Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2020 / N 2

1 Nozioni generali

1.1 Strumenti di codifica in vigore

Dal 1° luglio 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~~
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2020 / N 2 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
- Comunicazione ufficiale 2020 Codifica COVID-19 attualmente in vigore

Gli strumenti di codifica medica sono disponibili su 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

Nessuna modifica rispetta alla circolare 2020 N 1.

1.1.2 Circolare e allegato

Nessuna modifica rispetta alla circolare 2020 N 1.

1.1.3 Codifiche per analogia e note di SwissDRG SA inerenti al rilevamento delle prestazioni e alla fatturazione che influiscono sugli strumenti di codifica in vigore

D'intesa con l'UST, SwissDRG SA ha pubblicato note inerenti al rilevamento delle prestazioni e alla fatturazione riguardanti i seguenti punti:

- Rappresentazione dei casi ospitalieri, risp. dei trattamenti legati al COVID-19 (10 marzo 2020)
- Supplemento alla pubblicazione del 10 marzo 2020 «Rappresentazione dei casi ospitalieri, risp. dei trattamenti legati al COVID-19» (6 aprile 2020)
- Aggiornamento sulla pubblicazione del 10 marzo «Rappresentazione dei casi ospitalieri, risp. dei trattamenti legati al COVID-19» (6 maggio 2020)
- Integrazione alla codifica dei codici CHOP 2020 «Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) in altri vasi, NAS, altro (altre classi) e livello iliaco»
  39.7A.00, 39.7A.09, 39.7A.11-39.7A.16, 39.7A.21 (9 giugno 2020)
- Integrazione all'attribuzione dei codici CHOP 2020 «Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nell'aorta addominale / toracica / toracoaddominale, …»
  da 39.71.21 a -.25 e da 39.73.31 a -.35 e da 39.73.41 a -.45 (9 giugno 2020)

https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/swissdrg/nota-il-rilevamento-dei-prestazioni

Eventuali ulteriori pubblicazioni di SwissDRG SA vanno prese in considerazione in corso d'anno indipendentemente dalla presente circolare.

1.2 Domande sulla codifica

Nessuna modifica rispetta alla circolare 2020 N 1.

2 Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2020

Legenda: novità in verde, ~~cancellazioni in rosso~~
Le informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2020 di cui alla circolare 2020 / N 1 restano valide.

Nel presente documento sono riportate nuove ulteriori correzioni:

2.1 P10i Adesiolisi

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

La regola di codifica P10i «Adesiolisi» del Manuale di codifica 2020 è sostituita integralmente da quanto segue.

L'adesiolisi può costituire uno trattamento secondario (con impiego di risorse) oppure uno trattamento principale (a seconda dell'indicazione).

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

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

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

Adesiolisi quale trattamento secondario

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

Per il calcolo della durata complessiva va preso in considerazione solo il tempo necessario per le lisi. Eventuali incertezze in merito vanno chiarite con il chirurgo.
La durata deve essere documentata per iscritto e in modo chiaro nel rapporto di operazione, riportando eventualmente i tempi indicati nel verbale di intervento (p. es. tempo di incisione e sutura).

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

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

Esempio 1 (*somma del tempo di adesiolisi ≤ 60 min*):
Una paziente viene ricoverata con reperto ovarico sinistro persistente.
Durante l'intervento sono constatate massicce aderenze postinfiammatorie e endometriali.
Ne consegue un'adesiolisi con impiego di risorse (perivescicale, periuretali, periovarica, entero-peritoneale). Somma dei tempi documentata delle adesiolisi: 55 min.
Solo dopo lo sbrigliamento del reperto può essere effettuata una salpingo-ovariectomia per via laparoscopica in presenza di vasta endometriosi ovarica sinistra.
Durata complessiva dell'intervento: 1h 50 min.

DP	*N80.1*	*Endometriosi dell'ovaio*
DS	*N73.6*	*Aderenze pelviperitoneali femminili*
DS	*K66.0*	*Aderenze peritoneali*
TP	*65.41*	*Salpingo-ovariectomia per via laparoscopica*

Esempio 2 (*somma del tempo di adesiolisi > 60 min*):
Un paziente viene ricoverato a causa di una diverticolite perforata tamponata del sigma.
Data la presenza di massicce aderenze postoperatorie (esiti di peritonite su quattro quadranti con appendicite perforata e lesione vescicale iatrogena), deve essere effettuata un'adesiolisi con impiego di risorse riguardante, oltre ad aderenze addominali ed enteroenteriche, anche l'intera pelvi maschile.
Solo dopo un'adesiolisi della durata di 100 minuti (somma dei tempi della lisi delle aderenze perivescicali, enteroenteriche e periureterali) può essere eseguita una resezione del sigma per via laparoscopica.

DP	*K57.22*	*Diverticolite del colon con perforazione […]*
DS	*N99.4*	*Aderenze pelviperitoneali iatrogene*
DS	*K66.0*	*Aderenze peritoneali*
DS	*Y84.9!*	*Complicanza da intervento medico non specificato*
TP	*45.76.21*	*Sigmoidectomia, per via laparoscopica*
TS	*59.12*	*Lisi di aderenze perivescicali per via laparoscopica*
TS	*54.51*	*Lisi di aderenze peritoneali, per via laparoscopica*
TS	*59.03.99*	*Lisi di aderenze perirenali e periureterali per via laparoscopica, altro*
TS	*00.99.10*	*Reintervento*

Adesiolisi quale trattamento principale

Qualora la lisi di aderenze peritoneali addominali e/o pelviche costituisca l'indicazione principale dell'intervento, come diagnosi principale va indicato il corrispondente codice diagnostico (p. es. *K66.0, K56.5, K31.5* ecc.), seguito da eventuali altri codici diagnostici secondari volti a descrivere le aderenze.

La codifica dello trattamento principale va effettuata, a seconda della durata della/delle adesiolisi, come di seguito indicato.

In caso di durata della/delle adesiolisi quale **trattamento principale ≤ 60 min** va impiegato esclusivamente, in funzione della via d'accesso, uno dei seguenti codici come trattamento principale:

54.21.99	*Laparoscopia, altro o*
54.19	*Laparotomia, altro*

Non vanno indicati altri codici CHOP riguardanti le adesiolisi dei capitoli relativi agli organi interessati.
La descrizione di ulteriori adesiolisi (p. es. periureterali o perivescicali) può essere effettuata unicamente tramite i corrispondenti codici ICD-10-GM quale/i diagnosi secondaria/e secondo la regola di codifica G54.

Esempio 3 (*somma del tempo di adesiolisi ≤ 60 min*):
Un paziente viene ricoverato a causa di ileo da briglia a seguito di precedente resezione del retto per carcinoma rettale.
Viene effettuata una lisi di aderenze peritoneali per via laparoscopica.
Si procede inoltre alla lisi di aderenze periureterali destre, site in prossimità dell'ostio, altresì riconducibili alla precedente resezione.
Non risulta necessaria una detensione intestinale tramite incisione o resezione parziale a causa di ischemia. L'intestino riprende immediatamente a funzionare dopo la lisi delle briglie.
Durata dell'intervento: 40 min.

DP	*K56.5*	*Aderenze intestinali [briglie] con ostruzione*
DS	*C20*	*Tumore maligno del retto*
DS	*N99.4*	*Aderenze pelviperitoneali iatrogene*
TP	*54.21.99*	*Laparoscopia, altro*
TS	*00.99.10*	*Reintervento*

In caso di durata della/delle adesiolisi **> 60 min quale/i procedura/e principale/i** va indicato come trattamento principale il codice del capitolo relativo all'organo interessato che esprime il massimo impiego di risorse secondo la regola di codifica G55.

Nelle diagnosi e nelle trattamenti secondarie, possono inoltre essere utilizzati altri codici riguardanti le adesiolisi dei corrispondenti capitoli dell'ICD-10-GM e della CHOP.
Alla codifica si applicano le regole inerenti alle diagnosi secondarie (G54) e ai trattamenti secondarie (G56).

Esempio 4 (*somma del tempo di adesiolisi > 60 min*):
Una paziente viene ricoverata con dismenorrea secondaria forte, dispareunia e sterilità secondaria.
Su esiti di taglio cesareo secondario e appendicectomia, viene programmata una laparoscopia diagnostica.
Durante l'intervento sono constatate aderenze soprattutto tra gli annessi uterini e il peritoneo pelvico (dichiarate conseguenti agli interventi precedenti).
Durata complessiva dell'adesiolisi focalizzata sugli annessi uterini (bilaterale): 75 min. Lisi senza complicazioni di diverse piccole aderenze addominali, enteroenteriche destre, cromopertubazione bilaterale, nessun altro intervento.

DP	*N99.4*	*Aderenze pelviperitoneali iatrogene*
DS	*K66.0*	*Aderenze peritoneali*
DS	*Y84.9!*	*Complicanza da intervento medico non specificato*
TP	*65.81.10*	*Lisi di aderenze di ovaio e di tuba di Falloppio al peritoneo pelvico femminile, per via laparoscopica*
L	*0*	
TS	*54.51*	*Lisi di aderenze peritoneali, per via laparoscopica*
L	*1*	
TS	*66.8*	*Insufflazione di tuba di Falloppio*
L	*0*	
TS	*00.99.10*	*Reintervento*

Nota:
L'unica eccezione alla regola di codifica sopra riportata è rappresentata dall'intervento di Ladd.
Per quest'ultimo va indicato il codice CHOP *46.99.8-,* a prescindere dalla durata della lisi delle briglie di Ladd all'origine del disturbo e dal fatto che l'intervento costituisca una procedura principale o una procedura secondaria.

Esempio 5:
Un bambino viene ricoverato a causa (fra l'altro) di ileo all'intestino tenue provocato da malrotazione intestinale.
(Fra l'altro) lisi chirurgica di briglie di Ladd e aderenze, fissazione dell'intestino con la «procedura di Ladd».

DP/DS	*Q43.3*	*Malformazioni congenite di fissazione dell'intestino*
TP/TS	*46.99.81*	*Sezione delle briglie di Ladd, chirurgica a cielo aperto*
o	*46.99.82*	*Sezione delle briglie di Ladd, per via laparoscopica*

2.2 Regola di codifica S0102i «Sepsi»

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

La regola di codifica S0102i «Sepsi» va completata come di seguito indicato.

S0102i Sepsi
[…]
Sepsi nell'adulto
[…]
La disfunzione d'organo preesistente definisce il punteggio di partenza. In assenza di informazioni su patologie pregresse del sistema di organi, il punteggio SOFA basale è considerato pari a 0.

Le disfunzioni d'organo provocate da sepsi che influiscono sulla formazione del punteggio SOFA vanno codificate solo se soddisfano i criteri della regola di codifica relativa alle diagnosi secondarie (G54).

2.3 Regola di codifica S1606c «Interventi particolari per il neonato malato»

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

La regola di codifica S1606c va completata come di seguito indicato.

S1606c Interventi particolari per il neonato (malato)
[…]
Rianimazione primaria
Nota bene:
Per poter indicare il codice CHOP 99.65 «Trattamento acuto di disturbo dell'adattamento neonatale (rianimazione primaria)» devono essere soddisfatte tutte le condizioni riportate nella «Nota».
Se le condizioni non sono interamente soddisfatte, il codice non può essere utilizzato.
Per la valutazione del criterio «[…] - misure di sostegno alla respirazione (CPAP, ventilazione assistita) […]» si rimanda inoltre alla regola di codifica S1001i «Ventilazione meccanica; pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP)».

2.4 Direttive di codifica per la riabilitazione, Valutazioni – CHOP AA

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il testo di cui al punto 2 «Valutazioni» va sostituito come di seguito indicato.

Procedure
2) Valutazioni – CHOP AA

~~Le misurazioni inerenti alle funzioni della vita quotidiana e alla multimorbidità vanno effettuate e documentate all'ammissione e alla dimissione.~~
Le misurazioni inerenti alle funzioni della vita quotidiana si riferiscono alle seguenti sottocategorie:

- AA.11.- - Indice di Barthel ampliato (EBI)
- AA.31. - - Test del cammino di 6 minuti
- AA.32. -- Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

Le pertinenti misurazioni inerenti alle funzioni della vita quotidiana vanno rilevate e documentate all'ammissione e alla dimissione.

La misurazione riguardante la multimorbidità si riferisce alla seguente sottocategoria:

- AA.21. - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

e deve essere rilevata e documentata una volta per degenza, al momento dell'ammissione.

La misurazione all'ammissione va fatta di norma entro tre giorni lavorativi* dal ricovero (giorno di entrata in clinica incluso). Analogamente.
La misurazione alla dimissione va effettuata nei tre giorni lavorativi* che precedono l'uscita (giorno di dimissione incluso).

Per la misurazione FIM® va registrato l'indice di Barthel ampliato (EBI) con i codici di cui alla sottocategoria AA.11. - la tabella di riconciliazione FIM-EBI è disponibile ai seguenti link:

- In tedesco: ~~https://www.swissdrg.org/application/files/7915/4090/1364/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019.pdf~~ http://www.swissdrg.org/application/files/4415/7303/8340/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP.pdf
- In francese~~: https://www.swissdrg.org/application/files/7515/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_f.pdf~~http://www.swissdrg.org/application/files/8215/7303/8340/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_f.pdf
- In italiano: ~~https://www.swissdrg.org/application/files/9115/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_i.pdf~~ http://www.swissdrg.org/application/files/1615/7303/8341/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_i.pdf

~~Ciò riguarda i codici:~~
~~- AA.11.- - Indice di Barthel ampliato (EBI)~~
~~- AA.21.- - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)~~
~~- AA.31.- - Test del cammino di 6 minuti~~
~~- AA.32 .-- Spinal Cord Independence Measure (SCIM)~~

* Per quanto riguarda il conteggio dei giorni lavorativi, si tenga conto che solo la domenica è considerata giorno festivo, mentre il sabato conta come giorno lavorativo.

3 Informazioni supplementari sulla CHOP 2020

Legenda: novità in verde, ~~cancellazioni in rosso~~

Le informazioni supplementari sulla CHOP 2020 presentate nella circolare 2020 N 1 continuano ad essere valide, eccetto per i casi seguenti:

- 3.11. 93.89.1- Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica
- 3.15. 99.B7. - Terapia intensiva complessa
- 3.16. 99.B8.1- e 99. B8.2- Trattamento complesso in unità di terapia intermedia (IMCU)
- 3.17. 99.B8.3- Trattamento complesso in età neonatale in unità di terapia intermedia (IMCU)

Nel presente documento sono riportate nuove ulteriori correzioni:

3.1 Modifica del file «Leggimi» riguardante il file CSV per l'Indice sistematico della CHOP 2020

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il file CSV per l'Indice sistematico della CHOP 2020 è stato pubblicato in formato UTF-8. Le interruzioni di riga LF non sono più indicate. Il file «CHOP 2020_SI_IT_LEGGIMI» va modificato come segue.

Avvertenza tecnica		
Uso delle interruzioni di riga nella versione della CHOP in formato CSV:		
~~Il file CSV contiene i due tipi di interruzione di riga seguenti:~~ ~~- LF (Line Feed) per interruzioni di riga all'interno del campo di testo~~ ~~- CR LF (Carriage Return Line Feed) per saltare all'item successivo~~ Il file CSV contiene esclusivamente interruzioni di riga di tipo CR LF (Carriage Return Line Feed). Ciò vale sia per - il salto all'item successivo, sia per - le interruzioni di riga all'interno di un testo. I testi contenenti interruzioni di riga iniziano e terminano con i simboli " ... " (virgolette alte doppie). Le virgolette incluse nel testo sono rese con i simboli « ... » (virgolette basse doppie). Se si usa Microsoft® Excel®, le interruzioni di riga vengono raffigurate correttamente qualora si apra il file con un «doppio clic» o selezionando «Excel -> apri file». ~~Con la funzione «Dati -> da testo» viene creata una nuova riga anche per il tipo di interruzione di riga «LF» anziché interrompere il testo all'interno della cella.~~ Utilizzando il comando «Excel -> apri file» o la funzione «Dati -> da testo», le interruzioni di riga inserite in un testo generano una nuova riga, anziché interrompere il testo all'interno della cella.		
Codifica caratteri	**UTF-8**	

3.2 Codici da 00.40 a 00.43 Interventi su un determinato numero di vasi

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Le seguenti esclusioni di tipo «Omettere il codice» di cui ai codici da 00.40 a 00.43 sono soppresse. Vengono inoltre inserite le «note» di seguito indicate.

00.40 **Intervento su un vaso**
Numero di vasi, senz'altra specificazione
ESCL. Bypass (aorto)coronarico (36.10.- - 36.1D.-)
~~Omettere il codice - Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents (36.03.21 - 36.03.82)~~
~~Omettere il codice - Impianto di stents in vasi sanguigni, percutaneo transluminale (39.B.-)~~
~~Omettere il codice - Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale (36.08.-)~~
Nota: il presente codice supplementare, se pertinente, va rilevato per ciascun intervento.

00.41 **Intervento su due vasi**

ESCL. Bypass (aorto)coronarico (36.10.- - 36.1D.-)

~~Omettere il codice - Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents (36.03.21 - 36.03.82)~~

~~Omettere il codice - Impianto di stents in vasi sanguigni, percutaneo transluminale (39.B.-)~~

~~Omettere il codice - Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale (36.08.-)~~

Nota: il presente codice supplementare, se pertinente, va rilevato per ciascun intervento.
Deve essere indicato il numero complessivo di vasi trattati per intervento.

00.42 **Intervento su tre vasi**

ESCL. Bypass (aorto)coronarico (36.10.- - 36.1D.-)

~~Omettere il codice - Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents (36.03.21 - 36.03.82)~~

~~Omettere il codice - Impianto di stents in vasi sanguigni, percutaneo transluminale (39.B.-)~~

~~Omettere il codice - Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale (36.08.-)~~

Nota: il presente codice supplementare, se pertinente, va rilevato per ciascun intervento.
Deve essere indicato il numero complessivo di vasi trattati per intervento.

00.43 **Intervento su quattro o più vasi**

ESCL. Bypass (aorto)coronarico (36.10.- - 36.1D.-)

~~Omettere il codice - Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents (36.03.21 - 36.03.82)~~

~~Omettere il codice - Impianto di stents in vasi sanguigni, percutaneo transluminale (39.B.-)~~

~~Omettere il codice - Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale (36.08.-)~~

Nota: il presente codice supplementare, se pertinente, va rilevato per ciascun intervento.
Deve essere indicato il numero complessivo di vasi trattati per intervento.

3.3 00.44- Procedura su biforcazione di vasi sanguigni

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Le seguenti «esclusioni» nel codice 00.44 «Procedura su biforcazione di vasi sanguigni» vanno soppresse.

00.44 **Procedura su biforcazione di vasi sanguigni**

Nota: Questo codice è utilizzato per identificare la presenza di una biforcazione vascolare; non descrive per nulla uno stent specifico per le biforcazioni. Questo codice può essere impiegato una sola volta per operazione, indipendentemente dal numero di biforcazioni.

~~ESCL. Omettere il codice - Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale (39.71.-)~~

~~Omettere il codice - Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nell'aorta toracoaddominale (39.73.4-)~~

~~Omettere il codice - Impianto di stents in vasi sanguigni, percutaneo transluminale (39.B.-)~~

3.4 00.4G.- Inserzione di dispositivi di chiusura di vasi

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il «Codificare anche» in 00.4G.- va sostituito da un «escluso».

00.4G **Inserzione di dispositivi di chiusura di vasi**

~~Cod. a.: Numero di spirali endovascolari utilizzate (00.4A.-)~~

EXCL. Numero di spirali endovascolari utilizzate (00.4A.-)

3.5 Ricostruzione di tasche della valvola aortica 35.C1.12 - Correzione del titolo

Riguarda la versione francese. Vedi Circulaire 2020 n° 2.

3.6 Sostituzione della valvola polmonare con protesi vascolare valvolata, di tipo meccanico, tramite sternotomia completa 35.F3.71 - Correzione del titolo

Riguarda la versione francese. Vedi Circulaire 2020 n° 2.

3.7 Modifica dei «Codificare anche» di cui alle sottocategorie 36.03.- e 36.08.-

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

L'impianto di stents nelle arterie coronarie va codificato tramite le sottocategorie 36.03.- «Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto» e 36.08.- «Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale».
I codici vanno indicati per intervento e in base al tipo di stent utilizzato.
Non vi sono codici specifici per il numero complessivo di stents impiantati nelle arterie coronarie. Il «Codificare anche» «Numero di stents impiantati (39.C1.-)» di cui alle sottocategorie 36.03.- e 36.08.- va soppresso.
Sotto 36.03.- e 36.08.- sono stati inoltre introdotti «Codificare anche» riferiti alle sottocategorie 39.C2.- e 39.C3.-.

36.03 Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto

Cod. a. ~~Numero di stent vascolari inseriti (39.C1.-)~~
Caratteristiche materiali degli stents impiantati (39.C2.-)
Tipo di superfici e di rivestimento (39.C3.-)
ESCL. Angioplastica con bypass di arteria coronarica (36.10.- - 36.1D.-)

36.08 Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale

~~Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale~~
INCL. Procedura su bypass vascolare
Cod. a.: ~~Numero di stents impiantati (39.C1.-)~~
Angioplastica coronarica transluminale percutanea [PTCA] o aterectomia coronarica (00.66.-)
Caratteristiche materiali degli stents impiantati (39.C2.-)
Impiego di sistema di protezione da embolia (39.C5)
Terapia ibrida (00.99.80)
Tipo di superfici e di rivestimento (39.C3.-)

3.8 39.49.- Altra revisione di interventi vascolari

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

La «nota» di cui alla sottocategoria 39.49.- va corretta come di seguito indicato.

39.49.- Altra revisione di interventi vascolari

Nota: Le procedure che trascendono la revisione e la sostituzione (es. ricostruzione plastica del vaso tramite patch, ricostruzione plastica del vaso, endarterectomia, embolectomia, trombectomia, reimpianto di stent) vanno codificate ~~separatamente~~ in aggiunta con il codice di procedura specifico.

3.9 39.73.46 e 39.73.47 Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nell'aorta toracoaddominale

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Nella «nota» che figura in entrambi i codici, l'aggettivo «toracica» va sostituito da «toracoaddominale».

39.73.46 Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nell'aorta toracoaddominale, con rivascolarizzazione di branca distale tramite la tecnica con protesi in parallelo
INCL. Tecnica chimney, tecnica a periscopio, tecnica snorkel e tecnica sandwich
Nota: Codice per l'impianto sincrono di stent graft nell'aorta ~~toracica~~ toracoaddominale e protesi stent a lume inferiore in rami collaterali

39.73.47 Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nell'aorta toracoaddominale, con rivascolarizzazione di 2 e più branche distali tramite la tecnica con protesi in parallelo
INCL. Tecnica chimney, tecnica a periscopio, tecnica snorkel e tecnica sandwich
Nota: Codice per l'impianto sincrono di stent graft nell'aorta ~~toracica~~ toracoaddominale e protesi stent a lume inferiore in rami collaterali.

3.10 39.B- Nota inerente alla definizione di stent e stent graft

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

La «nota» di cui alla categoria a 3 cifre 39.B- va completata come di seguito indicato.

39.B- Impianto (percutaneo) transluminale di stents in vasi sanguigni
Nota: Le seguenti definizioni riguardanti stents e stent grafts non sono funzionali a una codifica basata sull'indicazione, ma servono solo per una classificazione di massima. Stent è un termine generico che designa protesi endovascolari cilindriche a maglie, il cui scopo è mantenere pervio un vaso (mantenimento del lume). Uno stent ricoperto è uno stent avvolto in una guaina, ad es. di poliestere. Inguainato non equivale tuttavia a rivestito e non fa univocamente riferimento alla funzione di mantenere il lume piuttosto che attraversarlo. Lo stent graft, detto anche protesi stent, è uno stent con protesi vascolare. Consiste in una maglia avvolta da una guaina e ha lo scopo p. es. di mantenere pervio il vaso (mantenimento del lume), nonché di surrogarne la funzione (attraversamento del lume). Uno stent rivestito può essere medicato o meno (es. in caso di rivestimento di anticorpi o rivestimento bioattivo).

3.11 Growth stents Cheatham Platinum

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

L'impianto di growth stents Cheatham Platinum va rilevato tramite i codici delle sottocategorie 39.BA.- (non ricoperti) o 39.BB.- (ricoperti). Per maggiore chiarezza sono state inserite le seguenti inclusioni:

39.BA.- Impianto (percutaneo) transluminale di growth stents non ricoperti
INCL. Growth stents Cheatham Platinum non ricoperti

39.BB.- Impianto (percutaneo) transluminale di growth stents ricoperti
INCL. Growth stents Cheatham Platinum ricoperti

3.12 44.99.21 e 44.99.22 Serranodo e clipping dello stomaco - Correzione dei titoli

Riguarda solo la versione italiana.

Nei titoli dei codici 44.99.21 e 44.99.22 il termine «dell'esofago» va sostituito da «dello stomaco».

44.99.21 Serranodo e clipping ~~dell'esofago~~ dello stomaco, chirurgico a cielo aperto
44.99.22 Serranodo e clipping ~~dell'esofago~~ dello stomaco, per via endoscopica

3.13 88.74.- Ecografia diagnostica dell'apparato digerente - Correzione dei titoli

Riguarda solo la versione italiana.

Nei titoli dei codici da 88.74.20 a 88.74.23 il termine «endosonografia flessibile» va sostituito da «ecografia transaddominale».

88.74.20 Ecografia diagnostica dell'apparato digerente, ~~endosonografia flessibile~~ ecografia transaddominale, senza puntura
88.74.21 Ecografia diagnostica dell'apparato digerente, ~~endosonografia flessibile~~ ecografia transaddominale, con puntura
88.74.22 Ecografia diagnostica dell'apparato digerente, ~~endosonografia flessibile~~ ecografia transaddominale, senza drenaggio
88.74.23 Ecografia diagnostica dell'apparato digerente, ~~endosonografia flessibile~~ ecografia transaddominale, con drenaggio

3.14 89.07.23 e 89.07.33 Valutazione - Correzione dei titoli

Riguarda la versione francese. Vedi Circulaire 2020 n° 2.

3.15 92.39.29 Altra radioterapia ad alto voltaggio, irradiazione stereotassica, frazionata, cerebrale, altro - Correzione dei titoli

Riguarda la versione francese. Vedi Circulaire 2020 n° 2.

3.16 93.89.1- Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Nei «requisiti minimi punto 0» la versione del documento di riferimento va completata come di seguito indicato.
Nei «requisiti minimi punto 3» sono state apportate modifiche alla durata della terapia.

93.89.1- Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento
Nota:
Requisiti minimi punto 0, definizione e documento di riferimento:
Per riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica si intende la fase particolarmente intensiva della riabilitazione neurologica in pazienti con danni gravi o gravissimi al sistema nervoso dopo il trattamento acuto o in pazienti con esacerbazione acuta di malattie croniche preesistenti.
Per dettagli sull'indicazione e sulle condizioni strutturali e personali si rimanda al documento di riferimento «Referenzdokument zu CHOP Kode 93.89.1 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, Version 01.01.2019», disponibile in tedesco e francese all'indirizzo
https://www.swissneuro.ch/Fachinformationen
[…]
Requisiti minimi punto 3, terapia:
1. Cure riabilitative (cure di stimolo e sostegno, ad es. rieducazione all'igiene personale, al vestirsi, all'alimentarsi, alla continenza, all'orientamento, alla deglutizione, gestione della tracheostomia, misure di isolamento ecc.) per almeno 2 ore al giorno, 7 giorni su 7~~, in aggiunta alle cure di base e alle cure mediche~~.
2. Terapia funzionale ~~per almeno 2 ore al giorno~~, in media per 2 ore al giorno (almeno) 5 giorni su 7 per l'intera durata del trattamento, somministrata spesso congiuntamente da più terapisti (trattamento doppio) con ricorso ad almeno 2 dei settori terapeutici elencati al punto 4.2.
3. Cure di base e/o cure riabilitative e/o terapia funzionale complessivamente per almeno ~~6~~ 5 ore al giorno, 7 giorni su 7, con durata cumulata in caso d'intervento simultaneo di più terapisti/personale infermieristico. Per bambini e adolescenti possono essere conteggiate 2 ore al giorno di pedagogia curativa o speciale somministrate a sostegno delle cure riabilitative e della terapia funzionale. Eventuali scostamenti nella durata possono verificarsi solo per ragioni specificamente riferite al paziente e devono essere documentati.
4. Visite mediche almeno 5 giorni su 7.

5. All'occorrenza si può inoltre ricorrere a diversi altri ambiti specialistici quali consulenza e terapia dietetica, ortottica ecc.

3.17 93.A2.- Terapia multimodale del dolore

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

I «requisiti minimi punto 3, terapia» vanno modificati come di seguito indicato.

93.A2.- Terapia multimodale del dolore)
Nota: […]
Requisiti minimi punto 3, terapia:
Ricorso ad almeno tre delle seguenti procedure terapeutiche attive in combinazioni adattate al paziente:
psicoterapia, fisioterapia speciale (almeno 2 anni di esperienza nel trattamento di pazienti afflitti da dolori cronici), tecniche di rilassamento, ergoterapia, terapia di training medico, training sul posto di lavoro/per la vita quotidiana, terapia del dolore interventistica (interventi guidati da convertitore d'immagini o sonografia).
~~Un'unità terapeutica dura in media 30 minuti. Ogni settimana (intervallo di tempo di 7 giorni) sono effettuate almeno 9 ore di trattamento, ossia 18 unità terapeutiche.~~ La durata settimanale della terapia (intervallo di tempo di 7 giorni) è di almeno 540 minuti. In caso di terapia di gruppo, la grandezza del gruppo è limitata a 8 persone al massimo.

3.18 94.3F.- Prova di reinserimento nell'ambiente di vita e definizione di congedo

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Nella sottocategoria 94.3F.- «Prova di reinserimento nell'ambiente di vita nell'ambito di trattamento psichiatrico (bambini, adolescenti e adulti), secondo la durata», le indicazioni riguardanti gli intervalli di tempo devono essere adeguate per ragioni di uniformità con la definizione di «congedo». Per quest'ultima, si rinvia al punto 1.5.3 «Definizione di congedo» del documento di SwissDRG SA «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY», Versione giugno 2019, disponibile al seguente link: http://www.swissdrg.org/application/files/4315/6051/1647/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY_i.pdf
Il codice 94.3F.11 «… di meno di 24 ore» va corretto in «… fino a 24 ore».
Sono state apportate le seguenti modifiche ai titoli:

94.3F.11 Prova di reinserimento nell'ambiente di vita con assenza ~~di meno di 24 ore~~ fino a 24 ore
94.3F.12 Prova di reinserimento nell'ambiente di vita con assenza ~~da 24 a meno di 48 ore~~ da più di 24 ore fino a 48 ore
94.3F.13 Prova di reinserimento nell'ambiente di vita con assenza ~~da 48 a meno di 72 ore~~ da più di 48 ore fino a 72 ore
94.3F.14 Prova di reinserimento nell'ambiente di vita con assenza da più di 72 ore

3.19 99.B2.- Trattamento e assistenza per reazione anafilattica con sorveglianza medica – Correzione del titolo del codice 99.B2.12

Riguarda solo la versione italiana.

Nel titolo del codice 99.B2.12, il termine «meno» va sostituito con «più».

99.B2.12 Trattamento e assistenza per reazione anafilattica con sorveglianza medica, ~~meno~~ da più di 4 ore

3.20 99.B7.1- Terapia intensiva complessa (procedura di base) nell'adulto

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 l~~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. 29d_2019» (disponibile solo in tedesco e più tardi in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) → «MDSi Konzept_Version29».

- 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.

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

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 (IMCU's) : Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Kommission für die Anerkennung von IMCU's (KAIMC) am 21.02.2019 verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 1.01.2014. Sie treten in Kraft am 01.01.2020» (disponibile anche in francese) è scaricabile al seguente link:
https://www.swiss-imc.ch/files/daten/richtlinien/Revision%20Richlinien%202019/KAIMC_Richtlinien_2020_FINAL_DT_V15_191204.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 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.sgi-ssmi.ch -> Qualità -> Raccolta dei dati minimi della SSMI (MDSi~~) figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» (disponibile solo in tedesco e più tardi in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) → «MDSi Konzept_Version29».
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).

3.22 Soppressione del passaggio riguardante l'«età corretta» e correzione dei link

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il passaggio «In caso di nati pretermine, per il conteggio dei giorni va utilizzata l'età corretta definita dal medico curante.» va soppresso nei trattamenti complessi di seguito riportati.
Vanno inoltre apportate modifiche alla versione del documento di riferimento e corretti i link per quanto riguarda i trattamenti complessi in unità di terapia intermedia.

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. 29d_2019» (disponibile solo in tedesco e più tardi in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) → «MDSi Konzept_Version29».
- 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 medito 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 l~~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. 29d_2019» (disponibile solo in tedesco e più tardi in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) → «MDSi Konzept_Version29».
- 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 medito curante.~~

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 (IMCU's) : Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Kommission für die Anerkennung von IMCU's (KAIMC) am 21.02.2019 verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 1.01.2014. Sie treten in Kraft am 01.01.2020» (disponibile anche in francese è scaricabile al seguente link:
https://www.swiss-imc.ch/files/daten/richtlinien/Revision%20Richlinien%202019/KAIMC_Richtlinien_2020_FINAL_DT_V15_191204.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 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 l~~Le definizioni dettagliate di PIM 2 (pediatric index of mortality) e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) ~~rimandiamo~~ figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» (disponibile solo in tedesco e più tardi in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch ~~-> Qualità -> Raccolta dei dati minimi della SSMI (MDSi~~) → Ressorts → Qualitätsmanagement → Datensatz (MDSi) → «MDSi Konzept_Version29».
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).

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)~~»
«Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units (IMCU's) : Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Kommission für die Anerkennung von IMCU's (KAIMC) am 21.02.2019 verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 1.01.2014. Sie treten in Kraft am 01.01.2020» (disponibile anche in francese è scaricabile al seguente link:
https://www.swiss-imc.ch/files/daten/richtlinien/Revision%20Richlinien%202019/KAIMC_Richtlinien_2020_FINAL_DT_V15_191204.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 l~~Le definizioni dettagliate di PIM 2 (pediatric index of mortality 2), CRIB 2 e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) ~~rimandiamo.~~ figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» (disponibile solo in tedesco e più tardi in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch ~~--> Qualità --> Raccolta dei dati minimi della SSMI (MDSi)~~ → Ressorts → Qualitätsmanagement → Datensatz (MDSi) → «MDSi Konzept_Version29».
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 medito curante~~. Questo codice non si applica ai trattamenti in pronto soccorso o in sala risveglio.

3.23 AA.21.- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

La misurazione della multimorbidità nel quadro della riabilitazione va registrata solo al momento dell'ammissione. Il punto 3 della nota della sottocategoria AA.21.- va modificato come di seguito indicato:

AA.21 Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
Nota:
[…]
Punto 3, rilevazione:
I codici vanno rilevati al momento dell'ammissione, entro 3 giorni.~~, nonché al momento della dimissione, ossia non prima dei 3 giorni che precedono l'uscita.~~
Il punteggio totale è dato dalla somma della valutazione di 14 singoli criteri, classificati in 5 gradi di gravità che vanno da 0 («Compromissione assente») a 4 («Compromissione molto grave»). I livelli vanno rappresentati esattamente secondo le definizioni della CIRS.

AA.21.1 Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), secondo il punteggio totale
AA.21.11 CIRS, ~~1~~0-4 punteggio totale

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, ~~T82.0~~	Complicanze elencate in da cristallino intraoculare, incluso offuscamento ¬
Cristallino	T85.2, ~~T82.0~~	Cristallino intraoculare, incluso offuscamento ¬ Complicanze elencate in da
Intraoculare	T85.2	Intraoculare ¬ Complicanza meccanica di lente
Intraoculare	T85.2, ~~T82.0~~	Intraoculare, incluso offuscamento ¬ Complicanze elencate in da cristallino
Lento	T85.2	Lente intraoculare ¬ Complicanza meccanica di
Offuscamento	T85.2, ~~T82.0~~	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 Circulaire 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.

4.5 U07.1! , U07.2! COVID-19 e U99.0!

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Ai fini della codifica della COVID-19 sono stati attribuiti i seguenti codici U:

U07.1! COVID-19, virus confermato
Malattia da coronavirus 2019, virus confermato
Utilizzare questo codice nel caso in cui il COVID-19 sia confermato tramite un test di laboratorio, a prescindere dalla gravità del quadro clinico o dei sintomi.
Utilizzare dapprima codici per indicare la presenza di una polmonite, di altre manifestazioni o motivi del contatto presso l'ospedale.

U07.2! COVID-19, virus non confermato
COVID-19 S.A.I.
Utilizzare questo codice nel caso in cui il COVID-19 sia accertato clinicamente-epidemiologicamente, ma il virus non sia stato confermato tramite un test di laboratorio oppure non vi sia la possibilità di effettuare un test.
Utilizzare dapprima codici per indicare la presenza di una polmonite, di altre manifestazioni o motivi del contatto presso l'ospedale.

U99.0! Esame speciale di screening per SARS-CoV-2

5 Allegato

5.1 Informazioni e precisazioni (ex FAQ)

La presente circolare contiene **tutte** le «Informazioni e precisazioni» valevoli dal 1° luglio 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.

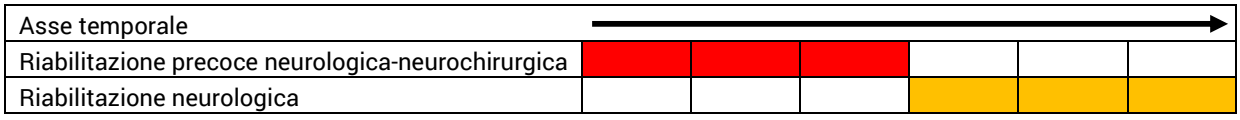
Es.: 0999 (numero) 1.1.2012 (valevole dal)
0998 1.1.2012
…
0852 01.07.2017 ecc.

0811 01.07.2020 Interpretazione delle esclusioni di tipo «Omettere il codice» di cui al gruppo di elementi 93.89.1- «Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento»
Nel gruppo di elementi 93.89.1- «Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento» figurano le seguenti esclusioni di tipo «Omettere il codice»:
Omettere il codice - Prestazione di base nella riabilitazione (BA.-)
Omettere il codice - Riabilitazione precoce interdisciplinare, secondo il numero di giorni di trattamento (93.86.-)
Omettere il codice - Riabilitazione geriatrica acuta (93.89.9-)
Omettere il codice - Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso (93.87.-)
Omettere il codice - Risorse supplementari nella riabilitazione (BB.-)

Estratto dal paragrafo Abbreviazioni e convenzioni della CHOP:
ESCL.: Esclusione: L'intervento va classificato altrove, sotto il codice indicato.
Omettere il codice: L' intervento è già incluso in un codice diverso.

Per esempio, per il gruppo di elementi 93.89.1- ciò significa che nel periodo in cui viene effettuata una riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica non possono essere indicati in aggiunta i codici di cui alle esclusioni di tipo «Omettere il codice».

Domanda 1: Nel momento o nel periodo in cui viene effettuata un riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica (93.89.1-) si possono codificare in aggiunta la prestazione di base nella riabilitazione (BA.-) e le risorse supplementari nella riabilitazione (BB.-)?
Risposta 1: No, la riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica consiste in una riabilitazione precoce intensiva e non in una riabilitazione di cui alle categorie BA.- e BB.-. Al termine della riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica è possibile passare ad es. a una riabilitazione neurologica (BA.1) e a partire da quel momento si può quindi indicare il relativo codice (o, se è il caso, anche un codice della categoria a tre caratteri BB.1-).



Domanda 2: Si possono codificare contemporaneamente la riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica (93.89.1-) e la riabilitazione geriatrica acuta (93.89.9-)?
Risposta 2: No, si tratta di due tipi di riabilitazione precoce/acuta differenti per i quali sono disponibili codici CHOP diversi. Nello stesso lasso di tempo può essere effettuata o l'una o l'altra prestazione.

0812 01.07.2020 Sistema di protezione da embolia e TAVI
Il codice 39.C5 «Impiego di sistema di protezione da embolia» può essere utilizzato nel quadro di un impianto transcatetere di valvola aortica (TAVI) anche se rientra nella categoria a 3 cifre 39.C- «Informazioni supplementari sugli stents impiantati».

0813 01.07.2020 Rilevazione del numero di stents e stent grafts impiantati

Questa precisazione è articolata come segue:

- rilevazione del numero di stent grafts aortici
- rilevazione del numero di stent grafts impiantati nell'arteria iliaca, nelle vene profonde, nei vasi addominali e viscerali
- rilevazione del numero di stents impiantati per via (percutanea) transluminale
- rilevazione del numero di stents impiantati nelle arterie coronarie
- rilevazione del numero di stents impiantati nell'ambito di caso stazionario sia nelle arterie coronarie sia in altri vasi
- ragione dell'indicazione del numero complessivo di stents o stent grafts impiantati nell'ambito di caso stazionario

I codici indicati negli esempi di seguito riportati si riferiscono agli stent e agli stent grafts impiantati. La codifica va completata in funzione del caso stazionario.

Rilevazione del numero di stent grafts aortici

Gli stent grafts aortici sono rappresentati nelle sottocategorie 39.71.- «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale» e 39.73.- «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta toracica e toracoaddominale».

In entrambe le sottocategorie figurano la seguente «Nota»:
«Qualora vengano impiantati più stent grafts (protesi stent) nell'aorta […] ciascun impianto va codificato separatamente.»
e il seguente «Codificare anche»:
«Numero di stent grafts (protesi stent) aortici impiantati (39.78.6-)»

Per i codici da 39.71.21 a 39.71.25, da 39.73.31 a 39.71.35, nonché da 39.73.41 a 39.73.45 va osservata la nota per il rilevamento delle prestazioni e la fatturazione «Integrazione all'attribuzione dei codici CHOP 2020 "Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nell'aorta addominale / toracica / toracoaddominale, …" da 39.71.21 a -.25 e da 39.73.31 a -.35 e da 39.73.41 a -.45», pubblicata sul sito Internet di SwissDRG SA al seguente link:
http://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/swissdrg/nota-il-rilevamento-dei-prestazioni

Esempio 1
Caso: Due stent grafts, ciascuno con un'apertura, vengono impiantati nell'aorta addominale nel corso di un intervento in ambito stazionario.
Codifica:
Va indicato due volte il codice 39.71.22 «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale, con 1 apertura».
Per una corretta attribuzione nell'interfaccia Grouper SwissDRG si deve codificare in aggiunta la classe residua 39.71.09 «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale, altro».
Al termine della degenza vanno sommati gli stent grafts impiantati nell'aorta toracica, toracoaddominale e addominale e va indicato il corrispondente codice supplementare del gruppo di elementi 39.78.6-, in questo caso il 39.78.61 «2 stent grafts aortici impiantati».

Esempio 2
Caso: Uno stent graft senza apertura viene impiantato nell'aorta addominale nel corso di un primo intervento il giorno X. Durante un secondo intervento il giorno Y, viene impiantato uno stent graft con un'apertura nell'aorta addominale. Entrambi gli interventi si svolgono in ambito stazionario.
Codifica:
Il codice 39.71.21 «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale, senza apertura» va indicato una volta per il giorno X.
Il codice 39.71.22 «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale, con 1 apertura» va indicato una volta per il giorno Y.
Per una corretta attribuzione nell'interfaccia Grouper SwissDRG si deve codificare in aggiunta la classe residua 39.71.09 «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale, altro», una volta per il giorno X e una volta per il giorno Y.
Al termine della degenza vanno sommati gli stent grafts impiantati nell'aorta toracica, toracoaddominale e addominale. Il corrispondente codice supplementare del gruppo di elementi 39.78.6-, in questo caso il 39.78.61 «2 stent grafts aortici impiantati», va indicato con la data dell'ultimo intervento.

Esempio 3
Caso: Uno stent graft con due aperture viene impiantato nell'aorta toracoaddominale.
Codifica:
Va indicato una volta il codice 39.73.43 «Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nell'aorta toracoaddominale, con 2 aperture».
Per una corretta attribuzione nell'interfaccia Grouper SwissDRG si deve codificare in aggiunta, una volta, la classe residua 39.73.09 «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta toracica e toracoaddominale, altro» alla data di intervento.
Nel corso dell'intera degenza stazionaria è stato impiantato un unico stent graft aortico. Non va dunque indicato alcun codice supplementare del gruppo di elementi 39.78.6- «Numero di stent grafts (protesi stent) aortici impiantati».

Esempio 4
Caso: Alla stessa data di intervento vengono impiantati uno stent graft con un'apertura nell'aorta toracica e uno stent graft senza apertura nell'aorta addominale. I due stent grafts non sono collegati tra loro.
Codifica:
Il codice 39.73.32 «Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nell'aorta toracica, con 1 apertura» va indicato una volta alla data di intervento.
Il codice 39.71.21 «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale, senza apertura» va indicato una volta alla data di intervento.
Per una corretta attribuzione nell'interfaccia Grouper SwissDRG si devono indicare alla data di intervento entrambe le classi residue 39.73.09 «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta toracica e toracoaddominale, altro» e 39.71.09 «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale, altro».
Va infine indicato il codice supplementare 39.78.61 «2 stent grafts aortici impiantati».

Rilevazione del numero di stent grafts impiantati nell'arteria iliaca, nelle vene profonde, nei vasi addominali e viscerali
Va osservata la nota per il rilevamento delle prestazioni e la fatturazione «Integrazione alla codifica dei codici CHOP 2020 "Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) in altri vasi, NAS, altro (altre classi) e livello iliaco" 39.7A.00, 39.7A.09, 39.7A.11-39.7A.16, 39.7A.21» di cui al seguente link:
http://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/swissdrg/nota-il-rilevamento-dei-prestazioni.

La nota in questione non si applica ai codici 39.7A.31, 39.7A.32 e 39.7A.41.

In caso di impianto di stent grafts senza diramazioni a livello iliaco, il numero di stent grafts è combinato nello stesso codice dell'intervento e del materiale (vedi esempi 1, 2 e 3). I codici del gruppo di elementi 39.7A.1- «Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nelle arterie del bacino, livello iliaco, senza diramazioni, secondo il numero di protesi stent» vanno indicati per data di intervento.

Per gli stent grafts impiantati in vene profonde e altri vasi addominali e viscerali, il numero di stent grafts non figura invece direttamente nel codice; ciò significa che in caso di impianto di più stent grafts, ciascuno di questi va codificato separatamente (vedi esempi 4 e 5).

Non esiste un codice per l'indicazione degli stent grafts complessivamente impiantati nell'arteria iliaca e in altri vasi diversi dall'aorta.

Esempio 1
Per codificare l'impianto di tre stent grafts senza diramazioni nell'arteria iliaca nel corso di un intervento, va indicato una volta il codice 39.7A.13 «Impianto endovascolare, livello iliaco, 3 protesi stent, senza diramazione» e una volta il 39.29.00 «Altri shunt o bypass vascolari (periferici), NAS» per la data di intervento.

Esempio 2
Per codificare, nell'ambito di una degenza stazionaria, l'impianto di uno stent graft senza diramazione nell'arteria iliaca nel corso di un primo intervento il giorno X e quello di un ulteriore stent graft senza diramazione sempre nell'arteria iliaca nel corso di un secondo intervento il giorno Y, va indicato il codice 39.7A.11 «Impianto endovascolare, livello iliaco, 1 protesi stent, senza diramazione» una volta il giorno X e una volta il giorno Y. In aggiunta, secondo la nota per il rilevamento delle prestazioni e la fatturazione, va indicato il codice 39.29.00 «Altri shunt o bypass vascolari (periferici), NAS» una volta il giorno X e una volta il giorno Y.

Esempio 3
Per codificare l'impianto di uno stent graft (protesi stent) nell'arteria iliaca interna sinistra nel corso di un intervento e di uno stent graft nell'arteria iliaca interna destra nel corso dello stesso intervento, va riportato due volte il codice 39.7A.11 «Impianto endovascolare, livello iliaco, 1 protesi stent, senza diramazione», una volta con l'indicazione di lateralità sinistra e una volta con l'indicazione di lateralità destra.

Esempio 4
Per codificare l'impianto di due stent grafts nella vena cava alla stessa data di intervento, va indicato due volte il codice 39.7A.31 «Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nella vena cava».

Esempio 5
Per codificare l'impianto di due stent grafts nella vena cava, una alla data di intervento X e uno alla data di intervento Y, per ciascuna delle due date va indicato una volta il codice 39.7A.31 «Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nella vena cava».

Rilevazione del numero di stents impiantati per via (percutanea) transluminale
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».

Rilevazione del numero di stents impiantati nelle arterie coronarie
L'impianto di stents nelle arterie coronarie va codificato tramite le sottocategorie 36.03.- «Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto» e 36.08.- «Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale».
I codici vanno indicati per intervento (un numero di volte pari agli impianti effettuati) e in base al tipo di stent utilizzato.

Se nel corso di un intervento vengono p. es. impiantati stents con liberazione di sostanza medicamentosa in più arterie coronarie, va indicato il codice con l'indicazione «in più arterie coronarie» un numero di volte pari agli stents di questo tipo impiantati.
Non vi sono codici specifici per il numero complessivo di stents impiantati nelle arterie coronarie. Il «Codificare anche» «Numero di stents impiantati (39.C1.-)» di cui alle sottocategorie 36.03.- e 36.08.- va soppresso.

Esempio 1
Caso: Il giorno X viene impiantato in un'arteria coronaria uno stent con liberazione di sostanza medicamentosa per via percutanea transluminale. Il giorno Y vengono impiantati in un'arteria coronaria due stents con liberazione di sostanza medicamentosa per via chirurgica a cielo aperto.
Codifica:
Va indicato una volta il codice 36.08.21 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria».
Va indicato due volte il codice 36.03.51 «Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria».

Esempio 2
Caso: Il giorno X viene impiantato in un'arteria coronaria uno stent autoespandente. Il giorno Y viene impiantato in un'altra arteria coronaria uno stent autoespandente.
Codifica:
Il codice 36.08.23 «Impianto percutaneo transluminale di stents autoespandenti con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria» va indicato due volte con date di intervento differenti.

Esempio 3
Caso: Viene effettuata, in un unico intervento, un'angioplastica coronarica transluminale percutanea con impianto di 4 stents (2 nell'arteria discendente anteriore, 1 nell'arteria circonflessa, 1 nell'arteria coronaria destra) tutti con liberazione di sostanza medicamentosa.
Codifica:
Va indicato quattro volte il codice 36.08.22 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie».

Esempio 4
Caso: Viene effettuata, in un unico intervento, un'angioplastica coronarica transluminale percutanea con impianto di 4 stents (1 con liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria discendente anteriore, 2 bar metal stents nell'arteria coronaria destra, 1 autoespandente con liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria circonflessa).
Codifica:
Per l'arteria discendente anteriore, va indicato una volta il codice 36.08.21 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria».
Per l'arteria coronaria destra va indicato due volte il codice 36.08.13 «Impianto percutaneo transluminale di stents autoespandenti senza liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria» e una volta il codice supplementare 39.C2.12 «Bare metal stent».
Per l'arteria circonflessa va indicato una volta il codice 36.08.23 «Impianto percutaneo transluminale di stents autoespandenti con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria».

Rilevazione del numero di stents impiantati nell'ambito di caso stazionario sia nelle arterie coronarie sia in altri vasi
Non è consentito addizionare il numero degli stents impiantati nelle arterie coronarie con quello degli stents impiantati in vasi sanguigni periferici.
Va utilizzato un codice supplementare della sottocategoria 39.C1.- «Numero di stents impiantati» solo per indicare la somma degli stents impiantati in vasi sanguigni periferici nell'ambito dell'intero caso.

Esempio 1
In un primo intervento il giorno X: angioplastica coronarica transluminale percutanea con impianto di 4 stents (2 nell'arteria discendente anteriore, 1 nell'arteria circonflessa, 1 nell'arteria coronaria destra) tutti con liberazione di sostanza medicamentosa.
In un secondo intervento il giorno X: angioplastica percutanea transluminale con impianto di 1 stent senza liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria femorale.

Il giorno X vanno indicati:
Quattro volte il codice 36.08.22 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie»,
Il codice appropriato della sottocategoria 39.50.- «Angioplastica o aterectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i)»,
una volta il codice 39.B1.G1 «Impianto (percutaneo) transluminale di stents senza liberazione di sostanza medicamentosa, arterie della coscia»
e il codice 39.C1.11 «1 stent impiantato»

Esempio 2
In un primo intervento il giorno X: angioplastica coronarica transluminale percutanea con impianto di 4 stents (2 nell'arteria discendente anteriore, 1 nell'arteria circonflessa, 1 nell'arteria coronaria destra) tutti con liberazione di sostanza medicamentosa.
In un secondo intervento il giorno Y: angioplastica percutanea transluminale con impianto di 1 stent senza liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria femorale.

Il giorno X vanno indicati:
Quattro volte il codice 36.08.22 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie»
e il codice appropriato della sottocategoria 39.50.- «Angioplastica o aterectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i))».

Il giorno Y vanno indicati:
Una volta il codice 39.B1.G1 «Impianto (percutaneo) transluminale di stents senza liberazione di sostanza medicamentosa, arterie della coscia»
e il codice 39.C1.11 «1 stent impiantato».

Ragione dell'indicazione del numero complessivo di stents o stent grafts impiantati nell'ambito di caso stazionario
Analogamente alla logica adottata per i bypass per rivascolarizzazione (vedi 36.1C.- «Bypass per rivascolarizzazione cardiaca, secondo il numero totale»), i codici del gruppo di elementi 39.78.6- «Numero di stent grafts (protesi stent) aortici impiantati» e della sottocategoria 39.C1.- «Numero di stents impiantati» servono a identificare i casi di impianto di più stent grafts aortici o stents periferici.
I codici del gruppo di elementi 39.78.6- per gli stent grafts aortici e quelli della sottocategoria 39.C1.- per gli stents periferici (esclusi gli stents coronarici) sono inoltre rilevanti per l'attribuzione nell'interfaccia Grouper SwissDRG.

0814 01.07.2020 Rilevazione dell'impianto di stents ricoperti in arterie coronarie
Attualmente non esiste una codifica specifica per l'impianto di stents ricoperti in arterie coronarie e vanno quindi utilizzate le classi residue
36.03.09 Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto, altro
36.08. Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale, altro.

0815 01.07.2020 Utilizzo del codice 00.44 «Procedura su biforcazione di vasi sanguigni» con codici delle sottocategorie 36.03.- e 36.08.-
Il codice 00.44 «Procedura su biforcazione di vasi sanguigni» può essere utilizzato insieme a codici delle sottocategorie 36.03.- e 36.08.-.

0816 01.07.2020 Codifica dell'impianto di stents rivestiti con liberazione di sostanza medicamentosa in arterie coronarie

Per l'impianto di stents rivestiti con liberazione di sostanza medicamentosa nelle arterie coronarie vanno utilizzati i codici corrispondenti con l'indicazione «con liberazione di sostanza medicamentosa».

Per gli interventi eseguiti per via chirurgica a cielo aperto:

36.03.51 Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria

36.03.52 Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie

Per gli interventi eseguiti per via percutanea transluminale:

36.08.21 Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria

36.08.22 Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie

0817 01.07.2020 Utilizzo del codice 39.78.5- «Estremità dello stent graft (protesi stent) inferiore»

L'impiego di uno stent graft in un tratto va codificato come segue:

- 39.71.- E 39.78.5-
  OPPURE
- 39.73.4- E 39.78.5-.

L'impiego di uno stent graft aortico (che può terminare a livello aortico, mono-iliaco o bi-iliaco) e di uno o più stent grafts nelle arterie iliache, non collegati tra loro oppure modellati per l'attraversamento intraluminale, va codificato come segue:

- 39.71.- E 39.78.5- (estremità dello stent graft aortico e non dello stent graft iliaco modellato) E, a seconda del tipo di stent graft, 39.7A.1- o 39.7A.2-
  OPPURE
- 39.73.4- E 39.78.5- (estremità dello stent graft aortico e non dello stent graft iliaco modellato) E, a seconda del tipo di stent graft, 39.7A.1- o 39.7A.2-.

In caso di protesi vascolare bi-iliaca, costituita da una protesi vascolare aorto-mono-iliaca e da un ramo iliaco modellato, per questo stent graft modellato non va aggiunto il codice 39.7A.1- o 39.7A.2-. La codifica sarà quindi la seguente:

- 39.71.- E 39.78.53
  OPPURE
- 39.73.4- E 39.78.53-.

Eventuali ulteriori stent grafts iliaci impiantati vanno codificati in aggiunta.

0818 01.07.2020 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.

<table>
<tr><th colspan="7">Interventi multipli in un solo tempo operatorio su mani - Esempi</th></tr>
<tr><th colspan="2"></th><th colspan="2">Intervento</th><th colspan="3">00.9C.1 Interventi multipli in un solo tempo operatorio su raggi metacarpali e digitali</th></tr>
<tr><th>Caso</th><th>Descrizione</th><th>Codice intervento</th><th>Lateralità</th><th>Codice supplementare</th><th>Titolo</th><th>Lateralità</th></tr>
<tr><td>Caso 1</td><td>Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3">Nessun codice</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Caso 2</td><td rowspan="2">Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra
Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano destra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3" rowspan="2">Nessun codice</td></tr>
<tr><td>Codice dell'intervento di tipo B</td><td>Monolaterale destra</td></tr>
</table>

Caso 3	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra Intervento di tipo B al metacarpo, secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
		Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra			
Caso 4	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra Intervento di tipo B al dito del 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
		Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
Caso 5	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
Caso 6	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
Caso 7	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra Intervento di tipo B all'osso metacarpale del terzo raggio della mano sinistra Intervento di tipo C alle dita del terzo e quarto raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
		Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
		Codice dell'intervento di tipo C	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
Caso 8	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra Intervento di tipo B alle dita del secondo e terzo raggio della mano ~~sinistra~~ destra	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
		Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale destra
Caso 9	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra Intervento di tipo B al dito del secondo raggio della mano destra	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
		Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra	Nessun codice		

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 01.01.2020-30.06.2020 Conteggio degli stents**~~
Dal 1° luglio 2020 questa precisazione è sostituita dalla n. 0813.

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 partoriente o per il nascituro.

~~**0825 01.01.2020-30.06.2020 Codice supplementare 00.9C.- «Interventi in un solo tempo operatorio su mani o piedi»**~~
Dal 1° luglio 2020 questa precisazione è sostituita dalla n. 0818.

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.

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 famigliari 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.

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».

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 CO2, extracorporeo, veno-venoso → 37.69.7-
- D: un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, con pompa, con ossigenatore (rimozione di CO2 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_2→ 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 artroscopica» 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».

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 secondo 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 01.01.2018-30.06.2020 Registrazione di un CIRS con punteggio totale pari a 0**~~

La correzione del titolo del codice AA.21.11 «CIRS 0-4 punteggio totale» è stata inserita nelle informazioni supplementari sulla CHOP 2020, essendosi aggiunta un'ulteriore correzione del «Punto 3, rilevazione».

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».

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 «Sequele» 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.

0869 01.01.2016 Interventi di revisione senza sostituzione di impianto

Se durante un intervento di revisione vengono espiantati 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.

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

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 immaginografia 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'irradiamento durante l'irradiazione («radioterapia adattativa»).

Editore:	Ufficio federale di statistica (UST)
Informazioni:	Segreteria di codifica: 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 2020 Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte.

Prezzo:	gratuito
Download:	www.statistica.admin.ch (gratuito)