Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale di statistica UST

14 Salute

Circolare per le codificatrici e i codificatori 2021 n. 2

29 giugno 2021

Neuchâtel, 2021

Editore:	Ufficio federale di statistica (UST)	**Concetto di layout:**	Sezione DIAM
Informazioni:	Segreteria di codifica: codeinfo@bfs.admin.ch	**Copyright:**	UST, Neuchâtel 2021
Redazione:	Ambito Classificazioni mediche		Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte
Serie:	Statistica della Svizzera	**Download :**	www.statistica.admin.ch
Settore:	14 Salute		
Testo originale:	Tedesco		
Traduzione:	Servizi linguistici dell'UST		

ESPACE DE L'EUROPE 10 CH-2010 NEUCHÂTEL WWW STATISTICA.CH

1. Nozioni generali

1.1. Strumenti di codifica in vigore

Dal 1° luglio 2021 vanno utilizzati i seguenti strumenti di codifica:

- Manuale di codifica medica: Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2021 (incluse le regole di codifica per la riabilitazione)
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2021 n. 1 ~~con allegato~~
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2021 n. 2 con allegato
- Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP): Indice sistematico - Versione 2021
- ICD-10-GM 2021 Indice sistematico: Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati: 10a revisione – German Modification
- Ultima comunicazione ufficiale Codifica COVID-19 attualmente in vigore

Gli strumenti di codifica medica sono disponibili su www.bfs.admin.ch:
Ufficio federale di statistica → Trovare statistiche → 14 - Salute → Basi statistiche e rilevazioni → 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) e
- legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal)

1.1.1. Versioni di riferimento

Nessuna modifica rispetta alla circolare 2021 n. 1.

1.1.2. Circolare e allegato

Nessuna modifica rispetta alla circolare 2021 n. 1.

1.1.3. Codifiche per analogia e note di SwissDRG SA inerenti al rilevamento delle prestazioni e alla fatturazione

Vanno inoltre osservate le indicazioni di SwissDRG SA in materia di rilevazione delle prestazioni e fatturazione.
Percorso: www.swissdrg.org → Somatica acuta/Psichiatria/Riabilitazione → Sezione SwissDRG → Note per il rilevamento delle prestazioni e la fatturazione
https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/swissdrg/nota-il-rilevamento-dei-prestazioni

Vanno inoltre osservate le indicazioni di SwissDRG SA in materia di codifiche per analogia.
Percorso: www.swissdrg.org → Somatica acuta → Sezione Sistema SwissDRG 10.0/2021 → Codifica per analogia
https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/sistema-swissdrg-1002021/codifica-analogia

Eventuali ulteriori pubblicazioni di SwissDRG SA vanno prese in considerazione in corso d'anno.

1.2. Domande sulla codifica

1.2.1. Procedura

Nessuna modifica rispetta alla circolare 2021 n. 1.

1.2.2. Anonimizzazione

Al fine di anonimizzare la documentazione, vanno rimosse le seguenti informazioni riguardanti le/i pazienti e/o i loro congiunti:

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

I collaboratori dell'UST sottostanno al segreto statistico (conformemente all'art. 14 della legge sulla statistica federale) e alla legge sulla protezione dei dati.

2. Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2021

Legenda: novità in verde, ~~cancellazioni in rosso~~
Le informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2021 di cui alla circolare 2021 n.1 restano valide.

Nel presente documento sono riportate nuove ulteriori correzioni:

2.1. Correzione della regola di codifica S1505 - Periodo espulsivo

Riguarda solo la versione francese (v. circulaire 2021 n° 2)

2.2. S1909 Correzione della regola di codifica per quanto riguarda l'esempio 4

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nell'esempio 4 della regola di codifica S1909j «Effetti indesiderati di farmaci (assunti secondo prescrizione)»
il codice della diagnosi principale va modificato come segue

~~*DP I61.00 Emorragia subdurale non traumatica, acuta*~~
DP I62.00 Emorragia subdurale non traumatica, acuta

2.3. Direttive di codifica per la riabilitazione – Correzione riabilitazione muscoloscheletrica

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nella codifica dell'esempio 5 «riabilitazione muscoloscheletrica», il codice
~~*DS Z50..! Altra terapia fisica*~~
va cancellato senza sostituzione a causa del non avvenuto trasferimento.

2.4. Regola di codifica D12- Tabella – Correzione codice

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nella tabella di cui alla regola di codifica D12j, il codice ~~*K59.0 Altri disturbi intestinali di tipo funzionale, stipsi*~~ va sostituito con
K59.09 Altra e non specificata stipsi

3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2021

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 von:
3.12. 93.8B.- Cure palliative specializzate – Modifica dei requisiti minimi
3.16. 99.B7.- e 99. B8.- UCI e UCIM - Nuova denominazione del documento di riferimento

3.1. Embolizzazione tramite coils e «codificare anche» riferito alle coils extralunghe

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nei codici e nel gruppo di elementi seguenti va inserito un «codificare anche» per l'«Inserzione di spirali endovascolari **extralunghe**, secondo il numero».

39.72.11 Embolizzazione selettiva di vasi intracranici con particelle o coils
Embolizzazione selettiva di vasi intracranici conspirali metalliche
Cod. a.: In caso di embolizzazione mediante spirale: Coils endovascolari inserite in vasi intracranici, secondo il numero (00.4A.8-)
Inserzione di spirali endovascolari extralunghe, secondo il numero (00.4A.4-)

[…]

39.72.21 Embolizzazione selettiva di vasi extracranici della testa e del collo con particelle o coils
Embolizzazione selettiva di vasi extracranici della testa e del collo con spirali metalliche
Cod. a.: Coils endovascolari inserite in vasi extracranici della testa e del collo, secondo il numero (00.4A.A-)
Inserzione di spirali endovascolari extralunghe, secondo il numero (00.4A.4-)

[…]

39.79.2- Embolizzazione od occlusione mediante spirali di altri vasi
Cod. a.: Per tutte le seguenti sedi ad eccezione di vasi spinali: Coils endovascolari inserite in vasi toracici, addominali e periferici, secondo il numero (00.4A.5-)
Inserzione di spirali endovascolari extralunghe, secondo il numero (00.4A.4-)

3.2. Medicina palliativa e trattamento infermieristico complesso

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nel trattamento medico palliativo complesso e nelle cure palliative specializzate va inserito un «codificare anche» riferito al trattamento infermieristico complesso.

93.8A.2 Trattamento medico palliativo complesso, secondo il numero di giorni di trattamento
Cod. a.: Se effettuato - Trattamento infermieristico complesso (99.C-)
[…]

Nelle cure palliative sono state inoltre riprese le modifiche dei requisiti minimi di cui alla Circolare 2021 n. 1 ed è stata aggiornata la versione del documento di riferimento.

93.8B Cure palliative specializzate

Cod. a.: Se effettuata - Trattamento infermieristico complesso (99.C-)

Nota:

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 ~~3.2~~ 3.3 valida dal ~~01.07.2020~~ 01.01.2021, disponibile in tedesco e francese all'indirizzo: https://www.palliative.ch/de/fachbereich/aktuell/grundlagendokumente/

Certificazione: Per poter indicare codici del gruppo di elementi 93.8B.1- e 93.8B.2- l'unità trattante deve disporre del label di qualità «Cure palliative specialistiche».

L'istituzione deve essere certificata «Unità specializzate di cure palliative e equipe di consulenza specializzate in cure palliative (intra e extraospedaliere)» o «Unità specializzata di cure palliative».

Requisiti minimi punto 1, indicazione: Trattamento continuo 24 ore su 24 in unità autonoma di cure palliative (servizio o clinica) 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~~ di pazienti con malattie croniche/incurabili ~~progressiva~~ in stadio avanzato e/o speranza di vita limitata. Processo decisionale previdente e adeguato alla situazione con eventuale coinvolgimento di specialisti.

[…]

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 attestato 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~~ due anni di esperienza di trattamento di pazienti ~~di~~ in 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.

[…]

3.3. 99.04.- und 99.05.- Correzione della versione dei documenti di riferimento

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Le informazioni sui documenti di riferimento nella «nota» delle sottocategorie 99.04.- «Trasfusione di concentrati di globuli rossi» e 99.05.- «Trasfusione di piastrine» devono essere corrette come segue.

99.04.- Trasfusione di concentrato cellulare

Nota: Un'unità trasfusionale consiste in un volume di 200-350 ml (Prescrizioni di Trasfusione CRS Svizzera solo disponibile in tedesco e francese: Kapitel 18 A: Spezifikationen: Vollblut und Erythrozytenkonzentrate (capitolo 18 A: Specifiche: sangue intero e concentrati eritrocitari) (Version 6, in Kraft ab 01.01.2021), percorso: Dokuman > Vorschriften BSD > Vorschriften: Kapitel & Beschlüsse > Kapitel (sbsc-bsd.ch), ~~(3a versione, stato: 01.01.2015)~~). Nella trasfusione di unità pediatriche di concentrati di eritrociti fino al termine del primo anno di vita, va contata ogni unità suddivisa somministrata, mentre non viene considerato il volume minimo.

[…]

99.05.- Trasfusione di trombociti

Trasfusione di piastrine

Nota: Un concentrato ha un volume di almeno 150 ml e una concentrazione di piastrine maggiore o uguale a 2.4x10e11/unità (Prescrizioni di Trasfusione CRS Svizzera solo disponibile in tedesco e francese: Kapitel 18 B: Spezifikationen: Thrombozytenkonzentrate (Version 8, in Kraft an 01.02.2020) (capitolo 18 B: Specifiche: concentrati piastrinici), percorso: Dokuman > Vorschriften BSD > Vorschriften: Kapitel & Beschlüsse > Kapitel (sbsc-bsd.ch) ~~(5a versione, stato: 01.01.2015)~~). Nella trasfusione di unità pediatriche di concentrati piastrinici fino al termine del primo anno di vita, va contata ogni unità suddivisa somministrata, mentre non viene considerato il volume minimo.

[…]

3.4. 99.B7.- e 99.B8.- UCI e UCIM - Nuova denominazione del documento di riferimento

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Il percorso riguardante il documento di riferimento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi» e la relativa versione sono cambiati come segue:

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. Le definizioni dettagliate di SAPS II (simplified acute physiology score) e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Settori ~~-> Gestione de la qualità~~ -> Registro dei dati -> ~~«MDSiV29_de»~~ «MDSiV29_V7_de_def».
- Procedure intensive speciali, come trasfusione di plasma e di componenti del plasma, plasmaferesi e immunoassorbimento, misure di rianimazione ecc. vanno codificate separatamente. Questo codice è riservato ai pazienti dai 16 anni compiuti.

[…]

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

[…]

Nota: Requisiti minimi:

- sorveglianza continua 24 ore su 24 e trattamento da parte di un team medico e infermieristico in un'unità di cure intensive (UCI) riconosciuta dalla Società svizzera di medicina intensiva (SSMI) e diretta da uno specialista in medicina intensiva,
- il punteggio del fabbisogno di risorse (punti risorse) deriva dal calcolo di PIM 2 (valore assoluto) + somma di NEMS. Il PIM 2 viene determinato una volta nelle prime 24 ore di degenza nell'UCI. Il NEMS viene determinato una volta per turno infermieristico. Per i turni di 8 ore, il NEMS viene semplicemente sommato, per i turni di 12 ore invece il punteggio ottenuto viene moltiplicato per 1,5. Le definizioni dettagliate di PIM 2 (Pediatric Index of Mortality 2) e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Settori ~~-> Gestione de la qualità~~ -> Registro dei dati -> ~~«MDSiV29_de»~~ «MDSiV29_V7_de_def».
- 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.

[…]

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 + 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. Le definizioni dettagliate di PIM 2 (Pediatric Index of Mortality 2), CRIB 2 e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Settori ~~-> Gestione de la qualità~~ -> Registro dei dati -> ~~«MDSiV29_de»~~ «MDSiV29_V7_de_def».
- 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.

[…]

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

[…]

Nota:

[…]

Requisiti minimi punto 3, calcolo e rilevazione:

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. Le definizioni dettagliate di SAPS II (simplified acute physiology score) e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V.29d_2019» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgissmi.ch -> Settori ~~-> Gestione de la qualità~~ -> Registro dei dati -> ~~«MDSiV29_de»~~ «MDSiV29_V7_de_def».

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.

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

[…]

Nota:

[…]

Requisiti minimi punto 3, calcolo e rilevazione:

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.

Le definizioni dettagliate di PIM 2 (pediatric index of mortality) e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V.29d_2019» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Settori ~~-> Gestione de la qualità~~ -> Registro dei dati -> ~~«MDSiV29_de»~~ «MDSiV29_V7_de_def».

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.

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

Nota:

[…]

Requisiti minimi punto 3, calcolo e rilevazione:

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.

Le definizioni dettagliate di PIM 2 (pediatric index of mortality 2), CRIB 2 e NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Settori ~~-> Gestione de la qualità~~ -> Registro dei dati -> ~~«MDSiV29_de»~~ «MDSiV29_V7_de_def».

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.

3.5. BA.- Prestazione di base nella riabilitazione – Correzione nei requisiti minimi punto 0

Riguarda tutte le versioni linguistiche

La «Nota» «Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento» della categoria BA.- «Prestazione di base nella riabilitazione» va modificata come di seguito indicato.

BA.- Prestazione di base nella riabilitazione

Nota: A. Per le prestazioni di base vale quanto segue:
Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento: I requisiti delle prestazioni mediche descritte per la riabilitazione stazionaria sono riportati ~~nel documento~~ per ciascun tipo di riabilitazione nei documenti «Documento di riferimento al codice CHOP relativo all'infrastruttura e al personale BA. […]~~1 BA.8, versione 27.11.2018» in vigore dal 1° gennaio 2019~~. La versione valida per la categoria a 3 cifre BA.1 «Riabilitazione neurologica» è quella del 28 marzo 2019. Per la categoria a 3 cifre BA.6 «Riabilitazione internistica o oncologica» si tratta del documento del 1° gennaio 2021. Per le categorie a 3 cifre da BA.2 a BA.5 e BA.7 a BA.8 valgono i documenti del 27 novembre 2018. Questi documenti sono disponibili al seguente link nel paragrafo «Requisiti minimi per la fornitura di prestazioni»: https://www.fmh.ch/requisiti-st-reha#minimi

[…]

3.6. Correzione nel titolo dei codici BB.25.12 e BB.26.12

Riguarda la versione francese (v. circulaire 2021 nº 2)

4. Informazioni supplementari sulla ICD-10-GM 2021

4.1. Indice alfabetico: arricchimenti relativi all'«abuso di alcol»

Riguarda la versione francese e italiana

Riguarda solo le versioni francese e italiana dell'Indice alfabetico
Per una codifica più precisa dell'abuso di alcol, sono stati recepiti i seguenti arricchimenti:
Estratto:

Entrata dell'indice	Codice, resp. codici daga - asterisco, tra virgolette	Termine permutato oppure vedasi o vedasi anche.
Abuso	F10.2	Abuso cronico di alcol
Abuso	F10.1	Abuso di alcol
Abuso	F10.3	Abuso di alcol con disassuefazione
Alcol	F10.2	Abuso cronico di alcol
Alcol	F10.1	Abuso di alcol
Alcol	F10.3	Abuso di alcol con disassuefazione

4.2. Nuevi codici U nell'ICD-10-GM 2021

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nell'Indice sistematico dell'ICD-10-GM 2021 sono stati occupati i codici di seguito riportati. Tali codici sono già stati presentati nella Comunicazione ufficiale 2021 N 2 Codifica COVID-19.

U11.- Necessità di vaccinazione contro la COVID-19
U11.9 Necessità di vaccinazione contro la COVID-19, non specificata
Vaccinazione COVID-19 (profilattica)
Utilizzare questo codice per indicare che una persona ricorre al sistema sanitario ai fini della vaccinazione contro la COVID-19.
Utilizzare questo codice per una persona in aggiunta ad altri codici. Per il caso in cui la vaccinazione contro la COVID-19 rappresenti in sé la ragione per cui la persona si è rivolta al sistema sanitario, utilizzare quale codice primario Z25.8 e in aggiunta il codice U11.9.

U12.-! Effetti collaterali indesiderati della somministrazione di vaccini contro la COVID-19
U12.9! Effetti collaterali indesiderati della somministrazione di vaccini contro la COVID-19, non specificati
Effetti collaterali indesiderati di vaccini contro la COVID-19 in caso di somministrazione conforme all'indicazione e in dosaggio corretto (profilattico).
Questo codice secondario va impiegato in modo analogo ai codici del capitolo XX Cause esterne di morbosità e mortalità e si utilizza quindi in aggiunta a un codice primario di un altro capitolo della classificazione per indicare il tipo di effetto collaterale indesiderato.

.

5. Allegato

5.1. Informazioni e precisazioni (ex FAQ)

La presente circolare contiene **tutte** le «Informazioni e precisazioni» valevoli dal 1° luglio 2021».

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) 01.01.2012 (valevole dal)
0998 01.01.2012
[…]
0852 01.07.2017 ecc.

0795 01.07.2021 Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
L'«ablazione percutanea di tessuto polmonare» va rilevata con il codice 32.24 «Escissione percutanea di lesione o tessuto polmonare».

0796 01.07.2021 Fundoplicatio per ernia iatale – indicazione aggiuntiva del codice CHOP 44.92 Manipolazione intraoperatoria dello stomaco
Le ernie iatali provocano la dislocazione (parziale) dello stomaco dalla cavità ventrale alla cavità toracica attraverso lo iato esofageo del diaframma. Possono essere suddivise in paraesofagee e assiali.
Nel caso delle prime, una porzione dello stomaco penetra nel mediastino accanto all'esofago. A seconda dell'entità, si può spaziare da un'ernia paraesofagea di grado leggero alla torsione completa dello stomaco (volvolo) con occlusione e inversione dello stomaco (upside-down stomach).
Il 70-90% delle ernie iatali sono invece di tipo assiale (le cosiddette ernie iatali da scivolamento). In questo caso il cardias scivola nel mediastino attraverso lo iato esofageo.

In caso di ernia assiale leggera o di ernia paraesofagea poco marcata, l'entità della manipolazione dello stomaco è troppo ridotta per giustificare l'aggiunta del codice CHOP 44.92 «Manipolazione intraoperatoria dello stomaco». Per codificare una fundoplicatio deve sussistere la necessità di riposizionare sotto il diaframma la porzione di stomaco dislocatasi nel mediastino. Questa fase operatoria è per esempio implicita nel codice di procedura 44.67.20.

In caso di volvolo gastrico o di upside-down stomach interamente nel mediastino è consentita l'indicazione in aggiunta del codice 44.92 Manipolazione intraoperatoria dello stomaco.
Questa operazione comporta un impiego di risorse supplementare in fase di intervento che non può essere rappresentato unicamente tramite uno dei codici dei gruppi 44.66.- «Altra riparazione dello stomaco» e 44.67.- «Interventi laparoscopici per restaurare la funzione dello sfintere esofagogastrico».

0797 01.07.2021 Febbre a seguito di vaccinazione contro la COVID-19
Qualora a seguito della somministrazione di un vaccino contro la COVID-19, a causa del manifestarsi di febbre, la/il paziente debba sottoporsi a trattamento stazionario, si raccomanda la seguente codifica:
R50.88 Altra febbre specificata
U12.9! Effetti collaterali indesiderati della somministrazione di vaccini contro la COVID-19, non specificati

Per il momento non va utilizzato il codice R50.2 Febbre indotta da farmaci (riferito agli effetti farmacologici del medicamento), dato che non è ancora ufficialmente confermato che questo effetto collaterale sia/possa essere provocato dal vaccino contro la COVID-19 in sé.

0798 01.07.2021 D12j – Precisazione della regola di codifica per quanto riguarda l'esempio 7

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

Una miosite associata a impianto va codificata secondo l'esempio 7 della regola di codifica D12j con M60.8 Altra miosite.
Lo sfregamento e/o una «reazione a corpo estraneo» possono essere all'origine di una miosite associata a impianto anche in assenza di agenti infettivi.
In presenza di agenti infettivi, la loro origine va ricollegata all'impianto e codificata in aggiunta con un codice delle categorie T84.- e B95-B98.

0799 01.07.2021 Profilassi anti-D

La profilassi anti-D somministrata a gestante Rh negativa nel corso di una degenza stazionaria va registrata nel caso della madre con il codice Z29.1 «Immunoterapia profilattica».
Il codice dell'ICD-10-GM O36.0 «Assistenza prestata alla madre per isoimmunizzazione Rh» va utilizzato quando, per esempio, a causa di incompatibilità Rh unicamente se, a causa della presenza accertata di anticorpi anti-D e/o di malattia emolitica del feto e/o del neonato diagnosticata e documentata da un medico, avviene un impiego di risorse mediche > 0 per la madre.

0800 01.07.2021 Sostituzione di un componente distante dal paziente di sistema di assistenza circolatoria monoventricolare o biventricolare

Fino alla precisazione dei codici CHOP e data la rappresentazione nella struttura tariffaria, vale quanto segue:
se nel corso di un intervento viene sostituito solo il componente ventricolare destro o sinistro distante dal paziente di un «sistema biventricolare di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo», va indicato il codice 37.6D.11 «Sostituzione di componente distante dal paziente di sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo, monoventricolare». Se invece sono sostituiti entrambi i componenti ventricolari, ossia i componenti ventricolari destro e sinistro distanti dal paziente di un «sistema biventricolare di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo», va utilizzato il codice 37.6D.21 «Sostituzione di componente distante dal paziente di sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo, biventricolare».

0801 01.07.2021 Codifica di avvitamento trans-ileosacrale di frattura dell'osso sacro

In caso di fratture sacrali transalari semplici (p. es. nel quadro di una frattura osteoporotica) con colonna vertebrale stabile va indicato il codice 7A.49 «Osteosintesi di singola vertebra, cifoplastica o vertebroplastica, altro» seguito dal codice 81.29.10 «Artrodesi dell'articolazione sacroiliaca». Per le fratture dell'osso sacro che invece determinano un'instabilità della colonna (che si verificano soprattutto nel quadro di politraumi), in caso di approccio dorsale/dorsolaterale, va utilizzato il codice 7A.73.11 «Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi senza fusione di vertebre, approccio dorsale e dorsolaterale, 1 segmento» seguito dal codice 81.29.10 «Artrodesi dell'articolazione sacroiliaca».

0802 01.07.2021 Trasformazione di sesso

I «codificare anche» di cui alla categoria a 3 cifre 64.5- «Interventi per trasformazione di sesso» non sono esaustivi.
Per ogni intervento connesso a una trasformazione di sesso, anche se riguarda caratteristiche sessuali secondarie (p. es. mastectomia sottocutanea) vanno utilizzati i codici della categoria 64.5- (CHOP capitolo 11 «Interventi sugli organi genitali maschili»).

0803 01.07.2021 Commutazione MoCA-MMSE

Nella categoria U51.- Limitazione funzionale cognitiva nei codici da U51.0- a U51.2- sono elencate le seguenti procedure di valutazione, perizia e test:

- Indice di Barthel
- FIM (Functional Independence Measure™) cognitivo
- MMSE (Mini Mental Status Examination)

Ai fini della rilevazione dell'intensità di una limitazione funzionale cognitiva si ricorre con sempre maggiore frequenza al Montreal Cognitive Assessment (MoCA) quale strumento di screening.

I codici della categoria U51.- «Limitazione funzionale cognitiva» possono anche essere usati per un MoCA rilevato.
Per garantire l'uniformità della commutazione MoCA-MMSE va utilizzata la tabella di conversione[1] dell'ospedale «FELIX PLATTER*spital*, Universitäre Altersmedizin Basel, Memory Clinic».

[1] http://www.mocatest.ch/umrechnungstabellen/

0804 01.07.2021 Riabilitazione - AA.31.– Test del cammino di 6 minuti

Nel 2021, l'indicazione di un codice del gruppo AA.31.- «Test del cammino di 6» è obbligatoria per la riabilitazione polmonare.
Se il test non può essere eseguito a causa delle condizioni (temporaneamente) precarie del paziente, dovrebbe essere selezionato il codice AA.31.11 «Test del cammino di 6 minuti, meno di 150 m»

0805 01.07.2021 Rilevazione di limitazioni funzionali nell'ambito di cure palliative secondo la regola di codifica S0217

I codici delle categorie U50.- e U51.-, che si riferiscono all'indice di Barthel, possono essere indicati per i trattamenti di medicina palliativa (analogamente ai trattamenti di riabilitazione geriatrica e a quelli di riabilitazione precoce) all'**inizio delle cure**.
Tenendo conto della nota inerente alle categorie U50.- e U51.-, ciò significa che la rilevazione non deve obbligatoriamente avvenire nei primi 5 giorni di cure **stazionarie**. Questa specificazione si applica alle cure palliative secondo la regola di codifica S0217 «Cure palliative» e la sua specificazione nella circolare 2021 n. 1.

0806 01.07.2021 Codifica di bypass aorto-iliaco-femorale con protesi biforcata monopezzo

Per l'inserimento di un bypass aorto-iliaco-femorale con protesi biforcata monopezzo va utilizzato il codice 39.25.19 «Bypass aorto-iliaco-femorale, aortico, altro» con indicazione di lateralità 0 («bilaterale»).

0807 01.01.2021 Dispositivi per embolizzazione o protezione da embolia

Nella CHOP 2021 sono presenti categorie di codici per operazioni/interventi di **chiusura di vasi**, le cosiddette embolizzazioni tramite coils, plugs, filtri ecc., p. es. 39.79.2- «Embolizzazione od occlusione mediante spirali di altri vasi», 39.79.5- »Embolizzazione selettiva di altri vasi con filtri» o 39.79.A- «Embolizzazione selettiva di altri vasi con plugs» ecc.
Sono inoltre disponibili i codici supplementari della categoria 00.4A.- Numero di coils endovascolari utilizzate e 00.4G.- Inserzione di dispositivi di chiusura di vasi.
I codici supplementari dei gruppi di elementi da 00.4G.2- a 00.4G.6- «Filtri vascolari inseriti in [...], secondo il numero» valgono solo per la rappresentazione dei dispositivi impiegati nell'ambito di operazioni/interventi di chiusura di vasi (p. es. embolizzazioni).

Per poter tuttavia rappresentare il numero di «filtri» impiegati quali sistemi di protezione da embolia, vanno indicati per ciascun utilizzo i seguenti codici. I codici devono essere registrati con la data dell'intervento nel quale vengono impiegati sistemi di protezione da embolia

38.7X.11 «Inserzione di sistema di protezione da embolia nella vena cava, chirurgica a cielo aperto»
38.7X.21 «Inserzione di sistema di protezione da embolia nella vena cava, percutanea transluminale»
39.75.13 «Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi, sistema di protezione da embolia (vasi periferici o viscerali))»
39.C5 «Impiego di sistema di protezione da embolia»

I codici della sottocategoria 00.4G.- **non** vanno utilizzati per sistemi di protezione da embolia.

Nei casi di interventi che prevedono l'embolizzazione e l'utilizzo di sistemi di protezione embolica, il numero di dispositivi per l'embolizzazione viene registrato con l'apposito codice delle sottocategorie 00.4A. e 00.4G (il numero è indicato nel codice).
I codici per la protezione da embolia devono essere indicati in aggiunta.

0808 01.01.2021 Sostituzione di endoprotesi di ginocchio e impianto di ulteriori/altri componenti

In caso di sostituzione di endoprotesi di ginocchio, indipendentemente dal tipo, con altra endoprotesi di ginocchio, per l'impianto va utilizzato il codice con l'indicazione «per sostituzione di protesi». P. es. se viene espiantata un'endoprotesi parziale e impiantata una protesi totale sullo stesso ginocchio, per l'impianto deve essere indicato il codice 81.54.31 «Impianto di protesi totale standard del ginocchio per sostituzione di protesi» e **non** il codice 81.54.21 «Primo impianto di protesi totale standard del ginocchio».
Analogamente, se in occasione di una sostituzione di endoprotesi di ginocchio viene impiantato per la prima volta un bottone rotuleo, deve essere indicato il codice 81.54.42 «Impianto di bottone rotuleo per sostituzione» e **non** il codice 81.54.27 «Primo impianto di bottone rotuleo».

0809 01.01.2021 «Requisiti minimi punto 4, pianificazione della dimissione» inerenti al codice 93.59.5- «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento»

In caso di decesso della/del paziente durante il «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti», decadono i requisiti minimi punto 4, pianificazione della dimissione.
Anche in caso di trasferimento verso altra unità (p. es. ospedale, struttura di riabilitazione ecc.) con mantenimento dell'isolamento stretto, i requisiti minimi punto 4, pianificazione della dimissione» decadono per l'unità inviante.

0810 01.01.2021 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-)»

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».
Gli stent grafts aortici impiantati nel corso della degenza nell'aorta toracica, toracoaddominale e addominale vanno sommati e il codice supplementare corrispondente del gruppo di elementi 39.78.6-, in questo caso il 39.78.61 «2 stent grafts aortici impiantati», va indicato con la data del primo intervento.

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.
Gli stent grafts aortici impiantati nel corso della degenza nell'aorta toracica, toracoaddominale e addominale vanno sommati. Il codice supplementare corrispondente del gruppo di elementi 39.78.6-, in questo caso il 39.78.61 «2 stent grafts aortici impiantati», va indicato con la data del primo 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».
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.
Il codice supplementare 39.78.61 «2 stent grafts aortici impiantati» va indicato con la data del primo intervento.

Rilevazione del numero di stent grafts impiantati nell'arteria iliaca, nelle vene profonde, nei vasi addominali e viscerali

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» 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.

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. Viene calcolata la somma complessiva degli stents impiantati nel corso della degenza da registrare con un codice della sottocategoria 39.C1.- «Numero di stents impiantati» con la data del primo intervento. 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.

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».

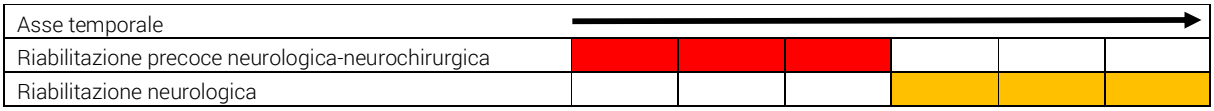
Ragione dell'indicazione del numero complessivo di stents o stent grafts impiantati nell'ambito di caso stazionario
Analogamente alla logica adottata per i bypass per rivascolarizzazione (vedi 36.1C.- «Bypass per rivascolarizzazione cardiaca, secondo il numero totale»), i codici del gruppo di elementi 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.

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 una 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».

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.

Interventi multipli in un solo tempo operatorio su mani - Esempi						
		Intervento		00.9C.1 Interventi multipli in un solo tempo operatorio su raggi metacarpali e digitali		
Caso	Descrizione	Codice intervento	Lateralità	Codice supplementare	Titolo	Lateralità
Caso 1	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
Caso 2	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		

	Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra			
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 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».

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.

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.

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».

~~**0841 01.01.2019 Trasformazione di sesso**~~
La precisazione 0841 è sostituita nella Circolare 2021 n. 2 dalla precisazione 0802

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.

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.

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

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.

0941 01.12.2012 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.

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»).