

Principali differenze ICD9-ICD10

La decima versione della classificazione internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati si pone in continuità con le precedenti versioni per quanto riguarda i principi generali di classificazione delle malattie, risentendo quindi dell'impostazione data da W. Farr nel 1855.

Dal punto di vista formale le varie condizioni morbose sono per la prima volta identificate da codici alfanumerici a 4 caratteri, di cui il primo è una lettera.

In questo modo sono possibili 26000 codici rispetto ai 10000 delle precedenti versioni: ciò consente un maggior dettaglio nella classificazione e maggior flessibilità per modifiche periodiche.

L'impostazione generale ricalca molto da vicino l'ICD9. In ICD10 le condizioni morbose sono aggregate in 20 settori, tre in più rispetto ad ICD9, determinati dal fatto che le malattie dell'occhio e dell'orecchio ora costituiscono due settori a se stanti, mentre in precedenza erano aggregate con le malattie del sistema nervoso. Inoltre le cause esterne di morbosità e mortalità (codici "E" in ICD9) ora costituiscono un settore della classificazione principale.

Accanto alla revisione nosografica, per quanto riguarda la codifica delle schede di morte, con ICD10 si verifica anche una revisione delle regole di codifica, dei concatenamenti considerati accettabili e delle combinazioni di patologie (e quindi di codici) che comportano la modifica della causa di morte.

Scopo di questo capitolo è illustrare brevemente le principali differenze tra ICD9 ed ICD10 originate da:

- differenze nella classificazione che comportano modifiche nella selezione dei codici da attribuire alle condizioni morbose;
- differenze nel concetto di concatenamento accettabile (applicazione del principio generale e delle regole 1 e 2);
- differenze nelle combinazioni di condizioni morbose che comportano modifiche del codice (regola di selezione 3, regole di modifica A, C, e D).

L'approccio è per settore nosologico, partendo dai settori che giustificano il maggior numero di decessi.

L'ACME di riferimento è quello relativo all'anno 2006.

Tumori e traumi sono trattati in capitoli separati, pertanto si farà solo un breve accenno ai tumori.

L'obiettivo non è quello di essere esaustivo, con una descrizione puntuale di tutte le modifiche introdotte da ICD10, quanto piuttosto di presentare le situazioni di più frequente riscontro e che comportano maggiori differenze sull'identificazione della causa di morte.

Infine si introdurrà il confronto tra le due classificazioni per quanto riguarda le statistiche di mortalità, riportando alcune esperienze internazionali.

Malattie del sistema circolatorio

L'ICD10 ricalca in modo molto fedele l'ICD9. I blocchi sono sostanzialmente gli stessi e con la stessa sequenza. In sintesi l'ICD10 presenta un maggior dettaglio (per molti codici a livello di categoria in ICD9 sono previste le sottocategorie in ICD10) e per la malattia ipertensiva cambia il criterio di classificazione delle sottocategorie. Per gli usuali livelli di aggregazione delle statistiche di mortalità pertanto la selezione del codice determinata dall'ICD10 avrà presumibilmente un impatto minimo per le malattie del sistema circolatorio.

Principali differenze nella classificazione.

L'*infarto acuto del miocardio* (I21) prevede 6 sottocategorie definite dalla tipologia e dalla sede dell'infarto. La terminologia comunque rimane quella usata all'inizio degli anni 90 e non è aggiornata alla moderna classificazione delle sindromi coronariche acute avvenuta a cavallo dei due millenni. Saranno sempre più frequenti le dizioni "STEMI" e "NSTEMI" al posto rispettivamente di IMA trasmurale e di IMA subendocardico.

Un elemento importante è la modifica nell'intervallo per considerare pregresso un infarto del miocardio: in precedenza 8 settimane, con ICD10 4 settimane.

Da rilevare ancora l'introduzione della categoria I22 (infarto miocardio recidivante) e della categoria I23 (alcune complicanze in atto susseguenti ad infarto miocardio acuto).

Le *malattie cerebrovascolari* (I60-I69) presentano le novità più rilevanti.

Innanzitutto l'attacco ischemico transitorio (TIA) cambia settore ed in ICD10 è classificato tra le malattie del sistema nervoso (G45).

Per le categorie di emorragia subaracnoidea ed emorragia cerebrale in ICD10 sono previste delle sottocategorie in relazione rispettivamente all'origine o alla sede di questi eventi emorragici.

In ICD10 compare l'importante categoria *infarto cerebrale* (I63) in cui è corretto classificare gli ictus qualificati come ischemici. Permangono le categorie "occlusione e stenosi delle arterie precerebrali e cerebrali" ma l'ICD10 toglie l'ambiguità presente in ICD9 con la specificazione "senza esiti di infarto cerebrale". Il codice I64 in ICD10, equivalente al codice 436 in ICD9 pertanto va riservato ai quei casi in cui la natura dell'accidente cerebrovascolare non è indicata (per es. "ictus cerebrale", "stroke"...mentre dizioni come "ictus ischemico" vanno classificate come I639).

Infine per la categoria "sequele di malattia cerebrovascolare" in ICD10 sono previste sottocategorie che descrivono la natura dell'evento pregresso.

La *malattia ipertensiva* (I10-I15) presenta le stesse categorie nelle due classificazioni. Le sottocategorie sono diverse: scompare il "comportamento" della malattia ipertensiva (benigna, maligna), si descrive invece se c'è o meno insufficienza dell'organo bersaglio (cuore o rene).

Le *cardiomiopatie* dilatativa, restrittiva ed ipertrofica hanno ciascuna un proprio codice in ICD10 (cardiomiopatia dilatativa e restrittiva non esistevano come dizioni nel volumi ICD9, si attribuiva il codice 4254 su indicazione del "felino").

Le *aritmie* sono abbastanza più dettagliate in ICD10.

Le *valvulopatie* prevedono la categoria per individuare la valvola interessata e la sottocategoria per descrivere il tipo di difetto valvolare.

Principali differenze nei concatenamenti accettabili.

Si segnalano due novità.

La cardiomiopatia dilatativa può essere causata da altre forme di cardiopatia (per es. ischemica o ipertensiva). Può essere causata anche da condizioni classificate in altri settori (cirrosi epatica, insufficienza renale). Queste ultime situazioni, pur causando l'identificazione della causa di morte in settori diversi, tuttavia appaiono di riscontro infrequente.

Esempio

		<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Causa iniziale	Cardiopatia ischemica	4149	I259
Causa intermedia	Cardiomiopatia dilatativa	4254	I420

Causa finale	-		
Causa selezionata		4254	I259

L'infarto acuto del miocardio può essere causato da malattie cerebrovascolari.

Esempio

		<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Causa iniziale	Ictus cerebri	436	I64
Causa intermedia	IMA	410	I219
Causa finale	-		
Causa selezionata		410	I64

Queste situazioni comportano l'attribuzione del decesso a blocchi diversi all'interno dello stesso settore.

Principali differenze nelle combinazioni di codici.

Lo scompenso cardiaco non è più modificato dall'arresto cardiaco.

Esempio

		<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Causa iniziale	Scompenso cardiaco	4299	I519
Causa intermedia	Arresto cardiaco	4275	I469
Causa finale	-		
Causa selezionata		4275	I519

L'arresto cardiaco (I46.9), l'ipotensione non specificata (I95.9) e i disturbi del sistema circolatorio non specificati (I99) sono considerati stati morbosi mal definiti e pertanto soggetti alla Regola di modifica A

Esempi

		<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Causa iniziale			
Causa intermedia			
Causa finale	Arresto cardiaco-	4275	I469
Altri stati morbosi	Cirrosi epatica	5715	K746
Causa selezionata		4275	K746

		<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Causa iniziale	Vasculopatia	4599	I99
Causa intermedia			
Causa finale	-		

Altri stati morbosi	Carcinoma polmonare	1629	C349
Causa selezionata		4599	C349

Queste differenze possono comportare l'attribuzione del decesso a blocchi diversi all'interno dello stesso settore.

Neoplasie

I criteri principali di classificazione delle neoplasie sono gli stessi in ICD9 e ICD10: innanzitutto il comportamento della neoplasia e in secondo luogo la sua sede. Tuttavia l'ICD10 introduce importanti elementi di novità.

Le modalità di comportamento previste passano da 5 a 4: tumori a comportamento incerto e tumori di natura non specificata in ICD9 diventano un unico gruppo in ICD10 (tumori di comportamento incerto o sconosciuto). Questo gruppo in ICD10 è molto più analitico rispetto all'ICD9, in particolare consente di attribuire un codice specifico ai tumori di ciascun organo dell'apparato genito-urinario.

Esempio

	<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Neoplasia di comportamento non specificato della prostata	2395	<u>D400</u>
Neoplasia di comportamento non specificato del rene	2395	<u>D410</u>

Es. neoplasia della prostata e neoplasia del rene in ICD9 entrambi 2395, in ICD10 rispettivamente D400 e D410. Con ICD10 pertanto aumenta il ventaglio di possibilità per i tumori in cui non vi sia una chiara segnalazione di malignità.

Comunque anche in ICD10 permangono dei codici in cui confluiscono neoplasie di diversi organi, in particolare D376 (fegato, colecisti e dotti biliari) e soprattutto D377 (esofago, pancreas, intestino,...).

Per i tumori maligni la novità più importante appare l'introduzione del codice C97 (tumori maligni di sedi indipendenti multiple (primitive)), sulla cui applicazione si rimanda al capitolo sui tumori.

Per il resto ICD9 ed ICD10 sono molto simili per quanto riguarda la classificazione dei tumori solidi. In questo ambito si segnalano due novità interessanti dell'ICD10:

1. la scomparsa della voce ambigua "tumore maligno del fegato non specificato se primitivo e secondario);
2. l'introduzione di un codice per la voce "mesotelioma non specificato".

Le neoplasie ematologiche sono sviscerate in modo più dettagliato soprattutto per le forme a comportamento incerto o non specificato. Alcune situazioni precedentemente classificate in altri settori (macroglobulinemia di Waldenstrom, gammopatia monoclonale, mielofibrosi) ora entrano fra le neoplasie ematologiche. Le sindromi mielodisplastiche sono esaustivamente dettagliate.

Malattie infettive

Principali differenze nella classificazione.

Tra le malattie infettive l'aspetto sicuramente più rilevante è l'introduzione dell'AIDS (sconosciuta ai tempi dell'ICD9). Per l'AIDS in ICD10 sono previste 5 categorie e 26 sottocategorie.

Anche la parte relativa alle epatiti virali è stata piuttosto modificata alla luce delle nuove conoscenze (epatite da virus C, epatite E, agente delta, epatite virale cronica). Tre condizioni rare che in ICD9 rientravano tra le malattie infettive in ICD10 sono classificate in altri settori:

- Sarcoidosi in malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario
- Malattia di Behcet in malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo
- Malattia di Reiter in malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo

Principali differenze nei concatenamenti accettabili.

Qualsiasi tumore maligno può essere causato dall'AIDS o anche dalla sola sieropositività.

Esempio

		ICD9	ICD10
Causa iniziale	AIDS	2791	B24
Causa intermedia	Carcinoma polmonare	1629	C349
Causa finale	-		
Causa selezionata		1629	B24*

* successivamente modificato in B218

Principali differenze nelle combinazioni di codici.

In molte situazioni è prevista l'applicazione della regola 3 quando è presente l'AIDS:

- le neoplasie ematologiche, le demenze, alcune malattie del sistema nervoso centrale, l'infarto del miocardio (acuto o progressivo), alcune malattie cerebrovascolari.

Disturbi psichici

La classificazione dei disturbi psichici è complessa. Una sua trattazione esauriente richiede conoscenze di tipo specialistico, ma tutto sommato appare ridondante rispetto alle esigenze relative alla gestione del dato di mortalità.

Le due situazioni di più frequente riscontro sono le demenze e l'abuso di sostanze psicoattive. In entrambi i casi l'ICD10 comporta delle differenze sostanziali.

Demenze.

Principali differenze nella classificazione

La classificazione delle demenza in ICD10 appare fare chiarezza di alcuni elementi di incertezza intrinseci ad ICD).

Innanzitutto in ICD9 non esisteva la voce "demenza" o "demenza non specificata", per tali situazioni si utilizzava il codice 2989 (altre psicosi non organiche – psicosi non specificata, indicazione da indice analitico del secondo volume ISTAT) oppure il codice 2949 (altri stati psicotici organici (cronici) – non specificato, indicazione dal primo volume ISTAT a pag. 45). Esistevano invece i codici per demenza senile (2900) e demenza presenile (2901). Il comportamento

dei codici 2900 e 2949 rispetto ai concatenamenti ammessi e alle regole di modifica era profondamente diverso.

In ICD10 nel codice F03 (demenza non specificata) confluiscono anche demenza presenile e senile che pertanto avranno (come appare razionale) lo stesso comportamento per i concatenamenti e per le regole di modifica.

Esempi

		<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Causa iniziale	Morbo di Parkinson	3320	G20
Causa intermedia	Demenza senile	2900	F03
Causa finale	-		
Causa selezionata		2900	G20

		<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Causa iniziale	Morbo di Parkinson	3320	G20
Causa intermedia	Demenza	2949	F03
Causa finale	-		
Causa selezionata		3320	G20

In ICD10 inoltre compaiono le dizioni “demenza vascolare” (categoria) e “demenza multiinfartuale” (sottocategoria) che con ICD9 (da indicazioni del “feolino”) erano classificate in categorie diverse e in parte residuali.

L’ICD10 fa chiarezza anche sulla demenza di Alzheimer facendola rientrare nel morbo di Alzheimer.

Esempio

	<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Demenza di Alzheimer	2901	<u>G309</u>
Morbo di Alzheimer	3310	<u>G309</u>

In precedenza le due dizioni, espressioni dello stesso quadro nosologico, erano classificate addirittura in settori differenti.

Principali differenze nei concatenamenti accettabili.

Per quanto riguarda i concatenamenti ritenuti accettabili la demenza (demenza senile) ha ora un comportamento più vicino al vecchio 2900 (con alcune concessioni in più per quanto riguarda le malattie cerebrovascolari a alcune malattie neurologiche) rispetto al 2949 (che poteva essere causato da quasi tutte le situazioni morbose).

Esempio

		<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Causa iniziale	Cardiopatía ischemica	4149	I259
Causa intermedia	Demenza	2949	F03
Causa finale	-		

Causa selezionata		4149	F03
		<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Causa iniziale	Cardiopatía ischemica	4149	I259
Causa intermedia	Demenza senile	2900	F03
Causa finale	-		
Causa selezionata		2900	F03

Il contrario avviene invece per la demenza vascolare (F01) che con ICD9 poteva essere causata da pochissime condizioni, con ICD10 invece il ventaglio delle possibilità è molto ampio.

		<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Causa iniziale	Cardiopatía ischemica	4149	I259
Causa intermedia	Demenza aterosclerotica	2904	F019
Causa finale	-		
Causa selezionata		2904	I259

Queste differenze sono rilevanti per tre motivi:

- la frequenza con cui si riscontrano
- la tendenza all'aumento di queste situazioni
- le conseguenze sull'attribuzione della causa di morte (a settori diversi).

Abuso di sostanze psicoattive.

In ICD10 cambia il criterio di classificazione di queste condizioni. Con ICD9 la categoria si riferiva alla "modalità" di assunzione e la sottocategoria alla sostanza; con ICD10 la logica è capovolta: la categoria si riferisce alla sostanza e la sottocategoria alla modalità o al quadro clinico determinato dalla sostanza. Per maggiori dettagli vedere il capitolo sui traumatismi.

Malattie del sistema respiratorio

In questo settore ICD10 ricalca in modo abbastanza fedele l'ICD9, anche se la sequenza delle condizioni morbose è un po' diversa.

Principali differenze nella classificazione

Dal punto di vista nosografico sono introdotte delle condizioni che in precedenza erano di difficile classificazione:

- ARDS (J80)
- Insufficienza respiratoria (J96)
- Pneumopatie interstiziali (J80-J84).

L'introduzione del codice relativo all'insufficienza respiratoria è sicuramente una novità importante in questo contesto: l'insufficienza respiratoria assume la dignità di entità nosologica definita e riconoscibile come causa di morte. Tuttavia l'insufficienza respiratoria acuta (J960) e l'insufficienza respiratoria non specificata (J969) sono considerate stati morbosi mal definiti e

pertanto soggette all'applicazione della regola A. L'insufficienza respiratoria cronica invece assume un ruolo di condizione morbosa.

Principali differenze nelle combinazioni di codici.

La differenza più importante per le malattie dell'apparato respiratorio e quella che forse avrà il maggior impatto sulle statistiche di mortalità riguarda l'applicazione delle regole di modifica qualora la causa di morte selezionata sia broncopolmonite (J180) o polmonite (J189): infatti con ICD10 queste due condizioni possono essere considerate la diretta conseguenza di numerose altre condizioni, molto frequenti, tra cui: tutti i tumori maligni o di comportamento incerto, il diabete mellito con complicanze, le demenze, il morbo di Parkinson e il morbo di Alzheimer (se avanzati o gravi), le malattie cerebrovascolari, le epatopatie.

Esempi

		<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Causa iniziale	Broncopolmonite	485	J180
Causa intermedia			
Causa finale	-		
Altri stati morbosi	Esiti di ictus cerebrali	438	I694
Causa selezionata		485	I694

		<i>ICD9</i>	<i>ICD10</i>
Causa iniziale	Broncopolmonite	485	J180
Causa intermedia			
Causa finale	-		
Altri stati morbosi	Demenza senile	2900	F03
Causa selezionata		485	F03

Per quanto riguarda la polmonite ab ingestis, paradossalmente, la regola 3 con ICD10 è applicabile in un minor numero di casi rispetto ad ICD9. la tabella successiva sintetizza alcune delle differenze segnalate.

Tabella: applicabilità della regola 3.

	Polmonite		Polmonite ab ingestis	
	ICD9	ICD10	ICD9	ICD10
<i>Mal. cerebrovascolari</i>	No	Sì	Sì	Sì
<i>Morbo di Parkinson</i>	No	Sì	Sì	No
<i>Morbo di Alzheimer</i>	No	Sì	Sì	No
<i>Demenza senile</i>	No	Sì	No	No
<i>Sclerosi a placche</i>	No	Sì	Sì	No
<i>Diabete con complicanze</i>	No	Sì	No	No
<i>Tumori maligni</i>	No	Sì	No	No

Impatto del passaggio da ICD9 a ICD10 sulle statistiche di mortalità

Come si è visto, il passaggio da ICD9 a ICD10 è ben più che un codice diverso alla stessa patologia ed ha conseguenze rilevanti sull'identificazione della causa di morte che non riguarderanno solamente le patologie di nuovo inserimento nella classificazione.

Chi ha già introdotto ICD10 si è già posto il problema della confrontabilità sostanzialmente con due approcci:

- senza bridge coding
- con bridge coding.

Senza dilungarsi sui dettagli, il bridge coding per un periodo congruo appare essenziale per una valutazione precisa ed accurata delle differenze introdotte semplicemente dall'uso di una classificazione con i suoi corollari rispetto all'altra.

Con il bridge coding è possibile calcolare il "**rapporto di comparabilità**". Esso non è altro che il rapporto tra il numero di decessi attribuito ad una causa con ICD10 e il numero di decessi attribuito alla stessa causa con ICD9. E' ovviamente calcolabile per le cause (o aggregazioni di esse) comuni a ICD9 e ICD10 (per esempio malattie cerebrovascolari), mentre non ha senso per le situazioni che con ICD10 sono maggiormente dettagliate (per esempio infarto subendocardico acuto, non previsto con ICD9) o per le situazioni che hanno cambiato criterio di classificazione (è inutile cercare l'ipertensione maligna in ICD10).

Il rapporto di comparabilità costituisce un fattore di correzione da applicare agli anni precedenti per valutare l'andamento "reale" della mortalità causa-specifica nel tempo.

Come interpretare il rapporto di comparabilità.

Un rapporto di comparabilità per una certa causa **pari ad 1** (valore di equivalenza) significa che con i due sistemi di classificazione si attribuisce lo stesso numero di decessi alla causa in esame (nota bene, non è detto che si tratti proprio degli stessi decessi).

Un rapporto di comparabilità per una certa causa **superiore ad 1** significa che con ICD10 alla causa in esame si attribuiscono **più** decessi che con ICD9, per esempio un rapporto di comparabilità pari a 2 significa che con ICD10 si attribuisce a quella causa il doppio di decessi attribuiti con ICD9.

Un rapporto di comparabilità per una certa causa **inferiore ad 1** significa che con ICD10 alla causa in esame si attribuiscono **meno** decessi che con ICD9, per esempio un rapporto di comparabilità pari a 0.5 significa che con ICD10 si attribuisce a quella causa la metà dei decessi attribuiti con ICD9.

La tabella seguente illustra ciò che è stato riscontrato in alcuni paesi.

	UK femmine	Canada	USA
Tumori	1.03	1.01	1.01
Malattie del sangue	0.65		
Malattie del sistema nervoso	1.5		
Demenza	1.5		
Malattie cerebrovascolari	1.09	1.06	1.06
Malattie respiratorie	0.76	0.86	

La tabella evidenzia due elementi importanti:

1. Il passaggio ad ICD10 per alcuni gruppi di patologie comporta differenze notevoli nell'attribuzione
2. C'è una certa variabilità nello spazio nell'impatto di ICD10, e questo è comprensibile dal momento che l'identificazione della causa di morte dipende molto dallo stile di compilazione della scheda di morte.

Per la cause introdotte “ex novo” con ICD10 non sarà possibile un confronto diretto con ICD9; sarà comunque interessante capire come venivano classificate con il vecchio sistema.