

2026



14

Salute

Neuchâtel 2025

Manuale di codifica medica

Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera

Versione 2026



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale di statistica UST

Settore tematico «Salute»

Pubblicazioni aggiornate affini al tema

Quasi tutti i documenti pubblicati dall'UST sono messi a disposizione in forma elettronica e gratuita sul portale www.statistica.admin.ch. Le pubblicazioni stampate possono essere ordinate telefonando allo +41 58 463 60 60 o inviando un'e-mail all'indirizzo order@bfs.admin.ch.

Salute – Statistica tascabile 2025, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2025, numero UST: 1542-2500, 36 pagine

Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP): Indice sistematico – Versione 2026, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2025, numero UST: 661-2600

Statistique médicale des hôpitaux: Tableaux standard 2022, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2023, numero UST: su-b-14.04.01.02-MKS-2022

Utilisation multiple des données d'hospitalisation (projet SpiGes): état de la mise en oeuvre et prochaines étapes, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2022, numero UST be-f-14.04.01-SpiGes-01, 9 pagine

Statistica delle cause di morte 2022: Effetti della pandemia di COVID-19 su mortalità e cause di morte in Svizzera, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2023, numero UST: 1259-2200, 10 pagine

Indagine sulla salute in Svizzera 2022 - Tabelle standardizzate, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2023, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb/ergebnisse-publikationen.html>

Enquête suisse sur la santé 1992-2017, La contraception en Suisse, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2021, numero UST: 213-1721, 8 pagine

Le cancer en Suisse, rapport 2021 - Etat des lieux et évolutions, Ufficio federale di statistica, Servizio nazionale di registrazione dei tumori (SNRT), Registro dei tumori pediatrici (RdTP), Neuchâtel 2021, numero UST: 1178-2100, 148 pagine

Studi medici e medicina di base in Svizzera, 2018-2021, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2023, numero UST: 1805-2100, 8 pagine

Procreazione medicalmente assistita nel 2019

Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2021, numero UST 2136-1900, 8 pagine

Les hospitalisations avec un séjour en soins intensifs, de 2014 à 2021, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 2023, numero UST 2231-2100, 8 pagine

Settore tematico «Salute» in Internet

www.statistica.admin.ch → Statistiche → 14 – Salute → www.health-stat.admin.ch

Manuale di codifica medica

Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera

Versione 2026

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

Neuchâtel 2025

Editore: Ufficio federale di statistica (UST)

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

Redazione: ambito Classificazioni mediche

Serie: Statistica della Svizzera

Settore: 14 Salute

Testo originale: tedesco

Traduzione: Servizi linguistici dell'UST

Grafica
e impaginazione: ambito Classificazioni mediche
Publishing e diffusione PUB, UST

Versione digitale: www.statistica.admin.ch

Versione cartacea: www.statistica.admin.ch
Ufficio federale di statistica, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tel. +41 58 463 60 60
stampato in Svizzera

Copyright: UST, Neuchâtel 2025
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali,
con citazione della fonte.

Numero UST: 545-2600

ISBN: 978-3-303-14390-2

Indice

Ringraziamenti	7	Regole di codifica generali per le malattie/diagnosi D00 – D16	31
Introduzione versione 2026	9	D00m Risultati anormali	31
Abbreviazioni del manuale di codifica	10	D01g Sintomi	32
Nozioni generali G00 – G55	11	D02m Diagnosi monolaterali e bilaterali Diagnosi di localizzazioni multiple	33
G00 Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) e codifica medica	11	D03m Codici daga (†)-asterisco (*)	34
G01n Cenni storici	11	D04c Codici con punto esclamativo («!»)	36
G02m Organizzazione	12	D05o Stato dopo / presenza di / assenza di	37
G03m Basi giuridiche	12	D06c Sequele	39
G04m Obiettivi della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes)	13	D07n Interventi di follow-up pianificati	40
G05m Anonimizzazione dei dati	13	D08a Minaccia o malattia incombente	42
G06m Set di dati medici, definizioni e variabili	14	D09l Diagnosi di sospetto	43
G 10n Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) e sistemi di classificazione dei pazienti SwissDRG, TARPSY e ST REHA	15	D10g Malattie croniche con episodio acuto	44
G 20 Le classificazioni (ICD-10-GM e CHOP)	16	D11n Codici combinati	45
G21n ICD-10-GM	16	D12n Malattie o disturbi iatrogeni ovvero dopo procedure diagnostiche o terapeutiche (complicanze)	46
G22o Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP)	22	D13a Sindromi	54
G 30a Come eseguire una codifica corretta	23	D14g Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico o procedura non eseguiti	55
G 40o Documentazione delle diagnosi e delle procedure	24	D15o Trasferimenti	56
G 50 Definizioni	25	D16i Scelta della diagnosi principale in caso di riammissione entro 18 giorni per malattia o disturbo iatrogeno	60
G51o Caso di trattamento	25		
G52h Diagnosi principale	26		
G53m Complemento alla diagnosi principale	28		
G54n Diagnosi secondarie	28		
G55m Trattamento	30		

Regole di codifica generali per le procedure P00 – P11		61	SD0212a	Remissione di malattie maligne immunoproliferative e leucemie	116
P00n	Registrazione della procedura nel record medico	61	SD0213a	Linfangiosi carcinomatosa	116
			SD0214n	Linfomi	116
			SD0215a	Chemioterapia e radioterapia	117
			SD0216n	Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio	117
P01m	Procedure che vanno codificate	62	SD0217o	Cure palliative	118
P02o	Procedure che non vanno codificate	63	SD0400	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	119
P03c	Endoscopia e interventi endoscopici	64	SD0401n	Nozioni generali	119
P04n	Interventi chirurgici combinati o complessi	65	SD0402n	Regole per la codifica del diabete mellito	120
P05a	Interventi eseguiti parzialmente	66	SD0403n	Complicanze specifiche del diabete mellito	123
			SD0404a	Sindrome metabolica	126
			SD0405n	Disturbi della secrezione interna del pancreas	126
P06o	Procedure eseguite più volte	67	SD0406a	Fibrosi cistica	126
			SD0407n	Malnutrizione negli adulti	127
P07o	Interventi chirurgici bilaterali	72	SD0408n	Malnutrizione nei bambini	129
P08o	Revisioni di un campo operatorio/reinterventi	73	SD0500	Disturbi psichici e comportamentali	131
P09o	Prelievo e trapianto d'organo	75	SD0501o	Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (alcol, droghe, farmaci, nicotina)	131
P10n	Adesiolisi	78	SD0600	Malattie del sistema nervoso	133
P11h	Lacerazione della membrana serosa con sutura	81	SD0601o	«Colpo apoplettico ecc.» acuto, emorragia subaracnoidea, altra emorragia intracranica di origine traumatica e non traumatica	133
			SD0602n	Sequle di/stato dopo: «Colpo apoplettico ecc.», emorragia subaracnoidea non traumatica o altra emorragia intracranica non traumatica	135
			SD0603o	Paraplegia e tetraplegia non traumatica	136
Regole di codifica speciali per le diagnosi SD0100 – SD2200			SD0604m	Disturbi dello stato di coscienza	137
SD0100	Alcune malattie infettive e parassitarie	83	SD0605e	Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test)	139
SD0101a	Batteriemia	83	SD0606e	Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test)	139
SD0102o	Sepsi	84	SD0607o	Codifica degli stadi del morbo di Parkinson (G20.-)	139
SD0103l	SIRS	92			
SD0104n	HIV/AIDS	93			
SD0105a	Croup vero – pseudocroup – sindrome da croup	96			
SD0106n	COVID-19	97			
SD0200n	Neoplasie	100	SD0800	Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	140
SD0202m	Scelta e ordinamento delle diagnosi	101	SD0801a	Ipoacusia e sordità	140
SD0203n	Escissione estesa della regione tumorale	109	SD0802d	Adattamento e manutenzione di apparecchio acustico	140
SD0204k	Diagnosi di tumore soltanto mediante biopsia	109			
SD0205n	Malattie, disturbi (acuti, cronici) dopo e/o quali sequle di procedure mediche nell'ambito del trattamento di neoplasie maligne (solide, ematologiche)	110	SD0900	Malattie del sistema circolatorio	141
SD0206a	Sospetto di tumore o metastasi	113	SD0901a	Ipertensione e malattie in caso di ipertensione	141
SD0207a	Controlli	113	SD0902e	Cardiopatia ischemica	142
SD0208n	Recidive	113	SD0903n	Trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico	144
SD0209a	Tumori con attività endocrina	113	SD0904d	Cardiopatie valvolari	146
SD0210n	Sedi multiple	114	SD0905a	Pacemaker/defibrillatori	147
SD0211a	Lesioni contigue	115	SD0906a	Esami di controllo successivi a trapianto cardiaco	147
			SD0907a	Edema polmonare acuto	147
			SD0908k	Arresto cardiaco	148

SD0910o	Rilevazione della durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiaca o un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria	149	SD1608c	Sindrome dispnoica neonatale per aspirazione imponente, wet lung o tachipnea transitoria nel neonato	184
SD1000	Malattie del sistema respiratorio	150	SD1609j	Encefalopatia ipossico-ischemica (HIE)	184
SD1001n	Ventilazione meccanica	150	SD1610h	Asfissia durante la nascita	185
SD1002o	Insufficienza respiratoria	153	SD1611o	Insufficienza respiratoria acuta neonatale	186
SD1100	Malattie dell'apparato digerente	154	SD1800	Sintomi e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	187
SD1101j	Diagnosi clinica di appendicite	154	SD1801a	Incontinenza	187
SD1103a	Ulcera gastrica con gastrite	154	SD1802m	Disfagia	187
SD1104i	Emorragia gastrointestinale	154	SD1803a	Convulsioni febbrili	187
SD1105a	Disidratazione nella gastroenterite	155	SD1804o	Diagnosi e terapia del dolore	188
SD1200	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	156	SD1805e	Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore	194
SD1201g	Chirurgia plastica	156	SD1806e	Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore	194
SD1202j	Vesciche	156	SD1807l	Shock	194
SD1400	Malattie dell'apparato genitourinario	157	SD1900	Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	195
SD1401o	Dialisi	157	SD1901a	Traumatismi superficiali	195
SD1402m	Verruche anogenitali/herpes anogenitale	157	SD1902n	Frattura e lussazione	195
SD1404o	Insufficienza renale	158	SD1903c	Ferite/traumatismi aperti	196
SD1405l	Ricovero per la posa di un catetere peritoneale per la dialisi	158	SD1905c	Traumatismo del midollo spinale (con paraplegia e tetraplegia traumatiche)	198
SD1406d	Ricovero per la rimozione di un catetere peritoneale per la dialisi	158	SD1906n	Traumatismi multipli	199
SD1407l	Ricovero per la posa di una fistola arteriovenosa o di uno shunt arteriovenoso per la dialisi	158	SD1907j	Ustioni e corrosioni	200
SD1408a	Ricovero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di shunt arteriovenoso	159	SD1908n	Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologicamente attive	201
SD1500	Ostetricia	160	SD1909o	Effetti indesiderati di farmaci (assunti secondo prescrizione)	202
SD1501n	Definizioni	160	SD1910b	Effetti indesiderati o avvelenamento da assunzione combinata di due o più sostanze (in caso di assunzione non prescritta)	204
SD1502n	Conclusione precoce della gravidanza	161	SD2000	Cause esterne di morbosità e mortalità	205
SD1503n	Malattie durante la gravidanza	162	SD2100	Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	206
SD1504e	Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino	164	SD2200o	Codici per scopi particolari	207
SD1505o	Regole speciali per il parto	165			
SD1506o	Malattie del puerperio	179			
SD1600	Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	181			
SD1601n	Record medico	181			
SD1602a	Definizioni	181			
SD1603i	Neonati	181			
SD1604g	Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	182			
SD1605a	Nati morti	183			
SD1606j	Interventi particolari per il neonato (malato)	183			
SD1607c	Sindrome dispnoica neonatale per malattia delle membrane ialine/deficit di surfattante	184			

Regole di codifica speciali per le procedure e i trattamenti
SP0100- SP0400 **209**

SP0200	Riabilitazione precoce, riabilitazione paraplegiologica, riabilitazione acuta	210
SP0201n	Riabilitazione precoce	210
SP0202o	Riabilitazione paraplegiologica	212
SP0203o	Riabilitazione acuta	216

SP0300	Linee guida di codifica CHOP Capitolo 9 «Chirurgia dell'apparato digerente»	217
SP0301k	Funduplicatio per ernia iatale: Indicazione aggiuntiva del codice CHOP 44.92 Manipolazione intraoperatoria dello stomaco	217

SP0400	Linee guida di codifica per CHOP Capitolo 11 «Interventi sugli organi genitali maschili»	218
SP0401m	Riassegnazione del sesso	218

Direttive di codifica per la riabilitazione	219
Informazioni generali	219
Diagnosi - ICD-10-GM	220
Procedure	221
Esempi e spiegazioni	222
Esempi	224

Indice alfabetico **233**

Indice delle versioni pubblicate per anno:

a	2012	h	2019	o	2026
b	2013	i	2020		
c	2014	j	2021		
d	2015	k	2022		
e	2016	l	2023		
f	2017	m	2024		
g	2018	n	2025		

Ringraziamenti

Questo manuale è il risultato dell'intenso e minuzioso lavoro di esperti, nonché della stretta collaborazione tra persone che si occupano di codifica medica 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 tecnico di esperti svizzero per le classificazioni mediche, per aver sostenuto l'ulteriore sviluppo del manuale di codifica medica.

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 2026, ringraziamo gli esperti del gruppo di lavoro del manuale di codifica medica e l'ambito Classificazioni mediche dell'UST.

Introduzione versione 2026

Il presente manuale è destinato a tutte le persone che, nell'ambito della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) e dei sistemi tariffali basati su importi forfettari SwissDRG, TARPSY e ST Reha si occupano della codifica delle diagnosi e dei trattamenti dei casi di cure stazionarie per tutti gli stabilimenti somatici acuti nonché gli ospedali psichiatrici, delle cliniche di riabilitazione e delle varie cliniche specializzate.

I fornitori di prestazioni partecipanti alla rilevazione (gli stabilimenti ospedalieri) sono tenuti per legge ad utilizzare le classificazioni valide indicate dalle direttive dell'UST, il Manuale di codifica, le circolari e le comunicazioni ufficiali.

Le disposizioni divergenti di altri manuali di codifica (p. es. il manuale tedesco DKR - Deutsche Kodierrichtlinien) non hanno alcuna validità in Svizzera.

I dati della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) sono rilevati in modo uniforme in tutta la Svizzera e vengono utilizzati dal 1° gennaio 2012 nel quadro del sistema dei forfait per caso SwissDRG, dal 1° gennaio 2018 nel quadro della struttura tariffaria TARPSY per gli adulti, dal 1° gennaio 2019 nel quadro della struttura TARPSY per i bambini e gli adolescenti e dal 1° gennaio 2020 per la psichiatria forense.

Dal 1° gennaio 2022, i dati sono rilevati in modo uniforme in tutta la Svizzera e utilizzati anche nel quadro della struttura tariffaria per la riabilitazione (ST Reha) per tutti i trattamenti riabilitativi.

In ragione degli scopi di utilizzo indicati, le regole di codifica vengono aggiornate costantemente. Le direttive contenute nella presente pubblicazione si fondano sia sulle esigenze epidemiologiche della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes), sia su quelle dei sistemi tariffari basati su importi forfettari.

Secondo l'articolo 49 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), per la remunerazione di prestazioni stazionarie occorre utilizzare importi forfettari che si rifanno alle prestazioni e si basano su strutture uniformi per tutta la Svizzera. L'elaborazione e lo sviluppo nonché l'adeguamento e la gestione delle strutture tariffarie SwissDRG, TARPSY e ST Reha competono a SwissDRG SA.

Oltre alle regole di codifica, il manuale contiene anche informazioni sulle principali variabili della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) utilizzate nel set di dati, nonché una breve trattazione della storia della classificazione ICD-10.

Sebbene oggi la codifica sia eseguita nella maggior parte dei casi ricorrendo a programmi informatici, è importante esaminare più da vicino anche la struttura della Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) utilizzata in Svizzera.

Le linee guida di codifica sono divise nelle seguenti parti:

- Nozioni generali: capitolo G
- Regole di codifica generali: D per le diagnosi e P per le procedure
- Regole di codifica speciali per le diagnosi: capitolo SD
- Regole di codifica speciali per le procedure e i trattamenti: capitolo SP

Nelle regole di codifica speciali per le diagnosi (SD) e per le procedure e i trattamenti (SP) sono descritti gruppi particolari di casi che possono essere utili per la definizione di casi concreti o che impongono di derogare alle regole di codifica generali in ragione delle logiche dei sistemi tariffari.

Il capitolo delle regole di codifica speciali per le diagnosi segue nella numerazione la suddivisione dell'ICD-10-GM. Il capitolo delle regole di codifica speciali per le procedure ed i trattamenti è stato introdotto per la prima volta nel Manuale di codifica 2022.

Le regole di codifica speciali hanno la priorità su quelle generali. Le regole di fatturazione hanno la priorità sia sulle regole di codifica generali sia su quelle speciali. In caso di contraddizioni tra le istruzioni d'uso dell'ICD-10-GM o della CHOP e le regole di codifica, queste ultime hanno la priorità.

Tutte le regole mostrano una struttura alfanumerica (es. D01, SD0103), seguita da una lettera minuscola che indica la versione. Le linee guida della versione 2012 sono contrassegnate dalla lettera «a», le linee guida modificate della versione 2013 dalla lettera «b», quelle della versione 2014 dalla lettera «c», ecc. Le modifiche a livello di contenuto apportate alle linee guida per il 2026 sono contrassegnate dalla lettera «o» e i paragrafi interessati sono evidenziati in verde. Anche altre modifiche sono evidenziate in verde, mentre le correzioni ortografiche e di layout non sono segnalate.

Gli esempi riportati nel presente manuale di codifica servono come spiegazione alle linee guida. Le codifiche usate sono corrette ma non necessariamente complete 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 Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) e nel quadro del sistema di importi forfettari per caso SwissDRG, strutture tariffarie TARPSY e ST Reha.

Il manuale di codifica medica 2026 è valido a partire dal 1° gennaio 2026 e sostituisce tutte le precedenti versioni del manuale.

La base di questo manuale è costituita dalle classificazioni ICD-10-GM 2024 e CHOP 2026 nonché dagli aggiornamenti pubblicati nelle circolari 2025 n. 1 e n. 2.

Per la codifica dei casi stazionari con data d'uscita a partire dal 1° gennaio 2026 vanno utilizzati i codici ICD-10-GM della versione 2024 e i codici CHOP della versione 2026.

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

La pubblicazione sotto forma di FAQ non esiste più dal 2017; le precedenti FAQ erano pubblicate in formato PDF sul nostro sito web. Informazioni e chiarimenti sono pubblicati durante l'anno attraverso circolari e comunicazioni ufficiali. Le circolari e le comunicazioni ufficiali sono strumenti ufficiali di codifica dell'UST e devono essere presi in considerazione per la codifica dei casi con dimissione dal 1° giorno del mese successivo alla data di pubblicazione (1.1.2026, oppure 1.7.2026, ecc) o in funzione della data di validità pubblicata.

Abbreviazioni del manuale di codifica

G Nozioni generali
D Regole di codifica delle diagnosi
P Regole di codifica generali per le procedure
SD Regole di codifica speciali per le diagnosi
SP Regole di codifica speciali per le procedure e i trattamenti

DP Diagnosi principale
DS Diagnosi secondaria
T Trattamenti
L Lateralità

Domande sulla codifica

L'UST fornisce precisazioni e chiarimenti in caso di richieste inerenti a regole di codifica e classificazioni.

Richieste di valutazione di singoli casi

L'UST formula raccomandazioni su singoli casi specifici, senza che queste costituiscano pregiudizio per altri casi analoghi. Le raccomandazioni fornite non sono giuridicamente vincolanti ed è pertanto esclusa qualsiasi responsabilità dell'UST in merito. Sono trattate unicamente le richieste di codifica a cui è allegata tutta la documentazione clinica anonimizzata necessaria per la valutazione del caso (rapporto di dimissione, protocollo operatorio, codifica ecc.), fatte pervenire all'indirizzo codeInfo@bfs.admin.ch. Per tutte le domande senza documentazione o con documentazione insufficiente non faremo nessuna raccomandazione.

Nozioni generali G00 – G55

G00 Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) e codifica medica

G01n Cenni storici

L'Associazione svizzera degli stabilimenti ospedalieri (VESKA), precorritrice di H+ Gli Ospedali Svizzeri, rilevava dati nel quadro di un progetto di statistica ospedaliera già nel 1969. Le diagnosi e i trattamenti venivano allora registrati con i codici VESKA, che si basavano sull'ICD-9. I dati raccolti, pur non essendo rappresentativi a livello nazionale tenuto conto che solo alcuni Cantoni si erano impegnati per legge a rilevarli, permettevano l'elaborazione di una statistica riguardante l'attività ospedaliera.

Nel biennio 1997/1998 sono state introdotte diverse statistiche nazionali degli stabilimenti di cure stazionarie fondate sulla legge del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale (LStat, RS 431.01) e sulla corrispondente ordinanza del 30 giugno 1993 sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali (RS 431.012.1). Da allora, nel quadro della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri (MS), l'Ufficio federale di statistica (UST) rileva e pubblica dati che forniscono informazioni sui pazienti degli ospedali svizzeri.

Questa rilevazione è completata da una statistica riguardante la gestione amministrativa degli stabilimenti ospedalieri / statistica ospedaliera (KS). Parallelamente però, anche l'organizzazione tariffale SwissDRG SA, gli assicuratori malattia, l'associazione H+, i Cantoni e l'UFSP rilevano dati riguardanti gli stessi contenuti. Il 27 settembre 2019, con il programma «Gestione dei dati a livello nazionale (NaDB)», il Consiglio federale ha adottato una strategia volta a uniformare e semplificare questi processi. L'obiettivo è fare in modo che i dati siano rilevati una sola volta per un utilizzo multiplo. Per quanto riguarda i dati inerenti alle degenze ospedaliere, questo principio ha trovato concreta attuazione nel progetto pilota «Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria» (SpiGes) realizzato nel quadro del programma NaDB.

A partire dal 2025 (dati 2024) i dati della MS, quelli della statistica dei costi per caso (FKS) e parte di quelli della KS vengono rilevati congiuntamente a cura dell'UST e sono messi a disposizione di tutti gli aventi diritto, in funzione dei rispettivi diritti di utilizzo.

Dal 1° gennaio 2024 la connessa rilevazione viene effettuata nell'ambito di Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes).

Le rilevazioni statistiche riguardanti l'ambito stazionario sono completate da una statistica degli stabilimenti medico-sociali contenente dati amministrativi e informazioni sugli ospiti delle case di riposo e di cura, degli istituti per disabili, delle strutture del settore delle dipendenze e degli istituti per persone con disturbi psicosociali.

La codifica delle diagnosi e dei trattamenti ospedalieri è essenziale per 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 (in base all'età, al sesso e ad altri parametri che secondo le conoscenze attuali possono determinare differenze, come l'istruzione, il retroterra migratorio ecc.)?
- Che influsso esercitano le condizioni e lo stile di vita sulla salute?
- Quali sono le prestazioni sanitarie fruite? 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?
- Come si presenta l'attuale fabbisogno di prestazioni sanitarie e come evolverà presumibilmente la domanda?
- Quali sono le conseguenze e gli effetti dei provvedimenti presi a livello politico?

G02m Organizzazione

La sezione Sistema sanitario GESV dell'Ufficio federale di statistica è responsabile della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes). A livello cantonale, la raccolta dei dati degli ospedali è coordinata dagli uffici di statistica dei Cantoni e dai reparti di statistica delle direzioni cantonali della sanità. Questi servizi informano i fornitori di prestazioni sulle scadenze per la trasmissione dei dati e vigilano sulla loro osservanza. Oltre che del rispetto dei termini di consegna, sono responsabili del controllo di qualità, della plausibilizzazione e della validazione dei dati sulla piattaforma SpiGes.

Gli ospedali raccolgono i dati dei pazienti presso un servizio centralizzato e generano il set di dati contenente le informazioni codificate su diagnosi e trattamenti. Sono soggetti per legge all'obbligo di fornire tali dati. L'UST informa i servizi di rilevazione cantonali in merito ai dati da consegnare, al loro formato e alle modalità di trasmissione. I Cantoni sono tenuti a inoltrare queste indicazioni agli stabilimenti ospedalieri. Le direttive sono pubblicate anche sul sito Internet dell'UST.

G03m Basi giuridiche

La Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) si fonda sulla LStat e sull'ordinanza sulle rilevazioni statistiche, che disciplinano l'esecuzione di rilevazioni statistiche federali, nonché sulla legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10).

La LStat stabilisce che l'allestimento di statistiche in materia di sanità è un compito da assolvere su scala nazionale (art. 3 cpv. 2 lett. b), che richiede la collaborazione di Cantoni, Comuni e altri partner. Secondo l'articolo 6 capoverso 4, il Consiglio federale può dichiarare obbligatoria la partecipazione a una rilevazione statistica.

L'allegato all'ordinanza sulle rilevazioni statistiche riporta gli organi responsabili e descrive ogni singola rilevazione realizzata su scala nazionale. L'organo responsabile della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) è l'UST. L'ordinanza precisa anche le modalità di esecuzione, incluso il carattere vincolante di questa rilevazione. Sancisce inoltre l'obbligo di utilizzare la classificazione ICD per la codifica delle diagnosi e la Classificazione svizzera degli interventi chirurgici (CHOP) per la codifica dei trattamenti.

Oltre che dalla LStat, la rilevazione è disciplinata anche dalla LAMal. Secondo quest'ultima, i fornitori di prestazioni sono tenuti a comunicare alle competenti autorità federali i dati di cui necessitano «per vigilare sull'applicazione delle disposizioni della presente legge relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni» (art. 59a cpv. 1). I dati vengono rilevati dall'UST per conto dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e i fornitori di prestazioni sono tenuti a fornire gratuitamente le informazioni richieste (art. 59a cpv. 2 e 3). La LAMal dispone altresì che l'UST metta le informazioni a disposizione dell'UFSP, del Sorvegliante dei prezzi, dell'Ufficio federale di giustizia, dei Cantoni e degli assicuratori, nonché di alcuni altri organi in funzione del fornitore di prestazioni (art. 59a cpv. 3). I dati sono pubblicati dall'UFSP per categoria o per fornitore di prestazioni (per stabilimento ospedaliero). I risultati riguardanti i pazienti sono pubblicati esclusivamente in forma anonima, in modo che non sia possibile risalire a singole persone.

G04m Obiettivi della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes)

- Va resa possibile la sorveglianza epidemiologica della popolazione (popolazione ospedaliera). I dati forniscono informazioni rilevanti sulla frequenza di malattie che originano degenze ospedaliere, consentendo così di pianificare e, se del caso, attuare misure preventive o terapeutiche.
- I dati raccolti devono consentire l'ulteriore sviluppo del sistema degli importi forfettari per caso a ritmo annuale.
- Grazie ai dati Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes), è possibile effettuare raffronti di economicità tra ospedali con metodi attuali. Questi raffronti possono essere utilizzati per la negoziazione, la definizione e la valutazione delle tariffe.
- 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 connesse a specifiche diagnosi o trattamenti.
- I dati permettono anche di disporre di una visione d'insieme 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 intercantionale. Vengono infine forniti dati per studi su particolari problematiche e per il pubblico interessato.

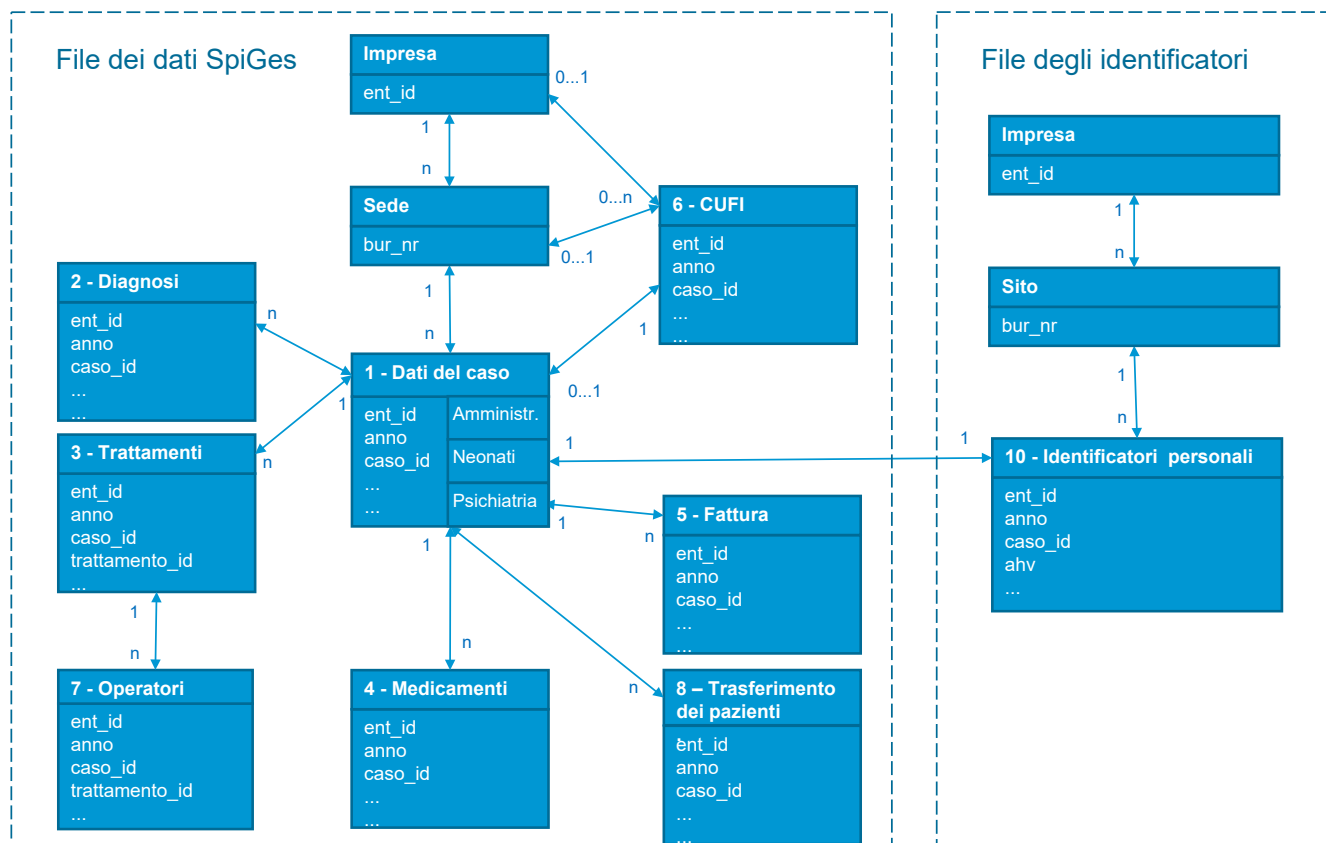
G05m Anonimizzazione dei dati

Ai sensi dell'articolo 153c LAVS, l'UST può utilizzare il numero AVS come identificatore personale nel rispetto di tutte le condizioni inerenti alla protezione dei dati personali. Sono adottate misure tecniche e organizzative di ampia portata al fine di garantire la protezione e l'anonimità dei dati personali. Per esempio, gli identificatori personali (numeri AVS) sono trasmessi con un file a parte e vengono immediatamente anonimizzati sulla piattaforma.

G06m Set di dati medici, definizioni e variabili

Da quando è stata introdotta SpiGes, nel Manuale di codifica medica le variabili sono menzionate con le denominazioni utilizzate nella rilevazione.

La Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) include vari set di dati (tabelle) di granularità differente. La tabella principale è denominata «Dati del caso» e contiene informazioni inserite un'unica volta per ciascun caso. Le altre tabelle sono: «Diagnosi», «Trattamenti», «Medicamenti», «Fattura», «UFI», «Operatore» e «Trasferimento paziente». La tabella «Identificatori personali» presenta lo stesso grado di dettaglio dei dati del caso, ma per ragioni di protezione dei dati va fornita tramite un file a parte. La seguente figura illustra i collegamenti tra le tabelle:



Non tutte le variabili devono essere compilate per ogni caso (riga). Nella descrizione delle interfacce è precisato per ciascuna variabile in quali casi deve essere compilata. Per esempio, le informazioni riguardanti i neonati o i pazienti psichiatrici vanno indicate solo in determinati casi.

I servizi di rilevazione cantonali possono poi esigere ulteriori informazioni, per esempio in forma di set di dati cantonale. Le direttive cantonali non sono descritte dall'UST e non figurano nel presente manuale.

Per una descrizione delle variabili e delle interfacce si rimanda al sito Internet dell'Ufficio federale di statistica: disponibile solo in francese e tedesco: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/projet-spigess.html>

G10n Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) e sistemi di classificazione dei pazienti SwissDRG, TARPSY e ST REHA

A partire dal 2012, a livello federale, la retribuzione delle prestazioni ospedaliere ha preso progressivamente la forma di un sistema di importi forfettari per caso o di un sistema di forfait giornalieri: inizialmente per le prestazioni di somatica acuta (SwissDRG, 2012), poi per le prestazioni in ambito psichiatrico (TARPSY, 2018) e infine per le prestazioni di riabilitazione (ST Reha, 2022). Il sistema di importi forfettari per caso prevede che ogni degenza ospedaliera venga attribuita a un gruppo di casi (DRG) secondo determinati criteri - come la diagnosi principale, le diagnosi secondarie, i trattamenti, l'età e il sesso ecc. - e che sia retribuita a forfait.

In ST Reha e TARPSY viene altresì presa in considerazione la durata della degenza stazionaria. La documentazione medico-infermieristica e la codifica assumono pertanto una rilevanza diretta per la retribuzione delle prestazioni ospedaliere. Inoltre, costituiscono la base per lo sviluppo annuale delle tre strutture tariffali.

Di conseguenza, la codifica va effettuata in conformità agli strumenti in vigore (Manuale di codifica, classificazioni CHOP e ICD-10-GM, circolari e comunicazioni ufficiali).

In SwissDRG, TARPSY e ST Reha il caso deve essere codificato interamente. Non è ammesso tralasciare o aggiungere diagnosi o procedure per influenzare la classificazione nell'intento di puntare a particolari forfait che consentano di ottenere ricavi superiori e/o l'inserimento in uno speciale gruppo di prestazioni di pianificazione ospedaliera (GPPD). A tal proposito si veda anche il punto 1.4 delle «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG, TARPSY e ST Reha» di SwissDRG SA.

Nell'ambito della gestione e dell'ulteriore sviluppo delle strutture tariffali vengono adeguate e precisate le classificazioni e le regole di codifica.

Il sistema di classificazione DRG e le definizioni precise dei singoli DRG sono illustrati nel manuale delle definizioni attualmente in vigore. Il documento «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG, TARPSY e ST Reha» descrive il campo di applicazione e le norme di fatturazione secondo SwissDRG (regole di fatturazione). Lo stesso dicesi per i sistemi tariffari ST Reha e TARPSY.

G20 Le classificazioni (ICD-10-GM e CHOP)

G21n 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 è un metodo di generalizzazione e quindi, come osservava William Farr già nel XIX secolo, il numero di rubriche deve essere limitato pur contemplando tutte le patologie conosciute.

Questo modo di procedere comporta necessariamente una perdita d'informazioni. Ne consegue che in medicina la realtà non può venir rappresentata in maniera assolutamente fedele grazie ad 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 per la codifica delle diagnosi dal 1° gennaio 2025 è la ICD-10-GM 2024 (German Modification).

Storia

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

Nel 1975, in occasione della nona revisione della classificazione, sono stati introdotti nell'ICD-9 una quinta cifra e il sistema a daga-asterisco. Nel 1993 è stata convalidata la decima revisione della classificazione che prevede codici con struttura alfanumerica. Attualmente esistono diverse modifiche nazionali dell'ICD-10, create principalmente a fini di fatturazione. In Svizzera, per la morbidità, si utilizza dal 1° gennaio 2009, 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 si compone di due volumi: l'indice **sistematico** e l'indice **alfabetico**.

Indice sistematico

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

Tabella dei capitoli con le corrispondenti categorie

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

Ogni capitolo è suddiviso in **blocchi** formati da categorie a **tre caratteri** (una lettera e due cifre). Un blocco consiste quindi in gruppo di categorie. Queste ultime infine corrispondono a determinate affezioni o gruppi di malattie che presentano incatteristiche comuni.

Le categorie sono a loro volta suddivise in **sottocategorie a quattro caratteri** con cui 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 ad un quinto carattere per una codifica più specifica.

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

Esempio dalla ICD-10-GM, capitolo XI:

Blocco/gruppo	Malattie dell'appendice (K35–K38)	
Categoria a 3 caratteri	K35.–	Appendicite acuta
Sottocategoria a 4 caratteri	K35.2	Appendicite acuta con peritonite localizzata Appendicite(acuta)con peritonite generalizzata(diffusa)a seguito rottura o perforazione
	K35.3–	Appendicite acuta con peritonite localizzata
Codici a 5 caratteri	K35.30	Appendicite acuta con peritonite localizzata senza perforazione o rottura
	K35.31	Appendicite acuta con peritonite localizzata con perforazione o rottura
	K35.32	Appendicite acuta con ascesso peritoneale
	K35.8	Appendicite acuta, altra e non specificata Appendicite acuta senza menzione di peritonite generalizzata e localizzata
Categoria a 3 caratteri	K36	Altre forme di appendicite
		Incl.: Appendicite: • cronica • ricorrente
	K37	Appendicite non specificata
	K38.–	Altre malattie dell'appendice
Sottocategoria a 4 caratteri	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 Invaginazione dell'appendice
	K38.9	Malattia dell'appendice non specificata

Indice alfabetico

L'indice alfabetico della ICD-10-GM è di ausilio nella codifica sulla base dell'indice sistematico. Ai fini della codifica fa tuttavia fede l'indice sistematico (**vedi G30**). L'indice alfabetico contiene parole chiave per le malattie, le sindromi, i traumi ed i sintomi. Sul margine sinistro della colonna si trova il termine principale che denomina una malattia o una condizione morbosa, seguito dai modificatori o qualificatori riportati con rientro a destra:

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

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

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

Racchiudono termini integrativi che precisano il termine principale:

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

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

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

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

Malattie dell'appendice (K35–K38)
--

Racchiudono il codice daga in una categoria asterisco e viceversa:

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

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

Parentesi quadre []:

Le parentesi quadre sono usate nel Indice Sistematico per gli scopi seguenti:

- Includere sinonimi o frasi esplicative, per esempio:

A30.– Lebbra [malattia di Hansen]

- Rimandare a note precedenti, per esempio:

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

Due punti:

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

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

Barra (verticale):

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

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

Punto e trattino . – :

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

J43.– Enfisema

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

Escl. (Escluso):

Indica i termini che non fanno parte del codice scelto:

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

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

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

Incl. (Incluso):

Indica i termini che sono contenuti nel codice scelto:

J15.– Polmonite batterica non classificata altrove

Incl.: Broncopolmonite da batteri diversi dallo *S. pneumoniae* e *H.influenzae*

S.A.I.:

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

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

Disturbo uterino S.A.I.

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

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

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

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

Altro:

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

E16.1 Altra ipoglicemia

Non specificato:

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

I67.9 Malattia cerebrovascolare non specificata

Vedi, vedi anche:

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

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

PAP – s. Papanicolaou

Abortus (s.a. Abort) O06.9

E:

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

I74.– Embolia e trombosi arteriose

Questa categoria comprende embolie, trombosi e tromboembolie.

G22o Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP)*Nozioni generali*

La Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) serve per la rilevazione dei trattamenti nell'ambito della rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes). Informazioni dettagliate sulla codifica medica sono contenute nel Manuale di codifica medica (le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera). Ogni anno viene pubblicata una versione aggiornata della CHOP.

La CHOP si basa in origine sulla classificazione statunitense ICD-9-CM, allestita dai CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) di Baltimora. Dal 2008 l'evoluzione della CHOP è indipendente dall'ICD-9-CM. Sono state e sono tuttora prese in considerazione svariate esigenze di adeguamento, in particolare in relazione ai sistemi tariffali SwissDRG, TARPSY e ST Reha nonché a nuovi sviluppi in ambito medico e a lavori di revisione di tipo classificatorio. Lo sviluppo della CHOP si fonda sulla procedura annuale di richiesta.

Si prega di osservare l'introduzione dell'elenco sistematico della CHOP, in particolare le sezioni «Osservazioni tecniche», che contengono tra l'altro informazioni sulla struttura della classificazione e sulle classi residue, e «Abbreviazioni e convenzioni».

G30a Come eseguire una codifica corretta

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

- Fase 1:** cercare il termine guida nell'indice alfabetico.
- Fase 2:** verificare il codice trovato nella lista sistematica
- ICD-10-GM:** si devono considerare con attenzione i termini esclusi, i termini inclusi e le note a tutti i livelli, così come anche le regole di codifica.
- CHOP:** si devono osservare rigorosamente le istruzioni «codificare anche», «omettere il codice», i termini inclusi, quelli esclusi e le regole di codifica.
- Principio:** la codifica deve sempre 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.

G40o Documentazione delle diagnosi e delle procedure

La formulazione delle diagnosi e la documentazione di tutte le diagnosi e/o procedure durante l'intera degenza ospedaliera sono sotto la responsabilità del medico curante. Gli esami/interventi eseguiti vanno inseriti nella documentazione anche se i corrispondenti risultati pervengono solo dopo la dimissione del paziente. Queste informazioni formano la base per la codifica del caso conforme alle regole da parte dei codificatori.

L'importanza di una documentazione coerente e completa nella cartella clinica del paziente non può mai essere sottolineata a sufficienza. L'UST ribadisce tuttavia che non può sostituirsi ai medici nella formulazione delle diagnosi. Spetta a questi definire gli interventi eseguiti e informare in merito le persone addette alla codifica, dove le informazioni relative alle diagnosi e alle procedure eseguite devono essere fornite in modo completo e per iscritto nei rispettivi rapporti. Qualora manchi una documentazione di questo tipo, risulta difficile, se non addirittura impossibile, applicare le linee guida di codifica.

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

Il codificatore non formula nessuna diagnosi né interpreta alcun elenco di medicinali, risultato di laboratorio o documentazione di cura senza consultazione, documentata, del medico curante.

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

Per attribuire un codice ICD preciso e definitivo alle diagnosi formulate dal medico, i responsabili della codifica sono però autorizzati a ricavare la relativa precisazione dalla documentazione medica.

Esempi:

- In caso di diagnosi medica documentata di un'insufficienza renale cronica (N18.-) nella documentazione medica è descritta una velocità di filtrazione glomerulare (GFR) di 30, che il codificatore traduce con *N18.3 Malattia renale cronica allo stadio 3*.
- Il personale addetto alla codifica è autorizzato a precisare le diagnosi mediche di diabete mellito con il termine «scompensato» qualora risultino soddisfatti i corrispondenti criteri (vedi allegato alla voce «Diabete mellito scompensato»).
- La diagnosi medica di insufficienza ventricolare sinistra, in presenza dell'indicazione documentata «con disturbi a riposo», va codificata con *I50.14 Insufficienza ventricolare sinistra NYHA IV*, anche se lo stadio 4 NYHA non è espressamente menzionato nella diagnosi.
- Se è diagnosticata un'«agranulocitosi», la fase critica è codificata con la durata esatta purché, nella cartella clinica del paziente figurino le relative indicazioni.

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

G50 Definizioni

G51o Caso di trattamento

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

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

Per la codifica va considerato che:

- Il **caso** inizia con l'entrata e termina con la dimissione del paziente, il trasferimento verso un'altra struttura o il decesso accertato e documentato dai medici curanti.
- **Pazienti in attesa:** Se il soggiorno prosegue nonostante il paziente non necessiti più, secondo le indicazioni mediche, di cure ospedaliere o di riabilitazione medica in ospedale, viene aperto un nuovo caso amministrativo. In questo nuovo caso come diagnosi principale si indica il codice *Z75.8 Altri problemi connessi a servizi sanitari e altre forme di assistenza sanitaria*. Il caso non viene fatturato tramite DRG (variabile Tariffa per la fatturazione «tarif» = 7).
- Nei **raggruppamenti di casi** contemplati dalle «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG, TARPSY e ST Reha» va trasmesso solo il caso raggruppato (una sola codifica le riammissioni devono essere caratterizzate tramite la variabile «grund_wiedereintritt» (Motivo della riammissione).

G52h Diagnosi principale

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

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

L'analisi della cartella clinica del paziente **all'uscita** consente di scegliere tra le affezioni curate quella che deve essere considerata come diagnosi principale (quella che rappresenta il motivo per il ricovero in ospedale o quella che è stata diagnosticata durante la degenza ospedaliera). La prima diagnosi riportata sul rapporto d'uscita non coincide sempre con la diagnosi principale da codificare. Questo significa che solo al termine della degenza ospedaliera la malattia o il disturbo il cui trattamento stazionario ha richiesto il maggior dispendio di risorse mediche può venir stabilito. La diagnosi all'ammissione (motivo del ricovero) non coincide necessariamente con la diagnosi principale.

Scelta della diagnosi principale in presenza di due o più diagnosi che corrispondono alla definizione DP

In presenza di due o più stati che soddisfano la summenzionata definizione di diagnosi principale, come diagnosi principale va scelta quella che ha richiesto il maggior dispendio di risorse mediche. Il maggior dispendio di risorse è definito dalle prestazioni mediche (medici, cure, interventi chirurgici, dispositivi medici, ecc.) e non dal cost-weight (CW) degli SwissDRG, che dipende anche da altri fattori. Se il codificatore ha dubbi nella scelta della diagnosi principale, la decisione viene presa dal medico che ha curato il paziente durante la degenza, la scelta della diagnosi principale deve essere motivata e documentata sulla base delle prestazioni mediche e dei prodotti medici somministrati.

Esempio 1

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

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

Esempio 2

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

In questo caso, in ragione dell'intervento cardiaco con impianto, il difetto settale interatriale viene codificato come diagnosi principale.

Esempio 3

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

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

Esempio 4

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

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

Esempio 5 - Psichiatria

Un paziente si presenta al pronto soccorso dopo essere stato giù di morale per diverse settimane. Durante la raccolta dell'anamnesi riferisce inoltre di un calo dell'energia e dell'attività, di problemi di concentrazione, di una stanchezza diffusa, di problemi legati al sonno e di una chiara perdita di appetito. I pensieri sulla nullità della propria persona sono frequenti. Il paziente non riesce a distanziarsi dall'idea del suicidio. In occasione di un episodio depressivo maggiore il paziente viene ricoverato. Nel corso del trattamento il paziente riferisce di un abuso di alcol. Inoltre viene diagnosticato un diabete mellito, che mediante un trattamento orale può essere messo sotto controllo senza problemi nel giro di pochi giorni. Durante la degenza stazionaria, prima della dimissione vengono formulate le seguenti diagnosi:

Episodio depressivo maggiore

Abuso nocivo di alcol

Diabete mellito

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

Le diagnosi che secondo il Grouper non possono essere codificate come diagnosi principali sono elencate nel Manuale delle definizioni SwissDRG, volume 5, allegato D, tabella D.5 «Diagnosi principale non ammissibile», nonché nel Manuale delle definizioni TARPSY e nel Manuale delle definizioni ST Reha, paragrafo «Diagnosi principale non ammissibile».

G53m Complemento alla diagnosi principale

Il campo «Complemento alla diagnosi principale» non è più utilizzato in SpiGes.

Per l'uso di codici ad asterisco (*), vedi D03.

Per la codifica di cause esterne (V-Y), vedi SD2000.

G54n Diagnosi secondarie

La diagnosi secondaria è definita come:

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

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

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

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

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

In sintesi:

Impiego di risorse mediche > 0 è codificato

L'ospedale/il medico curante deve poter attestare, sulla base della documentazione, che l'impiego di risorse mediche è stato > 0.

Vedi anche le precisazioni alla regola G40.

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

Esempio 1

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

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

Esempio 2

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

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

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

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

DP Leucemia mieloide cronica (LMC)

DS Cardiopatia coronarica

DS Episodio depressivo

DS Lombalgia

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

Esempio 3

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

DP Polmonite

DS Diabete mellito

Esempio 4

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

DP Ulcera varicosa della gamba

L destra

DS Amputazione della gamba nell'anamnesi

L sinistra

Esempio 5 - Psichiatria

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

DS Dipendenza da alcol

DS Dipendenza da medicinali

Esempio 6 - Psichiatria

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

DP Depressione

DS Ipertensione

Impiego del codice ICD D62 Anemia acuta post-emorragica

La sola conferma di un valore di emoglobina patologico non giustifica la codifica di un'anemia. Nemmeno i soli controlli del valore di emoglobina anomalo, il cross-match di prodotti ematici, la somministrazione di preparati a base di ferro (per via orale e endovenosa) o l'impiego di Cell Saver sono sufficienti. La codifica di un'anemia può essere effettuata in presenza di almeno uno degli accertamenti diagnostici o di una delle conseguenze terapeutiche seguenti:

- ricerca di emorragia (p. es. gastroscopia)
- analisi speciali come la determinazione mirata dei fattori di coagulazione o l'analisi della funzione trombocitica tramite aggregazione piastrinica e/o immunofenotipizzazione
- somministrazione di eritropoietina
- trasfusione di prodotti ematici
- controllo di emorragia

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.

G55m Trattamento

Secondo la definizione dell'UST, va codificata al primo posto la procedura che è risultata essere maggiormente determinante per il processo di guarigione o la formulazione della diagnosi.

In linea di principio a ogni procedura dovrebbe corrispondere una diagnosi, ma a ogni diagnosi non corrisponde necessariamente un codice di trattamento.

La sequenza degli ulteriori trattamenti è soppressa. **Eccezione, vedere la regola di codifica P04.**

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

D00m Risultati anormali

Un risultato anormale è una condizione individuata in modo fortuito (in occasione di esami di laboratorio, radiologici, patologici e altri esami diagnostici). Non va codificata, a meno che abbia rilevanza clinica in termini di conseguenze terapeutiche o di approfondimento della diagnostica

Attenzione: il solo controllo o follow-up di un valore anormale, senza modifica della gestione del paziente, non giustifica una codifica.

Esempio 1

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

DP Polmonite

La sola verifica dell'aumento di gamma-GT non basta a configurare un approfondimento della diagnostica e quindi tale aumento non va codificato. Tuttavia, è importante per la documentazione medica e la comunicazione tra i medici.

Esempio 2

Un paziente viene ricoverato a causa di una polmonite. Nell'esame di laboratorio si constata un lieve aumento di gamma-GT. Di conseguenza viene adeguata il dosaggio di antibiotico. Un secondo esame evidenzia valori nella norma.

DP J18.9 Polmonite non specificata

L

DS R74.8 Tassi anormali di altri enzimi sierici

L'adeguamento del dosaggio di antibiotico in ragione dell'aumento di gamma-GT configura una conseguenza terapeutica. L'aumento in questione va quindi codificato.

I codici per i risultati anormali sono riportati sia nel capitolo XVIII «Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove» dell'ICD-10-GM sia nei capitoli dedicati agli organi. Le precisazioni figuranti all'inizio del capitolo XVIII aiutano a stabilire quando vanno indicati codici delle categorie R00 – R99.

Esempio 3

In occasione di analisi ematochimiche di laboratorio, in un paziente affetto da nevralgia trigeminale viene riscontrato un numero di piastrine patologicamente basso. Nei giorni successivi viene effettuato più volte un controllo di follow-up, che mostra una normalizzazione dei valori delle piastrine senza procedure terapeutiche.

DP G50.0 Nevralgia trigeminale

Non avendo portato né a conseguenze terapeutiche né ad approfondimenti diagnostici, la trombocitopenia va considerata un risultato anormale delle analisi ematochimiche di laboratorio e, ai sensi della regola di codifica D00, non va quindi codificata.

Esempio 4

In occasione di analisi ematochimiche di laboratorio, in un paziente affetto da nevralgia trigeminale e cardiopatia coronarica (sotto trattamento con ASA) viene riscontrato un numero di piastrine patologicamente basso. A causa della trombocitopenia, la terapia con ASA viene sospesa.

DP	G50.0	Nevralgia trigeminale
DS	I25.19	Cardiopatia aterosclerotica, non specificata
DS	D69.61	Trombocitopenia, non specificata, non specificata come refrattaria alla trasfusione

Esempio 5

A una paziente con insufficienza ventricolare sinistra di stadio NYHA 3 viene eseguita un'ecocardiografia transtoracica. La causa dell'insufficienza ventricolare sinistra è individuata in una stenosi aortica grave e risultano inoltre un'insufficienza tricuspidale minima e un'insufficienza mitralica lieve. Per l'insufficienza tricuspidale e quella mitralica non vengono avviate ulteriori procedure diagnostiche e il regime terapeutico della paziente resta invariato

DP	I50.13	Insufficienza ventricolare sinistra, con disturbi su sforzo lieve
DS	I35.0	Stenosi della valvola aortica

L'insufficienza tricuspidale minima e quella mitralica lieve sono risultati anormali dell'esame ecocardiografico. Non avendo comportato né conseguenze terapeutiche né un approfondimento della diagnostica, non vanno codificati.

D01g Sintomi

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

Sintomi come diagnosi principale

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

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

Esempio 1

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

DP	R18	Ascite
DS	K74.6	Altra e non specificata forma di cirrosi epatica
DS	I10.90	Ipertensione essenziale, non specificata, senza menzione di crisi ipertensiva

T	54.91	Drenaggio percutaneo addominale (puntura)
---	-------	---

Sintomi come diagnosi secondarie

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

Esempio 2 - Psichiatria

Un paziente viene ospedalizzato a causa di dolori al torace e palpitazioni. Viene diagnosticato un attacco di panico, che viene in seguito trattato.

DP	Attacco di panico
DS	Nessuna (i sintomi dei dolori al torace e della tachicardia sono compresi nella diagnosi di attacco di panico)

D02m Diagnosi monolaterali e bilaterali Diagnosi di localizzazioni multiple

Nel caso di una malattia che può manifestarsi sia unilateralmente sia bilateralmente, set di dati medico va indicata la lateralità:

Variabile «diagnose_seitigkeit» (Lateralità della diagnosi) per la diagnosi principale e per la diagnosi secondaria

Vengono registrate le seguenti cifre:

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

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

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

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

Esempio: 1ª degenza: calcolosi dell'uretere sinistro

2ª degenza: calcolosi dell'uretere destro

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

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

Esempio 1

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

I61.1 Emorragia intracerebrale emisferica corticale

I61.5 Emorragia intracerebrale intraventricolare

Esempio 2

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

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

L

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

L

Esempio 3

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

D25.1 Leiomioma intramurale dell'utero

D25.2 Leiomioma sottosieroso dell'utero

D03m 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 nel campo diagnosi immediatamente successivo, purché questa manifestazione soddisfi la definizione di diagnosi secondaria (v. regola G 54), 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 G 54) per venir codificato.
- Alcuni codici non sono fin da principio codici daga (†), ma lo diventano tramite l'associazione con un codice asterisco (*), come nell'esempio 2.
- A un codice daga (†) possono essere associati diversi codici asterisco (*), come nell'esempio 4.

Questa sequenza di codifica dell'eziologia/manifestazione vale solo per il sistema dei codici daga (†)-asterisco (*). Di conseguenza, la regola G 52 per la diagnosi principale non sottostà a nessuna limitazione in termini di sequenza dei codici delle eziologie e delle manifestazioni al di fuori del sistema daga (†)-asterisco (*).

In questa sede sottolineiamo la necessità di tenere conto della variabile «diagnose_zusatz» (Diagnosi complementare) dell'elenco delle variabili SpiGes.

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

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

Esempio 2

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

DP N18.-† Malattia renale cronica

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

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

Esempio 3 - Psichiatria

Paziente sessantunenne con una demenza correlata alla malattia di Alzheimer.

DP G30.0† malattia di Alzheimer precoce

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

Esempio 4

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

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

DS 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 asterisco* delle manifestazioni e vale, come in questo esempio, per tutti i codici asterisco (manifestazioni) seguenti, fino al prossimo codice daga o codice senza contrassegno. Quindi, con E10.73† si codifica l'eziologia delle manifestazioni I79.2*, H36.0* e N08.3*.

Esempio 5

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

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

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

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

Esempio 6

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

DP Iperptrofia mammaria

L

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

T Mammoplastica riduttiva

L

Esempio 7

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

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

DP Iperplasia delle tonsille

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

T Tonsillectomia

D04c Codici con punto esclamativo («!»)

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

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

Esempio 1

Infezione delle vie urinarie da Escherichia coli.

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

DS B96.2! Escherichia coli [E. coli] e altri enterobatteri come causa di malattie classificate altrove

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

Esempio 2

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

DP S91.3 Ferita aperta di altre parti del piede

L 2

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

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

Esempio 3

Artriti da streptococciche viridans.

DP M00.2– Altre artriti e poliartriti streptococciche

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

Esempio 4

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

DP S37.03 Rottura completa del parenchima renale

L 2

DS 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 SD2000.

D05o Stato dopo / presenza di / assenza 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 «Stato dopo», si possono cercare nell'indice alfabetico della ICD-10-GM i seguenti termini guida:

- Assenza di, perdita (di), amputazione, es. *Z89.6 Perdita di una gamba, sopra il ginocchio, unilaterale*
- Tumore, nell'anamnesi personale, es. *Z85.0 Tumore maligno dell'apparato digerente nell'anamnesi personale*
- Trapianto (esiti di trapianto), es. *Z94.4 Stato dopo trapianto epatico*¹
- Presenza (di), es. *Z95.1 Portatore di bypass aortocoronarico*

Esempio 1

Un paziente è ricoverato per una polmonite da *Klebsiella* e il trattamento è complicato da un precedente trapianto di fegato.

DP J15.0 Polmonite da *Klebsiella pneumoniae*

L

DS U69.04! Polmonite classificata altrove, presente all'ammissione o che si manifesta entro 48 ore dall'ammissione

DS Z94.4 Stato dopo trapianto epatico

Esempio 2 - Psichiatria

Un paziente viene ospedalizzato a causa di una schizofrenia paranoide e il trattamento è complicato da un precedente trapianto di fegato.

DP F20.0 Schizofrenia paranoide

DS Z94.4 Stato dopo trapianto epatico

Per queste diagnosi «esiti di» non viene utilizzato un codice di malattia acuta. In caso di nuovo ricovero per problemi acuti (ritrasferimento dalla riabilitazione o riammissione), a prescindere dal periodo intercorso tra le due degenze, la malattia acuta del primo ricovero non viene più codificata come tale, ma con un codice «Esiti di».

Per le diagnosi «esiti di» non va utilizzato un codice di malattia acuta. In caso di nuovo ricovero per problemi acuti (ritrasferimento dalla riabilitazione o riammissione), a prescindere dal periodo intercorso tra le due degenze, la malattia va codificata come acuta se nel corso del ricovero si manifesta (o continua a manifestarsi) in una forma acuta/subacuta che comporta l'avvio o il proseguimento di una terapia acuta. Se però l'impiego di risorse mediche non è direttamente connesso alla manifestazione acuta/subacuta della malattia, questa va codificata con la pertinente diagnosi «esiti di».

Esempio 3

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

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

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

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

Non vengono registrati:

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

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

Z94.7 Stato dopo trapianto corneale

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

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

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

Esempio 4

Una paziente viene ricoverata per dispnea acuta. La causa è individuata in un'embolia polmonare acuta senza menzione di cuore polmonare. Viene praticata una trombolisi locale d'urgenza ed è avviata un'eparinizzazione. Dopo alcuni giorni, la somministrazione di eparina è sostituita da un trattamento anticoagulante in dosaggio terapeutico. Dato il decorso favorevole, la paziente viene dimessa. Una settimana più tardi entra nuovamente in ospedale a seguito di frattura della diafisi del femore provocata da caduta e viene sottoposta a intervento il giorno stesso del ricovero. La paziente è ancora sotto anticoagulanti in dosaggio terapeutico a causa dell'embolia polmonare sofferta due settimane prima.

Codifica della seconda degenza:

DP	S72.3	Frattura diafisaria del femore
L		
DS	X59.9!	Altri e non specificati traumatismi
DS	I26.9	Embolia polmonare senza menzione di cuore polmonare acuto
L		
DS	Z92.1	Uso prolungato (in atto) di anticoagulanti nell'anamnesi personale

Per la rilevazione di un'embolia polmonare acuta va presa in considerazione una finestra temporale di quattro settimane (28 giorni), dopo di che, dal punto di vista della tecnica di codifica, non si tratta più di un'embolia polmonare acuta e deve essere utilizzato il codice Z86.7 *Malattie dell'apparato circolatorio nell'anamnesi personale*.

Esempio 5

Un paziente viene ricoverato a causa di un'emorragia gastrointestinale superiore. Otto settimane prima, a seguito di una caduta, si era procurato una frattura periprotetica del femore, osteosintetizzata due giorni più tardi dopo riposizionamento aperto tramite cerchiaggi metallici. In ragione di questo antecedente, durante l'attuale degenza, il paziente deve proseguire la fisioterapia di mobilizzazione

DS	Z87.8	Altre condizioni morbose specificate nell'anamnesi personale
----	-------	--

In questo caso, nel corso del nuovo ricovero sono trattate con sedute fisioterapiche sequele della frattura al femore. Non essendo attuate misure terapeutiche o diagnostiche per la frattura in sé, va utilizzato il codice Z87.8.

Esempio 6

Un paziente viene ricoverato a causa di sindrome influenzale con infezione acuta delle vie respiratorie superiori. La coltura microbiologica permette di accertare la presenza di virus dell'influenza stagionale. Due settimane prima, il paziente era stato operato per un'ernia inguinale e da allora soffre di dolori al basso ventre. Non sono constatate lesioni nervose o altre condizioni di questo tipo e vengono somministrati analgesici.

DP	J10.1	Influenza con altre manifestazioni respiratorie, virus influenzale stagionale identificato
DS	R10.3	Dolore localizzato ad altre parti addominali inferiori
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato

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 cronica a seguito di una precedente tubercolosi renale.

Codici speciali per le sequele:

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

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

Esempio 1

Trattamento di una disfasia successiva a infarto cerebrale.

R47.0 Disfasia ed afasia

I69.3 Sequela di infarto cerebrale

Esempio 2

Trattamento di un cheloide cicatriziale al torace successivo a ustioni.

L91.0 Cheloide

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

Esempio 3

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

N97.1 Infertilità femminile di origine tubercolare

B90.1 Sequela di tubercolosi genitourinaria

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

D07n Interventi di follow-up pianificati

In caso di ammissione per un intervento chirurgico successivo ad una prima operazione, che al momento del primo intervento era già pianificato come intervento di follow-up nel quadro della strategia di trattamento, la diagnosi da codificare è la malattia o il traumaismo 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. Presenza di esiti di sigmoidectomia.

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

DS Z43.3 Controllo di colostomia

Esempio 2

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

DP S72.3 Frattura diafisaria del femore

L 1

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

Esempio 3

Esiti di chiusura di una labiopalatoschisi nel 2017. Attuale ospedalizzazione per chiusura della fessura residua e correzione di una rinolalia aperta su insufficienza velofaringea.

DP Q37.0 Schisi del palato duro con cheiloschisi bilaterale

L 0

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

Esempio 4

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

DP M75.1 Sindrome della cuffia dei rotatori

L 1

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

L 1

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

In questo caso, per la frattura del femore (esempio 2) e dell'ulna e radio (esempio 4), non va indicato il codice del grado del danno ai tessuti molli né quello per le cause esterne, perché sono già stati codificati in occasione della prima degenza (vede anche SD2000).

Esempio 5

Ricovero pianificato in reparto per cure acute dopo riabilitazione (durata 3 mesi) in presenza di stato dopo infarto dell'arteria cerebrale media destra con edema/tumefazione cerebrale. L'infarto cerebrale (embolico) è stato provocato da una fibrillazione atriale non riconosciuta. Nella fase di trattamento acuto si è resa tra l'altro necessaria una craniotomia (con cranio lasciato aperto). Quali deficit/sequela persistono una paresi facciale con disturbi di masticazione e deglutizione, un'emiparesi sensomotoria residua sinistra con difficoltà di deambulazione (il cosiddetto disturbo dell'andamento di Wernicke-Mann) e un'afasia.

In questa degenza, chiusura secondaria della craniotomia con lembo osseo autologo. Tutte le sequela dell'infarto cerebrale sono considerate trattate ai sensi della regola di codifica G54.

DP I63.4 Infarto cerebrale da embolia delle arterie cerebrali

L 1

DS I48.9 Fibrillazione e flutter atriali, non specificati

DS G83.6 Paralisi facciale centrale

L 2

DS R13.9 Altra e non specificata disfagia

DS G81.9 Emiplegia ed emiparesi non specificate

L 2

DS R26.1 Andatura paralitica

DS R47.0 Disfasia ed afasia

DS I69.3 Sequela di infarto cerebrale

T Reinnesto di lembo osseo autologo secondo documentazione medica

Per la codifica nel contesto di colpo apoplettico ecc. si rimanda anche alle regole di codifica SD0601 e SD0602.

Attenzione:

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

Esempio 6

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

DP T81.3 Deiscenza di ferita operatoria non classificata altrove

Esempio 7

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

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

- 2) Una revisione della cicatrice è codificata conformemente alla regola SD1201 «Chirurgia plastica» e alla regola D06 «Sequela» esempio 2

D08a Minaccia o malattia incombente

Se nella cartella clinica è documentata una minaccia o una malattia incombente che però non si manifesta ancora durante la degenza in ospedale, bisogna cercare negli elenchi ICD-10-GM 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-GM, 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-GM 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 I70.24 Aterosclerosi delle arterie degli arti: bacino-gamba, con ulcera

L 1

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

D09I Diagnosi di sospetto

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

Vi sono tre possibilità:

1. Diagnosi di sospetto probabile

Nei casi in cui la diagnosi sospetta non viene confermata al termine dell'ospedalizzazione, ma rimane comunque probabile e, in quanto tale, ha provocato un impiego di risorse mediche > 0 (ai sensi della regola di codifica G54), la si deve codificare come se fosse stata confermata. La scelta della diagnosi principale va effettuata in conformità alla regola di codifica G52.

Esempio 1 - Psichiatria

Un bambino in età prescolastica è stato ricoverato a causa di un sospetto di ADHD. Nel decorso i criteri diagnostici non hanno potuto essere confermati in misura sufficiente. È tuttavia stato avviato un trattamento psicoterapeutico e di psicologia curativa dell'ADHD.

DP F90.0 Disturbo dell'attività e dell'attenzione

2. Nessuna formulazione di diagnosi

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

Esempio 2

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

DP R10.3 Dolore localizzato ad altre parti addominali inferiori

3. Esclusione della diagnosi di sospetto

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

Esempio 3

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

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

DS Nessuna

Esempio 4 - Psichiatria

In una situazione critica in seguito a un incidente d'auto, un paziente viene descritto da una terza persona come in uno stato psicologico «strano» per aver raccontato l'accaduto in modo confuso e incoerente. Data la gravità della situazione non è possibile chiarire ulteriormente le circostanze. Il paziente acconsente a essere tenuto sotto osservazione in modo stazionario e a fornire ulteriori chiarimenti. Nel decorso non emerge alcun indizio collegabile a un disturbo acuto da stress, a un'altra patologia psichica oppure a un disturbo comportamentale.

DP Z03.2 Osservazione per sospetto di disturbi psichici o comportamentali

DS Nessuna

Codifica di una diagnosi di sospetto in caso di trasferimento in un altro ospedale

Se un paziente è trasferito con una diagnosi di sospetto, l'ospedale inviante deve codificare la diagnosi di sospetto «probabile e trattata come tale» (vedi punto 1). L'ospedale inviante può utilizzare per la codifica solo le informazioni disponibili al momento del trasferimento. Informazioni successive ottenute nell'ospedale in cui il paziente è stato trasferito non possono influire a posteriori sulla decisione di codifica.

Se ad esempio un paziente è trasferito con una diagnosi di sospetto di disturbo bipolare e l'ospedale inviante ha codificato il caso come disturbo bipolare, l'ospedale inviante non può modificare in un secondo tempo il relativo codice. Ciò vale anche se l'ospedale in cui il paziente è stato trasferito elabora un rapporto di dimissione da cui emerge che il paziente secondo l'analisi non soffriva di un disturbo bipolare.

D10g Malattie croniche con episodio acuto

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

Esempio 1

Episodio acuto di pancreatite idiopatica cronica senza complicanze organiche.

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

K86.18 Altra pancreatite cronica

Esempio 2 - Psichiatria

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

F10.0 Intossicazione acuta

F10.2 Sindrome da dipendenza dall'alcol

Eccezioni:

Questo criterio non si applica nei seguenti casi:

- nella ICD-10-GM è presente un codice specifico per la combinazione, per esempio:
*J44.1– Pneumopatia ostruttiva **cronica** con esacerbazione **acuta**, non specificata*
- la ICD-10-GM esclude questo tipo di codifica, per esempio:
*C92.0– Leucemia mieloblastica **acuta***
*Escluso: Esacerbazione **acuta** di leucemia mieloide **cronica** (C92.1–)*
- la ICD-10-GM richiede un solo codice. Per esempio, nella codifica di un «episodio acuto di linfadenite mesenterica cronica», dall'indice alfabetico si evince che l'episodio acuto non può essere codificato separatamente, essendo indicato tra parentesi tonde dopo il termine principale (quindi non è un modificatore del codice):
*I88.0 Linfadenite mesenterica (**acuta**) (**cronica**).*

D11n Codici combinati

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

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

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

Esempio 1

Arteriosclerosi delle estremità con cancrena.

I70.25 Aterosclerosi delle arterie degli arti, bacino-gamba, con gangrena

L

Non corretta sarebbe la codifica separata:

I70.2– Aterosclerosi delle arterie degli arti

L

con

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

L

D12n Malattie o disturbi iatrogeni ovvero dopo procedure diagnostiche o terapeutiche (complicanze)

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

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

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

p.es. L58.0 Radiodermite acuta, D61.1 Anemia aplastica da farmaci, M81.4- Osteoporosi indotta da farmaco, M87.1 Osteonecrosi da farmaci, P03.2 Feto e neonato sofferenti per parto con forcipe, D90 Effetti da immunocompromissione dopo irradiazione, chemioterapia e altri trattamenti immunosoppressivi, G25.1 Tremore da farmaci.

Nota bene: elenco non esaustivo

- b. Inoltre, alla fine di alcuni capitoli sugli organi esistono, p.es., le seguenti categorie:

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

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

p.es.: T80.5 Shock anafilattico da siero, T86.51 Necrosi di trapianto cutaneo, T82.1 Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco, T85.53 Complicanza meccanica di dispositivi protesici, impianti e innesti nelle vie biliar.

Nota bene: elenco non esaustivo

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

Scelta del codice corretto:

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

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

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

Nota bene: tabella non esaustiva

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

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

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

Esempio 1

Osteomielite associata a impianto da protesi articolare interna

DP M86.- Osteomielite
L
DS Y82.8! Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici
DS T84.5 Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna
L

Esempio 2

Osteomielite associata a impianto da dispositivo fissatore interno

DP M86.- Osteomielite
DS Y82.8! Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici
DS T84.6 Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo fissatore interno [qualsiasi sede]
L

Esempio 3

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

DP M86.- Osteomielite
DS Y82.8! Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici
DS T84.7 Infezione e reazione infiammatoria da altri dispositivi, impianti ed innesti interni ortopedici
L

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

Esempio 4

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

DP M00.-/O-8 Artrite piogenica
 DS Y82.8! Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici
 DS T84.5 Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna
 L
 DS dell'agente piogeno in conformità alla regola D04

Esempio 5

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

DP M00.9- Artrite piogenica non specificata
 DS Y82.8! Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici
 DS T84.5 Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna
 L

Esempio 6

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

DP T84.5 Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna
 L

oppure

DP T84.6 Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo fissatore interno [qualsiasi sede]
 L

oppure

DP T84.7 Infezione e reazione infiammatoria da altri dispositivi, impianti ed innesti interni ortopedici
 L

DS Y82.8! Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici
 DS dell'agente patogeno, se noto

Esempio 7

Miosite associata a impianto da dispositivo di fissatore esterno

DP M60.8- Altra miosite
 DS Y82.8! Incidenti da altri e non specificati dispositivi medici
 DS T84.6 Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo fissatore interno [qualsiasi sede]
 L
 DS dell'agente patogeno, se noto

La miosite è una malattia infiammatoria dei muscoli scheletrici che può essere provocata sia da agenti infettivi (batteri, virus, funghi) sia da altre cause, come p. es. processi autoimmuni o sostanze tossiche. Per una miosite infettiva non associata a impianto va utilizzato il codice M60.0- «Miosite infettiva». Se l'agente infettivo è noto, va indicato un codice aggiuntivo (B95-B98).

Una miosite associata a impianto va codificata secondo l'esempio 7 con M60.8 Altra miosite.

Lo sfregamento e/o una «reazione a corpo estraneo» possono essere all'origine di una miosite associata a impianto anche in assenza di agenti infettivi.

In presenza di agenti infettivi, la loro origine va ricollegata all'impianto e codificata in aggiunta con un codice delle categorie T84.- e B95-B98.

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

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

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

Esempio 8

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

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

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

Esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni

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

Esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni

1. Nei capitoli: Con nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	2. Alla fine di alcuni capitoli	3. Categorie T80 – T88	4. Nei capitoli: Senza nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	Codifica precisa
Ascesso cutaneo della ferita chirurgica dopo appendicectomia				
Ø	K91.88 Altri disturbi iatrogeni dell'apparato digerente, NCA	T81.4 Infezione susseguente a procedura diagnostica o terapeutica, NCA	L02.2 Ascesso cutaneo, foruncolo e favo del tronco	L02.2 + Y
K91.88 descrive altre complicanze dell'apparato digerente. T81.4 descrive un'infezione NCA, senza localizzazione. L02.2 descrive la patologia precisa, la localizzazione + Y descrive la causa.				
Delirio indotto da anestesia				
F05.8 Altro delirio Delirio post-operatorio	G97.88 Altri disturbi iatrogeni del sistema nervoso	T88.5 Altre complicanze dell'anestesia	F05.8 Altro delirio Delirio post-operatorio	F05.8 + Y
Nel codice F05.8 è descritto il delirio post-operatorio + Y descrive la causa.				
Occlusione intestinale post-operatoria				
Ø	K91.3 Occlusione intestinale post-operatoria	T88.8 Altre complicanze specificate di cure chirurgiche e mediche, NCA	K56.– ileo paralitico ed ostruzione intestinale senza ernia Excl.: Ostruzione intestinale post-operatoria (K91.3)	K91.3
K91.3 descrive precisamente la complicanza e la causa. T88.8 descrive altre complicanze di interventi chirurgici NCA ed è impreciso. K56.– esclude («Excl.») K91.3. Nota bene: una stipsi post-operatoria non è descritta dal codice K91.3 Occlusione intestinale post-operatoria, ma da K59.09 Altra e non specificata stipsi				
Pneumotorace iatrogeno				
Ø	J95.80 Pneumotorace iatrogeno	T81.2 Puntura e lacerazione accidentali durante una procedura diagnostica o terapeutica, NCA	J93.9 Pneumotorace non specificato o S27.0 Pneumotorace traumatico	J95.80
J95.80 descrive precisamente la patologia e la causa.				
Lussazione di protesi dell'anca alzandosi dal letto				
Ø	M96.88 Altri disturbi osteomuscolari iatrogeni	T84.04 Complicanza meccanica di protesi articolare interna dell'anca (rottura, dislocazione, perdita, ecc.)	M24.45 Lussazione e sublussazione patologiche di articolazione, NCA o S73.0– Lussazione dell'anca	T84.04 + Y
M96.88 descrive altre malattie del sistema muscoloscheletrico. T84.04 descrive la complicanza meccanica di una protesi articolare. M24.45 descrive la patologia di un'articolazione, S73.0– descrive un traumatismo, un incidente.				

Esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni

1. Nei capitoli: Con nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	2. Alla fine di alcuni capitoli	3. Categorie T80 – T88	4. Nei capitoli: Senza nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	Codifica precisa
Attenzione però: lussazione di protesi dell'anca su caduta da una scala (=traumatismo)				
Ø	Ø	T84.04 Complicanza meccanica di protesi articolare interna dell'anca (rottura, dislocazione, perdita, ecc.)	S73.0– Lussazione dell'anca	S73.0– + X
S73.0– descrive un traumatismo, un incidente (+ X59.9) per la caduta + Z96.64 per la presenza di impianto).				
Ematoma profondo articolare dopo impianto di protesi del ginocchio				
Ø	M96.88 Altri disturbi osteomuscolari iatrogeni	T84.8 Altre complicanze di dispositivi, impianti ed innesti protesici interni ortopedici o T81.0 Emorragia ed ematoma complicanti una procedura diagnostica o terapeutica, NCA Excl: Emorragia da dispositivi protesici, impianti e innesti (T84.8)	M25.06 Emartrosi, articolazione del ginocchio o S80.0 Contusione del ginocchio	T84.8 + Y
M96.88 descrive altre malattie del sistema muscoloscheletrico. T81.0 descrive un'emorragia NCA ed esclude («Excl.») T84.8. M25.06 descrive una patologia del ginocchio, S80.0 descrive un traumatismo				
Pacemaker dislocato				
Ø	I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, non classificati altrove	T82.1 Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco	Ø	T82.1 + Y
I97.8 descrive altre complicanze circolatorie. T82.1 descrive una complicanza meccanica di un dispositivo elettronico cardiaco.				
Peritonite su catetere per dialisi peritoneale				
Ø	K91.88 Altri disturbi iatrogeni dell'apparato digerente, NCA	T85.71 Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale	K65.09 Altra e non specificata peritonite acuta	T85.71 + Y
K91.88 descrive altre complicanze dell'apparato digerente. T85.71 descrive precisamente la patologia (infezione) e la causa (catetere). K65.09 Altra e non specificata peritonite acuta descrive l'infezione, un codice Y descriverebbe la causa, ma non la procedura medica precisa (il catetere).				
Emorragia dopo prostatectomia				
Ø	N99.8 Altri disturbi genitourinari iatrogeni	T81.0 Emorragia ed ematoma complicanti una procedura diagnostica o terapeutica, NCA	N42.1 Congestione ed emorragia della prostata	T81.0 + Y
N99.8 descrive altri disturbi del sistema genitourinario. T81.0 descrive l'emorragia come complicanza NCA, tuttavia rimane il codice più preciso. N42.1 descrive un'emorragia della prostata, che come organo non è più presente. Tale codifica è pertinente anche in caso di emorragia a seguito di resezione parziale della prostata.				

Esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni

1. Nei capitoli: Con nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	2. Alla fine di alcuni capitoli	3. Categorie T80 – T88	4. Nei capitoli: Senza nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	Codifica precisa
Linfocele infetto dopo prostatectomia radicale				
Ø	Ø	T81.4 Infezione susseguente a procedura diagnostica o terapeutica, NCA	I89.8 Altri disturbi non interventi specificati dei vasi linfatici e dei linfonodi	I89.8 + Infezione con indicazione della localizzazione (p. es. retroperitoneale acuta K65.09) + Y84.9!
Il codice I89.8 rappresenta una malattia dei vasi linfatici e dei linfonodi. Con la codifica della localizzazione dell'infezione si precisa che si tratta di un linfocele infetto. Il codice Y84.9! indica una complicanza a seguito di intervento medico.				
Flebite dell'avambraccio causata da infusione con catetere venoso permanente				
Ø	I97.8 Altri disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, non classificati altrove	T80.1 Complicanze vascolari successive ad infusione, trasfusione od iniezione a fini terapeutici (flebite, tromboembolia, tromboflebite)	I80.80 Flebite e tromboflebite di vasi superficiali degli arti superiori	T80.1 + Y
I97.8 descrive altre complicanze circolatorie, senza precisarle ulteriormente. T80.1 descrive precisamente in un unico codice sia la complicanza vascolare sia la causa (infusione). I80.80 descrive solo la patologia				
Infezione delle vie urinarie a localizzazione indeterminata in paziente con catetere a dimora				
Ø	N99.8 Altri disturbi genitourinari iatrogeni	T83.5 Infezione e reazione infiammatoria da dispositivi protesici, impianti ed innesti dell'apparato urinario	N39.0 Infezione delle vie urinarie, sede non specificata	T83.5 + Y
N99.8 descrive altri disturbi del sistema genitourinario. T83.5 descrive precisamente l'infezione, la localizzazione e la causa. N39.0 descrive solo la patologia				
Lacerazione intra-operatoria della dura madre seguita da immediata chiusura a seconda dell'altezza della ferita				
Ø	G97.88 Altri disturbi iatrogeni del sistema nervoso	T81.2 Puntura e lacerazione accidentali durante una procedura diagnostica o terapeutica, NCA	S19.80 Lesione delle meningi del midollo spinale cervicale S29.80 Lesione delle meningi del midollo spinale toracico S39.81 Lesione delle meningi del midollo spinale lombosacrale G96.0 Liquorrea	S19.80 + Y S29.80 + Y S39.81 + Y T81.2 + Y
G97.88 descrive altri disturbi del sistema nervoso. T81.2 descrive una puntura o lacerazione accidentale durante una procedura NCA. Lesione delle meningi del midollo spinale: cervicale S19.80, toracico S29.80, lombosacrale S39.81, cerebrale T81.2. G96.0 descrive un quadro clinico, una sindrome da ipoliquorrea senza associazione a un intervento chirurgico				
Necrosi ossea/midollare da medicinali				
M87.1- Osteonecrosi da farmaci	M96.88 Altri disturbi osteomuscolari iatrogeni	T88.8 Altre complicanze specificate di cure chirurgiche e mediche non classificate altrove	M87.8- Altra osteonecrosi	M87.1-
Nel codice M87.1- sono incluse sia la descrizione precisa della patologia sia la causa. È fatta salva l'esclusione indicata sotto M87.-				

D13a Sindromi

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 congenita, si devono codificare le singole manifestazioni.

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

Esempio 3

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

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

L 0

DS Q40.1 Ernia iatale congenita

DS Q02 Microcefalia

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

T 55.23 Biopsia renale chiusa [percutanea] [agobiopsia]

L 2

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

Sindrome come diagnosi secondaria

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

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

D14g Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico o procedura non eseguiti

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

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

Esempio 1

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

DP H65.3 Otite media mucoide cronica

L 0

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

Esempio 2 - Psichiatria

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

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

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

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

Esempio 3

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

DP J35.0 Tonsillite cronica

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

DS J01.1 Sinusite frontale acuta

L 0

Esempio 4

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

DP K81.0 Colecistite acuta

DS –

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

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

Esempio 5 - Psichiatria

Una paziente viene ricoverata per essere sottoposta a una psicoterapia stazionaria a causa di un disturbo depressivo recidivo con episodi gravi al momento del ricovero. A causa di un'appendicite acuta non è possibile iniziare la psicoterapia stazionaria prevista. La paziente viene trasferita nel reparto di chirurgia.

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

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

DS K35.8 Appendicite acuta, altra e non specificata

D15o 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, psichiatrico o specializzato**), ogni ospedale deve codificare un caso separato.

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

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

Per gli interventi di follow-up pianificati vale la regola D07.

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

Trasferimento per cure

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

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

Esempio 1

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

L'ospedale A codifica:

DP	S82.-	Frattura della gamba
L	0	
DS	X59.9	Causa esterna
DS	S12.-	Frattura della vertebra cervicale

L'ospedale centrale codifica:

DP	S12.-	Frattura della vertebra cervicale (= Trattamento)
DS	S82.-	Frattura della gamba (= continuazione trattamento)

Esempio 2

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

L'ospedale A codifica:

DP	S82.-	Frattura della gamba
L	0	
DS	X59.9	Causa esterna

L'ospedale centrale codifica:

DP	S82.-	Frattura della gamba
----	-------	----------------------

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

Se un paziente viene trasferito dal reparto psichiatrico a quello somatico acuto, in ambito psichiatrico la patologia alla base del trasferimento viene classificata come diagnosi secondaria.

Esempio 3 - Psichiatria

Un paziente viene sottoposto a un trattamento psichiatrico a causa di una schizofrenia. Durante la degenza il paziente sviluppa un addome acuto. Viene trasferito in un ospedale di cure acute, dove come causa della sintomatologia viene formulata la diagnosi di colecistite acuta. La schizofrenia continua ad essere trattata.

La clinica psichiatrica codifica il caso nel modo seguente:

DP F20.- Schizofrenia

DS R10.0 Addome acuto

L'ospedale di cure acute codifica il caso nel modo seguente:

DP K81.0 Colecistite acuta

DS F20.- Schizofrenia

Se un paziente viene trasferito dal reparto somatico acuto a quello psichiatrico, la clinica psichiatrica registra un caso indipendente e codifica la ragione del trasferimento come diagnosi principale (se pertinente per la regola G52). I complementi alle diagnosi secondarie devono essere codificati conformemente alla definizione di diagnosi secondaria G54.

Esempio 4 - Psichiatria

La paziente viene sottoposta a trattamento in un ospedale di cure acute a causa di un tentativo di suicidio. Presenta ferite da taglio sull'avambraccio, una depressione maggiore e sintomi psicotici. Trasferimento nel reparto psichiatrico per il trattamento della depressione una volta curate le ferite da taglio.

L'ospedale di cure acute codifica il caso nel modo seguente:

DP S55.7 Traumatismo di più vasi sanguigni all'altezza dell'avambraccio

L

DS X84.9! Autolesionismo intenzionale

DS F32.3 Episodio depressivo maggiore con sintomi psicotici

T Cura delle ferite

La clinica psichiatrica codifica il caso nel modo seguente:

DP F32.3 Episodio depressivo maggiore con sintomi psicotici

T 94.A1.24 HoNOS 2 Comportamenti deliberatamente autolesivi, grado 4

Esempio 5 - Riabilitazione

Un paziente è trattato in riabilitazione muscoloscheletrica a seguito di molteplici fratture di gamba esposte bilaterali. Nel corso di un'unità terapeutica lamenta distress respiratorio e dolori al petto. Segue il trasferimento in ospedale per cure acute per sospetta embolia polmonare. Nell'ospedale per cure acute viene confermata la diagnosi di embolia polmonare acuta bilaterale senza cuore polmonare.

La clinica di riabilitazione codifica:

DP S82.- Frattura della gamba, compresa la caviglia, bilaterale

L 0

DS I26.9 Embolia polmonare senza menzione di cuore polmonare acuto

L 0

Diagnosi secondarie secondo la regola di codifica G54

Trattamenti in conformità ai requisiti minimi cui alle categorie BA e BA.5

L'ospedale per cure acute codifica:

DP I26.9 Embolia polmonare senza menzione di cuore polmonare acuto

L 0

Le ulteriori diagnosi secondarie devono essere codificate conformemente alla definizione di diagnosi secondaria G54

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

Esempio di trasferimento per accertamenti diagnostici o terapia specifica:

Un paziente con infarto miocardico acuto è ammesso in un ospedale primario e quindi trasferito temporaneamente nell'ospedale centrale per coronarografia e inserzione di stent. Il trattamento nell'ospedale centrale va codificato in modo differente a seconda che avvenga **ambulatorialmente** (esempio 6 – prestazione ambulatoriale esterna - regola di codifica P00n) o **in regime di ricovero** (esempio 7 – trasferimento in ospedale).

Esempio 6

Dopo trasferimento da un ospedale primario che l'ha ricoverato per infarto miocardico il paziente è sottoposto nell'ospedale centrale ad un accertamento **ambulatoriale** e PTCA (1 vaso sanguigno/1 stent metallico), ed è poi trasferito entro poche ore nell'ospedale primario.

L'ospedale primario codifica:

DP	I21.-	Infarto miocardico acuto
T	00.66.--	(esterna ¹) Angioplastica coronarica transluminale percutanea [PTCA] o aterectomia coronarica
T	00.40	(esterna ¹) Intervento su un vaso
T	36.08.11	(esterna ¹) Impianto percutaneo transluminale di stents senza liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria

Ospedale centrale: nessuna codifica²

Esempio 7

Dopo trasferimento da un ospedale primario che l'ha ricoverato per infarto miocardico, 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 ritrasferito 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
T	00.66.--	Angioplastica coronarica transluminale percutanea [PTCA] o aterectomia coronarica
T	00.40	Intervento su un vaso
T	36.08.11	Impianto percutaneo transluminale di stents senza liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria

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

DP	I21.-	Infarto miocardico acuto
DS	Z95.5	Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica

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

Per un eventuale raggruppamento di casi si utilizzano le regole per la fatturazione da SwissDRG, TARPSY e ST Reha. Vedi anche sotto: «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG, TARPSY e ST Reha».

Trasferimento di un neonato sano

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

Il peso di quest'ultimo all'ammissione nell'ospedale ricevente viene registrato nella variabile nella variabile «aufnahmengewicht» (Peso all'ammissione).

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

Z51.88 Altro trattamento medico specificato

Nota: Nel caso di cui sopra si tratta di un neonato sano; in questa situazione eccezionale, l'ospedale/la casa per partorienti che trasferisce nella variabile «austritt_aufenthalt» (residenza dopo la dimissione) deve indicare per il neonato la cifra 8 = Altro.

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

¹ La prestazione fornita esternamente va registrata ai fini della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) in un campo supplementare (variabile «behandlung_auswaerts», (Trattamenti ambulatoriali esterni).

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

L'ospedale che effettua l'ammissione è tenuto a indicare per il neonato sano nella variabile «eintritt_aufenthalt» (Luogo di soggiorno prima dell'ammissione) la cifra 6 = Altro istituto ospedaliero (ospedale acuto) o casa per partorienti, seguita dalla corrispondente variabile «eintrittsart» (Modalità di ammissione).

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

Ospedale che trasferisce:

madre: variabile «austritt_aufenthalt» (residenza dopo la dimissione) cifra 6= Altro istituto ospedaliero (ospedale acuto) o casa per partorienti
 neonato: variabile «austritt_aufenthalt» (residenza dopo la dimissione) cifra 8 = Altro

Ospedale/Casa per partorienti che ammette:

madre: variabile «austritt_aufenthalt» (residenza dopo la dimissione) cifra 6= Altro istituto ospedaliero (ospedale acuto) o casa per partorienti
 neonato: variabile «austritt_aufenthalt» (residenza dopo la dimissione) cifra 8 = Altro

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

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

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

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

Esempio 1

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

DP	M16.1	Altra coxartrosi primaria
L	1	
DS	T84.04	Complicanza meccanica di protesi articolare interna dell'anca
L	1	
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato

Esempio 2

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

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

Esempio 3

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

DP	S62.5–	Frattura del pollice
L	1	
DS	T84.6	Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo fissatore interno
L	1	
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato

Esempio 4

1a degenza:

Colelitiasi e colecistectomia, seguite da complicanze con ileo post-operatorio, resezione parziale dell'intestino e anastomosi.

DP	K80.2–	Calcolosi della colecisti senza colecistite
DS	K91.3	Occlusione intestinale post-operatoria

2ª degenza:

Insufficienza anastomotica intestinale.

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

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

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

Regole di codifica generali per le procedure P00 – P11

P00n Registrazione della procedura nel record medico

Per ogni procedura registrata si devono indicare:

- **Trattamento:** data e ora di inizio del trattamento. Non deve essere indicata l'ora precisa di ogni singola procedura, ma la stessa ora per tutti i codici relativi a un intervento (incluso il materiale impiegato e i codici supplementari per le caratteristiche del materiale).

L'ora va indicata solo per i codici connessi all'utilizzo di una sala operatoria, sala parto o di un laboratorio per il cateterismo cardiaco. Per le procedure eseguite al di fuori di queste strutture basta l'indicazione della data senza l'ora (variabile «behandlungsbeginn», Inizio del trattamento).

- La **lateralità** in caso di interventi su organi e parti del corpo pari va indicata nei dati medici

Vengono registrate le seguenti cifre:

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

I relativi codici CHOP sono indicati **nella CHOP con [L]**. Questa informazione è un aiuto alla codifica, visto che l'indicazione non è completa. Inoltre alcune procedure sono contrassegnate da una [L] anche se non richiedono sempre l'indicazione di una lateralità. In tali casi le variabili «behandlungseitigkeit» (Lateralità del trattamento) ecc. vanno lasciate vuote. Questa situazione è dovuta al fatto che alcuni codici comprendono procedure per localizzazioni **con o senza** la necessità di indicare la lateralità.

- **Trattamenti ambulatoriali esterni:**

se un paziente stazionario beneficia di prestazioni ambulatoriali esterne, queste vanno codificate nel caso stazionario e contraddistinte tramite la voce speciale («behandlungsauswaerts» ecc (Trattamenti ambulatoriali esterni).

Eccezione riguardante l'ambito di validità: TARPSY e ST Reha

Fanno eccezione a questa regola le prestazioni ambulatoriali esterne che vengono fatturate separatamente ai sensi dell'«Accordo in merito alla fatturazione separata di prestazioni durante una degenza stazionaria». Queste non possono essere codificate nel caso stazionario.

Per ulteriori informazioni **sui codici e sulle** regole di fatturazione separata di prestazioni e sugli accordi tra H+ e gli assicuratori malattie concernenti la retribuzione di prestazioni ambulatoriali esterne si rimanda ai corrispondenti documenti aggiornati sui siti Internet di SwissDRG SA o di H+.

P01m Procedure che vanno codificate

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

Sono definite procedure importanti quelle che:

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

Le **procedure che non sono direttamente collegate** ad un'altra procedura sono codificate separatamente.

Esempio 1

Viene eseguita un'angiografia coronarica preoperatoria prima di un intervento di bypass aortocoronarico con apparecchio cuore-polmone. In questo caso l'arteriografia coronarica va codificata come ulteriore trattamento.

Nota bene:

Qualora sia praticato un taglio cesareo primario o secondario in **anestesia generale (narcosi completa)**, in aggiunta alla procedura operatoria deve obbligatoriamente essere indicato il corrispondente codice CHOP della categoria 93.92.- *Anestesia*, in deroga alla «Nota» che vi figura.

A tal proposito, è irrilevante che nel corso del parto sia già stato posto un catetere peridurale, sia stata somministrata un'anestesia peridurale o sia stata applicata un'anestesia spinale a parto in corso.

Quale data della procedura di anestesia generale va indicata la data della corrispondente procedura di taglio cesareo.

Per gli esempi del caso, si rimanda alla regola SD1505 «Regole speciali per il parto», taglio cesareo primario e secondario.

P02o Procedure che non vanno codificate

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

Esempi:

- radiografia e ingessatura in caso di frattura del radio (Colles)
- esami radiografici convenzionali, p.es. radiografia toracica di routine
- ECG (a riposo, prolungato, sotto sforzo)
- Procedure eseguite abitualmente nei neonati (p.es. test dell'udito, sonografia cerebrale)
- prelievo di sangue ed esami di laboratorio
- esami d'ammissione e di controllo
- terapie farmacologiche con eccezione di:
 - terapie farmacologiche in neonati (qualora siano associate a codici precisi)
 - citostatici, immunoterapie, trombolisi, fattori della coagulazione, prodotti sanguigni
 - per TARPSY e ST Reha: terapie antiinfettive, p. es. somministrazione per via endovenosa di antibiotici (codice CHOP 99.22.1- *Iniezione di sostanza antiinfettiva, secondo il numero di giorni di trattamento*)

Nota bene: per la somatica acuta l'indicazione del codice CHOP 99.22.1- *Iniezione di sostanza antiinfettiva, secondo il numero di giorni di trattamento* è facoltativa
- medicinali molto cari, qualora siano associati a un codice CHOP preciso
- singole componenti di una procedura: preparazione, posizionamento, anestesia o analgesia (incl. intubazione) e chiusura di ferita sono in genere comprese in un codice operatorio.

Nota: i codici CHOP del capitolo 94 «Procedure relative alla psiche» possono essere registrati facoltativamente in TARPSY, anche se per la diagnosi corrispondente vengono eseguiti di routine.

- **Le procedure che sono direttamente collegate** ad un'altra procedura non sono codificate
 Procedure direttamente collegate ad una procedura di intervento.
 Per i trapianti di tessuto eseguiti nel corso dello stesso intervento, il prelievo di innesto non va codificato in aggiunta. Se non esiste alcun rinvio specifico al prelievo (in forma di «Codificare anche»), significa che questo è incluso.

Esempio 1

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

Esempio 2 - Psichiatria

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

Eccezioni:

- **Anestesia** in procedure normalmente eseguite senza anestesia, p.es. narcosi per una RMN in un bambino.
- **Le procedure diagnostiche affini ad un intervento**, che sono eseguite nella stessa seduta e sono di norma parte integrante dell'operazione non vengono codificate separatamente (a meno che la CHOP non preveda una disposizione di tenore diverso).
 P.es.: l'artroscopia diagnostica effettuata prima della meniscectomia artroscopica non viene codificata.
- Per la **codifica di terapie del dolore nell'ambito di operazioni, interventi, esami diagnostici e procedure di trattamento del dolore** si rimanda alle regole di codifica SD1804.
- **Le procedure post mortem** non sono codificate (con la morte si estingue il caso). Questo vale anche per le autopsie.

P03c Endoscopia e interventi endoscopici

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

Esempio 1

Colecistectomia laparoscopica.

51.23 Colecistectomia laparoscopica

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

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

Esempio 2

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

45.16 Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia chiusa

Esempio 3

Una faringotracheobroncoscopia è codificata come

33.22 Tracheobroncoscopia flessibile

Esempio 4

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

33.22 Tracheobroncoscopia flessibile

42.23 Altra esofagoscopia

P04n Interventi chirurgici combinati o complessi

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

Esempio 1

28.3.- Tonsillectomia **con** adenoidectomia

Esempio 2

52.51.10 Pancreatectomia prossimale, con conservazione del piloro
o

52.51.31 Resezione pancreaticoduodenale con gastrectomia parziale

Esempio 3

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

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

Esempio 4

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

43.99.99 Altra gastrectomia totale, altro

40.3X.- Asportazione di linfonodi regionali

54.4X.- Asportazione o distruzione di tessuto peritoneale

In assenza di un codice specifico che permetta di descrivere un intervento chirurgico strutturato in più parti, vanno indicati tutti i codici relativi alle singole componenti. I prelievi di tessuto (p. es. osseo, muscolare, tendineo) da localizzazioni diverse da quella su cui si esegue l'intervento chirurgico vanno codificati separatamente solo se non sono compresi nel codice operatorio o se esiste un rinvio specifico al prelievo (in forma di «Codificare anche»).

Qualora non esista alcun rinvio specifico al prelievo (in forma di «Codificare anche»), significa che questo è incluso.

Esempi:

- Prelievo di spongiosa dalla **pelvi** in occasione di un'osteosintesi del **braccio**: codifica anche.
- Prelievo di tendine contenuto nel codice: p.es. 81.45.12 Ricostruzione del crociato anteriore con tendine semitendinoso e/o gracile, per via artroscopica.
- Prelievo di lembo contenuto nel codice: p.es. 85.K4.11 Mammoplastica con lembo perforatore dell'arteria epigastrica inferiore [DIEP].

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

Esempio 5

39.75.- Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi

Cod. a.: Localizzazione anatomica di cateterismo interventistico percutaneo transluminale [PCI] specifico (00.4B)

I codici che compongono un insieme vanno elencati l'uno sotto l'altro.

P.es.: angioplastica coronarica + stent + numero di vasi, ecc.

P05a Interventi eseguiti parzialmente

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

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

Esempio 1

Colecistectomia laparoscopica con passaggio alla procedura chirurgica aperta.

51.22.- Colecistectomia

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

Esempio 2

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

54.11 Laparotomia esplorativa

Esempio 3

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

34.02 Toracotomia esplorativa

P06o Procedure eseguite più volte

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

Eccezioni:

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

Esempio 1

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

DP	C44.3	Carcinoma basocellulare, del naso
DS	C44.2	Carcinoma basocellulare, dell'orecchio
L	1	
DS	C44.6	Carcinoma basocellulare, dell'avambraccio
L	1	
DS	C97!	Tumori maligni di sedi indipendenti multiple (primitive)
DS	L57.0	Cheratosi solare
T	21.32	Asportazione e distruzione locale di altra lesione del naso (per basalioma del naso)
T	18.31	Asportazione radicale di lesione dell'orecchio esterno (per basalioma dell'orecchio)
L	1	
T	86.32.1E	Asportazione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo, con chiusura di ferita primaria, in altra sede (per 3 basaliomi dell'avambraccio)
T	86.32.1E	Asportazione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo, con chiusura di ferita primaria, in altra sede (per 3 cheratosi solari della schiena)
T	86.32.1E	Asportazione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo, con chiusura di ferita primaria, in altra sede (per 1 cheratosi solare della gamba)

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

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

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

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

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

Esempio 2

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

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

Esempio 3

Un paziente riceve multipli concentrati di eritrociti:

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

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

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

Radiologia terapeutica e medicina nucleare

La figura 1 illustra i diversi termini. Per ogni freccia verticale deve essere inserito il codice corrispondente.

Spiegazione di «per frazione nonché volume» nella nota della categoria a 3 caratteri 92.5- «Radio-oncologia e radioterapia»

Illustrazione 1

Radioterapia per diverse settimane

Fasi

Fase = piano (per diversi giorni o settimane)

Giorni



Frazioni



Volumi



© UST 2024

In caso di terapie di medicina nucleare le procedure vanno registrate ogni volta che vengono eseguite, indicando un codice per ciascuna sede trattata durante la seduta.

Per la radio-oncologia si rimanda alle spiegazioni riportate nell'introduzione della CHOP 2025.

Radioiodioterapia

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

Terapia a pressione negativa / Medicazione a pressione negativa

Per la rappresentazione della **durata** di una terapia/medicazione a pressione negativa continua, è disponibile nella CHOP il codice 93.57.1- *Terapia a pressione negativa continua, secondo il numero di giorni di trattamento.*

I responsabili della codifica sono spesso confrontati al fatto che nella **stessa** degenza stazionaria sono (devono essere) somministrate più terapie/medicazioni a pressione negativa (impianto, sostituzione, rimozione) e che questi trattamenti possono riferirsi a una o più localizzazioni.

Per ciascun caso stazionario va registrato **un solo codice** in base alla **durata** del trattamento.

Al fine di individuare correttamente il codice da registrare devono essere sommati i giorni di tutti i trattamenti a pressione negativa effettuati. A tal proposito, è irrilevante che il trattamento abbia riguardato una o più localizzazioni (anche contemporaneamente).

I giorni dell'**impianto**, della **sostituzione** e della **rimozione** di una o più medicazioni a pressione negativa vanno inclusi nel calcolo della durata. I giorni spezzati (p. es. anche in caso di trasferimento) sono da considerarsi giorni interi.
Nella determinazione della durata complessiva, i singoli giorni non possono tuttavia essere conteggiati due volte.
Per giorni si intendono i giorni di calendario.

I sistemi di pompe a pressione negativa monouso vanno ora rappresentati con il codice **93.57.21 Applicazione di medicazione (a pressione negativa) epicutanea**.

Gli esempi (semplificati) che seguono mostrano come devono procedere i responsabili della codifica al verificarsi dei diversi scenari.

Esempio 4

01.01.-05.01. 5 giorni di trattamento a pressione negativa sull'addome aperto
01.01.-05.01. 5 giorni di trattamento a pressione negativa ulteriormente profondo su ossa dell'estremità
05.01.-09.01. 5 giorni di trattamento sottocutaneo a pressione negativa sull'addome o in altra localizzazione

Codifica:

86.88.13	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto	01.01.
86.88.11	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, profondi, su ossa e articolazioni delle estremità	01.01.
86.88.15	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, su pelle e tessuto sottocutaneo	05.01.
93.57.15	Terapia a pressione negativa continua, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento	01.01.

Dato che nel periodo 01.01.-05.01. la terapia a pressione negativa sull'addome aperto (86.88.13) e quella sull'estremità (86.88.11) sono state somministrate contemporaneamente, va indicato il codice

93.57.15 Terapia a pressione negativa continua, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento trattandosi di terapie a pressione negativa della durata complessiva di 9 giorni.

La data da indicare per le procedure è 01.01.

Il giorno 05.01. non può essere conteggiato due volte, anche se è avvenuta la sostituzione del trattamento a pressione negativa sull'addome aperto (conclusione di questo trattamento) con un trattamento sottocutaneo sull'addome o **in altra localizzazione** (nuovo trattamento in altra localizzazione).

Esempio 5

Ammissione 05.02.

06.02. Impianto di medicazioni sottocutanee a pressione negativa sull'addome sinistro e sulla gamba destra (anestesia generale)
09.02. Sostituzione delle medicazioni in entrambe le localizzazioni (anestesia generale)
12.02. Trasferimento in altro ospedale per cure acute per il proseguo del trattamento con medicazioni a pressione negativa ancora apposte alla gamba e all'addome

Codifica:

86.88.15	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, su pelle e tessuto sottocutaneo	06.02.
L	0	
86.88.15	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, su pelle e tessuto sottocutaneo	09.02.
L	0	
93.57.15	Terapia a pressione negativa continua, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento	06.02.

Dato che il giorno dell'impianto, quello della sostituzione e il giorno spezzato del trasferimento (medicazioni ancora apposte) vanno conteggiati nella durata del trattamento a pressione negativa, ne deriva una durata complessiva di 7 giorni.

Esempio 6

Degenza stazionaria 01.03-20.03.

01.03. Impianto di medicazione a pressione negativa sull'addome aperto

05.03. Sostituzione di medicazione a pressione negativa sull'addome aperto

10.03. Rimozione della medicazione a pressione negativa e chiusura dell'addome

In seguito, sempre nel corso della degenza:

15.03. Impianto di medicazione sottocutanea a pressione negativa in presenza di deiscenza della sutura

18.03. Rimozione della medicazione a pressione negativa e chiusura del tessuto sottocutaneo e cutaneo dell'addome

Codifica:

86.88.13	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto	01.03.
86.88.13	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto	05.03.
93.57.16	Terapia a pressione negativa continua, da almeno 14 a 20 giorni di trattamento	01.03.
	Chiusura dell'addome secondo documentazione medica	10.03.
86.88.15	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, su pelle e tessuto sottocutaneo	15.03.
	Chiusura del tessuto sottocutaneo e cutaneo secondo documentazione medica	18.03.

Anche in questo esempio, i giorni degli impianti (01.03. e 15.03.) e il giorno della sostituzione (05.03.) vanno inclusi nel conteggio della durata complessiva.

Dato che nei giorni 11, 12, 13 e 14.03. non è stato effettuato alcun trattamento a pressione negativa, questi giorni di degenza stazionaria non possono essere conteggiati nella durata complessiva della terapia a pressione negativa.

Trattamento in unità di cure intensive (UCI) e/o unità di cure intermedie (UCIM)

Per il conteggio dei punti risorse necessario alla corretta registrazione dei codici per il trattamento in unità di cure intensive (UCI) (99.B7.- *Terapia intensiva complessa*) o unità di cure intermedie [UCIM] (99.B8.- *Trattamento complesso in unità di terapia intermedia [IMCU]*) vanno utilizzati tutti i valori del NEMS rilevato per ciascun turno (infermieristico) e il SAPS II, CRIB II o PIM III rilevato una volta per degenza in UCI/UCIM secondo le direttive del MDSi¹/MDSimc.

Per determinare i codici CHOP corretti delle corrispondenti sottocategorie 99.B7.- (*Terapia intensiva complessa*) e 99.B8.- (*Trattamento complesso in unità di terapia intermedia [IMCU]*) si procede come di seguito indicato:

Il numero di punti risorse è dato dal SAPS II (PIM III o CRIB II (Predicted Death Rate in %)) + la somma dei NEMS di tutti i turni. Per i turni di 8 ore il NEMS va semplicemente sommato, mentre per quelli di 12 ore è necessario prima moltiplicarlo per 1,5.

Per il conteggio relativo alla terapia intensiva complessa va impiegato il valore arrotondato della «predicted mortality».

Esempio:

NEMS 386, PIM3 95,8%

Ai punti NEMS deve essere sommata la mortalità attesa secondo PIM3 (predicted mortality) in %:

NEMS 386 + 96 (PIM 3, Predicted Death Rate in %) = 482.

Se un paziente, nel quadro di un'unica degenza stazionaria, viene curato più volte in un'unità di cure intensive e/o un'unità di cure intermedie dello stesso ospedale o, consecutivamente, in diverse unità di cure intensive / unità di cure intermedie dello stesso ospedale (anche in più siti), vanno sommati tutti NEMS e i SAPS II, CRIB II o PIM III delle singole degenze e va registrato il codice CHOP corrispondente alla somma complessiva.

¹ SSMI. Commissione registro dati (KDS). Registro minimo dei dati della SSMI (MDSi). Capitoli 2.3.5 «Gravité de la maladie aiguë» e 2.4.1 «Score de charge de travail (NEMS) dans l'USI» (disponibili in francese e tedesco), download della versione attualmente in vigore all'indirizzo <https://www.sgi-ssmi.ch/it/datensatz.html>.

In caso di trasferimento/trasporto del paziente durante **un caso stazionario**

- da UCI **sito A** a UCI **sito B** dello stesso ospedale **oppure**
- da UCIM **sito A** a UCIM **sito B** dello stesso ospedale **oppure**
- da UCI A a UCI B nello **stesso sito ospedaliero** **oppure**
- da UCIM A a UCIM B nello **stesso sito ospedaliero** **oppure**
- da UCI **sito A** a UCIM **sito B** o viceversa dello stesso ospedale **oppure**
- da **UCI a UCIM** o viceversa nello **stesso sito ospedaliero** **oppure**
- trasferimento esterno da UCI/UCIM di un ospedale a UCI/UCIM di un altro ospedale o viceversa

vanno rilevati, **sia da parte dell'istituzione inviante sia da quella ricevente** per il rispettivo turno (infermieristico) **anche se il trasferimento avviene nello stesso turno**, i corrispondenti NEMS e, in conformità alle disposizioni, il SAPS II, il PIM III o il CRIB II.

Per istituzioni riceventi si intendono UCI/UCIM (secondo le direttive SSMI e/o KAIMC, singole unità organizzative certificate) nello stesso sito ospedaliero, UCI/UCIM in differenti siti di uno stesso ospedale o in ospedali del tutto diversi.

Queste disposizioni valgono anche per le degenze di breve durata (meno di 24 ore) in unità di cure intensive e/o unità di cure intermedie. Si applicano le direttive della Società svizzera di medicina intensiva (SSMI) o della relativa commissione per il riconoscimento delle unità di cure intermedie (KAIMC).

P07o Interventi chirurgici bilaterali

Interventi bilaterali eseguiti in una seduta sono codificati solo una volta e contrassegnati come bilaterali nella variabile della lateralità (variabili "behandlung_seitigkeit" (Lateralità del trattamento), ecc.).

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

Esempio

Protesi totale di ginocchio bilaterale.

T 81.54.- Impianto di protesi del ginocchio

L 0

P08o Revisioni di un campo operatorio/reinterventi

Quando si riapre un campo operatorio per

- il trattamento di una complicanza,
- la terapia di una recidiva o
- l'esecuzione di un altro intervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica o
- già trattato o irradiato in precedenza per via percutanea interventistica.

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

28.7X.- *Controllo di emorragia dopo tonsillectomia e adenoidectomia*
39.41 *Controllo di emorragia a seguito di intervento vascolare*

Se non esiste un siffatto codice di reintervento, si deve utilizzare quello più specifico per l'intervento seguito da

00.99.11 *Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica*

o

00.99.12 *Intervento in un campo già trattato per via percutanea interventistica o irradiato in precedenza*

o

00.99.19 *Reintervento in un campo già operato in precedenza per altre vie d'accesso*

Attenzione: da 00.99.11 «Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica»

o 00.99.12 «Intervento in un campo già trattato per via percutanea interventistica o irradiato in precedenza». non va indicato se il fatto che si tratta di una revisione/reintervento risulta già dal codice (p.es. revisione di una protesi del ginocchio, rimozione del materiale di osteosintesi, chiusura di una colostomia ecc.).

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

Interventi di revisione senza sostituzione di impianto

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

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

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

Se un paziente è sottoposto a diversi reinterventi durante una degenza ospedaliera, il codice da 00.99.11 *Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica*

o 00.99.12 *Intervento in un campo già trattato per via percutanea interventistica o irradiato in precedenza* o 00.99.19 *Reintervento in un campo già operato in precedenza per altre vie d'accesso* va utilizzato solo una volta per il primo reintervento.

Esempio 1

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

T 74.- *Taglio cesareo ed estrazione del feto*

T 00.99.11 *Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica*

Impiego dei codici 34.03 Riapertura di toracotomia, 54.12.11 Riapertura di laparotomia recente e 37.99.80 Reintervento su cuore e pericardio:

I codici 34.03, 54.12.11 e 37.99.80 sono impiegati **esclusivamente** per codificare un reintervento che si limita all'evacuazione di ematoma **e/o** all'esplorazione **e/o** all'emostasi.

Per gli interventi intratoracici, intraddominali o cardiaci rappresentati da un codice specifico, in caso di reintervento va indicato in aggiunta il codice 00.99.11.

Esempio 2

Un reintervento per un'altra resezione parziale dell'intestino tenue è codificata con:

45.62 *Altra resezione parziale dell'intestino tenue +*

00.99.11 *Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica*

e **non** con:

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

P09o Prelievo e trapianto d'organo

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

1. Esame di un potenziale donatore di organo o tessuto

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

DP	Z00.5	Esame di un potenziale donatore di organo o tessuto
T	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
T		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
T	55.51.02	Nefrectomia per trapianto, da donatore vivente

Esempio 2

Ricovero ospedaliero per la donazione di cellule staminali (donazione autologa = autologa o donazione esterna = allogenica). Non sono presenti diagnosi secondarie rilevanti per il trattamento.

DP	Z52.01	Donatore di cellule staminali
T		Codice procedurale per il prelievo del trapianto (vedi anche tabella sottostante)

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 nel caso di un paziente preso in considerazione quale possibile donatore d'organo non si distingue dalla normale codifica delle diagnosi e delle procedure. Come diagnosi principale deve essere codificata la malattia o la ferita che ha determinato l'ammissione e a questa vanno aggiunte le diagnosi secondarie pertinenti e le procedure eseguite. **Non** vanno utilizzati il codice corrispondente per l'espianto d'organo **né** il codice Z00.5 Esami di potenziale donatore di organi e tessuti.

Le variabili «austrittsdatum» (Data e ora della dimissione)/«episode_ende» (Fine dell'episodio) della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) documentano la conclusione del caso con la data e l'ora del decesso. L'espianto di organi post mortem non va quindi 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.- *Consulto definito complessivo*

5. Trapianto

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

DP La malattia che costituisce il motivo del trapianto
T Codice per la procedura di trapianto (vedi tabella)
T Codice da 00.90.- a 00.93.- Tipo di impianto o tessuto utilizzato nel trapianto e tipo di conservazione dell'organo, nonché specificazione del tipo di decesso del donatore («Donation after circulatory death [DCD]» e «Donation after brain death [DBD]»). Nonché, se noti, i criteri della compatibilità ABO.

Nota bene: si tratta di codici supplementari da indicare solo se l'informazione non è già compresa nel codice di procedura del trapianto (ad es. per le sottocategorie da 41.0A.- a 41.0C.- relative al prelievo e trapianto di cellule staminali ematopoietiche non va indicato alcun codice da 00.90.- a 00.93.-).

T All'occorrenza, codice supplementare 99.79.11 Preparazione al trapianto d'organo con donatore vivente ABO incompatibile se documentata.

L'asportazione dell'organo malato non va 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 (T) e il prelievo (T).

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, **se soddisfano i criteri della regola di codifica G54 «Diagnosi secondarie»**. Questa regola è prioritaria rispetto alla regola SD0202 sulla scelta della diagnosi principale in caso di neoplasie.

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

Tabella dei prelievi e trapianti di organi e tessuti

Questa tabella non va considerata un elenco esaustivo.

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

P10n Adesiolisi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Una paziente viene ricoverata con reperto ovarico sinistro persistente.

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

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

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

Durata complessiva dell'intervento: 1h 50 min.

DP	N80.1	Endometriosi dell'ovaio
L	2	
DS	N73.6	Aderenze pelvipitoneali femminili
DS	K66.0	Aderenze peritoneali
T	65.41	Salpingo-ovariectomia per via laparoscopica
L	2	

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

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

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

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

DP	K57.22	Diverticolite del colon con perforazione [...]
DS	N99.4	Aderenze pelvipерitoneali iatrogene
DS	K66.0	Aderenze peritoneali
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato
T	45.76.21	Sigmoidectomia, per via laparoscopica
T	59.12	Lisi di aderenze perivescicali per via laparoscopica
T	54.51	Lisi di aderenze peritoneali, per via laparoscopica
T	59.03.99	Lisi di aderenze perirenali e periureterali per via laparoscopica, altro
T	00.99.11	Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica

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

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

Viene effettuata una lisi di aderenze peritoneali per via laparoscopica.

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

Non risulta necessaria una decongestione intestinale tramite incisione né una resezione parziale a causa un'ischemia.

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

Durata dell'intervento: 40 min.

DP	K56.5	Aderenze intestinali [briglie] con ostruzione
DS	C20	Tumore maligno del retto
DS	N99.4	Aderenze pelvipерitoneali iatrogene
L	1	
T	54.21.99	Laparoscopia, altro
T	00.99.11	Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica

Nel caso in cui l'adesiolisi abbia una durata > 60 min va indicato un codice di trattamento del capitolo relativo all'organo in questione.

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

Alla codifica si applicano le regole inerenti alle diagnosi secondarie (G54) ed ai trattamenti (G55).

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

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

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

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

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

DP	N99.4	Aderenze pelvipertoneali iatrogene
DS	K66.0	Aderenze peritoneali
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato
T	65.81.10	Lisi di aderenze di ovaio e di tuba di Falloppio al peritoneo pelvico femminile, per via laparoscopica
L	0	
T	54.51	Lisi di aderenze peritoneali, per via laparoscopica
L	1	
T	66.8	Insufflazione di tuba di Falloppio
L	0	
T	00.99.11	Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica

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

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

Esempio 5

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

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

DP/DS	Q43.3	Malformazioni congenite di fissazione dell'intestino
T	46.99.81	Sezione delle briglie di Ladd, chirurgica a cielo aperto
o		
T	46.99.82	Sezione delle briglie di Ladd, per via laparoscopica

P11h Lacerazione della membrana serosa con sutura

Qualora la membrana serosa venga lacerata durante un intervento e debba essere suturata, va indicato il codice specifico (S) relativo alla parte lacerata. In tal caso la sutura deve essere indicata con un preciso codice CHOP. Ad esempio, *54.67 Sutura di mesentere, grande o piccolo omento (a seguito di lacerazione)*.

Per la codifica di una complicazione deve essere osservata la norma G40 «Documentazione delle diagnosi e delle procedure» e D12 «Malattie o disturbi iatrogeni (complicanze)».

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

Regole di codifica speciali per le diagnosi SD0100 – SD2200

SD0100 Alcune malattie infettive e parassitarie

SD0101a Batteriemia

Una batteriemia va indicata con un codice della categoria

A49. – Infezione batterica di sede non specificata

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

A54.9 Infezione gonococcica non specificata

Non va quindi codificata con un codice per la sepsi.

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

A39.4 Meningococcemia non specificata.

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

SD0102o Sepsì

Scelta del codice per la sepsi

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

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

Inoltre va indicato il corrispondente codice **U69.8-! Codici secondari per la specificazione della relazione cronologica della sepsi e dello shock settico con l'ammissione in ambito stazionario**.

I codici vanno utilizzati solo per pazienti adulti (18 anni e più) trattati in ambito stazionario.

Definizione di sepsi secondo la 3a Conferenza internazionale di consenso (Singer M et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315(8):801-810)

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

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

Caso particolare della batteriemia da meningococco: in questo caso viene codificata una sepsi da meningococco anche se non sono soddisfatte le condizioni di punteggio SOFA (la regola SD0101 resta valida).

Sepsi nell'adulto

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

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

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

La rilevazione del punteggio SOFA va effettuata sulla base delle direttive di cui al documento «Minimaler Datensatz der SGI (MDSi)» o «Données minimales de la SSMI (MDSi)» (disponibile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch/it -> Settori -> Registro dei dati -> «MDSiV32_2025_V3_DE_def» o «MDSiV32_2025_V3_FR_def» (in francese)).

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

Esempio di caso in cui non va codificata una sepsi

Ammissione di una paziente 56enne con dispnea e febbre. Un'emogasanalisi arteriosa svolta in pronto soccorso mostra un'insufficienza respiratoria ipossiêmica di grado lieve in presenza di asma bronchiale allergica già nota.

Dato il sospetto di infezione polmonare, viene rilevato il punteggio SOFA da cui risulta una differenza di 2 punti (un punto per la respirazione e uno per la coagulazione). L'analisi del prelievo ematico iniziale indica una leggera trombocitopenia, che nel decorso resta tuttavia senza ulteriori conseguenze.

La paziente viene ricoverata in ambito stazionario con sospetto di sepsi.

A seguito di ulteriori accertamenti/esami viene posta la diagnosi di asma bronchiale esacerbata da infezione con broncopolmonite in fase iniziale.

Già in pronto soccorso viene somministrato alla paziente per via inalatoria anche un farmaco broncodilatatore. La dispnea cessa immediatamente e le successive emogasanalisi arteriose mostrano valori normali.

La causa della trombocitopenia riscontrata al momento dell'ammissione è individuata, tramite anamnesi, nella precedente assunzione di analgesici a forte dosaggio.

Secondo il rapporto medico di dimissione, le differenze del punteggio SOFA riscontrate non sono provocate da sepsi.

Nella degenza stazionaria, durata 3 giorni, il maggior impiego di risorse mediche è riconducibile al trattamento antibiotico della broncopolmonite in fase iniziale

DP J18.0 Broncopolmonite non specificata

L

DS U69.04! Polmonite classificata altrove, presente all'ammissione o che si manifesta entro 48 ore dall'ammissione

DS J45.09 Asma preminentemente allergico

DS J96.00 Insufficienza respiratoria acuta NCA, tipo I [ipossica]

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

La disfunzione d'organo preesistente definisce il punteggio di partenza. Per il calcolo del punteggio SOFA va tenuto conto solo dell'aumento dovuto alla sepsi rispetto al valore basale. In assenza di informazioni su patologie pregresse del sistema di organi, il punteggio SOFA basale è considerato pari a 0.

Ogni disfunzione d'organo o peggioramento di disfunzione d'organo preesistente **provocati da sepsi** e documentati vanno codificati, dato che nel quadro del trattamento della sepsi quale malattia sistemica sono trattate anche tutte le disfunzioni d'organo riscontrate.

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

- a Adattato da Vincent et al²⁷
- b Dosi di catecolamina somministrate in μg/kg/min per almeno un'ora
- c Per i pazienti sedati o intubati, va indicato il punteggio che sarebbe stato presumibilmente attribuito al paziente senza sedazione («punteggio GCS presunto» o «ultimo punteggio GCS noto»).
- d Per la determinazione del punteggio SOFA relativo alla funzione respiratoria è necessario effettuare un'emogasanalisi arteriosa.
- e Per i pazienti non ventilati vale la seguente ipotesi di FiO₂: con O₂ nasale: 0,3, maschera: 0,4, maschera con serbatoio: 0,6.
- f La ventilazione non invasiva e la terapia a flusso elevato sono valutate in ambito SOFA come «assistenza respiratoria».
- f Qualsiasi forma di assistenza circolatoria meccanica acuta, in particolare IABP, pompe cardiache, vaECMO, vvaECMO.
- g Apparecchi extracorporei a sostegno dell'ossigenazione e/o dell'eliminazione dell'anidride carbonica.
- 27 Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al; Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive care Med. 1996;22(7):707 – 710.

Sepsi nel bambino

Per i bambini dalla 37a settimana post concepimento compiuta (esclusi i casi di ricovero direttamente dopo la nascita) e fino al 18° anno compiuto valgono attualmente i criteri di disfunzione d'organo «Phoenix Sepsis Criteria» secondo Schlapbach et al., «In-ternational Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock», (JAMA. 2024;331(8):665-674).

Per i bambini che non hanno ancora compiuto la 37a settimana post concepimento (p.c.) nonché per i casi di ricovero direttamente dopo la nascita restano validi i criteri di disfunzione d'organo secondo Goldstein et al. 2005, «International pediatric sepsis con-sensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics».

Per gli adolescenti dal 16° anno compiuto al 18° anno compiuto resta inoltre applicabile il punteggio SOFA.

Per le fasce di età per le quali sono applicabili più punteggi, le società specialistiche interessate si sono accordate per un'applicazione in funzione del luogo di trattamento:

- **bambini <37a settimana p.c.:** criteri di Goldstein
- **bambini ≥37a settimana p.c. fino alla 44a settimana p.c. compiuta:**
 - in reparto di neonatologia: criteri di Goldstein
 - fuori da un reparto di neonatologia: criteri di Phoenix
- **bambini ≥ 44 a settimana fino a <16 anni:** criteri di Phoenix
- **adolescenti ≥ 16 anni fino a <18 anni:**
 - in reparto di pediatria: criteri di Phoenix
 - in reparto per pazienti adulti: punteggio SOFA

Criteri per la disfunzione d'organo secondo Goldstein

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

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

Phoenix Sepsis Score¹

- Viene diagnosticata una sepsi in caso di presunta infezione e un Phoenix Sepsis Score ≥ 2 punti.
- In caso di contestuale punteggio ≥ 1 nell'emodinamica, sono soddisfatti i criteri per uno shock settico.

Importante ai fini dell'applicazione: secondo le raccomandazioni, il Phoenix Sepsis Score non va utilizzato per lo «screening», ma solo per il caso in cui si sospetti già una sepsi.

	0 punti	1 punto	2 punti	3 punti
Respirazione (ventilazione) (0-3 punti)	PaO ₂ :FiO ₂ ≥ 400 o SpO ₂ :FiO ₂ ≥ 292 ²	PaO ₂ :FiO ₂ < 400 o SpO ₂ :FiO ₂ < 292 ²	PaO ₂ :FiO ₂ 100-200 o SpO ₂ :FiO ₂ 148-220 ²	PaO ₂ :FiO ₂ < 100 o SpO ₂ :FiO ₂ < 148 ²
		sotto qualsiasi somministrazione di O ₂ o assistenza respiratoria (inclusa ventilazione invasiva)	sotto ventilazione invasiva	sotto ventilazione invasiva
Emodinamica (0-6 punti)	Nessun farmaco vasoattivo ³	1 farmaco vasoattivo ³	≥ 2 farmaci vasoattivi ³	
	Lattato < 5 mmol/L ⁴	Lattato 5-10,9 mmol/L ⁴	Lattato ≥ 11 mmol/L ⁴	
Pressione arteriosa PAM ⁵ , mmHg	< 1 mese: > 30 1-11 mesi: > 38 1- < 2 anni: > 43 2- < 5 anni: > 44 5- < 12 anni: > 48 12-17 anni: > 51	< 1 mese: 17-30 1-11 mesi: 25-38 1- < 2 anni: 31-43 2- < 5 anni: 32-44 5- < 12 anni: 36-48 12-17 anni: 38-51	< 1 mese: < 17 1-11 mesi: < 25 1- < 2 anni: < 31 2- < 5 anni: < 32 5- < 12 anni: < 36 12-17 anni: < 38	
Coagulazione (0-2 punti)	Trombociti $\geq 100.000/\mu\text{L}$ INR $\leq 1,3$ D-Dimer ≤ 2 mg/L Fibrinogeno ≥ 100 mg/dl	Trombociti $< 100.000/\mu\text{L}$ INR $> 1,3$ D-Dimer > 2 mg/L Fibrinogeno < 100 mg/dl (1 punto ciascuno, max. 2)		
Neurologia (0-2 punti)	GCS > 10 , pupille reagenti alla luce	GCS ≤ 10	Entrambe le pupille non reagenti alla luce	

¹ Il punteggio può essere calcolato anche in assenza di alcune variabili (p. es. se non è stato misurato un valore di lattato e se non vengono impiegati farmaci vasoattivi, può essere determinato il punteggio riguardante l'emodinamica sulla base della pressione arteriosa). Le variabili non misurate non concorrono a formare il punteggio.

² Calcolato solo se SpO₂ $\leq 97\%$

³ Farmaci vasoattivi includono adrenalina, noradrenalina, dopamina, dobutamina, milrinone e vasopressina

⁴ Lattato rilevato nel sangue arterioso o venoso

⁵ Di preferenza PAM misurata (metodo arterioso invasivo o oscillometrico non invasivo); in alternativa può essere utilizzata la PAM calcolata ($1/3 \times$ pressione sistolica + $2/3 \times$ pressione diastolica).

Shock settico

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

Il codice **R57.2 Shock settico** non va indicato quale diagnosi principale nemmeno se la sepsi e le sue sequele soddisfano le condizioni della regola di codifica G52 «Diagnosi principale» e se (come avviene in rari casi) il trattamento dello shock settico (o delle sue sequele) costituisce il maggior impiego di risorse della degenza stazionaria

Si parla di **shock settico nell'applicazione del punteggio SOFA o dei criteri di Goldstein** quando, nonostante un'adeguata terapia volemica, solo con la somministrazione di vasopressina si riesce

a raggiungere una pressione arteriosa media ≥ 65 mmHg (rispettivamente $> 5^{\circ}$ percentile in base all'età nei bambini e negli adolescenti) ed in presenza di un valore di lattato > 2 mmol/l.

Definizione di shock settico nell'applicazione dei criteri di Phoenix: sepsi con almeno 1 punto relativo all'emodinamica nel Phoenix Sepsis Score.

Per le persone adulte (18 anni e più) trattate in ambito stazionario, utilizzare un codice supplementare (U69.83!-U69.85!) permette di indicare la relazione cronologica tra lo shock settico e l'ammissione in ambito stazionario.

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

- Codice della sepsi
- Codici secondari per la specificazione della relazione cronologica della sepsi e dello shock settico con l'ammissione in ambito stazionario (per le persone adulte di 18 anni e più)
- **Gli agenti patogeni e le relative resistenze da U80.-! a U85! vanno codificati secondo la regola D04**
- **Shock settico R57.2, se presente**
- **Focolaio infettivo**: ad es. polmonite
Gli agenti patogeni che specificano il focolaio infettivo nonché le relative resistenze vanno codificati secondo la regola D04.
- **Ogni singola disfunzione d'organo**
La codifica deve comprendere almeno il codice della sepsi e l'indicazione del focolaio d'infezione. Se quest'ultimo è sconosciuto, oltre alla sepsi va indicato il codice *B99 Altre e non specificate malattie infettive*. Per la specificazione di agenti patogeni o l'indicazione di resistenze vale la regola D04. Tutte le disfunzioni d'organo che peggiorano nel quadro della sepsi costituiscono ulteriori DS.
- Se una sepsi si manifesta come malattia iatrogena o disturbo iatrogeno (complicanze) nel corso di una degenza stazionaria, vanno osservate le regole D12/D16.
- In presenza di più di uno stato (ad es. sepsi, infarto miocardico), va applicata la regola G52. Se una sepsi nel corso di una degenza stazionaria non comporta il maggior dispendio di risorse mediche, va codificata come diagnosi secondaria. Ciò vale in particolare anche per il focolaio infettivo, che può richiedere un impiego di risorse mediche più elevato e diventare quindi la DP anche in presenza di una sepsi (ad es. sepsi in caso di fascite necrotizzante con diversi interventi di revisione).
- Caso particolare della batteriemia da meningococco: in questo caso viene codificata una sepsi da meningococco anche se non sono soddisfatte le condizioni di punteggio SOFA (v. regola SD0101).

Esempi di codifica

Esempio 1

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

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

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

DP	A41.51	Sepsi da <i>Escherichia coli</i>
DS	U69.80!	Sepsi non nosocomiale
DS	R57.2	Shock settico
DS	U69.83!	Shock settico non nosocomiale
DS	N10	Nefrite tubulo-interstiziale acuta
DS	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>] e altri enterobatteri come causa di malattie classificate altrove
DS	J96.09	Insufficienza respiratoria acuta NCA, tipo non specificato
DS	N17.93	Insufficienza renale acuta non specificata, stadio 3
DS	D69.58	Altra trombocitopenia secondaria, non specificata come refrattaria alla trasfusione

Esempio 2

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

Decorso: aggravamento di un'insufficienza renale cronica (ulteriore riduzione acuta della funzione renale provocata da sepsi - «acute on chronic», peggioramento in 48 ore (Aumento del valore della creatinina di 0,79 mg/dl)) con valore di creatinina di 220 µmol/l e riduzione della GFR a 21 ml/min (creatinina basale 150 µmol/l; GFR 33 ml/min). Il secondo giorno di degenza sono stati riscontrati negli esami chimici di laboratorio un aumento della bilirubina a 1,5 mg/dl (senza ittero) e una trombocitopenia di 90 G/l. Sono stati istituiti il trattamento antibiotico endovenoso e la reidratazione. In seguito, normalizzazione dei valori epatici e della trombocitopenia nell'unico controllo di decorso. Nell'ulteriore decorso miglioramento della riduzione della funzione renale a livello della GFR basale. Dimissione a domicilio in buone condizioni generali.

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

DP A41.51 Sepsì da *Escherichia coli*
 DS U69.80! Sepsì non nosocomiale
 DS N10 Nefrite tubulo-interstiziale acuta
 DS B96.2! *Escherichia coli* [*E. coli*] e altri enterobatteri come causa di malattie classificate altrove
 DS N17.91 Insufficienza renale acuta non specificata, stadio 1
 DS N18.3 Malattia renale cronica, stadio 3
 DS D69.58 Altra trombocitopenia secondaria, non specificata come refrattaria alla trasfusione
 DS R17.9 Iperbilirubinemia senza menzione di ittero, non classificata altrove

Esempio 3

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

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

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

Il punteggio SOFA è inferiore a 2 e quindi non viene codificata la sepsi. La diagnosi principale è l'infezione. Le diagnosi secondarie vengono codificate secondo la regola di codifica G54.

DP J13 Polmonite da *Streptococcus pneumoniae*
 L 2
 DS U69.04! Polmonite classificata altrove, presente all'ammissione o che si manifesta entro 48 ore dall'ammissione
 DS I95.8 Altre forme di ipotensione
 DS A49.1 Infezione streptococcica e enterococcica di sede non specificata
 DS B95.3! *Streptococcus pneumoniae* come causa di malattie classificate altrove

Esempio 4

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

Bambina di 4 anni, arrivo in ambulanza in stato di sonnolenza. Da 4 giorni febbre fino a 39,2° C, da 2 giorni vomito e diarrea. Attualmente peggioramento delle condizioni generali, notevolmente indebolita, non è in grado di stare seduta, sonnolenta. Al momento del trasporto: tachipnea, periferia fredda, inizialmente senza ossigeno supplementare saturazione del 60%, con flusso di ossigeno di 12 l/min saturazione del 92%. GCS 11 (0 pt.), febbre 39,6° C. Trasferimento in reparto di medicina intensiva per gestione ulteriore dello scompenso respiratorio e della sonnolenza. Dopo iniziale assistenza respiratoria a flusso elevato con 15 l/min e FiO₂ del 100%, per persistenza di tachidispnea grave, passaggio a CPAP. In queste condizioni nessuna stabilizzazione, per cui intubazione in presenza di scompenso respiratorio (PaO₂/FiO₂ 138 mmHg (2 pt.), insufficienza respiratoria ipossica acuta, ARDS). Per shock settico con necessità di (noradrenalina (1 pt.) e un valore di lattato di 9mmol/L (1 pt.) in presenza di una PAM di 52 mmHg (0 pt.)), catecolamine, inizio di una terapia d'urto cortisonica e di una terapia antibiotica empirica. Nel decorso, sospetto di sindrome da shock tossico con emorragie della mucosa orale e dimostrazione di ascite incamerata, per cui terapia supplementare con antibiotici. Con liquido cefalorachidiano nei limiti di norma si esclude un coinvolgimento meningeo. Dopo buona risposta alla terapia, estubazione il 4° giorno di degenza. Dopo decorso favorevole è stato possibile ridurre gradualmente la terapia steroidea e trasferire la paziente in condizioni accettabili in un reparto di degenza normale.

Punteggio Phoenix complessivo	Respirazione	Emodinamica	Coagulazione	Neurologia
4	2	2	0	0

DP	A40.0	Sepsi da streptococco, gruppo A
DS	R57.2	Shock settico
DS	A48.3	Sindrome da shock tossico
DS	B99	Altre e non specificate malattie infettive
DS	J80.05	Sindrome da distress respiratorio acuto del bambino e dell'adolescente [ARDS]
DS	J96.00	Insufficienza respiratoria acuta NCA, tipo I [ipossica]
DS	R40.0	Sonnolenza

Esempio 5

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

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

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

Numero di sistemi d'organo che soddisfano i criteri di disfunzione secondo Goldstein	Cardiovascolare	Respiratorio	Neurologico	Ematologico	Renale	Epatico
1		criteri soddisfatti				

DP	P22.0	Sindrome di sofferenza [distress] respiratoria(o) neonatale
DS	P36.9	Sepsi batterica neonatale non specificata
DS	P39.8	Altre infezioni, specificate, specifiche del periodo perinatale
DS	P28.5	Insufficienza respiratoria acuta neonatale
DS	P271	Displasia broncopolmonare che ha origine nel periodo perinatale
DS	P07.01	Peso alla nascita da 500 a meno di 750 grammi
DS	P07.2	Immaturità estrema
DS	Z38.0	Nato singolo, nato in ospedale

Sepsi virale

Esempio: paziente 64enne con sepsi provocata da virus influenzali. Da sette giorni tipici sintomi influenzali, tosse, mal di gola e forte spossatezza. Il giorno dell'ammissione febbre fino 39,3°, brividi, nausea e offuscamento dello stato di coscienza. Il test PCR permette di accertare la presenza di virus influenzali stagionali.

Decorso: nel quadro della sepsi intervengono un disturbo dello stato di coscienza (GCS 12), una trombocitopenia (110 G/l), un'insufficienza respiratoria (PaO₂/FiO₂) 355 mmHg e un peggioramento della funzione renale (creatinina 125 µmol/l). La paziente viene monitorata in unità di cure intermedie. A seguito della somministrazione di antivirali e antipiretici lo stato della paziente migliora

Punteggio SOFA	Respirazione	Coagulazione	Fegato	Cardiovascolare, MAP	Sist. nervoso centrale	Renale
5	1	1	0	0	2	1

DP B34.80 Sepsi virale, non classificata altrove
 DS U69.80! Sepsi non nosocomiale
 DS J10.1 Influenza con altre manifestazioni respiratorie, virus influenzale stagionale identificato
 DS D69.58 Altra trombocitopenia secondaria, non specificata come refrattaria alla trasfusione
 DS R40.0 Sonnolenza, Assopimento
 DS N17.91 Insufficienza renale acuta non specificata, stadio 1

SD0103I SIRS

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

Si distingue tra SIRS di origine infettiva e SIRS di origine non infettiva.

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

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

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

Qualora nel corso della stessa degenza siano riscontrate e documentate sia una sepsi sia una SIRS di origine non infettiva o una SIRS dovuta ad un'infezione diversa da quella che ha provocato la sepsi, la SIRS può comunque essere codificata in relazione/nel contesto delle malattie indipendenti dalla sepsi.

R65.0! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo
R65.1! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva con insufficienza d'organo
R65.2! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine non infettiva senza insufficienza d'organo
R65.3! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine non infettiva con insufficienza d'organo
R65.9! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica non specificata

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

SD0104n HIV/AIDS

I codici per l'HIV sono:

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

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

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

Z21 Stato d'infezione asintomatica da HIV:

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

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

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

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

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

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

Come descritto in SD1503, è disponibile il codice 098.7 per descrivere una malattia da HIV che complica una gravidanza, un parto o il puerperio.

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

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

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

Nella documentazione della degenza e nell'elenco delle diagnosi, il medico menziona molto spesso lo stadio più grave riscontrato nel decorso della malattia, poiché si tratta del fattore principale che determina la prognosi. Tuttavia, per la codifica dell'attuale degenza vanno indicati la categoria clinica **attuale** con U60.–! e il numero di cellule T helper attuale con U61.–!. Se questi non sono documentati nella degenza attuale, si utilizzano i codici U60.9! e U61.9! rispettivamente.

U60.–! Categorie cliniche nella degenza attuale:

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

HIV/AIDS: Classificazione CDC (1993)

Le categorie di laboratorio da 1 a 3

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

Le categorie cliniche da A a C

Categoria A

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

Categoria B

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

- Angiomatosi bacillare
- Candidosi orofaringea
- Candidosi vulvovaginale persistente (più di un mese) o resistente al trattamento
- Displasia cervicale o carcinoma in situ
- Sintomi costituzionali come febbre $>38,5$ °C o diarrea persistente da più di 4 settimane
- Leucoplachia orale villosa
- Herpes zoster con interessamento di più dermatomeri o recidivante in un dermatomero
- Porpora trombocitopenica idiopatica
- Listeriosi
- Malattia infiammatoria pelvica (PID), in particolare su complicazioni di un ascesso tubarico o ovarico
- Neuropatia periferica

Categoria C (malattie definenti l'AIDS)

- Polmonite da Pneumocystis jirovecii
- Encefalite da toxoplasma
- Candidosi esofagea o candidosi di trachea, bronchi o polmoni
- Herpes simplex cronico, ulcera o bronchite o polmonite o esofagite da herpes
- Retinite da CMV
- Infezioni generalizzate da CMV (sedi diverse da fegato o milza)
- Setticemia da salmonelle ricorrente
- Polmonite ricorrente nell'arco di un anno
- Criptococchi extrapolmonare
- Criptosporidiosi cronica intestinale
- Infezione cronica intestinale da Isospora belli
- Istoplasmosi disseminata o extrapolmonare
- Tubercolosi
- Infezione da Mycobacterium avium complex o M. kansasii, disseminata o extrapolmonare
- Sarcoma di Kaposi
- Linfomi maligni (linfoma di Burkitt, linfoma immunoblastico o linfoma primario cerebrale)
- Carcinoma cervicale invasivo
- Encefalopatia da HIV
- Leucoencefalopatia multifocale progressiva (PML)
- Wasting syndrome

U61.–! Categoria di laboratorio nella degenza attuale:

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

Esempio: in un paziente asintomatico vengono codificati Z21 e U60.1!. U61.–! è codificato in base al numero di cellule T helper CD4* attualmente misurato (qualora non fosse documentato, si utilizza il codice U61.9!).

Sequenza e scelta dei codici

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

Esempio 2

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

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

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

Esempio 3

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

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

SD0105a Croup vero – pseudocroup – sindrome da croup

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

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

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

SD0106n COVID-19

Nel contesto della pandemia di COVID-19 (infezione da SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 [SARS 2])), sono stati attivati specifici codici ICD-10-GM:

- *U07.1! COVID-19, virus confermato*
- *U07.2! COVID-19, virus non confermato*
- *U08.9 COVID-19 nell'anamnesi personale, non specificata*
- *U09.9! Stato post-COVID-19, non specificato*
- *U10.9 Sindrome infiammatoria multisistemica associata a COVID-19, non specificata*
- *U11.9 Necessità di vaccinazione contro la COVID-19, non specificata*
- *U12.9! Effetti collaterali indesiderati della somministrazione di vaccini contro la COVID-19, non specificati*
- *U99.0! Esame speciale di screening per SARS-CoV-2*

Il codice *U04.9 Sindrome respiratoria acuta severa [SARS], non specificata* non va utilizzato nel quadro della pandemia di COVID-19, in quanto riservato all'agente patogeno della pandemia di coronavirus 2002/2003.

Esempi a illustrazione dell'utilizzo dei codici *U07.1!*, *U07.2!* e *U99.0!*

Nota bene:

- Gli esempi di seguito riportati e i codici proposti non sono da considerare esaustivi. Nella codifica devono essere osservate le regole di codifica e di fatturazione degli strumenti di codifica in vigore, in particolare le regole G52 «Diagnosi principale», G54 «Diagnosi secondarie», D09 «Diagnosi sospette», D15 «Trasferimenti», SD0102 «Sepsi», SD0103 «SIRS» e SD1002 «Insufficienza respiratoria».
- Il termine «Codice primario ICD» indicato nella sottostante tabella non ha lo stesso significato di «diagnosi principale».
- Nella rara evenienza di un raggruppamento di casi (a seguito di trasferimento di ritorno) connesso al SARS-CoV-2, al caso raggruppato va attribuito il codice *U07.1!* o *U07.2!* effettivamente stabilito al termine dell'ultima degenza.
- In caso di degenza stazionaria con isolamento profilattico di paziente non testato, nel contesto della pandemia di SARS-CoV-2, in assenza di criteri di sospetto, non può essere indicato alcun codice *U07.2!*.
- Spiegazioni sul codice *U99.0!* Esame speciale di screening per SARS-CoV-2:
 - o Il codice *U99.0!* non può essere codificato più volte per lo stesso caso, ad esempio quando un test viene effettuato più volte
 - o Con «esami speciali» si intendono le procedure diagnostiche di laboratorio effettuate per confermare la presenza di un'infezione da SARS-CoV-2.
 - o Il codice *U99.0!* può essere codificato insieme al codice *U07.2!* in casi sospetti con risultato di test ambiguo (vedi più sotto le condizioni per la registrazione del codice *U07.2!*).
 - o Il codice *U99.0!* non può essere registrato con l'*U07.1!*. Il codice *U07.1!* implica la conferma del virus.
 - o Per l'effettuazione dei test diagnostici di laboratorio non va registrato un codice di procedura.
- Spiegazioni sul codice *U07.2!* COVID-19, virus non confermato:
 - o Nei casi in cui l'infezione da SARS-CoV-2 è esclusa con certezza, non può essere registrato il codice *U07.2!*. Nei casi con risultati di test chiari che hanno escluso gli agenti patogeni di COVID-19, deve essere registrato il codice secondario *U99.0!*.
 - o La registrazione del codice *U07.2!* può avvenire alle seguenti condizioni: devono essere presenti sintomi (specifici o non specifici) di COVID-19 e deve sussistere un sospetto epidemiologico e la presenza del virus non deve essere stata confermata con certezza da un test (risultato del test negativo o ambiguo o test non effettuato). Se non sono presenti sintomi (specifici o non specifici) di COVID-19, malgrado sussista un sospetto epidemiologico (ad es. persona a diretto contatto), il codice *U07.2!* non deve essere registrato.
- Per la sepsi virale dovuta a SARS-CoV-2 va tenuto conto dello specifico paragrafo riportato in calce alla tabella.

Esempi	Cod. primario	Cod. secondario	Quadro clinico disponibile	Conferma diagnostica di laboratorio
Sepsi (virale) dovuta a SARS-CoV-2 (COVID-19) event. + infezione batterica aggiuntiva event. + J96.- Insufficienza respiratoria non classificata altrove e/o event. J80.0- Sindrome da distress respiratorio acuto <i>del bambino, dell'adolescente e dell'adulto</i> [ARDS] ecc.	B34.80 e + altri	U07.1!	specifico	sì
Polmonite dovuta a SARS-CoV-2 (COVID-19) event. + R65.0! SIRS di origine infettiva senza Insufficienza d'organo event. + J96.- Insufficienza respiratoria non classificata altrove e/o event. 80.0- Sindrome da distress respiratorio acuto <i>del bambino, dell'adolescente e dell'adulto</i> [ARDS] ecc.	J12.8 + altri q	U07.1!	specifico	sì
Laringite acuta dovuta a SARS-CoV-2 (COVID-19) con conferma dell'agente patogeno	J04.0	U07.1!	specifico	sì
Febbre e/o tosse (e ulteriori sintomi specifici) riconducibili a SARS-CoV-2 (COVID-19) con conferma dell'agente patogeno	R50.88 e/o R05 (ecc.)	U07.1!	specifico	sì
Infezione asintomatica confermata da SARS-CoV-2	Z22.8	U07.1!	non disponibile	ja
Caso sospetto clinico di SARS-CoV-2 con sintomi/manifestazioni, agente patogeno escluso con certezza al termine della degenza	Symptom/Manifestation	U99.0!	specifico e non specifico	virus escluso con certezza
Caso sospetto clinico-epidemiologico di SARS-CoV2 con sintomi/manifestazioni, agente patogeno non escluso con certezza al termine della degenza, poiché non è stato effettuato alcun test di laboratorio	Sintomo/ Manifestazione e Z20.8	U07.2! U99.0!	specifico e non specifico	nessun test di laboratorio
Caso sospetto clinico-epidemiologico di SARS-CoV-2 con sintomi/manifestazioni, agente patogeno non escluso con certezza al termine della degenza, poiché i test di laboratorio hanno dato risultati ambigui	Sintomo/ Manifestazione e Z20.8	U07.2! e U99.0!	specifico e non specifico	risultato di test ambiguo
Caso sospetto clinico-epidemiologico di SARS-CoV-2 con sintomi/manifestazioni, agente patogeno escluso con certezza al termine della degenza	Sintomo/ Manifestazione e Z20.8	U99.0!	specifico e non specifico	virus escluso con certezza
Caso sospetto epidemiologico (persona a contatto) senza sintomi di Covid-19, agente patogeno non escluso con certezza al termine della degenza (se trattamento stazionario), poiché non è stato effettuato alcun test di laboratorio	Z20.8		non disponibile	nessun test di laboratori
Caso sospetto epidemiologico (persona a contatto) senza sintomi di Covid-19, agente patogeno non escluso con certezza, poiché i test di laboratorio hanno dato risultati ambigui, o escluso con certezza al termine della degenza (se trattamento stazionario)	Z20.8	U99.0!	non disponibile	risultato di test ambiguo o negativo
Persona senza sospetto clinico-epidemiologico di infezione da SARS-CoV-2 , test effettuato, agente patogeno escluso con certezza	Z11	U99.0!	non disponibile	virus escluso con certezza

Sepsi virale dovuta a SARS-CoV-2

Ex.

DP	B34.80	Sepsi virale, non classificata altrove
DS	U07.1!	COVID-19, virus confermato
DS		Codice supplementare (U69.80!-U69.82!) per la specificazione della relazione cronologica della sepsi con l'ammissione in ambito stazionario.
DS		se presente, U10.9 Sindrome infiammatoria multisistemica associata a COVID-19, non specificata
DS		Punto focale dell'infezione, ecc.

altri codici secondo la sequenza della regola di codifica SD0102 «sepsi»

Se la sepsi dovuta a SARS-CoV-2 non soddisfa i requisiti della diagnostica principale, è valido il seguente ordine di inserimento del codice:

DP	J12.8	Altre polmoniti virali o altro
L		
DS	U69.0-!	Codici secondari per la specificazione della relazione cronologica tra una polmonite classificata altrove e l'ammissione in ambito stazionario
DS	B34.80	Sepsi virale, non classificata altrove
DS		Codice supplementare (U69.80!-U69.82!) per la specificazione della relazione cronologica della sepsi con l'ammissione in ambito stazionario.
DS	U07.1!	COVID-19, virus confermato
DS		se presente, U10.9 Sindrome infiammatoria multisistemica associata a COVID-19, non specificata
DS		Punto focale dell'infezione, ecc.

altri codici secondo la sequenza della regola di codifica SD0102 «sepsi»

Trattamento stazionario per febbre a seguito di somministrazione di vaccino contro la COVID-19

Qualora a seguito della somministrazione di un vaccino contro la COVID-19, a causa del manifestarsi di febbre, la/il paziente debba sottoporsi a trattamento stazionario, si raccomanda la seguente codifica:

DP	R50.88	Altra febbre specificata
DS	U12.9!	Effetti collaterali indesiderati della somministrazione di vaccini contro la COVID-19, non specificati

Il codice R50.2 Febbre indotta da farmaci non va utilizzato.

SD0200n Neoplasie

Indicazione generale:

Il capitolo SD0200 «Neoplasie» si applica al trattamento di tutte le neoplasie. Ciò vale sia per le neoplasie maligne e benigne sia per quelle dal comportamento incerto e sconosciuto.

Neoplasie maligne: p. es. carcinoma (carcinoma della prostata, carcinoma dell'endometrio), sarcoma, raramente timomi o meningiomi di grado III OMS (classificati inequivocabilmente come maligni dal punto di vista istopatologico), linfomi, leucemie o altre malattie maligne immunoproliferative ecc.

Neoplasie benigne: p. es. adenomi (prostata ecc.), miomi (utero ecc.), lipomi (p. es. del tessuto adiposo sottocutaneo o viscerale), meningiomi di grado I OMS (classificati inequivocabilmente come benigni dal punto di vista istopatologico) ecc.

Neoplasie dal comportamento incerto e sconosciuto: p. es. tumore borderline dell'ovaio, timomi, meningiomi di grado II OMS e altri tumori non classificabili inequivocabilmente come benigni o maligni dal punto di vista istopatologico ecc.

La classificazione ICD prevede due sistemi per codificare i tumori: una codifica secondo la localizzazione del tumore e una codifica secondo la sua morfologia.

Ai fini della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) viene impiegata solo la codifica in base alla localizzazione e all'organo interessato. I codici corrispondenti sono tratti dal capitolo II (C00–D48) della lista sistematica.

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

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

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

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

Esempio 1

Condrosarcoma acromiale.

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

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

Esempio 2

Cistoadenoma mucinoso dell'ovaio, senza indicazione di malignità

D27 Tumore benigno dell'ovaio

Cistoadenoma mucinoso dell'ovaio, maligno

C56 Tumore maligno dell'ovaio

Cistoadenoma mucinoso dell'ovaio, borderline

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

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

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

D30.3 Tumore benigno degli organi urinari, vescica

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

Tumori maligni del sistema ematopoietico/linfatico

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

Esempio 3

C91.0– Leucemia linfoblastica acuta

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

C91.01 remissione completa

Tumori maligni del tessuto connettivo e di altri tessuti molli

Per la localizzazione «encefalo», si noti che i tumori maligni non vanno indicati con un codice della categoria *C49**, ma con la sede anatomica più precisa (*C71** «Tumore maligno dell'encefalo»).

SD0202m Scelta e ordinamento delle diagnosi

Le regole di cui al punto SD0202 concernenti la scelta della diagnosi principale nel contesto di malattie tumorali valgono solo qualora **nessun'altra malattia autonoma e indipendente dal tumore** (p.es. un infarto miocardico) soddisfi la definizione di diagnosi principale; In presenza di una malattia/condizione/manifestazione indipendente dal tumore va applicata la regola di codifica G52.

Esempio 1

Ammissione per intervento bilaterale su ernie inguinali (incarcerate, non recidive).

Data la contestuale presenza di carcinoma della prostata con metastasi dei linfonodi intrapelvici, il penultimo giorno di degenza viene somministrata una chemioterapia nel ciclo in setting stazionario.

Secondo la documentazione medica, il maggior impiego di risorse mediche è riconducibile al trattamento delle ernie inguinali

DP K40.00 Ernia inguinale bilaterale, con occlusione, senza gangrena, non menzionata come ernia recidivante

L 0

DS C61 Tumore maligno della prostata

DS C77.5 Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi, linfonodi intrapelvici

T Intervento di ernia inguinale secondo documentazione medica

L 0

T Chemioterapia secondo documentazione medica

Esempio 2

Ricovero d'urgenza a causa di infarto miocardico (parete anteriore) conseguente a malattia coronarica trivasale. Intervento coronarografico in urgenza e successiva operazione di bypass.

Data la contestuale presenza di carcinoma del retto, al paziente viene somministrata una ciclo di chemioimmunoterapia nell'ultimo terzo della degenza per consentire un migliore monitoraggio. Subentrano complicanze della terapia antitumorale (mucosite dell'apparato digerente NAS e neutropenia), che prolungano ulteriormente la durata della degenza.

Considerato l'insieme delle cure somministrate, l'impiego di risorse mediche relativo alla malattia cardiaca è superiore a quello riguardante il trattamento del tumore e delle sue sequele.

DP	I21.0	Infarto miocardico acuto transmurale della parete anteriore
DS	I25.13	Cardiopatia ischemica cronica, malattia di tre vasi
DS	C20	Tumore maligno del retto
DS	K92.8	Altre malattie specificate dell'apparato digerente
DS	Y57.9!	Complicanze da medicinali o droghe
DS	D70.19	Agranulocitosi e neutropenia indotta da farmaci, non specificata
T		Operazione di bypass secondo documentazione medica
T		Intervento coronarico secondo documentazione medica
T		Chemioimmunoterapia secondo documentazione medica

Nota:

Malgrado negli esempi 1 e 2 sia stata somministrata una terapia antitumorale sistemica, trova comunque applicazione la regola di codifica G52 «Diagnosi principale», dato che sussistono contestualmente due malattie indipendenti l'una dall'altra.

A tal proposito, si veda anche il paragrafo «Terapia sistemica».

Nota bene:

Nonostante il trattamento di una neoplasia maligna in un caso soddisfi unicamente le condizioni di cui alla regola di codifica G54 «Diagnosi secondarie», anche le metastasi (descritte) e il carcinoma in situ contestualmente presenti vanno indicati come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica).

Ciò vale pure per il trattamento di metastasi che in presenza di altra condizione quale diagnosi principale soddisferebbero la regola relativa alla diagnosi secondaria. Anche il tumore primitivo corrispondente viene poi rilevato in conformità alle direttive e in contrasto con la regola di codifica G54. Va inoltre osservata la «Nota» riguardante la presenza (descrizione).

Esempio 3

Ammissione di una paziente per l'asportazione di utero miomatoso (miomi prevalentemente intramurali, ma anche submucosi) in presenza di disturbi emorragici persistenti (eziologicamente ricondotti ai miomi). Durante la degenza, la paziente subisce per la prima volta un attacco epilettico. Viene diagnosticata un'anemia da carenza di ferro cronica (dovuta a ipermenorrea) e somministrato ferro per via endovenosa. Dall'esame diagnostico tramite RMN risulta un forte sospetto di meningioma. Prescrizione di medicinali antiepilettici, dimissione della paziente e pianificazione di ulteriori trattamenti riguardanti il meningioma.

Il maggiore impiego di risorse è comunque quello riconducibile all'intervento per utero miomatoso.

DP	D25.1	Leiomioma intramurale dell'utero
DS	D25.0	Leiomioma sottomucoso dell'utero
DS	D50.0	Anemia da deficit di ferro secondaria a perdita di sangue (cronica)
DS	D32.0	Tumore benigno delle meningi, meningi cerebrali
T		Isterectomia secondo documentazione medica
T		RMN del neurocranio

Neoplasie maligne/Carcinomi in situ

Il codice della neoplasia maligna e/o del carcinoma in situ va indicato come diagnosi principale in occasione di **ciascun** ricovero ospedaliero per il trattamento della neoplasia maligna e/o del carcinoma in situ o per tutti i trattamenti successivi necessari (interventi di chirurgia, chemioterapia, radioterapia o altre terapie), 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/carcinoma in situ. Questo perché anche se il tumore maligno/carcinoma in situ è stato rimosso chirurgicamente, il paziente è ricoverato per successivi trattamenti e/o esami diagnostici riguardanti lo stesso tumore e/o carcinoma in situ.

Qualora una/un paziente necessiti di un trattamento chirurgico di un tumore maligno, di un carcinoma in situ e/o di metastasi ripartito su diversi interventi, in ogni ricovero ospedaliero in cui viene eseguito un intervento successivo (pianificato), il codice del tumore maligno, del carcinoma in situ, delle metastasi va indicato come diagnosi principale. Sebbene il tumore, il carcinoma in situ, le metastasi siano già stati asportati durante il primo intervento, nelle successive degenze ospedaliere la/il **paziente continua a essere trattata/o per il tumore, il carcinoma in situ, le metastasi**, ossia il tumore **maligno, il carcinoma in situ**, le metastasi sono la causa anche degli interventi successivi (pianificati).

In questa regola di codifica, il termine «successivo» va anche considerato alla luce della regola di codifica D07 «Interventi di follow-up pianificati».

Per le degenze stazionarie dovute a disturbi iatrogeni, ossia a sequele/malattie provocate da terapie somministrate nel contesto di malattie tumorali, si rimanda alla regola di codifica SD0205.

Esempio 4

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

DP	C50.-	Tumore maligno della mammella (quarto carattere in base alla sede del tumore)
L		
DS	D05.0	Carcinoma in situ lobulare
L	0	

Nota:

in caso di presenza contestuale di un carcinoma (p. es. nel microambiente di CIS esteso) e di un carcinoma in situ, il tumore maligno va rilevato **prima** del carcinoma in situ.

Esempio 5

Ammissione per mastectomia bilaterale in presenza di carcinoma in situ bilaterale (accertato tramite agobiopsia).

Nel referto istopatologico postoperatorio è documentato un esteso carcinoma duttale in situ bilaterale con piccola parte di carcinoma invasivo (dimensioni 0,4 x 0,3 mm, a destra asse ore 9).

DP	C50.8	Tumore maligno della mammella, Lesione sconfinante a più zone contigue della mammella
L	1	
DS	D05.1	Carcinoma in situ intraduttale
L	0	

Esempio 6

Ammissione per Re-TUR-V pianificata in presenza di carcinoma della vescica (entrambe le pareti laterali) e instillazione di medicinali citotossici.

DP	C67.2	Tumore maligno della vescica, parete laterale della vescica
L	0	
T		TUR-V
T		Reintervento
T		Instillazione di medicinali citotossici

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

In caso di contestuale trattamento/esame diagnostico di tumori maligni/neoplasie E metastasi E terapia sistemica trova applicazione la regola di codifica G52 «Diagnosi principale».

- **Diagnosi/trattamento del tumore primitivo:** Il tumore primitivo o primitivo recidivo (locale) va indicato come diagnosi principale. Le ulteriori metastasi (descritte) e il carcinoma in situ presenti sono indicati come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica). I tumori primitivi di sede sconosciuta (CUP) sono codificati con *C 80.- Tumore maligno di sede non specificata*.

Esempio 7

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)
L

- **Diagnosi/trattamento di metastasi:** le metastasi vanno indicate come diagnosi principale e il tumore primitivo o primitivo recidivo (locale) come diagnosi secondaria (a dispetto della definizione di diagnosi secondaria). Le ulteriori metastasi (descritte) e il carcinoma in situ presenti sono indicati come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica).

Esempio 8

Un paziente è ammesso in ospedale per la resezione di metastasi al fegato da un carcinoma coloretale resecato.

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

- **Terapia sistemica** (radioterapia corporea totale, radioterapia i.v., chemioterapia sistemica o altre terapie antitumorali sistemiche come p. es. terapie ormonali; vedi esempio 10) **del tumore primitivo e/o delle metastasi:** il tumore primitivo o primitivo recidivo (locale) va indicato come diagnosi principale. Le ulteriori metastasi (descritte) e il carcinoma in situ presenti sono indicati come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica). I tumori primitivi di sede sconosciuta (CUP) sono codificati con *C 80.- Tumore maligno di sede non specificata*.

Esempio 9

Un paziente è ricoverato per una 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

In caso di trattamento contestuale nel corso della stessa degenza stazionaria di una malattia maligna trattata in modo sistemico e di una malattia/condizione/manifestazione indipendente dalla neoplasia maligna, trova applicazione la regola di codifica G52 «Diagnosi principale» e la presente regola di codifica resta senza effetto.

A tal proposito, si vedano esempi 1 e 2.

Esempio 10

Ammissione di una paziente 84enne con insufficienza cardiaca non compensata NYHA 3-4 per compensazione e aggiustamento della medicazione nel reparto «Medicina interna». La paziente soffre inoltre di un carcinoma della mammella destro sito nel quadrante superiore esterno con metastasi dei linfonodi ascellari già operato un anno e mezzo prima.

Al momento non è pianificata alcuna chemioterapia, malattia stabile.

Trattandosi di un carcinoma positivo ai recettori degli estrogeni, durante la degenza alla paziente viene iniettata un'ulteriore dose di un inibitore di estrogeni.

DP I50.14 Insufficienza ventricolare sinistra, con disturbi a riposo
DS C50.4 Tumore maligno della mammella, Quadrante supero-esterno della mammella
L 1
DS C77.3 Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi, linfonodi ascellari e dell'arto superiore
L 1

- **Diagnosi/trattamento sia del tumore primitivo che delle metastasi:** l'affezione che richiede il maggior impiego di risorse mediche va scelta come diagnosi principale (in conformità alla regola G52). A seconda dell'impiego di risorse mediche documentato, sia il tumore primitivo o primitivo recidivo (locale) sia le metastasi possono essere presi in considerazione come diagnosi principale.

Le ulteriori metastasi presenti (descritte) e/o il tumore e il carcinoma in situ presenti sono indicati come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondarie di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica).

Esempio 11

Ammissione per intervento su una metastasi ossea (sterno) in presenza di carcinoma primitivo del mediastino anteriore.

Al termine della degenza viene somministrata una chemioterapia sistemica.

Secondo la documentazione medica, il maggiore impiego di risorse è riconducibile al trattamento della neoplasia secondaria allo sterno.

DP C79.5 Tumore maligno secondario dell'osso e del midollo osseo
DS C38.1 Tumore maligno del cuore, del mediastino e della pleura, mediastino anteriore

Esempio 12

Ammissione di una paziente per biopsia dei linfonodi in presenza di sospette metastasi nei linfonodi inguinali (a destra) provocate da un melanoma maligno della grande labbra destra.

Lo staging conferma il sospetto.

Nella stessa degenza, alla paziente viene somministrata una terapia sistemica con chemioterapici e un'immunoterapia con anticorpi.

Dalla documentazione medica si evince che, ai sensi della regola di codifica G52, il trattamento sistemico è all'origine di un maggiore impiego di risorse rispetto allo staging effettuato tramite la biopsia dei linfonodi.

DP C51.0 Tumore maligno della vulva, grandi labbra vulvari
L 1
DS C77.4 Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi, linfonodi inguinali e dell'arto inferiore
L 1

In caso di terapia sistemica contestuale a trattamento di metastasi (esempio 11) o di esami diagnostici per individuare metastasi (esempio 12), la determinazione del maggiore impiego di risorse va effettuata in conformità alla regola di codifica G52 «Diagnosi principale».

- **Cure palliative in pazienti oncologici:** il tumore (primitivo o primitivo recidivo (locale)) va indicato come diagnosi principale e le metastasi (descritte) e/o il carcinoma in situ presenti come diagnosi secondarie, a prescindere che siano trattati direttamente o meno e malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica.

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

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

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

- **Trattamento dei sintomi:** se una/un paziente è trattato esclusivamente per uno o più sintomi di una malattia tumorale e sul tumore non è eseguita alcuna procedura, come diagnosi principale va indicata la neoplasia (tumore primitivo o primitivo recidivo (locale) o metastasi) i cui sintomi hanno richiesto il maggior dispendio di risorse per il trattamento (G52). Se come diagnosi principale è indicata una metastasi, vanno indicati come diagnosi secondaria il tumore primitivo o primitivo recidivo (locale) nonché le ulteriori metastasi presenti (descritte), e/o il carcinoma in situ presenti, malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica.

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

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

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

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

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

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

Esempio 13

Ammissione di una paziente che soffre per la prima volta di una crisi tonico-clonica.

Gli esami diagnostici, tra cui una TAC del capo, indicano un'epilessia strutturale in presenza di processo neoformativo frontale con sospetto di meningioma benigno della falce cerebrale.

Vengono prescritti antiepilettici e si consiglia alla paziente il trattamento a medio termine del meningioma.

DP D32.0 Tumore benigno delle meningi, meningi cerebrali

DS G40.2 Epilessia e sindromi epilettiche sintomatiche, definite per localizzazione (focale) (parziale), con crisi parziali complesse

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

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

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

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

Esempi di paraneoplasie

- Manifestazioni paraneoplastiche endocrine:
 - secrezione ectopica di ACTH o di molecole simili all'ACTH
(p.es. carcinoma bronchiale), possibile sequela: *E24.3 Sindrome di secrezione ectopica di ACTH*
 - secrezione di PTH
(p.es. carcinoma bronchiale), possibile sequela: *E21.2 Altro iperparatiroidismo*
- Disturbi della coagulazione di origine paraneoplastica, p.es. trombosi paraneoplastiche:
 - tromboflebite migrante: *I82.1*
 - trombosi venosa profonda: *I80.28*
 - endocardite trombotica abatterica (con patologie conseguenti come infarto cardiaco o ictus): *I33.9*
- Paraneoplasie indotte da anticorpi:
 - sindrome di Zollinger-Ellison, p. es. in tumore maligno del tratto gastrointestinale: *E16.4*
 - dermato(poli)miosite in malattie neoplastiche: *M36.0**
- Paraneoplasie di origine neurologica:
 - sindrome di Guillain-Barré, p. es. in linfoma di Hodgkin: *G61.0*
 - sindrome di Lambert-Eaton p. es. in carcinoma bronchiale a piccole cellule: *G73.1**
 - polineuropatia periferica (non provocata da chemioterapia): *G62.88*

Nota: sindromi/sintomi o manifestazioni paraneoplastici e/o malattie eziologicamente riconducibili ad un tumore possono provocare ulteriori sequela.

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

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

Esempio 14

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

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

Esempio 15

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

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

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

Esempio 16

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

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

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

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

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

Nota bene: per tutti i casi descritti vale quanto segue:

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

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

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

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

Esempio 17

Una paziente è ricoverata per un ciclo di chemioterapia palliativa per esito di mastectomia con linfadenectomia

in carcinoma mammario metastatico. Secondo il rapporto medico di dimissione, la classificazione TNM è pT2N2(7/15) M1(OSS, BRA).

I linfonodi metastatici erano localizzati a livello ascellare.

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

Esempio 18

Un paziente è ricoverato per vertebroplastica a seguito di collasso di vertebra toracica provocata da metastasi (documentata a livello medico) in presenza anche di carcinoma a cellule renali.

DP	C79.5†	Tumore maligno secondario dell'osso e del midollo osseo
DS	M49.54*	Collasso vertebrale in malattie classificate altrove: zona dorsale
DS	C64	Tumore maligno del rene, ad eccezione della pelvi renale
L		

SD0203n 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 originario.

Se il tumore rescisso in precedenza è documentato come metastasi e/o sono presenti (attualmente) metastasi (descritte) e/o un (attualmente) carcinoma in situ, vanno registrate anche queste diagnosi (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica).

La rappresentazione del reintervento nello stesso punto si effettua, come d'abitudine, tramite speciali codici di reintervento oppure indicando in aggiunta i codici CHOP 00.99.11 «*Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica*» o 00.99.12 «*Intervento in un campo già trattato per via percutanea interventistica o irradiato in precedenza*».

SD0204k Diagnosi di tumore soltanto mediante biopsia

Se l'esito di una biopsia effettuata in precedenza porta a una diagnosi di neoplasia maligna, carcinoma in situ o ad altra diagnosi, non confermata però dal tessuto prelevato nel corso dell'attuale intervento, va codificata solamente la diagnosi pronunciata originariamente sulla base della biopsia effettuata in precedenza, se dal punto di vista clinico e/o istopatologico non emergono altre diagnosi e/o risultanze.

SD0205n Malattie, disturbi (acuti, cronici) dopo e/o quali sequele di procedure mediche nell'ambito del trattamento di neoplasie maligne (solide, ematologiche)

A seguito/in occasione del trattamento/della terapia contro malattie maligne subentrano spesso malattie/disturbi/sequele/sindromi/sintomi/altre manifestazioni dovuti alla terapia stessa.

Nei diversi capitoli dell'ICD-10-GM figurano, come già precisato nella regola di codifica D12, codici diagnostici specifici come p. es. *D70.1- Agranulocitosi e neutropenia indotta da farmaci*, *D90 Effetti da immunocompromissione dopo irradiazione, chemioterapia e altri trattamenti immunosoppressivi*, *K52.1 Gastroenterite e colite tossiche*, *G62.0 Polineuropatia da farmaci* ecc.

Se non è disponibile un codice diagnostico specifico ai sensi della regola di codifica D12, per la ricerca di un codice appropriato si procede come indicato nella regola di codifica in questione.

P.es. *B37.0 Stomatite da candida* + *Y84.9! Complicanza di intervento medico non specificato*, *R11 Nausea e vomito* + *Y57.9! Complicanze da medicinali o droghe* ecc.

Se durante una degenza ospedaliera viene/vengono trattata/e **esclusivamente** la/le malattia/e o il/i disturbo/i dopo procedure diagnostiche o terapeutiche mentre per la neoplasia maligna non viene eseguita alcuna procedura, la malattia o il disturbo dopo procedure diagnostiche o terapeutiche va indicata come diagnosi principale. Il tumore (primitivo, primitivo recidivo (locale) o in forma di metastasi) il cui trattamento ha provocato il disturbo iatrogeno nonché le ulteriori metastasi presenti (descritte) sono indicati come diagnosi secondaria (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica).

Se vengono trattate più malattie dopo procedure mediche, come diagnosi principale va codificato il disturbo che ha provocato il maggiore impiego di risorse mediche (regola G52).

Nota bene: In caso di riammissione entro 18 giorni, la regola di codifica generale D16 (regola di fatturazione) prevale sulla regola di codifica speciale SD0205 e va quindi applicata.

Nota:

Se una neoplasia maligna viene considerata guarita, il trattamento è terminato (ossia non sono più somministrate terapie, p. es. nemmeno terapie di blocco ormonale) e non sono previste nemmeno in futuro nuove o ulteriori terapie, non va indicato alcun codice ICD-10-GM per la neoplasia maligna e/o il carcinoma in situ.

Per indicare che si tratta di un disturbo dopo procedure mediche e che sussisteva una neoplasia maligna, vanno utilizzati codici dei capitoli XX e XXI (esempi 7,8).

L'esito «guarigione» nel contesto di malattie maligne sottiacenti dipende dalla malattia in questione e viene definito con termini e parametri differenti e mutevoli (a questo proposito vedi anche regola di codifica SD0207).

Ne consegue che dalla documentazione medica deve evincersi con chiarezza, in funzione della malattia maligna sottiacente, se sussiste una guarigione completa.

Esempio 1

Trattamento di linfedema a seguito di mastectomia per carcinoma della mammella con terapia ormonale in corso.

DP	I97.2	Linfedema post-mastectomia (parziale)
L		
DS	C50.-	Tumore maligno della mammella (quarto carattere in base alla sede del tumore)
L		

Esempio 2

Ammissione con neutropenia e anemia dopo somministrazione del secondo ciclo di chemioterapia per metastasi da carcinoma dell'endometrio nei linfonodi pelvici. Il rapporto istopatologico rivelava inoltre la presenza di un carcinoma endocervicale in situ nell'utero asportato.

A provocare il maggiore impiego di risorse nel trattamento sono state la neutropenia e le sue sequele. A causa dell'anemia somministrazione di 2 concentrati di eritrociti. Non è stata eseguita alcuna misura terapeutica e/o diagnostica specifica per la neoplasia maligna.

DP	D70.1-	Agranulocitosi e neutropenia indotta da farmaci
DS	D61.1	Anemia aplastica da farmaci
DS	C54.1	Tumore maligno del corpo dell'utero, endometrio
DS	C77.5	Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi, linfonodi intrapelvici
DS	D06.0	Carcinoma in situ della cervice uterina, endocervice

Esempio 3

Ammissione con stomatite da candida 15 giorni dopo l'ultima chemioimmunoterapia somministrata per carcinoma della testa del pancreas con metastasi dei linfonodi regionali.

Il paziente presenta una pancitopenia caratterizzata in particolare da anemia conseguente a terapia.

L'intera cavità orale mostra afte, altre stigmati infiammatorie e colonie di candida persistenti.

A causa dei forti dolori nell'assunzione di cibi e liquidi sono presenti quali sequele disidratazione e iponatriemia: (trattate con infusioni di cloruro di sodio), un principio di malnutrizione (nutrizione liquida ipercalorica) e di conseguenza condizioni generali ridotte.

La causa medicalmente accertata del maggiore impiego di risorse, a seguito di somministrazione di 2 CE, 1 CT, di un medicamento che agisce come fattore stimolante le colonie di granulociti (sommministrato un'unica volta), nonché di 8 giorni di trattamento della candidosi/ dell'infiammazione e ricondizionamento con impiego di risorse, è la stomatite da candida.

Tutte le malattie attuali sono considerate sequele/disturbi dopo somministrazione di chemioterapia. Al termine del trattamento dei disturbi menzionati si procede ad una TC di staging e alla somministrazione di un'ulteriore chemioterapia a scopo palliativo sotto monitoraggio stazionario.

DP	C25.0	Tumore maligno del pancreas, Testa del pancreas
DS	C77.2	Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi, linfonodi intra-addominali
DS	B37.0	Stomatite da candida
DS	E87.1	Ipoosmolarità e iponatriemia
DS	E86	Ipovolemia
DS	E46	Malnutrizione proteico-energetica non specificata
DS	D61.10	Anemia aplastica da citostatici
DS	D70.1-	Agranulocitosi e neutropenia indotta da farmaci
DS	D69.58	Altra trombocitopenia secondaria, non specificata come refrattaria alla trasfusione
DS	Y57.9!	Complicanze da medicinali o droghe

A seguito di riammissione 15 giorni dopo la somministrazione di chemioterapia e relative sequele è applicabile la regola di codifica/ regola di fatturazione D16.

Se la riammissione fosse avvenuta il 19° giorno dopo la dimissione, sarebbe stata applicabile la regola di codifica SD0205 e il codice C25.0 sarebbe nuovamente la diagnosi principale del caso.

Esempio 4

Ammissione di una paziente 34enne con forti dolori ossei direttamente a seguito di radioterapia pianificata per un osteosarcoma della mandibola sinistra con metastasi linfonodale cervicale solitaria sinistra. Stato dopo intervento primario ed avvio della chemioterapia postoperatoria.

Dopo somministrazione di analgesici per via endovenosa (3 volte in 24 ore) rapido miglioramento del livello dei dolori.

A causa di altri indizi osservati vengono effettuate una RMN di staging del neurocranio ed una TC delle parti molli del collo. Non viene constatato alcun progresso della malattia sottostante.

La paziente è giovane e a causa della malattia maligna sottostante, ha recentemente sviluppato uno stato depressivo medio-forte che ha richiesto un consulto psichiatrico e la prescrizione di antidepressivi.

A seguito di colloquio, anche per un migliore monitoraggio, viene somministrata la successiva chemioterapia nel corso della stessa degenza. Anche la radioterapia, essendo stata fatta nello stesso ospedale il giorno dell'ammissione, confluisce nella codifica stazionaria.

DP	C41.1	Tumore maligno dell'osso e della cartilagine articolare di altre e non specificate sedi, osso mascellare inferiore
L	2	
DS	C77.0	Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi, linfonodi della testa, della faccia e del collo
L	2	
DS	K10.8	Altre malattie specificate dei mascellari
L	2	
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato
DS	F32.1	Episodio depressivo di media gravità

Esempio 5

Dopo la conclusione del trattamento di un melanoma sulla fronte destra (asportazione, copertura plastica, chemioterapia e anticorpale) e il ritrovamento di un'unica micrometastasi nei linfonodi cervicali destri asportati nel corso dell'intervento primario, si forma un fastidioso cheloide cicatriziale. La documentazione medica non contiene alcuna indicazione di guarigione.

Ammissione per revisione del cheloide cicatriziale.

DP	L91.0	Disturbi ipertrofici della cute, cicatrice ipertrofica
L	1	
DS	C43.3	Melanoma maligno della cute di altre e non specificate parti della faccia
L	1	
DS	C77.0	Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi, linfonodi della testa, della faccia e del collo
L	1	

Esempio 6

Ammissione per intervento su un restringimento dell'uretra 6 anni dopo un intervento transuretrale a causa di carcinoma della vescica. Il trattamento è considerato concluso e il paziente guarito.

DP	N99.1	Disturbi iatrogeni delle vie genitourinarie non classificati altrove, stenosi uretrale iatrogena
DS	Z85.5	Tumore maligno delle vie urinarie nell'anamnesi personale

Esempio 7

Ammissione per accertamenti a seguito di crescenti e significativi deficit cognitivi e motori, nonché di disturbo affettivo. Viene diagnosticata una lesione cerebrale post-attinica di tipo ALERT (Acute Late-onset Encephalopathy after Radiotherapy). Dall'anamnesi risulta concluso il trattamento di un astrocitoma frontale (17 anni prima). Per quanto riguarda il tumore maligno, il paziente è considerato guarito.

DP	G93.88†	Altri disturbi dell'encefalo, altre malattie specificate dell'encefalo
DS	F02.8*	Demenza in altre malattie specificate classificate altrove
DS	U63.1!	Sintomi affettivi in demenza
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato
DS	Z85.8	Tumore maligno di altri organi o apparati nell'anamnesi personale

Esempio 8

Ammissione per somministrazione della prima chemio-immunoterapia per un carcinoma polmonare da poco diagnosticato (lobo inferiore destro).

Stato dopo irradiazione di un linfoma non Hodgkin del mediastino destro 20 anni prima.

La documentazione medica mostra un legame eziologico tra il tumore secondario (polmonare) e la radioterapia della prima neoplasia maligna apparsa e trattata anni prima.

DP	C34.3	Tumore maligno dei bronchi e del polmone, lobo o bronco inferiore
L	1	
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato
DS	Z85.7	Tumore maligno degli organi linfatici ed emopoietici nell'anamnesi personale

SD0206a 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*.

SD0207a 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

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).

SD0208n Recidive

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

Esempio 1

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

DP	C50.–	Tumore maligno della mammella
L		
DS	Z85.3	Anamnesi personale di tumore maligno della mammella
L		

SD0209a 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 G54).

Esempio 1

Feocromocitoma maligno che secerne catecolamine.

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

SD0210n Sedi multiple

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

Esempio 1

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

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

Esempio 2

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

DP/DS	C67.3	Tumore maligno della vescica, parete anteriore
DS/DP	C67.4	Tumore maligno della vescica, parete posteriore
DS	C97!	Tumori maligni di sedi indipendenti multiple (primitive)

- **Metastasi linfonodali in sedi multiple:** Le metastasi linfonodali multiple vanno rilevate con il codice *C77.8 Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi di regioni multiple*, seguito dai pertinenti codici *U69.5-!* *Codici secondari per l'indicazione di regioni multiple in neoplasia maligna secondaria e non specificata dei linfonodi*. Vedi a tal proposito l'esempio 3.

Eccezione: Se il trattamento di specifiche metastasi o aree linfonodali soddisfa le condizioni di codifica come diagnosi principale, va indicato quale DP il corrispondente codice **specifico** della categoria C77.- (e non il codice C77.8). Tutte le altre aree linfonodali colpite, eventuali altre metastasi presenti (descritte) e il tumore primitivo/primitivo recidivo vanno indicati quali diagnosi secondarie (malgrado la definizione di diagnosi secondaria di cui alla regola G54 preveda un impiego di risorse mediche > 0 per consentirne la codifica). Vedi a tal proposito l'esempio 4.

Esempio 3

Carcinoma dell'endometrio con metastasi retroperitoneali, pleurali, ossee e linfonodali, con le seguenti stazioni linfonodali colpite: retroperitoneale, mediastinica, inguinale, pelvica, sopraclaveare e cervicale (collo). Ammissione per terapia anticorpale.

DP	C54.1	Tumore maligno del corpo dell'utero, endometrio
DS	C78.2	Tumore maligno secondario della pleura
L		
DS	C78.6	Tumore maligno secondario del retroperitoneo e del peritoneo
DS	C79.5	Tumore maligno secondario dell'osso e del midollo osseo
DS	C77.8	Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi di regioni multiple
DS	U69.50!	Codici secondari per l'indicazione di regioni multiple in neoplasia maligna secondaria e non specificata dei linfonodi della testa, del viso e del collo
DS	U69.51!	Codici secondari per l'indicazione di regioni multiple in neoplasia maligna secondaria e non specificata dei linfonodi intratoracici
DS	U69.52!	Codici secondari per l'indicazione di regioni multiple in neoplasia maligna secondaria e non specificata dei linfonodi intraaddominali
DS	U69.54!	Codici secondari per l'indicazione di regioni multiple in neoplasia maligna secondaria e non specificata dei linfonodi inguinali e linfonodi dell'arto inferiore
DS	U69.55!	Codici secondari per l'indicazione di regioni multiple in neoplasia maligna secondaria e non specificata dei linfonodi intrapelvici

Esempio 4

Ammissione per esami diagnostici in presenza di sospetto (e successiva conferma) di metastasi dei linfonodi mediastinici determinata da carcinoma del pavimento orale con metastasi nei linfonodi cervicali (collo).

DP C77.1 Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi, linfonodi intratoracici
 DS C77.0 Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi, linfonodi della testa, della faccia e del collo
 DS C04.9 Tumore maligno del pavimento orale, pavimento orale non specificato

Esempio 5

Accertamento diagnostico di un linfoma follicolare (nodulare) Non Hodgkin con coinvolgimento delle stazioni linfonodali ascellari, cervicali e grosso linfonodo mediastinico (- bulky).

DP C82.9 Linfoma follicolare non specificato

SD0211a Lesioni contigue

Le sottocategorie .8:

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

Esempio 1

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

C21.8 Tumore maligno dell'ano e del canale anale, lesione sconfinante a più zone contigue del retto, dell'ano e del canale anale

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

Esempio 2

Adenocarcinoma che si estende dal sigma al retto.

C19 Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea

Qualora la diffusione/infiltrazione del tumore/metastasi da una sede originaria nota si estenda ad un organo o regione adiacente, va codificata solo la sede originaria. (Lo stesso vale per la linfangiosi carcinomatosa del tumore primitivo, vedi anche SD0213).

Esempio 3

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

C53.1 Tumore maligno della cervice uterina, esocervice

SD0212a 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*

Si noterà che:

.x0 Senza indicazione di remissione completa

- Senza indicazione di remissione*
In remissione parziale

va attribuito:

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

.x1 In remissione completa

va attribuito:

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

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

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

SD0213a Linfangiosi carcinomatosa

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

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

C78.2 *Tumore maligno secondario della pleura*

SD0214n 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 C87 a C88.

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

Ai linfomi **non** vanno attribuiti i seguenti codici:

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

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

C79.5 Tumore maligno secondario dell'osso e del midollo osseo/Focolai ossei (osteomidollari) di linfomi maligni (stati classificati 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

Se il trattamento dell'infiltrazione tumorale delle meningi, dell'encefalo o osseo soddisfa le condizioni di diagnosi principale, il codice corrispondente va indicato come DP.

SD0215a Chemioterapia e radioterapia

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

Z51.0 Seduta di radioterapia

Z51.1 Seduta di chemioterapia antineoplastica e

Z51.82 Seduta combinata di chemioterapia e radioterapia antineoplastica

non vanno utilizzati.

SD0216n Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio

Questi interventi vengono eseguiti p. es. in caso di diagnosi di tumore del seno o di tumore ovarico nell'anamnesi familiare, di predisposizione genetica, 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

L

Esempio 3

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

DP Z40.00 Interventi chirurgici per profilassi mammella

L 0

Esempio 4

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

DP Z40.01 Interventi chirurgici per profilassi ovaio

L 0

SD0217o Cure palliative

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

93.8A.2- *Trattamento medico palliativo complesso (fuori da un reparto specialistico autonomo di cure palliative), secondo il numero di giorni di trattamento*

93.8B.- *Cure palliative specializzate*

Nota: «Scelta della diagnosi principale nelle cure palliative: quale diagnosi principale va indicata la malattia che determina il trattamento palliativo». Notare in particolare la regola di codifica SD0202, «Cure palliative in pazienti oncologici»

Nota bene:

- I sintomi di una malattia tumorale in stadio avanzato, come p. es. forte nausea, infiammazione sistemica, debolezza, inappetenza, dolori generalizzati, dispnea, attacchi di panico ecc. **non** vanno indicati nella diagnosi principale quale ragione delle cure palliative, anche se sono stati rilevanti per le scelte relative alle cure di conforto nel corso della degenza.

Se la documentazione e/o la cartella medica indicano che gli obiettivi del trattamento sono cambiati da curativi a palliativi, che un intervento è stato effettuato con intenti palliativi, che la chemioterapia va intesa come palliativa ecc., non può essere utilizzato il codice *Z51.5 Cure palliative*.

Rilevazione di limitazioni funzionali nell'ambito di cure palliative

I codici delle categorie *U50.-* e *U51.-*, che si riferiscono all'indice di Barthel, possono essere indicati per i trattamenti di medicina palliativa (analogamente ai trattamenti di riabilitazione geriatrica e a quelli di riabilitazione precoce) **all'inizio delle cure**.

Tenendo conto della nota inerente alle categorie *U50.-* e *U51.-*, ciò significa che la rilevazione **non** deve obbligatoriamente avvenire nei primi 5 giorni di cure **stazionarie**.

SD0400 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche

SD0401n Nozioni generali

Diabete mellito: tipi

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

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

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

Categorie E10 – E14

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

Diabete mellito scompensato

Il **quinto carattere** si codifica nel seguente modo:

- 0 diabete mellito definito come non scompensato
- 1 diabete mellito definito come scompensato
- 2 diabete mellito con complicanze multiple, definito come non scompensato
- 3 diabete mellito con complicanze multiple, definito come scompensato
- 4 diabete mellito con sindrome del piede diabetico, non definito come scompensato
- 5 diabete mellito con sindrome del piede diabetico, definito come scompensato

A questo proposito si deve tener conto che dal punto di vista medico non tutte le combinazioni del codice a quattro caratteri hanno senso con un quinto carattere. 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 tre misurazioni glicemiche al giorno e adeguamento della terapia
- glicemia con forti oscillazioni (diff. almeno 5 mmol/l) con tre misurazioni glicemiche al giorno e adeguamento della terapia, o
- HbA1C chiaramente elevata (>9%) nel corso degli ultimi 3 mesi e tre misurazioni glicemiche al giorno, e/o
- almeno tre volte valori >15 mmol/l con diversi adeguamenti della terapia
- valori <15 mmol/l ma controllo impegnativo con più di tre misurazioni glicemiche al giorno per diversi giorni e iniezioni integrative documentate.

SD0402n 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).

- **La malattia di base principale è il diabete mellito, che viene trattato, ed esiste solo una complicanza (manifestazione) del DM:**

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

DS *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-GM** per la codifica del diabete mellito. Secondo questa regola con il quarto carattere «.6» del codice per il diabete si punta ad un adeguato DRG del diabete e non al DRG specifico alla complicanza. Per esempio con il quarto carattere «.2», il caso rientrerebbe invece in un DRG renale, mentre con il quarto carattere «.5», il caso rientrerebbe in un DRG vascolare.

Esempio 1

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

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

DS *N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito*

Esempio 2

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

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

Per indicare il livello di ipoglicemia o la presenza di un disturbo di percezione dell'ipoglicemia va utilizzato un codice supplementare (U69.70!-U69.74).

- **La malattia di base principale è il diabete mellito che viene trattato, ed esistono complicanze (manifestazioni) multiple del DM, senza che il trattamento di una manifestazione sia prioritario:**

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

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

Esempio 3

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

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

DS I79.2* Angiopatia periferica in malattie classificate altrove

DS H36.0* Retinopatia diabetica

DS N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

Esempio 4

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

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

- **La malattia di base principale è una complicanza del diabete mellito che viene trattata parallelamente al diabete stesso, ed esistono altre complicanze (manifestazioni) multiple del DM, senza che il trattamento di queste altre manifestazioni sia prioritario:**

DP E10 – E14, con quarto carattere corrispondente alla manifestazione trattata prioritariamente

DS seguito dal relativo codice per questa manifestazione

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

Esempio 5

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

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

DS I79.2* Angiopatia periferica in malattie classificate altrove

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

L

DS E10.30† Diabete mellito, tipo 1 con complicanze oculari, definito come non scompensato

DS H36.0* Retinopatia diabetica

T 39.25.-- Bypass vascolare dall'aorta o dall'arteria iliaca ad altre arterie delle estremità inferiori

L

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

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

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

DP E10 – E14, con quarto carattere corrispondente alla manifestazione che richiede il maggior impiego di risorse

DS seguito dal relativo codice per la manifestazione che richiede il maggior impiego di risorse

DS E10 – E14, con quarto carattere corrispondente alla(e) altra(e) manifestazione(i) trattata(e)

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

Diabete mellito come diagnosi secondaria

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

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

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

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

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

Esempio 6

Una paziente è ricoverata per una caduta con 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 è trattato con misure dietetiche e farmacologiche e i valori renali vengono controllati regolarmente.

DP S42.21 Frattura dell'estremità superiore dell'omero, testa

L 1

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

DS E11.20† Diabete mellito, tipo 2 con complicanze renali, definito come non scompensato

DS N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

Esempio 7

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

DP S42.21 Frattura dell'estremità superiore dell'omero, testa

L 1

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

DS E11.20† Diabete mellito, tipo 2 con complicanze renali, definito come non scompensato

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

SD0403n Complicanze specifiche del diabete mellito

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

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

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

Esempio 1

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

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

DS N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

Esempio 2

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

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

DS N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito

DS N18.5 Malattia renale cronica, stadio 5

Nota bene: 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

L

Retinopatia diabetica con edema della retina va codificata come segue:

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

H36.0* Retinopatia diabetica

L

H35.8 Altri disturbi retinici in malattie classificate altrove

L

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

L

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>
<i>L</i>	

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

il codice appropriato da	<i>H25.– Cataratta senile</i>
o	<i>H26.– 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 entrambe le manifestazioni/complicanze della sindrome del piede diabetico

<i>G63.2*</i>	<i>Polineuropatia diabetica</i>
<i>I79.2*</i>	<i>Angiopatia periferica in malattie classificate altrove</i>

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

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, tipo 1 con complicanze multiple, con sindrome del piede diabetico, definito come scompensato
DS	G 63.2*	Polineuropatia diabetica
DS	I79.2*	Angiopatia periferica in malattie classificate altrove
DS	I70.24	Aterosclerosi delle arterie degli arti: tipo pelvi-gamba, con ulcera
L		
DS	A46	Erisipela

Nota bene: in questo esempio, il codice I70.24 Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con ulcera serve per specificare meglio la diagnosi definita dal sistema da-ga-asterisco. Tale codice non va indicato come diagnosi principale.

Selezione dello diagnosi che possono rientrare nel quadro clinico della sindrome del piede diabetico:

1. Infezione e/o ulcera

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

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

Ulcera da decubito stadio 1	L89.0 -
Ulcera da decubito stadio 2	L89.1 -
Ulcera da decubito stadio 3	L89.2 -
Ulcera da decubito stadio 4	L89.3 -
Ulcera da decubito stadio non specificata	L89.9 -
Ulcera di arto inferiore non classificata altrove	L97
Ulcera cronica della cute non classificata altrove	L98.4
Osteomielite	M86. -

2. Angiopatia periferica

Aterosclerosi delle arterie degli arti, senza dolore	I70.20
Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolore ischemico indotto da sforzo, tratto di strada 200 m e più	I70.21
Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolore ischemico indotto da sforzo, tratto di strada meno di 200 m	I70.22
Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con dolore ischemico a riposo	I70.23
Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con ulcera	I70.24
Aterosclerosi delle arterie degli arti, tipo pelvi-gamba, con gangrena	I70.25

3. Neuropatia periferica

Polineuropatia diabetica	G 63.2*
Neuropatia del sistema nervoso autonomo in malattie endocrine e metaboliche	G 99.0*

4. Deformazioni

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

<i>Altre deformazioni acquisite della caviglia e del piede</i>	<i>M21.67</i>
<i>Altre deformazioni acquisite degli arti specificate, della caviglia e del piede</i>	<i>M21.87</i>

5. Precedenti amputazioni

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

SD0404a 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).

SD0405n Disturbi della secrezione interna del pancreas

I codici

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

non vanno utilizzati come diagnosi principale nei diabetici.

Per indicare il livello di un'ipoglicemia va utilizzato un codice supplementare (*U69.70!*, *U69.71!*, *U69.72!*).

SD0406a Fibrosi cistica

In un/una 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*:

<i>E84.80</i>	<i>Fibrosi cistica con manifestazione polmonare e intestinale</i>
<i>E84.87</i>	<i>Fibrosi cistica con altre manifestazioni multiple</i>
<i>E84.88</i>	<i>Fibrosi cistica con altre manifestazioni</i>

Esempio 1

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

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

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

- E84.1 Fibrosi cistica con manifestazioni intestinali*
e in aggiunta, come diagnosi secondaria
- E84.0 Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari*

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

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

SD0407n Malnutrizione negli adulti

Codifica:

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

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

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

Eccezione:

Se in un codice relativo a un trattamento complesso è già inclusa una forma di terapia, questa non va codificata separatamente (in aggiunta). Tuttavia, a fini di precisazione, può essere indicato il codice ICD-10-GM corrispondente.

Esempio:

Se la consulenza dietetica figura già nei requisiti minimi dei codici riguardanti il trattamento complesso, il codice *89.0A.32 Consulenza/terapia dietetica* non va registrato in aggiunta, a meno che non lo indichi uno specifico «Codificare anche».

Definizione degli stadi della malnutrizione negli adulti

- **E43 Grave malnutrizione proteico-energetica non specificata**

Una malnutrizione grave è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score complessivo NRS (Nutritional Risk Screening*) pari almeno a 5

e

- BMI <18,5 kg/m² con condizioni generali ridotte

oppure

- perdita di peso involontaria >5% in 1 mese e condizioni generali ridotte

oppure

- involontariamente l'apporto alimentare** è stato praticamente nullo nell'ultima settimana (0–25% del fabbisogno), il che corrisponde a un peggioramento dello stato nutrizionale di grado 3.

- **E44.0 Malnutrizione proteico-energetica di grado moderato**

Una malnutrizione moderata è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score NRS complessivo pari almeno a 4

e

- BMI 18.5 – 20,5 kg/m² con condizioni generali ridotte

oppure

- perdita di peso involontaria >5% in 2 mesi e condizioni generali ridotto

oppure

- involontariamente l'apporto alimentare è stato inferiore alla metà del fabbisogno nell'ultima settimana (25–50% del fabbisogno), il che corrisponde a un peggioramento dello stato nutrizionale di grado 2.

- **E44.1 Malnutrizione proteico-energetica di grado lieve**

Una malnutrizione lieve è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score NRS complessivo pari almeno a 3

e

- perdita di peso involontaria >5% in 3 mesi

oppure

- involontariamente l'apporto alimentare è stato meno il 50–75% del fabbisogno nell'ultima settimana, il che corrisponde a un peggioramento dello stato nutrizionale di grado 1.

Tabella esplicativa della classificazione della diagnosi di malnutrizione CIM:

Grado di peggioramento dello stato nutrizionale		1	2	3
Score NRS complessivo*	≥ 5	E44.1	E44.0	E43
	4	E44.1	E44.0	E44.0
	3	E44.1	E44.1	E44.1

* Adatto da Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002. Clin Nutr (2003); 22(3): 321 – 336

** L'apporto alimentare comprende ogni forma di nutrizione (parenterale, enterale, per os).

SD0408n Malnutrizione nei bambini

Codifica:

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

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

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

Definizione degli stadi della malnutrizione nei bambini

Le definizioni valgono per i bambini e gli adolescenti da 1 a 16 anni di età. Nei lattanti (0-12 mesi) non è applicabile il PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score*) e per la diagnosi è sufficiente che sia soddisfatto uno dei tre criteri restanti.

• **E43 Grave malnutrizione proteico-energetica non specificata**

Una malnutrizione grave è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score complessivo PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) pari almeno a 4 **più uno dei seguenti 3 criteri:**
 - a) fino a 120 cm: peso per l'altezza ≥ -3 SD (standard deviation) z-score o $< P$ 0.5 nelle curve percentili dell'OeMS e condizioni generali ridotte;
 - b) da 120–175 cm (maschi) e 120–163 cm (femmine): peso atteso per l'altezza (classificazione Wellcome) $< 70\%$ e condizioni generali ridotte;
 - c) da 175 cm (maschi) e 163 cm (femmine): BMI ≥ -3 SD z-score rispetto al valore atteso per l'età e il sesso o $< P$ 0.5 nelle curve percentili dell'OMS e condizioni generali ridotte;**oppure**
 perdita di peso involontaria $\geq 10\%$ e condizioni generali ridotte;
oppure
 riduzione involontaria dell'apporto alimentare nell'ultima settimana (tra lo 0 e il 25% del fabbisogno).

- **E44.0 Malnutrizione proteico-energetica di grado moderato**

Una malnutrizione moderata è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score complessivo PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) pari almeno a 3 **e in più uno dei seguenti 3 criteri:**
 - a) fino a 120 cm: peso per l'altezza -2 fino a $-2,9$ SD (standard deviation) z-score o $<P$ 3 nelle curve percentili dell'OMS e condizioni generali ridotte;
 - b) da 120–175 cm (maschi) e 120–163 cm (femmine): peso atteso per l'altezza (classificazione Wellcome) 70–79% e condizioni generali ridotte;
 - c) da 175 cm (maschi) e 163 cm (femmine): BMI -2 fino a $-2,9$ SD z-score rispetto al valore atteso per l'età e il sesso (percentili del BMI) e condizioni generali ridotte;

oppure

perdita di peso involontaria $\geq 7,5\%$ e condizioni generali ridotte;

oppure

riduzione involontaria dell'apporto alimentare nell'ultima settimana (tra il 26 e il 50% del fabbisogno).

- **E44.1 Malnutrizione proteico-energetica di grado lieve**

Una malnutrizione lieve è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

- Score complessivo PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) pari almeno a 2 **e in più uno dei seguenti 3 criteri:**
 - a) fino a 120 cm: peso per l'altezza -1 fino a $-1,9$ SD (standard deviation) z-score o $<P$ 16 nelle curve percentili dell'OMS e condizioni generali ridotte;
 - b) da 120–175 cm (maschi) e 120–163 cm (femmine): peso atteso per l'altezza (classificazione Wellcome) 80–89% e condizioni generali ridotte;
 - c) da 175 cm (maschi) e 163 cm (femmine): BMI -1 fino a $-1,9$ SD z-score rispetto al valore atteso per l'età e il sesso e condizioni generali ridotte;

oppure

perdita di peso involontaria $\geq 5\%$ e condizioni generali ridotte;

oppure

riduzione involontaria dell'apporto alimentare nell'ultima settimana (tra il 51 e il 75% del fabbisogno)

SD0500 Disturbi psichici e comportamentali

SD0501o Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (alcol, droghe, farmaci, nicotina)

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

Impiego del codice secondario U69.3-! Codici secondari per il tipo di consumo di queste sostanze nei disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive

In linea di principio, vanno osservate le indicazioni dei corrispondenti codici *F10 – F19 Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive* dell'ICD-10-GM.

Inoltre, il consumo per via non endovenosa di cocaina va rappresentato con il codice *U69.36! Consumo per via non endovenosa di altri stimolanti, caffeina esclusa* in aggiunta al pertinente codice *F14.- Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina*.

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 ad un ulteriore codice *F10–F19* con quarto carattere. Nel caso in cui l'intossicazione acuta fosse 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 da dipendenza*

Esempio 2

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

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

Intossicazione acuta accidentale

Vedi capitolo SD1900.

Intossicazione da litio

Il litio è impiegato in combinazione con antidepressivi in caso di depressioni severe che non rispondono a trattamenti convenzionali. La sostanza è però utilizzata anche per il trattamento delle fasi acute e nel quadro della profilassi a lungo termine delle patologie maniacodepressive. Il litio appartiene alla categoria degli stabilizzanti dell'umore. In caso di intossicazione da litio in tale contesto va indicato il codice *T43.8 Avvelenamento da altri farmaci psicotropi NCA, Altri farmaci psicotropi non classificati altrove* e non il codice *T43.2 Avvelenamento da farmaci psicotropi NCA, altri e non specificati antidepressivi*.

Uso dannoso

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

Esempio 3

Paziente con esofagite dovuta all'uso di alcol.

DP *K20.8 Altra esofagite specificata*

DS *F10.1 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, abuso nocivo*

Nota:

- l'espressione abuso di alcol non ha lo stesso significato di dipendenza da alcol.
In presenza di un abuso di alcol va indicato il codice *F10.1 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, abuso nocivo*, mentre in caso di dipendenza da alcol o di abuso di alcol cronico va utilizzato il codice *F10.2 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, sindrome da dipendenza*.
- Per l'indicazione del codice *F10.3 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol: Sindrome da astinenza* deve sussistere un quadro clinico di astinenza chiaro e documentato.
Vanno osservate le regole di codifica relative alla diagnosi principale e alle diagnosi secondarie (G52 e G54).

Nota bene:

- I codici delle categorie da F10.- a F19.-, che con il quarto carattere «1» designano l'«uso dannoso» di una sostanza psicotropa (da F10.1 a F19.1), **non** vanno indicati in combinazione con i codici delle categorie da F10.2 - 4 a F19.2 - 4. I codici delle categorie da F10.- a F19.- con cifre finali -0, -5, -6, -7, -8 e -9 possono figurare congiuntamente all'«uso dannoso» e potrebbero essere utilizzati simultaneamente nel rispetto delle regole di codifica G52 e G54.
- Qualora sussistano simultaneamente le corrispondenti condizioni, codici di diverse categorie F possono essere utilizzati congiuntamente, fatta salva l'applicazione abituale di tutte le regole di codifica e nel rispetto delle note che li riguardano. Ciò significa p. es. che potrebbero essere indicati insieme i codici *F10.1 Disturbi psichici e comportamenti dovuti all'uso di alcol, abuso nocivo* e *F14.2 Disturbi psichici e comportamenti dovuti all'uso di cocaina, sindrome da dipendenza*

Codifica congiunta di sindrome da dipendenza e sindrome da astinenza

Se nell'ambito di una degenza stazionaria viene trattata **esclusivamente** una sindrome da astinenza (p. es. da alcol), con o senza delirio, vanno utilizzati solo i codici da *F10.3 a F19.3 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di..., sindrome da astinenza* oppure da *F10.4 a F19.4 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di..., sindrome da astinenza con delirio*.

In caso di terapia/trattamento unicamente di un'astinenza, non va codificata in aggiunta la dipendenza (indicata nella documentazione medica), a meno che non siano attestabili impieghi di risorse mediche ai sensi della regola di codifica G54 relativamente a tale diagnosi. Nei casi in cui (p. es. in una clinica specializzata nelle dipendenze ecc.) ad un iniziale trattamento di una sindrome da astinenza (disintossicazione) vada p. es. ad aggiungersi, nella stessa degenza stazionaria, un trattamento motivazionale e di follow-up o che sia attestabile un altro impiego di risorse mediche ai sensi della regola di codifica G54, nulla osta all'indicazione simultanea di entrambi i codici (da *F10.3 a F19.3 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di..., sindrome da astinenza* oppure da *F10.4 a F19.4 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di..., sindrome da astinenza con delirio* e da *F10.2 a F19.2 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di..., sindrome da dipendenza*) nel rispetto di tutte le regole di codifica.

Quale diagnosi principale va indicato il codice che ha comportato il maggiore impiego di risorse mediche nella degenza in questione.

Una sindrome da astinenza fisica (correlato biologico) può, in linea di principio, manifestarsi anche in assenza di una sindrome da dipendenza (costrutto psicologico). Tuttavia, tale configurazione si verifica piuttosto raramente nella pratica clinica.

P. es. sintomi di astinenza in neonati che non manifestano alcuna dipendenza attiva, ma che sono stati esposti alla corrispondente sostanza psicoattiva durante la gestazione a causa del consumo della madre.

Ciò significa che, nella maggior parte dei casi clinici, la dipendenza è connaturata ad una sindrome da astinenza.

Condizione per il manifestarsi di una sindrome da astinenza fisica è il precedente sviluppo di una tolleranza.

La sindrome da astinenza è quindi solo un (1) indicatore di una dipendenza.

La durata di una sindrome da astinenza può variare a seconda della quantità consumata e della biologia individuale intrinseca della/paziente.

Il decorso delle condizioni di astinenza è spesso fluttuante e le/i pazienti devono essere monitorati anche una volta superato l'episodio acuto.

Codifica in presenza di assunzione di sostanze psicoattive multiple (F19.- «Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive»)

Qualora nel caso di un paziente si accerti l'assunzione di sostanze psicoattive multiple mescolate in modo tale da essere inscindibili e che per questa ragione non sia possibile determinare quale delle sostanze e dei disturbi derivanti soddisfa le condizioni della regola G52 «Diagnosi principale», la codifica va effettuata come di seguito indicato. Va utilizzato anche il codice U69.3- corrispondente.

DP	F19.-	<i>Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive</i>
DS	U69.3-!	<i>Codici secondari per il tipo di consumo di queste sostanze nei disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive</i>
DS	F10.-F18.-	<i>In conformità alla regola di codifica G54 «Diagnosi secondarie»</i>
DS		<i>Altre malattie/stati/manifestazioni/sintomi, che soddisfano le condizioni della regola di codifica G54 «Diagnosi secondarie»</i>

Tutte le sostanze assunte vanno inoltre indicate quali diagnosi secondarie con i codici pertinenti delle categorie da F10.- a F18.-.

Per una sintomatica chiaramente separabile, il F19.- non viene codato. In questi casi devono essere indicati i codici pertinenti delle categorie da F10.- a F18.-. La scelta della diagnosi principale va effettuata secondo la regola G52 del Manuale di codifica medica.

SD0600 Malattie del sistema nervoso

Nota:

Le regole di codifica SD0601 e SD0602 valgono per tutte le condizioni di cui alle categorie da I60.- a I64.-, G45.- e S06.- e dei possibili deficit neurologici che ne risultano.

SD0601o «Colpo apoplettico ecc.» acuto, emorragia subaracnoidea, altra emorragia intracranica di origine traumatica e non traumatica

Nota bene: con i termini «colpo apoplettico, stroke, apoplezia, ictus, accidente cerebrovascolare (CVA), insulto cerebrovascolare (CVI), ecc.» viene/vengono designato/i uno o più deficit neurologici di insorgenza acuta provocati da un disturbo dell'irrorazione sanguigna cerebrale (ischemici) e/o ad un'emorragia intracerebrale (emorragici). Il quadro sintomatico varia in funzione dell'area del cervello colpita e mostra sequele differenti e immediate.

Fintanto che una/un paziente riceve un **trattamento ospedaliero continuo** per un «colpo apoplettico ecc.» acuto, un'emorragia intracranica (subaracnoidea o altra), traumatica o no e le relative sequele immediate (deficit), si deve impiegare un codice delle categorie **da I60.- a I64.- Emorragia subaracnoidea, Emorragia intracerebrale, Emorragia intracranica non traumatica, Infarto cerebrale, Ictus oppure G45.- Attacchi cerebrovascolari ischemici transitori e sindromi correlate oppure S06.- Lesione intracranica, insieme ai** i codici appropriati per i deficit (p.es. emiplegia, afasia, emianopsia, negligenza ecc.).

Vengono registrate nel setting acuto **sempre** tutte le sequele immediate (deficit) riconducibili inequivocabilmente all'episodio acuto. Con le misure diagnostiche/terapeutiche/infermieristiche inerenti ad una malattia/ad un trauma si intendono **pure** trattati, in caso di episodio acuto, anche i deficit (neurologici) provocati dalla malattia in questione.

In caso di nuova degenza in reparto per cure acute entro 18 giorni, p. es. trasferimento di ritorno dalla riabilitazione o riammissione, per malattie/disturbi iatrogeni provocati da trattamenti somministrati nella degenza precedente, si procede secondo le regole di codifica D16 e SD0602 (vedi esempio 3).

Se in caso di nuova degenza in reparto per cure acute (trasferimento di ritorno dalla riabilitazione o riammissione) la priorità è rappresentata dal trattamento di sequele/deficit neurologici immediati di «colpo apoplettico ecc.» acuto, oppure se la riammissione avviene a seguito di un nuovo problema medico (vedi esempio 2), oppure la riammissione avviene dopo più di 18 giorni a seguito di malattie/disturbi iatrogeni (vedi esempio 4) provocati da trattamenti somministrati nella degenza precedente, si procede secondo le regole di codifica G52, G54 e/o SD0602.

Per i **trattamenti di follow-up pianificati** nel contesto del trattamento di un «colpo apoplettico ecc.» acuto, di un'emorragia intracranica (subaracnoidea o altra) traumatica o no si rimanda alla regola di codifica D07 «Interventi di follow-up pianificati».

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 ed emiparesi
L	1	
DS	R47.0	Disfasia ed afasia

Esempio 2

Riammissione dopo 5 giorni di degenza in riabilitazione a causa dell'apparizione di un'angina pectoris instabile e del sospetto di infarto cardiaco. Le sequele dell'infarto cerebrale già trattate nel caso precedente (esempio 1) generano un ulteriore impiego di risorse mediche documentato. Viene diagnosticata e trattata una malattia coronarica monovasale.

Il principale impiego di risorse in occasione della riammissione è riconducibile, secondo la documentazione medica, al trattamento dell'angina pectoris instabile.

DP	I20.0	Angina pectoris instabile
DS	I25.11	Cardiopatia ischemica cronica, malattia di un vaso
DS	G 81.0	Emiplegia flaccida ed emiparesi
L	1	
DS	R47.0	Disfasia ed afasia
DS	I69.3	Sequela di infarto cerebrale

Esempio 3

Riammissione dopo 4 giorni di degenza in riabilitazione a causa di infezione nel punto di innesto del catetere venoso centrale (posizionato nel caso/soggiorno precedente (esempio 1)).

Le sequele dell'infarto cerebrale già trattate nel caso precedente generano l'impiego documentato di ulteriori risorse mediche.

Il principale impiego di risorse in occasione della riammissione è riconducibile, secondo la documentazione medica, al trattamento delle complicanze della diagnosi principale della precedente degenza (esempio 1).

DP	I63.5 I	Infarto cerebrale da occlusione o stenosi non specificata delle arterie cerebrali
L	2	
DS	T82.7	Infezione e reazione infiammatorie da altri dispositivi, impianti ed innesti cardiaci e vascolari
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato
DS	G 81.0	Emiplegia flaccida ed emiparesi
L	1	
DS	R47.0	Disfasia ed afasia
DS	I69.3	Sequela di infarto cerebrale

In un raggruppamento di casi possibile/necessario (p. es. esempio 1+3 in caso di trasferimento di ritorno secondo le regole di fatturazione SwissDRG SA) a seguito dell'applicazione della regola di codifica D16 viene cancellato un codice della categoria I69.-.

Esempio 4

(Ri)ammissione dopo 23 giorni di degenza in riabilitazione (stato dopo emorragia subaracnoidea acuta destra proveniente dall'arteria basilare, emiplegia flaccida sinistra, incontinenza urinaria duratura, afasia e disfagia) a causa di infiammazione nel punto di innesto del catetere venoso centrale (posizionato nell'ambito del trattamento dell'emorragia subaracnoidea acuta). I parametri infiammatori sono aumentati nel corso della degenza in riabilitazione, il paziente è febbricitante, sempre meno lucido e presenta tachipnea.

I deficit/le sequele dell'emorragia subaracnoidea già trattati/e nel primo caso (acuto) generano l'impiego documentato di ulteriori risorse mediche.

Viene diagnosticata e trattata per tre settimane una «sepsi da catetere» (stafilococco aureo, insufficienza renale acuta, crescente trombocitopenia, insufficienza respiratoria ipossica).

Tutte le sequele dell'emorragia subaracnoidea continuano a essere trattate (anche in presenza di ulteriore peggioramento dovuto alla sepsi).

DP	A41.0	Sepsi da Stafilococco aureo
DS		tutte le DS riconducibili alla sepsi secondo le regole di codifica G 54 e SD0102
DS	G 81.0	Emiplegia flaccida ed emiparesi
L	2	
DS	R47.0	Disfasia ed afasia
DS	R13.9	Altra e non specificata disfagia
DS	R32	Incontinenza urinaria non specificata
DS	I69.0	Sequela di emorragia subaracnoidea

SD0602n Sequele di/stato dopo: «Colpo apoplettico ecc.», emorragia subaracnoidea non traumatica o altra emorragia intracranica non traumatica

Qualora l'anamnesi di una paziente/un paziente indichi un «colpo apoplettico ecc.», un'emorragia subaracnoidea non traumatica o un'altra emorragia intracranica non traumatica e permangano ancora disfunzioni neurologiche (p. es. emiplegia, afasia, emianopsia, negligenza ecc.), queste malattie/condizioni/manifestazioni sono registrate in conformità alla regola di codifica G54 «Diagnosi secondarie» con l'aggiunta di un codice della categoria **I69. – Sequele di disordini cerebrovascolari**.

Se nessun'altra malattia/condizione/manifestazione soddisfa le condizioni di cui alla regola di codifica G52 «Diagnosi principale», la sequela (neurologica) trattata (p. es. emiplegia, afasia, incontinenza ecc.), il cui trattamento soddisfa le condizioni di cui alla regola di codifica G52, va indicata quale diagnosi principale.

Esempio 1

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

DP	J13	Polmonite da <i>Streptococcus pneumoniae</i>
L		
DS	U69.04!	Polmonite classificata altrove, presente all'ammissione o che si manifesta entro 48 ore dall'ammissione
DS	G81.1	Emiplegia spastica ed emiparesi
L	2	
DS	I69.4	Sequela di ictus, senza specificazione se da emorragia o da infarto

Esempio 2

Un paziente viene ricoverato a causa di decubito sacrale di secondo grado e presenta segni di negligenza nelle cure (p. es. candidosi orale, malnutrizione ecc.). Eziologicamente, la sua condizione viene ricondotta all'allettamento e ad una situazione di cura domestica carente in presenza di marcata emiparesi spastica destra (stato dopo emorragia intracranica non traumatica grave intervenuta 2 anni prima).

Le analisi cliniche svolte mostrano tra l'altro forti contratture (articolari) alla mano e al piede destri.

L'impiego principale di risorse mediche nel corso della degenza è determinato dal ricondizionamento urgentemente necessario, in particolare dalla terapia posizionale e di mobilizzazione finalizzata al miglioramento dell'emiparesi spastica.

Tutti gli altri disturbi/malattie/condizioni presenti richiedono un impiego di risorse ai sensi della regola di codifica G54.

DP	G81.1	Emiplegia spastica ed emiparesi
L	1	
DS	I69.2	Sequela di altra forma di emorragia intracranica non traumatica
DS	L89.14	Ulcera da decubito, stadio 2, sacro
DS	B37.0	Stomatite da candida
DS	E46	Malnutrizione proteico-energetica non specificata
DS	M24.5-	Contrattura articolare (quinto carattere in base alla localizzazione)
L	1	

Disturbi funzionali

La codifica di un'incontinenza urinaria e/o fecale nel contesto di un «colpo apoplettico ecc.» acuto, di un'emorragia subaracnoidea non traumatica o di altra emorragia intracranica non traumatica o del trattamento delle sequele (stato dopo) va effettuata ai sensi delle regole di codifica G52 «Diagnosi principale» e/o G54 «Diagnosi secondarie» e/o SD0602 «Sequela di/stato dopo: «colpo apoplettico ecc.», emorragia subaracnoidea non traumatica o altra emorragia intracranica non traumatica».

SD0603o Paraplegia e tetraplegia non traumatica

Per la codifica di una paraplegia/tetraplegia traumatica, vedi capitolo SD1905 «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 un deficit funzionale di origine non traumatica, per esempio in presenza di mielite trasversa, infarto del midollo spinale o di sindrome di Guillain-Barré. 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.

In caso di trattamento di paraplegia/paraparesi o di tetraplegia/tetraparesi non traumatiche vanno impiegati 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.– Paraparesi e paraplegia, tetraparesi 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.– Paraparesi e paraplegia, tetraparesi e tetraplegia, con quinto carattere «2» o «3»

da indicare come diagnosi principale.

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.– Paraparesi e paraplegia, tetraparesi 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

Esempio 1

Un paziente viene ammesso con distress respiratorio e segni di paralisi degli arti inferiori. Dagli accertamenti svolti risulta una sindrome di Guillain-Barré con paraparesi flaccida acuta. Il midollo spinale non è danneggiato.

DP G61.0 Sindrome di Guillain-Barré

DS G82.01 Paraplegia flaccida, lesione midollare spinale incompleta acuta di origine non traumatica

L

SD0604m Disturbi dello stato di coscienza

Perdita di coscienza

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

R40.0 *Sonnolenza*

R40.1 *Stupor*

R40.2 *Coma non specificato*

In caso di perdita di coscienza correlata ad un traumatismo, il traumatismo va indicato prima di un codice della categoria S06.7 -!
Traumatismo intracranico con perdita di conoscenza 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*

DS 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 perdita di conoscenza, da 30 minuti a 24 ore*

Nota bene: traumatismo intracranico

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

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

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

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

Disturbi severi dello stato di coscienza

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

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

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

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

Suddivisione in stadi dei disturbi severi dello stato di coscienza

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

Ovvero:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SD0605e Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test)

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

Il codice

Z45.80 Adattamento e manutenzione di neurostimolatore

non viene utilizzato.

(La stessa regola si applica a SD1805: Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore per la terapia del dolore).

SD0606e Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test)

In caso di ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test), come diagnosi principale va indicato il codice

Z45.80 Adattamento e manutenzione di neurostimolatore

insieme agli appropriati codici di procedura. La malattia di base è codificata come diagnosi secondaria solo qualora soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.

(La stessa regola si applica a SD1806: Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore per la terapia del dolore).

SD0607o Codifica degli stadi del morbo di Parkinson (G20.-)

Per codificare in maniera uniforme gli stadi del morbo di Parkinson, senza che si abbiano effetti negativi sui pazienti, **il medico deve** determinare e **documentare** lo stadio attuale della malattia in fase di trattamento (ON) **secondo Hoehn & Yahr**.

SD0800 Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide

SD0801a 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.

SD0802d Adattamento e manutenzione di apparecchio acustico

In questo caso occorre codificare solo

- Z45.3 Adattamento e manutenzione di apparecchio acustico*
assieme ai codici delle procedure corrispondenti.

SD0900 Malattie del sistema circolatorio

SD0901a 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).

SD0902e Cardiopatia ischemica*Angina pectoris (I20. -)*

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

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

Sindrome coronarica acuta (acute coronary syndrom ACS)

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

Diagnosi	ICD-10-GM	Laboratorio / ECG
Angina pectoris instabile	<i>I20.0 Angina pectoris instabile</i>	Troponina neg; ECG: nessun sopraslivellamento ST
NSTEMI (Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) o Sindrome coronarica acuta troponina-positiva Acute Coronary Syndrom(ACS)	<i>I21.4 Infarto miocardico acuto subendocardico</i>	Troponina pos; ECG: nessun sopraslivellamento ST
STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction)	<i>I21.0 – 3 Infarto miocardico acuto transmurale (secondo la sede)</i>	Troponina pos; ECG pos. (sopraslivellamento ST)
ACS n.n.b (Acute Coronary Syndrom)	<i>I24.9 Cardiopatia ischemica acuta non specificata</i>	Nessuna indicazione

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

Infarto miocardico acuto

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

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

Reinfarto – infarto miocardico recidivante

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

Infarto miocardico pregresso

I25.2 - *Infarto miocardico pregresso* codifica una **diagnosi anamnestica**, non è compresa tra i codici Z «esiti di» del capitolo XXI. Essa va codificata addizionalmente nel caso in cui sia importante per il trattamento attuale (vedi anche D05).

Cardiopatía ischemica trattata in precedenza con terapie chirurgiche o interventistiche

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

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

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

o

- I25.14 *Cardiopatía aterosclerotica: Stenosi del tronco comune sinistro e uno dei due*

Z95.1 *Portatore di bypass aortocoronarico*

o

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

I codici

- I25.15 *Cardiopatía aterosclerotica con stenosi di bypass*
- I25.16 *Cardiopatía aterosclerotica con stent stenotico*

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

In questo caso **non** va indicata come diagnosi secondaria

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

Esempio 1

Un paziente è stato ricoverato per un'angina instabile sviluppatasi tre anni dopo un intervento di bypass. L'angiografia ha mostrato una stenosi all'interno del bypass venoso.

DP I25.15 *Cardiopatía aterosclerotica con stenosi di bypass*

La condizione per l'attribuzione del codice

Z95.1 *Portatore di bypass aortocoronarico*

o

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

è, oltre alla presenza di informazioni anamnestiche sul precedente intervento di bypass coronarico o di angioplastica coronarica, il fatto che questi dati siano importanti per l'attuale trattamento ospedaliero (vedi definizione di diagnosi secondaria G54).

SD0903n Trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico

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

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

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

- Ogni occlusione di stent o bypass coronarico e **conseguente infarto miocardico** va codificata primariamente con *I21.- Infarto miocardico acuto*. Ciò vale sia per la trombosi acuta (dello stent), sia per l'occlusione in seguito a progressione della malattia di base
 - Il codice *T82.8 Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari* viene indicato additionally solo se la trombosi è sottoposta a trattamento specifico locale.
 - 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* o *Z95.5 Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica*.
- In presenza di occlusione di stent o bypass **senza infarto miocardico**, si distingue in base all'eziologia:
 - una trombosi va codificata primariamente con *I24.0 Trombosi coronarica non esitante in infarto miocardico*. Il codice *T82.8 Altre complicanze specificate di dispositivi protesici, impianti ed innesti cardiaci e vascolari* viene indicato additionally solo se la trombosi è sottoposta a trattamento specifico locale, p.es. a *36.04 Infusione trombolitica intracoronarica*.
 - In caso di nuova PTCA isolata con o senza posa di stent o di nuovo intervento di bypass non va utilizzato il codice *T82.8*, bensì *Z95.1 Portatore di bypass aortocoronarico* o *Z95.5 Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica*.
 - 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 stenosi di stents*
 In questo caso non vanno indicati *Z95.1* o *Z95.5* come diagnosi secondarie poiché le informazioni sono già contenute nei codici *I25.15* e *16*.

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 bare metal stent (BMS).

DP I21.- Infarto miocardico acuto
DS Z95.5 Portatore di impianto od innesto di angioplastica coronarica

T 00.66.2- Angioplastica coronarica [PTCA], in relazione al tipo di palloncino
T 00.40 Intervento su un vaso
T 36.08.11 Impianto percutaneo transluminale di stents senza liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria

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 bare metal 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

T 00.66.2- Angioplastica coronarica [PTCA], in relazione al tipo di palloncino
T 00.40 Intervento su un vaso
T 36.08.11 Impianto percutaneo transluminale di stents senza liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria
T 00.66.38 Intervento vascolare percutaneo transluminale sulle coronarie, trombolisi selettiva

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*

T 88.55, 88.56 o 88.57 (secondo la procedura) [...] arteriografia coronarica

T 37.21, 37.22 o 37.23 (secondo la procedura) [...] 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*

o

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

T 00.66.- *Angioplastica coronarica transluminale percutanea [PTCA] o aterectomia coronarica*

T 00.40 *Intervento su un vaso*

T 00.66.38 *Intervento vascolare percutaneo transluminale sulle coronarie, trombolisi selettiva*

SD0904d Cardiopatie valvolari

Nelle cardiopatie valvolari si distinguono:

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

Nella classificazione delle affezioni delle valvole cardiache, la ICD-10-GM tiene conto di distribuzioni di frequenza che non sono propriamente caratteristiche della Svizzera. Questa situazione può essere illustrata prendendo in considerazione i difetti mitralici. Un'insufficienza mitralica di origine non specificata è indicata con un codice della categoria *I34*. – *Disturbi non reumatici della valvola mitralica*, mentre una stenosi non altrimenti specificata è codificata con un codice della categoria *I05*. – *Malattie reumatiche della valvola mitralica*. Discostandosi dalla classificazione della ICD-10-GM (vedi sopra), in Svizzera le affezioni delle valvole cardiache con causa non specificata sono indicate mediante i codici delle categorie da *I34* a *I37* (vedi tabella).

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

Affezione di diverse valvole cardiache

In caso di affezioni che interessano diverse valvole cardiache, occorre codificare nel modo più specifico possibile ogni singolo difetto valvolare secondo la tabella di cui sopra. Solo nel caso in cui non sia possibile si utilizzeranno i corrispondenti codici della categoria *I08* *Malattie valvolari multiple*.

SD0905a Pacemaker/defibrillatori

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

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

Pacemaker permanente

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

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

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

Va indicato solo il codice

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

Complicanze del pacemaker/defibrillatore

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

T82.1 Complicanza meccanica di dispositivo elettronico cardiaco

Questo codice illustra un disturbo di funzionamento pacemaker e/o 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

SD0906a 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.

SD0907a 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.

SD0908k Arresto cardiaco

L'arresto cardiaco o l'arresto cardiorespiratorio (*I46.- arresto cardiaco*) vanno codificati **solo** se sono stati praticati interventi di rianimazione nel rapporto temporale diretto all'ingresso del paziente o durante la degenza stazionaria, indipendentemente dai risultati.

Va indicato come diagnosi principale un codice della categoria *I46.- Arresto cardiaco* solo se la causa sottostante/scatenante non è nota e/o non può essere accertata e se ai sensi della regola di codifica G52 nessun altro codice può essere preso in considerazione quale diagnosi principale.

Se la malattia che ha causato l'arresto cardiaco o l'arresto cardiorespiratorio è nota e viene quindi codificata come diagnosi principale, va indicato come diagnosi secondaria un codice per l'arresto cardiaco o l'arresto cardiorespiratorio della categoria *I46.- Arresto cardiaco*.

La definizione di rapporto temporale diretto si basa sulle disposizioni di cui ai codici *I46.0 Arresto cardiaco con efficace rianimazione*, *I46.9 Arresto cardiaco non specificato* e *U69.13! Arresto cardiocircolatorio precedente l'ammissione in ospedale* (arresto verificatosi fuori dall'ospedale nelle 24 ore precedenti il trattamento stazionario) e comprende quindi un periodo ≤ 24 ore.

Qualora un arresto cardiaco o un arresto cardiorespiratorio si verifichi quale sequela o complicanza di trattamento stazionario oppure improvvisamente nel corso di una degenza e le misure di rianimazione in setting stazionario risultino inefficaci, le eventuali possibili diagnosi di un rapporto di autopsia disponibile in un secondo tempo non possono confluire nella codifica dato che il caso termina al momento del decesso.

Il pertinente codice della categoria *I46.-* deve essere indicato insieme alla diagnosi/al sospetto diagnostico documentata/o dai medici che spiega l'arresto cardiaco o cardiorespiratorio.

Esempio 1

Ammissione di una paziente ritrovata in stato di necessità di rianimazione circa 2 ore prima del ricovero stazionario.

Sulla base delle ricerche svolte non è possibile determinare con precisione il momento dell'arresto cardiocircolatorio, ma molto probabilmente questo si è verificato nelle 24 ore precedenti l'ammissione.

La RCP eseguita in ambulatorio ha consentito di ristabilire una circolazione cardiovascolare.

La paziente viene ventilata ed è ammessa in terapia intensiva sotto medicazione volta a regolare la circolazione cardiovascolare.

A seguito di indagini diagnostiche e dell'accertamento della morte cerebrale, decisione di porre fine ai trattamenti di medicina intensiva e successivo decesso della paziente.

Diverse possibili cause dell'insufficienza cardiocircolatoria sono discusse dai medici, ma al momento della codifica non è ancora stato possibile determinare una causa concreta o formulare un sospetto diagnostico.

DP *I46.0 Arresto cardiaco con efficace rianimazione*

DS *U69.13! Arresto cardiocircolatorio precedente l'ammissione in ospedale*

Il codice supplementare:

U69.13! Arresto cardiocircolatorio precedente l'ammissione in ospedale va indicato in aggiunta a un codice della categoria *I46.- Arresto cardiaco* se l'arresto si è verificato fuori dall'ospedale nelle 24 ore precedenti il trattamento stazionario.

Per poter indicare il codice *U69.13!*, dalla documentazione medica deve risultare un arresto cardiocircolatorio dovuto a malattia/condizione/manifestazione verificatosi nelle 24 ore precedenti l'attuale degenza, qualunque ne sia la causa. L'utilizzo del codice *U69.13!* è indipendente dall'esito delle misure di rianimazione.

Esempio 2

RCP dell'esito positivo eseguita in ambulanza 30 minuti prima dell'ingresso in ospedale, dove viene diagnosticato un infarto miocardico acuto anteriore quale causa dell'arresto cardiaco.

Dopo la stabilizzazione e indagini diagnostiche d'urgenza, viene eseguita un'operazione urgente di bypass.

Malgrado il successo iniziale dell'intervento, peggioramento delle condizioni a causa di grave insufficienza ventricolare sinistra (ortopnea, FE 20% in calo) in presenza di cardiomiopatia ischemica (preesistente) e successivo decesso del paziente.

DP	I21.0	Infarto miocardico acuto transmurale della parete anteriore
DS	I46.0	Arresto cardiaco con efficace rianimazione
DS	U69.13!	Arresto cardiocircolatorio precedente l'ammissione in ospedale
DS	I50.14	Insufficienza ventricolare sinistra, con disturbi a riposo
DS	I25.5	Cardiomiopatia ischemica

Qualora si pratici una rianimazione in caso di arresto cardiaco in regime stazionario, va indicato il codice CHOP per la rianimazione.

Nota:

L'accertamento del momento del decesso, da collocarsi prima o dopo l'ammissione in ospedale, spetta esclusivamente ai medici curanti.

A seconda del momento del decesso accertato e documentato dai medici, viene aperto o meno un caso stazionario.

Se il decesso è accertato e documentato dai medici come avvenuto in ospedale, si può presumere in ogni caso un impiego di risorse mediche > 0 ai sensi delle regole di codifica G52 e G54.

Esempio 3

Ammissione con RCP in corso (assenza di azione cardiaca propria e di respirazione spontanea) in reparto d'emergenza (soccorsi allertati un'ora prima a causa di perdita di coscienza acuta e arresto respiratorio, avvio della rianimazione da parte di profani). Proseguimento delle misure. 35 minuti dopo l'ingresso in ospedale, il medico urgentista curante accerta il decesso (ammissione ore 10.00, momento del decesso accertato dal medico ore 10.35).

Dall'autopsia svolta risulta quale probabile causa del decesso un'embolia polmonare grave.

Apertura di un caso stazionario secondo le definizioni di caso SwissDRG SA.

DP	I46.9	Arresto cardiaco non specificato
DS	U69.13!	Arresto cardiocircolatorio precedente l'ammissione in ospedale

T Rianimazione - secondo le procedure attuate

SD0910o Rilevazione della durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiaca o un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria

La durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiaca o un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria va indicata con il corrispondente codice specifico del sistema con 37.69.- Durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria.

Nota:

- In caso di pausa/interruzione del trattamento, è necessario sommare la durata dei trattamenti dello stesso tipo effettuati durante l'intero soggiorno. Le interruzioni non vengono conteggiate nella durata del trattamento. Ogni trattamento deve essere indicato separatamente.
- In caso di utilizzo di diversi sistemi di assistenza cardiaca o di sistemi di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria durante un soggiorno, ogni procedura deve essere indicata separatamente con il corrispondente codice della durata.
- L'impianto, la rimozione del sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, la sostituzione della cannula e/o la sostituzione di componenti vanno codificati in aggiunta se eseguiti.

Durata del trattamento in presenza con sistema di assistenza cardiocircolatoria

In caso di utilizzo del codice ICD-10-GM Z95.80 Portatore di sistema di circolazione assistita va codificata in aggiunta la durata del trattamento tramite uno dei codici CHOP del gruppo di elementi 37.69.- Durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria.

SD1000 Malattie del sistema respiratorio

SD1001n 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 della/del paziente.

Ventilazione meccanica eseguita da unità di cure intensive (UCI) certificate

La registrazione della «ventilazione meccanica» praticata da UCI certificate dalla SSMI va effettuata in conformità al regolamento MDSi in essere (disponibile in tedesco e in francese all'indirizzo <https://www.sgi-ssmi.ch/it/datensatz.html>). La condizione per poter effettuare questa registrazione è la disponibilità di una documentazione tracciabile del trattamento di medicina intensiva da parte del team di un'UCI certificata dalla SSMI. Da un lato, la durata della «ventilazione meccanica» confluisce in forma di numero di turni con ventilazione nella somma dei punti NEMS o dei punti risorse di un «trattamento complesso in unità di terapia intensiva». Dall'altro, il tempo di ventilazione in ore (per il calcolo, vedi sotto) viene rilevato nella statistica medica.

Le ore di ventilazione in UCI vanno registrate nella variabile «beatmung» (Durata della ventilazione artificiale).

Un turno di assistenza dell'UCI certificata vale come turno con ventilazione se la durata (cumulativa) della ventilazione è pari ad almeno ≥ 2 ore in un turno di 8 ore o ad almeno ≥ 3 ore in un turno di 12 ore. In conformità al regolamento MDSi, i punti NEMS che ne risultano sono moltiplicati per 1,5 nel caso di un sistema di turni di 12 ore.

Sono considerate ventilazione sia le forme invasive (mediante tubo endotracheale o stoma tracheale) sia quelle non invasive (per le eccezioni, vedi sotto).

CPAP e terapia ad alto flusso attraverso cannule nasali o stoma tracheale non sono considerate ventilazione (per le eccezioni, vedi sotto).

Lo svezzamento (weaning) non va codificato in modo specifico dato che, secondo la letteratura scientifica internazionale, il suo inizio non può essere determinato né ex ante né ex post.

Regole esplicite per turni con ventilazione, nel senso sopra indicato, in UCI certificate

Sono considerate ventilazione in UCI:

- la ventilazione invasiva mediante tubo endotracheale o stoma tracheale
- la ventilazione di pazienti tracheotomizzati in modo permanente, se necessitano di un trattamento di medicina intensiva a prescindere dalla ventilazione preesistente, ossia in caso di peggioramento acuto delle funzioni respiratorie, cardiovascolari o neurologiche (p. es. necessità di aspirazione) che richiede un trattamento intensivo
- la ventilazione non invasiva (continua o intermittente) con apparecchi in uso presso l'UCI o apparecchi per la ventilazione a domicilio (sistemi a maschera, casco), anche durante lo svezzamento; ciò vale anche in caso di impiego durante il trattamento nell'UCI certificata di apparecchi per la ventilazione non invasiva a domicilio nella disponibilità del paziente, a condizione che sussista la necessità di una ventilazione di questo tipo giustificabile in termini di medicina intensiva (peggioramento acuto delle funzioni respiratorie, cardiovascolari o neurologiche)
- la CPAP (PEEP senza pressione di supporto inspiratoria) in neonatologia e per lattanti fino al compimento di un anno di età
- la ventilazione invasiva o non invasiva al di fuori di UCI certificate, se viene eseguita dal team di un'UCI certificata e il trattamento di medicina intensiva è documentato durante questo periodo di ventilazione; ciò vale anche se la ventilazione è impostata e avviata al di fuori dell'UCI certificata
- la ventilazione nel corso di una tracheotomia, se questa è praticata nell'UCI certificata

Non sono considerate ventilazione in UCI:

- la ventilazione di pazienti tracheotomizzati in modo permanente, se non sussistono ragioni giustificabili in termini di medicina intensiva
- la ventilazione non invasiva con apparecchi per la ventilazione a domicilio nella disponibilità del paziente, se non sussistono ragioni giustificabili in termini di medicina intensiva (p. es. in fase postoperatoria in presenza di OSAS)
- la CPAP in pazienti adulti e nei bambini di più di un anno di età
- la ventilazione invasiva o non invasiva di un paziente dell'UCI certificata da parte di un altro team (p. es. anestesia in sala operatoria, laboratorio per il cateterismo cardiaco, pronto soccorso, durante i trasferimenti ecc.)
- la terapia ad alto flusso per via nasale (HFNC) o tramite stoma tracheale a qualsiasi età

La ventilazione in UCI termina

- quando un paziente dell'UCI certificata non viene più ventilato
- quando un paziente ventilato lascia l'UCI certificata e la ventilazione viene portata avanti da un altro team

Ventilazione meccanica in unità di cure intermedie (UCIM) riconosciuta

La ventilazione artificiale in UCIM** viene eseguita nella maggior parte dei casi tramite sistemi a maschera. In determinate circostanze è tuttavia possibile una ventilazione di tipo invasivo tramite tubo endotracheale o stoma tracheale.

La CPAP è una misura di assistenza respiratoria e non è considerata ventilazione meccanica (fatta eccezione per i neonati e i lattanti fino al compimento di un anno di età).

** Le cure prestate in UCIM devono essere documentate in modo tracciabile (sorveglianza, protocolli di ventilazione ecc.) e richiedono infrastruttura e dotazione di personale adeguate. Deve trattarsi di UCIM riconosciute in quanto tali (le UCI e le sale di risveglio non vi rientrano).

I pazienti che non necessitano di questo tipo di cure in UCIM (p. es. già ventilati a domicilio e ora ammessi per una chemioterapia pianificata ecc.) non rientrano nella definizione. Per la registrazione dei punti NEMS UCIM va presa in considerazione la ventilazione meccanica eseguita nell'UCIM. Le ore di ventilazione non vanno registrate in un campo appositamente previsto dall'UST (come la variabile «beatmung», Durata della ventilazione artificiale), fatta eccezione per i neonati e i lattanti fino a un anno di età.

Codifica

Se una ventilazione meccanica soddisfa la definizione riportata sopra:

- In caso di ventilazione in UCI certificata o di ventilazione di neonati o di lattanti fino a un anno di età in UCIM certificata, va registrata dapprima la durata in ore della ventilazione artificiale. A questo scopo, nel set di dati della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) è disponibile un campo separato, la variabile «beatmung», Durata della ventilazione artificiale. Il tempo di ventilazione va calcolato moltiplicando il numero di turni di assistenza con ventilazione per la durata del turno in ore (le ore di ventilazione corrispondono quindi sempre a multipli di 8 o di 12).
- A seconda della situazione che porta a una ventilazione in UCI o in UCIM, vanno eventualmente indicati in aggiunta i seguenti codici:
 - 93.9B Procedure per assicurare la pervietà delle vie aeree per la respirazione assistita, inserzione di tubo endotracheale e/o il codice pertinente tra:
 - 31.1 Tracheostomia temporanea
 - o
 - 31.29 Tracheostomia permanente, altro, se per l'esecuzione della ventilazione artificiale viene confezionato uno stoma tracheale.
- Per neonati e lattanti va indicato in aggiunta il codice 93.9F.11 Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua [CPAP] di neonati e lattanti. Questo codice richiede la registrazione del tempo di ventilazione. Per i neonati e i lattanti, sono conteggiati nel tempo di ventilazione sia il tempo di ventilazione invasiva o non invasiva, sia la durata dell'assistenza respiratoria con pressione positiva continua (CPAP). Ciò vale sia per le UCI neonatologiche sia per le UCIM neonatologiche.

Nota: l'applicazione di cannule nasali ad alto flusso in neonati e lattanti va indicata con il codice 93.9F.12 Assistenza respiratoria mediante cannule nasali ad alto flusso [sistema HFNC] di neonati e lattanti, tenendo conto della «Nota» che vi figura, ossia: «Per questa procedura non vanno rilevate le ore di respirazione assistita».

Pazienti trasferiti

In caso di trasferimento di un paziente ventilato valgono le regole di base riportate qui di seguito.

L'ospedale inviante registra la durata della ventilazione eseguita nella propria UCI (non in UCIM) e indica per le seguenti procedure, se eseguite, i codici corrispondenti:

- intubazione (93.9B Procedure per assicurare la pervietà delle vie aeree per la respirazione assistita (Inserzione di tubo endotracheale))
- tracheostomia (31.1 Tracheostomia temporanea o 31.29 Tracheostomia permanente, altro)
- ventilazione meccanica in neonati e lattanti (93.9F.11 Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua [CPAP] di neonati e lattanti)

L'ospedale ricevente registra la durata della ventilazione eseguita nella propria UCI (non in UCIM). Per i neonati, indica in aggiunta il codice 93.9F.11 Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua [CPAP] di neonati e lattanti. Procede alla codifica di un'intubazione o di una tracheostomia solo se si è fatto carico in proprio dell'esecuzione. Si noti che un'intubazione e più raramente una tracheotomia possono anche essere eseguite a molteplici riprese.

Intubazione senza ventilazione meccanica

Un'intubazione può essere eseguita anche senza che vi sia la necessità di procedere ad una ventilazione artificiale nell'UCI o nell'UCIM, p. es. per assicurare la pervietà delle vie aeree. I bambini possono essere intubati per asma, croup o epilessia e gli adulti a seguito di ustioni o traumi gravi.

In questi casi, l'intubazione va codificata con *93.9B Procedure per assicurare la pervietà delle vie aeree per la respirazione assistita (Inserzione di tubo endotracheale)*.

Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)

Il codice *93.9F.11 Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua [CPAP] di neonati e lattanti* va utilizzato solo in **neonati e lattanti** fino al compimento del primo anno d'età, indipendentemente dalla durata del trattamento. In caso di assistenza respiratoria immediata dopo il parto, questo codice va indicato solo se essa dura almeno 30 minuti.

In presenza di disturbi respiratori del sonno, solo l'impostazione iniziale di una terapia CPAP/BiPAP (da non confondere con la semplice accensione dell'apparecchio) e il controllo o l'ottimizzazione di una terapia CPAP/BiPAP precedentemente avviata vanno indicati, rispettivamente, con i codici *93.9G.1- Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, CPAP, impostazione iniziale, secondo la durata* o *93.9G.3- Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, BiPAP, impostazione iniziale, secondo la durata* e *93.9G.2- Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, CPAP, controllo e ottimizzazione di un'impostazione in essere, secondo la durata* o *93.9G.4- Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, BiPAP, controllo e ottimizzazione di un'impostazione in essere, secondo la durata*.

Ventilazione con AMBU dei neonati e adulti

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

In questi casi, non deve quindi essere indicato alcun codice del gruppo 93.9F.1- Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria di neonati e lattanti.

Lo stesso vale per gli adulti (p. es. se la procedura è eseguita nel corso di una conversione del ritmo cardiaco).

Z99.1 Dipendenza (di lunga durata) da respiratore

Il codice dell'ICD-10-GM *Z99.1 Dipendenza (di lunga durata) da respiratore* può essere indicato solo nel rispetto delle direttive e delle note riportate all'inizio del capitolo XXI dell'ICD-10-GM.

Ciò significa che tale codice *Z99.1* può essere utilizzato solo in presenza di malattie/stati/manifestazioni/sintomi che comportino una dipendenza di lunga durata da respiratore per la quale non è disponibile/adeguato alcun altro codice ICD-10-GM.

Ventilazione meccanica nella riabilitazione

Questa regola di codifica vale per tutti i casi che vengono fatturati sulla base della struttura tariffaria ST Reha.

Qualora, in ragione di una ventilazione meccanica nella riabilitazione, per la clinica si verifichi un impiego di risorse > 0, ossia se la ventilazione non può essere p. es. gestita autonomamente dal paziente, la ventilazione va rilevata con i codici delle categorie *93.9E.-*, *93.9F.-* o *93.9G.-* a condizione che siano soddisfatti i corrispondenti requisiti minimi.

Con il codice *93.9G.09* vanno anche codificate le terapie a pressione positiva tramite maschera, di cui ai gruppi di elementi *93.9G.1-*, *93.9G.2-*, *93.9G.3-* o *93.9G.4-*, se i requisiti minimi punto 2, che prevedono un'intensità terapeutica di almeno 4 ore al giorno, non sono soddisfatti ma per la clinica di riabilitazione si verifica impiego di risorse > 0.

La mera somministrazione di ossigeno non va rilevata con il codice *93.9G.09*.

SD1002o Insufficienza respiratoria

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

Se vi è stato un dispendio di risorse mediche (p. es. un'ossigenoterapia), oltre alla malattia di base può essere indicato il codice *J96.- Insufficienza respiratoria non classificata altrove*. Ai fini della codifica, una dispnea senza alterazione degli emogas non va considerata un'insufficienza respiratoria.

In caso di insufficienza respiratoria cronica nota con ossigenoterapia a lungo termine ed emogasanalisi precedente documentata (rapporto del medico o vecchi atti clinici), *J96.7-* può essere codificato anche senza una nuova emogasanalisi.

Qualora una/un paziente con insufficienza respiratoria cronica parziale o globale sia ricoverata/o a seguito di un peggioramento acuto della situazione respiratoria o che ciò si verifichi nel corso di una degenza stazionaria (p. es. in caso di BPCO esacerbata), in aggiunta al codice *J96.7-* può essere indicato un codice del gruppo *J96.0-*.

Nota: fino al compimento del 18° anno di età è possibile codificare un'insufficienza respiratoria in caso di somministrazione di ossigeno e se sono soddisfatti i seguenti due criteri:

1. sono presenti segni di alterazione della funzione respiratoria (tachipnea, utilizzo delle ali nasali, uso dei muscoli accessori della respirazione, retrazione delle pareti toraciche, bradipnea, apnea, pattern respiratorio patologico)
- e
2. vi sono indicazioni diagnostiche di insufficienza respiratoria (cianosi o ridotta saturazione periferica di ossigeno)

SD1100 Malattie dell'apparato digerente

SD1101j Diagnosi clinica di appendicite

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

Vanno altresì osservate le regole di codifica inerenti alle diagnosi di sospetto (D09) e ai sintomi (D01).

Esempio 1

Un paziente viene ricoverato a causa di addome acuto e forte sospetto (clinico) di appendicite acuta. Viene sottoposto ad appendicectomia d'urgenza per via laparoscopica.

Il reperto istopatologico esclude chiaramente l'appendicite.

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

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

DP K66.8 Altri disturbi specificati del peritoneo

DS K38.1 Concrezioni appendicolari

T 47.01 Appendicectomia, per via laparoscopica

Esempio 2

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

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

Anche il rapporto istopatologico inerente all'appendice è blando.

DP R10.3 Dolore localizzato ad altre parti addominali inferiori

T 47.01 Appendicectomia, per via laparoscopica

SD1103a 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.

SD1104i Emorragia gastrointestinale

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

Esempio 1

Ulcera gastrica acuta con emorragia

DP K25.0 *Ulcera gastrica, acuta, con emorragia*

Esempio 2

Esofagite da reflusso sanguinante

DP K21.0 *Malattia da reflusso gastroesofageo con esofagite*

DS K22.81 *Emorragia esofagea*

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

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

K92. – Altre malattie dell'apparato digerente.

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

K92.2 Emorragia gastrointestinale non specificata.

In questo caso, il codice

K62.5 Emorragia anale e rettale

non va utilizzato.

Se per contro un paziente viene sottoposto ad esami a causa di melena (feci nere, picee) o di sangue occulto nelle feci, non si può presumere 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.

SD1105a 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).

SD1200 Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo

SD1201g Chirurgia plastica

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

- 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** va codificata, la diagnosi principale è un «codice Z» (*Z41.1 Altri interventi di chirurgia plastica per ragioni estetiche o Z42.- Cure di controllo richiedenti l'impiego di chirurgia plastica*).

Revisione di una cicatrice

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

L90.5 Cicatrici e fibrosi cutanee

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

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

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

Rimozione di impianti mammari

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

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

T85.4 Complicanza meccanica di dispositivo protesico ed impianto mammari

T85.73 Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo protesico e impianto mammari

T85.82 Fibrosi capsulare della mammella da dispositivo protesico e impianto mammari

T85.83 Altre complicanze di dispositivi protesico ed impianto mammari.

Una rimozione di impianto per ragioni **estetiche** invece va codificata con:

Z41.1 Altri interventi di chirurgia plastica per ragione estetiche

se già il primo impianto è stato eseguito per ragioni estetiche

oppure

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

se il primo impianto è stato eseguito per ragioni mediche.

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

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

L98.7 Cute et sottocute in eccesso et lassa

Cute lassa o cadente:

- *a seguito di perdita di peso (chirurgia bariatrica) (dieta)*

- *AI*

SD1202j Vesciche

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

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

Esempi

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

SD1400 Malattie dell'apparato genitourinario

SD1401o Dialisi

Per i codici 39.95. – – *Emodialisi* e 54.98. – – *Dialisi peritoneale*, bisogna distinguere tra l'emodialisi **intermittente** e **continua**.

1) In caso di **emodialisi intermittente** va indicata singolarmente ogni seduta di dialisi.

2a) L'**emodialisi/emo(dia)filtrazione continua** è da codificare con la durata precisa. Questa durata va registrata dall'inizio alla fine del trattamento. Se, nel corso di una degenza ospedaliera, si eseguono più applicazioni di una procedura continua, la codifica avviene in base alla durata dell'interruzione.

- Interruzione < 4 ore: interruzione non conteggiata e non sottratta dalla durata totale: 1 codice con l'intera durata.
- Interruzione > 4 e < 24 ore: interruzione conteggiata e sottratta dalla durata totale: 1 codice con la durata calcolata.

In caso di applicazione di **diversi metodi di emodialisi/emo(dia)filtrazione continua**, va indicato un unico codice, ossia quello della procedura **più lunga**. I tempi di dialisi di ogni metodo utilizzato vanno sommati per ottenere la durata totale, da indicare precisamente con l'**unico** codice di dialisi scelto.

- Interruzione > 24 ore: ogni applicazione viene indicata con un codice (senza aggiungere i tempi di trattamento).

2b) La **dialisi peritoneale continua** è da codificare con la durata precisa. Questa durata va registrata dall'inizio alla fine del trattamento. Se, nel corso di una degenza ospedaliera, si eseguono più applicazioni di una procedura continua, va effettuata una nuova codifica solo se un'interruzione dura più di 24 ore.

In caso di applicazione di **diversi metodi di dialisi peritoneale continua**, va indicato un unico codice, ossia quello della procedura **più lunga**. I tempi di dialisi di ogni metodo utilizzato vanno sommati per ottenere la durata totale, da indicare precisamente con l'**unico** codice di dialisi scelto.

In caso di sostituzione del filtro, della sacca o del sistema non è necessario codificare nuovamente la procedura.

Un codice della sottocategoria 54.98.- *Dialisi peritoneale* può essere codificato anche se il paziente esegue la procedura autonomamente.

Il materiale necessario, come ad esempio il liquido di lavaggio, ecc., deve essere fornito dal reparto di degenza.

SD1402m Verruche anogenitali/herpes anogenitale

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

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

Il codice

A63.0 *Verruche anogenitali (veneree)* va indicato come diagnosi secondaria.

Le ammissioni per il trattamento di infezione da herpes virus della cute perianale e del retto vanno codificate con la diagnosi principale K62.8 «*Altre malattie specificate dell'ano e del retto*».

Quale diagnosi secondaria deve essere indicato il codice «A60.1 *Infezione da herpes virus della cute perianale e del retto*».

SD1404o Insufficienza renale*Insufficienza renale acuta*

I codici ICD-10-GM permettono di descrivere direttamente gli stadi dell'insufficienza renale acuta. Vanno osservati i criteri di stadi del danno renale acuto.

Per il calcolo dello stadio dell'insufficienza renale acuta viene presa in considerazione solo il peggioramento acuto.

Ciò significa che il valore di partenza per il calcolo dello stadio dell'insufficienza renale acuta in caso di insufficienza renale cronica preesistente è il valore basale della creatinina sierica.

Insufficienza renale cronica

È importante controllare o precisare lo stadio di un'insufficienza renale cronica (GFR) conclamata per una corretta cura del paziente. Se lo stadio è determinato sul momento, ovvero durante l'attuale soggiorno ospedaliero, gli viene attribuito il corrispondente codice *N18*.

In caso di insufficienza renale cronica preesistente con peggioramento acuto, lo stadio dell'insufficienza renale cronica viene determinato sulla base del valore basale della creatinina sierica.

Insufficienza renale iatrogena

Un'insufficienza renale iatrogena va rappresentata con il codice *N99.0 Insufficienza renale iatrogena*.

Se il tipo di insufficienza renale è noto (acuta o cronica), malgrado l'esclusione prevista dall'ICD-10-GM per le categorie *N17* – *N19*, il **codice *N99.0* va utilizzato come codice a punto esclamativo** e segue quindi il pertinente codice della categoria *N17*- o *N18*-.

SD1405I Ricovero per la posa di un catetere peritoneale per la dialisi

In caso di ricovero ospedaliero per la posa di un catetere peritoneale per la dialisi, occorre indicare **insufficienza renale come diagnosi principale**, assieme al codice della procedura corrispondente. In presenza di insufficienza renale in nefropatia diabetica va inoltre osservata la regola di codifica SD0403.

Il codice

Z49.0 Preparazione alla dialisi

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

SD1406d Ricovero per la rimozione di un catetere peritoneale per la dialisi

In caso di ricovero ospedaliero per la rimozione di un catetere peritoneale (non in seguito a una complicanza) per la diagnosi principale va utilizzato il codice

Z43.88 Controllo di altre aperture artificiali

insieme al codice CHOP

54.99.41 Asportazione o chiusura di fistola cutaneo-peritoneale (cateterismo permanente)

SD1407I Ricovero per la posa di una fistola arteriovenosa o di uno shunt arteriovenoso per la dialisi

In caso di ricovero per la posa di una fistola o di uno shunt per la dialisi, occorre indicare **insufficienza renale come diagnosi principale**, assieme al codice della procedura corrispondente. In presenza di insufficienza renale in nefropatia diabetica va inoltre osservata la regola di codifica SD0403.

Il codice

Z49.0 Preparazione alla dialisi

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

SD1408a Ricovero per chiusura di fistola arteriovenosa o per la rimozione di shunt arteriovenoso

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

Z48.8 Altri specificati trattamenti chirurgici di follow-up

insieme al codice CHOP

39.43 Occlusione di shunt arteriovenoso per dialisi renale

SD1500 Ostetricia

SD1501n Definizioni

Durata della gestazione

La durata della gestazione viene sempre documentata con il codice 009.-! *Durata della gestazione*; la durata della gestazione va registrata **al momento del ricovero** in ospedale della paziente.

Se sono documentate sia l'età gestazionale 1 (età gestazionale in settimane e giorni calcolata dall'inizio dell'ultima mestruazione (settimane e giorni compiuti; il giorno 1 dell'ultima mestruazione corrisponde al giorno 1 dell'età gestazionale)) sia l'età gestazionale 2 (età gestazionale (in settimane e giorni compiuti) determinata con esame ecografico nella prima metà della gravidanza), la codifica deve essere effettuata in base all'età gestazionale 2.

Se il medico curante documenta un'età gestazionale corretta, questa va registrata come età gestazionale 2, anche se non si tratta di un'età gestazionale determinata con esame ecografico.

In caso di divergenza tra l'età gestazionale calcolata quella determinata su base ecografica, compete al medico curante determinare e documentare l'età gestazionale corretta.

Parto a termine (nato a termine)

Durata della gestazione da 37 settimane compiute fino a prima del completamento delle 41 settimane (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].

SD1502n Conclusione precoce della gravidanza

Aborto (002. - bis 006. -)

I codici delle categorie da 002. - a 006. - vanno impiegati solo qualora la gravidanza si concluda con un aborto spontaneo o terapeutico (prima della 22a settimana di gravidanza compiuta e con un peso alla nascita inferiore a 500 g).

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

Esempio 1

Interruzione della gravidanza per sindrome di Patau (trisomia 13) dopo 12 settimane di gestazione.

DP	004.9	Aborto per ragioni mediche e legali, completo o non specificato, senza complicanza
DS	035.1	Assistenza prestata alla madre per (sospetto di) anomalia cromosomica fetale
DS	009.1!	Durata della gestazione di 5–13 settimane complete

Esempio 2

Interruzione di gravidanza nell'ambito di una gravidanza indesiderata.

DP	004.9	Aborto per ragioni mediche e legali, completo o non specificato, senza complicanza
DS	Z64.0	Problemi correlati ad una gravidanza indesiderata
DS	009.1!	Durata della gestazione di 5–13 settimane complete

Complicanze successive ad aborto e a gravidanza ectopica o molare (008.-)

Un codice della categoria 008. - *Complicanze successive ad aborto, gravidanza extrauterina e gravidanza molare* è attribuito come **diagnosi principale** solo se la paziente sia ricoverata per una complicanza a seguito di un aborto non trattato/non effettuato durante l'ospedalizzazione.

Esempio 3

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

DP	008.1	Emorragia, tardiva o eccessiva, successiva ad aborto od a gravidanza ectopica o molare
DS	D65.1	Coagulazione intravasale disseminata [CID, DIC]
DS	U69.12!	Disturbo della coagulazione sanguigna temporaneo

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

Un codice della categoria 008. - *Complicanze successive ad aborto, gravidanza extrauterina e gravidanza molare* va attribuito come **diagnosi secondaria** per codificare una complicanza associata alle categorie 000 - 002.

Esempio 4

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

DP	000.1	Gravidanza tubarica
DS	008.3	Shock successivo ad aborto o a gravidanza ectopica o molare
DS	009.1!	Durata della gestazione da 5 a 13 settimane complete

Se una paziente è ricoverata perché dopo un precedente aborto sono rimaste parti del prodotto del concepimento, come diagnosi principale si codifica un **aborto incompleto** con complicanza (003–006 con quarto carattere da .0 a .3).

Esempio 5

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

DP	003.1	Aborto spontaneo, incompleto, complicato da emorragia tardiva o eccessiva
----	-------	---

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

In associazione con diagnosi delle categorie 003–007, si indica **come diagnosi secondaria** un codice della categoria 008. - *Complicanze successive ad aborto, gravidanza extrauterina e gravidanza molare* se la codifica ne risulta più precisa (confronta gli esempi 5 e 6).

Esempio 6

Una paziente è ricoverata con aborto incompleto alla 12a settimana di gravidanza e collasso circolatorio.

DP	003.3	Aborto spontaneo, incompleto, con altre e non specificate complicanze
DS	008.3	Shock successivo ad aborto o a gravidanza ectopica o molare
DS	009.1!	Durata della gestazione da 5 a 13 settimane complete

Feto morto / Nato vivo su terminazione precoce della gravidanza

Se la gravidanza termina (spontaneamente) o viene terminata artificialmente a causa di un decesso intrauterino, come diagnosi principale va indicato il decesso intrauterino.

Esempio 7

Ricovero per morte intrauterina del feto alla 35a settimana di gravidanza.

DP	036.4	Assistenza prestata alla madre per decesso intrauterino del feto
DS	060.1	Travaglio pretermine spontaneo con parto pretermine
o		
	060.3	Parto pretermine senza travaglio spontaneo
DS	009.5!	Durata della gestazione da 34 a 36 settimane complete
DS	Z37.1!	Parto singolo, nato morto (o l'analogo codice in caso di parto plurigemellare)

Se la gravidanza viene terminata precocemente ed artificialmente per una malformazione certa o sospettata del feto, come diagnosi principale va indicato il motivo dell'interruzione della gravidanza. Nella clinica, tale procedura può concludersi con un nato vivo o un nato morto e va codificata di conseguenza.

Esempio 8

Ricovero in ospedale per induzione del parto su malformazione del sistema nervoso centrale del feto alla 24a settimana di gravidanza.

DP	035.0	Assistenza prestata alla madre per (sospetto di) malformazione fetale a carico del sistema nervoso centrale
DS	060.3	Parto pretermine senza travaglio spontaneo
DS	009.3!	Durata della gestazione da 20 a 25 settimane complete
DS	Z37.1!	Parto singolo, nato morto (o l'analogo codice in caso di parto plurigemellare)
o		
	Z37.0!	Parto singolo, nato vivo (o l'analogo codice in caso di parto plurigemellare)

SD1503n Malattie durante la gravidanza

In presenza di una gravidanza, il capitolo XV «Gravidanza, parto e puerperio» è prioritario rispetto ai capitoli sugli organi. Nota bene: insieme ai codici 098–099 va indicato un codice **supplementare** di altri capitoli per specificare la malattia in atto.

Il **capitolo XV** contiene tra l'altro i seguenti tre settori per la codifica di malattie correlate alla gravidanza:

020 – 029	Altri disturbi materni correlati prevalentemente alla gravidanza
085 – 092	Complicanze correlate prevalentemente al puerperio
(Secondo la nota sotto questa categoria, solo i codici 088.–, 091.– e 092.– (vedi nota) sono attribuiti anche alla gravidanza ed al parto e non solo al puerperio)	
e	
094 – 099	Altre condizioni morbose gravidiche non classificate altrove

- Le condizioni correlate prevalentemente alla gravidanza sono codificate con codici specifici delle categorie 020–029.

Esempio 1

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

DP	026.82	Sindrome del tunnel carpale durante la gravidanza
DS	009.4!	Durata della gestazione da 26 a 33 settimane complete

Per codificare le infezioni del tratto genitourinario durante la gravidanza sono disponibili i codici *023. - Infezioni del tratto genitourinario in gravidanza* e *098.3 «Altre infezioni, trasmesse principalmente per via sessuale»*, complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio. Se è possibile una descrizione più precisa, questi codici sono seguiti dal codice specifico per designare l'infezione estratto dal capitolo XIV «Malattie dell'apparato genitourinario» della ICD-10-GM.

Per codificare un diabete mellito durante la gravidanza sono disponibili i codici *024. - Diabete mellito in gravidanza*. Se è possibile una descrizione più precisa, questi codici (ad eccezione di *024.4*) sono seguiti dai codici *E10–E14* per designare il diabete mellito e indicare eventuali complicanze. In caso di complicanze (manifestazioni), la quarta posizione nei codici *E10–E14* va codificata in base alla o alle manifestazioni (specifiche) secondo SD0400.

Per codificare malattie del fegato in gravidanza è disponibile il codice *026.6 Condizioni morbose del fegato durante la gravidanza, il parto e il puerperio*. Esso viene indicato insieme al codice specifico ICD-10-GM del gruppo *K70–K77 Malattie del fegato* per definire la malattia epatica di cui soffre la paziente.

Nota: la colestasi gravidica intraepatica (*026.60*) rappresenta un quadro patologico acuto, specifico della gravidanza, di eziologia ignota.

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

Esempio 2

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

Il medico curante diagnostica un herpes gravidico.

DP 026.4 Herpes gravidico

DS 009.3! Durata della gravidanza: Da 20 a 25 settimane complete

Esempio 3

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

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

DP 098.3 Altre infezioni, trasmesse principalmente per via sessuale, complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio

DS A60.0† Infezione da herpes virus dei genitali e del tratto urogenitale

DS N77.1* Vaginite, vulvite e vulvovaginite in malattie infettive e parassitarie classificate altrove

DS 009.5! Durata della gravidanza: Da 34 a 36 settimane complete

I disturbi diffusi in caso di gravidanza in atto per cui non sia stata individuata una causa specifica vanno codificati con *026.88 Altre condizioni morbose, specificate, correlate alla gravidanza*.

- Per codificare altre complicanze in gravidanza, parto e puerperio (o condizioni che peggiorano in gravidanza o costituiscono la causa principale del ricorso a misure ostetriche) sono disponibili le categorie *098–099*, che vanno indicate **sempre insieme** ad un codice di un altro capitolo della ICD-10-GM quale diagnosi secondaria per specificare la malattia in atto (vedi anche le note relative a *098* e *099* nella ICD-10-GM).

Eccezione: In caso di applicazione del TARPSY, il codice *099.3 Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso centrale, complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio* **non** va utilizzato come diagnosi principale. Per la codifica della diagnosi principale è necessario attenersi alla regola di codifica G52.

Bisogna procedere come indicato nel sottostante esempio 7, anche se la malattia psichiatrica rappresenta una complicanza della gravidanza o viceversa.

Esempio 4

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

DP 099.0 Anemia complicante la gravidanza, il parto ed il puerperio

DS D50.8 Altre anemie da deficit di ferro

DS 009.-! Durata della gestazione ... settimane

Esempio 5

Dopo un parto pretermine spontaneo nella 35a settimana di gestazione, la paziente viene trattata per una forte asma bronchiale allergica. I sintomi, moderati, vengono controllati efficacemente con la terapia.

DP 060.1 Travaglio pretermine spontaneo con parto pretermine
 DS 009.5! Durata della gestazione da 34 a 36 settimane complete
 DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo
 DS 099.5 Malattie dell'apparato respiratorio complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio
 DS J45.00 Asma preminentemente allergico, specificato come ben controllato e non grave

- Se una paziente è ricoverata per un'affezione che non complica né viene complicata dalla gravidanza, il codice di questa malattia è indicato come diagnosi principale, aggiungendo come diagnosi secondaria Z34 *Controllo di gravidanza normale* e 009.–! *Durata della gestazione... settimane.*

Esempio 6

Una paziente alla 30a settimana di gravidanza entra in ospedale per frattura del metacarpo destro dopo una caduta dalla bicicletta.

DP S62.32 Frattura di altro osso metacarpale, corpo
 L 1
 DS V99! Incidente di mezzo di trasporto
 DS Z34 Controllo di gravidanza normale
 DS 009.4! Durata della gestazione da 26 a 33 settimane complete

Esempio 7 – Psichiatria

Una paziente alla 27a settimana di gravidanza, è ricoverata in clinica psichiatrica per trattamento stazionario a causa di un nuovo episodio depressivo grave senza sintomi psicotici. Un sovraccarico professionale e l'attitudine negativa dei colleghi hanno contribuito al peggioramento del suo stato. La gravidanza procede senza complicanze.

DP F33.2 Disturbo depressivo ricorrente, episodio grave senza sintomi psicotici in atto
 DS Z34 Controllo di gravidanza normale
 DS 009.4! Durata della gestazione da 26 a 33 settimane complete

SD1504e Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino*Posizioni e presentazioni anomale del bambino*

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

- In un **parto spontaneo**, non distocico, con presentazione anomala del bambino va codificato
 032.– Assistenza prestata alla madre per presentazione anomala del feto accertata o presunta
- In caso di **taglio cesareo primario** pianificato per presentazione anomala del bambino va utilizzato il codice
 032.– Assistenza prestata alla madre per presentazione anomala del feto accertata o presunta
 sia se alla fine sia stata constatata una distocia o no.
- In caso di **taglio cesareo secondario** o applicazione di **forcipe o ventosa** ostetrica per presentazione anomala del bambino e presenza di una distocia va utilizzato il codice
 064.– Distocia da posizione o presentazione anomala del feto.

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

Motilità fetale ridotta

In caso di ricoveri con la diagnosi «motilità fetale ridotta» va scelto il codice 036.8 *Assistenza prestata alla madre per altri problemi fetali specificati*, qualora non sia nota la causa primaria. Qualora si conosca la causa primaria per la ridotta motilità fetale, va codificata questa causa (in questo caso il codice 036.8 non va indicato).

Cicatrice uterina

Il codice *034.2 Assistenza prestata alla madre per cicatrice uterina da pregresso intervento chirurgico* va impiegato nei casi seguenti:

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

Disturbi della coagulazione durante la gravidanza, il parto e il puerperio

Qualora sia posta una diagnosi precisa questa soddisfa la definizione di diagnosi secondaria (G54), ai codici *000-007, 008.1 e 045.0, 046.0, 067.0, 072.3* va aggiunto un codice supplementare delle categorie *D65-D69*, **in contrasto con eventuali esclusioni nell'ICD-10-GM**.

Profilassi anti-D

La profilassi anti-D somministrata a gestante Rh negativa nel corso di una degenza stazionaria va registrata nel caso della madre con il codice *Z29.1 «Immunoterapia profilattica»*.

Il codice dell'ICD-10-GM *036.0 «Assistenza prestata alla madre per isoimmunizzazione Rh»* va utilizzato unicamente se, a causa della presenza accertata di anticorpi anti-D e/o di malattia emolitica del feto e/o del neo-nato a causa di incompatibilità Rh diagnosticata e documentata da un medico, avviene un impiego di risorse mediche > 0 per la madre.

SD1505o 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 (080)

La categoria *080 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 ciò vale a dire che *080* va omesso dalle diagnosi secondarie.

Ogni nascita spontanea va indicata con il codice *73.59 Assistenza manuale al parto, altro*.

Il termine «spontaneo» si riferisce al parto e non all'inizio delle contrazioni/del travaglio, che può essere spontaneo o indotto. Tutti i parti vaginali senza estrazione strumentale vanno codificati con *73.59 Assistenza manuale al parto, altro*.

Inoltre le uniche procedure ostetriche che possono essere indicate in un parto in associazione al codice *080 Parto singolo spontaneo* sono:

03.91.31 Iniezione di anestetico e analgesico nel canale vertebrale al momento del parto

73.0- Rottura artificiale delle membrane

73.59 Assistenza manuale al parto, altro

73.6 Episiotomia

93.92.15 Analgesia endovenosa controllata dal paziente [PCA]

Nota:

un'episiotomia (necessaria) può essere motivata da una o più indicazioni. Se figura nella documentazione medica, la diagnosi per cui si procede all'incisione del perineo (p. es. rigidità dei tessuti molli, necessità di rapida conclusione di fase espulsiva tardiva, inizio di lacerazione ecc.) va codificata congiuntamente alla procedura di episiotomia e non va utilizzato il codice *O80 Parto singolo spontaneo*.

Le lacerazioni peritoneali che si verificano malgrado l'episiotomia vanno codificate in aggiunta.

La sutura di un'incisione del perineo è inclusa nel codice di procedura *73.6 Episiotomia*.

La riparazione di lacerazioni del perineo (verificatesi malgrado l'episiotomia) va rappresentata con un codice della categoria *75.6-Riparazione di altra lacerazione ostetrica recente*.

Nota:

L'induzione del parto (induzione del travaglio) mira a ridurre al minimo la morbidità e la mortalità fetale o materna e richiede un'indicazione medica.

Per (tentare) un'induzione del travaglio tramite medicinali o di altro tipo (p. es. strumentale) serve di norma una indicazione/ motivazione medica documentata, p. es. travaglio doloroso e inefficace in gravidanza multipla, oligoidramnio o ploidramnio, (sospetto di) insufficienza placentare e/o ritardo di crescita intrauterina, gravidanza oltre il termine, rottura anticipata delle membrane, (forte) affaticamento/sfinimento della partorientente ecc. Se dalla documentazione medica o redatta dal medico risultano una o più motivazioni o indicazioni per l'induzione del parto (induzione del travaglio), va/vanno codificata/e questa/e diagnosi.

Anche se la procedura di parto o la gravidanza si concludono per via vaginale-operativa (estrazione mediante ventosa o forcipe) o con taglio cesareo (primario, secondario), deve/devono essere codificata/e l'indicazione/le indicazioni inerenti all'induzione.

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

Le induzioni ostetriche possono durare ore o giorni (anche in itinere).

Spesso, quindi, anche l'indicazione inerente all'induzione soddisfa le condizioni della regola di codifica G52 «Diagnosi principale».

Esempio 1

Parto vaginale spontaneo di neonato sano alla 39a settimana di gestazione, perineo intatto.

DP	O80	Parto singolo spontaneo
DS	O09.6!	Durata della gestazione da 37 a 41 settimane complete
DS	Z37.0!	Parto singolo, nato vivo

T	73.59	Assistenza manuale al parto, altro
---	-------	------------------------------------

Esempio 2

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

DP	O80	Parto singolo spontaneo
DS	O09.6!	Durata della gestazione da 37 a 41 settimane complete
DS	Z37.0!	Parto singolo, nato vivo

T	73.59	Assistenza manuale al parto, altro
---	-------	------------------------------------

T	73.6	Episiotomia
---	------	-------------

Esempio 3

Parto vaginale spontaneo alla 42ª settimana di gestazione.

DP	O48	Gravidanza prolungata
DS	O09.7!	Durata della gestazione più di 41 settimane complete
DS	Z37.0!	Parto singolo, nato vivo

T	73.59	Assistenza manuale al parto, altro
---	-------	------------------------------------

Esempio 4

Parto vaginale spontaneo alla sdg 36.2, dopo induzione (2 giorni, tramite medicinali) in presenza di sospetto ritardo di crescita intrauterina, insufficienza placentare e diverse calcificazioni nella placenta e segni di infarto bianco. Lacerazione perineale di secondo grado, sutura. Il tracciato della CTG risulta in parte patologico e il liquido amniotico presenta un colore verdastro; si rende così necessario il monitoraggio costante della gestante.

DP	036.5	Assistenza prestata alla madre per ritardo di crescita fetale
DS	043.8	Altri disturbi placentari
DS	060.3	Parto pretermine senza travaglio spontaneo
DS	068.2	Travaglio e parto complicati da anomalia del ritmo cardiaco e da presenza di meconio nel liquido amniotico
DS	070.1	Lacerazione perineale di secondo grado durante il parto
DS	009.6!	Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete
DS	Z37.0!	Parto singolo, nato vivo
T	73.4	Induzione medica del travaglio
T	73.59	Assistenza manuale al parto, altro
T	75.69	Riparazione di altra lacerazione ostetrica recente

Parto singolo con applicazione di forcipe e ventosa ostetrica o con taglio cesareo (081 – 082)

La conclusione del parto con estrazione mediante ventosa e/o forcipe o taglio cesareo (primario o secondario) va sempre motivata da una o più indicazioni, p. es. frequenza cardiaca patologica (associata a cambiamenti di colore del liquido amniotico), debolezza del travaglio primaria o secondaria, sfinimento della partoriente, anomalie di presentazione o posizionamento del feto, emorragia (placentare) preparto o in corso di parto, situazioni di rigidità dei tessuti ecc.

I codici

081	Parto singolo con applicazione di forcipe e ventosa ostetrica
e	
082	Parto singolo con taglio cesareo

non vanno più indicati nella codifica della corrispondente indicazione.

Esempio 5

Estrazione mediante forcipe (feto all'altezza del pavimento pelvico) in primipara (induzione tramite farmaci a causa di gravidanza oltre il termine (sdg 41.3), inizio del travaglio 3 ore dopo la prima somministrazione di prostaglandine) in ragione di decelerazioni e bradicardia (tracciato CTG patologico). Le contrazioni risultano essere troppo brevi e non abbastanza forti. Viene inoltre documentata dai medici una debolezza di travaglio secondaria in fase di espulsione (Durata:95 minuti).

Il parto vaginale-operativo avviene senza episiotomia elettiva e viene riparata una lacerazione perineale di primo grado.

DP	068.0	Travaglio e parto complicati da anomalia del ritmo cardiaco fetale
DS	062.1	Inerzia uterina secondaria
DS	070.0	Lacerazione perineale di primo grado durante il parto
DS	048	Gravidanza prolungata
DS	009.7!	Durata della gravidanza, più di 41 settimane complete
DS	Z37.0!	Parto singolo, nato vivo

T	72.19	Parto con forcipe basso profondo, altro
T	75.69	Riparazione di altra lacerazione ostetrica recente
T	73.4	Induzione medica del travaglio

Taglio cesareo primario e secondario nella codifica medica

La definizione **medica** di taglio cesareo è la seguente:

Un taglio cesareo si dice **primario** quando è eseguito **prima dell'inizio del parto** (inizio del travaglio e/o rottura delle membrane). È detto anche taglio elettivo, programmato o di primo grado.

Un taglio cesareo si dice **secondario** quando è eseguito **dopo l'inizio del parto** (inizio del travaglio e/o rottura delle membrane). È detto anche taglio non programmato o di secondo grado.

La necessità/decisione di eseguire un taglio cesareo è determinata nella maggior parte dei casi da **molteplici fattori**.

Ciò significa che non solo **una** indicazione, ma **una combinazione di fattori** ragioni (materne e/o fetali) può portare alla decisione di eseguire un parto cesareo.

Nota:

Tutte le indicazioni e le altre ragioni (assolute e/o relative) riportate nella documentazione medica che portano al parto cesareo vanno rilevate con il rispettivo codice ICD-10-GM.

L'impiego di risorse mediche da documentare relativamente alle diagnosi in conformità alle regole G52 «Diagnosi principale» e G54 «Diagnosi secondarie» è quello inerente al parto cesareo (di qualsiasi tipo) eseguito.

La diagnosi più importante per la decisione di eseguire un taglio cesareo va codificata come diagnosi principale se conforme alla regola G52 ed a condizione che nessun'altra diagnosi soddisfi i criteri di codifica quale diagnosi principale.

Nell'ostetricia clinica, le indicazioni per il taglio cesareo si distinguono in **assolute e relative**.

Nota bene:

Gli esempi di indicazioni riportati qui di seguito non vanno considerati esaustivi e possono variare nelle pubblicazioni mediche e nella pratica clinica.

L'elencazione proposta in questa sede si fonda tra l'altro sulle linee guida¹ della Società svizzera di ginecologia e ostetricia.

Indicazioni assolute: in presenza di queste indicazioni l'esecuzione di un taglio cesareo è strettamente necessaria per salvare la vita e/o la salute del nascituro e/o della partoriente. Anche i termini «taglio cesareo d'urgenza» o «taglio cesareo d'emergenza» si riferiscono a tali indicazioni.

P. es.: presentazione trasversale, (minaccia di) rottura dell'utero, acidosi fetale (valore pH $\leq$ 7,20 risultante da analisi ematiche fetali), sproporzione cefalopelvica assoluta, difformità del bacino, bradicardia fetale grave resistente alle terapie, prolasso del cordone ombelicale, placenta previa (con o senza emorragia), distacco prematuro della placenta, arresto del parto, sindrome da infezione amniotica, eclampsia, sindrome HELLP ecc.

Indicazioni relative: in presenza di queste indicazioni l'esecuzione di un taglio cesareo non è strettamente necessaria. La vita e/o la salute del nascituro e/o della partoriente non corrono un pericolo immediato. Le seguenti indicazioni, quali possibili ragioni di parto cesareo, devono essere discusse e valutate personalmente con la partoriente in relazione alla modalità di parto e ai connessi vantaggi, svantaggi e rischi medico-ostetrici.

P. es. presentazione pelvica (presentazione pelvica pura, presentazione podalica pura, presentazione podalica completa), ritardo di crescita intrauterina o restrizione di crescita fetale, gravidanza multipla, sproporzione cefalopelvica, macrosomia fetale assoluta (> 4500g), infezione da HIV, infezione genitale primaria da virus herpes simplex nel terzo trimestre di gravidanza, tracciato CTG patologico, parto protratto, pre-eclampsia, esito di precedente taglio cesareo, parto pretermine, sfinitimento della partoriente, taglio cesareo dovuto a ragioni psicologiche (senso di angoscia per la sicurezza del nascituro, i dolori del parto e la possibilità di conseguenti danni organici), insufficienza cardiaca materna, altre malattie della partoriente altrettanto gravi (p. es. diabete mellito scompensato) ecc.

Esistono numerose altre fattori che possono portare alla decisione di eseguire un taglio cesareo primario o secondario, p. es.:

- infezione da epatite B
- infezione da epatite C
- infezione da HPV
- taglio cesareo su richiesta della gestante senza alcuna indicazione medica

Anche questi stati ed eventuali altri fattori, se figurano nella documentazione medica, devono essere indicati quale ragione del taglio cesareo eseguito.

Nella CHOP sono disponibili dal 2014 codici a 6 cifre per la registrazione dei diversi tipi di taglio cesareo.

Per la scelta corretta del codice di procedura corrispondente è necessario osservare le seguenti regole al fine di garantire una codifica uniforme nell'intera Svizzera:

- Per la scelta del codice CHOP corrispondente **74.0X.10, 74.1X.10, 74.2X.10, 74.4X.10** va registrato il tipo di taglio cesareo quale procedura programmata ante partum ed eseguito prima o dopo l'inizio del parto (inizio del travaglio e/o rottura delle membrane). In questo caso, la decisione di procedere al parto cesareo viene quindi presa **prima dell'inizio del parto, ossia prima dell'inizio del travaglio e/o dell'avvenuta rottura delle membrane**. Si tratta del cosiddetto taglio cesareo elettivo. Un codice terminante per «.10» può essere scelto a condizione che nessuna ulteriore indicazione materna e/o fetale (assoluta e/o relativa) per taglio cesareo o altre ragioni richiedano l'indicazione di un codice CHOP della categoria 74.- con cifra finale «.20» (p. es. in situazioni di emergenza ecc.).

¹ Guideline_Sectio_Caesarea_2015.pdf (sggg.ch)

- Per la scelta del codice CHOP corrispondente **74.0X.20, 74.1X.20, 74.2X.20, 74.4X.20** va registrati il tipo di taglio cesareo **eseguito necessariamente prima dell'inizio del parto** (a prescindere che fosse programmato inizialmente* o meno) in ragione di un'**indicazione acuta** urgente o di una **situazione di emergenza** (vedi indicazioni assolute) oppure la decisione di eseguire il taglio cesareo (**non programmato**) **dopo l'inizio del parto (in corso di parto)** resasi necessaria a causa di una **situazione di emergenza, di indicazioni urgenti o di altre indicazioni assolute e/o relative**.

*Anche se si trattava p. es. di una procedura programmata ante partum e il parto non è ancora iniziato, il verificarsi di nuove/ulteriori indicazioni/ragioni può richiedere l'utilizzo di un codice CHOP con cifra finale «.20».

Nota bene:

Il metodo più frequentemente utilizzato per il taglio cesareo è l'incisione trasversale del segmento uterino inferiore (istmo). Questa va rappresentata con i codici **74.1x.10 Taglio cesareo cervicale basso, primario** e **74.1X.20 Taglio cesareo cervicale basso, secondario**.

Descrizioni di metodi come p. es. secondo «Pfannenstiel», secondo «Joel-Cohen» o «tecnica Misgav-Ladach modificata» sono comprese nella sottocategoria **74.1X. - Taglio cesareo cervicale basso**, anche se in realtà descrivono l'incisione della parete addominale.

Per poter registrare un taglio cesareo extraperitoneale, il ricorso a questa speciale tecnica deve essere esplicitamente menzionato nella documentazione medica.

Per la codifica di un taglio cesareo del corpo uterino vanno utilizzati i codici della sottocategoria **74.0X.- Taglio cesareo tradizionale**.

In questi casi viene praticata un'**incisione verticale e/o orizzontale nel corpo dell'utero**, una tecnica utilizzata (raramente) per i parti p. es. nelle primissime settimane di gravidanza.

I parti cesarei sono eseguiti molto raramente tramite laparotomia verticale o un'incisione di altro tipo. In questi casi è necessario utilizzare la sottocategoria residua **74.4X Taglio cesareo di altro tipo specificato**.

Parto pretermine e taglio cesareo:

Ogni taglio cesareo, programmato o non programmato, che deve essere eseguito entro la sdg 37 compiuta (vedi definizione di parto pretermine di cui alla regola SD1501, pag. 160), va registrato tramite un codice CHOP della categoria 74.- con cifra finale «.20».

Nota:

a causa delle differenze sussistenti tra la definizione medica di taglio cesareo «primario» e «secondario», da un lato, e le direttive inerenti all'utilizzo dei codici CHOP della categoria 74.- *Taglio cesareo ed estrazione del feto*, dall'altro, i responsabili della codifica **non** possono partire dal presupposto che la definizione di taglio «primario» o «secondario» di cui alla documentazione medica possa sempre essere ripresa esattamente nella codifica.

Valgono tra l'altro le disposizioni di queste regole di codifica e i seguenti esempi.

Gli esempi che seguono si prefiggono di illustrare in modo dettagliato la codifica e per tale ragione sono particolarmente numerosi. Si focalizzano sulla scelta dei codici ICD-10-GM relativamente alle **indicazioni/altre ragioni** e dei codici CHOP corretti per il parto cesareo. Non vanno considerati esaustivi per quanto riguarda la registrazione dei codici di procedura.

Esempi di utilizzo dei codici CHOP relativi al taglio cesareo «primario»**Esempio 6**

Parto cesareo elettivo in anestesia generale somministrata per via endovenosa (timore per l'anestesia spinale) in ragione della persistente presentazione puramente podalica alla sdg 39.3, anticipato a causa di rottura pretermine delle membrane e inizio spontaneo del travaglio (6 ore dopo la rottura delle membrane).

DP 064.1 Distocia da presentazione podalica
 DS 042.0 Rottura prematura delle membrane, con inizio del travaglio entro 24 ore
 DS 009.6! Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete
 DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

T 74.1X.10 Taglio cesareo cervicale basso, primario
 T 93.92.10 Anestesia per via endovenosa Data e ora del T 74.1X.10

Il taglio cesareo per presentazione pelvica (indicazione relativa) era una procedura programmata prima dell'inizio del parto. In presenza di una rottura prematura delle membrane (rottura prima dell'inizio del travaglio) e successivo inizio del travaglio, secondo la definizione medica si tratta di un taglio cesareo secondario (taglio cesareo iniziato dopo l'inizio del parto).

In questo caso, dato che la regola di codifica per la registrazione dei codici CHOP per il taglio cesareo si scosta dalla definizione medica, trova applicazione il codice CHOP 74.1X.10 *Taglio cesareo cervicale basso, **primario***.

Esempio 7

Ammissione per taglio cesareo elettivo 20 giorni prima della data teorica del parto in ragione di presentazione trasversale assoluta e bacino materno imbutiforme (congenito).

Esecuzione del taglio programmato prima della rottura delle membrane e dell'inizio del travaglio.

DP 032.2 Assistenza prestata alla madre per posizione fetale trasversa o obliqua
 DS 033.3 Assistenza prestata alla madre per sproporzione causata da restringimento del bacino inferiore
 DS 099.8 Altre malattie e condizioni morbose specificate complicanti la gravidanza, il parto e il puerperio
 DS Q74.2 Altre malformazioni congenite dell'arto(i) inferiore(i), compreso il cingolo pelvico
 DS 009.6! Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete
 DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

T 74.1X.10 Taglio cesareo cervicale basso, primario

Esecuzione programmata del taglio cesareo prima dell'inizio del parto in ragione di presentazione trasversale (indicazione assoluta) e bacino imbutiforme (indicazione assoluta). Secondo la definizione medica e sulla base della regola di codifica sopra descritta si tratta di un taglio cesareo primario che richiede l'indicazione del codice CHOP 74.1X.10 *Taglio cesareo cervicale basso, **primario***.

Esempio 8

Ammissione di para 0, gravida 1 (42 anni) alla sdg 37.2 per taglio cesareo programmato in presenza di diabete gestazionale, forte timore del parto vaginale e sospetto di inizio di insufficienza placentare (ancora nessun ritardo di crescita intrauterina).

La paziente chiede l'effettuazione del taglio cesareo a questo punto della gravidanza anche a causa di fatica e sfinimento crescenti. Si riscontrano inoltre un'obesità permagna di origine alimentare (BMI pari a 42) aggravata da un aumento di peso superiore alla media durante la gravidanza.

Dopo la spiegazione di vantaggi, svantaggi e rischi ostetrici, la paziente conferma la propria scelta e il taglio cesareo elettivo viene eseguito il giorno successivo.

DP 024.4 Diabete mellito insorto in gravidanza
 DS 026.88 Altre condizioni morbose, specificate, correlate alla gravidanza
 DS 043.8 Altri disturbi placentari
 DS Z35.5 Controllo di gravidanza di primipara attempata
 DS 026.0 Aumento ponderale eccessivo in gravidanza
 DS 099.2 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche, complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio
 DS E66.02 Obesità da eccesso calorico, obesità di grado III (OMS) in pazienti di 18 anni e più
 DS 009.6! Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete
 DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

T 74.1X.10 Taglio cesareo cervicale basso, primario

La decisione di procedere al taglio cesareo programmato è stata presa in presenza di diverse indicazioni relative (diabete gestazionale, forte timore del parto vaginale, inizio di insufficienza placentare, stanchezza e sfinimento) e in ragione della gravidanza a rischio (a causa dell'età della primipara.)

Nessuna delle indicazioni e delle ragioni emerse impone un parto cesareo urgente. Il parto non è iniziato e il taglio cesareo avviene come programmato.

La richiesta pressante della gestante di partorire per taglio cesareo per motivazioni di ordine psichico va assecondata da parte dei medici (dopo le spiegazioni del caso), anche in relazione agli aspetti medico-legali, e vale quale indicazione relativa.

L'esempio sopra illustrato rappresenta sia dal punto di vista medico sia da quello della tecnica di codifica un 74.1X.10 Taglio cesareo cervicale basso, **primario**.

Esempio 9

Ammissione di gravida VII, para VI per nuovo taglio cesareo elettivo alla sdg 37.3. Si tratta del quinto taglio cesareo consecutivo.

Già dopo il quarto taglio cesareo, in ragione dell'«assottigliamento» della parete addominale, di una perforazione coperta nella zona dell'istmo uterino e di gravi aderenze, era stata prospettata, in caso di nuova gravidanza, un'incisione del corpo dell'utero invece del taglio cesareo cervicale basso.

DP 034.2 Assistenza prestata alla madre per cicatrice uterina da pregresso intervento chirurgico
 DS 099.8 Altre malattie e condizioni morbose specificate complicanti la gravidanza, il parto e il puerperio
 DS N99.4 Aderenze pelviperitoneali iatrogene
 DS Z35.2 Controllo di gravidanza con altra anamnesi patologica ostetrica e difficoltà a procreare
 DS 009.6! Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete
 DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

T 74.0X.10 Taglio cesareo tradizionale, primario

T 00.99.11 Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica

Dati i molteplici parti cesarei precedenti (indicazione relativa), l'esito di perforazione coperta (minaccia di indicazione assoluta) e il sospetto di aderenze postoperatorie gravi nella zona del bacino (non si tratta né di un'indicazione assoluta né di un'indicazione relativa, ma di una ragione per decidere un cambiamento del modus operandi) viene effettuato taglio cesareo **primario** corporale (incisione verticale nel corpo dell'utero).

Anche secondo le regole di codifica in vigore, va scelto il codice del parto cesareo primario, dato che si tratta di un taglio cesareo programmato prima dell'inizio del parto.

Qualora però la gestante fosse ammessa a travaglio iniziato e/o con rottura delle membrane, nella situazione sopra descritta, che rappresenta una gravidanza a rischio, può rendersi molto rapidamente necessario un taglio cesareo d'urgenza, in particolare in caso di peggioramento del tracciato CTG, possibile indizio di nuova perforazione dell'utero. Se ciò figura nella documentazione medica, al posto del taglio cesareo primario potrebbe essere codificato un taglio cesareo secondario.

Esempio 10

Ammissione di una 30enne primogravida alla sdg 39.2 per taglio cesareo elettivo programmato a causa di forte timore per il parto vaginale. Tutti i rischi e le alternative possibili sono stati discussi preliminarmente con la gestante e documentati.

DP 026.88 Altre condizioni morbose, specificate, correlate alla gravidanza

DS 009.6! Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

T 74.1X.10 Taglio cesareo cervicale basso, primario

Si è in presenza di un'indicazione relativa.

Sia dal punto di vista medico che in base alla regola di codifica sopra menzionata, va registrato il codice del taglio cesareo primario

74.1X.10 Taglio cesareo cervicale basso, **primario**.

Nota:

Per la rappresentazione dell'indicazione relativa «Forte timore del parto vaginale» è necessario ricorrere al codice 026.88.

Non va utilizzato **nessun** codice della categoria F41.-, nello specifico, o del capitolo V dell'ICD-10-GM, in generale, a meno che non sussista una precedente diagnosi psichiatrica (di angoscia) documentata, inequivocabile e preesistente.

In presenza di un'indicazione relativa non va registrato il codice 082 Parto singolo con taglio cesareo.

Esempio 11

Ammissione alla sdg 38.5 per taglio cesareo programmato alla data richiesta (primogravida).

Il parto cesareo viene eseguito per desiderio dei genitori a una data precisa, in assenza di altre indicazioni relative o assolute.

DP 082 Parto singolo con taglio cesareo

DS 009.6! Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

T 74.1X.10 Taglio cesareo cervicale basso, primario

Nota:

un «taglio cesareo su richiesta materna», definito come tale e senza ulteriori indicazioni inerenti al taglio (p. es. esito di taglio precedente, sospetto di feto macrosomico ecc.), va codificato con il codice ICD 082 Parto singolo con taglio cesareo.

Al codice ICD 082 Parto singolo con taglio cesareo non possono essere abbinati i codici CHOP 74.1X.20 Taglio cesareo cervicale basso, secondario, 74.0X.20 Taglio cesareo tradizionale, secondario o 74.2X.- Taglio cesareo extraperitoneale.

Esempi di utilizzo dei codici CHOP relativi al taglio cesareo «secondario»

Esempio 12

Taglio cesareo d'urgenza in anestesia generale (combinazione di anestesia inalatoria e endovenosa) in presenza di bradicardia fetale grave con oscillazione silente nella fase iniziale di dilatazione e contrazioni regolari (senza sindrome da compressione della vena cava). Sdg 36.1, anestesia peridurale in posizione supina data una precedente intolleranza al travaglio della partoriente.

DP 068.0 Travaglio e parto complicati da anomalia del ritmo cardiaco fetale

DS 060.1 Travaglio pretermine spontaneo con parto pretermine

DS 075.8 Altre complicanze specificate del travaglio e del parto

DS 009.6! Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

T 74.1X.20 Taglio cesareo cervicale basso, secondario

T 03.91.31 Iniezione di anestetico e analgesico nel canale vertebrale al momento del parto

T 93.92.12 Anestesia bilanciata Data e ora del T 74.1X.20

La decisione di procedere a un taglio cesareo d'urgenza in presenza di bradicardia fetale grave (indicazione assoluta) e parto pretermine (indicazione relativa) è stata presa dopo l'inizio del parto in ragione del suo andamento.

In questo caso, trova applicazione il codice 74.1X.20 Taglio cesareo cervicale basso, **secondario**.

Esempio 13

Ammissione stazionaria per monitoraggio e induzione del parto, eventualmente pianificata, tramite medicinali a seguito di esami inerenti alla gravidanza alla sdg 39.

Dall'esame doppler eseguito ambulatoriamente sono emersi un sanguinamento patologico del cordone ombelicale (indizio di indicazione relativa) in presenza di placenta marginale (indicazione relativa) e un ritardo di crescita intrauterino (indicazione relativa).

Un controllo CTG effettuato il giorno successivo mostra un tracciato patologico a livello dell'utero a travaglio non ancora iniziato (indicazione relativa) senza recupero adeguato del battito cardiaco fetale.

Viene quindi disposto ed effettuato un taglio cesareo d'urgenza.

Il valore pH dell'arteria del cordone ombelicale e l'eccesso di basi (BE) sono normali.

DP 036.3 Assistenza prestata alla madre per segni di ipossia fetale

DS 044.00 Placenta marginale senza (attuale) emorragia

DS 036.5 Assistenza prestata alla madre per ritardo di crescita fetale

DS 009.6! Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

T 74.1X.20 Taglio cesareo cervicale basso, secondario

In presenza di più indicazioni (relative) per un taglio cesareo, a causa del peggioramento della situazione generale dovuto all'apparizione di un'ulteriore indicazione relativa prognosticamente sfavorevole (tracciato CTG patologico prima dell'inizio del travaglio), viene deciso un **parto cesareo urgente non programmato**. Malgrado la procedura sia stata eseguita prima dell'effettivo inizio del parto e che quindi, secondo la definizione medica, si tratti di un taglio cesareo «primario», in ragione dell'urgenza trova applicazione il codice CHOP 74.1X.20 Taglio cesareo cervicale basso, **secondario**.

Esempio 14

Ammissione notturna con rottura prematura delle membrane (senza travaglio) 20 giorni prima della data teorica del parto in presenza di presentazione trasversale assoluta. In precedenza era stato programmato un taglio cesareo elettivo che si sarebbe dovuto effettuare due giorni più tardi.

Nel corso degli esami ostetrici eseguiti al momento dell'ammissione continuano a fuoriuscire notevoli quantità di liquido amniotico.

Il tracciato CTG non è (ancora) patologico e mostra leggeri segni di compressione del feto (punteggio Fisher pari a 8).

Anticipazione urgente del taglio cesareo programmato a causa di presentazione che rende impossibile il parto vaginale e di rottura prematura delle membrane, anche per eseguire la procedura prima dell'inizio del travaglio.

DP 064.4 Distocia da presentazione trasversa
 DS 042.9 Rottura prematura delle membrane non specificata
 DS 009.6! Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete
 DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

T 74.1X.20 Taglio cesareo cervicale basso, secondario

In presenza di presentazione trasversale (indicazione assoluta) è stato pianificato un taglio cesareo elettivo. All'inizio del parto (rottura prematura delle membrane), in ragione di una presentazione che rende impossibile il parto vaginale, è stato disposto un taglio cesareo d'urgenza.

L'inizio del parto in caso di presentazione trasversale del feto rappresenta una situazione critica dal punto di vista ostetrico, che può trasformarsi in qualsiasi momento in un'urgenza, in particolare se la partoriente è entrata in travaglio.

Sia dal punto di vista medico, sia secondo le regole di codifica sopra menzionate, si tratta di un taglio cesareo **secondario**.

L'esempio vale anche, con la stessa motivazione, per l'inizio del parto con travaglio senza rottura delle membrane o in caso di rottura delle membrane e travaglio con presentazione trasversale verificata.

Esempio 15

Ammissione con rottura delle membrane e presentazione pelvica alla sdg 37.5 con contrazioni regolari. In precedenza era stato programmato il taglio cesareo per 6 giorni più tardi.

L'esame effettuato al momento dell'ammissione mostra un tracciato CTG sospetto (punteggio Fisher pari a 7) e liquido amniotico «a purea di piselli» (particolarmente denso in quanto contenente meconio) con inizio di contrazioni regolari. Dalla cervice uterina sporge e si può toccare un piede del feto.

Viene effettuato un taglio cesareo accelerato.

DP 068.2 Travaglio e parto complicati da anomalia del ritmo cardiaco e da presenza di meconio nel liquido amniotico
 DS 042.0 Rottura prematura delle membrane, con inizio del travaglio entro 24 ore
 DS 064.1 Distocia da presentazione podalica
 DS 009.6! Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete
 DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

T 74.1X.20 Taglio cesareo cervicale basso, secondario

La presenza di liquido amniotico contenente meconio (la consistenza di «purea di piselli» può far pensare che questo stato duri da tempo) sta a indicare che il feto non è nutrito in modo ottimale ed è stato e/o è esposto ad una situazione ipossica. Anche il tracciato CTG già patologico supporta questo sospetto.

Le due indicazioni relative portano a decidere un taglio cesareo «urgente», senza che attualmente sussista un'emergenza acuta.

Dato che il travaglio è iniziato, va utilizzato il codice 068.2 *Travaglio e parto complicati da anomalia del ritmo cardiaco e da presenza di meconio nel liquido amniotico* del capitolo «Complicanze del travaglio e del parto». La rottura prematura delle membrane non è la ragione principale/il problema «più grave». Il taglio cesareo è effettuato innanzitutto a causa del sospetto di situazione ipossica del feto, che risulta clinicamente dall'alterazione del liquido amniotico e dal tracciato CTG.

Va indicato il codice 74.1X.20 *Taglio cesareo cervicale basso, secondario*, dato che, sia dal punto di vista medico sia secondo le regole di codifica, si tratta di un taglio cesareo secondario, anche se la procedura era programmata in precedenza.

Esempio 16

Da 4 settimane una primogravida è in degenza stazionaria a causa di ritardo di crescita intrauterino (indicazione relativa) e insufficienza cervicale (accorciamento a 2 cm senza travaglio percettibile, consistenza molle, nessuna conformazione a imbuto). Dopo breve tocolisi nessun inizio del travaglio. Effettuazione di controlli CTG quotidiani e monitoraggio medico del nutrimento del feto e della lunghezza della cervice. Sdg 26.1 all'ammissione.

In presenza di crescente peggioramento dei valori doppler del cordone ombelicale (indizio di indicazione relativa), dopo somministrazione di medicinali per accelerare la maturità polmonare fetale, viene programmato ed eseguito un taglio cesareo alla sdg 30.2.

DP 036.5 Assistenza prestata alla madre per ritardo di crescita fetale
 DS 034.38 Assistenza prestata alla madre per altra incompetenza cervicale uterina
 DS 036.3 Assistenza prestata alla madre per segni di ipossia fetale
 DS 060.3 Parto pretermine senza travaglio spontaneo
 DS 009.4! Durata della gravidanza, da 26 a 33 settimane complete
 DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

T 73.7X.14 Trattamento ospedaliero prima del parto nella stessa degenza ospedaliera, da almeno 28 a 55 giorni di trattamento
 T 74.1X.20 Taglio cesareo cervicale basso, secondario
 T Altre procedure secondo documentazione medica

La paziente è stata monitorata per diverse settimane in degenza stazionaria in ragione di un ritardo di sviluppo intrauterino (indicazione relativa) ed un'insufficienza cervicale. A causa del crescente peggioramento dei parametri relativi al nutrimento del feto, è stato necessario disporre un taglio cesareo ben prima della sdg 37.0 e dell'inizio del parto. Da un punto di vista medico, si tratta di un parto cesareo primario, pianificato ed eseguito in urgenza. In conformità alle regole di codifica, date le indicazioni e il parto pretermine, si tratta però di un 74.1X.20 Taglio cesareo cervicale basso, **secondario**.

La procedura prevalente della degenza stazionaria è stato il monitoraggio plurisettimanale a causa del ritardo di sviluppo intrauterino e del crescente peggioramento dell'apporto nutritivo al feto. In conformità alla regola di codifica G55, il taglio cesareo non viene quindi registrato al primo posto.

Esempio 17

Ammissione alla sdg 37.1 dopo leggere perdite ematiche in presenza di placenta previa completa ed esito di precedente taglio cesareo cervicale basso.

Il tracciato CTG non mostra né rilievi né attività di travaglio. Da un primo esame dell'abbigliamento intimo e del salvaslip colpisce il sangue coagulato. Dall'ecografia dell'utero risulta un sacco amniotico intatto e un identico stato per quanto riguarda la placenta previa.

Durante le successive ore di monitoraggio nuove perdite ematiche.

Decisione di procedere a taglio cesareo anticipato primario a causa di sanguinamento della placenta previa. Data la posizione della placenta, è necessario effettuare un'incisione di tipo tradizionale (del corpo dell'utero) invece che un taglio cesareo cervicale basso.

DP 044.11 Placenta previa con emorragia
 DS 034.2 Assistenza prestata alla madre per cicatrice uterina da pregresso intervento chirurgico
 DS 009.6! Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete
 DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

T 74.0X.20 Taglio cesareo tradizionale, secondario
 T 00.99.11 Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica

Anche se il taglio cesareo è programmato e il parto non è ancora iniziato, dato il sussistere dell'indicazione assoluta «placenta previa con emorragia acuta» e l'apparizione di una situazione di pericolo per la madre e il feto, va utilizzato il codice 74.0X.20 Taglio cesareo tradizionale, **secondario**.

Un'ulteriore indicazione relativa (esito di precedente taglio cesareo) contribuisce alla decisione e va quindi inclusa nella codifica.

Durata della gravidanza

Un codice della categoria

009.-! *Durata della gestazione*

va indicato nel record della madre per specificare la durata della gravidanza al momento dell'ammissione.

In caso di ricovero ospedaliero per il trattamento delle complicanze di un aborto o parto precedentemente trattato, la durata della gravidanza non viene codificata.

Esito del parto

Per ogni parto, l'ospedale dove è avvenuto deve indicare nel record della madre il codice appropriato della categoria

Z37.-! *Esito del parto.*

Si tratta di un codice con punto esclamativo (cfr. D04), obbligatorio, che non può essere attribuito come diagnosi principale. In caso di trasferimento (da un ospedale ad un altro, da una casa per partorienti ad un ospedale e viceversa), Z37.-! può essere utilizzato solo dall'istituzione in cui è avvenuto il parto.

Parto plurigemellare

In caso di gravidanza multipla con nascita spontanea p.es. di gemelli vivi, si indicano i codici

030.0 *Gravidanza gemellare*

Z37.2! *Parto gemellare, entrambi nati vivi.*

Qualora i bambini di un parto plurigemellare siano partoriti per diverse vie, vanno codificati tutti i tipi di parto.

Esempio 18

Parto gemellare pretermine alla 35a settimana di gestazione, il primo gemello viene partorito tramite estrazione per posizione podalica, il secondo con taglio cesareo per distocia con presentazione di spalla.

DP 064.4 *Distocia da presentazione trasversa*

DS 032.1 *Assistenza prestata alla madre per presentazione podalica del feto*

DS 030.0 *Gravidanza gemellare*

DS 060.1 *Travaglio pretermine spontaneo con parto pretermine*

DS 009.5! *Durata della gestazione da 34 a 36 settimane complete*

DS Z37.2! *Parto gemellare, entrambi nati vivi*

T 74.1X.-- *Taglio cesareo cervicale basso*

T 73.59 *Assistenza manuale al parto, altro*

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 anche un appropriato codice della categoria Z39.- 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 da parte dell'ospedale ricevente.

In questi casi il secondo ospedale non deve codificare il codice della categoria Z37.-!.

Parto pretermine, travaglio pretermine e falso travaglio

Un codice della categoria

047.- Falso travaglio di parto

va indicato in caso di doglie non agenti sulla porzio (**non** agenti sulla cervice).

Un codice della categoria

060.- Travaglio e parto pretermine

va utilizzato in caso di doglie agenti sulla porzio con/senza parto nella stessa degenza ospedaliera.

Se si conosce il motivo del parto pretermine o del travaglio pretermine o falso, questo motivo va indicato come diagnosi principale, seguito da un codice delle categorie *047.-* o *060.-* come diagnosi secondaria. Nel caso in cui il motivo sia sconosciuto, va indicato come diagnosi principale un codice delle categorie *047.-* o *060.-*. Inoltre va attribuito come diagnosi secondaria un codice della categoria *009.-!* *Durata della gestazione*.

Durata prolungata della gravidanza e gravidanza protratta

048 Gravidanza prolungata

va codificato nel caso in cui il parto abbia luogo dopo la 41a settimana di gestazione compiuta (a partire da 287 giorni) o il bambino mostri segni evidenti dovuti al protrarsi della gestazione.

Esempio 19

Una paziente partorisce un bambino nella 42a settimana di gestazione.

DP 048 Gravidanza prolungata

DS 009.7! Durata della gestazione più di 41 settimane compiute

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

Esempio 20

Una paziente partorisce un bambino nella 40a settimana di gestazione. Il bambino mostra segni evidenti dovuti al protrarsi della gestazione.

DP 048 Gravidanza prolungata

DS 009.6! Durata della gestazione da 37 a 41 settimane compiute

DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

Travaglio di parto prolungato

063.0 Il periodo di dilatazione prolungato (durante il parto) può essere codificato se il progresso del parto dura più di 8 ore dal momento in cui la dilatazione della cervice raggiunge i 6 cm fino alla completa dilatazione.

063.1 Prolungamento del secondo stadio [periodo espulsivo] del travaglio è possibile codificare un periodo espulsivo prolungato (durante il parto) se il periodo espulsivo dura più di 3 ore in una primipara e più di 2 ore in una multipara. Il periodo espulsivo inizia con la completa dilatazione della cervice e termina con la nascita del bambino.

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

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

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

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

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

Nota:

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

Esempio 21

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

Dopo 30 ore, inizio autonomo del travaglio. Periodo dilatativo prolungato della durata di 12 ore e 45 minuti (dall'apertura della cervice di 6 cm fino alla completa apertura della cervice) con sostegno alle contrazioni e anestesia peridurale.

In presenza di periodo espulsivo prolungato della durata di 190 minuti e di CTG patologico, conclusione del parto con estrazione tramite ventosa, senza episiotomia, con lacerazione perineale di secondo grado.

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

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

Atonia uterina ed emorragie**Un'atonìa uterina**

- durante il parto va indicata con i codici della categoria 062.- *Anomalie delle forze propulsive del travaglio di parto*
- dopo il parto è indicata con i codici della categoria 072.- *Emorragia postparto*.

Un'emorragia postparto (072.-) può essere codificata solo quando soddisfa i criteri di diagnosi secondaria (G54).

Prelievo di cellule staminali per crioconservazione

Il prelievo di cellule staminali dal sangue del cordone ombelicale per crioconservazione (nella maggior parte dei casi dalla vena, a seconda delle indicazioni del fornitore e del volume ematico presente nel cordone ombelicale) va registrato con il codice

41.0A.31 *Prelievo di cellule staminali ematopoietiche dal sangue del cordone ombelicale, autologo*

nel caso del neonato.

A tal fine, è irrilevante che il prelievo sia effettuato subito dopo un taglio cesareo primario/secondario o un parto vaginale.

Va sottolineato che **il codice non può essere registrato nel caso della madre, ma esclusivamente nel caso del neonato**.

Si tratta di un prelievo effettuato dal sangue del cordone ombelicale che presenta un'elevata concentrazione di cellule staminali ematopoietiche.

Grazie a queste cellule, che vengono crioconservate e custodite per anni, nel prosieguo della vita del neonato (o dei suoi fratelli e sorelle) potranno essere trattate eventuali malattie come la leucemia, l'anemia o le malattie del sistema immunitario.

SD1506o Malattie del puerperio

Sepsi puerperale (in passato chiamata «febbre puerperale»)

La sepsi puerperale va considerata un'entità a sé stante. Il suo carattere indipendente, riconducibile al particolare momento della sua manifestazione e alla sua eziologia (contesto del parto), è comparabile a quello del diabete gestazionale, dell'herpes gestationis o della colestasi gravidica.

La distinzione tra «sepsi puerperale» e «sepsi nel puerperio» è essenziale per una corretta codifica. La sepsi puerperale è provocata da un'infezione batterica dell'endometrio (porte di accesso: p. es. ferite postparto, residui di placenta ecc.). Le possibili sequele di questa infezione spaziano dall'endometrite alla sepsi puerperale fulminante.

La sepsi puerperale va distinta dalle sepsi postparto dovute a infezioni delle vie urinarie, mastiti e/o ferite ostetriche infettatesi, p. es. a seguito di episiotomia ecc.

Negli esempi che seguono, si rinuncia intenzionalmente alla codifica dei trattamenti per focalizzarsi sulla codifica della diagnosi.

Esempio 1

Sette ore dopo un parto ma senza altre complicazioni (gravida II/para II, sdg 39), con ammissione il giorno precedente, si manifestano dolori persistenti (i cosiddetti morsi uterini).

La puerpera è pallida, lamenta forti dolori nella parte bassa del ventre, la circolazione è per il momento stabile e la temperatura corporea è di 35,7°C.

Sospetto primario di disturbo della regolazione circolatoria.

L'attuale emocromo indica un'anemia (5.1 mmol/l, 82.2 g/L) e una trombocitopenia ($76 \times 10^9/\mu\text{l}$), mentre i valori dei leucociti risultano essere normali.

Nel corso dei successivi giorni di degenza persistono dolori crescenti al basso ventre resistenti alle terapie.

Clinicamente, la paziente si mostra sempre più irrequieta, con sudori freddi e labbra cianotiche; presenta ipotensione (80/40 mmHg) e polso tachicardico (122 battiti/min). L'addome è lasso e senza tensione difensiva.

*A seguito della diagnosi di **endometrite con sepsi**, si procede al ricovero in unità di cure intensive con avvio di terapia antibiotica. Lo stato della paziente peggiora rapidamente con disfunzione multiorgano (insufficienza renale, ARDS, shock settico) al punto da richiedere un'isterectomia d'urgenza in condizioni di rianimazione.*

Diagnosi di dimissione: sepsi puerperale fulminante da streptococchi del gruppo A.

DP	A40.0	Sepsi da streptococco, gruppo A
DS	U69.80!	Sepsi non nosocomiale
DS	O85	Sepsi puerperale
DS	B95.0!	Streptococco, gruppo A, come causa di malattie classificate altrove
DS	O99.4	Malattie dell'apparato circolatorio complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio
DS	R57.2	Shock settico
DS	U69.83!	Shock settico non nosocomiale
DS	O99.8	Altre malattie e condizioni morbose specificate complicanti la gravidanza, il parto e il puerperio
DS	N17.99	Insufficienza renale acuta non specificata, stadio non specificato
DS	O99.5	Malattie dell'apparato respiratorio complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio
DS	J80.09	Sindrome da distress respiratorio acuto del bambino, dell'adolescente e dell'adulto [ARDS], di gravità non specificata
DS	O99.1	Altre malattie del sangue, degli organi emopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio
DS	D69.58	Altra trombocitopenia secondaria, non specificata come refrattaria alla trasfusione
DS	D64.9	Anemia non specificata
DS	O99.0	Anemia complicante la gravidanza, il parto ed il puerperio
DS	O09.6!	Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete
DS	Z37.0!	Parto singolo, nato vivo

Il codice R57.2 Shock settico comprende i parametri relativi alla circolazione cardiovascolare menzionati nell'esempio 1 e viene registrato unitamente al codice O99.4 Malattie dell'apparato circolatorio complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio.

In conformità al punto SD1503 «Malattie durante la gravidanza» sono codificate anche tutte le disfunzioni d'organo tramite i corrispondenti codici del capitolo XV dell'ICD-10-GM.

Esempio 2

19 giorni dopo la dimissione a seguito di degenza stazionaria per taglio cesareo elettivo (presentazione pelvica), nuovo ricovero con urosepsi documentata dal medico a causa di pielonefrite (di eziologia non determinabile, p. es. ostruttiva indotta da utero gravido, iatrogena provocata da cateterismo urinario ecc.).

Documentazione di un peggioramento acuto associato alle sepsi di 4 punti SOFA nell'arco di 72 ore.

Insorgenza di un'insufficienza renale acuta di stadio 3 (AKIN), con un livello basale pari a 0.

Nell'urinocoltura e nelle colture ematiche è attestata la presenza di *Escherichia coli*.

DP	A41.51	Sepsi da altri microorganismi Gram-negativi, <i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>]
DS	U69.80!	Sepsi non nosocomiale
DS	O86.2	Infezione dell'apparato urinario successiva al parto
DS	N10	Nefrite tubulo-interstiziale acuta
DS	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>] e altri enterobatteri come causa di malattie classificate altrove
DS	O99.8	Altre malattie e condizioni morbose specificate complicanti la gravidanza, il parto e il puerperio
DS	N17.93	Insufficienza renale acuta non specificata, Stadio 3

Anche se, secondo la definizione, la paziente è in puerperio, qualora risultino soddisfatti i criteri di cui alla regola di codifica SD0102, per la codifica della sepsi **non va** utilizzato il codice *O85 Sepsi puerperale*.

Nel caso in esame non si tratta infatti di un'infezione che corrisponde alla definizione di sepsi puerperale.

La codifica dell'insufficienza renale acuta non va fatta con la combinazione di codici *O90.4 Insufficienza renale acuta postparto* e *N17.93 Insufficienza renale acuta non specificata, stadio 3*, dato che **non siamo in presenza di un'insufficienza renale postparto**, ma di un'insufficienza renale provocata da sepsi.

La codifica della durata della gravidanza tramite codici del capitolo XV «Gravidanza, parto e puerperio» dell'ICD-10-GM non va effettuata nel contesto del puerperio.

Esempio 3

In una partoriente (sdg 39.4), una sepsi manifestatasi già nel corso del parto in presenza di sospetto di corioamnionite (*Streptococcus anginosus*) evolve postparto in uno shock settico. Dati la sproporzione cefalo-pelvica con sospetto di macrosomia del feto, i parametri d'infezione in aumento e i segni clinici di sepsi, viene eseguito un taglio cesareo d'urgenza secondario seguito da trattamento in unità di cure intensive. Tutti i parametri di cui alla regola di codifica SD0102 sono soddisfatti.

DP	A40.8	Altre forme di sepsi streptococcica
DS	U69.80!	Sepsi non nosocomiale
DS	O75.3	Altra infezione durante il parto
DS	B95.48!	Altro streptococco specificato come causa di malattie classificate in altri settori
DS	O99.4	Malattie dell'apparato circolatorio complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio
DS	R57.2	Shock settico
DS	U69.83!	Shock settico non nosocomiale
DS	O41.1	Infezione della cavità amniotica e delle membrane
DS	O65.4	Distocia da sproporzione fetopelvica non specificata
DS	O66.2	Distocia da feto eccezionalmente grande
DS	O09.6!	Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete
DS	Z37.0!	Parto singolo, nato vivo

Negli esempi di cui sopra, la sepsi figura come diagnosi principale poiché la regola di codifica SD0102 è prioritaria rispetto alle indicazioni di utilizzo dell'ICD-10-GM.

La sequenza dei codici registrati si basa sulle indicazioni della regola di codifica SD0102.

SD1600 Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale

SD1601n Record medico

Per ogni neonato, l'ospedale in cui è avvenuto il parto deve obbligatoriamente inserire nel set di dati medico il peso alla nascita e l'età gestazionale.

In caso di ricovero ospedaliero di un neonato o lattante successivo al parto (e fino a un anno di età), vanno obbligatoriamente registrati il peso all'ammissione (variabile «aufnahmengewicht») e l'età gestazionale (variabile «gestationsalter»).

SD1602a Definizioni

Periodo perinatale e neonatale

Conformemente alla definizione dell'OMS:

- il periodo perinatale inizia 22 settimane dopo l'inizio della gestazione e termina con il compimento del 7° giorno dopo il parto;
- il periodo neonatale inizia con il parto e termina con il compimento del 28° giorno dopo il parto.

SD1603i Neonati

Categoria Z38.- Nati vivi secondo il luogo di nascita

La categoria Z38.- comprende bambini

- nati in ospedale o casa per partorienti.
Nota: riguardo alla modalità di entrata (variabile «eintrittsart» (Modalità di ammissione)), nel set di dati medico va indicata la cifra 3 (nascita).
- nati al di fuori dell'ospedale o della casa per partorienti e ammessi immediatamente dopo la nascita.
Nota: riguardo alla modalità di entrata («eintrittsart» (Modalità di ammissione)), nel set di dati medico, nel record medico va registrata la cifra 1 (urgenza) oppure 2 (annunciato, programmato). Non viene compilato alcun record neonati.

Nota: In caso di senza complicazioni a domicilio o durante il tragitto verso l'ospedale/la casa per partorienti, per la madre va indicato come DP il codice Z39.- Assistenza e visita postparto, anche se la fase postnatale senza complicanze si svolge solo all'ospedale.

Nota: riguardo alla modalità di entrata («eintrittsart» (Modalità di ammissione)), nel set di dati medico va registrata la cifra 1 (urgenza) oppure 2 (annunciato, programmato).

Per un neonato, come diagnosi principale va indicato un codice della categoria Z38.- Nati vivi secondo il luogo di nascita se il neonato è **sano** (compresi i bambini sottoposti a circoncisione).

Nei nati pretermine e nei neonati già **ammalati** (alla nascita o durante la degenza ospedaliera), i codici delle condizioni morbose vanno **anteposti** a un codice della categoria Z38.- Nati vivi secondo il luogo di nascita.

Esempio 1

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

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

Esempio 2

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

DP P90 Convulsioni del neonato

DS Z38.0 Nato singolo, nato in ospedale

Esempio 3

Neonato pretermine nato nella 27a settimana di gestazione con un peso alla nascita di 1520 g.

DP P07.12 Basso peso alla nascita, da 1500 a meno di 2500 grammi

DS P07.2 Immaturità estrema

DS Z38.0 Nato singolo, nato in ospedale

I codici Z38.- non possono più essere utilizzati se il trattamento avviene durante una seconda o successiva degenza ospedaliera.

Esempio 4

Un neonato viene trasferito il secondo giorno dopo il parto dall'ospedale A all'ospedale B per malattia delle membrane ialine e pneumotorace.

Ospedale A:

DP	P22.0	Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato
DS	P25.1	Pneumotorace che ha origine nel periodo perinatale
DS	Z38.0	Nato singolo, nato in ospedale

Ospedale B:

DP	P22.0	Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato
DS	P25.1	Pneumotorace che ha origine nel periodo perinatale

SD1604g Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale

Per la codifica di condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale è disponibile il capitolo XVI «Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale» dell'ICD-10-GM. Il capitolo contiene anche spiegazioni che vanno osservate.

Esempio 1

Un neonato pretermine con ipoplasia polmonare viene trasferito nella clinica pediatrica di un altro ospedale. La madre ha avuto una rottura prematura delle membrane alla 25a sdg. La gravidanza è stata prolungata mediante tocolisi fino alla 29a sdg. A causa di una sospetta sindrome da infezione amniotica e di un CTG patologico si è proceduto a taglio cesareo alla 29a sdg. L'ipoplasia è ricondotta alla nascita pretermine causata dalla rottura delle membrane. La clinica pediatrica ricevente codifica come segue:

DP	P28.0	Atelettasia primaria del neonato
DS	P01.1	Feto e neonato affetti da rottura prematura delle membrane

Va tenuto presente che alcune condizioni morbose (p.es. disturbi del metabolismo) che possono comparire nel periodo perinatale non sono classificate nel capitolo XVI. Se si verifica una di queste condizioni in un neonato, va attribuito un codice del corrispondente capitolo della ICD-10-GM **senza** un codice del capitolo XVI.

Esempio 2

Un neonato viene trasferito dal reparto di ostetricia in pediatria a causa di un'enterite da Rotavirus.

DP	A08.0	Enterite da Rotavirus
DS	Z38.0	Nato singolo, nato in ospedale

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

Profilassi post esposizione su neonati sani

Per codificare le profilassi post esposizione eseguite dopo la nascita su neonati sani si utilizza, a seconda dell'indicazione, il codice Z20.- *Contatto con ed esposizione a malattie trasmissibili*.

Codifica se impiego di risorse mediche > 0. In caso di neonato senza profilassi non vi è nessuna codifica.

Esempi:

Codifica del neonato se la madre è positiva allo streptococco B:

1. senza impiego di risorse mediche > 0: nessuna codifica

Un monitoraggio più o meno intenso è compreso nella routine di Z38.- «Nati vivi secondo il luogo di nascita».

2. con impiego di risorse > 0:

- *profilassi postesposizione (antibiotici); Z20.8 + B95.1!*
- *bambino con patologia infettiva: la patologia + il codice P00.8 «Feto e neonato sofferenti per altre condizioni materne», il quale specifica che la patologia codificata in precedenza è stata causata dalla condizione in cui si trova la madre.*

Promemoria: codifica della madre come portatrice di streptococco B:

- *streptococco B senza impiego di risorse mediche > 0: nessuna codifica*
- *streptococco B con impiego di risorse mediche > 0 (antibiotici): Z22.3 + B95.1!*

Neonati sani da madre diabetica

Se un neonato **sano** nato da madre diabetica ha bisogno di un monitoraggio ripetuto del glucosio, ciò è espresso con il codice Z83.3 *Diabete mellito nell'anamnesi familiare* (e non con P70.- *Disturbi transitori del metabolismo dei carboidrati specifici del feto e del neonato*).

SD1605a 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.

SD1606j Interventi particolari per il neonato (malato)

Terapia parenterale

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

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

Fototerapia

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

99.83 *Altra fototerapia*

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

Rianimazione primaria

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

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

Per la valutazione del criterio «[...] - misure di sostegno alla respirazione (CPAP, ventilazione assistita) [...]» si rinvia altresì alla regola di codifica SD1001i «Ventilazione meccanica; pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP)».

SD1607c 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
- deficit di surfattante.

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: 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*)!

SD1608c Sindrome dispnoica neonatale per aspirazione imponente, wet lung o tachipnea transitoria nel neonato

La categoria

P24.- Sindrome di aspirazione neonatale

va utilizzata nel caso in cui il disturbo respiratorio dovuto alla sindrome di aspirazione abbia richiesto una somministrazione di ossigeno per **più di 24 ore**.

Il codice

P22.1 Tachipnea transitoria del neonato

deve essere utilizzato con le diagnosi seguenti:

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

SD1609j Encefalopatia ipossico-ischemica (HIE)

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

1° stadio di Sarnat¹: ipereccitabilità, iperriflessia, midriasi, tachicardia, ma assenza di crisi convulsive
(in termini di punteggio di Thompson² corrisponde a 1-6 punti)

2° stadio di Sarnat¹: letargia, miosi, bradicardia, rallentamento dei riflessi (p.es. riflesso di Moro), ipotensione e crisi convulsive
(in termini di punteggio di Thompson² corrisponde a 7-12 punti)

3° stadio di Sarnat¹: stupore, flaccidità, crisi convulsive, assenza di riflesso di Moro e riflessi bulbari
(in termini di punteggio di Thompson² corrisponde a > 12 punti)

Per la codifica di un'encefalopatia ipossico-ischemica, la ICD-10-GM prevede il codice *P91.6 Encefalopatia ipossico-ischemica neonatale*.

¹ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/987769>; Neonatal encephalopathy following fetal distress. Sarnat HB, Sarnat MS: A clinical and electroencephalographic study. , Arch Neurol. 1976 Oct;33(10):696-7051976

² <https://doi.org/10.1159/000490721>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27343024>

I codici per il grado di gravità dell'encefalopatia ipossico-ischemica diagnosticata vanno indicati **addizionalmente**, come di seguito elencato. I sintomi menzionati sopra, ad eccezione delle crisi convulsive (*P90 Convulsioni neonatali*), non vanno codificati separatamente.

Codifica del 1° stadio	<i>P91.3</i>	<i>Irritabilità cerebrale del neonato</i>
Codifica del 2° stadio	<i>P91.4</i>	<i>Depressione cerebrale del neonato</i>
Codifica del 3° stadio	<i>P91.5</i>	<i>Coma del neonato</i>

Eventuali disturbi/diagnosi supplementari (p.es. *P21.0 Asfissia grave alla nascita*) vanno codificati separatamente.

SD1610h Asfissia durante la nascita

Per le diagnosi di asfissia intrauterina o asfissia durante la nascita si rimanda ai punti seguenti:

P21.0 Asfissia grave durante la nascita

Condizioni: **almeno tre** dei criteri seguenti devono essere soddisfatti.

- APGAR ≤ 5 al 5° minuto
- Grave acidosi nella prima ora di vita: pH ≤ 7.00 (in arteria ombelicale, vena ombelicale o tramite prelievo di sangue arterioso o capillare)
- Deficit di basi ≤ -16 mmol/l nel sangue del cordone ombelicale o nel corso della prima ora di vita
- Lattato ≥ 12 mmol/l nel sangue del cordone ombelicale o nel corso della prima ora di vita
- Encefalopatia da moderata a grave (stadio di Sarnat II o III)

I neonati, entrati in ospedale senza i valori precedenti, sono registrati con il codice *P20.9*.

P21.1 Asfissia moderata alla nascita (invece di P21.1 Asfissia lieve o moderata alla nascita)

Condizioni: almeno **due** dei criteri seguenti devono essere soddisfatti.

- APGAR ≤ 7 al 5° minuto
- Acidosi moderata nella prima ora di vita: pH < 7.15 (in arteria ombelicale, vena ombelicale o tramite prelievo di sangue arterioso o capillare)
- Encefalopatia lieve o moderata (stadio di Sarnat I o II)

I neonati, entrati in ospedale senza i valori precedenti, sono registrati con il codice *P20.9*.

P21.9 Asfissia lieve alla nascita senza correlazione metabolica (invece di P21.9 asfissia alla nascita non specificata)

Condizioni: ambedue i criteri devono essere soddisfatti.

- APGAR ≤ 7 al 5° minuto
- Valori del pH bassi nella prima ora di vita: pH ≥ 7.15 (in arteria ombelicale, vena ombelicale o tramite prelievo di sangue arterioso o capillare)

I neonati entrati in ospedale senza i valori precedenti sono registrati con il codice *P20.9*.

P20.- Asfissia intrauterina

I neonati che presentano un'acidosi metabolica senza correlazione clinica (asfissia) devono essere registrati all'interno della categoria *P20.- Asfissia intrauterina*.

L'acidosi metabolica è definita qui di seguito:

ambedue i criteri devono essere soddisfatti.

- APGAR > 7 al 5° minuto
- Acidosi moderata nella prima ora di vita: pH < 7.15 (in arteria ombelicale, vena ombelicale o tramite prelievo di sangue arterioso o capillare)

Definizione della norma secondo i seguenti valori:

- APGAR > 7 al 5° minuto
- pH $\geq$ 7.15 (in arteria ombelicale, vena ombelicale o tramite prelievo di sangue arterioso o capillare)

Gli «inclusiva» elencati all'interno di *P20.* -, quali ad esempio «distress», «sofferenza», «meconio in liquido amniotico» oppure «passaggio di meconio», devono essere considerati come delle osservazioni prive di valori clinici e non devono essere codificati in assenza di entrambi i valori minimi per la codifica dell'asfissia intrauterina.

I disturbi dell'adattamento sono registrati sotto *P22.8.*

Conformemente alla norma G40, il **medico curante** è responsabile della **diagnosi** e della documentazione di tutte le diagnosi durante l'intera degenza ospedaliera. Il codificatore non può effettuare una codifica diretta.

SD1611o Insufficienza respiratoria acuta neonatale

L'insufficienza respiratoria nel neonato corrisponde ad un'insufficienza respiratoria parziale o globale e va codificata con *P28.5 Insufficienza respiratoria acuta neonatale* se un neonato/neonato pretermine viene trasferito per ulteriori cure in un'unità di cure intermedie/unità di cure intensive neonatologiche riconosciuta dalla SGN/SSMI, nonché se ha luogo in seguito una ventilazione invasiva, non invasiva oppure un'assistenza respiratoria tramite CPAP o High-Flow.

La diagnosi di insufficienza respiratoria parziale o globale deve essere indicata nella documentazione medica (vedi regola di codifica SD1002).

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

SD1800 Sintomi e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove

SD1801a Incontinenza

Il reperto di incontinenza ha rilevanza clinica, se

- l'incontinenza non può essere considerata «normale» nell'ambito di un trattamento (p.es. dopo determinati interventi chirurgici o in condizioni morbose specifiche);
- l'incontinenza non può essere considerata compatibile con il normale sviluppo (come p.es. nei bambini piccoli);
- l'incontinenza perdura in un paziente con chiara disabilità o ritardo mentale.

I codici per l'incontinenza urinaria o fecale:

N39.3 Incontinenza da stress [sforzo]
N39.4– Altra incontinenza urinaria specificata
R32 Incontinenza urinaria non specificata
R15 Incontinenza fecale

vanno indicati solo quando l'incontinenza costituisce il motivo per il trattamento ospedaliero oppure 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.

SD1802m Disfagia

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

SD1803a 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 oppure 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.

SD1804o Diagnosi e terapia del dolore**Dolore acuto**

Il dolore acuto si accompagna nella maggior parte dei casi ad un danno / un'alterazione delle strutture tissutali ed è considerato come un «sintomo» e/o un «segnale d'allarme» dell'organismo.

Se un paziente viene trattato per un dolore acuto postoperatorio e/o un dolore **acuto** insorto a seguito di un trauma e/o un dolore **acuto** eziologicamente riconducibile ad una malattia / uno stato / una manifestazione (p. es. appendicite, peritonite, ischemie **acute**, ileo, dolori **acuti** dovuti a infiltrazioni tumorali (tumore primario e/o metastasi), effetti collaterali di farmaci, complicanze e/o disturbi postoperatori ecc.), **non** va utilizzato il codice **R52.0 Dolore acuto** dell'ICD-10-GM.

Vengono registrati:

- malattie/traumi (anche intraoperatori e/o iatrogeni)
 - altri stati
 - altre manifestazioni
- che provocano il dolore **acuto**.

Il codice **R52.0 Dolore acuto** dell'ICD-10-GM va indicato solo se la causa del dolore è sconosciuta, non individuabile e non definibile. Anche i codici di altre rubriche registrati in caso di esclusione della categoria R52., p. es. **R07.1 Dolore toracico durante la respirazione**, **R10.2 Dolore pelvico e perineale**, **M25.5- Dolore articolare** ecc. vanno indicati solo se la causa del dolore non può essere identificata e documentata.

Esempio 1

Un paziente 69enne viene ricoverato, tramite il pronto soccorso, a causa di dolori addominali acuti, insorti improvvisamente.

È in preda a sudori freddi e ipotensione. L'intero addome è dolorante alla palpazione.

Gli esami diagnostici mostrano un'occlusione vascolare acuta di arteria mesenterica (di probabile origine trombotica) del tronco celiaco, su sfondo di arteriosclerosi generalizzata e segni di ischemia intestinale. Viene effettuato un intervento d'urgenza che conferma le diagnosi.

DP K55.0 Disturbo vascolare acuto dell'intestino

DS I70.9 Aterosclerosi generalizzata e non specificata

Esempio 2

Una paziente è ammessa a causa di dolori acuti al torace con fitte all'altezza del cuore (punto di massimo dolore).

Non sono note patologie cardiache o vascolari pregresse.

Esami effettuati d'urgenza sul cuore sinistro (angiografia coronarica e ventricolografia) non mostrano anomalie strutturali al cuore e ai vasi coronarici ed escludono una cardiopatia ischemica.

Una diagnostica approfondita degli altri sistemi d'organo che potrebbero essere interessati (p. es. polmone, esofago, stomaco, apparato muscolo-scheletrico) non dà alcun risultato.

Dopo due giorni, la paziente viene dimessa.

DP R07.2 Dolore precordiale

Esempio 3

Un paziente è ricoverato con dolore retrosternale, sensazione di angustia e dispnea da sforzo. Vengono effettuati esami elettivi (angiografia coronarica e ventricolografia) che non mostrano anomalie strutturali al cuore e ai vasi coronarici quali possibili cause dell'angina pectoris stabile sussistente da alcune settimane.

I parametri di laboratorio rilevati di routine all'ammissione mostrano tuttavia una grave anemia di eziologia sconosciuta considerata la causa dell'ischemia cardiaca.

Al paziente sono somministrati due concentrati di eritrociti nel corso della stessa degenza e vengono prescritti esami diagnostici approfonditi da effettuare in un secondo tempo.

DP I20.8 Altre forme di angina pectoris

DS D64.9 Anemia non specificata

Le terapie del dolore possono essere distinte in **operatorie** e non operatorie.

Esempi di terapie del dolore **operatorie** (elencazione non esaustiva):

- impianto di neurostimolatori e/o elettrodi (stimolazione di prova);
- impianto di pompe antalgiche (p. es. sottocutanee);
- incisione di nervi;
- decompressione di nervi;
- altri interventi volti a rimuovere le cause dei dolori acuti (p. es. intervento di ernia discale).

Nota: le **terapie del dolore operatorie** vanno **obbligatoriamente** codificate in conformità alle regole di codifica G52, G54 e G55.

Esempi di terapie del dolore **non operatorie** (elencazione non esaustiva):

- anestesia peridurale (APD)
- anestesia spinale
- catetere peridurale (CPD)
- analgesia controllata dal paziente (ACP), parenterale e/o peridurale
- analgesedazione
- analgesie orali o endovenose farmacologiche
- terapie fisiche del dolore
- anestesia regionale periferica, p. es. anestesia plessica o del nervo pudendo
- schemi di terapia del dolore

Nota:

Le procedure di soppressione (non operatorie) del dolore per l'effettuazione di operazioni/interventi/esami diagnostici **non** vanno codificate. Fanno eccezione le terapie del dolore non operatorie in ostetricia.

Nota bene:

Le terapie del dolore **non operatorie** somministrate in setting ostetrico devono essere codificate, eccezion fatta per i trattamenti analgesici postoperatori.

Tra queste rientrano p. es. l'analgesia controllata dal paziente (ACP), endovenosa e/o peridurale, il catetere peridurale, l'anestesia spinale (praticata in rari casi) per la soppressione del dolore quando non è possibile ricorrere al catetere peridurale o l'anestesia transvaginale del nervo pudendo per alleviare il periodo espulsivo in caso di parto spontaneo o parto operativo vaginale (p. es. tramite ventosa ostetrica o forcipe).

Va osservata la regola di codifica SD1505.

Se per alleviare il periodo espulsivo viene somministrata un'anestesia transvaginale del nervo pudendo, la codifica va effettuata, a seconda del tipo di parto, come di seguito indicato.

Parto spontaneo: 04.81.11 *Iniezione di anestetico e analgesico in nervi periferici, per terapia del dolore, senza procedura per immagini [imaging]*

Parto operativo vaginale: 04.81.42 *Iniezione di anestetico in nervi periferici per anestesia durante esami e interventi*

Le terapie del dolore **non operatorie** in un contesto di dolore **acuto** vanno rilevate applicando altre regole di codifica pubblicate nel presente documento solo nel caso in cui siano somministrate come **uniche** misure nell'ambito di un caso stazionario.

Le terapie del dolore **non operatorie** somministrate nell'immediatezza di un intervento o in seguito come trattamenti analgesici postoperatori abituali (p. es. catetere peridurale a seguito di una grossa operazione di chirurgia viscerale) **non** vanno codificate, indipendentemente dal momento in cui sono state praticate.

Le risorse necessarie alla somministrazione di **terapie del dolore non operatorie** nel contesto di dolori **acuti** perioperatori sono considerate incluse nei codici ICD-10-GM con cui vengono rilevati la causa dell'intervento operatorio e le sue conseguenze (p. es. dolori postoperatori particolarmente forti).

Nota bene:

In caso di stati di dolore postoperatori acuti gravi, traumi e/o dolori oncologici esacerbati (**acuti**), ecc., il codice CHOP 93.A3.3- *Trattamento complesso del dolore acuto, secondo il numero di giorni di trattamento* può essere indicato in deroga alle direttive di cui sopra purché i corrispondenti requisiti minimi siano soddisfatti e documentati.

Va obbligatoriamente osservato il «Codificare anche» relativo al codice CHOP.

Esempio 4

Un paziente deve sottoporsi a colectomia subtotale in presenza di colite ulcerosa grave.

Gli viene inserito un catetere peridurale per la gestione del dolore postoperatorio.

Il catetere peridurale non va codificato.

Esempio 5

Un paziente deve sottoporsi a colectomia subtotale a cielo aperto in presenza di colite ulcerosa grave.

Gli viene inserito un catetere peridurale per la gestione del dolore postoperatorio.

Malgrado le precauzioni adottate, i dolori postoperatori sono talmente forti e incessanti che le risorse impiegate e documentate giustificano la codifica di un trattamento del dolore acuto tramite il codice CHOP 93.A3.3-.

A causa della complessità della gestione del dolore, la degenza viene prolungata di 20 giorni.

DP K51.9 Colite ulcerosa non specificata

T 45.81.11 Colectomia, chirurgica a cielo aperto

T 93.A3.3- Trattamento complesso del dolore acuto, secondo il numero di giorni di trattamento

T 03.91.11 Iniezione di anestetico e analgesico nel canale vertebrale per terapia del dolore

Esempio 6

Cinque giorni dopo un esteso intervento su un'ernia cicatriziale addominale incarcerata, un vasto ematoma postoperatorio provoca alla paziente forti dolori da pressione.

Il quinto giorno successivo all'operazione le viene applicata un'ACP parenterale e, a partire da quel momento, è sottoposta a terapie fisiche del dolore.

Tali misure consentono di evitare la rimozione operatoria dell'ematoma.

DP K43.0 Ernia cicatriziale con occlusione, senza gangrena

DS T81.0 Emorragia ed ematoma complicanti una procedura diagnostica o terapeutica, non classificate altrove

DS Y84.9! Complicanza da intervento medico non specificato

L'ACP e le terapie fisiche del dolore non vanno codificate.

Dolore cronico/resistente al trattamento

In presenza di dolori cronici può risultare compromessa la funzione di «segnale d'allarme» del dolore (vedi punto «Dolore acuto»). Per la presa in carico e il trattamento del dolore cronico sono rilevanti anche i fattori psicologici e le connesse terapie.

Il dolore cronico va considerato una malattia in sé. La possibilità di dissociare il dolore da danni tissutali accertabili consente per altro di differenziare il dolore cronico da quello acuto.

Le diagnosi riguardanti il dolore cronico devono essere documentate dal punto di vista medico per poter applicare la seguente regola di codifica.

1) Se un paziente viene ricoverato per **il trattamento di un dolore cronico** questo rappresenta l'impiego principale di risorse nel corso della degenza, **come diagnosi principale** va indicato il codice inerente alla **localizzazione del dolore**. La malattia cui è riconducibile il dolore cronico va codificata in aggiunta, in deroga alla regola di codifica inerente alle diagnosi secondarie (G54).

Esempio 7

Una paziente viene ricoverata per 7 giorni a causa di dolori respiratori all'emittoce destro (sindrome toracica). I dolori sono documentati dai medici trattanti come cronici e attribuiti tra l'altro ad un'osteoporosi post-menopausale in atto e alla conseguente sollecitazione errata della colonna vertebrale, in particolare per quanto riguarda la regione cervicale-toracica. Non sono riscontrati cedimenti o fratture dovuti all'osteoporosi.

A causa dei dolori, la paziente soffre di forti limitazioni nelle attività quotidiane e di affezioni psichiche collaterali, in particolare di una depressione reattiva acuta di media entità.

Le viene applicata un'ACP parenterale per 5 giorni, è sottoposta a fisioterapia ad intervalli regolari, le viene prescritto uno schema di medicazione adeguato alla situazione e sono effettuate visite antalgiche.

Inoltre, durante la degenza si svolge un consulto psichiatrico con prescrizione di antidepressivi.

DP M54.6 Dolore alla colonna vertebrale toracica

DS M81.08 Osteoporosi post-menopausale senza frattura patologica, altre localizzazioni

DS F32.1 Episodio depressivo di media gravità

T ACP

T Visite antalgiche

Nota:

Le seguenti diagnosi costituiscono eccezioni al paragrafo «Dolore cronico/resistente al trattamento»:

- F45.4- Disturbo somatoforme da dolore persistente
- G43.- Emicrania
- G44.- Altre sindromi cefalalgiche
- G54.6 Sindrome dell'arto fantasma con dolore
- G90.5- Sindrome dolorosa regionale complessa, tipo I
- G90.6- Sindrome dolorosa regionale complessa, tipo II
- G90.7- Sindrome dolorosa regionale complessa, altro tipo non specificato

e dolori oncologici **cronici** (vedi regola di codifica SD0202).

Se è documentata una delle suddette diagnosi, quale diagnosi principale non va codificata la localizzazione del dolore bensì la diagnosi menzionata/documentata, purché sia conforme alla definizione della regola di codifica G52.

In presenza di altro motivo principale di ricovero, va applicata la regola di codifica G54 «Diagnosi secondarie».

Vedi in merito il punto 3.

La sindrome dolorosa regionale complessa (Complex Regional Pain Syndrome - CRPS) e altri stati menzionati nei codici G43. -, G44. - e G54.6 possono manifestarsi sia in modo acuto che cronico.

A seconda di quanto indicato nella documentazione medica riguardo alla durata dei sintomi, va applicata la regola di codifica relativa al dolore acuto oppure quella relativa al dolore cronico.

Nei casi in questione, sono registrate direttamente la CRPS, l'emicrania ecc. e non i tipici sintomi come p. es. dolore persistente in un'estremità, ipertermia, lividi o altre alterazioni cromatiche della pelle, sensibilità al freddo, gonfiore, limitazioni funzionali, mioclonie e/o atrofie (CRPS) oppure nausea, dolore emicranico, scotomi scintillanti e/o sensazione di aura (emicrania) ecc.

In caso di malattie (croniche) soggiacenti che si esacerbano (o possono esacerbarsi), la codifica dipende dal tipo di trattamento.

Qualora il trattamento miri ad attenuare i dolori acuti (p. es. nel caso del codice G44.0 Sindrome di cefalea a grappolo o esacerbazione acuta di dolori oncologici cronici), va applicata la regola di codifica inerente al dolore acuto.

Se invece viene trattata la malattia cronica soggiacente (p. es. trattamento di disassuefazione e/o terapia del dolore in caso di cefalea cronica da farmaci), va applicata la regola di codifica inerente al dolore cronico.

Esempio 8

Una paziente 76enne è ricoverata per terapia multimodale del dolore 13 mesi dopo il trattamento operatorio di una frattura distale del radio sinistro dovuta a caduta.

Soffre di una limitazione funzionale e di dolori brucianti persistenti a riposo con elementi di contatto supplementari molto marcati. La mano sinistra presenta anche tremore.

Dall'anamnesi sono emersi una precedente terapia del dolore non riuscita ed un crescente consumo di antidolorifici gestito autonomamente dalla paziente oltre che un'assenza di compliance nei confronti delle prescrizioni mediche.

Vengono inoltre riscontrate un'arteriopatia obliterante periferica di stadio 2b secondo Fontaine della gamba destra ed un'insufficienza ventricolare sinistra cronica di stadio 2 NYHA, per esito di infarto cardiaco risalente a due anni prima.

Secondo la documentazione medica la diagnosi è «CRPS cronica di tipo 1 della mano sinistra» e sono soddisfatti i requisiti minimi per la codifica della terapia multimodale del dolore (11 giorni). Per quanto riguarda le diagnosi secondarie l'impiego di risorse mediche è >0.

Nel corso del trattamento emerge un'ulteriore componente psichica in forma di depressione recidivante con episodi di media gravità.

DP G90.50 Sindrome dolorosa regionale complessa dell'arto superiore, tipo I

L 2

DS I70.22 Aterosclerosi delle arterie degli arti, bacino-gamba, con dolore ischemico indotto da sforzo, tratto percorso meno di 200 m

L 1

DS I50.12 Insufficienza cardiaca destra, con disturbi su sforzo intenso

DS I25.22 Infarto miocardico pregresso, risalente a 1 anno prima e oltre

DS F33.1 Disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto

T 93.A2.44 Terapia multimodale del dolore, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento

Le terapie del dolore **non operatorie** in un contesto di dolore **cronico** vanno rilevate applicando altre regole di codifica pubblicate nel presente documento **solo nel caso in cui siano somministrate come uniche misure** nell'ambito di un caso stazionario.

Se i corrispondenti requisiti minimi sono soddisfatti, possono essere registrati i codici CHOP 93.A2.- *Terapia multimodale del dolore* o 93.A1 *Trattamento del dolore multimodale a breve termine*.

In presenza di altre malattie/stati/manifestazioni rappresentanti l'impiego principale di risorse nel corso della degenza, i codici 93.A2.- *Terapia multimodale del dolore* e 93.A1 *Trattamento del dolore multimodale a breve termine* possono essere registrati secondo le regole di codifica G54 e G55.

Va osservato che la registrazione dei codici CHOP delle terapie del dolore complesse non è esplicitamente riservata solo alle indicazioni riportate in questa regola di codifica (SD1804).

2) Nei (rari) casi di degenza stazionaria a causa di dolori cronici **non attribuibili ad una specifica localizzazione** (p. es. dolori diffusi) e/o a una specifica causa, i codici

R52.1 Dolore cronico intrattabile o

R52.2 Altro dolore cronico

possono essere indicati se risulta soddisfatta la definizione di diagnosi principale (G52).

Esempio 9

Un paziente viene ricoverato in ospedale per 3 giorni per esami riguardanti un dolore cronico, diffuso e resistente al trattamento. Il dolore persiste da circa 8 mesi e compromette sempre più la qualità di vita dell'interessato.

Nel corso della degenza non è stato possibile determinare la causa (fisica, psichica) né associare il dolore ad una precisa localizzazione.

Dopo la preparazione di un piano farmacologico, esami RMN dell'intera colonna vertebrale e una TAC torace-addome, si svolge un consulto psichiatrico. Tutte le misure diagnostiche sono blande.

DP R52.1 Dolore cronico intrattabile

T 88.97.14 RMN della colonna vertebrale, completa e parziale

T 87.41.09 Tomografia assiale computerizzata del torace, altro

T 88.01.10 Tomografia assiale computerizzata dell'intero addome

T 94.19 Diagnostica psichiatrica, altro

3) In tutti gli altri casi di degenza stazionaria a causa di dolore cronico, deve essere indicata quale diagnosi principale la malattia che provoca il dolore, analogamente alle indicazioni di codifica di cui al punto «Dolore acuto».

Se non sono soddisfatte le condizioni della regola di codifica G52, va applicata la regola di codifica G54.

Per quanto riguarda i trattamenti con terapie del dolore operatorie e non operatorie in pazienti con dolore cronico, valgono le stesse condizioni di cui al punto «Dolore acuto».

Esempio 10

Un paziente viene ammesso per il trattamento di dolori cronici di crescente intensità (di cui soffre da circa 9 mesi) in presenza di metastasi ossee diffuse nell'intera colonna vertebrale e nelle ossa pelviche. Durata complessiva della degenza 15 giorni.

Il tumore primario è un carcinoma della prostata con diffusione delle metastasi nei linfonodi (peli, addome).

Impianto di pompa antalgica epidurale dopo somministrazione sottocutanea iniziale di analgesici a base di morfina.

Durante la degenza, il giorno precedente la dimissione, viene somministrata anche un ciclo di chemioterapia palliativa di ridotta complessità.

DP C79.5 Tumore maligno secondario dell'osso e del midollo osseo

L 0

DS C61 Tumore maligno della prostata

DS C77.8 Tumore maligno secondario et non specificato dei linfonodi, linfonodi di regioni multiple

DS U69.52! Codici secondari per l'indicazione di regioni multiple in neoplasia maligna secondaria e non specificata dei linfonodi intraaddominali

DS U69.55! Codici secondari per l'indicazione di regioni multiple in neoplasia maligna secondaria e non specificata dei linfonodi intrapelvici

T 03.9B.1- Impianto o sostituzione di pompa di infusione totalmente impiantabile per infusione intratecale ed epidurale

T 03.90.11 Inserzione o sostituzione di catetere per infusione intratecale ed epidurale: catetere permanente per infusione continua

T 99.25.51 Chemioterapia non complessa

Esempio 11

Un paziente è ricoverato con infarto transmurale acuto della parete posteriore per un'operazione di bypass urgente. Nella fase postoperatoria, dopo un intervento cardiaco senza complicanze, si aggrava un dolore cronico pregresso (a riposo) di entrambe le estremità su sfondo di poli-neuropatia diabetica (tipo 2, non scompensata) che limita notevolmente il paziente (insonnia, difficoltà nella fisioterapia postoperatoria ecc.).

Oltre all'effettuazione di esami neurologici sul paziente allettato e all'adeguamento della medicazione orientata alla malattia sottostante, viene predisposto uno schema farmacologico antalgico, sono somministrate terapie fisiche del dolore ecc.

Dalla documentazione medica nel suo insieme emerge che sussistono le condizioni/i requisiti minimi per registrare per 3 giorni il codice 93.A1 Trattamento del dolore multimodale a breve termine.

DP I21.1 Infarto miocardico acuto transmurale della parete inferiore

DS E11.40+ Diabete mellito, tipo 2, con complicanze neurologiche, non definito come scompensato

DS G63.2* Polineuropatia diabetica

T Operazione di bypass secondo le regole di codifica vigenti

T 93.A1 Trattamento del dolore multimodale a breve termine

SD1805e Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore

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

Il codice

Z45.80 Adattamento e manutenzione di neurostimolatore

non viene utilizzato.

(La stessa regola si applica a SD0605: Ricovero ospedaliero per l'impianto di un neurostimolatore).

SD1806e Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test) per la terapia del dolore

In caso di ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore/elettrodo (test), come diagnosi principale va indicato il codice

Z45.80 Adattamento e manutenzione di neurostimolatore

insieme agli appropriati codici di procedura. La malattia di base è codificata come diagnosi secondaria solo qualora soddisfi la definizione di diagnosi secondaria.

(La stessa regola si applica a SD0606: Ricovero ospedaliero per la rimozione di un neurostimolatore).

SD1807I Shock

Per shock si intende uno stato di potenziale pericolo di vita provocato da differenti cause e che talvolta, dal punto di vista diagnostico e terapeutico, supera di gran lunga l'entità di un sintomo riconducibile ad una specifica patologia. Per questa ragione, gli stati descritti nella categoria di codifica *R57.- Shock non classificato* altrove vanno considerati come diagnosi **a sé stanti**.

La scelta quale diagnosi principale o diagnosi secondaria va effettuata in conformità alla regola di codifica G52.

In caso di shock settico si applica la regola SD0102 Sepsì.

Esempio 1

Una paziente viene ricoverata per un'emorragia gastrointestinale. La causa è individuata nel sanguinamento di un'ulcera acuta della parete posteriore del bulbo duodenale. Il decorso è caratterizzato da anemia emorragica acuta e da shock emorragico, che impongono il trasferimento della paziente in terapia intensiva e la somministrazione di farmaci vasoattivi. I medici curanti indicano nella documentazione che il maggior impiego di risorse mediche è stato provocato dallo shock emorragico.

DP R57.1 Shock ipovolemico

DS K26.0 Ulcera duodenale, Acuta, con emorragia

DS D62 Anemia acuta post-emorragica

SD1900 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.

SD1901a Traumatismi superficiali

Escoriazioni e contusioni non sono codificate, qualora siano correlate a traumatismi più gravi di 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 sopracondilare dell'omero sinistro e contusione del gomito, nonché per una frattura del corpo scapolare sinistro.

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

L 2

DS 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.

SD1902n Frattura e lussazione

Per codificare una frattura o una lussazione vertebrale vedi SD1905.

Frattura o lussazione con lesioni dei tessuti molli

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

Sx1.84! – Sx1.86! Lesioni dei tessuti molli di grado I–III con frattura o lussazione chiusa
(x a seconda della regione corporea)

Sx1.87! – Sx1.89! Lesioni dei tessuti molli di grado I–III con frattura o lussazione aperta
(x a seconda della regione corporea)

Ai codici della ICD-10-GM è associato un testo che descrive il grado di gravità.

Nei trasferimenti per continuazione delle cure o riammissioni, la lesione dei tessuti molli è codificata solo se soddisfa la definizione di diagnosi secondaria (G54).

Eccezione: solo per le fratture chiuse con tipo di frattura semplice o per le lussazioni con lesioni dei tessuti molli di grado 0 o non specificato non va attribuito alcun codice supplementare.

Esempio 1

Paziente con una frattura femorale diafisaria destra esposta di II grado dovuta a una caduta.

DP S72.3 Frattura diafisaria del femore

L 1

DS 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 aperta 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 (Grado I-III).

Esempio 2

Una paziente è ricoverata dopo una caduta per il trattamento di una frattura aperta 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

DS 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 aperta 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.

SD1903c 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. Se questo è il caso, 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

DS Y09.9! Aggressione

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) in collegamento con traumatismo intracranico*
 - S21.83! Ferita aperta (qualsiasi parte del torace) in collegamento con traumatismo intratoracico*
 - o
 - S31.83! Ferita aperta (qualsiasi parte dell'addome, dei lombi e della pelvi) in collegamento con 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 aperta della testa*
 - S21.87! – S21.89! Danno ai tessuti molli di I–III grado con frattura o lussazione aperta del torace*
 - o
 - S31.87! – S31.89! Danno ai tessuti molli di I–III grado con frattura o lussazione aperta della colonna lombare e della pelvi.*

Complicanze di una ferita aperta

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

Nota: in caso di sepsi come complicanza di una ferita aperta si applica la regola SD0102.

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 Stafilococco aureo. Viene avviata una terapia antibiotica endovenosa.

DP	L03.10	Cellulite dell'arto superiore
L	2	
DS	B95.6!	Stafilococco aureo come causa di malattie classificate altrove
DS	S61.0	Ferita aperta del(le) dito(a) senza lesione dell'unghia
L	2	
DS	W64.9!	Incidente dovuto ad esposizione a forze meccaniche di oggetti animati

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

T89.0- Complicanze di una ferita aperta

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

SD1905c 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 registrati i seguenti codici:

- il tipo di traumatismo del midollo spinale è il primo codice da indicare (lesione completa o incompleta),
- l'altezza funzionale (livello) del traumatismo va codificata con
S14.7–!, S24.7–!, S34.7–! Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale cervicale/toracico/lombosacrale.
 Per l'indicazione dell'altezza funzionale vanno osservate le note esplicative dei codici *S14.7–!, S24.7–!* e *S34.7–!* nella ICD-10-GM.

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

- la sede della frattura in caso di frattura vertebrale,
- la sede della lussazione in caso di lussazione,
- il grado di gravità del danno dei tessuti molli associato alla frattura/lussazione.

Esempio 1

Una paziente viene ricoverata dopo una caduta con frattura da compressione di T12. Si rileva un traumatismo da compressione del midollo spinale allo stesso livello con paraplegia incompleta all'altezza funzionale L2.

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

Ospedale B:

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

Nota: 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 la 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.– Paraparesi e paraplegia, tetraparesi 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.– Paraparesi e paraplegia, tetraparesi 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 ed un disturbo neuropatico di svuotamento della vescica.

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

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

Codifica di fratture e lussazioni vertebrali

Vedi anche SD1902 «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 aperta 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
DS	V99!	Incidente di mezzo di trasporto
DS	S24.72!	Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale toracico, T2/T3
DS	S22.01	Frattura di vertebra toracica, altezza T1 e T2
DS	S22.02	Frattura di vertebra toracica, altezza T3 e T4
DS	S23.11	Lussazione di vertebra toracica, altezza T1/T2 e T2/T3
DS	S23.12	Lussazione di vertebra toracica, altezza T3/T4 e T4/T5
DS	S21.88!	Danno ai tessuti molli di secondo grado con frattura o lussazione aperta del torace

SD1906n 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», non vanno utilizzati solo se il numero dei traumatismi da codificare supera il numero massimo di diagnosi registrabili.

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

Sequenza dei codici in caso di traumatismi multipli

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

Esempio 1

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

DP	S06.31	Contusione cerebrale focale
DS	V99!	Incidente di mezzo di trasporto
DS	S06.70!	Traumatismo intracranico con perdita di conoscenza, 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.

SD1907j 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	
DS	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
DS	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

Per le ustioni o corrosioni di terzo grado vanno impiegati sempre i codici differenziati.

Superficie corporea

Ogni caso di ustione o corrosione richiede un **codice supplementare** delle categorie

T31.–! Ustioni classificate secondo l'estensione della superficie corporea interessata

o

T32.–! Corrosioni classificate secondo l'estensione della superficie corporea interessata

per specificare la percentuale di superficie corporea interessata.

Il quarto carattere descrive la somma di tutte le singole superfici con ustioni o corrosioni, indicata in percentuale della superficie corporea. Il codice della categoria *T31.-!* e *T32.-!* va indicato una sola volta dopo l'ultimo codice relativo alla regione corporea interessata

Nota: la revisione di cicatrice a seguito di ustioni/corrosioni va codificata in conformità alle regole di codifica SD1201 «Chirurgia plastica» e D06 «Sequela», esempio 2.

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

SD1908n Avvelenamenti da farmaci, droghe e sostanze biologicamente attive

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

Gli avvelenamenti sono classificati nelle categorie

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

e

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

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

Esempio 1

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

DP R40.2 Coma non specificato

DS X49.9! Avvelenamento accidentale

DS T40.2 Avvelenamento da narcotici e psicotrofici [allucinogeni], altri oppiacei

Esempio 2

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

DP K92.0 Ematemesi
 DS X49.9! Avvelenamento accidentale
 DS T39.0 Avvelenamento da salicilati
 DS T45.5 Avvelenamento da agenti ad azione principalmente sistemica ed ematologici, anticoagulanti

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

T36 – T50 Avvelenamento da farmaci, droghe e sostanze biologicamente attive
 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
 DS X84.9! Autolesionismo intenzionale

Sovradosaggio di insulina nei diabetici

L'**eccezione** a questa regola è costituita dal sovradosaggio d'insulina, in cui vanno indicati i codici delle categorie

E10 – E14 con quarto carattere «6» Diabete mellito con altre complicanze specificate

prima del codice per l'avvelenamento

T38.3 Avvelenamento da insulina e ipoglicemizzanti [antidiabetici] orali.

Per indicare il livello di ipoglicemia o la presenza di un disturbo di percezione dell'ipoglicemia va utilizzato un codice supplementare (U69.70!-U69.74).

SD1909o Effetti indesiderati di farmaci (assunti secondo prescrizione)

Gli effetti indesiderati di farmaci indicati assunti conformemente alla prescrizione vanno codificati come segue:

- uno o più codici per le condizioni morbose manifestatesi come effetti indesiderati, seguiti da Y57.9! *Complicanze a causa di medicinali e droghe* se quest'affermazione non è contenuta nel codice della diagnosi.

Esempio 1

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

DP K29.0 Gastrite emorragica acuta
 DS Y57.9! Complicanze a causa di medicinali e droghe

Esempio 2

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

DP D59.2 Anemia emolitica non autoimmune da farmaci
 DS Z21 Stato d'infezione asintomatica da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]

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

D68.33 Diatesi emorragica da cumarine (antagonisti della vitamina K)
 D68.34 Diatesi emorragica da eparine
 D68.35 Diatesi emorragica da altri anticoagulanti

+ l'emorragia, completati da Y57.9! *Complicanze da medicinali o droghe*, se non incluse nel codice della diagnosi.

La sequenza dei codici si fonda sulla regola di codifica G52.

Se in un/una paziente viene diagnosticata una dipendenza da farmaci prescritti, è necessario registrare anche *Y57.9! Effetti collaterali indesiderati nell'uso terapeutico di farmaci e droghe*, se la definizione della diagnosi secondaria (vedi regola G54) è soddisfatta.

Esempio 3

Un/una paziente affetto da insufficienza cardiaca scompensata manifesta durante il ricovero sintomi di astinenza dopo un lungo periodo di assunzione di oppiacei a causa di un disturbo somatoforme doloroso persistente. Viene effettuato un aggiustamento della terapia farmacologica e una consulenza psichiatrica.

DP	I50.-	Insufficienza cardiaca
D	F11.3	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi, Sindrome da astinenza
D	Y57.9!	Complicanze da medicinali o droghe
D	F45.40	Disturbo somatoforme da dolore persistente

Esempio 4

Ad una paziente sotto anticoagulanti con sanguinamento nasale inarrestabile a seguito di assunzione conforme alla prescrizione di cumarine viene eseguito un tamponamento nasale, sospeso temporaneamente il trattamento con anticoagulanti e somministrato un preparato a base di vitamina K.

DP	R04.0	Epistassi
DS	Y57.9!	Complicanze da medicinali e droghe
DS	D68.33	Diatesi emorragica da cumarine (antagonisti della vitamina K)
DS	U69.12!	Disturbo della coagulazione sanguigna temporaneo

Esempio 5

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

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

Il quadro dei sintomi cerebrali peggiora nonostante le misure descritte.

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

DP	I62.00	Emorragia subdurale non traumatica, acuta
L		
DS	Y57.9!	Complicanze da medicinali e droghe
DS	D68.33	Diatesi emorragica da cumarine (antagonisti della vitamina K)
DS	U69.12!	Disturbo della coagulazione sanguigna temporaneo

Esempio 6

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

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

Esempio 7

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

Il trattamento anticoagulante viene modificato in vista dell'intervento.

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

DP	I70.22	Aterosclerosi delle arterie degli arti: bacino-gamba, con dolore ischemico indotto da sforzo, tratto percorso meno di 200 m
DS	I48.9	Fibrillazione e flutter atriali, non specificati
DS	Z92.1	Uso prolungato (in atto) di anticoagulanti nell'anamnesi personale

Esempio 8

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

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

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

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

Nota: l'unico disturbo della coagulazione che rientra nella regola di codifica SD1909 è la diatesi emorragica (con o senza emorragia) da medicinali assunti in conformità ad indicazione medica.

Nota bene:

- In generale, le diatesi emorragiche sono definite come disturbi della coagulazione congeniti (ereditari) o acquisiti con forte tendenza ad emorragia. La diatesi emorragica comporta emorragie **e/o** una forte (patologica) tendenza a svilupparle.
- Le emorragie riconducibili a diatesi emorragica sono caratterizzate da lunghezza o intensità eccessive **e/o** dal fatto di essere provocate da eventi di poco conto (p. es. traumi insignificanti).
- La somministrazione in dose unica di un antagonista della vitamina K o di un preparato a base di vitamina K non consente di indicare il codice *D68.4 Deficit acquisito di fattore della coagulazione*.
- La somministrazione profilattica di un preparato a base di vitamina K non consente di indicare i codici *D68.33 Diatesi emorragica da cumarine (antagonisti della vitamina K)* o *D68.8 Altri difetti della coagulazione specificati*, anche se l'intensità dell'anticoagulazione per via orale supera i valori limite misurati (p. es. INR) della relativa profilassi tromboembolica inerente alla malattia.
- L'abituale somministrazione profilattica postparto di un preparato a base di vitamina K in caso di nascita a termine non consente di indicare il codice *P53 Malattia emorragica del feto e del neonato*.
- Paziente sotto anticoagulanti **senza emorragia**:
In caso di impiego di risorse mediche > 0 (p. es. somministrazione profilattica di vitamina K e/o eparina):
L'adeguamento o la sospensione degli anticoagulanti viene registrato con *ND Z92.1 Terapia a lungo termine (attuale) con anticoagulanti nell'anamnesi personale*.
- Paziente sotto anticoagulanti (**con o senza emorragia**) con necessità di somministrazione di fattori di coagulazione e/o altri surrogati del sangue (p. es. concentrati di trombociti, plasma fresco congelato ecc.) e/o di ricovero stazionario per stabilizzazione del processo di coagulazione:
D68.- Altri difetti della coagulazione, D69.- Porpora ed altre condizioni emorragiche (DP o DS secondo la regola di codifica G52)

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

SD1910b Effetti indesiderati o avvelenamento da assunzione combinata di due o più sostanze (in caso di assunzione non prescritta)

Avvelenamento da farmaci e alcol

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

Avvelenamento da farmaci prescritti assunti in combinazione con farmaci non prescritti

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

Vedi anche SD1908.

SD2000 Cause esterne di morbosità e mortalità

Questo capitolo consente la classificazione di eventi ambientali e circostanze che causano traumatismi, avvelenamenti, malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e altri effetti nocivi. Queste cause esterne vanno registrate per ragioni epidemiologiche.

Salvo diversa indicazione nelle regole di codifica, i codici delle cause esterne (V–Y) seguono obbligatoriamente i codici dei traumatismi, degli avvelenamenti, delle malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e degli altri effetti nocivi.

Per ogni evento è sufficiente un solo codice per le cause esterne, registrato unicamente nella **prima degenza ospedaliera**.

Se i codici per traumatismi, avvelenamenti, malattie o disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e altri effetti nocivi sono nella posizione di **diagnosi principale**, i codici per le cause esterne (V–Y) vanno indicati nel campo diagnosi immediatamente successivo. Se i traumatismi, gli avvelenamenti, le malattie o i disturbi dopo procedure diagnostiche o terapeutiche e altri effetti nocivi sono elencati tra le **diagnosi secondarie**, i codici per le cause esterne (V–Y) seguono direttamente questi codici. Se un codice per le cause esterne può essere attribuito a diversi codici di diagnosi secondarie, va indicato solo una volta alla fine dei codici delle diagnosi secondarie.

Esempio 1

Ferita aperta della coscia per incidente in bicicletta.

DP	S71.1	Ferita aperta della coscia
L		
DS	V99!	Incidente di mezzo di trasporto

Esempio 2

Paziente con contusione cerebrale focale, perdita di coscienza per 20 minuti e ferite da taglio alla coscia.

DP	S06.31	Contusione cerebrale focale
DS	X59.9!	Esposizione a fattore non specificato causante altri e non specificati traumatismi
DS	S06.70!	Traumatismo intracranico con perdita di conoscenza, meno di 30 minuti
DS	S71.1	Ferita aperta della coscia
L		

Esempio 3

Trombosi venosa profonda postoperatoria susseguente a trattamento di una frattura tibiale.

DP	I80.28	Flebite e tromboflebite di altri vasi profondi degli arti inferiori
L		
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato

Eccezione: Se il codice della diagnosi comprende la causa esterna precisa:

Esempio 4

Anemia da farmaci.

DP	D59.2	Anemia emolitica non autoimmune da farmaci
----	-------	--

Qui Y57.9! non va indicato, essendo già compreso nel codice (contrariamente all'osservazione nella ICD-10-GM, che proviene ancora dalla versione dell'OMS).

SD2100 Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari

Per l'impiego di questi codici **Z** vanno osservate:

- le regole di codifica, che comprendono la descrizione di un codice Z
- il «Manuale delle definizioni di SwissDRG, Volume 5, Appendice D, Plausibilità, D5: Diagnosi principali inammissibili» oppure il «Manuale delle definizioni TARPSY, diagnosi principali inammissibili» o il "Manuale delle definizioni ST Reha, diagnosi principali inammissibili"
- le note all'inizio del capitolo XXI della ICD-10-GM.

Nota: se il paziente si presenta per il controllo di una malattia preesistente e nota, tale malattia va codificata come diagnosi principale. Qualora il codice Z soddisfi in questa situazione la definizione di diagnosi secondaria (G 54), anch'esso va indicato.

SD2200o Codici per scopi particolari

Nella categoria *U51.- Limitazione funzionale cognitiva* sono elencate nei codici da U51.0- a U51.2- le seguenti procedure di valutazione, perizia e test:

- Indice di Barthel
- FIM (Functional Independence Measure™) cognitivo
- MMSE (Mini Mental Status Examination)

Ai fini della rilevazione dell'intensità di una limitazione funzionale cognitiva si ricorre con sempre maggiore frequenza al Montreal Cognitive Assessment (MoCA®) quale strumento di screening.

I codici della categoria *U51.- Limitazione funzionale cognitiva* possono essere utilizzati anche per rappresentare un MoCA®-Test effettuato. Per garantire l'uniformità della commutazione MoCA®-MMSE va utilizzata la tabella di conversione¹ dell'ospedale «FELIX PLATTER-spital, Universitäre Altersmedizin Basel, Memory Clinic» o la tabella sottostante.

Valore delle MoCA®	MMSE-Range	Grado di limitazione funzionale	codice ICD
18-30	24-30 punti	nessuno o leggero	U51.02
12-17	17-23 punti	medio	U51.12
0-11	0-16 punti	pesante	U51.22

Nelle categorie *U50.- Limitazione funzionale motoria* e *U51.- Limitazione funzionale cognitiva* sono elencate le seguenti procedure di valutazione, perizia e test:

- Indice di Barthel
- FIM (Functional Independence Measure™) cognitiva
- MMSE (Mini Mental Status Examination).

Per la rilevazione delle caratteristiche delle limitazioni funzionali motorie e cognitive viene impiegato con sempre maggiore frequenza il sistema epaSYSTEM², inclusa tra l'altro la relativa valutazione di base epaAC (AcuteCare).

Il punteggio epaSPI e il punteggio epaKOGNI si sono dimostrati equivalenti, rispettivamente, al punteggio dell'indice Barthel (BI) ed al punteggio dell'indice Barthel ampliato (EBI).

Il punteggio epaSPI della valutazione epaAC può essere associato per equivalenza agli scaglioni dell'indice di Barthel di cui alla categoria U50.- e il punteggio epaKOGNI agli scaglioni dell'indice di Barthel ampliato di cui alla categoria U51.-.

Se viene indicato l'indice di Barthel al di **fuori della riabilitazione geriatrica acuta, della riabilitazione precoce interdisciplinare, della riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, del trattamento medico palliativo complesso, della riabilitazione o della psichiatria**, la sua rilevazione deve essere ripetuta **non prima del 3° giorno e non oltre il 5° giorno** e va registrato il punteggio più elevato³.

Per degenze inferiori a 3 giorni, i codici U50.-/U51.- **non vanno utilizzati** al di fuori della riabilitazione geriatrica acuta, della riabilitazione precoce interdisciplinare, della riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, del trattamento medico palliativo complesso, della riabilitazione o della psichiatria.

La seguente tabella mostra l'equivalenza tra l'indice di Barthel e l'indice di Barthel ampliato e i punteggi epaSPI e epaKOGNI.

¹ <https://www.mocatest.ch/fr/standardwerte/normwerttabellen-herunterladen> (in francese)

² <https://www.epa-cc.de>

³ <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/hamburger-manual.pdf>

Equivalenza U50.n/U51.n (ICD-10-GM-2024) – epaSPI/epaKOGNI

	BI	epaSPI	eBI	epaKOGNI
	Da... a...	Da... a...	Da... a...	Da... a...
U50.00	100	39-40		
U50.10	80-95	33-38		
U50.20	60-75	31-32		
U50.30	40-55	29-30		
U50.40	20-35	21-28		
U50.50	0-15	10-20		
U51.00			70-90	21-24
U51.10			20-65	10-20
U51.20			0-15	6-9

Regole di codifica speciali per le procedure e i trattamenti SP0100- SP0400

Sulla base del capitolo «Regole di codifica speciali per le diagnosi (SD) SD0100-SD2200» viene introdotto il seguente capitolo riguardante specificatamente le procedure e i trattamenti.

La sua struttura iniziale non corrisponde a quella della CHOP. Nelle future versioni del Manuale di codifica questo nuovo capitolo sarà ulteriormente sviluppato.

I primi due sottocapitoli sono dedicati ai trattamenti complessi nonché alla riabilitazione precoce, alla riabilitazione acuta e alla riabilitazione paraplegiologica e riportano le prime brevi direttive di codifica con i relativi esempi.

SP0200 Riabilitazione precoce, riabilitazione paraplegiologica, riabilitazione acuta

SP0201n Riabilitazione precoce

Per riabilitazione precoce si intende la fase particolarmente intensiva della riabilitazione in pazienti con danni gravi o gravissimi dopo il trattamento acuto o in pazienti con esacerbazione acuta di malattie croniche preesistenti.

93.86.- *Riabilitazione precoce interdisciplinare, secondo il numero di giorni di trattamento*

93.8C.1.- *Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento*

Esempio 1

Ricovero d'urgenza di una paziente 49enne con emorragia subaracnoidea acuta determinata dalla rottura di un aneurisma dell'arteria comunicante posteriore (non classificato come congenito) e trasferimento in reparto di terapia intensiva neurologica-neurochirurgica. Dopo il trattamento dell'aneurisma per via endovascolare tramite coiling e la stabilizzazione della paziente in terapia intensiva, trasferimento in unità di cure intermedie neurochirurgica-neurologica nel corso della stessa degenza stazionaria.

Il rilevamento dell'indice di Barthel per la riabilitazione precoce (FRB) secondo Schönle (entro i primi 5 giorni di trattamento stazionario) dà un punteggio di -145.

La paziente, che in precedenza soffriva unicamente di ipertensione, mostra deficit neurologici, tra cui un'emiplegia flaccida, in presenza di vasospasmi cerebrali severi.

Durante il ricovero in terapia intensiva si sono manifestati uno stato comatoso e disturbi respiratori (tra cui un'insufficienza respiratoria ipossica), che hanno richiesto inizialmente una respirazione assistita e successivamente l'esecuzione di una tracheostomia. Al momento dell'arrivo nell'unità di cure intermedie la paziente è sveglia, cosciente, respira spontaneamente ma risulta disorientata. La tracheostomia viene inizialmente lasciata e la respirazione spontanea è sostenuta in modo intermittente tramite CPAP. Il sistema cardiocircolatorio ed il sistema respiratorio sono stabili in posizione orizzontale.

La paziente dipende completamente dall'assistenza infermieristica, le è stato posizionato un sondino d'alimentazione e soffre di incontinenza urinaria e fecale. Malgrado sia cosciente presenta un disturbo spazio-temporale.

Con il lato del corpo non colpito, la paziente cerca ripetutamente di togliersi le cannule d'infusione e le derivazioni necessarie al monitoraggio.

Per prevenire ulteriori danni e ridurre l'entità dei deficit neurologici del sistema nervoso centrale viene pianificato un trattamento di riabilitazione precoce che inizia presso l'unità di cure intermedie.

Sono effettuati un accertamento e le corrispondenti valutazioni. Dalla rilevazione dell'indice di Barthel per la riabilitazione precoce (FRB) secondo Schönle risulta ancora, come nei primi 5 giorni di trattamento stazionario, un punteggio di -145.

Sono soddisfatti anche tutti gli altri requisiti minimi del codice CHOP 93.8C.1 Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento.

Fino al momento del trasferimento in un istituto di riabilitazione specializzato sono rilevati settimanalmente ulteriori indici di Barthel per la riabilitazione precoce e il punteggio non supera mai il valore di 30.

Dopo una degenza di più settimane, trasferimento in un istituto specializzato nella riabilitazione neurologica.

DP	I60.3	Emorragia subaracnoidea dall'arteria comunicante posteriore
L		
DS	I67.80!	Altre malattie cerebrovascolari, vasospasmi su emorragia subaracnoidea
DS	I67.10	Altre malattie cerebrovascolari, aneurisma cerebrale (acquisito)
DS	U52.2	Indice di Barthel per la riabilitazione precoce: da -200 a -76 punti
DS	G81.0	Emiplegia ed emiparesi, emiplegia flaccida ed emiparesi
L		
DS	R06.88	Altre e non specificate anormalità respiratorie
DS	R41.8	Altri e non specificati sintomi e segni che interessano le funzioni cognitive e lo stato di coscienza
DS	R40.2	Coma non specificato
DS	J96.00	Insufficienza respiratoria acuta NCA, tipo I [ipossica]
DS	R32	Incontinenza urinaria non specificata
DS	R15	Incontinenza fecale
DS	I10.90	Ipertensione essenziale, non specificata: senza menzione di crisi ipertensiva
DS	Z43.0	Controllo di tracheostomia
T		tutti i trattamenti relativi all'aneurisma in conformità alle attuali regole di codifica
T	99.B71-	Terapia intensiva complessa (procedura di base) nell'adulto, secondo il numero di punti risorse
T	99.B8.1-	Trattamento complesso dell'adulto in unità di terapia intermedia [IMCU], secondo il numero di punti risorse
T	93.8C.1-	Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento

Esempio 2

Ricovero di un paziente 60enne in ospedale per cure acute per intervento su un grosso meningioma intracranico benigno. Dopo l'intervento si manifestano deficit neurologici probabilmente dovuti ad ischemia e più precisamente un'emiparesi flaccida parziale ed una disfagia da sorvegliare.

Il quarto giorno di degenza, a causa dell'aspirazione di alimenti dovuta alla disfagia, il paziente sviluppa una polmonite, che viene però curata completamente con misure adeguate. Le sequele dell'intervento portano ad una degenza (prolungata) in terapia intensiva. Dopo accertamento/valutazione, il 14° giorno di ricovero viene rilevato un indice di Barthel per la riabilitazione precoce (FRB) pari inizialmente a 0 punti.

Essendo soddisfatti i requisiti minimi del codice CHOP 93.8C.1 Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento, avvio del trattamento di riabilitazione precoce in reparto periferico.

Nel corso della prima settimana di trattamento di riabilitazione precoce (giorno 5) viene misurato un indice di Barthel per la riabilitazione precoce (FRB) superiore a 30 punti, che però non risulta confermato nei controlli svolti 7 giorni più tardi (giorno 12).

Nel corso della terza settimana di trattamento di riabilitazione precoce viene raggiunto un punteggio superiore a 30 punti (giorno 19), confermato 7 giorni più tardi (giorno 26) con un ulteriore aumento dei punti.

A partire dal giorno 26, le condizioni per la riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica non sono più soddisfatte.

Il paziente viene (poiché necessario) trasferito in una struttura specifica per il prosieguo della riabilitazione neurologica.

DP	D32.0	Tumore benigno delle meningi, meningi cerebrali
DS	G81.0	Emiplegia ed emiparesi, emiplegia flaccida ed emiparesi
L		
DS	U52.1	Indice di Barthel per la riabilitazione precoce: da -75 a 30 punti
DS	R13.0	Disfagia con necessità di sorveglianza durante l'alimentazione
DS	J69.0	Polmoniti da sostanze solide o liquide, polmonite da cibo o vomito
L		
DS	U69.01!	Polmonite nosocomiale classificata altrove, che si manifesta più di 48 ore dopo l'ammissione
T		Tutti i trattamenti relativi al meningioma in conformità alle attuali regole di codifica
T	99.B71-	Terapia intensiva complessa (procedura di base) nell'adulto, secondo il numero di punti risorse
T	93.8C.14	Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, da almeno 21 a 27 giorni di trattamento

Nota:

Qualora si tratti di istituti specializzati sia nei trattamenti di riabilitazione precoce sia nella normale riabilitazione stazionaria, nel momento in cui le condizioni dei codici CHOP per la riabilitazione precoce non sono più soddisfatte deve essere chiuso il caso relativo alla riabilitazione precoce e ne deve essere aperto uno nuovo.

Il nuovo caso sarà quindi registrato in conformità alle «Direttive di codifica per la riabilitazione».

SP0202o Riabilitazione paraplegiologica

Limitazione funzionale

Nel caso della riabilitazione paraplegiologica, l'indicazione dei codici U50.- e U51.- per l'entità della limitazione funzionale al momento dell'ammissione è facoltativa.

Tale codifica va eventualmente effettuata in aggiunta alla rilevazione della valutazione da farsi tramite il capitolo AA.- CHOP (vedi paragrafo «Procedure»).

Il codice CHOP per il *trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso (93.87.-)* vale sia per i casi di somatica acuta sia per la riabilitazione.

Per tale ragione, per la riabilitazione paraplegiologica non va registrato alcun codice del capitolo 18 CHOP (BA-BB). Le risorse infermieristiche sono rappresentate tramite un codice CHOP della categoria a tre caratteri 99.C- Trattamento infermieristico complesso. Il codice CHOP 93.87.- *Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso* non va indicato insieme ai codici CHOP delle categorie BB.3- per i codici supplementari nella riabilitazione.

Vanno registrati:

- 93.87.- *Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso*
- AA.33.- *Spinal Cord Independence Measure [SCIM]*
- Altre prestazioni da codificare:
 - 99.C- *Trattamento infermieristico complesso*
 - 93.9F.- *Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria*
 - Altre

Il punteggio SCIM va rilevato in conformità alle direttive della CHOP. Ciò significa tra l'altro che i codici vanno registrati entro tre giorni dall'ammissione e di nuovo al momento della dimissione (non prima di tre giorni che precedono il giorno della dimissione). Ciascun criterio è suddiviso in livelli di gravità da 3 a 9 dove il livello 0 significa «Massima dipendenza». I livelli vanno rappresentati esattamente secondo le definizioni della SCIM III.

La riabilitazione paraplegiologica effettuata nella fase acuta di una lesione del midollo spinale va rappresentata secondo la regola di codifica SD1905, paragrafi «Fase acuta – immediatamente post-traumatica» e «Fase acuta – trasferimento del paziente».

Le riabilitazioni paraplegiologiche effettuate nella fase cronica di lesioni del midollo spinale vanno rappresentate tra l'altro secondo la regola di codifica SD1905, paragrafo «Traumatismo del midollo spinale – fase cronica».

Riabilitazione paraplegiologica- Fase acuta

Esempio 1

Un 30enne senza patologie pregresse cade facendo snowboard. Subito dopo l'incidente perdita della sensibilità e delle funzioni motorie dal collo in giù.

Il paziente non riferisce perdite di conoscenza e la sua capacità mnemonica è intatta. Viene diagnosticata una frattura vertebrale instabile all'altezza della vertebra C6 con successivo spostamento e compressione del midollo spinale. Nell'ospedale per cure acute si procede a una stabilizzazione dorsale da C5 a C7 con contestuale discectomia C5-6 e C6-7. Il quinto giorno successivo all'intervento il paziente viene trasferito in un centro di paraplegia per la prima riabilitazione specialistica.

All'ammissione nel centro viene diagnosticata una paraplegia flaccida C5 AIS B con shock spinale, nonché disturbo neurogeno delle funzioni vescicali, intestinali e sessuali. Paralisi neurogena della vescica in presenza di danno al motoneurone superiore (di tipo UMN). La respirazione avviene spontaneamente. Il paziente soffre di pressione arteriosa labile (pressione instabile) a causa della distonia neurovegetativa e necessita di aiuto per tutte le attività della vita quotidiana. Durante la degenza di riabilitazione sviluppa dolori neurogeni sottilesionali nonché spasmi invalidanti. Il trattamento è inoltre reso più difficile da un episodio psicotico acuto dopo l'uso corrente di cannabis. Tra l'altro, gli interventi psichiatrici si sono resi necessari a questo proposito.

Il paziente beneficia di un trattamento intensivo volto a consentire un rapido rientro nel proprio contesto domestico integrato da assistenza e aiuti supplementari.

Inoltre, durante la degenza di riabilitazione viene effettuata una visita diagnostica e terapeutica a domicilio di 5 ore, volta a chiarire la situazione abitativa ed a valutare ulteriori obiettivi di riabilitazione/ulteriori misure necessarie.

Nella riabilitazione di base, il paziente necessita in media di massimo 180 minuti al giorno di trattamento infermieristico. Inoltre, nel quadro di misure terapeutiche (30 minuti al giorno), riapprende le attività della vita quotidiana (p. es. girarsi autonomamente, mettersi a letto, vestirsi e svestirsi, igiene corporea, posizionarsi autonomamente, prevenire le complicazioni ecc.). Durante i 294 giorni di degenza, beneficia complessivamente di 30 sedute a settimana di fisioterapia ed ergoterapia nonché di assistenza psicologica settimanale. Le limitazioni funzionali sono classificate come gravi, mentre non sussiste alcun disturbo cognitivo. Il paziente non è in grado di camminare e il punteggio SCIM sale da 10 a 27 punti (su 100).

La documentazione medica di dimissione indica le seguenti diagnosi:

- *tetraplegia spastica incompleta con coinvolgimento delle funzioni sensorie e motorie a livello neurologico C6 AIS C a seguito di frattura vertebrale C6 (inizialmente C5 AIS B), stabilizzata*
- *disturbo di origine neurogena delle funzioni vescicali e necessità di posa/inserimento di catetere sovrapubico*
- *disturbi di origine neurogena delle funzioni intestinali con subileo recidivante ed evacuazione delle feci con l'aiuto di clismi e medicamenti lassativi*
- *disturbi di origine neurogena delle funzioni sessuali con disfunzione erettile, anorgasmia e anejaculazione*
- *disautonomia media con pressione arteriosa labile persistente e tendenza all'ipotonìa curata con medicinali*
- *dolori neurogeni sottolesionali, principalmente all'altezza dell'estremità inferiore destra in presenza di spasmi invalidanti*

La documentazione medica consente la codifica aggiuntiva di un trattamento complesso del dolore acuto, 21 e più giorni di trattamento. Per 210 giorni di degenza sono inoltre soddisfatte le condizioni per l'indicazione del trattamento infermieristico complesso secondo documentazione.

DP	S14.13†	Traumatismo di nervi e del midollo spinale a livello del collo, altra lesione incompleta del midollo spinale cervicale
DS	N51.8*	Altri disturbi di organi genitali maschili in malattie classificate altrove
DS	S14.75!	Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale cervicale, C5
DS	G95.80	Altre malattie specificate del midollo spinale, cistoplegia con lesione neuronale alta [UMNL]
DS	G95.82	Altre malattie specificate del midollo spinale, disfunzione vescicale da shock midollare
DS	G90.88	Altri disturbi del sistema nervoso autonomo
DS	I98.8*	Altri disturbi specificati del sistema circolatorio in malattie classificate altrove
DS	I95.8	Altre forme di ipotensione
DS	F12.5	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi, disturbo psicotico
DS	K59.2	Intestino neurogeno non classificato altrove
DS	R25.2	Crampo e spasmo
T	93.87.D4	Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso, da almeno 280 a 307 giorni di trattamento, con in media 30 unità terapeutiche alla settimana
T	AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - al momento dell'ammissione in funzione della rilevazione del punteggio
T	AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - al momento della dimissione in funzione della rilevazione del punteggio
T	99.C2.1Y	Trattamento infermieristico complesso negli adulti, da 601 a 700 punti risorse
T	93.89.D2	Visita diagnostica e terapeutica a domicilio quale parte degli accertamenti riabilitativi acuti o riabilitativi, durata da più di 4 ore fino a 6 ore
T	93.A3.34	Trattamento complesso del dolore acuto, 21 e più giorni di trattamento
T		Interventi psichiatrici e di altro tipo secondo documentazione medica
T	57.17	Cistostomia percutanea

Il punteggio SCIM va rilevato in conformità alle direttive della CHOP 2022. Ciò significa tra l'altro che i codici vanno registrati sia al momento dell'ammissione (entro tre giorni), sia al momento della dimissione nei tre giorni che precedono l'uscita.

Ciascun criterio è suddiviso in gradi di gravità (da tre a nove gradi) in cui 0 significa «Massima dipendenza».

I livelli vanno rappresentati esattamente secondo le definizioni della SCIM III.

La riabilitazione paraplegiologica effettuata nella fase acuta di una lesione del midollo spinale va rappresentata secondo la regola di codifica SD1905, paragrafi «Fase acuta – immediatamente post-traumatica» e « Fase acuta – trasferimento del paziente».

Riabilitazione paraplegiologica - Fase cronica

Esempio 2

Ammissione in un centro di riabilitazione specializzato in paraplegiologia di una paziente 64enne con paraplegia spastica nota (livello della lesione T7, AIS A) in seguito a ischemia midollare riconducibile a una dissecazione aortica verificatasi 17 anni prima e operata con successo. Persistono da anni disturbi neurogeni delle funzioni vescicali, intestinali e sessuali nonché dolori neurogeni a livello della lesione.

Dopo un ricovero a seguito di frattura della tibia distale destra senza trauma apparente, trattata con immobilizzazione dell'arto all'altezza del ginocchio, subentra, dopo un periodo di allettamento a domicilio piuttosto lungo, un decubito sacrale di grado II-III. La paziente presenta una colonizzazione da MRSA cronica nota dell'apparato urogenitale, della regione inguinale e delle intertrigini inguinali e sottomammarie di cui soffre.

Ricovero in ospedale disposto dal medico trattante a causa degli sviluppi sfavorevoli delle cure a domicilio.

La paziente viene isolata nel corso dell'intera degenza (secondo la documentazione medica, sono soddisfatti i requisiti minimi del trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti), sono effettuati uno sbrigliamento della lesione da decubito (ca. 18 cm²) in anestesia generale e l'inserimento di un catetere permanente.

Per il resto il trattamento è di tipo conservativo.

Nella fase iniziale dell'attuale degenza la paziente è sottoposta ad allettamento stretto con manovre di movimentazione ogni due ore durante il giorno e ogni quattro ore durante la notte.

Viene documentata una durata complessiva giornaliera di trattamento infermieristico di 160 minuti.

La paziente beneficia inoltre di fisioterapia respiratoria preventiva, mobilizzazione passiva quotidiana in presenza di contrazioni al piede destro e a titolo di profilassi generale delle contrazioni nonché terapie fisiche per complessive dieci sedute settimanali nel corso di 40 giorni.

A causa dell'aggravarsi dei disturbi del sonno e del peggioramento della situazione generale, durante l'intera degenza la paziente usufruisce di sostegno psicologico e istruzione in tecniche di rilassamento.

Durante la notte, somministrazione di CPAP in presenza di sindrome da apnea ostruttiva del sonno.

Il punteggio SCIM è pari a 15 punti (su 100).

In presenza di frattura, effettuazione di un'osteodensitometria con diagnosi di osteoporosi da inattività.

Riempimento della pompa intratecale presente per la somministrazione di farmaci per il rilassamento muscolare e molteplice adeguamento del dosaggio prima della dimissione.

Dopo il consolidamento della frattura e la guarigione delle lesioni da decubito, ripresa autonoma graduale delle attività della vita quotidiana nell'arco di 2 settimane. In questo lasso di tempo, 15 sedute terapeutiche a settimana e durata complessiva giornaliera di trattamento infermieristico di 60 minuti. Sono effettuati l'adeguamento dei mezzi ausiliari e la sostituzione del cuscino antidecubito a causa di usura.

Mobilizzazione progressiva e ritorno al grado di autonomia precedente.

Nell'ultima settimana di degenza il punteggio SCIM è pari a 72 punti (su 100), vengono svolte 20 sedute terapeutiche ed è documentata una durata giornaliera di trattamento infermieristico di 30 minuti.

Dimissione accompagnata con ritorno a casa senza ulteriori aiuti dopo 40 giorni di degenza.

La documentazione medica di dimissione indica le seguenti diagnosi:

- *paraplegia spastica completa a livello sensoriale e motorio T7, AIS A, a seguito di dissecazione aortica verificatasi 17 anni prima e operata con successo (protesi in GoreTex), con:*
- *paralisi neurogena della vescica in presenza di danno al motoneurone superiore (di tipo UMNL), trattamento con iniezioni di botulino ogni nove mesi, autocateterismo intermittente con infezioni ricorrenti (attualmente nessuna infezione riscontrabile)*
- *disturbi di origine neurogena delle funzioni intestinali con transito rallentato, sotto medicinali lassativi, evacuazione delle feci tramite rimozione manuale e clismi*
- *disturbi di origine neurogena delle funzioni sessuali con anorgasmia e dispareunia*
- *dolori neurogeni a livello della lesione con bruciori al torace*
- *spasmi invalidanti con pompa intratecale per la somministrazione di farmaci di rilassamento muscolare (180mcg/24 ore)*
- *sindrome da apnea ostruttiva del sonno, CPAP*
- *colonizzazione da MRSA cronica dal 2018 (apparato urogenitale, intertrigini inguinali e sottomammarie)*

Attualmente:

- *frattura patologica della tibia distale destra da osteoporosi*
- *decubito sacrale di grado II-III*

Ulteriori diagnosi:

- *ipertensione arteriosa (proseguimento del trattamento)*
- *disturbi del sonno*
- *episodio di media gravità di depressione recidivante*

Per 16 giorni di degenza sono inoltre soddisfatte le condizioni per l'indicazione del trattamento infermieristico complesso secondo documentazione.

DP	G82.12	Paraparesi e paraplegia spastica, Lesione midollare spinale completa cronica
DS	G82.64!	Livello funzionale della lesione del midollo spinale, T7-T10
DS	Z86.7	Malattie dell'apparato circolatorio nell'anamnesi personale
DS	Z95.88	Portatore di altri impianti od innesti cardiaci e vascolari
DS	G95.80	Altre malattie specificate del midollo spinale, cistoplegia con lesione neuronale alta [UMNL]
DS	K59.2	Intestino neurogeno non classificato altrove
DS	G47.31	Sindrome da apnea ostruttiva del sonno
DS	R07.3	Altro dolore toracico
DS	L30.4	Altre dermatiti, eritema intertriginoso
DS	B95.6!	Stafilococco aureo come causa di malattie classificate altrove
DS	U80.00!	Staphylococcus aureus resistente a oxacillina o meticillina [MRSA]
DS	Z22.3	Portatore di altre infezioni batteriche
DS	M80.26	Osteoporosi da inattività con frattura patologica, Gamba
L	1	
DS	L89.24	Ulcera da decubito, stadio 3, sacro
DS	Z45.82	Verifica dei parametri funzionali di pompa per infusione di medicinali
DS	M62.47	Contrattura muscolare, Caviglia e piede
L	1	
DS	I10.90	Iperensione essenziale, non specificata, ipertensione essenziale benigna
DS	F33.1	Disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto
DS	G47.9	Disturbo del sonno non specificato
T	93.87.3-	Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso, da almeno 28 a 55 giorni di trattamento
T	AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - al momento dell'ammissione in funzione della rilevazione del punteggio
T	AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure (SCIM) - al momento della dimissione in funzione della rilevazione del punteggio
T	99.C2.1J	Trattamento infermieristico complesso negli adulti, da 91 a 100 punti risorse
T	57.94	Inserzione di catetere vescicale permanente
T	93.59.53	Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, 21 giorni e più di trattamento
T	86.2A.2E	Sbrigliamento chirurgico, di media estensione, in altra sede
T	00.98.11	Ricarica e programmazione di pompa di infusione totalmente impiantabile programmabile con flusso costante per applicazione intratecale e intraventricolare di medicinali
T	88.98.10	Densitometria ossea con dual energy X-ray absorptiometry [DXA]

SP0203o Riabilitazione acuta

Prestazioni riabilitative speciali effettuate per pazienti stazionari acuti.

93.89.9.- *Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento*

93.89.2.- *Riabilitazione acuta fisica medica, secondo il numero di giorni di trattamento*

93.9A.1.- *Riabilitazione respiratoria acuta, secondo il numero di giorni di trattamento*

Esempio 1

Ammissione di un paziente 59enne (senza patologie pregresse) in ospedale per cure acute con polmonite da COVID-19 provocata da SARS-CoV-2.

In presenza di esaurimento respiratorio (ARDS grave) viene trasferito immediatamente in terapia intensiva e ventilato per 17 giorni.

Dopo il trattamento di medicina intensiva, complicato da un'embolia polmonare con cuore polmonare acuto, si registrano una perdita di peso di circa 15 kg, un forte decondizionamento e un'insufficienza ventricolare destra (NYHA 2) dovuta all'aumento di carico a livello del ventricolo destro a causa di un'embolia polmonare bilaterale.

Non essendo possibile una dimissione a domicilio dati il persistere della limitazione funzionale polmonare e lo stato generale ridotto, viene intrapresa una riabilitazione polmonare acuta sulla base di valutazioni standardizzate e delle rilevazioni di punteggio corrispondenti.

Secondo la documentazione medica, i requisiti minimi del codice CHOP 93.9A.1 sono soddisfatti per 12 giorni.

Anche i requisiti minimi per la registrazione del trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento sono soddisfatti (per 26 giorni).

Viene iniziato un trattamento successivo e si procede al trasferimento diretto in un istituto specializzato per il prosieguo della riabilitazione polmonare.

DP	J12.8	Polmonite virale non classificata altrove, altre polmoniti virali
L		
DS	U69.04	Polmonite classificata altrove, presente all'ammissione o che si manifesta entro 48 ore dall'ammissione
DS	J80.03	Sindrome da distress [distress] respiratorio acuto dell'adulto [ARDS] grave
DS	U071!	COVID-19, virus confermato
DS	I26.0	Embolia polmonare con menzione di cuore polmonare acuto
L	0	
DS	I50.01	Insufficienza ventricolare destra secondaria
DS	I50.03!	Insufficienza cardiaca destra con disturbi su sforzo intenso
DS	R63.4	Perdita di peso anormale
DS	R53	Malessere ed affaticamento
T	99.B71-	Terapia intensiva complessa (procedura di base) nell'adulto, secondo il numero di punti risorse
T	93.9A.12	Riabilitazione respiratoria acuta, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento
T	93.59.53	Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, 21 giorni e più di trattamento

Nota:

Tutti i casi di riabilitazione che **non** hanno carattere di riabilitazione precoce, paraplegiologica o acuta e/o che **non** soddisfano le condizioni/i requisiti minimi previsti dai codici CHOP per la riabilitazione precoce, la riabilitazione paraplegiologica e la riabilitazione acuta vanno codificati secondo le «Direttive di codifica per la riabilitazione».

SP0300 Linee guida di codifica CHOP Capitolo 9 «Chirurgia dell'apparato digerente»

SP0301k Funduplicatio per ernia iatale:

Indicazione aggiuntiva del codice CHOP 44.92 Manipolazione intraoperatoria dello stomaco

Le ernie iatali provocano la dislocazione (parziale) dello stomaco dalla cavità ventrale alla cavità toracica attraverso lo iato esofageo del diaframma. Possono essere suddivise in paraesofagee e assiali.

Nel caso delle prime, una porzione dello stomaco penetra nel mediastino accanto all'esofago. A seconda dell'entità, si può spaziare da un'ernia paraesofagea di grado leggero alla torsione completa dello stomaco (volvolo) con occlusione e inversione dello stomaco (upside-down stomach).

Il 70-90% delle ernie iatali sono invece di tipo assiale (le cosiddette ernie iatali da scivolamento). In questo caso il cardias scivola nel mediastino attraverso lo iato esofageo.

In caso di ernia assiale leggera o di ernia paraesofagea poco marcata, l'entità della manipolazione dello stomaco è troppo ridotta per giustificare l'aggiunta del codice CHOP *44.92 Manipolazione intraoperatoria dello stomaco*. Per una funduplicatio deve sussistere la necessità di riposizionare sotto il diaframma la porzione di stomaco dislocatasi nel mediastino. Questa fase operatoria è per esempio implicita nel codice di procedura *44.67.20*.

In caso di volvolo gastrico o di upside-down stomach interamente nel mediastino è consentita l'indicazione in aggiunta del codice *44.92 Manipolazione intraoperatoria dello stomaco*.

Questa operazione comporta un impiego di risorse supplementare in fase di intervento che non può essere rappresentato unicamente tramite uno dei codici dei gruppi *44.66.- Altri interventi per restaurare la funzione dello sfintere esofagogastrico* e *44.67.- Interventi laparoscopici per restaurare la funzione dello sfintere esofagogastrico*.

SP0400 **Linee guida di codifica per CHOP Capitolo 11** **«Interventi sugli organi genitali maschili»**

SP0401m **Riassegnazione del sesso**

I «codificare anche» di cui alla categoria a 3 cifre *64.5- Interventi per riassegnazione del sesso non sono esaustivi* non sono esaustivi. Per ogni intervento connesso ad una riassegnazione del sesso, anche se riguarda caratteristiche sessuali secondarie (p. es. mastectomia sottocutanea), vanno utilizzati i codici della categoria 64.5- (CHOP capitolo 11 «Interventi sugli organi genitali maschili»).

Direttive di codifica per la riabilitazione

Informazioni generali

Ambito di applicazione

Le seguenti direttive per la codifica dei casi di riabilitazione stazionaria si applicano a tutti i trattamenti effettuati in cliniche di riabilitazione o in reparti di riabilitazione di cliniche per cure acute, che rientrano nell'ambito di applicazione della tariffa ST Reha.

Vanno distinti dalla riabilitazione stazionaria i seguenti ambiti:

Riabilitazione precoce:

Vedi regola di codifica SP0201 Riabilitazione precoce.

Riabilitazione paraplegiologica

Vedi regola di codifica SP0202 Riabilitazione paraplegiologica.

Riabilitazione acuta

Vedi regola di codifica SP0203 Riabilitazione acuta.

La riabilitazione precoce, la riabilitazione paraplegiologica e la riabilitazione acuta vanno registrate nel quadro della struttura tariffale SwissDRG come avviene per la somatica acuta.

Per esempi di codifica di casi di riabilitazione precoce, paraplegiologica o acuta si rimanda al capitolo «Regole di codifica speciali per le procedure e i trattamenti SP0100 - SP0400».

Vedi regola di codifica G51 «Caso di trattamento» per le definizioni dei casi.

Ai fini della registrazione delle unità terapeutiche/dei punti risorse vanno presi in considerazione sia il giorno di ammissione sia il giorno di dimissione/trasferimento.

Diagnosi - ICD-10-GM

Diagnosi principale:

Come diagnosi principale va codificata la malattia di base individuata quale ragione principale della riabilitazione o quale causa della limitazione funzionale. La diagnosi principale non deve necessariamente essere la stessa del caso acuto stazionario.

Osservazione: in fase di analisi statistica è possibile un'attribuzione univoca del caso all'ambito di applicazione delle strutture tariffarie attraverso la variabile «tarif» (Tariffa per la fatturazione) della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes); ciò significa che l'analisi epidemiologica delle diagnosi acute è garantita.

Diagnosi secondaria:

Vedi regola di codifica G 54 «Diagnosi secondarie».

Limitazione funzionale

La limitazione funzionale va codificata come diagnosi secondaria.

L'entità della limitazione funzionale presente al momento del ricovero deve essere registrata quale diagnosi secondaria attraverso i codici U50.- Limitazione funzionale motoria e U51.- Limitazione funzionale cognitiva.

Documentazione delle diagnosi e delle procedure

Vedi regola di codifica G 40 «Documentazione delle diagnosi e delle procedure».

Regole di codifica

Esiti di / presenza di / mancanza di: Per la riabilitazione a seguito di intervento chirurgico con impianto di dispositivi e/o di trapianto di organi vedi D05 «Esiti di / presenza di / mancanza di».

Trasferimento

Vedi regola D15 «Trasferimenti».

Calcolo della durata della degenza nella riabilitazione ai fini della registrazione del codice BA.-

Un paziente è ammesso in riabilitazione muscoloscheletrica per esempio il 3 marzo e viene dimesso il 25 marzo. Trattandosi di un caso senza trasferimento, la durata della degenza ammonta a 23 giorni ($25 - 3 + 1 = 23$). Le terapie e le istruzioni fornite il giorno di entrata e quello di uscita vanno prese in considerazione e rientrano nei minuti di terapia e di istruzione.

Complessivamente il paziente beneficia di 1495 minuti di terapia e di istruzione. Per il conteggio della media settimanale, i minuti di prestazione vanno divisi per la durata della degenza (in questo esempio 23 giorni) e moltiplicati per 7. Ne risultano $1495/23 \times 7 = 455$ minuti a settimana e può quindi essere indicato il codice BA.5 Riabilitazione muscoloscheletrica.

A questo proposito si veda anche il punto 1.5 «Durata della degenza» delle «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG, TARPSY e ST Reha» di SwissDRG SA.

Registrazione del trattamento in caso di riammissione entro 18 giorni per malattia o disturbo iatrogeno (raggruppamento di casi)

Vedi anche regola di codifica D16

L'inserimento di un codice da BA.1 a BA.9 (per registrare una riabilitazione) implica necessariamente il primo inserimento dei codici AA.- (per i punteggi ADL).

In caso di degenza inferiore a 72 ore senza inserimento di codici per i punteggi, va registrato un codice BA.x0.

Se in questi casi si verifica una riammissione in riabilitazione entro 18 giorni, la registrazione dei punteggi ADL deve essere effettuata entro 72 ore (3 giorni) dall'inizio della seconda degenza stazionaria.

In questi casi, i punteggi ADL della seconda degenza fanno fede per la registrazione in caso di raggruppamento di casi.

Procedure

Per ogni caso di riabilitazione devono essere registrati almeno una volta i codici CHOP della sottocategoria AA.13.- e un codice CHOP della categoria BA. Se pertinenti, vanno registrati codici delle categorie BB.3 e BB.4. Eventuali ulteriori valutazioni da registrare dipendono dal tipo di riabilitazione (vedi CHOP, categoria AA Strumenti di misurazione e misurazioni).

Valutazioni - CHOP AA

Di norma, la misurazione al momento dell'ammissione¹ deve avvenire entro tre giorni lavorativi* dall'ingresso in clinica (giorno di ammissione compreso).

Analogamente, la misurazione di uscita va effettuata negli ultimi tre giorni lavorativi * di degenza (giorno di dimissione incluso)

Definizione di: "entro tre giorni lavorativi* ": Ai fini del conteggio dei tre giorni lavorativi, si noti che solo domeniche e i giorni festivi legali sono considerati festivi. I sabati contano invece come giorni lavorativi.

Gli item ADL vanno registrati con i codici CHOP della sottocategoria AA.13.-.

La categoria CHOP BA.- è suddivisa in 8 tipi di riabilitazione

Una codifica per degenza, esclusi i cambiamenti di tipo di riabilitazione per ragioni mediche.

Il codice BA.- va impiegato anche nei seguenti casi: trattamento di riabilitazione che dura meno di sette giorni, trasferimento interno, decesso del paziente, dimissione contro il parere del medico.

L'informazione va registrata nella variabile «austrittsentscheid» (Decisione della dimissione).

Per un caso di degenza in un tipo riabilitazione, la prestazione di base in questione va codificata un'unica volta. Se nel corso della degenza il paziente viene trasferito ad un altro tipo di riabilitazione, a partire dal momento del trasferimento va registrata, sempre un'unica volta, anche la nuova prestazione di base.

¹https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2020/09/ANQ_RIA_CHOP_Codes_Tabella-di-conversione_score-AVQ_2021.pdf

Esempi e spiegazioni

Diagnosi principale DP	Trattamento (T) Riabilitazione (BA) = 8 tipi di riabilitazione e una classe residua «Altro» Tipi di riabilitazione
Diagnosi principale = diagnosi che richiede una riabilitazione	BA.1 Riabilitazione neurologica BA.2 Riabilitazione psicosomatica BA.3 Riabilitazione polmonare BA.4 Riabilitazione cardiologica BA.5 Riabilitazione muscoloscheletrica BA.6 Riabilitazione internistica e oncologica BA.7 Riabilitazione pediatrica BA.8 Riabilitazione geriatrica BA.9 Riabilitazione, altro

Regole di codifica per l'impiego dei codici BA.-

I requisiti minimi di una procedura indicati nell'Indice sistematico della CHOP devono essere tutti soddisfatti e documentati in relazione al caso in questione. Note, osservazioni, inclusioni ed esclusioni devono essere rispettate. Le terapie menzionate/descritte nei requisiti minimi non possono essere codificate in aggiunta.

Spiegazioni per la comprensione dei requisiti minimi

Accertamenti all'ammissione

Per spiegazioni riguardanti gli accertamenti all'ammissione si veda sotto Valutazioni, CHOP AA.

Durata della degenza e durata della terapia

La settimana di trattamento è composta da sette giorni di calendario. Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e le prestazioni di istruzione vanno intese quali medie settimanali sull'intera degenza di riabilitazione.

Il calcolo della durata in giorni della degenza si effettua secondo la regola riportata nel documento «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG, TARPSY e ST Reha» valido per l'anno di applicazione. Le durate terapeutiche a settimana descritte nella categoria BA.- includono le prestazioni fornite direttamente al paziente. Le prestazioni in assenza del paziente non vanno conteggiate nella durata della terapia. La terapia/educazione (istruzione) per settimane di riabilitazione incomplete va calcolata pro rata. L'autotraining sotto sorveglianza del terapeuta competente corrisponde a una terapia.

Coordinamento della riabilitazione o riunione del team di riabilitazione

Le riunioni di coordinamento della riabilitazione e le riunioni di valutazione della riabilitazione in team, documentati e svolti a cadenza settimanale, prevedono la partecipazione dei medici, dei terapisti e del personale di cura coinvolti nella riabilitazione. Se per ragioni organizzative uno dei settori interessati non può partecipare a un incontro del team, ma viene informato per iscritto dei suoi esiti, la riunione è considerata valida e l'intera degenza in riabilitazione non può essere rimessa in discussione per questo unico motivo. In caso di settimana di trattamento incompleta, la riunione del team non è obbligatoria.

Classe residua**BA.9**

Per rientrare nella classe residua BA.9, una prestazione di base deve soddisfare tutti i requisiti minimi di cui alla categoria BA, ma non necessariamente i requisiti specifici delle categorie a tre caratteri da BA.1- a BA.8-.

Il codice BA.9 Prestazione di base nella riabilitazione, altro va utilizzato nei casi in cui:

- viene eseguito un tipo di riabilitazione che non rientra o non figura nelle categorie a tre caratteri da BA.1- a BA.8-;
- viene eseguito un tipo di riabilitazione che figura in una delle categorie a tre caratteri da BA.1- a BA.8-, che soddisfa i requisiti minimi di cui alla categoria BA, ma non tutti i requisiti minimi della categoria specifica in cui rientra.

Requisiti minimi definiti per un periodo di 7 giorni

Si tratta di requisiti minimi concernenti il processo strutturale o funzionale in seno all'ospedale e definiti per un periodo di 7 giorni (p. es. 1 visita medica specialistica su un periodo di 7 giorni – vedi CHOP, categoria BA Riabilitazione, Requisiti minimi punto 4, visita – o 1 riunione di team su un periodo di 7 giorni). Questi requisiti minimi non valgono per periodi inferiori a 7 giorni, dato che p. es. una visita medica specialistica o una riunione di team non possono soddisfare una frazione di esigenza (pro rata).

Esempio

Se un paziente viene ammesso un giovedì e dimesso il martedì successivo, e la riunione di team si svolge sempre il mercoledì, l'ospedale non è tenuto ad anticiparla. In questo caso, il requisito minimo non deve necessariamente essere soddisfatto per poter registrare il codice in questione.

Logica della suddivisione delle categorie da BA.x0 a BA.x8

- I codici da BA.1 a BA.8 sono suddivisi in base al tipo di riabilitazione in minuti medi di terapia alla settimana.
- BA.x0 rappresenta il livello più basso con una degenza inferiore a 7 giorni.
- BA.x1 rappresenta il livello successivo per i casi con capacità di carico ridotta, eccetto nella riabilitazione geriatrica.
- BA.x2 - BA.x8 (risp. BA.81-BA.85 per la riabilitazione geriatrica) rappresentano i casi di riabilitazione con il numero di minuti di terapia che raggiungono il valore soglia per ogni tipo di riabilitazione.

BB.3-: codici supplementari per la riabilitazione

BB.3- sono descritte prestazioni che implicano l'impiego di risorse infermieristiche nella riabilitazione. Se pertinenti, le prestazioni infermieristiche vanno rilevate (codici BB.3 --> gestione delle ferite, assistenza 1:1). Entrambi i codici (BB.31.- Assistenza 1:1 nella riabilitazione e BB.32 Gestione delle ferite nella riabilitazione, almeno 60 minuti al giorno) vanno impiegati solo per casi ST Reha e devono essere inseriti per ogni giorno in cui sono state effettuate le prestazioni.

Per quanto riguarda l'assistenza 1:1, è importante sottolineare che la prestazione deve essere fornita ad un singolo paziente (e non a più pazienti).

Il codice BB.32 Gestione delle ferite nella riabilitazione, almeno 60 minuti al giorno va utilizzato per rappresentare l'impiego maggiore di risorse (in tutti i tipi di riabilitazione) dovuto alla cura di ferite. Ciò vale, per esempio, per la cura delle ferite dopo la rimozione di cannule tracheali, ma anche per le lesioni cutanee conseguenti alle stomie, per le ferite connesse all'uso di fissatori esterni, per i punti di entrata o di uscita di drenaggi ecc.

Il trattamento infermieristico complesso (99.C-) non va codificato in aggiunta. In linea di principio si tratta di codici che non vanno mai impiegati insieme a quelli della categoria BA.- Riabilitazione.

BB.4-: Monitoraggio durante la riabilitazione

Per il monitoraggio nella riabilitazione sono disponibili due codici:

BB.41.- Riabilitazione con monitoraggio, secondo il numero di giorni di trattamento: codice da utilizzare per pazienti usciti dal setting di medicina somatica acuta che possono iniziare la riabilitazione, ma che a causa di instabilità clinica necessitano ancora di un monitoraggio.

BB.42.- Monitoraggio intensivo in situazione momentanea di pericolo di vita: codice da utilizzare per pazienti che durante la riabilitazione si trovino in una situazione momentanea di pericolo di vita a causa della quale necessitano di un monitoraggio.

Entrambi i codici possono essere utilizzati solo se risultano soddisfatti i criteri BA.- (criteri per la riabilitazione riferiti all'intero caso). Non possono essere impiegati simultaneamente (nello stesso giorno), mentre è ammessa la loro registrazione in date (giorni) differenti all'interno dello stesso caso di riabilitazione.

Procedure da codificare (elenco non esaustivo)

Vedi regola di codifica P01 «Procedure che vanno codificate».

Per la ventilazione meccanica nella riabilitazione, vedi regola di codifica SD1001 «Ventilazione meccanica».

Trattamenti ambulatoriali esterni

Vedi regola di codifica P00n, paragrafo «Trattamenti ambulatoriali esterni».

Procedure da non codificare

Vedi regola di codifica P02 «Procedure che non vanno codificate».

Si noti che le procedure da non codificare di cui alla regola di codifica P02 sono considerate di routine e/o intrinseche in setting stazionario acuto, ma in determinate circostanze non possono essere definite tali nelle degenze riabilitative e devono essere codificate.

Esempi

Esempi di codifica della diagnosi principale

Esempio 1 Riabilitazione cardiovascolare

Un paziente entra in riabilitazione a seguito di un infarto miocardico acuto. Gli viene somministrata una terapia VAC per trattare una infezione di ferita postoperatoria.

DP I21.0 Infarto miocardico acuto transmurale della parete anteriore

Esempio 2 Riabilitazione muscoloscheletrica

Un paziente entra in riabilitazione dopo l'impianto di un'endoprotesi dell'anca a seguito di coxartrosi primaria. Decorso regolare.

DP M16.1 Altra coxartrosi primaria

L

Esempi di codifica delle diagnosi secondarie**Esempio 1 Cardiovascolare**

Un paziente entra in riabilitazione dopo un trapianto cardiaco a causa di una cardiomiopatia dilatativa. All'ammissione, l'indice di Barthel ammonta a 68 punti, l'MMSE a 29 punti

DP I42.0 Cardiomiopatia dilatativa

DS Z94.1 Stato dopo trapianto cardiaco

DS U50.20 Moderata limitazione funzionale motoria. Indice di Barthel: 60-75 punti

DS U51.02 Assente o lieve limitazione funzionale cognitiva. MMSE: 24-30 punti

Esempio 2: Neurologica

Un paziente entra in riabilitazione dopo il trattamento in un reparto di cure acute stazionarie per un ictus embolico dell'arteria cerebrale media con deficit neurologici (emiplegia flaccida con disturbi del linguaggio e della deglutizione). All'ammissione viene rilevato un indice di Barthel pari a 27 punti. Sono accertati unicamente deficit cognitivi leggeri (MMSE: 28 punti).

DP I63.4 Infarto cerebrale da embolia delle arterie cerebrali

L

DS R47.0 Disfasia ed afasia

DS G81.0 Emiplegia flaccida ed emiparesi

L

DS U50.40 Grave limitazione funzionale motoria. Indice di Barthel: 20 -35 punti

DS U51.02 Assente o lieve limitazione funzionale cognitiva. MMSE: 24-30 punti

Esempio 3 Polmonare

Un paziente con fibrosi cistica è inviato dal proprio medico di famiglia in riabilitazione polmonare a causa del peggioramento di un'insufficienza cronica preesistente e documentata. Viene avviata una ventilazione meccanica a domicilio. All'ammissione, indice di Barthel pari a 80 punti, MMSE nella norma.

DP E84.0 Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari

DS J96.1- Insufficienza respiratoria cronica non classificata altrove

DS U50.10 Lieve limitazione funzionale motoria. Indice di Barthel: 80-95 punti

DS U51.02 Assente o lieve limitazione funzionale cognitiva. MMSE: 24-30 punti

Esempi per ciascun tipo di riabilitazione

Esempio 1 riabilitazione neurologica

Un paziente viene trasferito in riabilitazione stazionaria con esiti di un infarto dell'arteria cerebrale media e con emiplegia flaccida.

Quale diagnosi secondaria sussiste una cardiopatia coronarica di due vasi trattata a livello farmacologico.

Dal punto di vista infermieristico, il paziente necessita di risorse supplementari documentate che eccedono la prestazione di base di 73 punti risorse.

Per quattro settimane gli vengono somministrati in aggiunta in media 700 minuti a settimana di logopedia ed ergoterapia. Inoltre, nel corso della riabilitazione, viene effettuata una visita a domicilio per accertare la situazione domestica e stabilire ulteriori obiettivi di riabilitazione e misure.

Codifica:

DP I63.4 Infarto cerebrale da embolia delle arterie cerebrali

L

DS G81.0 Emiplegia flaccida ed emiparesi

L

DS I25.12 Cardiopatia aterosclerotica: malattia di due vasi

DS U50.- Limitazione funzionale motoria

DS U51.- Limitazione funzionale cognitiva

T BA.1 Riabilitazione neurologica

T AA.1- Misurazione dell'Activity of Daily Living [ADL]

Esempio 2 riabilitazione psicosomatica

Un paziente entra in riabilitazione stazionaria a causa di dolori alla schiena persistenti di origine non chiara che non possono essere tenuti sotto controllo in setting ambulatoriale. Vengono trattati, secondo la documentazione medica, un uso eccessivo di antidolorifici e di sonniferi nonché un episodio depressivo diagnosticato nel corso della riabilitazione.

Codifica:

DP F45.0 Disturbo da somatizzazione

DS M54.5 Dolore lombare

DS F32.9 Episodio depressivo non specificato

DS F13.1 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici: abuso nocivo

DS Y57.9! Complicanze da medicinali o droghe

DS U50.- Limitazione funzionale motoria

DS U51.- Limitazione funzionale cognitiva

T BA.2 Riabilitazione psicosomatica

T AA.1- Misurazione dell'Activity of Daily Living [ADL]

Esempio 3 riabilitazione polmonare

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

Dato il protrarsi della terapia antibiotica e il verificarsi di occasionali sensazioni di soffocamento, viene praticata una broncoscopia con lavaggio broncoalveolare. In presenza di insufficienza respiratoria ipossica acuta confermata da emogasanalisi arteriosa, a sostegno della respirazione, si esegue una ventilazione CPAP per tre giorni. Il paziente beneficia di coaching di stop al fumo e di terapia respiratoria da parte di personale (medico) specificamente formato e gli viene somministrata da fisioterapisti una terapia respiratoria intensiva quotidiana.

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

Codifica:

DP	J44.01	Pneumopatia ostruttiva cronica con infezione acuta delle vie respiratorie inferiori VEMS1 $\geq 35\%$ e $< 50\%$ del valore normale
DS	F17.1	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco: abuso nocivo
DS	J96.00	Insufficienza respiratoria acuta non classificata altrove, Tipo I [ipossica]
DS	I10.90	Iperensione essenziale, non specificata: senza menzione di crisi ipertensiva
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
T	BA.3	Riabilitazione polmonare
T	AA.1-	Misurazione dell'Activity of Daily Living [ADL]
T	AA.31.-	Test del cammino di 6 minuti (al momento dell'ammissione)
T	AA.31.-	Test del cammino di 6 minuti (al momento della dimissione)
T	33.24.11	Tracheobroncoscopia (flessibile) (rigida) con lavaggio broncoalveolare
T	93.9G.11	Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, CPAP, impostazione iniziale, fino a 3 giorni
T	99.22.1-	Iniezione di sostanza antiinfettiva, secondo il numero di giorni di trattamento.

Esempio 4 riabilitazione cardiologica

Trasferimento di un paziente da reparto di cure acute dopo infarto subendocardico in presenza di coronaropatia di due vasi. Il paziente soffre di obesità morbida di origine alimentare rilevante per il trattamento con BMI pari a 43,5.

Codifica:

DP	I21.40	Infarto miocardico senza sopralivellamento di ST [NSTEMI], infarto di tipo 1
DS	I25.12	Cardiopatia aterosclerotica, malattia di due vasi
DS	E66.02	Obesità da eccesso calorico, obesità di grado III (OMS) in pazienti di 18 anni e più
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
T	BA.4	Riabilitazione cardiologica
T	AA.1-	Misurazione dell'Activity of Daily Living [ADL]

Esempio 5 riabilitazione muscoloscheletrica

Un paziente viene inviato dal medico di famiglia in riabilitazione stazionaria. Soffre di artrosi al ginocchio post-traumatica e come sequela di dolori lombari in fase di scarico. Nel trattamento stazionario confluiscono l'accertamento e il trattamento di un diabete mellito. La terapia è centrata sul trattamento analgesico e sul ricondizionamento/rafforzamento muscolare tramite fisioterapia.

Codifica:

DP	M17.3	Altre gonartrosi post-traumatiche
L		
DS	M54.5	Dolore lombare
DS	E11.90	Diabete mellito, tipo 2: senza complicazioni, non menzionato come scompensato
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
T	BA.5	Riabilitazione muscoloscheletrica
T	AA.1-	Misurazione dell'Activity of Daily Living [ADL]

Esempio 6 riabilitazione internistica o oncologica

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

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

In questo caso la codifica viene effettuata tenendo conto della regola di codifica

P00n Prestazioni ambulatoriali esterne

Di conseguenza, la chemioterapia non complessa e l'immunoterapia non vanno codificate nel caso stazionario.

Codifica:

DP	C34.1	Tumore maligno: lobo o bronco superiore
L	2	
DS	C77.8	Metastasi linfonodali di regioni multiple
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
T	BA.6	Riabilitazione internistica e oncologica
T	AA.1-	Misurazione dell'Activity of Daily Living [ADL]

Esempio 7 riabilitazione pediatrica

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

Sono soddisfatti tutti i criteri per una riabilitazione pediatrica.

Per condurre la riabilitazione sono eseguite periodicamente misure diagnostiche.

Codifica:

DP	G04.9	Encefalite, mielite ed encefalomielite non precisate
DS	G40.8	Altre epilessie
DS	F06.8	Altri disturbi mentali organici non precisati dovuti a lesione o disfunzione cerebrale o a malattia somatica
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
T	BA.7	Riabilitazione pediatrica
T	AA.1-	Misurazione dell'Activity of Daily Living [ADL]

Esempio 8 riabilitazione geriatrica

Un paziente polimorbido entra in riabilitazione dopo il trattamento in ospedale per cure acute. Soffre di dolori alla schiena provocati da stenosi del canale vertebrale associati a irradiazioni radicolari dolorose e manifestazione di paralisi.

Secondo la documentazione medica, tutte le diagnosi di somatica acuta riportate nell'esempio permangono e richiedono per la codifica risorse secondo la regola G54. Vanno osservate altre regole di codifica e indicazioni del Manuale di codifica medica.

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

Codifica:

DP	M48.06	Stenosi del canale midollare: zona lombare
DS	G55.3*	Compressioni delle radici nervose e dei plessi in altre malattie della colonna e dorsopatie (M45 - M46†, M48.-†, M53 - M54†)
DS	E03.9	Ipotiroidismo non specificato
DS	I50.13	Insufficienza ventricolare sinistra con disturbi su sforzo lieve
DS	E11.72†	Diabete mellito, tipo 2: con altre complicazioni multiple, non menzionato come scompensato
DS	G 63.2*	Polineuropatia diabetica
DS	N08.3*	Disturbi glomerulari in diabete mellito
DS	N18.3	Malattia renale cronica, stadio 3
DS	I10.00	Iperensione essenziale benigna: senza menzione di crisi ipertensiva
DS	E44.1	Malnutrizione proteico-energetica di grado lieve
DS	E55.9	Deficit di vitamina D non specificato
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
T	BA.8	Riabilitazione geriatrica
T	AA.1-	Misurazione dell'Activity of Daily Living [ADL]

Esempi di impiego di codici BA.9**Esempio 1**

Una paziente 70enne viene trasferita dal setting di medicina somatica acuta alla clinica di riabilitazione per la riabilitazione muscolo-scheletrica dopo impianto di endoprotesi totale di anca sinistra. La paziente soffre da anni di una pneumopatia ostruttiva cronica (COPD) nota. Nella fase postoperatoria e nei primi giorni della riabilitazione interviene un'esacerbazione degli episodi di dispnea (VEMS1 60%), trattata con successo con un broncodilatatore.

La degenza stazionaria in riabilitazione dura 8 giorni. Il numero medio di minuti di terapia alla settimana è pari a 280.

Tutti gli altri criteri concernenti la riabilitazione muscoloscheletrica sono soddisfatti.

Codifica:

DP	M16.1	Altra coxartrosi primaria, unilaterale
L	2	
DS	J44.12	Pneumopatia ostruttiva cronica con esacerbazione acuta, non specificata, VEMS1 ≥ 50 % e < 70 % del valore normale predetto (teorico)
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
T	BA.	Riabilitazione, altro
T	AA.13-	Misurazione dell'Activity of Daily Living [ADL]

Esempio 2

Un paziente con esiti di infarto dell'arteria cerebrale media e con emiplegia flaccida viene trasferito per la riabilitazione neurologica stazionaria. Quale diagnosi secondaria sussiste una cardiopatia coronarica di due vasi trattata a livello farmacologico. Il numero medio di minuti di terapia alla settimana è pari a 560. Nel corso della degenza stazionaria, della durata di quattro settimane, il paziente viene visitato sei volte dal medico di reparto.

Codifica:

DP	I63.4	Infarto cerebrale da embolia delle arterie cerebrali
L		
DS	G81.0	Emiplegia flaccida ed emiparesi
L		
DS	I25.12	Cardiopatia aterosclerotica: malattia di due vasi
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
T	BA.9	Riabilitazione, altro
T	AA.13-	Misurazione dell'Activity of Daily Living [ADL]

Esempi di impiego di codici BB.3-**Esempio 1**

Una paziente viene sottoposta a riabilitazione psicosomatica a causa di stati di ansia e del fatto che, malgrado il desiderio di tornare a lavorare, incontra difficoltà ad accettare i cambiamenti nelle abitudini quotidiane e nell'alimentazione proposti al fine di favorire il reinserimento progressivo sul posto di lavoro, tenendo conto della perdita di massa muscolare provocata dall'anoressia nervosa di cui soffre da un anno. Nel corso della degenza per la riabilitazione psicosomatica, la paziente beneficia due volte, in altrettanti giorni, di un'assistenza 1:1 della durata di tre ore.

Codifica:

DP	F50.01	Anoressia nervosa, con misure volte alla riduzione del peso
T	BA.2	Riabilitazione psicosomatica
T	BB.31.11	Assistenza 1:1 nella riabilitazione, almeno 2 ore a 8 ore al giorno
T	BB.31.11	Assistenza 1:1 nella riabilitazione, almeno 2 ore a 8 ore al giorno

Esempio 2

Un paziente entra in riabilitazione a seguito di un infarto miocardico acuto. Nel corso della degenza gli viene somministrata una terapia per un'infezione postoperatoria di ferita. La gestione della ferita in due diversi giorni richiede un totale complessivo di più di 60 minuti al giorno. Sono soddisfatti tutti i criteri per una riabilitazione cardiologica.

Codifica:

DP	I21.0	Infarto miocardico acuto transmurale della parete anteriore
DS	L08.8	Altre infezioni locali, specificate, della cute e del tessuto sottocutaneo
T	BA.4	Riabilitazione cardiologica
T	BB.32	Gestione delle ferite nella riabilitazione, almeno 60 minuti al giorno
T	BB.32	Gestione delle ferite nella riabilitazione, almeno 60 minuti al giorno

Esempi di Monitoraggio nella riabilitazione BB.4-**Esempio 1**

Un paziente viene trasferito in un reparto di riabilitazione per la riabilitazione muscoloscheletrica dopo essere stato curato per due settimane in somatica acuta a seguito di frattura del collo del femore destro con lesione dell'arteria femorale.

Il paziente presenta ancora scompensi dei parametri vitali (frequenza respiratoria, pressione arteriosa) ed alterazioni dello stato di coscienza. In questo caso sono presenti tutti e tre i possibili disturbi funzionali.

Dagli accertamenti all'ammissione è emerso un indice di Barthel di 50 punti. L'indice di Barthel ampliato (eBI) risulta essere di 30 punti.

Durante la degenza per la riabilitazione muscoloscheletrica il paziente necessita di monitoraggio la prima settimana (7 giorni) con visite mediche in 5 giorni.

Tutti i criteri della riabilitazione muscoloscheletrica sono soddisfatti per quanto riguarda l'intero caso. La media settimanale dei minuti di terapia somministrati è pari a 560 e corrisponde quindi al codice BA.52.

Inoltre, in relazione ad un calo di umore provocato dalle limitazioni funzionali, il paziente ha beneficiato in un'occasione di un'assistenza 1:1 della durata di due ore.

Codifica

DP S72.00 Frattura del femore, parte non specificata

L 1

DS U50.30 Medio-grave limitazione funzionale motoria, indice di Barthel: 40-55 punti

DS U51.10 Moderata limitazione funzionale cognitiva, indice di Barthel ampliato: 20-65 punti

T BA.52 Riabilitazione muscoloscheletrica, per in media da 450 fino a meno di 565 minuti di terapia alla settimana

T BB.41.12 Riabilitazione con monitoraggio, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento

T BB.31.11 Assistenza 1:1 nella riabilitazione, almeno 2 ore a 8 ore al giorno

Esempio 2

Nella seconda settimana di degenza per riabilitazione neurologica a seguito di infarto cerebrale, un paziente manifesta uno scompenso dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura corporea e saturazione dell'ossigeno) a causa di una polmonite ab ingestis bilaterale, che lo mette in pericolo di vita.

Il paziente viene monitorato costantemente per tre giorni, fatta eccezione per un'interruzione di 60 minuti il primo giorno per consentire l'effettuazione di una radiografia del torace. Il primo giorno viene sottoposto a quattro visite mediche, il secondo giorno a tre e il terzo giorno a due.

Nel corso del resto della degenza per riabilitazione neurologica i parametri vitali risultano stabili. La media settimanale dei minuti di terapia somministrati riferita all'intero caso è pari a 680 e corrisponde quindi al codice BA.13.

Codifica

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

L

DS J69.0 Polmonite ab ingestis

L 0

DS U69.01! Polmonite classificata altrove, che si manifesta più di 48 ore dopo l'ammissione

T BA.13 Riabilitazione neurologica, per in media da 675 fino a meno di 845 minuti di terapia alla settimana

T BB.42.14 Monitoraggio intensivo nella riabilitazione, da più di 48 ore fino a 72 ore

Indice alfabetico

A

Abbreviazioni	10
Aborto	160
ACS (acute coronary syndrom)	142
Adattamento	
– apparecchio acustico	140
Aderenze (peritoneale)	78
Anemia acuta post	29
Angina pectoris	142
Apparato	
– digerente	154
– genitourinario	157
Apparecchio acustico	140
Appendicite	154
Arresto cardiaco	148
Artroscopia	63
Asfissia durante la nascita	185
Atonia uterina ed emorragie	178
Avvelenamenti	195
– da farmaci, droghe e sostanze biologiche	201
– da farmaci e alcol	204
– da farmaci prescritti e non prescritti	204
– sovradosaggio di insulina	202

B

Batteriemia	83
Bilaterali	
– procedure	33

C

Cardiopatía	
– ipertensiva	141
– valvolare	146
Cardiopatía ischemica	
– angina pectoris	142
– infarto miocardico acuto	142
– infarto miocardico pregresso	143
– infarto miocardico recidivante	142
– reinfarto	142
– sindrome coronarica acuta	142
– trattata con terapie chirurgiche (stent/bypass)	143
Caso di trattamento	
– definizioni	25
Catetere peritoneale	
– posa	158
– rimozione	158
Cause esterne	195

Chemioterapia	117
Chirurgia plastica	156
CHOP	
– nozioni generali	22
Classificazione	
– ICD-10-GM	16
Classificazioni	
– CHOP	22
Codici	
– cause esterne	195
– codice Z	206
– combinati	45
– con punto esclamativo	36
– daga (†)-asterisco (*)	34
Codifica	
– eseguire una codifica corretta	23
Colpo apoplettico	
– acuto	133
– disturbi funzionali	135
– pregresso	143
Complicanze	
– cicatrice uterina	164
– della gravidanza	164
– di ferita aperta	196
– motilità fetale ridotta	164
– posizioni e presentazioni anomale del bambino	164
Consapevolezza	
– non correlata a un traumatismo	196
– traumatismo intracranico	196
Controllo	
– di trapianto cardiaco	147
– dopo tumore	113
Contusione ossea	196
Convalescenza	56
Convulsioni febbrili	187
Corrosioni	
– superficie corporea	200
CPAP	
– neonati e lattanti	152
Croup	
– pseudocroup	96
– sindrome da croup	96
– vero	96
D	
Daga (†) - asterisco (*)	34
Defibrillatore	

– cambio di un aggregato	147	– della secrezione interna/pancreas	126
– complicanze	147	– dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	46
Definizioni		– iatrogeni	46
– aborto	160	Disturbi psichici e comportamentali	
– caso di trattamento	25	– da uso di sostanze psicoattive	131
– complemento alla diagnosi principale	28	– da uso droghe, farmaci, alcol, nicotina	131
– diagnosi principale	32	– intossicazione acuta accidentale	131
– durata della gestazione	160	– intossicazione acuta non accidentale	131
– esclusiva	32	– ubriacatura	131
– feto morto	160	– uso dannoso (alcol, droghe)	131
– nato vivo	160	Documentazione	
– parto a termine	160	– delle diagnosi	24
– parto post-termine	160	– delle procedure	24
– parto pre-termine	160	Donazione dopo morte cerebrale	76
– periodo del secondamento	160	Durata della gravidanza	176
– periodo perinatale e neonatale	181	durata del trattamento con un sistema di assistenza	
– periodo postplacentare	160	cardiocircolatoria e respiratoria	149
– puerperio	160		
– trattamento principale	30	E	
Diabete mellito		Edema polmonare	
– categorie	119	– acuto	147
– come diagnosi principale	120	Effetti collaterali di farmaci	
– come diagnosi secondaria	122	– assunti secondo prescrizione	202
– complicanze renale	123	– assunzione non prescritta	204
– con complicanze	120	Emodialisi	157
– con malattie oculari	123	Emorragia	
– con neuropatia	124	– e atonia uterina	178
– con sindrome metabolica	126	– gastrointestinale	154
– diversi tipi	119	– postparto	178
– durante la gravidanza	162	Encefalopatia ipossico-ischemica	184
– regole per la codifica	120	Endoscopia	
– sindrome del piede diabetico	124	– passare a cielo aperto	80
Diagnosi		Episodio acuto	
– bilaterali	33	– di una malattia cronica	44
– differenziali	24	ernia iatale	217
– dolore acuto	188	Esiti di	37
– dolore cronico	190	Esito del parto	176
– dolore intrattabile	192		
– localizzazioni multiple	33	F	
– principale, definizione	60	Falso travaglio	177
– principale, scelta della diagnosi principale	60	Ferita	
– secondarie, definizione	32	– aperta con complicanze	197
– secondarie, sequenza	34	Ferite	
– sospetta, esclusione della diagnosi di sospetto	43	– aperte	196
– sospetta, nessuna formulazione di diagnosi	43	Fibrosi cistica	126
– sospetta, trasferimento altro ospedale	43	Fistola arteriovenosa	
– sospetto probabile	43	– posa	158
– unilaterali	33	– rimozione	158
Dialisi	158	Follow-up pianificati	133
– catetere peritoneale	158	Frattura	
– fistola arteriovenosa	158	– aperta con traumatismo intracranico, intratoracico o	
– shunt arteriovenoso	158	intraddominale	197
Disidratazione		– con lesioni dei tessuti molli	195
– nella gastroenterite	155	– con lussazione	196
Disturbi		– con sede identica o differente	196
– della coagulazione durante la gravidanza	165	– vertebrali	199

G

Gastrite	
– con ulcera gastrica	154
Gastroenterite	
– con disidratazione	155
Gravidanza	
– Aborto	160
– cicatrice uterina	164
– complicanze	164
– conclusione precoce	161
– definizioni	181
– diabete mellito	123
– durata	176
– durata prolungata	177
– ectopica con complicanze	161
– infezioni del tratto genitourinario	163
– malattie	162
– malattie del fegato	163
– molare con complicanze	161
– motilità fetale ridotta	164
– plurigemellare	176
– posizioni e presentazioni anomale del bambino	164
– protratta	177
– terminazione precoce, feto morto	160
– terminazione precoce, nato vivo	160

H

HIV	
– asintomatica	93
– categorie	94
– complicanza di	93
– malattia associata	94
– messa in evidenza con laboratorio	93
– sequenza e scelta dei codici	96
– sindrome da infezione acuta	93

I

ICD-10-GM	
– convenzioni tipografiche e abbreviazioni	19
– Indice alfabetico	19
– introduzione	16
– lista sistematica	17
– storia	16
– struttura	16
Impianti mammari	
– rimozione	156
Infarto miocardico	
– acuto	142
– pregresso	143
– recidivante	142
– reinfarto	142
Infezioni del tratto genitourinario	
– durante la gravidanza	163
Insufficienza	
– renale acuta	158
– renale iatrogena	158
Intervento	

– bilaterali	72
– chirurgico dopo dimagrimento	156
– chirurgico non eseguito	55
– combinato	65
– complesso	65
– di follow-up pianificati	40
– endoscopice	64
– eseguiti parzialmente	66
– interrotto	66
– panendoscopici	64
– per fattori di rischio	117
– per profilassi	117
Intossicazione	
– acuta accidentale	131
– acuta non accidentale	131
– litio	131
– ubriacatura	131
Introduzione versione 2023	9
Ipertensione	
– con cardiopatia ipertensiva	141
– con malattia ipertensiva cardiaca e renale	141
– malattia renale ipertensiva	141
Ipoacusia	140
Ipglicemia	120

L

Lateralità	
– delle diagnosi	33
– delle procedure	61
Lesioni	
– dei tessuti molli	195
Linfangiosi carcinomatosa	116
Linfomi	116
Lussazione	
– con lesioni dei tessuti molli	195
– con sede identica o differente	196
– vertebrali	199

M

Malattia	
– che hanno origine nel periodo perinatale	181
– croniche con episodio acuto	44
– del fegato durante la gravidanza	163
– dell'apparato digerente	154
– dell'apparato genitourinario	157
– delle membrane ialine	184
– dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	140
– del sistema circolatorio	141
– del sistema nervoso	133
– del sistema respiratorio	150
– dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	46
– durante la gravidanza	162
– endocrine, nutrizionali e metaboliche	119
– iatrogeni	46
– incombente	42
– infettive e parassitarie	83
– renale ipertensiva	141

Malnutrizione		– impianto	139
– negli adulti	127	– nozioni generali G00 – G56	11
– nei bambini	129	– rimozione	139
– stadi negli adulti	128		
– stadi nei bambini	129	O	
Mancanza di	37	Occlusione	
Manutenzione		– di stent o bypass coronarico	144
– apparecchio acustico	140	Orecchio e apofisi mastoide	140
Minaccia o malattia imminente	42	Ostetricia	160
MoCA	207		
N		P	
Nato		Pacemaker	
– morto	183	– cambio di un aggregato	147
Neonato		– complicanze	147
– asfissia durante la nascita	185	– permanente	147
– condizioni morbose di origine periodo perinatale	181	Pancreas	
– definizioni	181	– disturbi della secrezione interna	126
– encefalopatia ipossico-ischemica	184	Panendoscopia	64
– episiotomia	165	Paraplegia non traumatica	136
– fototerapia	183	– fase iniziale (acuta)	136
– malattia delle membrane ialine	184	– fase tardiva (cronica)	136
– nato morto	183	Paraplegia traumatiche	198
– periodo perinatale e neonatale	181	– fase acuta – immediatamente post-traumatica	198
– prelievo di cellule staminali	178	– fase acuta – trasferimento del paziente	198
– profilassi postesposizione	183	– fase cronica	198
– record medico	181	paraplegiologica	212
– rianimazione primaria	183	Parkinson	139
– sani, da madre diabetica	183	Parto	
– scelta della diagnosi principale	166	– atonia uterina ed emorragie	178
– sindrome di aspirazione imponente	184	– attribuzione della diagnosi principale	165
– sindrome dispnoica neonatale	184	– cicatrice uterina	164
– tachipnea transitoria	184	– complicanze	164
– terapia parenterale	183	– definizioni	165
Neoplasie		– esito del parto	176
– chemioterapia e radioterapia	117	– falso travaglio	177
– complicanze dopo a procedure diagnostiche		– motilità fetale ridotta	164
o terapeutiche	46	– plurigemellare	176
– con attività endocrina	113	– posizioni e presentazioni anomale del bambino	164
– controlli	113	– pretermine	177
– cura del tumore che delle metastasi	105	– prima del ricovero in ospedale	176
– del sistema ematopoietico/linfatico	101	– regole speciali	165
– diagnosi soltanto mediante biopsia	109	– singolo con forcipe	167
– diagnosticare un tumore primitivo	104	– singolo con taglio cesareo	167
– escissione estesa	109	– singolo con ventosa	167
– lesioni contigue	115	– singolo vaginale spontaneo	165
– linfangiosi carcinomatosa	116	– taglio cesareo	167
– linfomi	116	– travaglio pretermine	177
– nell'indice alfabetico	100	– travaglio prolungato	177
– recidiva	113	Perdita improvvisa dell'udito	140
– remissione di malattie maligne immunoproliferative e		Periodo neonatale	
leucemie	116	– definizione	181
– scelta e ordinamento delle diagnosi	101	Periodo perinatale	
– sedi multiple	114	– condizioni morbose di origine	182
– sospetto di tumore o metastasi	113	– definizione	181
– terapia sistemica	104	Posizioni e presentazioni anomale del bambino	164
Neurostimolatore		Prelievo di tessuto	
		– donazione da vivente	75

– esame di donatore	75	– di impianti mammari	156
– per trapianto	75	– fistola arteriovenosa	159
– post mortem	76	– shunt arteriovenoso	159
– prelievo d'organo	75	Risultati anormali	31
Presenza di	37	S	
Procedure		Scelta della diagnosi principale	
– abituale	63	– in caso di riammissione entro 18 giorni	60
– che non vanno codificate	63	scompensato	119
– che vanno codificate	62	Sepsi	84
– eseguita parzialmente	66	– associata con capitolo XV (O)	84
– eseguite più volte	67	– nel bambino	87
– importanti	62	– nell'adulto	84
– interrotti	66	– sequenza dei codici	89
– lateralità	61	Sequela	39
– non eseguita	55	Shock	194
– post mortem	63	Shock settico	88
– trattamento in unità di cure intensive (UCI) e/o unità di cure intermedie (UCIM)	70	Shunt arteriovenosa	
Profilassi postesposizione		– posa	158
– neonati sani	183	Shunt arteriovenoso	
puerperio	179	– rimozione	159
Punto esclamativo («!»)	36	Sindrome	
R		– come diagnosi secondaria	54
Radioterapia	117	– congenita	54
Raggruppamenti di casi	25	– coronarica acuta	142
Recidiva (tumore)	113	– del piede diabetico	124
Regole di codifica generali		– di aspirazione imponente	184
– per le malattie/diagnosi D00 – D16	31	– dispnoica neonatale	184
– per le procedure P00 – P11	61	– metabolica	126
Regole di codifica speciali per le diagnosi SD0100 – SD2200	83	Sindromi	54
Regole di codifica speciali per le procedure e i trattamenti		Sintomi	
SP0100- SP0400	209	– come diagnosi principale	32
– riabilitazione acuta	216	– come diagnosi secondarie	32
– riabilitazione paraplegiologica	212	– convulsioni febbrili	187
– riabilitazione precoce	210	– risultati anormali di esami clinici e di laboratorio	187
Reinterventi		SIRS	92
– su cuore e pericardio	74	Sistema	
Remissione		– circolatorio	141
– di malattie maligne immunoproliferative e leucemie	116	– nervoso	133
Respirazione a pressione positiva continua CPAP		– respiratorio	150
– neonati e lattanti	152	Sordità	140
Revisione		Sospetto	
– di una cicatrice	156	– di tumore/metastasi	43
– di un campo operatorio	73	Sovradosaggio di insulina	202
– su cuore e pericardio	74	Statistica medica e codifica medica	
riabilitazione	219	– basi giuridiche	12
Riabilitazione	210	– organizzazione	12
Riabilitazione acuta	216	T	
Riabilitazione precoce	210	Tachipnea transitoria	184
Riammissione entro 18 giorni	60	Taglio cesareo	
Riapertura di laparotomia recente	74	– taglio cesareo primario	170
Riapertura di toracotomia	74	– taglio cesareo secondario	173
Rigetto		– taglio cesareo su richiesta materna	172
– del trapianto	76	Terapia a pressione negativa	68
Rimozione		Terapia del dolore	188
– catetere peritoneale	158	Tetraplegia non traumatica	136

– fase iniziale (acuta)	136	– remissione di malattie maligne	
– fase tardiva (cronica)	136	– immunoproliferative/leucemie	116
Tetraplegia traumatiche		– scelta e ordinamento delle diagnosi	101
– fase acuta immediatamente post-traumatica	198	– sedi multiple	114
– fase acuta trasferimento del paziente	198	– sospetto di tumore/metastasi	113
– fase cronica	198	– terapia sistemica	104
Trapianto		U	
– cardiaco, esami di controllo	147	Ulcera gastrica	
– controllo dopo	76	– con gastrite	154
– donazione da vivente	75	Ustioni	
– esame di donatore	75	– superficie corporea	200
– insuccesso	76	V	
– post mortem	76	Ventilazione meccanica	
– riceventi	76	– definizione	150
– rigetto	76	Vescica	156
– valutazione	76		
Trasferimento			
– di una madre con il suo neonato sano	58		
– di un neonato sano	58		
– ospedale centrale con ritrasferimento	57		
– per continuazione delle cure	56		
– per convalescenza	56		
– per cure	56		
Trasformazione di sesso	218		
Trattamento			
– dopo trasferimento per continuazione delle cure	56		
Trattamento principale			
– definizione	30		
Traumatismi			
– aperte	196		
– aperto, interessamento vasi sanguigni, nervi, tendini	196		
– aperto, intracranico, intratoracico, intraddominale	196		
– del midollo spinale	198		
– multipli	199		
– superficiali	195		
Travaglio pretermine	177		
Trombosi			
– di stent o bypass coronarico	144		
Tumori			
– chemioterapia e radioterapia	117		
– complicanze dopo procedure diagnostiche o terapeutiche	46		
– con attività endocrina	113		
– controlli	113		
– cura del tumore che delle metastasi	105		
– del sistema ematopoietico/linfatico	101		
– diagnosi soltanto mediante biopsia	109		
– escissione estesa	109		
– lesioni contigue	115		
– linfangiosi carcinomatosa	116		
– linfomi	116		
– linfonodali in sedi multiple	114		
– Malattie, disturbi acuti e cronici dopo e/o quali sequele di procedure mediche nell’ambito del trattamento di neoplasie maligne	110		
– metastasi linfonodali	114		
– nell’indice alfabetico	100		
– recidiva	113		

Programma di pubblicazione UST

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

Gli ambiti specifici delle statistiche

- 00 Basi statistiche e presentazioni generali
- 01 Popolazione
- 02 Territorio e ambiente
- 03 Lavoro e reddito
- 04 Economia nazionale
- 05 Prezzi
- 06 Industria e servizi
- 07 Agricoltura e selvicoltura
- 08 Energia
- 09 Costruzioni e abitazioni
- 10 Turismo
- 11 Mobilità e trasporti
- 12 Denaro, banche e assicurazioni
- 13 Sicurezza sociale
- 14 Salute
- 15 Formazione e scienza
- 16 Cultura, media, società dell'informazione, sport
- 17 Politica
- 18 Amministrazione e finanze pubbliche
- 19 Criminalità e diritto penale
- 20 Situazione economica e sociale della popolazione
- 21 Sviluppo sostenibile e disparità regionali e internazionali

Selezione di pubblicazioni

Annuario statistico della Svizzera



L'Annuario statistico, edito dall'Ufficio federale di statistica (UST) sin dal 1891, è l'opera di riferimento della statistica svizzera. Raccoglie i dati statistici più significativi concernenti la popolazione, la società, il governo, l'economia e l'ambiente del nostro Paese.

Statistica: 175 anni al servizio del nostro moderno Stato federale



L'opera, edita in occasione dell'uscita della 10 000ª pubblicazione dell'Ufficio federale di statistica (UST), illustra attraverso 10 pubblicazioni ed eventi lo sviluppo dell'UST, dei suoi prodotti editoriali e della statistica in Svizzera. Conta 52 pagine ed è disponibile in italiano, tedesco, francese e inglese.

www.statistica.admin.ch – Fonti di informazioni importanti

Il portale «Statistica Svizzera» garantisce un moderno accesso a informazioni statistiche sempre aggiornate e presentate in modo accattivante. Di seguito si rimanda ad alcune offerte, consultate particolarmente spesso.

Catalogo delle pubblicazioni



Quasi tutti i documenti pubblicati dall'UST sin dal 1860 sono messi a disposizione in forma elettronica e gratuita sul portale web www.statistica.admin.ch. Le pubblicazioni in formato cartaceo possono essere ordinate al numero +41 58 463 60 60 o via e-mail all'indirizzo order@bfs.admin.ch.

www.statistica.admin.ch → Statistiche → Cataloghi

NewsMail – Per mantenersi aggiornati



Abbonamenti a e-mail differenziati per tema con indicazioni e informazioni su eventi e attività correnti.

www.news-stat.admin.ch

Panoramica di tutti i set di dati pubblicati



I set di dati pubblicati continuamente dall'UST sono riassunti in questo catalogo per fornire una migliore panoramica. Contiene anche un quadro generale dei dati della statistica federale già presenti sulla piattaforma opendata.swiss nonché dei dati della «National Summary Data Page» (NSDP).

www.data.bfs.admin.ch

Dashboard per le votazioni in Svizzera



Il dashboard dell'UST utilizza dati pubblici aperti per rappresentare visivamente i risultati delle votazioni in modo rapido e di facile utilizzo. Tutti i dati sono liberamente accessibili e disponibili in cinque lingue in modo duraturo.

votazioni.admin.ch

Informazioni individuali

Centrale di informazioni statistiche

+41 58 463 60 11, info@bfs.admin.ch



www.statistica.admin.ch



Facebook



X



Youtube



LinkedIn

La Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (Spi-Ges) riguarda tutte le degenze ospedaliere.

Svolta in tutti gli ospedali e cliniche del territorio nazionale, la rilevazione raccoglie dati amministrativi, caratteristiche socio-demografiche dei pazienti nonché informazioni su diagnosi e trattamenti.

I dati sono registrati sulla base di due classificazioni mediche, l'ICD-10-GM per le diagnosi e la Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) per i trattamenti.

La codifica delle diagnosi e dei trattamenti sottostà a direttive ben precise.

Il settore Classificazioni mediche dell'UST redige, rivede e, all'occorrenza, adatta tali regole, cura le summenzionate classificazioni e offre consulenza alle persone incaricate della codifica.

Il presente Manuale di codifica medica contiene tutte le regole di codifica pubblicate fino al momento dalla sua pubblicazione e costituisce l'opera di riferimento in materia.

Versione digitale

www.statistica.admin.ch

Versione cartacea

www.statistica.admin.ch

Ufficio federale di statistica

CH-2010 Neuchâtel

order@bfs.admin.ch

tel. +41 58 463 60 60

Numero UST

545-2600

ISBN

978-3-303-14390-2

**La statistica
conta per voi.**

www.la-statistica-conta.ch