



# Circolare per codificatori: 2020 / N 1

## 1. Nozioni generali

### 1.1. Strumenti di codifica in vigore

Dal 1° gennaio 2020 vanno utilizzati i seguenti strumenti di codifica:

- Manuale di codifica medica: Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2020 (incluse le regole di codifica per la riabilitazione)
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2020 / n. 1 con allegato
- Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP): Indice sistematico - Versione 2020
- ICD-10-GM 2018 Indice sistematico: Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati : 10a revisione – German Modification

Gli strumenti di codifica medica sono disponibili su [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch):

Ufficio federale di statistica -> Trovare statistiche -> Salute -> Nomenclature -> Classificazioni e codifica mediche  
-> Strumenti di codifica medica -> Strumenti in vigore per la codifica medica, per anno.

La statistica medica degli ospedali è una rilevazione totale obbligatoria a periodicità annuale. Gli strumenti sopra menzionati servono per la codifica delle degenze stazionarie in ospedali e cliniche in Svizzera (incluse cliniche di riabilitazione, cliniche psichiatriche e altre cliniche specializzate, nonché le case per partorienti).

Basi legali:

- legge del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale (LStat)
- legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal)

#### 1.1.1 Versioni di riferimento

In caso di discrepanze relative alle classificazioni e al Manuale di codifica tra le versioni linguistiche fanno fede le versioni originali (in lingua tedesca).

#### 1.1.2 Circolare e allegato

La circolare contiene le basi e le informazioni supplementari (correzioni incluse) sul Manuale di codifica e sulle classificazioni. L'allegato contiene delle informazioni e precisazioni. Questi documenti sono informazioni ufficiali dell'UST e devono essere presi in considerazione per le ulteriori codifiche.

Le circolari e i relativi allegati sono pubblicati nei periodi seguenti.

- Circolare per codificatori, 2020 / n. 1 (fine dicembre 2019): da utilizzare per i casi con dimissioni dal 1° gennaio 2020.
- Circolare per codificatori, 2020 / n. 2 (fine giugno 2020): da utilizzare per i casi con dimissioni dal 1° luglio 2020.

## 1.2. Domande sulla codifica

### 1.2.1. Procedura

Saranno trattate unicamente le domande inerenti alla codifica **corredate dalla documentazione anonimizzata completa** (rapporto d'uscita, rapporto operatorio e foglio di codifica) e inviate all'indirizzo [CodeInfo@bfs.admin.ch](mailto:CodeInfo@bfs.admin.ch).

Anche le divergenze di codifica e i casi di revisione devono essere inviati a [CodeInfo@bfs.admin.ch](mailto:CodeInfo@bfs.admin.ch) con copia all'altra parte, con la documentazione anonimizzata completa del paziente, le argomentazioni e la codifica di entrambe le parti.

Per tutte le domande senza documentazione o con documentazione insufficiente non faremo nessuna raccomandazione.

Una raccomandazione è valida unicamente per un singolo caso specifico e non può essere applicata ad altri casi.

## 1.2.2. Anonimizzazione

Al fine di anonimizzare la documentazione, vanno rimosse le seguenti informazioni:

- cognome, nome
- giorno e mese di nascita (fatta eccezione per i neonati fino a un anno di età [< 1 anno])
- indirizzo
- dati per la corrispondenza (numeri telefonici ecc.)

I collaboratori dell'UST sottostanno unicamente al segreto statistico (conformemente all'art. 14 della legge sulla statistica federale).

## 2. Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2020

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso

### 2.1. P06i Procedure eseguite più volte: precisazione sui concentrati di eritrociti e trombociti

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nella regola di codifica P06i «Procedure eseguite più volte» va inserito il seguente paragrafo.

#### P06i Procedure eseguite più volte

[...]

- 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 cellulare» 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 per singola trasfusione, 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.*

#### Esempio:

*A un paziente vengono trasfusi 3,8 concentrati di eritrociti il secondo giorno di degenza e 2,7 il quarto giorno. Complessivamente sono stati così trasfusi 6,5 concentrati, ma possono essere conteggiati solo i concentrati interi ossia 3 e 2 = 5. Va quindi utilizzato il codice 99.04.10 «Trasfusione di concentrato di eritrociti, da 1 a 5 unità».*

[...]

## 2.2. S0102i Sepsis - Modifiche della tabella relativa al punteggio SOFA

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

La tabella relativa al «Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score» nella regola di codifica S0102i «Sepsis» va modificata come segue:

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

a **Aggiornato** Adattato da Vincent et al<sup>27</sup>  
b Dosi di catecolamina somministrate in µg/kg/min per almeno un'ora  
c **Glasgow Coma Scale va da 3 a 15** 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. Per i pazienti non ventilati vale la seguente ipotesi di FiO<sub>2</sub>: con O<sub>2</sub> nasale: 0,3, maschera: 0,4, maschera con serbatoio: 0,6.  
e 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.

## 2.3. S0102i Sepsis - Correzione dell'esempio

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Nella regola di codifica S0102i «Sepsis», nel paragrafo «Esempi di codifica», l'esempio 2 va corretto come segue:

[...]

### Esempio 2

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

*Decorso: aggravamento dell'insufficienza renale cronica con valore di creatinina di 140 µmol/l e riduzione della GFR a 25 ml/min (creatinina basale ~~110~~ 100 µmol/l; GFR 40 ml/min). Il secondo giorno di degenza [...]*

### 3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2020

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso

#### 3.1. Correzioni nell'introduzione

Riguarda solo la versione tedesca, vedi Rundschreiben 2020/Nr. 1

#### 3.2. Neurostimolazione intracranica – Neurostimolazione centrale

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il termine «neurostimolazione centrale» va sostituito da «neurostimolazione intracranica».

- 02.93 Interventi su o con elettrodo(i) per la neurostimolazione **centrale intracranica**
- 02.93.00 Interventi su o con elettrodo(i) per la neurostimolazione **centrale intracranica**, NAS
- 02.93.09 Interventi su o con elettrodo(i) per la neurostimolazione **centrale intracranica**, altro
- 02.93.3 Impianto o sostituzione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica**  
Cod. a.: Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica** (02.97.1-)
- 02.93.30 Impianto o sostituzione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica**, NAS
- 02.93.39 Impianto o sostituzione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica**, altro
- 02.93.4 Revisione senza sostituzione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica**  
Cod. a.: Revisione senza sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica** (02.97.2-)
- 02.93.40 Revisione senza sostituzione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica**, NAS
- 02.93.41 Revisione senza sostituzione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica**, stereotassica, sistema a elettrodo singolo permanente per la stimolazione permanente
- 02.93.42 Revisione senza sostituzione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica**, stereotassica, sistema a più elettrodi permanenti per la stimolazione permanente
- 02.93.49 Revisione senza sostituzione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica**, altro
- 02.93.5 Rimozione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica**
- 02.93.51 Rimozione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica**  
Cod. a.: Rimozione di neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica** (02.97.3-)  
Excl.: Omettere il codice - Impianto o sostituzione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica** (02.93.3-)
- 02.97 Interventi su o con neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica**
- 02.97.00 Interventi su o con neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica**, NAS
- 02.97.09 Interventi su o con neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica**, altro
- 02.97.1 Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica**  
Cod. a.: Impianto o sostituzione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica** (02.93.3-)
- 02.97.10 Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica**, NAS

- 02.97.11 Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica**, sistema a elettrodo singolo, non ricaricabile
- 02.97.12 Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica**, sistema a più elettrodi, non ricaricabile
- 02.97.14 Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica**, sistema a più elettrodi, ricaricabile, omnidirezionale
- 02.97.15 Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica**, sistema a più elettrodi, ricaricabile, bidirezionale
- 02.97.19 Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica**, altro
- 02.97.2 **Revisione senza sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione centrale intracranica**  
Cod. a.: Revisione senza sostituzione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica** (02.93.4-)
- 02.97.21 **Revisione senza sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione centrale intracranica**
- 02.97.3 **Rimozione di neurostimolatore per la neurostimolazione centrale intracranica**  
Cod. a.: Rimozione di elettrodi per la neurostimolazione **centrale intracranica** (02.93.5-)  
Excl.: Omettere il codice - Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione **centrale intracranica** (02.97.1-)
- 02.97.31 **Rimozione di neurostimolatore per la neurostimolazione centrale intracranica**
- 02.9A **Interventi su o con neurostimolatore con elettrodi integrati per la neurostimolazione centrale intracranica**
- 02.9A.00 **Interventi su o con neurostimolatore con elettrodi integrati per la neurostimolazione centrale intracranica, NAS**
- 02.9A.09 **Interventi su o con neurostimolatore con elettrodi integrati per la neurostimolazione centrale intracranica, altro**
- 02.9A.1 **Impianto o sostituzione di neurostimolatore con elettrodi integrati per la neurostimolazione centrale intracranica**
- 02.9A.2 **Revisione senza sostituzione di neurostimolatore con elettrodi integrati per la neurostimolazione centrale intracranica**
- 02.9A.3 **Rimozione di neurostimolatore con elettrodi integrati per la neurostimolazione centrale intracranica**  
Excl.: Omettere il codice - Impianto o sostituzione di neurostimolatore con elettrodi integrati per la neurostimolazione **centrale intracranica** (02.9A.1-)

### 3.3. 04.93.- «Rimozione di elettrodo(i) di neurostimolatore periferico»

Riguarda solo la versione francese, vedi Cirulaire 2020/n° 1

### 3.4. 44.95.3- Endoscopic Sleeve Gastroplasty

Riguarda le versioni linguistiche francese e italiana.

I titoli del gruppo di elementi 44.95.3- «Gastrectomia verticale parziale» devono essere corretti come segue:

**44.95.3** ~~Gastrectomia~~ **Gastroplastica** verticale ~~parziale~~

44.95.3 Excl.:

Sleeve resection (43.89.4-)

**44.95.31** ~~Gastrectomia~~ **Gastroplastica** verticale ~~parziale~~, per via endoscopica

Descrizione complementare:

Endoscopic Sleeve Gastroplasty (ESG)

### 3.5. 7A.63.- «Sostituto di corpo vertebrale»

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

La seguente nota nella sottocategoria 7A.63.- «Sostituto di corpo vertebrale» deve essere cancellata.

**7A.63** **Sostituto di corpo vertebrale**

~~Nota: La protesi di corpo vertebrale parziale sostituisce una superficie articolare.~~

### 3.6. 7A.65.- «Dispositivi intervertebrale d'artrodesi»

Riguarda solo la versione francese, vedi Circulaire 2020/n° 1.

### 3.7. 85.6 «Mastopexie»

Riguarda solo la versione francese, vedi Circulaire 2020/n° 1.

### 3.8. 85.E2 «Impianto di protesi mammaria, per ricostruzione secondaria»

Riguarda solo la versione francese, vedi Circulaire 2020/n° 1.

### 3.9. 85.H1 «Innesto a tutto spessore nella mammella», 85.H2 «Innesto frazionato nella mammella»

Riguarda le versioni linguistiche francese e italiana.

I titoli dei codici 85.H1 e 85.H2 devono essere corretti come segue:

**85.H1** **Innesto cutaneo autologo a tutto spessore nella mammella**

**85.H2** **Innesto cutaneo autologo frazionato nella mammella**

### 3.10. 89.19.1- e 89.19.2- Diagnostica video-EEG intensiva

Riguarda solo la versione tedesca, vedi Rundschreiben 2020/Nr. 1

### 3.11. 93.89.1- Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica

Riguarda le versioni linguistiche tedesca e francese, vedi Rundschreiben 2020/Nr. 1 e Circulaire 2020/n° 1

### 3.12. 94.3A.2- Trattamento integrato clinico-psicosomatico complesso

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il paragrafo 4 dei «Requisiti minimi punto 2» del gruppo di elementi 94.3A.2- «Trattamento integrato clinico-psicosomatico complesso, secondo il numero di giorni di trattamento» va modificato come di seguito indicato.

**94.3A.2** **Trattamento integrato clinico-psicosomatico complesso, secondo il numero di giorni di trattamento**

Nota:

Requisiti minimi punto 2, terapia:

1. Psicoterapia:

almeno 5 unità terapeutiche alla settimana di psicoterapia medica o psicologica in setting individuale e di gruppo. Un'unità terapeutica corrisponde ad almeno 25 min. di terapia individuale o almeno 50 min. di terapia di gruppo.

2. Diagnostica e terapia psicosomatiche:

visita almeno settimanale da parte di medico somatico (medicina interna generale) inserito nel team di trattamento

3. Cure infermieristiche:

accompagnamento da parte di infermieri diplomati nell'ambito di un sistema di cure con persona di riferimento

4. Terapie speciali:

impiego di tecniche terapeutiche speciali e complementari ~~nei delle settori~~ in uno o più dei seguenti settori ~~da parte di specialisti specificamente formati~~: terapie corporali e del movimento incluse fisioterapia, arteterapia, ergoterapia, offerte educative e di consulenza, ~~da parte di specialisti specificamente formati~~. Almeno 180 min. alla settimana.

### 3.13. 94.A1.- HoNOS e 94.A2.- HoNOSCA

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Le versioni dei documenti di riferimento per le sottocategorie 94.A1.- «HoNOS» e 94.A2.- «HoNOSCA» sono state aggiornate come di seguito indicato:

#### 94.A1 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)

Nota:

Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento:

Criteri per il rilevamento del HoNOS per la struttura tariffaria TARPSY : Scala, glossario e convenzioni generali di valutazione. Versione ~~1.1 / 02.11.2016~~ 1.2 / 29.11.2019. Link: <https://www.swissdrg.org/it/psichiatria/rilevazione-dei-dati/statistica-medica>

Per i pazienti psicogeriatrici, il rilevamento del HoNOS si fonda sul «Criteri per il rilevamento del HoNOS 65+ per la struttura tariffaria TARPSY: Scala, glossario e convenzioni generali di valutazione, Versione ~~30.11.2018~~ 1.2 / 29.11.2019. Link: <https://www.swissdrg.org/it/psichiatria/rilevazione-dei-dati/statistica-medica>

#### 94.A2 HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)

Nota:

Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento:

Criteri per il rilevamento del HoNOSCA per la struttura tariffaria TARPSY : Scala, glossario e convenzioni generali di valutazione. Versione ~~1.1 / 02.11.2016~~ 1.2 / 29.11.2019. Link: <https://www.swissdrg.org/it/psichiatria/rilevazione-dei-dati/statistica-medica>

### 3.14. 99.B3.- Trattamento complesso per epilessia refrattaria

Riguarda la versione francese. Vedi Circulaire 2020/n° 1.

### 3.15. 99.B7.- Terapia intensiva complessa

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Per le seguenti terapie intensive complesse, la versione del documento di riferimento è stata adeguata ed è ora indicato il link al corrispondente documento.

#### 99.B7.1 Terapia intensiva complessa (procedura di base) nell'adulto, secondo il numero di punti risorse

Nota:

Requisiti minimi:

- sorveglianza continua 24 ore su 24 e trattamento da parte di un team medico e infermieristico in un'unità di cure intensive (UCI) riconosciuta dalla Società svizzera di medicina intensiva (SSMI) e diretta da uno specialista in medicina intensiva,

- il numero di punti risorse deriva dal calcolo di SAPS II + somma di NEMS. Il SAPS II viene determinato una volta nelle prime 24 ore di degenza nell'UCI. Il NEMS viene determinato una volta per turno infermieristico. Per i turni di 8 ore, il NEMS viene semplicemente sommato, per i turni di 12 ore invece il punteggio ottenuto viene moltiplicato per 1,5.

~~Per~~ Le definizioni dettagliate di SAPS II (simplified acute physiology score) e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) ~~rimandiamo alla Raccolta dei dati minimi della SSMI (MDSi), figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi, V. 28d\_2018 (22.02.19)» (disponibile anche in francese) scaricabile al seguente link: [www.sgi-ssmi.ch/it/](http://www.sgi-ssmi.ch/it/) -> Settori -> Gestione della qualità -> Registro dei dati.~~

- Procedure intensive speciali, come trasfusione di plasma e di componenti del plasma, plasmaferesi e immunoassorbimento, misure di rianimazione ecc. vanno codificate separatamente. Questo codice è riservato ai pazienti dai 16 anni compiuti.

### 99.B7.2 Terapia intensiva complessa in età infantile (procedura di base), secondo il numero di punti risorse

Nota:

Requisiti minimi:

- sorveglianza continua 24 ore su 24 e trattamento da parte di un team medico e infermieristico in un'unità di cure intensive (UCI) riconosciuta dalla Società svizzera di medicina intensiva (SSMI) e diretta da uno specialista in medicina intensiva,

- il punteggio del fabbisogno di risorse (punti risorse) deriva dal calcolo di PIM 2 (valore assoluto) + somma di NEMS. Il PIM 2 viene determinato una volta nelle prime 24 ore di degenza nell'UCI. Il NEMS viene determinato una volta per turno infermieristico. Per i turni di 8 ore, il NEMS viene semplicemente sommato, per i turni di 12 ore invece il punteggio ottenuto viene moltiplicato per 1,5.

~~Per~~ Le definizioni dettagliate di PIM 2 (Pediatric Index of Mortality 2) e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) ~~rimandiamo alla Raccolta dei dati minimi della SSMI (MDSi), figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi, V. 28d\_2018, (22.02.19)» (disponibile anche in francese) scaricabile al seguente link: [www.sgi-ssmi.ch/it/](http://www.sgi-ssmi.ch/it/) -> Settori -> Gestione della qualità -> Registro dei dati.~~

- Procedure intensive speciali, come trasfusione di plasma e di costituenti del plasma, plasmaferesi e immunoassorbimento, misure di rianimazione, ecc. vanno codificate separatamente. Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno più di 28 giorni di vita, ma che non hanno ancora compiuto 16 anni. In caso di nati pretermine, per il conteggio dei giorni va utilizzata l'età corretta definita dal medico curante.

### 99.B7.3 Terapia intensiva complessa in età neonatale (procedura di base), secondo i punti risorse

Nota:

Requisiti minimi:

- Sorveglianza continua 24 ore su 24 e trattamento da parte di un team composto da medici neonatologi e infermieri specializzati in neonatologia in un'unità di cure intensive neonatologiche di livello III riconosciuta dalla Società svizzera di neonatologia (SGN) e/o in un'unità di cure intensive (UCI) riconosciuta dalla Società svizzera di medicina intensiva (SSMI) e diretta da uno specialista in pediatria con specializzazione in neonatologia o da uno specialista in medicina intensiva

- Il punteggio del fabbisogno di risorse (punti risorse) deriva dal calcolo di PIM 2 o CRIB 2 + ~~sommadi~~ ~~somma~~ NEMS. Il PIM 2/CRIB 2 (facoltativo, dipende dalla soddisfazione dei criteri maturazione/peso) viene determinato una volta nelle prime 24 ore di degenza nell'UCI. Il NEMS viene determinato una volta per turno infermieristico. Per i turni di 8 ore, il NEMS viene semplicemente sommato, per i turni di 12 ore invece il punteggio ottenuto viene moltiplicato per 1,5.

~~Per~~ Le definizioni dettagliate di PIM 2 (Pediatric Index of Mortality 2), CRIB 2 e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) ~~rimandiamo alla Raccolta dei dati minimi della SSMI (MDSi), figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi, V. 28d\_2018, (22.02.19)» (disponibile anche in francese) scaricabile al seguente link: [www.sgi-ssmi.ch/it/](http://www.sgi-ssmi.ch/it/) -> Settori -> Gestione della qualità -> Registro dei dati.~~

- Procedure intensive speciali, come trasfusione di plasma e di costituenti del plasma, plasmaferesi e immunoassorbimento, misure di rianimazione, ecc. vanno codificate separatamente.

Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno al massimo 28 giorni di vita. In caso di nati pretermine, per il conteggio dei giorni va utilizzata l'età corretta definita dal medico curante.

### 3.16. 99.B8.1- e 99.B8.2- Trattamento complesso in unità di terapia intermedia (IMCU)

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

La versione dei documenti di riferimento e i relativi link sono stati adeguati come di seguito indicato.

#### 99.B8.1 Trattamento complesso dell'adulto in unità di terapia intermedia (IMCU), secondo il numero di punti risorse

Nota:

Sorveglianza multimodale e trattamento complesso in caso di minaccia o presenza di pericolo per le funzioni vitali o al fine di garantire maggiori risorse infermieristiche in unità di terapia intermedia (IMCU) riconosciuta.

Il documento ~~«Direttive svizzere per il riconoscimento di unità di terapia intermedia (5.12.2012)»~~ ~~«Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units (Mai 2013)»~~ (disponibile anche in francese) è scaricabile al seguente link: [http://www.sгим.ch/files/Fortbildung/IMC\\_Richtlinien\\_291112\\_D\\_09.pdf](http://www.sгим.ch/files/Fortbildung/IMC_Richtlinien_291112_D_09.pdf) e può essere consultato anche sui siti Internet delle altre società specializzate coinvolte. ~~può essere consultato sui siti Internet delle società specializzate coinvolte.~~

Requisiti minimi: sorveglianza continua 24 ore su 24 e trattamento da parte di un team medico e infermieristico in una IMCU riconosciuta dalla Commissione interdisciplinare per il riconoscimento delle unità di terapia intermedia (IMCU) e diretta da uno specialista di qualifica conforme a quanto specificato nelle Direttive svizzere per il riconoscimento di unità di terapia intermedia. Il punteggio del fabbisogno di risorse (punti risorse) deriva dal calcolo di SAPS II + somma di NEMS. Il SAPS II viene determinato una volta nelle prime 24 ore di degenza nell'IMCU. Il NEMS viene determinato una volta per turno infermieristico. Per i turni di 8 ore, il NEMS viene semplicemente sommato, per i turni di 12 ore invece il punteggio ottenuto viene moltiplicato per 1,5.

~~Per~~ Le definizioni dettagliate di SAPS II (simplified acute physiology score) e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) ~~rimandiamo al link seguente: [www.sгим.ch](http://www.sгим.ch) -> Qualità -> Raccolta dei dati minimi della SSMI (MDSi)~~ figurano nel documento ~~«Minimaler Datensatz der SGI MDSi, V. 28d\_2018, (22.02.19)»~~ (disponibile anche in francese) scaricabile al seguente link: [www.sгим.ch/it/>Settori->Gestione della qualità -> Registro dei dati](http://www.sгим.ch/it/>Settori->Gestione%20della%20qualità->Registro%20dei%20dati).

Procedure speciali, come trasfusione di plasma e di costituenti del plasma, plasmaferesi e immunoassorbimento, misure di rianimazione, ecc. e ulteriori trattamenti complessi vanno codificati separatamente. Per la durata della degenza nell'IMCU non è tuttavia possibile codificare allo stesso tempo una terapia intensiva complessa.

Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno compiuto 16 anni.

Questo codice non si applica ai trattamenti in pronto soccorso o in sala risveglio (Unità di cura ~~postanestesiologica~~ ~~post-anestesia~~).

#### 99.B8.2 Trattamento complesso in età infantile in unità di terapia intermedia (IMCU), secondo il numero di punti risorse

Nota:

Sorveglianza multimodale e trattamento complesso in caso di minaccia o presenza di pericolo per le funzioni vitali o al fine di garantire maggiori risorse infermieristiche in unità di terapia intermedia (IMCU) riconosciuta.

Il documento ~~«Direttive svizzere per il riconoscimento di unità di terapia intermedia (5.12.2012)»~~ ~~«Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units (Mai 2013)»~~ (disponibile anche in francese) è scaricabile al seguente link: [http://www.sгим.ch/files/Fortbildung/IMC\\_Richtlinien\\_291112\\_D\\_09.pdf](http://www.sгим.ch/files/Fortbildung/IMC_Richtlinien_291112_D_09.pdf). e può essere consultato anche sui siti Internet delle altre società specializzate coinvolte. ~~può essere consultato sui siti Internet delle società specializzate coinvolte.~~

Requisiti minimi: sorveglianza continua 24 ore su 24 e trattamento da parte di un team medico e infermieristico in una IMCU riconosciuta dalla Commissione interdisciplinare per il riconoscimento delle unità di terapia intermedia (IMCU) e diretta da uno specialista di qualifica conforme a quanto specificato nelle Direttive svizzere per il riconoscimento di unità di terapia intermedia.

Il punteggio del fabbisogno di risorse (punti risorse) deriva dal calcolo della probabilità di decesso come da PIM 2 + somma di NEMS. Il PIM 2 viene determinato una volta nelle prime 24 ore di degenza nell'IMCU. Il NEMS viene determinato una volta per turno infermieristico. Per i turni di 8 ore, il NEMS

viene semplicemente sommato, per i turni di 12 ore invece il punteggio ottenuto viene moltiplicato per 1,5.

~~Per~~Le definizioni dettagliate di PIM 2 (pediatric index of mortality) e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) ~~rimandiamo al link seguente: [www.sgi-ssmi.ch](http://www.sgi-ssmi.ch) -> Qualità -> Raccolta dei dati minimi della SSMI (MDSi)~~ figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi, V. 28d\_2018, (22.02.19)» (disponibile anche in francese) scaricabile al seguente link: [www.sgi-ssmi.ch/it/](http://www.sgi-ssmi.ch/it/) -> Settori -> Gestione della qualità -> Registro dei dati.

Procedure speciali, come trasfusione di plasma e di costituenti del plasma, plasmaferesi e immunoassorbimento, misure di rianimazione, ecc. e ulteriori trattamenti complessi vanno codificati separatamente. Per la durata della degenza nell'IMCU non è tuttavia possibile codificare allo stesso tempo una terapia intensiva complessa.

Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno più di 28 giorni di vita, ma che non hanno ancora compiuto 16 anni. In caso di nati pretermine, per il conteggio dei giorni va utilizzata l'età corretta definita dal medico curante.

Questo codice non si applica ai trattamenti in pronto soccorso o in sala risveglio (Unità di cura ~~postanestesiologica~~ post-anestesia).

### 3.17. 99.B8.3- Trattamento complesso in età neonatale in unità di terapia intermedia (IMCU)

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Nei requisiti minimi relativi al gruppo di elementi 99.B8.3- è stata aggiunta l'unità di terapia intermedia neonatale di livello IIB. Inoltre sono stati adeguati la versione dei documenti di riferimento e i relativi link.

#### 99.B8.3 Trattamento complesso in età neonatale in unità di terapia intermedia (IMCU), secondo i punti risorse

Nota:

Sorveglianza multimodale e trattamento complesso in caso di minaccia o presenza di pericolo per le funzioni vitali o al fine di garantire maggiori risorse infermieristiche in unità di terapia intermedia neonatale di livello IIB riconosciuta dalla Società svizzera di neonatologia (SSN) e/o in unità di terapia intermedia (IMCU) riconosciuta.

Il Documento della Società Svizzera di Neonatologia «Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland. Revised Version 14.3.2019» è scaricabile al seguente link:

<https://www.neonet.ch/unit-accreditation/unit-accreditation-canu>.

Il documento ~~«Direttive svizzere per il riconoscimento di unità di terapia intermedia (5.12.2012)» può essere consultato sui siti Internet delle associazioni professionali coinvolte.~~ «Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care (Mai 2013)» (disponibile anche in francese) è scaricabile al seguente link: [http://www.sгим.ch/files/Fortbildung/IMC\\_Richtlinien\\_291112\\_D\\_09.pdf](http://www.sгим.ch/files/Fortbildung/IMC_Richtlinien_291112_D_09.pdf). e può essere consultato anche sui siti Internet delle altre società specializzate coinvolte.

Requisiti minimi: Sorveglianza continua 24 ore su 24 e trattamento da parte di un team medico e infermieristico in una IMCU riconosciuta dalla Commissione interdisciplinare per il riconoscimento delle unità di terapia intermedia (IMCU) e diretta da uno specialista in medicina intensiva o in pediatria con specializzazione in neonatologia. - Il punteggio del fabbisogno di risorse (punti risorse) deriva dal calcolo della probabilità di decesso come da PIM 2 o CRIB 2 + somma di NEMS. Il PIM 2 o CRIB 2 (facoltativo, dipende dalla soddisfazione dei criteri maturazione/peso) viene determinato una volta nelle prime 24 ore di degenza nell'IMCU. Il NEMS viene determinato una volta per turno infermieristico. Per i turni di 8 ore, il NEMS viene semplicemente sommato, per i turni di 12 ore invece il punteggio ottenuto viene moltiplicato per 1,5.

~~Per~~Le definizioni dettagliate di PIM 2 (pediatric index of mortality 2), CRIB 2 e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) ~~rimandiamo al seguente link: [www.sgi-ssmi.ch](http://www.sgi-ssmi.ch) -> Qualità -> Raccolta dei dati minimi della SSMI (MDSi)~~ figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi, V. 28d\_2018, (22.02.19)» (disponibile anche in francese) scaricabile al seguente link: [www.sgi-ssmi.ch/it/](http://www.sgi-ssmi.ch/it/) -> Settori -> Gestione della qualità -> Registro dei dati.

Procedure intensive speciali, come trasfusione di plasma e di costituenti del plasma, plasmaferesi e immunoassorbimento, misure di rianimazione, ipotermia sistemica, ecc. e ulteriori trattamenti complessi vanno codificati separatamente. Per la durata della degenza nell'IMCU non è tuttavia possibile codificare allo stesso tempo una terapia intensiva complessa.

Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno al massimo 28 giorni di vita. In caso di nati pretermine, per il conteggio dei giorni va utilizzata l'età corretta definita dal medico curante.

Questo codice non si applica ai trattamenti in pronto soccorso o in sala risveglio.

### **3.18. Appendice 99.C1.- Trattamento infermieristico complesso**

Riguarda solo la versione tedesca, vedi Rundschreiben 2020/Nr. 1

## 4. Informazioni supplementari sulla ICD-10-GM 2018

### 4.1. Soppressione di codici supplementari nell'indice alfabetico

Riguarda solo le versioni francese e italiana dell'indice alfabetico.

Nel processo di redazione dell'indice alfabetico, i riferimenti vengono riconosciuti automaticamente. In caso di effettive correlazioni daga-asterisco ciò è corretto. Per alcuni codici sono tuttavia indicati tra le inclusioni testi esplicativi con riferimenti. Purtroppo si è tenuto conto di tali riferimenti anche in sede di redazione dell'indice alfabetico nel quale figurano come codici supplementari. Tali codici supplementari vanno quindi stralciati dall'indice alfabetico.

Esempio del codice T85.2, tra le cui inclusioni figura il codice T82.0:

Indice sistematico (Print)

#### **T85.2 Complicanza meccanica di lente intraoculare**

Complicanze elencate in T82.0 da cristallino intraoculare, incluso offuscamento

#### **T82.0 Complicanza meccanica di protesi valvolare cardiaca**

Dislocazione

Malposizione

Ostruzione, meccanica

Perdita

Perforazione

Protrusione

Rottura (meccanica)

da protesi valvolare cardiaca

Indice alfabetico (CSV)

Entrata dell'indice	Codice	Termine permutato
Complicanza	T85.2	Complicanza meccanica di lente intraoculare -
Complicanza	T85.2, <del>T82.0</del>	Complicanze elencate in da cristallino intraoculare, incluso offuscamento -
Cristallino	T85.2, <del>T82.0</del>	Cristallino intraoculare, incluso offuscamento - Complicanze elencate in da
Intraoculare	T85.2	Intraoculare - Complicanza meccanica di lente
Intraoculare	T85.2, <del>T82.0</del>	Intraoculare, incluso offuscamento - Complicanze elencate in da cristallino
Lento	T85.2	Lente intraoculare - Complicanza meccanica di
Offuscamento	T85.2, <del>T82.0</del>	Offuscamento - Complicanze elencate in da cristallino intraoculare, incluso

### 4.2. Arricchimenti relativi all'encefalopatia di Wernicke

Riguarda solo le versioni francese e italiana.

L'indice alfabetico va modificato per il codice E51.2 «Encefalopatia di Wernicke» come di seguito riportato:

File CSV:

Entrata dell'indice	Codice, resp. codici daga - asterisco, tra virgolette	Termine permutato oppure vedasi o vedasi anche.
Encefalopatia	E51.2†, G32.8*	Encefalopatia di Wernicke -
Wernicke	E51.2†, G32.8*	Wernicke - Encefalopatia di

Sono stati inoltre inseriti i seguenti termini:

	E51.2†, G32.8*	Polioencefalite emorragica superiore
	E51.2†, G32.8*	Polioencefalomielite in Beriberi
	E51.2	Pseudoencefalite emorragica superiore

#### 4.3. N08.5\* Disturbi glomerulari in malattie sistemiche del tessuto connettivo

Riguarda la versione francese. Vedi Cirulaire 2020/ n° 1.

#### 4.4. U07.0! Disturbi della salute connessi all'uso di sigarette elettroniche

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il susseguirsi di rapporti inerenti a casi di malattie gravi e decessi connessi al consumo di sigarette elettroniche ha spinto l'OMS ad attribuire il codice U07.0 come segue:

##### **U07.0! Disturbi della salute connessi all'uso di sigarette elettroniche [vaporizzatori]**

Disturbi della salute provocati dall'inalazione di soluzioni nebulizzate (aerosol), che possono contenere aromi alimentari, nicotina nonché altre sostanze e additivi dissolti solitamente in glicole propilenico e/o glicerolo, tramite sistemi elettronici di somministrazione con o senza nicotina (ENDS o ENNDS). Sono considerate improbabili o escluse infezioni quale causa dei disturbi. Reperti rilevanti evidenziano la presenza di infiltrato polmonare, come ad es. addensamenti visibili su una radiografia dei polmoni o opacità individuate su una tomografia assiale computerizzata del torace.

## 5. Allegato

### 5.1. Informazioni e precisazioni (ex FAQ)

La presente circolare contiene **tutte** le «Informazioni e precisazioni» valesse dal 1° gennaio 2020.

#### Descrizione della numerazione

Le «Informazioni e precisazioni» sono elencate in base a numerazione crescente. Le informazioni più recenti o più aggiornate hanno il numero più basso.

Es.: 0999 (numero) 1.1.2012 (valevole dal)  
0998 1.1.2012  
...  
0852 01.07.2017 ecc.

#### **0819 01.01.2020 7A.A2 Growing rod – codice supplementare - segmenti dell'intervento specifico**

Il codice 7A.A2 «Impianto di sistemi allungabili o espansibili, colonna vertebrale» è un codice supplementare e non può quindi essere utilizzato da solo. L'intervento in questione è una stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale. Ai fini del conteggio dei segmenti trattati vanno presi in considerazione solo quelli a cui viene fissato il sistema. Il codice 7A.72.12 «Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale, approccio dorsale e dorsolaterale, 2 segmenti» classifica l'intervento.

#### **0820 01.01.2020 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».

#### **0821 01.01.2020 Conteggio degli stents**

Per quanto riguarda la categoria 39.B- «Impianto (percutaneo) transluminale di stents in vasi sanguigni», ogni stent impiantato va codificato singolarmente. Se vengono ad es. impiantati tre stents senza liberazione di sostanza medicamentosa in arterie della coscia e due in arterie della gamba, va indicato tre volte il codice 39.B1.G1 e due volte il codice 39.B1.H1. Al termine della degenza, viene calcolata la somma complessiva degli stents impiantati da registrare con un codice della sottocategoria 39.C1.- «Numero di stents impiantati». Nell'esempio in questione va indicato il codice 39.C1.15 «5 stents impiantati».

#### **0822 01.01.2020 Prelievo di cellule staminali da cordone ombelicale al momento del parto**

Il prelievo di cellule staminali da cordone ombelicale, se eseguito, va codificato in riferimento al neonato, utilizzando un codice del gruppo di elementi 41.0A.3- «Prelievo di cellule staminali ematopoietiche dal sangue del cordone ombelicale».

#### **0823 01.01.2020 Abuso di alcol o dipendenza da alcol: come si codifica un abuso di alcol documentato?**

L'espressione abuso di alcol non ha lo stesso significato di dipendenza da alcol.

Per 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».

#### **0824 01.01.2020 Taglio cesareo primario e secondario**

Non si tratta di una nuova definizione, ma di una precisazione della definizione di taglio cesareo secondario già esistente:

Un taglio cesareo secondario (incluso il taglio cesareo d'emergenza) è definito come una procedura necessaria, per indicazione materna o fetale (ad es. sindrome HELLP, arresto del parto, distress fetale), a causa di una situazione d'emergenza o del decorso del parto, anche se era pianificato un taglio cesareo primario.

Un taglio cesareo secondario si ha dunque quando la procedura si rende necessaria a causa di uno stato di pericolo per la partorienta o per il nascituro.

**0825 01.01.2020 Codice supplementare 00.9C.- «Interventi in un solo tempo operatorio su mani o piedi»**

La seguente tabella precisa l'utilizzo del codice e del codice supplementare per gli interventi multipli in un solo tempo operatorio sulla base dell'esempio della mano.

<b>Interventi multipli in un solo tempo operatorio su mani - Esempi</b>						
		<b>Intervento</b>		<b>00.9C.1 Interventi multipli in un solo tempo operatorio su raggi metacarpali e digitali</b>		
<b>Caso</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Codice intervento</b>	<b>Lateralità</b>	<b>Codice supplementare</b>	<b>Titolo</b>	<b>Lateralità</b>
<b>Caso 1</b>	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
<b>Caso 2</b>	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
	Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra			
<b>Caso 3</b>	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
	Intervento di tipo B al metacarpo, secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra			
<b>Caso 4</b>	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
	Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
<b>Caso 5</b>	Intervento di tipo A alle dita del secondo, terzo e quarto raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	00.9C.12	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 3 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
<b>Caso 6</b>	Intervento di tipo A alle dita del secondo, terzo e quarto raggio della mano sinistra, nonché alle dita del quarto e quinto raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo A	Bilaterale	00.9C.12	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 3 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
				00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale destra
<b>Caso 7</b>	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
	Intervento di tipo B all'osso metacarpale del terzo raggio della mano sinistra Intervento di tipo C alle	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra	Nessun codice		

	dita del terzo e quarto raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo C	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpi e digitali	Monolaterale sinistra
<b>Caso 8</b>	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpi e digitali	Monolaterale sinistra
	Intervento di tipo B alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpi e digitali	Monolaterale destra
<b>Caso 9</b>	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpi e digitali	Monolaterale sinistra
	Intervento di tipo B al dito del secondo raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra	Nessun codice		

#### 0826 01.01.2020 Sistemi di pompe a pressione negativa monouso

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

#### 0827 01.01.2020 Informazioni e precisazioni sulle cure palliative

Le precisazioni seguenti riguardano i gruppi di elementi 93.8A.2- «Trattamento medico palliativo complesso, secondo il numero di giorni di trattamento» e 93.8B.- «Cure palliative specializzate». Sono state elaborate in stretta collaborazione tra il gruppo di lavoro «Tariffe delle cure palliative» (GL tariffe) di palliative.ch ed i rappresentanti degli assicuratori tarifsuisse SA e curafutura. Per maggiori informazioni sulla medicina palliativa si invita a consultare il sito Internet dell'Associazione Svizzera per la medicina, la cura e l'accompagnamento palliativi, [www.palliative.ch](http://www.palliative.ch).

#### 0827/1: valutazione di base medico palliativa

93.8A.2-: Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:

Esecuzione di una valutazione medico palliativa di base standardizzata.

93.8B.-: Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:

a) Esecuzione di una valutazione di base medico palliativa standardizzata, compresa la definizione della complessità e dell'instabilità.

[...]

#### La valutazione SENS è anch'essa un esame di base medico palliativa standardizzata?

La valutazione SENS copre i seguenti ambiti delle cure palliative: gestione dei sintomi, presa di decisione/preparazione alla end of life, organizzazione del networking, supporto ai congiunti. SENS integra tutti gli ambiti tematici dei correnti obiettivi, definizioni e modelli. Pertanto anche una valutazione SENS documentata va riconosciuta come valutazione di base medico palliativa standardizzata per i codici 93.8A.2- e 93.8B.-.

#### Un singolo strumento di valutazione può valere come valutazione di base medico palliativa standardizzata?

L'applicazione di un solo strumento di valutazione (ad es. ESAS) per rilevare la dimensione corporale non va riconosciuto come valutazione di base medico palliativa standardizzata completa. In una valutazione di base medico palliativa standardizzata devono essere integrate le dimensioni biologica, psicologica, sociale e spirituale.

#### 0827/2: settori terapeutici

93.8A.2-: Requisiti minimi punto 3, team di trattamento e terapia:

[...] c) Il personale medico, infermieristico ed almeno due dei settori terapeutici sopramenzionati intervengono per almeno 6 ore settimanali (7 giorni di calendario). Le loro prestazioni comprendono anche colloqui documentati con il paziente, i famigliari ed incontri combinati con paziente e famigliari, che possono

essere condotti da tutti i gruppi professionali elencati. Le prestazioni avvengono in combinazioni diverse, adattate alla situazione ed al contesto del paziente.

### **93.8B.2-: Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie, secondo il numero di giorni di trattamento**

Requisiti minimi punto 3, terapia:

[...] b) Il personale medico, infermieristico ed almeno due dei settori terapeutici elencati nel punto 4b, intervengono per almeno 6 ore settimanali (7 giorni di calendario). Le loro prestazioni comprendono anche colloqui documentati con il paziente, i familiari ed incontri combinati con paziente e familiari, che possono essere condotti da tutti i gruppi professionali elencati. Le prestazioni avvengono in combinazioni diverse, adattate alla situazione ed al contesto del paziente. [...]

### **Quali sono i settori terapeutici e che cosa rientra nel conteggio delle sei ore?**

1. L'elenco dei settori terapeutici (assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza/terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia) è esaustivo sia per 93.8A.2- sia per 93.8B.-.
2. Le riunioni del team interprofessionale conformemente a 0827/3 ed i tempi di percorrenza non sono conteggiati nelle sei ore.
3. I colloqui documentati con pazienti, congiunti e famiglia possono essere condotti da tutti i gruppi professionali elencati (medico, personale di cura, lavoro/pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza/terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia). Tra essi rientrano anche le informazioni al paziente e ai suoi congiunti in ambito terapeutico.
4. I compiti di coordinamento specifici e documentati in stretta relazione con il processo terapeutico e consultivo nonché i colloqui con pazienti, congiunti e famiglia rientrano nelle sei ore.
5. Non c'è un termine definito per la durata terapeutica minima di un'unità terapeutica.
6. Il presupposto fondamentale per la codifica è la documentazione dei colloqui e delle terapie. Il tipo di terapia, la sua durata e la data dello svolgimento devono essere verbalizzate in modo comprensibile da tutti i gruppi professionali coinvolti.

### **0827/3: riunione del team**

93.8A.2-: Requisiti minimi punto 4, pianificazione e controllo della terapia:

[...]

b) Riunione settimanale del team interprofessionale con documentazione dei risultati ottenuti e degli ulteriori obiettivi terapeutici.

93.8B.2-: Requisiti minimi punto 5, pianificazione e controllo della terapia:

[...]

b) Riunione settimanale del team interprofessionale con documentazione dei risultati finora ottenuti e degli ulteriori obiettivi terapeutici.

### **Cosa si intende per riunione settimanale del team interprofessionale?**

La riunione settimanale del team interprofessionale in caso di trattamento medico palliativo complesso e cure palliative specializzate è da intendersi nel modo seguente: «**settimanale**» si riferisce alla struttura e non al paziente, il che significa che all'interno dell'esercizio il team interprofessionale si riunisce almeno una volta alla settimana.

Esempio:

Il paziente è degente in ospedale per 10 giorni (da lunedì della prima settimana a mercoledì della seconda). Mercoledì della seconda settimana il paziente lascia l'ospedale o decede. Le riunioni del team si tengono sempre il giovedì. Il requisito minimo riferito alla struttura è soddisfatto anche per la seconda settimana.

Per «**interprofessionale**» si intende che alla riunione del team partecipano come minimo il medico, il gruppo di assistenza alle cure e un altro gruppo professionale.

### **~~0828-01.07.2019-31.12.2019~~ Codice supplementare 84.A1.- «Interventi in un solo tempo operatorio su mani o piedi»**

Dato che i codici per gli «Interventi in un solo tempo operatorio su mani o piedi» sono stati spostati, questa precisazione è sostituita dalla n. 0825.

~~0829 — 01.07.2019-31.12.2019 — Sbrigliamento senza asportazione (86.2B.-) in narcosi~~

Questa precisazione non è più necessaria, dato che sono stati creati nuovi codici per lo «Sbrigliamento senza asportazione in narcosi»:

86.2B.3- «Sbrigliamento di ferita, infezione o ustione, senza asportazione, in anestesia locale per infiltrazione, regionale o generale, piccolo.

86.2B.4- «Sbrigliamento di ferita, infezione o ustione, senza asportazione, in anestesia locale per infiltrazione, regionale o generale, ampio»

**0830 01.07.2019 Sostituto cartilagineo metallico - Miniprotesi**

Una miniprotesi per il trattamento di **difetti cartilaginei** al ginocchio non va classificata con un codice della sottocategoria 81.54.- «Impianto di protesi del ginocchio», ma con:

81.47.26 Impianto di sostituto cartilagineo metallico personalizzato nel ginocchio

o

81.47.2A Impianto di sostituto cartilagineo metallico non personalizzato nel ginocchio

**0831 01.07.2019 Diatesi emorragica da anticoagulanti**

Un paziente sotto anticoagulanti con coagulazione nella norma senza emorragia va codificato con Z92.1 «Uso prolungato (in atto) di anticoagulanti nell'anamnesi personale».

Un paziente sotto anticoagulanti con ipocoagulazione (rischio accresciuto di emorragia) va codificato con il corrispondente codice D68.3- se ne risulta un impiego di risorse mediche > 0.

Solo in situazioni particolari, unitamente ai codici della sottocategoria D68.3-, può essere codificata una causa esterna, come ad es. X49.9! «Avvelenamento accidentale», X84.9! «Autolesionismo intenzionale», Y69! «Infortunio non specificato in corso di assistenza chirurgica e medica» o Y09.9! «Aggressione».

~~0832 — 01.07.2019-31.12.2019 Abuso di alcol o dipendenza da alcol: come si codifica un abuso di alcol documentato?~~

Dal 1° gennaio 2020 questa precisazione è sostituita dalla n. 0823.

**0833 01.07.2019 Profilassi dei sintomi da astinenza: può essere indicato il codice F10.3 in caso di somministrazione profilattica di Valium a un alcolista?**

Per poter utilizzare il codice F10.3 «Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, sindrome da astinenza», il quadro clinico del paziente dovrebbe includere gli episodi di astinenza secondo tale codice. Il quadro dell'astinenza deve essere documentato in modo esplicito.

**0834 01.07.2019 Intossicazione da litio**

Come va classificata un'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 maniaco-depressive. 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» e **non** il codice T43.2 «Avvelenamento da farmaci psicotropi NCA, altri e non specificati antidepressivi».

**0835 01.07.2019 Rilevazione della durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria**

La durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria va rilevata con il corrispondente codice specifico del sistema.

Durata del trattamento con:

- A: un contropulsatore aortico → 37.69.1-
- B: un sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso)
  - endovasale (intracardiaco incluso) → 37.69.2-
  - extracorporeo, monoventricolare → 37.69.4-
  - extracorporeo, biventricolare → 37.69.5-

- intracorporeo, monoventricolare e biventricolare → 37.69.6-
- C: sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, con pompa, con rimozione di CO<sub>2</sub>, extracorporeo, veno-venoso → 37.69.7-
- D: un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, con pompa, con ossigenatore (rimozione di CO<sub>2</sub> inclusa),
  - extracorporeo, veno-venoso → 37.69.8-
  - extracorporeo, veno-arterioso o veno-venoarterioso → 37.69.A-

Per le procedure di cui al punto D (procedure ECMO) va inoltre osservato quanto segue.

Qualora durante una degenza la stessa procedura ECMO sia effettuata più volte:

- se la pausa tra le procedure è > 24 ore e avviene una sostituzione di cannule, le durate di trattamento possono essere classificate singolarmente;
- se la pausa tra le procedure è > 24 ore e non avviene una sostituzione di cannule, le durate di trattamento vanno sommate;
- se la pausa tra le procedure è < 24 ore, le durate di trattamento vanno sommate.

(Osservazione sulla sostituzione di cannule: la sostituzione di cannule va rilevata con il codice 37.6E.11 «Sostituzione di cannula di sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria».)

Qualora durante la degenza siano effettuate diverse procedure ECMO (D):

- Per l'intera durata del trattamento va indicato un solo codice. Va scelto il gruppo di elementi della procedura di maggior durata. I tempi di trattamento delle varie procedure del tipo «sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, con pompa, con funzione di scambio gassoso» vengono sommati. All'interno del gruppo di elementi della procedura di maggior durata va scelto il codice in funzione della durata complessiva.
- L'impianto, la rimozione del sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, la sostituzione della cannula, la sostituzione di componenti riguardano specificamente i singoli casi.

- E: un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, senza pompa,
  - con rimozione di CO<sub>2</sub> → 37.69.B-

Per le procedure di cui ai punti A, B, C ed E, in caso di interruzione, le durate della stessa procedura vanno sommate. Ciascuna procedura deve essere classificata separatamente.

#### **0836 01.01.2019 Durata del trattamento 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 dei seguenti gruppi di elementi:

37.69.2- «Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso)»

37.69.4- «Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo, monoventricolare»

37.69.5- «Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo, biventricolare»

37.69.6- «Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, intracorporeo, monoventricolare e biventricolare»

#### **0837 01.01.2019 Ossigenazione per palloncino dei neonati**

L'ossigenazione per palloncino dei neonati con disturbi dell'adattamento non viene codificata. Non viene classificato nessun codice da 93.9F.1- «Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria di neonati e lattanti».

#### **0838 01.01.2019 Cuffia dei rotatori**

Appartengono alla cuffia dei rotatori i tendini dei seguenti muscoli:

- Muscolo sottospinato
- Muscolo sovraspinato
- Muscolo sottoscapolare
- Muscolo piccolo rotondo

Solo la ricostruzione plastica di questi tendini può essere codificata come ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori. Tale precisazione riguarda i codici 81.82.35 «Ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori, per via artro-

scopica» e 81.82.45 «Ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori, chirurgica a cielo aperto». Entrambi contengono la nota «La ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori può essere codificata solo se vengono ricostruiti 2 o più tendini».

**~~0839 — 01.01.2019-31.12.2019 Rilevazione dei punti risorse del Trattamento infermieristico complesso~~**

Questa precisazione viene soppressa senza essere sostituita.

**0840 01.01.2019 Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento 93.89.9-**

La seguente precisazione riguarda il gruppo di elementi 93.89.9- «Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento».

**Come viene definito il rapporto di lavoro della direzione medica da parte di un titolare di una formazione specialistica in geriatria (FMH)?**

Il titolare di una formazione specialistica in geriatria (FMH) deve essere attivo in prevalenza nell'unità geriatrica che fornisce la prestazione. Ciò significa che non può essere contemporaneamente preposto alla direzione medica in un altro ospedale o in ubicazioni nelle immediate vicinanze una dall'altra.

**0841 01.01.2019 Trasformazione di sesso**

I «Codificare anche» menzionati nella categoria a 3 cifre 64.5- «Interventi per trasformazione di sesso» non sono esaustivi. Per ogni intervento connesso a una trasformazione di sesso vanno utilizzati i codici della categoria 64.5-.

**0844 01.07.2018 93.57.13 / 93.57.14 Durata terapia VAC**

I giorni di trattamento relativi a trattamenti VAC effettuati in contemporanea in sedi diverse non vengono sommati, ma la somma viene fatta per ogni sede.

**0845 01.01.2018 Matrice di collagene per trapianto autologo di condrociti o come impianto acellulare**

Quando una matrice "nativa" di collagene (cioè senza condrociti autologhi coltivati) viene introdotta in una perforazione ossea subcondrale di un'articolazione, un codice della categoria «Perforazione subcondrale dell'articolazione ... con inserzione di impianto acellulare, per via artroscopica» oppure «Perforazione subcondrale dell'articolazione con inserzione di impianto acellulare, chirurgica a cielo aperto», a seconda della via di accesso, dovrebbe essere utilizzato.

I codici delle categorie 81.9A.3- «Trapianto autologo su articolazioni di condrociti prodotti da una matrice, per via artroscopica» rispettivamente. 81.9A.4- «Trapianto autologo su articolazioni di condrociti prodotti da una matrice, chirurgico a cielo aperto» non devono essere codificati in questo caso.

Ad esempio, per l'articolazione del ginocchio, ciò significa che quando una matrice "nativa" di collagene vi è introdotta in una perforazione ossea subcondrale, il codice 81.47.25 «Perforazione subcondrale del ginocchio con inserzione di impianto acellulare, per via artroscopica» oppure 81.47.28 «Perforazione subcondrale dell'articolazione del ginocchio con inserzione di impianto acellulare, chirurgica a cielo aperto» deve essere utilizzato. I codici 81.9A.3C «Trapianto autologo su articolazioni di condrociti prodotti da una matrice, articolazione del ginocchio, per via artroscopica» rispettivamente .4C «Trapianto autologo su articolazioni di condrociti prodotti da una matrice, articolazione del ginocchio, chirurgico a cielo aperto», in questo caso, non devono essere usati.

**0846 01.01.2018 Registrazione di un CIRS con punteggio totale pari a 0**

Se rilevando il «Cumulative Illness Rating Scale» (CIRS) il punteggio totale è pari a 0, deve essere utilizzato il codice AA.21.11 «CIRS, 1-4 punteggio totale».

**0848 01.01.2018 Codifica delle valutazioni nella riabilitazione**

Se per un caso di riabilitazione vengono registrati codici della categoria AA.-«Strumenti di misurazione per la riabilitazione», devono essere registrati anche i codici ICD-10-GM corrispondenti. Più specificamente si intendono le categorie ICD-10-GM seguenti: U50.- «Limitazione funzionale motoria» e U51.- «Limitazione funzionale cognitiva».

**~~0849 — 01.01.2018-31.12.2019 Informazioni e precisazioni sulle cure palliative~~**

Precisazione aggiornata vedi 0827.

**0852 01.07.2017 D07 Interventi di follow-up pianificati**

Nota bene in caso di revisione di cicatrice:

Una revisione di cicatrice è codificata conformemente alla regola S1201f «Chirurgia plastica» ed alla regola D06c «Sequela» esempio 2. La diagnosi principale Ustione (T20-T32) va indicata unicamente quando si tratta della fase acuta di trattamento di un'ustione.

**0853 01.07.2017 Puntura transsettale mediante cateterismo**

Se al punto 37.34.1- «Procedura di ablazione per tachiaritmia» viene eseguito un cateterismo transsettale, occorre codificare anche 37.90.21 «Puntura transsettale mediante cateterismo».

**0855 01.07.2017 54.98.- Dialisi peritoneale**

Si può usare un codice della sottocategoria 54.98.- «Dialisi peritoneale» anche laddove il/la paziente effettui la dialisi peritoneale da solo. Il materiale richiesto, per esempio soluzione di lavaggio, ecc., deve essere messo a disposizione dal reparto ospedaliero.

**~~0856~~ — 01.07.2017-31.12.2019 Codifica**

Dato che la regola G10i è stata modificata, questa precisazione viene soppressa a partire dal 1° gennaio 2020.

**0869 01.01.2016 Interventi di revisione senza sostituzione di impianto**

Se durante un intervento di revisione vengono espianati gli impianti presenti (ad es. una pompa per il drenaggio di liquido ascitico) e contemporaneamente viene reimpiantato lo stesso impianto, non possono essere utilizzati i codici relativi a inserzione o sostituzione di impianto (ad es. non deve essere utilizzato il codice *54.99.80 Inserzione di cateteri nonché di pompa automatica, programmabile e ricaricabile per il drenaggio continuo di liquido ascitico*, bensì il codice *54.99.81 Revisione senza sostituzione di cateteri nonché di pompa automatica, programmabile e ricaricabile per il drenaggio continuo di liquido ascitico* o *54.99.82 Rimozione di ostruzione meccanica di cateteri di una pompa automatica, programmabile e ricaricabile per il drenaggio continuo di liquido ascitico*).

Gli esempi possono essere applicati per analogia a defibrillatori, pacemaker, protesi mammarie ecc.

**0871 01.01.2016 CHOP: Definizione di «endovascolare»**

Un intervento endovascolare è un intervento a un vaso sanguigno senza incisione del punto trattato. Nei contenuti corrisponde al termine di procedura interventistica.

Per mezzo di un catetere, il medico pungendo un'arteria (solitamente all'inguine) raggiunge, grazie all'imaging, il punto da curare. In tale punto l'arteria può essere curata mediante cateteri speciali.

Esempi di interventi endovascolari sono:

- catetere a palloncino;
- aterectomia rotazionale;
- inserzione di un'endoprotesi;
- inserzione di uno stent;
- inserzione di uno stentgraft.

**0879 01.07.2015 39.99.21 Interventi per anomalie congenite dell'istmo aortico (stenosi) o per arco aortico interrotto**

Un intervento a cielo aperto per una coartazione aortica congenita viene codificato, a seconda del metodo, con un codice preciso di cui al capitolo 7. Se esiste un codice preciso, 39.99.21 non va utilizzato.

**~~0891~~ — 01.01.2015-31.12.2019 Impingement dell'anca**

Questa precisazione viene soppressa a partire dal 1° gennaio 2020 a seguito delle seguenti modifiche apportate alla CHOP.

Per la Correzione di conflitto femoro-acetabolare di tipo pincer (pincer impingement) sono state introdotte descrizioni complementari nei codici 81.40.16 e 81.40.17 (Condroabrasione dell'anca, per via artroscopica o chirurgica a cielo aperto).

Per la codifica della Correzione di conflitto femoro-acetabolare di tipo cam (cam impingement) sono stati creati i nuovi codici 80.85.21 (Incisione, osteocondroplastica del collo femorale, per via artroscopica) o 80.85.22 (chirurgica a cielo aperto).

**0896 01.07.2014 S06.72! Traumatismo intracranico con perdita di coscienza, più di 24 ore, con ritorno al precedente stato di coscienza / S06.73! Traumatismo intracranico con perdita di coscienza, più di 24 ore, senza ritorno al precedente stato di coscienza**

In caso di trauma cranico seguito da coma artificiale di >24 ore vengono utilizzati i codici di cui sopra.

**0897 01.07.2014 80.76.10 Sinoviectomia artroscopica dell'articolazione del ginocchio / 80.76.20 Sinoviectomia a cielo aperto dell'articolazione del ginocchio**

Per l'asportazione di plica o corpo adiposo di Hoffa dall'articolazione del ginocchio viene utilizzato il codice di cui sopra.

**0900 01.07.2014 Arteria subclavia**

L'arteria subclavia non è un'arteria precerebrale. Gli interventi a quest'ultima non vengono codificati con *39.76 Intervento endovascolare percutaneo transluminale su vaso precerebrale* o *00.64 Inserzione percutanea di stent(s) di altre arterie precerebrali*.

**0903 01.07.2014 51.99.00 – 51.99.14, 51.99.91 e 51.99.99 Altri interventi sulle vie biliari**

Questi codici sono utilizzabili soltanto per interventi laparoscopici o chirurgici a cielo aperto.

~~**0905 01.01.2014-31.12.2019 Parto fuori da un ospedale / una casa per partorienti oppure fuori da un'unità di trattamento dell'ospedale / della casa per partorienti.**~~

Questa precisazione è stata ripresa nel Manuale di codifica 2020.

**0939 01.01.2013 Codificazione di vesciche**

«Vescica» è un termine del linguaggio popolare e non una diagnosi dermatologica codificabile.

Per poter essere codificata, questa manifestazione cutanea deve essere ricondotta a una malattia della pelle specifica da parte del medico curante.

Ad es. le vesciche comparse in fase postoperatoria sono spesso da attribuire a un codice S.

Ad es. le vesciche delle piaghe da decubito sono una manifestazione estremamente breve durante la transizione a un'erosione e un'ulcera da decubito e area di pressione.

Per utilizzare il codice *L89.- Ulcera da decubito e area di pressione* la patogenesi deve essere confermata dal medico.

**0941 1.12.2012 ABO / AB0 Termine di ricerca**

Per la ricerca informatica di parole chiave a seconda dei codici associati ai diversi gruppi sanguigni vi sono alcune differenze linguistiche.

- In tedesco il gruppo sanguigno deve sempre essere scritto con la cifra 0.
- In francese con la lettera O.

Attualmente, per trovare tutti i codici occorre cercare sia la lettera O che la cifra 0.

**0944 01.11.2012 Cistoadenoma ovarico**

Il cistoadenoma ovarico deve essere codificato con *C56 Tumore maligno dell'ovaio* o *D27 Tumore benigno dell'ovaio* a seconda dell'istologia precisa (l'indice alfabetico rimanda a *C56*).

**0952 01.10.2012 S06.- Traumatismo intracranico**

In presenza di traumatismo intracranico (indice alfabetico S06.9) senza lesione intracranica comprovata, il codice da utilizzare non è *S06.9*, bensì *S06.0 Commozione cerebrale*.

**0955 01.09.2012 Resezione di osteofiti in caso di artrodesi**

In caso di operazione di artrodesi, la resezione di osteofiti è sempre compresa (società ortopedica).

**2010 92.24 Teleradioterapia mediante fotoni**

*92.24.1- ...guidata dalle immagini* sono terapie **guidate dalle immagini**, *92.24.2- ...non guidata dalle immagini non guidate dalle immagini*. Il termine «guidata dalle immagini» o «IGRT» (Image Guided Radiation Therapy) significa che nel locale di irradiazione vengono effettuate radiografie o tomografie sul paziente già in posizione.

Installazioni di questo tipo possono essere collocate nel locale di irradiazione (sistema di radiografia, TAC mobile, ultrasonografia) oppure come accessori supplementari direttamente sulle apparecchiature per irradiazione.

Questa imagingografia è indipendente dalla pianificazione dell'irradiazione e necessita di apparecchiature specifiche. In tal modo è possibile comparare il posizionamento del paziente e dei volumi bersaglio con le immagini della

pianificazione dell'irradiazione. È quindi immediatamente possibile correggere il posizionamento del paziente. Ad esempio grazie a una TAC effettuata su un paziente con carcinoma prostatico è possibile controllare il contenuto della vescica e del retto e su tale base determinare la posizione della prostata. Registrando in modo costante i movimenti del paziente o degli organi è inoltre possibile riaggiustare l'irradiazione durante l'irradiazione («radioterapia adattativa»).

---

**Editore:** Ufficio federale di statistica (UST)  
**Informazioni:** Segreteria di codifica: [codeinfo@bfs.admin.ch](mailto:codeinfo@bfs.admin.ch)  
**Redazione:** Ambito Classificazioni mediche  
**Serie:** Statistica della Svizzera  
**Settore:** 14 Salute  
**Testo originale:** tedesco  
**Traduzione:** Servizi linguistici dell'UST  
**Copyright:** UST, Neuchâtel 2019  
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte.  
**Prezzo:** gratuito  
**Download:** [www.statistica.admin.ch](http://www.statistica.admin.ch) (gratuito)