caviglia e piede</i>	M21.27
<i>Piede cadente (acquisito), caviglia e piede</i>	M21.37
<i>Piede piatto [pes planus] (acquisito)</i>	M21.4
<i>Piede ad artiglio e piedi torti acquisiti, caviglia e piede</i>	M21.57
<i>Altre deformazioni acquisite della caviglia e del piede</i>	M21.67
<i>Altre deformazioni acquisite degli arti specificate, della caviglia e del piede</i>	M21.87

5. Precedenti amputazioni

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

Insufficienza renale acuta

L'insufficienza renale acuta è un peggioramento rapido (di regola entro 7 giorni) 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: Risk – Injury – Failure – Loss – ESRD (End Stage Renal Disease) o

AKIN: Acute – Kidney – Injury – Network

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 $\geq 0,3$ mg/dl ($\geq 26,4$ μ mol/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 μ mol/l) con aumento acuto $\geq 0,5$ mg/dl (44 μ mol/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'eccezione è costituita dall'avvio della dialisi prima dello stadio 3 a causa di un peggioramento acuto.
- 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.

Criteri di SIRS / complicanze d'organo

Definizione dei **criteri** validi per la codifica di una **SIRS**:

- febbre ($\geq 38,0$ °C) o ipotermia ($\leq 36,0$ °C) confermate da una misurazione rettale, intravasale o intravescicale
- tachicardia con frequenza cardiaca $\geq 90/\text{min}$
- tachipnea (frequenza respiratoria uguale o maggiore a 20/min) o iperventilazione (confermata da un'emogasanalisi arteriosa con $\text{PaCO}_2 \leq 4,3$ kPa o 33 mmHg)
- leucocitosi ($\geq 12\,000/\text{mm}^3$) o leucopenia ($\leq 4000/\text{mm}^3$) o 10 % o più di neutrofili immaturi nell'emocromo differenziale (spostamento a sinistra).

Definizione valida per la codifica di **complicanze d'organo**:

- encefalopatia acuta (vigilanza ridotta, agitazione, disorientamento, delirio non influenzabile da farmaci psicotropi)
- trombocitopenia relativa o assoluta (piastrine $< 100\,000/\mu\text{l}$ o diminuzione delle piastrine > 30 % in 24 ore non causata da emorragia)
- ipotensione arteriosa (pressione arteriosa sistolica < 90 mmHg o pressione arteriosa media < 70 mmHg per almeno 1 ora malgrado un apporto adeguato di volume e in assenza di altre cause di shock)
- shock settico (pressione arteriosa sistolica < 90 mmHg o pressione arteriosa media < 70 mmHg per almeno 2 ore, o bisogno di somministrare vasopressori (dopamina > 5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ o noradrenalina, adrenalina, fenilefrina o vasopressina a qualsiasi dosaggio) per mantenere la pressione sistolica > 90 mmHg o la pressione arteriosa media > 70 mmHg)
- ipossiemia arteriosa ($\text{paO}_2 < 10$ kPa (75 mmHg) in aria ambiente, $\text{paO}_2/\text{FiO}_2 < 33$ kPa (250 mmHg) senza manifesta malattia polmonare o cardiaca quale causa)
- disfunzione renale (escrezione urinaria $< 0,5$ ml/kg/h per almeno un'ora malgrado sufficiente rimpiazzo di volume e/o aumento > 2 volte della creatinina sierica rispetto al valore di riferimento del laboratorio che ha eseguito l'analisi)
- acidosi metabolica (deficit di basi $> 5,0$ mEq/l o aumento $> 1,5$ volte della concentrazione plasmatica di acido lattico rispetto al valore di riferimento del laboratorio che ha eseguito l'analisi)

Indice alfabetico

A

Abbreviazioni.....	7
Aborto	108
- con complicanze	108
Aderenze (peritoneale)	102
AIDS	63
Allegato	142
- Criteri di SIRS / complicanze d'organo	145
- diabete mellito scompensato.....	142
- Insufficienza renale acuta.....	144
Angina pectoris.....	90
Apparato	
- digerente	102
- genitourinario	105
Appendicite	102
Arresto cardiaco.....	96
Artroscopia	50
Asphyxie unter der Geburt.....	123
Atonia uterina ed emorragie	117
Avvelenamenti.....	126
- da farmaci e alcol.....	139
- da farmaci prescritti e non prescritti	139
- da farmaci, droghe, sostanze biologiche ...	137
- sovradosaggio di insulina	139

B

Batteriemia	59
Bilaterali	
- procedure	54

C

Cardiopatía ipertensiva	89
Cardiopatía ischemica	
- infarto miocardico acuto	90
- infarto miocardico pregresso	91
- infarto miocardico recidivante.....	91
- reinfarto.....	91
- sindrome coronarica acuta	90
- trattata con terapie chirurgiche (stent/bypass)91	
-altre forme di cardiopatía ischemica cronica .	91
Angina pectoris	90
Cardiopatía valvolari	94
Caso di trattamento	
- definizione	21
Cause esterne	140
Chemioterapia	75
Chirurgia plastica	104

Chiusura di fistola arteriovenosa	96
---	----

CHOP

- convenzioni tipografiche e abbreviazioni.....	20
- indice alfabetico	18
- lista sistematica	19
- nozioni generali.....	18
- struttura.....	18

Classificazioni

- CHOP	18
- ICD-10-GM	13

Codici

- cause esterne	140
- combinati	36
- con punto esclamativo	29
- daga-asterisco	28
- Z-codici	141

Codifica

- eseguire una codifica corretta	21
--	----

Colpo apoplettico

- acuto	85
- disturbi funzionali)	85
- pregresso	85

Complemento alla diagnosi principale

- definizione	23
---------------------	----

Complicanze

- cicatrice uterina.....	112
- dell ferita aperta.....	130
- della gravidanze	111
- motilità fetale ridotta	112
- posizioni e presentazioni anomale del bambino	111

Controllo

- di trapianto cardiaco	95
- dopo tumore.....	70

Contusione ossea	127
------------------------	-----

Convalescenza	42
---------------------	----

Convulsioni febbrili	124
----------------------------	-----

Corrosioni	137
------------------	-----

- superficie corporea.....	137
----------------------------	-----

CPAP

- adulti, bambini, adolescenti.....	100
- controllo dell'ottimizzazione.....	100
- impostazione iniziale	100
- neonati e lattanti.....	100

Criteri di SIRS / complicanze d'organo	145
--	-----

Croup

- pseudocroup	65
---------------------	----

- sindrome dacroup	65
- vero	65
Cute e tessuto sottocutaneo	104

D

Daga†-asterisco*	28
Data del trattamento	47
Defibrillatore	
- cambio di aggregato	95
- complicanze	95
Deficit di surfattante	121
Definizioni	
- caso di trattamento	21
- complemento alla diagnosi principale	23
- complicanze d'organo nella SIRS	145
- Criteri di SIRS	145
- diagnosi principale	22
- diagnosi secondarie	24
- mediche	142
- periodo perinatale e neonatale	118
- trattamenti secondari	25
- trattamento principale	25
Diabete mellito	
- categorie	76
- come diagnosi principale	77
- come diagnosi secondaria	79
- con angiopatia periferica	81
- con complicanze	77
- con complicanze renale	80
- con malattia oculari	80
- con neuropatia	81
- con sindrome del piede diabetico	82
- con sindrome metabolica	83
- diversi tipi	76
- regole per la codifica	77
- scompensato, definizione	142
- terminologia	76
Diagnosi	
- bilaterali	27
- localizzazioni multiple	27
- monolaterali	27
Diagnosi del dolore	
- dolore acuto	125
- dolore cronico	125
- dolore intrattabile	125
- dolore oncologico	125
Diagnosi principale	
- definizione	22
- scelta della diagnosi principale	22
Diagnosi secondarie	
- definizione	24
- sequenza	25

Diagnosi sospetta	
- esclusione della diagnosi sospetta	34
- nessuna formulazione di diagnosi	34
- probabile	34
Dialisi	105
Disfagia	124
Disidratazione	
- nella gastroenterite	103
Disturbi	
- della secrezione interna/pancreas	83
- dopo a procedure diagnostiche o terapeutiche	37
- iatrogeni	37
Disturbi psichici e comportamentali	
- acuta accidentale intossicazione	84
- acuta non accidentale intossicazione	84
- da uso di sostanze psicoattive	84
- da uso droghe, farmaci, alcol, nicotina	84
- ubriacatura	84
- uso dannoso (alcol, droghe)	84
Documentazione	
- delle diagnosi	21
- delle procedure	21
Donazione dopo morte cerebrale	56
Durata della gravidanza	114

E

Edema polmonare	
- acuto	96
Effetti collaterali di farmaci	
- assunti secondo prescrizione	139
- assunzione non prescritta	139
Emodialisi	105
Emorragia	
- e atonia uterina	117
- gastrointestinale	102
- postparto	117
Encefalopatia ipossico-ischemica	122
Endoscopia	50
- passare a cielo aperto	52
Episodio acuto	
- di una malattia cronica	35
Esiti di	30
Esito del parto	114
Falso travaglio	116
Ferite	
- aperta con complicanze	130
- aperte	128
Feto morto	109
Fibrosi cistica	83
Fistola arteriovenosa	96
Follow-up pianificati	32

Frattura	
- aperta con traumatismo intracranico, intratoracico, intraddominale	129
- con lesioni dei tessuti molli	126
- con lussazione	127
- con sede identica o differente	127
- vertebrale	135
G	
Gastrite	
- con ulcera gastrica	102
Gastroenterite	
- con disidratazione	103
Gravidanza	
- aborto	108
- cicatrice uterina	112
- complicanze	111
- conclusione precoce	108
- definizioni	107
- durata	114
- durata prolungata	116
- ectopica con complicanze	108
- feto morto	109
- malattie	110
- molare con complicanze	108
- motilità fetale ridotta	112
- nato vivo	109
- plurigemellare	115
- posizioni e presentazioni anomale del bambino	111
- protratta	116
H	
HIV	
- asintomatica	63
- complicante gravidanza, parto, puerperio ...	64
- malattia associata	64
- messa in evidenza con laboratorio	63
- sequenza e scelta dei codici	65
- sindrome da infezione acuta	63
- stadi clinici (A, B e C)	64
- suddivisione in stadi	64
I	
ICD-10-GM	
- convenzioni tipografiche e abbreviazioni	16
- indice alfabetico	16
- introduzione	13
- lista sistematica	14
- storia	13
- struttura	13
Impianti mammari	
- rimozione	104
Incontinenza	124
Infarto miocardico	
- acuto	90
- pregresso	91
- recidivante	91
- reinfarto	91
Inizio del trattamento (ora)	47
Insuccesso	
- di un trapianto di cornea	87
Insufficienza	
- renale acuta, definizione	144
- respiratoria	101
Insufficienza renale acuta	106
Intervento	
- artroscopici	50
- bilaterali	54
- chirurgico non eseguito	41
- combinato	51
- complesso	51
- di follow-up pianificati	32
- endoscopice	50
- eseguito parzialmente	52
- interrotto	52
- laparoscopici	50
- panendoscopici	50
- per fattori di rischio	75
- per profilassi	75
- ricostruttivo per mutilazione genitale femminile	106
Intervento chirurgico	
- dopo dimagrimento	104
Intossicazione	
- acuta accidentale	84
- acuta non accidentale	84
- ubriacatura	84
Introduzione versione 2014	6
Intubazione	
- senza ventilazione meccanica	100
Ipertensione	
- con cardiopatia ipertensiva	89
- con malattia cardiaca e renale ipertensiva ...	89
- con malattia renale ipertensiva	89
Ipoacusia	88
L	
Laparoscopia	50
- passare a cielo aperto	52
Lateralità	
- delle diagnosi	27
- delle procedure	47
Lesioni	
- dei tessuti molli	126
Linfangiosi carcinomatosa	74

Linfomi	74
Lussazione	
- con frattura.....	127
- con lesioni dei tessuti molli.....	126
- con sede identica o differente	127
- vertebrali	135

M

Malattia

- che hanno origine nel periodo perinatale ..	118
- croniche con episodio acuto.....	35
- del sistema circolatorio.....	89
- del sistema nervoso	85
- del sistema respiratorio	97
- dell'apparato digerente.....	102
- dell'apparato genitourinario.....	105
- dell'occhio e annessi oculari	87
- dell'orecchio e apofisi mastoide	88
- della cute e tessuto sottocutaneo.....	104
- delle membrane ialine.....	121
- dopo a procedure diagnostiche o terapeutiche37	
- durante gravidanza.....	110
- endocrine, nutrizionali e metaboliche.....	76
- iatrogene	37
- incombente.....	33
- infettiva e parassitaria	59
- renale ipertensiva.....	89
Mancanza di	30
Minaccia di malattia.....	33
Mutilazione genitale femminile	
- intervento ricostruttivo	106

N

Nato

- morto	120
- vivo	109

Neonato

- condizioni morbose di origine periodo perinatale	120
- deficit di surfattante.....	121
- definizioni	118
- encefalopatia ipossico-ischemica.....	122
- fototerapia.....	121
- malattia delle membrane ialine	121
- nato morto	120
- periodo perinatale e neonatale.....	118
- record medico.....	118
- scelta della diagnosi principale	118
- sindrome di aspirazione imponente.....	122
- sindrome dispnoica neonatale.....	121
- tachipnea transitoria	122
- terapia parenterale.....	121

Neoplasie	66
- attività tumorale.....	67
- chemioterapia e radioterapia.....	75
- complicanze dopo a procedure diagnostiche o terapeutiche.....	70
- complicanze iatrogena	70
- con attività endocrina	71
- controlli.....	70
- del sistema ematopoietico/linfatico	67
- diagnosi soltanto mediante biopsia.....	69
- escissione estesa.....	69
- lesioni contigue	72
- linfangiosi carcinomatosa	74
- linfomi	74
- nell'indice alfabetico	66
- recidiva	71
- remissione di malattie maligne immunoproliferative/leucemie	73
- scelta e ordinamento delle diagnosi.....	68
- sedi multiple.....	71
- sospetto di tumore/metastasi	70

Neugeborene

- Asphyxie unter der Geburt.....	123
Nozioni generali G00-G56	8

O

Occhio e degli annessi oculari	87
Occlusione	
- di stent o bypass coronarico	92
Orecchio e apofisi mastoide	88
Ostetricia	107

P

Pacemaker

- cambio di aggregato	95
- complicanze	95
- permanente	95

Pancreas

- disturbi della secrezione interna	83
---	----

Panendoscopie

Paraplegia e tetraplegia non traumatica	
---	--

- fase iniziale (acuta).....	86
- fase tardiva (cronica).....	86

Paraplegia e tetraplegia, traumatiche

- fase acuta, immediatamente post-traumatica132	
- fase acuta, trasferimento del paziente	133
- fase cronica.....	134

Parto

- atonia uterina ed emorragie	117
- attribuzione della diagnosi principale.....	112
- cicatrice uterina.....	112
- complicanze	111

- definizioni	107
- esito del parto	114
- falso travaglio	116
- feto morto	109
- fuori ospedale, prima del ricovero in ospedale	115
- motilità fetale ridotta	112
- nato vivo	109
- plurigemellare	115
- posizioni e presentazioni anomale del bambino	111
- pretermine	116
- regole speciali	112
- singolo con forcipe	114
- singolo con taglio cesareo	114
- singolo con ventosa	114
- singolo vaginale spontaneo	113
- Taglio cesareo	114
- travaglio pretermine	116
- travaglio prolungato	117
Perdita di coscienza	
- correlata a un traumatismo	131
- non correlata a un traumatismo	131
Perdita improvvisa dell'udito	88
Periodo neonatale	
- definizione	118
Periodo perinatale	
- condizioni morbose di origine	120
- definizione	118
Posizioni e presentazioni anomale del bambino	111
Prelievo d'organo	
- donazione da vivente	56
- esame di donatore	56
- per trapianto	56
- post mortem	56
Prelievo di tessuto	
- donazione da vivente	56
- esame di donatore	56
- per trapianto	56
- post mortem	56
Presenza di	30
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	41

- post mortem	49
Punto esclamativo !	29

R

Radioterapia	75
Recidiva (tumore)	71
Record medico	
- record gruppo di pazienti	11
- record minimo	11
- record neonati	11
- record psichiatria	11
- record supplementari	11
Regole di codifica generali	
- per le malattie/diagnosi D00-D15	26
- per le procedure P00-P09	47
Regole di codifica speciali S0100-S2100	59
Reinterventi	55
- su cuore e pericardio	96
Remissione	
- di malattie maligne immunoproliferative/leucemie	73
Respirazione a pressione positiva continua CPAP	
- adulti, bambini, adolescenti	100
- neonati e lattanti	100
Revisione	
- di un campo operatorio	55
- di una cicatrice	104
- su cuore e pericardio	96
Riabilitazione	42
Riammissione entro 18 giorni	46
Riammissione entro 18 giorni	39
Rigetto	
- del trapianto	57
- di un trapianto di cornea	87
Rimozione	
- di impianti mammari	104
- di shunt arteriovenoso	96
Ringraziamenti	5
Risultati anormali	26
Ritrasferimento nell'ospedale primario	44

S

Scelta della diagnosi principale	22
- in caso di riammissione entro 18 giorni	46
- in caso di riammissione entro 18 giorni per malattia o disturbo iatrogeno	39
Sepsi	59
- del neonato	60
- dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	61
- grave	61
- iatrogena	61
- in associazione con capitolo XV (O)	60
- in caso di agranulocitosi	61

- Schock settico	59	- controllo dopo	57
- urosepsi	60	- donazione da vivente	56
Sequela	31	- esame di donatore	56
Shunt arteriovenoso	96	- insuccesso	57
Sindrome	40	- post mortem	56
- congenita	40	- riceventi	57
- coronarica acuta	90	- rigetto	57
- del piede diabetico	82	- valutazione	57
- di aspirazione imponente	122	Trasferimento	
- dispnoica neonatale	121	- con ritrasferimento nell'ospedale primario	44
- metabolica	83	- di un neonato sano	45
Sintomi		- di una madre con il suo neonato sano	45
- come diagnosi principale	26	- per continuazione delle cure	42
- come diagnosi secondarie	26	- per convalescenza	42
- convulsioni febbrili	124	- per cure	43
- disfagia	124	- per il trattamento nell'ospedale centrale	44
- incontinenza	124	- per riabilitazione	42
- segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio	124	Trattamenti secondari	
SIRS	62	- definizione	25
Sistema		- sequenza	25
- circolatorio	89	Trattamento	
- nervoso	85	- dopo trasferimento per continuazione delle cure	42
- respiratorio	97	Trattamento principale	
Sordità	88	- definizione	25
Sospetto		Traumatismi	126
- di tumore/metastasi	70	- aperte	128
Sovradosaggio di insulina	139	- aperto, interessamento vasi sanguigni, nervi, tendini	128
Statistica medica e codifica medica		- aperto, intracranico, intratoracico, intraddominale	128
- anonimizzazione dei dati	10	- del midollo spinale	132
- basi giuridiche	9	- multipli	136
- obiettivi della statistica medica	10	- superficiali	126
- organizzazione	9	- con perdita di coscienza	131
- record medico, definizioni e variabili	11	Travaglio pretermine	116
- sistema di classificazione dei pazienti SwissDRG	12	Trombosi	
- storia	8	- di stent o bypass coronarico	92
SwissDRG, sistema di classificazione dei pazienti	12	Tumori	
T		- attività tumorale	67
Tachipnea transitoria	122	- chemioterapia e radioterapia	75
Taglio cesareo		- complicanze dopo a procedure diagnostiche o terapeutiche	70
- primario / secondario	114	- complicanze iatrogena	70
Terapia del dolore	125	- con attività endocrina	71
Tetraplegia e paraplegia non traumatica		- controlli	70
- fase iniziale (acuta)	86	- del sistema ematopoietico/linfatico	67
- fase tardiva (cronica)	86	- diagnosi soltanto mediante biopsia	69
Tetraplegia e paraplegia, traumatiche		- escissione estesa	69
- fase acuta, immediatamente post-traumatica	132	- lesioni contigue	72
- fase acuta, trasferimento del paziente	133	- linfangiosi carcinomatosa	74
- fase cronica	134	- linfomi	74
Trapianto		- nell'indice alfabetico	66
- cardiaco, esame di controllo	95		

- recidiva	71	- superficie corporea.....	137
- remissione di malattie maligne		V	
immunoproliferative/leucemie	73	Ventilazione meccanica	
- scelta e ordinamento delle diagnosi	68	- calcolo della durata	98
- sedi multiple	71	- codifica	97
- sospetto di tumore/metastasi.....	70	- definizione	97
U		- fine della durata.....	99
Ulcera gastrica		- inizio della durata.....	98
- con gastrite.....	102	- pazienti trasferiti.....	100
Urosepsi.....	60	- svezamento	99
Ustioni	137	Verruche anogenitali	105

Programma di pubblicazioni dell'UST

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

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

<i>Mezzo di diffusione</i>	<i>Contatto</i>
Informazioni individuali	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

545-1400

Ordinazioni

Tel.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

E-mail: order@bfs.admin.ch

Prezzo

19 franchi (IVA escl.)

ISBN 978-3-303-14202-8