Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale di statistica UST
Divisione Salute e affari sociali

Circolare per codificatori: 2017 / N° 1

1 Nozioni generali

1.1

Per codificare tutti i ricoveri stazionari negli ospedali e nelle cliniche (comprese le cliniche di riabilitazione, psichiatriche e altre cliniche specializzate) con dimissioni dal 1° gennaio 2015 sono validi:

- il manuale di codifica versione 2017
- la circolare n. 1 del 2017 con allegato

Le regole pubblicate nel Manuale di codifica 2017 devono essere necessariamente applicate a tutti i dati codificati dagli stabilimenti ospedalieri prima della loro trasmissione all'Ufficio federale di statistica ai fini della statistica medica.

Secondo l'ordinanza del 30 giugno 1993 sulle rilevazioni statistiche, l'UST è responsabile di elaborare ogni anno le direttive per tutti i partecipanti alla rilevazione. Ciò concerne in particolare il Manuale di codifica e le classificazioni valide che devono essere utilizzate per registrare le diagnosi e i trattamenti. Di conseguenza, i partecipanti alla rilevazione (gli stabilimenti ospedalieri) sono tenuti per legge a utilizzare le classificazioni valide indicate dalle direttive dell'UST e il Manuale di codifica. Se questa non è ancora la pratica seguita, è necessario cambiare immediatamente il modo di procedere. È vietato l'uso di altri manuali di codifica (p. es. il manuale italiano o altri manuali interni dell'ospedale).

Novità: estratto per la psichiatria del manuale di codifica medica per la psichiatria, versione 2017
Secondo l'articolo 49 della legge federale sull'assicurazione malattie, per la rimunerazione di prestazioni stazionarie in ambito psichiatrico occorre utilizzare un sistema tariffale unico a livello nazionale che si rifaccia alle prestazioni.

L'introduzione vincolante della struttura tariffale nell'ambito della psichiatria degli adulti è prevista per il 1° gennaio 2018. Nel quadro dell'introduzione del nuovo sistema tariffale vengono apportati diversi adeguamenti agli strumenti di codifica (ad es. classificazioni e regole di codifica). Le scale di valutazione HoNOS e HoNOSCA sono già state inserite nella versione 2017 della Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP; codici 94.A-HoNOS e HoNOSCA). È altresì stato elaborato un «Estratto per la psichiatria del manuale di codifica medica, versione 2017». Questo documento si compone di estratti delle regole del manuale di codifica medico attualmente in vigore (2017) che risultano particolarmente rilevanti per la codifica dei casi psichiatrici. Sono stati aggiunti anche esempi concreti concernenti diagnosi e trattamenti psichiatrici. Per il resto valgono le regole di codifica ufficiali in vigore in Svizzera.

1.2

Le classificazioni valide dal 1° gennaio 2017 sono l'ICD-10-GM 2016 e la CHOP 2017. È responsabilità del codificatore conoscere il contenuto delle classificazioni e tenere conto delle modifiche e delle no-vità apportate alle varie versioni.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

1.3

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

1.4

Informazioni e precisazioni saranno pubblicate mediante circolari (pubblicate il 31 dicembre 2016 e il 30 giugno 2017, da applicare alle codifiche di tutti i casi con dimissioni dal 1° gennaio 2017 e dal 1° luglio 2017). Tali documenti sono informazioni ufficiali dell'UST e vanno presi in considerazione per ulteriore codifiche.

A partire dal 2017 le informazioni e precisazioni non saranno più pubblicate sotto forma di FAQ, bensì come allegato alla circolare per l'anno in questione. Le FAQ degli anni precedenti sono disponibili in formato PDF sul nostro sito Internet, unitamente alle circolari.

1.5

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

Anche le divergenze di codifica devono essere inviate a CodeInfo@bfs.admin.ch (con copia a all'altra parti), con la documentazione **anomizzate** completa del paziente, le argomentazioni e la codifica di entrambe le parti.

Domande presentate senza la necessaria documentazione e non verrà nemmeno inviata una comunicazione.

2 Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2017

2.1 Regola D03 versus G52

Spiegazione del secondo paragafo
Questa sequenza di codifica dell'eziologia/manifestazione vale solo per il sistema dei codici daga (†)-asterisco (*). Di conseguenza, la regola G52 per la diagnosi principale non sottostà a nessuna limitazione in termini di sequenza dei codici delle eziologie e delle manifestazioni al di fuori del sistema daga (†)-asterisco (*).

Poiché spesso questo punto non era chiaro per tutti, per migliorarne la comprensione forniamo due esempi sulla scelta della diagnosi principale al di fuori del sistema daga (†)-asterisco (*), ovvero secondo G52.

1) Disturbi cronici alla schiena a causa di ipertrofia mammaria. Ospedalizzazione per una mammoplastica riduttiva. In questo caso non si tratta del sistema daga (†)-asterisco (*).
DP Ipertrofia della mammella
DS Dorsalgia (soltanto se sono soddisfatti i criteri di G54)
TP Mammaplastica riduttiva

2) Apnea ostruttiva del sonno in caso di iperplasia delle tonsille. Ospitalizzazione per una tonsillectomia. In questo caso non si tratta del sistema daga (†)-asterisco (*).
DP Ipertrofia delle tonsille
DS Apnea del sonno (soltanto se sono soddisfatti i criteri di G54)
TP Tonsillectomia

2.2 Correzione regola S1001

Questa regola vale solo per pazienti con ventilazione meccanica a domicilio attraverso tracheostomia.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

- Nel caso particolare di pazienti con ventilazione meccanica a domicilio attraverso tracheostomia, bisogna procedere in modo analogo alla regola per i pazienti in cure intensive che ricevono una ventilazione meccanica tramite sistemi a maschera. Ciò significa che vanno registrati i tempi di ventilazione, se si tratta di un «paziente con assistenza medica intensiva» (UCI riconosciute).

Non si menziona più il termine «maschera».

2.3 Regola S1505

Sotto «Parto vaginale singolo spontaneo» viene specificato:
Ogni nascita spontanea va indicata con il codice *73.59 Altra assistenza manuale al parto*.

Il termine «spontaneo» si riferisce alla nascita e non all'inizio dell'attività contrattile / al travaglio, che può essere spontaneo o indotto. Tutti i parti vaginali senza estrazione strumentale vengono pertanto codificati con *73.59 Altra assistenza manuale al parto*.

2.4 Regola S1604

Chiarimento della regola «Profilassi postesposizione su neonati sani»
Per codificare le profilassi postesposizione eseguite dopo la nascita su neonati sani si utilizza, a seconda dell'indicazione, il codice *Z20.- Contatto con esposizione a malattia trasmissibili*.

Impiego di risorse mediche > 0 è codificato. In caso di neonato senza profilassi non vi è nessuna codifica.

Esempio: codifica del neonato se la madre è positiva allo streptococco B.
- Senza impiego di risorse mediche > 0: nessuna codifica.
  Un monitoraggio più o meno intenso è compreso nella routine di *Z38.- Nati vivi secondo il luogo di nascita*.
- Con impiego di risorse mediche > 0:
  - profilassi postesposizione (antibiotici): *Z20.8* + *B95.1*;
  - bambino con patologia infettiva: la patologia + il codice *P00.8 Feto e neonato sofferenti per altre condizioni materne*, il quale specifica che la patologia codificata in precedenza è stata causata dalla condizione in cui si trova la madre.

Promemoria: codifica della madre come portatrice di streptococco B:
- streptococco B senza impiego di risorse mediche > 0: nessuna codifica;
- streptococco B con impiego di risorse mediche > 0 (antibiotici): *Z22.3* + *B95.1*

3 Informazioni supplementari sulla CHOP 2017

3.1 Codifiche analogiche

Riguarda le tre versioni linguistiche.

- L'insufficienza della valvola mitrale – trattamento con una banda cardio
- Flow Diverter (incluso Medina Embolization Device)

Il 26 settembre 2016, d'intesa con l'UST, SwissDRG ha pubblicato una codifica analogica.
Le codifiche analogiche devono essere applicate in modo uniforme e obbligatorio fino allo stabilimento di codifiche differenziate relativo a una procedura di domanda ordinaria. Queste codifiche analogiche sono valide a partire dalla pubblicazione e pertinenti per eventuali revisioni di codifiche.
http://www.swissdrg.org/fr/Analogiekodierung/Analogiekodierung.asp?navid=38&fileSsi=/de/Analogiekodierung/Analogiekodierung.asp

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

3.2 Errore nell'Introduzione della CHOP 2017 – Indice sistematico

Riguarda solo la versione tedesca cartacea e in formato PDF – vedi: Rundschreiben 2017/N°1 DE.

3.3 Utilizzo di impianti e modelli personalizzati predisposti (00.9A.6-)

La modifica dei titoli 00.9A.60 e 00.9A.69 riguarda la versione tedesca.
La modifica del titolo 00.9A.63 riguarda le tre versioni linguistiche.
«Collocare l'incisione» viene sostituito con «navigazione (comprende: incisione, trapanazione, posizionamento)».
La nota viene completata con «per correzione di fratture e osteosintesi».

00.9A.63 Utilizzo di modelli personalizzati fabbricati prima dell'intervento sulla base di ricostruzioni tridimensionali di immagini per navigazione (comprende: incisione, trapanazione, posizionamento)
Nota:
In caso di osteotomie per correzione di malposizioni, per posizionamento di protesi, per resezione di tumore o per correzione di fratture e osteosintesi.

3.4 Generatore d'impulsi di neurostimolatore periferico (04.95.13)

Riguarda la versione italiana.
Per errore, il testo del codice è in francese. Il titolo corretto è:

04.95.13 Impianto o sostituzione di generatore d'impulsi di neurostimolatore periferico, sistema a più elettrodi, ricaricabile

3.5 Correzione di «Codificare anche» sotto 37.35

Riguarda la versione francese – vedi: Circulaire 2017/1.

3.6 Correzione di «Codificare anche» sotto 39.72.-

Riguarda le tre versioni linguistiche.
«Codificare anche» viene cancellato sotto il codice a quattro cifre e viene specificato soltanto sotto il codice specifico a sei cifre in questione.

39.72 Riparazione o occlusione endovascolare dei vasi della testa e del collo
~~Codificare anche: Numero di spirali metalliche per embolizzazioni selettive (00.4A)~~

39.72.11 Embolizzazione selettiva di vasi intracranici con particelle o spirali metalliche
Codificare anche: Embolizzazione selettiva di vasi extracranici del capo e del collo con particelle o spirali metalliche (00.4A.-)

39.72.21 Embolizzazione selettiva di vasi extracranici del capo e del collo con particelle o spirali metalliche
Codificare anche: Embolizzazione selettiva di vasi extracranici del capo e del collo con particelle o spirali metalliche (00.4A.-)

3.7 Correzione del titolo 39.72.13

Riguarda le tre versioni linguistiche.
Nel titolo 39.72.13 il termine «stent(s)» deve essere cancellato. Il nuovo titolo è:

39.72.13 Embolizzazione selettiva di vasi intracranici mediante deviatori di flusso

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

3.8 Altra esofago-enteranastomosi intratoracica (42.54)

Riguarda la versione tedesca e francese. Vedi: Rundschreiben 2017/1 e Ciculaire 2017/1.

3.9 Resezione ileocecale, chirurgica a cielo aperto (45.72.11)

Riguarda la versione francese e italiana – vedi anche: Circulaire 2017/1.
Il titolo va corretto come segue:

45.72.11 Resezione ileocecale, chirurgica a cielo aperto

3.10 Anastomosi tenue-retto

Riguarda la versione francese – vedi: Circulaire 2017/1.

3.11 Cancellazione della descrizione complementare sotto 45.94

Riguarda solo la versione tedesca – vedi: Rundschreiben 2017/1.

3.12 Appendicectomia incidentale 47.12

Riguarda la versione francese – vedi: Circulaire 2017/1.

3.13 Correzione del titolo 53.89

Riguarda le tre versioni linguistiche.
Il titolo deve essere completato con «e toracoaddominale».

53.89 Riparazione di ernia diaframmatica, per via toracica e toracoaddominale, altro

3.14 Biopsia dell'ovaio per via laparoscopica

Riguarda le tre versioni linguistiche.
L'esclusione seguente va cancellata sotto 65.29, poiché per la Biopsia dell'ovaio per via laparoscopica viene utilizzato il codice 65.13.

65.29 Altra asportazione o distruzione locale dell'ovaio
Escl.: Biopsia dell'ovaio (65.11-65.13)
~~Biopsia dell'ovaio per via laparoscopica (65.25)~~

3.15 Altra riparazione ossea della faccia e chirurgia ortognatica (76.6-)

Riguarda le tre versioni linguistiche.
I codici 76.6- possono essere completati con il codice relativo alla procedura di osteosintesi eseguita. Spiegazione: sotto 76.6 viene inserito il seguente «Codificare anche»:

76.6 Altra riparazione ossea della faccia e chirurgia ortognatica
Codificare anche:
Procedura di osteosintesi dopo osteotomia, per innesto o trasposizione ossea (78.50.2-)

L'esclusione sotto 78 «Altri interventi sulle ossa ad eccezione di quelle facciali» riferita ai codici 76.- deve essere cancellata.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

78 Altri interventi sulle ossa ad eccezione di quelle facciali

~~Escl.: Interventi sulle ossa e articolazioni facciali (76.01-76.99)~~

3.16 Doppioni: Osteosintesi con sistema interno di allungamento o trasporto osseo (78.50.2F, 78.50.2G)

Riguarda le tre versioni linguistiche.
I codici 78.50.2F e 78.50.2G sono doppioni dei codici 84.53.10 e 84.53.11. I codici 78.50.2F e 78.50.2G non saranno presenti nella CHOP 2018. Nel 2017 i codici 78.50.2F e 78.50.2G non dovranno più essere utilizzati. Devono essere invece utilizzati i codici 84.53.10 «Impianto di sistema interno di allungamento o trasporto di ossa non motorizzato» e 84.53.11 «Impianto di sistema interno di allungamento o trasporto di ossa motorizzato».

~~**78.50.2F Osteosintesi con sistema interno di allungamento o trasporto osseo non motorizzato, dopo osteotomia, per innesto o trasposizione ossea**~~
~~**78.50.2G Osteosintesi con sistema interno di allungamento o trasporto osseo motorizzato, dopo osteotomia, per innesto o trasposizione ossea**~~

Sotto 78.3 viene aggiunto il seguente riferimento ai codici 84.53.- («Codifica anche»):

78.3 Interventi di allungamento delle ossa degli arti
Codificare anche:
Impianto di dispositivo interno di allungamento di ossa degli arti con trazione cinetica (84.53.-)

3.17 Doppione «Tenosinoviectomia della mano» (80.74.11)

Riguarda le tre versioni linguistiche.
Nel 2018 il codice 80.74.11 sarà cancellato in quanto si tratta di un doppione del codice 82.33. Nel 2017 il codice 80.74.11 non dovrà più essere utilizzato.

80.74 Sinoviectomia della mano e delle dita della mano
~~**80.74.11 Sinoviectomia dei tendini e delle guaine tendinee della mano e delle dita della mano**~~

82.33 Altra tendinectomia della mano
Tenosinoviectomia della mano

3.18 Correzione del riferimento sotto 81.52.5B

Riguarda solo la versione tedesca – vedi: Rundschreiben 2017/1.

3.19 Correzione del riferimento sotto 82.3

Riguarda la versione francese e italiana – vedi anche: Circulaire 2017/1.
Il riferimento all'esclusione deve essere adeguato come segue:

82.3 Altra asportazione dei tessuti molli della mano
Escl.: Plastica con lembo su pelle e tessuto sottocutaneo (86.7-)

3.20 Sbrigliamento chirurgico in anestesia regionale o generale (86.2A.-)

Riguarda le tre versioni linguistiche.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Un codice del gruppo 86.2A.- può essere utilizzato soltanto se lo sbrigliamento chirurgico viene eseguito sotto anestesia in una sala operatoria oppure sotto anestesia in un'unità di cure intensive riconosciuta dalla SSMI. Pertanto la nota deve essere completata come segue:

86.2A **Sbrigliamento chirurgico di ferita, infezione o ustione per mezzo di asportazione di tessuto malato in anestesia regionale o generale**

Nota:
I codici di questa sottocategoria possono essere utilizzati in caso di rimozione chirurgica per mezzo di asportazione di tessuto devitalizzato, necrosi, massa necrotica di cute e tessuto sottocutaneo fino alla zona del tessuto vitale in anestesia (regionale o generale).
Un codice della sottocategoria 86.2A.- può essere utilizzato soltanto se lo sbrigliamento chirurgico viene eseguito sotto anestesia in una sala operatoria oppure sotto anestesia in un'unità di cure intensive riconosciuta dalla Società svizzera di medicina intensiva (SSMI).
La semplice anestesia superficiale non consente di utilizzare questi codici. Questi codici possono essere impiegati anche in caso di analgesia di origine neurologica (ad esempio a seguito di ustione).
Un ulteriore presupposto per l'utilizzo di questi codici è la presenza di una ferita (interruzione di origine traumatica o non traumatica della continuità del tessuto corporeo con o senza perdita di sostanza). In assenza di ferita, va codificata l'asportazione di tessuto malato.

3.21 Correzione del titolo 86.2A.-

Riguarda la versione francese – vedi: Circulaire 2017/1.

3.22 Operatori di sistema per terapia a pressione negativa 86.88.I

Riguarda la versione francese – vedi: Circulaire 2017/1.

3.23 Adeguamento dei requisiti minimi sotto 93.86.-

Riguarda le tre versioni linguistiche.
I requisiti minimi punto 4 sotto 93.86.- «Riabilitazione precoce interdisciplinare, secondo il numero di giorni di trattamento» deve essere adeguato come segue:

Requisiti minimi punto 4, team di trattamento:
Il trattamento ha luogo nel quadro di una struttura organizzativa multidisciplinare, sotto la direzione di un medico, impiegato fisso per almeno il 70% presso l'ospedale fornitore di prestazione e specializzato in uno dei campi seguenti: medicina fisica e riabilitazione, neurologia, medicina interna generale, cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, pediatria, neuropediatria, reumatologia, ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore oppure chirurgia generale e traumatologia. Lo specialista capo deve avere almeno tre anni di esperienza nella riabilitazione precoce.
~~Il trattamento avviene nell'ambito di una struttura organizzativa multidisciplinare sotto la direzione di un medico specialista impiegato a tempo indeterminato con almeno tre anni di esperienza nella riabilitazione precoce. È garantita in qualsiasi momento una rappresentanza specialistica.~~
Almeno il 50% del personale di cura del team di trattamento è diplomato (infermiera/infermiere dipl. SSS o titolo estero equivalente), incluso il responsabile di turno; almeno una persona per turno ha esperienza specifica di tracheostomia o di sistemi di derivazione forzata (ossia corsi di formazione interni regolari documentati o attestato di specializzazione IMC / IPS / anestesia). Se sono sottoposti a riabilitazione precoce pazienti tracheotomizzati in età pediatrica, va impiegata una persona per turno con esperienza specifica di tracheostomia. Inoltre, il team di trattamento di riabilitazione precoce include terapeuti in possesso di un titolo di formazione professionale conforme alle direttive in materia per l'organo specifico. Il team di riabilitazione precoce segue un programma formativo che prevede una formazione continua specifica in campo riabilitativo di almeno 1 ora alla settimana.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

3.24 Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, 93.89.1-

Riguarda le tre versioni linguistiche.
Il punto 3 dei requisiti minimi al codice 93.89.1- deve essere adeguato come segue:

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

Requisiti minimi punto 3, terapia: Cure di attivazione e accompagnamento terapeutico da parte di personale infermieristico con formazione specifica nel campo della riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica - Disponibilità ~~e impiego~~ dei seguenti settori terapeutici: fisioterapia/ginnastica medica, terapia fisica, ergoterapia, neuropsicologia, logopedia/terapia facio-orale ~~e/o~~ - cure a scopo terapeutico (rieducazione all'igiene personale, al vestirsi, all'alimentarsi, alla continenza, all'orientamento, alla deglutizione, gestione della tracheostomia, misure di isolamento, ecc.).
Viene fatto ricorso ad almeno due dei settori terapeutici di cui sopra. Il ricorso ai settori terapeutici ha luogo in varie combinazioni adattate al paziente per una media di almeno 300 minuti al giorno (in caso di impiego simultaneo di due o più collaboratori possono essere sommati i minuti di lavoro dei singoli collaboratori) nel corso della riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica. All'occorrenza può essere eseguita in aggiunta una consulenza e terapia dietetica.

3.25 Trattamento medico palliativo complesso (93.8A.2-) e Cure palliative specializzate (93.8A.3-)

Riguarda le tre versioni linguistiche.
I requisiti minimi sotto 93.8A.2- devono essere adeguati come segue

93.8A.2- Trattamento medico palliativo complesso, secondo il numero di giorni di trattamento

Requisiti minimi punto 1, indicazione: *nessuna modifica*
Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione: *nessuna modifica*

Requisiti minimi punto 3, team di trattamento e terapia:
a) Team di trattamento diretto da un medico specialista con perfezionamento specifico in medicina palliativa (almeno 80 ore) o da un medico specialista in possesso di un attestato FMH di formazione interdisciplinare di medicina palliativa.

~~b) Cure di attivazione e accompagnamento terapeutico da parte di personale infermieristico specificamente istruito in questo settore.~~

c) -> b) Team di trattamento multidisciplinare, nel quale oltre all'assistenza medica e infermieristica sono impiegati i seguenti settori terapeutici: assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, assistenza spirituale, arteterapia, consulenza e terapia dietetica. 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.

~~d) Sostegno e accompagnamento mediante colloqui regolari e documentati con il paziente e i familiari, che possono essere condotti da tutti i gruppi professionali all'interno del team di trattamento. - Eventualmente misure appropriate per i bambini della sfera familiare.~~

Requisiti minimi punto 4, pianificazione e controllo della terapia:
Allestimento di un piano individuale di trattamento interprofessionale. - Riunione ~~almeno~~ settimanale del team interprofessionale con documentazione dei risultati ottenuti e degli ulteriori obiettivi terapeutici.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Requisiti minimi punto 5, pianificazione della dimissione:
~~Eventuale~~ Pianificazione della dimissione con organizzazione di una rete di supporto.

I requisiti minimi definitivi di 93.8A.2- «Trattamento medico palliativo complesso, secondo il numero di giorni di trattamento» sono quindi:

93.8A.2- Trattamento medico palliativo complesso, secondo il numero di giorni di trattamento

Requisiti minimi punto 1, indicazione:
Trattamento attivo e completo per il controllo dei sintomi e la stabilizzazione psicosociale del paziente con malattia progressiva in stadio avanzato e speranza di vita limitata eseguito in una stanza appropriata alle condizioni generali del paziente. Processo decisionale previdente e adeguato alla situazione con eventuale coinvolgimento di specialisti.

Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:
Esecuzione di una valutazione di base medico palliativa standardizzata.

Requisiti minimi punto 3, team di trattamento e terapia:
a) Team di trattamento diretto da un medico specialista con perfezionamento specifico in medicina palliativa (almeno 80 ore) o da un medico specialista in possesso di un attestato FMH di formazione interdisciplinare di medicina palliativa.

b) Team di trattamento multidisciplinare, nel quale oltre all'assistenza medica e infermieristica sono impiegati i seguenti settori terapeutici: assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, assistenza spirituale, arteterapia, consulenza e terapia dietetica. 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.

Requisiti minimi punto 4, pianificazione e controllo della terapia:
Allestimento di un piano individuale di trattamento interprofessionale. - Riunione settimanale del team interprofessionale con documentazione dei risultati ottenuti e degli ulteriori obiettivi terapeutici.

Requisiti minimi punto 5, pianificazione della dimissione:
Pianificazione della dimissione con organizzazione di una rete di supporto.

I requisiti minimi sotto 93.8A.3- devono essere adeguati come segue:

93.8A.3 Cure palliative specializzate, secondo il numero di giorni di trattamento
Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento:
I criteri minimi precisi che deve soddisfare la struttura e le relative eccezioni sono descritti nel documento «Documento di riferimento per le cure palliative specializzate stazionarie», versione 3.0 del 31.12.2016. Link: https://www.palliative.ch/de/fachbereich/aktuell/grundlagendokumente/

Requisiti minimi punto 1, indicazione: *nessuna modifica*

Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione*: nessuna modifica*

Requisiti minimi punto 3, terapia: *l'intero requisito minimo punto 3 deve essere sostituito con:*
- Visita interprofessionale 5 giorni su 7;

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

- 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;
- Coinvolgimento attivo della cerchia familiare nelle valutazioni, nel piano di trattamento e nella valutazione del decorso della terapia;
- Sostegno ai familiari nell'elaborazione del lutto

Requisiti minimi punto 4, team di trattamento: *L'intero requisito minimo punto 4 deve essere sostituito con:*
a) Composizione e direzione del team: Team multidisciplinare/interprofessionale specializzato in cure palliative particolarmente impegnative e complesse diretto da un medico specialista con perfezionamento specifico in medicina palliativa (almeno 80 ore) o da un medico specialista in possesso di un attesta FMH di formazione interdisciplinare di medicina palliativa.
La direzione specialistica del trattamento può essere assicurata 24 ore su 24 ore mediante un servizio di picchetto.
b) Cure infermieristiche: Responsabile delle cure infermieristiche con attestato di specializzazione supplementare riconosciuta in cure palliative e almeno 6 mesi di esperienza di trattamento di pazienti di cure palliative
c) Team multidisciplinare che oltre all'assistenza medica e infermieristica dispone dei seguenti settori terapeutici: assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza e terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia.

Il requisito minimo punto 5 deve essere cancellato
~~Requisiti minimi punto 5, infrastruttura: I seguenti tipi di camera devono essere garantiti: offerta minima di 5 letti, Camere a uno o due letti, possibilità di pernottamento e sala di soggiorno per i famigliari, camera di protezione, camera di commiato.~~

Requisiti minimi punto 6 → punto 5 pianificazione e controllo della terapia:
- Visita interprofessionale di 5 giorni su 7 con documentazione dell'andamento del trattamento.
- Riunione ~~almeno~~ settimanale del team interprofessionale con documentazione dei risultati finora ottenuti e degli ulteriori obiettivi terapeutici.

Requisiti minimi punto 7 → punto 6, pianificazione della dimissione:
~~Eventuale~~ Pianificazione della dimissione con organizzazione di una rete di supporto.

I requisiti minimi definitivi di 93.8A.3- «Cure palliative specializzate, secondo il numero di giorni di trattamento» sono quindi:

93.8A.3 Cure palliative specializzate, secondo il numero di giorni di trattamento

Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento:
I criteri minimi precisi che deve soddisfare la struttura e le relative eccezioni sono descritti nel documento «Documento di riferimento per le cure palliative specializzate stazionarie», versione 3.0 del 31.12.2016. Link: https://www.palliative.ch/de/fachbereich/aktuell/grundlagendokumente/

Requisiti minimi punto 1, indicazione:
Trattamento continuo 24 ore su 24 in unità autonoma di cure palliative eseguito da un team multidisciplinare/interprofessionale specializzato in cure palliative particolarmente impegnative e complesse. Trattamento attivo e completo per il controllo dei sintomi e la stabilizzazione psicosociale del paziente con malattia progressiva in stadio avanzato e speranza di vita limitata. Processo decisionale previdente e adeguato alla situazione con eventuale coinvolgimento di specialisti.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:
Esecuzione di una valutazione di base medico palliativa standardizzata, compresa la definizio-ne della complessità e dell'instabilità.
Allestimento di un piano individuale di trattamento interprofessionale e definizione, in ordine di priorità, di obiettivi orientati alle esigenze del paziente (advance care planning).

Requisiti minimi punto 3, terapia:
Visita interprofessionale 5 giorni su 7;
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;
Coinvolgimento attivo della cerchia familiare nelle valutazioni, nel piano di trattamento e nella valutazione del decorso della terapia;
Sostegno ai familiari nell'elaborazione del lutto

Requisiti minimi punto 4, team di trattamento:
a) Composizione e direzione del team: Team multidisciplinare/interprofessionale specializzato in cure palliative particolarmente impegnative e complesse diretto da un medico specialista con perfezionamento specifico in medicina palliativa (almeno 80 ore) o da un medico specialista in possesso di un attesta FMH di formazione interdisciplinare di medicina palliativa.
La direzione specialistica del trattamento può essere assicurata 24 ore su 24 ore mediante un servizio di picchetto.
b) Cure infermieristiche: Responsabile delle cure infermieristiche con attestato di specializzazione supplementare riconosciuta in cure palliative e almeno 6 mesi di esperienza di trattamento di pazienti di cure palliative
c) Team multidisciplinare che oltre all'assistenza medica e infermieristica dispone dei seguenti settori terapeutici: assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza e terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia.

Requisiti minimi punto 5, pianificazione e controllo della terapia:
Visita interprofessionale 5 giorni su 7 con documentazione dell'andamento del trattamento.
Riunione settimanale del team interprofessionale con documentazione dei risultati finora otte-nuti e degli ulteriori obiettivi terapeutici.

Requisiti minimi punto 6, pianificazione della dimissione:
Pianificazione della dimissione con organizzazione di una rete di supporto.

93.8A.2- Trattamento medico palliativo complesso, secondo il numero di giorni di trattamento

Suddivisione secondo i criteri e le prestazioni
Nel contesto di plurime domande che sono emerse, vorremmo spiegare come viene compresa la distribuzione delle prestazioni secondo la linea temporale, utilizzando l'esempio del codice 93.8A.2-.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

93.8A.2- Trattamento medico palliativo complesso, secondo il numero di giorni di trattamento

	Generale	Misurabile
Requisiti minimi punto 1, indicazione: Trattamento attivo e completo per il controllo dei sintomi e la stabilizzazione psicosociale del paziente con malattia progressiva in stadio avanzato e speranza di vita limitata, eseguito in una stanza appropriata alle condizioni generali del paziente. Processo decisionale previdente e adeguato alla situazione con eventuale coinvolgimento di specialisti.	Base	
Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione: Esecuzione di una valutazione di base medico palliativa standardizzata.	Base	
Requisiti minimi punto 3, team di trattamento e terapia: a) Team di trattamento diretto da un medico specialista con perfezionamento specifico in medicina palliativa (almeno 80 ore) o da un medico specialista in possesso di un attestato FMH di formazione interdisciplinare di medicina palliativa. b) Team di trattamento multidisciplinare, nel quale oltre all'assistenza medica e infermieristica sono impiegati i seguenti settori terapeutici: assistenza sociale, pedagogia socia-le, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, assistenza spirituale, arteterapia, consulenza e terapia dietetica. 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 combina-zioni diverse, adattate alla situazione ed al contesto del paziente.	Prestazione	6 ore / settimana
Requisiti minimi punto 4, pianificazione e controllo della terapia: Allestimento di un piano individuale di trattamento interprofessionale. Riunione settimanale del team interprofessionale con documentazione dei risultati ottenuti e degli ulteriori obiettivi terapeutici.	Prestazione	1 volta / settimana
Requisiti minimi punto 5, pianificazione della dimissione: Pianificazione della dimissione con organizzazione di una rete di supporto.	Prestazione	

Terapia:
Il tempo di pertinenza della terapia viene valutato sull'arco di 7 giorni. Ciò significa che la media giornaliera del tempo di prestazione è pari a 0.86 ore (51.6 minuti). Nel contesto del trattamento non occorre fornire il tempo pro rata per giorno, ma le ore corrispondenti sull'arco della durata. Ogni settimana devono essere fornite 6 ore di trattamento.
Esempio 1: Nel caso di una durata di trattamento pari a 4 giorni sono da fornire almeno 3.4 ore (3 ore e 24 minuti) per il codice di trattamento complesso. Queste ore possono essere distribuite per esempio come segue: 2 ore durante il secondo giorno, 1 ora il terzo giorno e 24 minuti il 4 giorno. Il codice 93.8A.21 (Trattamento medico palliativo complesso, da almeno 2 a massimo 7 giorni di trattamento) può essere codificato.

Esempio 2: Nel caso di una durata di trattamento pari a 10 giorni sono da fornire almeno 9,4 ore (9 ore e 24 min.) per il codice di trattamento complesso. Le prime 6,0 ore devono essere fornite nella prima settimana (ovvero durante i primi 7 giorni di trattamento) e 3,4 ore (3 ore e 24 min.) nella seconda settimana (ovvero nei tre giorni

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

di trattamento rimanenti). Il codice 93.8A.22 (Trattamento medico palliativo complesso, da almeno 8 a massimo 14 giorni di trattamento) può essere codificato.

Calcolo sull'arco della settimana:
1 giorno di degenza: almeno 0.9 ore (54 minuti) totali (a partire della seconda settimana)
2 giorni di degenza: almeno 1.7 ore (1 ora e 42 minuti) totali
3 giorni di degenza: almeno 2.6 ore (2 ore e 36 minuti) totali
4 giorni di degenza: almeno 3.4 ore (3 ora e 24 minuti) totali
5 giorni di degenza: almeno 4.3 ore (4 ore e 18 minuti) totali
6 giorni di degenza: almeno 5.1 ore (5 ore e 6 minuti) totali
7 giorni di degenza. almeno 6 ore totali

Anche se il paziente è presente solo 2 giorni per un trattamento stazionario vale la regola di almeno due settori terapeutici.

3.26 HoNOS e HoNOSCA (94.A)

Riguarda le tre versioni linguistiche.
Il link ai documenti di riferimento nei requisiti minimi è stato modificato come segue:

94.A **HoNOS e HoNOSCA**
Requisiti minimi punto 1, documenti di riferimento: Al seguente link sono disponibili documenti riguardanti le definizioni e le direttive precise per la rilevazione dei dati HoNOS e HoNOSCA:
http://swissdrg.org/fr/08_psychiatrie/ErfassungHonos.asp

3.27 Plasmaferesi terapeutica, scambio di plasma esclusivamente con FFP (99.71.13)

Riguarda le tre versioni linguistiche.
Il termine incluso sotto 99.71.13 deve essere cancellato e al contempo viene inserito un «Codificare anche» con riferimento a 99.07.2-.

99.71.13 Plasmaferesi terapeutica, scambio di plasma esclusivamente con FFP (qFFP, piFFP)
~~Incl.: Restituzione con FFP~~
Codificare anche: Trasfusione di plasma fresco congelato (qFFP/PFC quarantenato) (99.07.2-)

3.28 Indicazione mancante al riferimento di «Codificare anche» sotto 99.2

Riguarda la versione italiana.
Il «Codificare anche» deve essere completato con l'indicazione seguente:

99.2 **Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche**
Codificare anche: Trattamento con iniezioni della vescica (57.99.2-)

3.29 Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto (99.BA.1- u. 99.BA.2-)

Riguarda le tre versioni linguistiche.
Adattamento dei requisiti minimi sotto **99.BA.1- Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Center (SC)** come segue:

Codificare anche: Se effettuata – Terapia intensiva complessa (procedura di base) (99.B7.1-, 99.B7.2-)

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Escl.: Omettere il codice – Trattamento complesso in unità di terapia intermedia (IMCU), secondo il numero di punti risorse (99.B8.1-, 99.B8.2-)

Nota:
A) Se il caso è oltre le possibilità terapeutiche dell'unità di trattamento dell'ictus cerebrale e vi è l'indicazione per un trattamento in unità di cure intensive riconosciuta dalla SSMI, è possibile, qualora siano soddisfatti i requisiti minimi di questo codice CHOP, includere la durata di trattamento nell'unità di cure intensive nella codifica del trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto, anche se nell'unità di cure intensive non sono curati esclusivamente pazienti con ictus cerebrale acuto. Al contempo deve essere utilizzato il codice corrispondente al trattamento complesso di medicina intensiva.
Un codice relativo a un trattamento complesso in un'unità di terapia intermedia (IMCU) non può essere utilizzato allo stesso tempo di quello per un trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto. Un paziente con ictus cerebrale acuto può beneficiare di un trattamento neurologico complesso presso un ospedale certificato, in un'unità di terapia intermedia riconosciuta dalla SSMI. In tal caso viene codificato soltanto il trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto, ma non il trattamento complesso in un'unità di terapia intermedia (IMCU).

Requisiti minimi punto 3, trattamento:
[…]
d) Settori terapeutici:
Inizio di misure fisioterapiche o di mobilizzazione da parte di personale infermieristico entro 24 ore con almeno 1 unità di trattamento al giorno (7 giorni su 7) - In presenza della corrispondente indicazione~~, almeno un'ulteriore unità giornaliera (lun.-ven.) di una delle~~ seguenti modalità terapeutiche: ergoterapia, logopedia, neuropsicologia. Consulenza dietetica soltanto in correlazione con disfagie.

99.BA.13 Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Center (SC), per almeno 24 ore fino a ~~meno di~~ 48 ore
99.BA.14 Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Center (SC), per ~~almeno~~ piu di 48 ore fino a ~~meno di~~ 72 ore
99.BA.15 Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Center (SC), per più di 72 ore

Adattamento dei requisiti minimi sotto **99.BA.2- Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Unit (SU)** come segue:

Codificare anche: Se effettuata – Terapia intensiva complessa (procedura di base) nell'adulto, secondo il numero di punti risorse (99.B7.1-)

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

Nota:
A) Se il caso è oltre le possibilità terapeutiche dell'unità di trattamento dell'ictus cerebrale e vi è l'indicazione per un trattamento in unità di cure intensive riconosciuta dalla SSMI, è possibile, qualora siano soddisfatti i requisiti minimi di questo codice CHOP, includere la durata di trattamento nell'unità di cure intensive nella codifica del trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto, anche se nell'unità di cure intensive non sono curati esclusivamente pazienti con ictus cerebrale acuto. Al contempo deve essere utilizzato il codice corrispondente al trattamento complesso di medicina intensiva.
Un codice relativo a un trattamento complesso in un'unità di terapia intermedia (IMCU) non può essere utilizzato allo stesso tempo di quello per un trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto. Un paziente con ictus cerebrale acuto può beneficiare di un trattamento neurologico complesso presso un ospedale certificato, in un'unità di terapia intermedia riconosciuta dalla SSMI. In tal caso viene codificato soltanto il trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto, ma non il trattamento complesso in un'unità di terapia intermedia (IMCU).

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Requisiti minimi punto 3, trattamento:
[…]
d) Settori terapeutici:
Inizio di misure fisioterapiche o di mobilizzazione da parte di personale infermieristico entro 24 ore con almeno 1 unità di trattamento al giorno (7 giorni su 7). - In presenza della corrispondente indicazione~~, almeno un'ulteriore unità ogni 48 ore di una delle~~ seguenti modalità terapeutiche: ergoterapia, logopedia, neuropsicologia. Consulenza dietetica soltanto in correlazione con disfagie.

99.BA.23 Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Unit (SU), per almeno 24 ore fino a ~~meno di~~ 48 ore
99.BA.24 Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Unit (SU), per almeno 48 ore fino ~~a meno~~ di 72 ore
99.BA.25 Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Unit (SU), per più di 72 ore

3.30 Aggiunte all'allegato 99.C1 Trattamento infermieristico complesso

Riguarda le tre versioni linguistiche.
Nella «Definizione e descrizione dei 6 gruppi di prestazioni e dei relativi profili di intervento infermieristico» sono state inserite precisazioni in merito all'età dei pazienti.

Codice (di lavoro)	Gruppi di prestazioni / profili di intervento infermieristico			
1	Gruppo di prestazioni 1: mobilizzazione	Profilo di intervento infermieristico	Criterio di misurazione / requisito minimo	Punti risorse al giorno
1.1	Richiesta di risorse infermieristiche notevolmente maggiore per almeno un profilo di intervento infermieristico del gruppo di prestazioni Mobilizzazione rispetto alle prestazioni eseguite di routine.	Modifica della posizione del corpo e/o mobilizzazione (profilassi da decubito, contratture, trombosi, polmonite; posizionamento terapeutico, ecc.). La modifica della posizione del corpo e/o mobilizzazione può essere considerata una prestazione del trattamento infermieristico complesso soltanto nel caso dei pazienti di età pari o inferiore ai 3 anni al momento del ricovero.	Almeno 12 volte al giorno, di cui al massimo 4 microposizionamenti	1
1.2		Mobilizzazione dal letto e - applicazione/rimozione onerosa di ausili (gilet, collare, protezione per le anche, busto, protesi, ecc.) oppure - applicazione di tecniche di regolazione del tono e controllo del movimento / della postura	almeno 2 volte al giorno	1
1.3		Mobilizzazione dal letto e - training deambulatorio sistematico con impiego di strumenti/ausili (girello, bastoni per camminare, deambulatori, ecc.) Oppure - training deambulatorio sistematico con applicazione di tecniche di regolazione del tono e controllo del movimento / della postura Oppure - training deambulatorio sistematico secondo standard/sistemi terapeutici	almeno 2 volte al giorno	1
2	Gruppo di prestazioni 2: igiene personale	Profilo di intervento infermieristico	Criterio di misurazione / requisito minimo	Punti risorse al giorno

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

2.1	Richiesta di risorse infermieristiche notevolmente maggiore per almeno un profilo di intervento infermieristico del gruppo di prestazioni Igiene personale rispetto alle prestazioni eseguite di routine.	Esecuzione multipla di operazioni di cura dell'igiene personale / lavaggio L'esecuzione di operazioni di cura dell'igiene personale / lavaggio può essere considerata una prestazione del trattamento infermieristico complesso soltanto nel caso dei pazienti di età pari o inferiore ai 6 anni al momento del ricovero.	Almeno 4 volte al giorno, di cui almeno 1 lavaggio completo del corpo	1
2.2		Training sistematico all'autosufficienza / al lavaggio al fine di ottenere la massima autonomia possibile nell'igiene personale (bagno, doccia; lavare parti del corpo o tutto il corpo) Il training sistematico all'autosufficienza / al lavaggio può essere considerato una prestazione del trattamento infermieristico complesso soltanto nel caso dei pazienti di età pari o inferiore ai 6 anni al momento del ricovero.	Almeno 2 volte per 30 min. al giorno	1

3	Gruppo di prestazioni 3: Evacuazione	Profilo di intervento infermieristico	Criterio di misurazione / requisito minimo	Punti risorse al giorno
3.1	Richiesta di risorse infermieristiche notevolmente maggiore per almeno un profilo di intervento infermieristico del gruppo di prestazioni Evacuazione rispetto agli interventi infermieristici di routine.	Supporto nell'evacuazione con passaggio alla toilette / al water, vestirsi/svestirsi, misure di igiene e/o supporto nell'evacuazione a letto con posizionamento impegnativo del corpo, misure di igiene Il supporto nell'evacuazione può essere considerato una prestazione del trattamento infermieristico complesso soltanto nel caso dei pazienti di età pari o inferiore ai 5 anni al momento del ricovero.	almeno 4 volte al giorno	1
3.2		Supporto nella defecazione a letto con posizionamento impegnativo del corpo, misure di igiene e clistere di pulizia o irrigazione e/o svuotamento rettale digitale Questo punto può essere considerato una prestazione del trattamento infermieristico complesso soltanto nel caso dei pazienti di età pari o inferiore ai 3 anni al momento del ricovero.	almeno 1 volte al giorno	1
4	Gruppo di prestazioni 4: Gestione delle ferite	Profilo di intervento infermieristico	Criterio di misurazione / requisito minimo	Punti risorse al giorno
4.1	Richiesta di risorse infermieristiche notevolmente maggiore per almeno un profilo di intervento infermieristico del gruppo di prestazioni Gestione delle ferite rispetto agli interventi infermieristici di routine.	Gestione sistematica delle ferite, intesa come: - diagnosi e classificazione delle ferite, durata, localizzazione, dimensioni, margini, aree circostanti, motivi, essudazione, odore delle ferite, segni di infiammazione, dolori - trattamento delle ferite: pulizia e/o disinfezione e fasciatura delle ferite e/o fissaggio delle fasce - valutazione sistematica del processo di guarigione delle ferite	almeno 1 volta al giorno; almeno 3 ferite settiche (es. grado di decubito 3) e/o almeno 1 ferita di grandi dimensioni (più di 40 cm^2) e/o almeno 1 fistola	1

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

5	Gruppo di prestazioni 5: Comunicazione e sicurezza	Profilo di intervento infermieristico	Criterio di misurazione / requisito minimo	Punti risorse al giorno
5.1	Richiesta di risorse infermieristiche notevolmente maggiore per almeno un profilo di intervento infermieristico del gruppo di prestazioni Comunicazione e sicurezza rispetto agli interventi infermieristici di routine. I profili di intervento infermieristico vengono eseguiti separatamente dalle altre prestazioni.	Eseguire assistenza 1:1. Assistere un paziente di persona in modo continuativo per un periodo di tempo prolungato. L'assistenza 1:1 si svolge separatamente dalle altre prestazioni.	almeno 1 volta per 60 min. o 2 volte per 30 min. al giorno	1
5.2		Colloquio di consulenza, indicazioni o informazioni per il trasferimento delle competenze al paziente e/o a parenti / persone di riferimento e/o all'istituto di convalescenza post-ricovero.	almeno 1 volta per 60 min. o 2 volte per 30 min. al giorno	1
5.3		Colloquio volto alla risoluzione dei problemi con il paziente e/o con parenti / persone di riferimento - per la gestione delle crisi / per il supporto sociale oppure - per il processo di assistenza infermieristica e trattamento / come preparazione alle dimissioni oppure - colloqui con l'interprete	almeno 1 volta per 60 min. o 2 volte per 30 min. al giorno	1

6	Gruppo di prestazioni 6: Alimentazione e Idratazione	Profilo di intervento infermieristico	Criterio di misurazione / requisito minimo	Punti risorse al giorno
6.1	Richiesta di risorse infermieristiche notevolmente maggiore per almeno un profilo di intervento infermieristico del gruppo di prestazioni Alimentazione e Idratazione rispetto agli interventi infermieristici di routine. I profili di intervento infermieristico vengono eseguiti separatamente dalle altre prestazioni.	Gestione sistematica della nutrizione, intesa come: - preparazione dei cibi per facilitare l'ingestione orale a seconda della loro consistenza e grandezza, nonché impiego di ausili - igiene orale regolare - somministrazione di cibi e bevande o assistenza durante il pasto La gestione della nutrizione può essere considerata una prestazione del trattamento infermieristico complesso soltanto nel caso dei pazienti di età pari o inferiore ai 7 anni al momento del ricovero.	almeno 3 pasti principali e 2 pasti intermedi al giorno e somministrazione di bevande almeno 6 volte al giorno	1
6.2		Alimentazione mediante PEG o sonda, intesa come: - alimentazione intermittente di un paziente per un periodo di tempo prolungato - preparazione iniziale e finale, documentazione - igiene orale regolare - frantumazione e somministrazione dei medicamenti a seconda della compatibilità	almeno 5 volte al giorno	1

4 Informazioni supplementari sulla ICD-10-GM 2017

4.1 Steatosi epatica da alcol (K70.0)

Riguarda la versione francese – vedi: Circulaire 2017/1.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

5 Allegato

5.1 Informazioni e precisazioni (ex FAQ)

A partire dal 2017 le informazioni e precisazioni non saranno più pubblicate sotto forma di FAQ, bensì come allegato alla circolare per l'anno in questione.

Descrizione della numerazione per una gerarchia cronologica
Per facilitare la ricerca delle informazioni pubblicate a scadenza mensile è stata introdotta una numerazione che assegna alle informazioni un ordine cronologico (dalla più recente alla meno recente).
La numerazione inizia con 0999 per la prima informazione del 1° gennaio 2012 e prosegue in decrescendo.
P.es.: 0999 1.1.2012
0998 1.1.2012
…
0988 1.2.2012 ecc.

Nonostante il sistema FAQ non esista più, per ragioni pratiche la numerazione sarà mantenuta.

0860 01.01.2017 Bypass gastrico Roux-en-Y
Nel 2017, per motivi di raggruppamento, nello svolgimento di un bypass gastrico Roux-en-Y i codici 44.31.41 (Bypass gastrico Roux-en-Y, chirurgico a cielo aperto), risp. 44.31.42 (Bypass gastrico Roux-en-Y, per via laparoscopica) non devono essere utilizzati. Al posto loro, sono da utilizzare i codici 44.31.11 (Bypass gastrico prossimale, chirurgico a cielo aperto), risp. 44.31.12 (Bypass gastrico prossimale, per via laparoscopica).

0861 01.01.2017 83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori
Non si tratta di una nuova regola di codifica, bensì di un chiarimento per una rappresentazione corretta e coerente di questi casi:
la riparazione di un unico tendine deve essere classificata mediante un codice a sei cifre relativo ai tendini, il codice *83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori* viene utilizzato se si tratta di 2, 3 o 4 tendini.

0864 01.07.2016 Ossigenazione per palloncino dei neonati
L'ossigenazione per palloncino dei neonati con disturbi dell'adattamento non viene codificata. Non viene classificato nessun codice da 9*3.9C.- Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria di neonati e lattanti*.

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.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Esempi di interventi endovascolari sono:
- catetere a palloncino;
- aterectomia rotazionale;
- inserzione di un'endoprotesi;
- inserzione di uno stent;
- inserzione di uno stentgraft.

0872 01.01.2016 J80 Sindrome da distress respiratorio acuto dell'adulto (ARDS)
Nei bambini l'ARDS viene anche classificata come *J80* se sono soddisfatte le due condizioni seguenti:
- il medico curante ha formulato tale quadro clinico come diagnosi;
- nel corso del soggiorno ospedaliero il bambino è stato curato per questo presso un'unità di cure intensive.

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.

0881 01.07.2015 81.0- Artrodesi vertebrale
In caso di XLIF, DLIF o OLIF per accedere alla zona lombare viene utilizzato il codice *81.07 Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi*.

0882 01.07.2015 84.80.- Inserzione o sostituzione di dispositivo interspinoso
Se vengono impiantati soltanto spaziatori interspinosi (*84.80.-*), non deve essere utilizzato un codice supplementare relativo all'artrodesi vertebrale, anche se il rapporto dell'operazione parla di «artrodesi vertebrale interspinosa (dinamica)».

0889 01.01.2015 Precisazione ECMO e compenso supplementare
Se la procedura con i codici *37.69.7-, 37.69.8-, 37.69.A-* viene effettuata più volte durante un ricovero, questi codici possono essere codificati singolarmente (a seconda della durata e del trattamento) se tra il primo trattamento e quello successivo sono trascorse almeno 24 ore. Questa regola è valida soltanto in correlazione con una sostituzione di cannula effettuata. La ricodifica della procedura EMCO è possibile soltanto a condizione che con il trattamento successivo vi è stata una sostituzione di cannula. In caso contrario i tempi di trattamento vengono sommati e codificati tramite un codice ECMO.

In caso di applicazione di **diverse procedure ECMO,** va indicato un unico codice, ossia quello della **procedura più lunga**. I tempi di trattamento di ogni procedura ECMO utilizzata vanno sommati per ottenere la durata totale, da indicare precisamente con un codice ECMO.

0891 01.01.2015 Impingement dell'anca
La resezione della patologia CAM viene codificata come segue:
80.85.10 Asportazione o distruzione locale di lesione dell'articolazione dell'anca per via artroscopica
o *80.85.99 Altra asportazione o distruzione locale di lesione dell'articolazione dell'anca, altro* per l'intervento chirurgico a cielo aperto.

La resezione della patologia «pincer» viene codificata come segue:
81.40.16 Condroabrasione dell'anca, per via artroscopica
o 81.40.17 Condroabrasione dell'anca, chirurgica a cielo aperto.

NB: per la rifissazione del labbro viene utilizzato il codice *81.40.10 Rifissazione di frammento osteocondrale dell'anca, per via artroscopica* o *81.40.11 Rifissazione di frammento osteocondrale dell'anca, chirurgica a cielo aperto*.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

0892 01.01.2015 37.90.29 Cateterismo transsettale del cuore sinistro, altro
Per motivi di raggruppamento, in caso di ablazione nell'atrio sinistro deve essere utilizzato, oltre al codice *37.34.24 Sedi dell'ablazione per tachiaritmia, atrio sinistro*, il codice *37.90.29 Cateterismo transsettale del cuore sinistro, altro.*

0893 01.01.2015 03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3- Approccio chirurgico alla colonna vertebrale in caso di rimozione di mezzo di fissazione interna
In caso di rimozione di mezzo di fissazione interna della colonna vertebrale (ad es. in seguito ad artrodesi vertebrale) non vengono utilizzati codici d'accesso (*03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3-*).

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.

0905 01.01.2014 Parto fuori da un ospedale / una casa per partorienti oppure fuori da un'unità di trattamento dell'ospedale / della casa per partorienti.
In caso di parto normale a domicilio o durante il tragitto verso l'ospedale, la diagnosi primaria della madre deve essere codificata come *Z39.0 Assistenza e visita immediatamente dopo il parto*, anche se il secondamento senza complicazioni avviene una volta giunti in ospedale.
Se il bambino è sano deve essere utilizzato il codice *Z38.1 (Z38.4/Z38.7)*. Non viene registrato un record relativo al neonato, bensì un normale record + un record minimo per il bambino.
In entrambi i casi, al tipo di ammissione (1.2.V03) va indicatala cifra 1 (urgenza).

0910 01.12.2013 93.57.11 / 93.57.12 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.

0911 01.12.2013 46.99.10 Decompressione dell'intestino
Il codice *46.99.10* viene utilizzato soltanto se l'intestino viene aperto chirurgicamente per liberarlo.

0915 01.10.2013 Materiale di sostituzione dell'osso
- al codice *78.0*: Osso di provenienza umana o animale
- al codice *84.55*: Materiale di sostituzione dell'osso artificiale (sintetico).

Per la codifica di materiale di sostituzione dell'osso occorre tenere conto di quanto segue.
1) Il codice *84.55 Inserzione di materiale di sostituzione di ossa* viene utilizzato, oltre che per i prodotti specificati, quando si tratta di prodotti interamente prodotti artificialmente, sinteticamente, da componenti chimici (= materiale alloplastico, diversi granulati o particelle di fosfati tricalcici in combinazione con idrossiapatite prodotta artificialmente, solfato di calcio in matrice di cellulosa, vetroceramica, polimeri, silicone e idrossiapatite di magnesio). Esempi: NanoBone, Calcibone, Cerasorb ecc.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

2) Per il materiale di sostituzione dell'osso basato su ossa di provenienza umana o animale che attraverso procedure proprie alle diverse aziende (pirolisi, rimozione di sostanze ossee organiche, sterilizzazione ecc.) viene rielaborato sotto forma di blocco, massa o granulato viene utilizzato il codice *78.0- Innesto osseo*.
Esempi: Tutoplast, Grafton, OrthOss, altri prodotti DFDBA/ DMB / DFBA.

Nota:
1) il codice *78.49.89 Innesto osseo e uso di materiale di sostituzione dell'osso nella colonna vertebrale, altro* comprende entrambe le categorie.
2) Se necessario occorre utilizzare il codice supplementare *00.90.- Tipo di tessuto utilizzato nel trapianto e tipo di conservazione dell'organo*.

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).

0971 01.06.2012 84.6 Sostituzione di disco intervertebrale
In caso di inserzione o sostituzione di una protesi discale, il numero di protesi viene indicato utilizzando più volte il codice.
Ad es. se le protesi discali sono due viene utilizzato due volte il codice *84.6-* (+ asportazione *03.09.1 - 03.09.3-)*

0974 01.05.2012 37.90.21 Puntura transsettale mediante cateterismo
Se nel quadro di una procedura di ablazione per tachiaritmia (*37.34.1- Procedura di ablazione per tachiaritmia*) viene effettuata una puntura transsettale, questa ultima deve essere codificata con *37.90.21*.
SwissDRG Grouper viene adattato di conseguenza.

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.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

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 pianificatione 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»).

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch