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 2022 n. 1

16 dicembre 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° gennaio 2022 vanno utilizzati i seguenti strumenti di codifica:

- Manuale di codifica medica: Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2022
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2022 n. 1 con allegato
- Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP): Indice sistematico - Versione 2022
- ICD-10-GM 2022 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.

I file dell'ICD-10-GM in lingua tedesca sono generati dal Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) e sono disponibili sul sito che li mette a disposizione sul proprio sito Internet www.dimdi.de:
Klassifikationen → Downloads → ICD-10-GM

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

Per quanto riguarda le classificazioni e il Manuale di codifica, in caso di discordanza tra versioni linguistiche fanno fede le versioni originali in lingua tedesca.

1.1.2. Circolare e allegato

La circolare contiene basi e informazioni supplementari (incluse eventuali correzioni) inerenti al Manuale di codifica e alle classificazioni. L'allegato riporta ulteriori indicazioni e precisazioni. Questi documenti sono fonti d'informazione ufficiali dell'UST e devono essere presi in considerazione per le successive codifiche.
Le circolari e i relativi allegati sono pubblicati come di seguito indicato:
- Circolare per le codificatrici e i codificatori, 2022 n. 1 (pubblicazione fine dicembre 2021): da utilizzare per i casi con data di dimissione dal 1° gennaio 2022.
- Circolare per le codificatrici e i codificatori, 2022 n. 2 (pubblicazione fine giugno 2022): da utilizzare per i casi con data di dimissione dal 1° luglio 2022

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 pre-sta-zioni e la fatturazione
https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/sistema-swissdrg-1102022/codifica-analogia

Vanno inoltre osservate le indicazioni di SwissDRG SA in materia di codifiche per analogia.
Percorso: www.swissdrg.org → Somatica acuta → Sezione Sistema SwissDRG 11.0/2022 → 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

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

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

Per tutte le domande senza documentazione o con documentazione insufficiente non faremo nessuna raccomandazione.
Una raccomandazione è valida unicamente per un singolo caso specifico e non può essere applicata ad altri casi.

1.2.2. Anonimizzazione

Al fine di anonimizzare la documentazione, vanno rimosse le seguenti informazioni 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 2022

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

2.1. Impiego dell'ICD-10-GM 2022 nel 2022

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Tutti i codici dell'ICD-10-GM 2021 riportati nel Manuale di codifica medica 2022 vanno, ove necessario, sostituiti con codici dell'ICD-10-GM 2022.
In ragione delle esigenze insorte nel quadro della pandemia di SARS-CoV-2, a differenza di quanto inizialmente previsto, l'ICD-10-GM 2022 viene utilizzato anche in Svizzera quale classificazione ufficiale delle diagnosi a partire dal 1° gennaio 2022.

2.2. Precisazioni sulla regola di codifica SD0102~~j~~k Sepsi

Riguarda tutte le versioni linguistiche

2.2.1. Precisazione riguardante l'esempio 2

Esempio 2
Paziente di 72 anni con urosepsi da E. coli in presenza di pielonefrite acuta destra
Decorso: aggravamento (ulteriore limitazione acuta della funzione renale dovuta alla sepsi, acuta su cronica, peggioramento nell'arco di 48 ore) di un'insufficienza renale cronica con valore di creatinina di 140 µmol/l e riduzione della GFR a 25 ml/min (creatinina basale 100 µmol/l; GFR 40 ml/min). Il secondo giorno di degenza sono stati riscontrati negli esami chimici di laboratorio un aumento della bilirubina a 1,5 mg/dl e una trombocitopenia di 90 G/l. Sono stati istituiti il trattamento antibiotico endovenoso e la reidratazione. In seguito, normalizzazione dei valori epatici e della trombocitopenia nell'unico controllo di decorso. Nell'ulteriore decorso miglioramento della limitazione della funzione renale a livello della GFR basale. Dimissione a domicilio in buone condizioni generali.
.

Punteggio SOFA	Respirazione	Coagulazione	Fegato	Cardiovascolare, MAP	Sist. nervoso centrale	Renale
4	3	4	0	3	0	4

DP A41.51 Sepsi da Escherichia coli
DS N10 Nefrite tubulo-interstiziale acuta
DS B96.2! Escherichia coli [E. coli] e altri enterobatteri come causa di malattie classificate altrove
DS N17.91 Insufficienza renale acuta non specificata, stadio 1
DS N18.3 Malattia renale cronica, stadio 3

La nota («Attenzione») che segue l'esempio 2 della regola di codifica SD0102j va cancellata senza.

~~Attenzione: il criterio SOFA del peggioramento acuto dell'insufficienza renale è soddisfatto e vale per il calcolo del punteggio. I criteri AKIN non sono tuttavia soddisfatti (condizione per lo stadio 1: aumento della creatinina sierica di almeno il 50% e fino al 100% rispetto al valore iniziale entro 7 giorni. In questo caso si riscontra un aumento del 40%). La progressione dell'insufficienza renale è acuta nel quadro della sepsi, ma è situata nell'intervallo dell'insufficienza renale cronica in stadio 4 (GFR da 15 a 30 ml/min). La disfunzione d'organo viene codificata con il codice per l'insufficienza renale cronica con indicazione dello stadio.~~

2.2.2. Disfunzioni d'organo nel quadro della sepsi

Scelta del codice per la sepsi

I codici per la sepsi si trovano nei seguenti capitoli/categorie:

- Nel capitolo I, nelle categorie A40.- Sepsi streptococcica e A41.- Altre forme di sepsi, tenendo in considerazione le esclusioni.
- Nel capitolo I, nelle singole malattie infettive (p.es. B37.7 Sepsi da candida).
- Nel capitolo XVI per la sepsi nei neonati (P36.- Sepsi batterica neonatale).
- La sepsi associata ad aborto, gravidanza ectopica, gravidanza molare, parto o puerperio viene indicata con un codice del capitolo XV (O03–O07, O08.0, O75.3, O85) unitamente a un codice per la sepsi del capitolo I, per indicare la presenza di una sepsi e l'agente patogeno.
- Malgrado la sepsi appaia già in diversi codici relativi a malattie o disturbi iatrogeni (complicanze), deve sempre essere aggiunto un codice per la sepsi del capitolo I, per indicare la presenza di una sepsi e l'agente patogeno (p.es. J95.0 Malfunzionamento di tracheostoma, T88.0 Infezione successiva ad immunizzazione).

Definizione di sepsi secondo la 3a Conferenza internazionale di consenso ~~(Guidelines of the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock)~~ (Singer M et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315(8):801-810)

Definizione di sepsi: «Infezione dimostrata o supposta e disfunzione d'organo dimostrata, causata da una reazione disregolata dell'organismo a un'infezione».

[...]

Sepsi nell'adulto

[...]

Una sepsi con disfunzione d'organo si manifesta con un aumento del punteggio SOFA ≥ 2 entro massimo 72 ore.
In caso di peggioramento di singoli sistemi di organi di 1 punto ciascuno è consentita la sommatoria dei punti.

La rilevazione del punteggio SOFA va effettuata sulla base delle direttive di cui al documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi» o «Données minimales de la SSMI» della SSMI (disponibile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch/it -> Settori -> Registro dei dati -> «MDSiV30_V4_de_def» (in tedesco) o « MDSiV30_V4_fr_def » (in francese)).

Le disfunzioni d'organo che possono essere spiegate palesemente da altre cause, in particolare se preesistenti, non possono essere usate come criterio per la definizione della sepsi.

Esempio di caso in cui non va codificata una sepsi

Ammissione di una paziente 56enne con dispnea e febbre.
Un'emogasanalisi arteriosa svolta in pronto soccorso mostra un'insufficienza respiratoria ipossica di grado leggero in presenza di asma bronchiale allergica già nota.
Dato il sospetto di infezione polmonare viene rilevato il punteggio SOFA da cui risulta una differenza di 2 punti (un punto per la respirazione e uno per la coagulazione). L'analisi del prelievo ematico iniziale indica una leggera trombocitopenia, che resta tuttavia senza ulteriori conseguenze nel decorso. La paziente viene ricoverata in ambito stazionario con sospetto di sepsi.
A seguito di ulteriori accertamenti/esami viene posta la diagnosi di asma bronchiale esacerbata da infezione con inizio di broncopolmonite.
Già in pronto soccorso, alla paziente viene somministrato anche un farmaco broncodilatatore. La dispnea si arresta immediatamente e le successive emogasanalisi mostrano valori normali.
La causa della trombocitopenia riscontrata al momento dell'ammissione è individuata, tramite anamnesi, nella precedente assunzione di forti dosi di analgesici.
Secondo il rapporto medico di dimissione, le differenze del punteggio SOFA riscontrate non sono provocate da sepsi.
Nella degenza stazionaria, durata 3 giorni, il maggior impiego di risorse è riconducibile al trattamento antibiotico dell'inizio di broncopolmonite

DP	*J18.0*	*Broncopolmonite non specificata*
DS	*J45.0*	*Asma preminentemente allergico*
DS	*J96.00*	*Insufficienza respiratoria acuta NCA, tipo I [ipossica]*

Le disfunzioni d'organo preesistenti vengono considerate complicazioni d'organo settiche solo in presenza di un peggioramento acuto dovuto alla sepsi.

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

~~Le disfunzioni d'organo provocate da sepsi che influiscono sulla formazione del punteggio SOFA vanno codificate solo se soddisfanno i criteri della regola di codifica relativa alle diagnosi secondarie (G54).~~
~~A tal proposito, si rimanda all'esempio 2 di cui agli «Esempi di codifica».~~

Ogni disfunzione d'organo o peggioramento di disfunzione d'organo preesistente provocati da sepsi e documentati vanno codificati, dato che nel quadro del trattamento della sepsi quale malattia sistemica sono trattate anche tutte le disfunzioni d'organo riscontrate.

2.2.3. Precisazione riguardante il paragrafo «Sequenza dei codici»

Sequenza dei codici
La sepsi va classificata con i seguenti codici in sequenza:

- Codice della sepsi
- Gli agenti patogeni e le relative resistenze da *U80.-!* a *U85!* vanno codificati secondo la regola D04
- Shock settico *R57.2*, se presente
- Focolaio infettivo: ad es. polmonite
  Gli agenti patogeni che specificano il focolaio infettivo nonché le relative resistenze vanno codificati secondo la regola D04.
- Ogni singola disfunzione d'organo
  La codifica deve comprendere almeno il codice della sepsi e l'indicazione del focolaio d'infezione. Se quest'ultimo è sconosciuto, oltre alla sepsi va indicato il codice *B99 Altre e non specificate malattie infettive*. Per la specificazione di agenti patogeni o l'indicazione di resistenze vale la regola D04. Tutte le disfunzioni d'organo che peggiorano nel quadro della sepsi costituiscono ulteriori DS

  I codici *R65.1!* e *R65.0!* non vanno più indicati nel contesto di una sepsi. Tutti i codici SIRS *R65.-!* restano validi e possono essere indicati se risultano soddisfatti i requisiti per la codifica di una diagnosi secondaria (G54). ~~Il codice *R65.-!* non può più tuttavia essere associato alla diagnosi di sepsi.~~ Alla diagnosi di sepsi non può però essere associato un codice della categoria *R65.-!*.

  Qualora nel corso della stessa degenza siano riscontrate e documentate sia una sepsi sia una SIRS di origine non infettiva o una SIRS dovuta a un'infezione diversa da quella che ha provocato la sepsi, la SIRS può comunque essere codificata in relazione/nel contesto delle malattie indipendenti dalla sepsi.

2.2.4. Precisazione riguardante il paragrafo «Shock settico»

Shock settico
Lo shock settico va classificato con il codice R57.2.

Il codice *R57.2 Shock settico* non va indicato quale diagnosi principale nemmeno se la sepsi e le sue sequele soddisfano le condizioni della regola di codifica G52 «Diagnosi principale» e se (come avviene in rari casi) il trattamento dello shock settico (o delle sue sequele) costituisce il maggior impiego di risorse della degenza stazionaria

Si parla di **shock settico** quando nonostante un'adeguata terapia volemica si riesce a raggiungere una pressione arteriosa media ≥ 65 mmHg solo con la somministrazione di vasopressina e in presenza di un valore di lattato > 2 mmol/l.

2.3. Precisazione della regola di codifica SD0103~~j~~k SIRS

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Per codificare una SIRS, nella ICD-10-GM è disponibile la categoria *R65.-! Sindrome da risposta infiammatoria sistemica*.

Si distingue tra SIRS di origine infettiva e SIRS di origine non infettiva.

In presenza di una SIRS di origine infettiva, va indicata l'infezione seguita dal corrispondente codice della categoria *R65.-!*.
In presenza di una SIRS di origine non infettiva, va indicata la malattia soggiacente che l'ha provocata seguita dal corrispondente codice della categoria *R65.-!*.

Nota bene: nel quadro della codifica di una sepsi non va più indicata la diagnosi *R65.-!*
Qualora nel corso della stessa degenza siano riscontrate e documentate sia una sepsi sia una SIRS di origine non infettiva o una SIRS dovuta a un'infezione diversa da quella che ha provocato la sepsi, la SIRS può comunque essere codificata in relazione/nel contesto delle malattie indipendenti dalla sepsi.

R65.0!	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo*
R65.1!	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva con insufficienza d'organo*
R65.2!	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine non infettiva senza insufficienza d'organo*
R65.3!	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine non infettiva con insufficienza d'organo*
R65.9!	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica non specificata*

~~Si distingue tra SIRS di origine infettiva e non infettiva.~~

~~In presenza di una SIRS di origine infettiva, va indicata l'infezione seguita dal corrispondente codice della categoria R65.- !.~~
~~In presenza di una SIRS di origine non infettiva, va indicata la malattia di base che l'ha provocata seguita dal corrispondente codice della categoria R65.- !.~~

Per indicare agenti patogeni e relative resistenze vanno utilizzati codici supplementari.

2.4. Sepsi puerperale

Riguarda tutte le versioni linguistiche

SD1506k Malattie del puerperio

Sepsi puerperale (febbre puerperale)
La sepsi puerperale va considerata un'entità a sé stante. Il suo carattere indipendente, riconducibile al particolare momento della sua manifestazione e alla sua eziologia (contesto del parto), è comparabile a quello del diabete gestazionale, dell'herpes gestationis o della colestasi gravidica.
La distinzione tra «sepsi puerperale» e «sepsi nel puerperio» è essenziale per una corretta codifica.
La sepsi puerperale è provocata da un'infezione batterica dell'endometrio (porte di accesso: p. es. ferite postparto, residui di placenta ecc.). Le possibili sequele di questa infezione spaziano dall'endomiometrite alla sepsi nel puerperio fulminante.
La sepsi puerperale va distinta dalle sepsi postparto dovute a infezioni delle vie urinarie, mastiti e/o ferite ostetriche infettatesi, p. es. a seguito di episiotomia ecc.

Negli esempi che seguono, si rinuncia intenzionalmente alla codifica dei trattamenti per focalizzarsi sulla codifica delle diagnosi.

Esempio 1

Sette ore dopo un parto protratto (fase di dilatazione durata circa 13 ore) ma senza altre complicazioni (gravida II/para II, sdg 39) si manifestano dolori persistenti (i cosiddetti morsi uterini).
La puerpera è pallida, lamenta forti dolori nella parte bassa del ventre, la circolazione è per il momento stabile e la temperatura corporea è di 35,7°C.
Sospetto primario di disturbo della regolazione circolatoria in parto protratto.
L'attuale emocromo indica un'anemia (5.1 mmol/l) e una trombocitopenia (76 x 10^3/µl), mentre i valori dei leucociti risultano essere normali.
Nel corso dei successivi giorni di degenza persistono dolori crescenti al basso ventre resistenti alle terapie.
Clinicamente, la paziente si mostra sempre più irrequieta, con sudori freddi e labbra cianotiche; presenta ipotensione (80/40 mmHg) e polso tachicardico (122 battiti/min). L'addome è lasso e senza tensione difensiva.
A seguito della diagnosi di endomiometrite con sepsi, si procede al ricovero in unità di cure intensive con avvio di terapia antibiotica.
Lo stato della paziente peggiora rapidamente con disfunzione multiorgano (insufficienza renale, ARDS, shock settico) al punto da richiedere un'isterectomia d'urgenza in condizioni di rianimazione.
Diagnosi di dimissione: sepsi puerperale fulminante da streptococchi del gruppo A.

DP	*A40.0*	*Sepsi da streptococco, gruppo A*
DP	*O85*	*Sepsi puerperale*
DS	*B95.0!*	*Streptococco e stafilococco come causa di malattie classificate altrove*
DS	*O99.4*	*Malattie dell'apparato circolatorio complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio*
DS	*R57.2*	*Shock settico*
DS	*N71.0*	*Malattia infiammatoria acuta dell'utero, cervice esclusa*
DS	*O99.8*	*Altre malattie e condizioni morbose specificate complicanti la gravidanza, il parto e il puerperio*
DS	*N17.99*	*Insufficienza renale acuta non specificata, stadio non specificato*
DS	*O99.5*	*Malattie dell'apparato respiratorio complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio*
DS	*J80.-*	*Sindrome da distress respiratorio acuto dell'adulto [ARDS]*
DS	*O99.1*	*Altre malattie del sangue, degli organi emopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio*
DS	*D69.58*	*Altra trombocitopenia secondaria, non specificata come refrattaria alla trasfusione*
DS	*D64.9*	*Anemia non specificata*
DS	*O63.0*	*Prolungamento del primo stadio [periodo dilatativo] del travaglio*
DS	*O09.6!*	*Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete*
DS	*Z37.0!*	*Parto singolo, nato vivo*

L'endomiometrite è già inclusa nel codice *O85 Sepsi puerperale* e viene specificata tramite il codice *N71.0 Malattia infiammatoria acuta dell'utero, cervice esclusa*.
Il codice *R57.2 Shock settico* comprende i parametri relativi alla circolazione cardiovascolare menzionati nell'esempio 1 e viene registrato unitamente al codice *O99.4 Malattie dell'apparato circolatorio complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio*.
In conformità al punto SD1503 «Malattie durante la gravidanza» sono codificate anche tutte le disfunzioni d'organo tramite i corrispondenti codici del capitolo XV dell'ICD-10-GM.

Esempio 2

19 giorni dopo la dimissione a seguito di degenza stazionaria per taglio cesareo elettivo (presentazione pelvica), nuovo ricovero con urosepsi documentata dal medico a causa di pielonefrite (di eziologia non determinabile, p. es. ostruttiva indotta da utero gravido, iatrogena provocata da cateterismo urinario ecc.).
Documentazione di un peggioramento acuto associato alle sepsi di 4 punti SOFA nell'arco di 72 ore.
Insorgenza di un'insufficienza renale acuta di stadio 3 (AKIN), con un livello basale pari a 0.
Nell'urinocoltura e nelle colture ematiche è attestata la presenza di Escherichia coli.

DP	*A41.51*	*Sepsi da altri microorganismi Gram-negativi, Escherichia coli [E. coli]*
DS	*O86.2*	*Infezione dell'apparato urinario successiva al parto*
DS	*N10*	*Nefrite tubulo-interstiziale acuta*
DS	*B96.2!*	*Escherichia coli [E. coli] e altri enterobatteri come causa di malattie classificate altrove*
DS	*O99.8*	*Altre malattie e condizioni morbose specificate complicanti la gravidanza, il parto e il puerperio*
DS	*N17.93*	*Insufficienza renale acuta non specificata, Stadio 3*

Anche se, secondo la definizione, la paziente è in puerperio, qualora risultino soddisfatti i criteri di cui alla regola di codifica SD0102, per la codifica della sepsi non va utilizzato il codice *O85 Sepsi puerperale*.
Nel caso in esame non si tratta infatti di un'infezione che corrisponde alla definizione di sepsi puerperale.

La codifica dell'insufficienza renale acuta non va fatta con la combinazione di codici *O90.4 Insufficienza renale acuta postparto* e *N17.93 Insufficienza renale acuta non specificata, stadio 3,* dato che **non siamo in presenza di un'insufficienza renale postparto**, ma di un'insufficienza renale provocata da sepsi.
La codifica della durata della gravidanza tramite codici del capitolo XV «Gravidanza, parto e puerperio» dell'ICD-10-GM non va effettuata nel contesto del puerperio.

Esempio 3
In una partoriente (sdg 39.4), una sepsi manifestatasi già nel corso del parto in presenza di sospetto di corioamnionite (Streptococcus anginosus) evolve postparto in uno shock settico. Dati la sproporzione cefalo-pelvica con sospetto di macrosomia del feto, i parametri d'infezione in aumento e i segni clinici di sepsi, viene eseguito un taglio cesareo d'urgenza secondario seguito da trattamento in unità di cure intensive. Tutti i parametri di cui alla regola di codifica SD0102 sono soddisfatti.

DS	*A40.8*	*Altre forme di sepsi streptococcica*
DS	*O75.3*	*Altra infezione durante il parto*
DS	*B95.48!*	*Altro streptococco specificato come causa di malattie classificate in altri settori*
DS	*R57.2!*	*Shock settico*
DS	*O41.1*	*Infezione della cavità amniotica e delle membrane*
DS	*O65.4*	*Distocia da sproporzione fetopelvica non specificata*
DS	*O66.2*	*Distocia da feto eccezionalmente grande*
DS	*O09.6!*	*Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete*

Negli esempi di cui sopra, la sepsi figura come diagnosi principale poiché la regola di codifica SD0102 è prioritaria rispetto alle indicazioni di utilizzo dell'ICD-10-GM.
La sequenza dei codici registrati si basa sulle indicazioni della regola di codifica SD0102.

2.5. Utilizzo del codice ICD-10-GM *Z99.1 Dipendenza (di lunga durata) da respiratore*

Riguarda tutte le versioni linguistiche

SD1001k Ventilazione meccanica

[...]

Z99.1 Dipendenza (di lunga durata) da respiratore

Il codice ICD-10-GM *Z99.1 Iniezione o infusione di sostanze terapeutiche o profilattiche* può essere indicato solo nel rispetto delle direttive e delle note riportate all'inizio del capitolo XXI dell'ICD-10-GM.
Ciò significa che tale codice dovrebbe essere utilizzato solo in presenza di malattie/stati/manifestazioni/sintomi che comportino una dipendenza di lunga durata da respiratore e per i quali non è disponibile/adeguato alcun altro codice ICD-10-GM.

Ventilazione meccanica nella riabilitazione

Questa regola di codifica vale per tutti i casi che vengono fatturati sulla base della struttura tariffaria ST Reha.
Qualora, in ragione di una ventilazione meccanica nella riabilitazione, per la clinica si verifichi un impiego di risorse > 0, ossia se la ventilazione non può essere p. es. gestita autonomamente dal paziente, la ventilazione va rilevata con i codici delle categorie 93.9E.-, 93.9F.- o 93.9G.- a condizione che siano soddisfatti i corrispondenti requisiti minimi.
Con il codice 93.9G.09 vanno anche codificate le terapie a pressione positiva tramite maschera, di cui ai gruppi di elementi 93.9G.1-, 93.9G.2-, 93.9G.3- o 93.9G.4-, se i requisiti minimi punto 2, che prevedono un'intensità terapeutica di almeno 4 ore al giorno, non sono soddisfatti ma per la clinica di riabilitazione si verifica impiego di risorse > 0.
La mera somministrazione di ossigeno non va rilevata con il codice 93.9G.09.

3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2022

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

3.1. Correzione del titolo dei codici 38.7X.21 e 38.7X.22

Riguarda solo la versione linguistica tedesca

3.2. Altre articolazioni specificate, soppressione dell'indicazione di lateralità

Riguarda tutte le versioni linguistiche

L'indicazione di lateralità va soppressa nei codici di seguito indicati. Nel caso di «altre articolazioni specificate», l'indicazione della lateralità non è sempre appropriata. Può esserlo oppure meno.

81.96.83 **Altra riparazione di altra articolazione specificata, Spongioplastica subcondrale, per via artroscopica ~~[L]~~**

81.96.8B **Altra riparazione di altra articolazione specificata, Perforazione subcondrale, chirurgica a cielo aperto ~~[L]~~**

81.96.8D **Altra riparazione di altra articolazione specificata, Perforazione subcondrale con inserzione di impianto acellulare, chirurgica a cielo aperto ~~[L]~~**

3.3. 93.59.5- «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti miultiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento»

3.3.1. 93.59.5- e 99.84.- «Isolamento»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

L'isolamento protettivo semplice o l'isolamento protettivo messo in atto in caso di «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti» può essere rilevato con un codice dei gruppi di elementi 99.84.4- o 99.84.5- unitamente a un codice del gruppo di elementi 93.59.5-. L'inclusione di cui al gruppo di elementi 93.59.5- e l'esclusione di tipo «Omettere il codice» di cui alla sottocategoria 99.84.- vanno adeguate come di seguito indicato.

93.59.5- **Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento**
INCL. ~~Isolamento~~ Isolamento da contatto, da goccioline e da aerosol

[...]

99.84.- **Isolamento**
[...]
~~ESCL. Kode weglassen - Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage (93.59.5-)~~
[...]

99.84.1- **Isolamento da goccioline, secondo il numero di giorni di trattamento**
[...]
ESCL. Omettere il codice - Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento (93.59.5-)
[...]

99.84.3- Isolamento da aerosol, secondo il numero di giorni di trattamento
[…]
ESCL. Omettere il codice - Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento (93.59.5-) […]

3.3.2. 93.59.5- Documento di riferimento

Riguarda solo la versione linguistica tedesca

3.4. 93.89.9- «Riabilitazione geriatrica acuta» Modifiche nei requisiti minimi

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I requisiti minimi «punto 4, team di trattamento» e «punto 5, terapia» del gruppo di elementi 93.89.9- «Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento» vanno modificati come di seguito indicato. Le nuove «note» sotto i codici a 6 caratteri del gruppo di elementi 93.89.9- hanno lo scopo di illustrare la flessibilità della distribuzione delle unità terapeutiche sulla durata.

93.89.9 Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento
Nota: Requisiti minimi punto 1, indicazione: […]
Requisiti minimi punto 2, luogo di trattamento: […]
Requisiti minimi punto 3, valutazioni: […]

Requisiti minimi punto 4, team di trattamento:
Trattamento da parte di un team specializzato in geriatria diretto da un medico con specializzazione in geriatria (FMH). ~~(FMH). Il titolare di una formazione specialistica in geriatria (FMH) deve essere attivo in prevalenza nell'unità geriatrica che fornisce la prestazione. Ciò significa che non può essere contemporaneamente preposto alla direzione medica in un altro ospedale o in ubicazioni nelle immediate vicinanze una dall'altra.~~
Il grado di occupazione del/dei titolare/i di una formazione specialistica in geriatria (FMH) per il reparto che fornisce le prestazioni deve ammontare ad almeno il 5% per letto anche complessivamente ad almeno il 50% per il reparto in questione. Tale occupazione può anche essere garantita tramite un contratto di cooperazione.

Requisiti minimi punto 5, terapia:
Trattamento da parte di un team geriatrico diretto da un medico specialista.
Impiego integrato nel team di almeno 2 dei seguenti 4 settori terapeutici:
A.) fisioterapia/terapia fisica
B.) ergoterapia
C.) logopedia/terapia facio-orale e/o consulenza/terapia dietetica
D.) (neuro)psicologia/psicoterapia medica
~~Il conteggio dei giorni di trattamento procede in modo continuo fino a un'eventuale interruzione del trattamento e riprende dopo tale interruzione. Per interruzione si intende anche il trasferimento in altro reparto che non consente il proseguimento della riabilitazione geriatrica acuta. La somma complessiva delle unità terapeutiche somministrate va divisa per il numero di giorni di trattamento e ne devono risultare almeno 10 unità terapeutiche ogni 7 giorni di trattamento. Delle 10 unità terapeutiche almeno 8 devono essere di terapia individuale. Vanno conteggiati sia i giorni con unità terapeutiche sia quelli senza.~~ Le unità terapeutiche durano 30 minuti ciascuna. Possono essere conteggiate al massimo tre unità terapeutiche per giornata di trattamento. Le unità terapeutiche possono essere somministrate congiuntamente. Se interrotte a causa di insufficiente tolleranza da parte del paziente, le unità terapeutiche possono essere conteggiate a partire da una durata di 20 minuti. Il conteggio dei giorni di trattamento inizia con l'avvio della prima parte di valutazione documentata. ~~Qualora la riabilitazione geriatrica acuta sia successiva a un intervento chirurgico, il giorno dell'intervento non può essere conteggiato come giorno di trattamento.~~Un giorno d'intervento può essere conteggiato come giorno di trattamento se quello stesso giorno possono essere somministrate unità terapeutiche.

Se si verifica un'interruzione, il conteggio dei giorni di trattamento riprende dopo tale interruzione. Per interruzione si intende anche il trasferimento in altro reparto che non consente il proseguimento della riabilitazione geriatrica acuta.
Requisiti minimi punto 6, pianificazione e controllo della terapia: […]
Requisiti minimi punto 7, rilevazione: […]

93.89.93 Riabilitazione geriatrica acuta, fino a 6 giorni di trattamento
93.89.94 Riabilitazione geriatrica acuta, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento
Nota: La quota terapeutica include almeno 10 unità terapeutiche di cui almeno 8 di terapia individuale.
93.89.95 Riabilitazione geriatrica acuta, da almeno 14 a 20 giorni di trattamento
Nota: La quota terapeutica include almeno 20 unità terapeutiche di cui almeno 16 di terapia individuale.
93.89.96 Riabilitazione geriatrica acuta, 21 e più giorni di trattamento
Nota: La quota terapeutica include almeno 30 unità terapeutiche di cui almeno 24 di terapia individuale.
.

3.5. 94.6A.1- e 94.6A.2- Correzione nei «Requisiti minimi punto 4, team di trattamento»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

La seguente correzione deve essere fatta nella «Requisiti minimi punto 4, team di trattamento» dei gruppi di elementi 94.6A.1- «Disassuefazione qualificata di malati di dipendenze, secondo il numero di giorni di trattamento» e 94.6A.2- «Trattamento per la disintossicazione in caso di dipendenza da sostanze, secondo il numero di giorni di trattamento».

94.6A.1- Disassuefazione qualificata di malati di dipendenze, secondo il numero di giorni di trattamento
Nota:
[…]
Requisiti minimi punto 4, team di trattamento:
Team di trattamento interdisciplinare sotto direzione di medico specialista in psichiatria e psicoterapia. Il team è composto da:
- Medico
- Psicoterapeuta psicologico o terapeuta delle dipendenze
- Pedagogista sociale e/o assistente sociale
- Fisioterapista e/o terapeuta del movimento
- Ergoterapista e/o arteterapeuta
- Personale infermieristico ~~specificamente formato, ossia almeno un infermiere per turno~~ sotto la responsabilità di un infermiere con competenze di conduzione del personale e/o tecnica in possesso di a) almeno due anni di esperienza professionale in un reparto nel quale sono somministrate principalmente terapie psichiatriche-psicoterapeutiche per malattie da dipendenza oppure b) un perfezionamento in terapie delle dipendenze appropriato (es. in «Motivational Interviewing» o CAS specialistico).
Il team competente è specificamente formato per la valutazione e la sorveglianza delle disassuefazioni e si impegna a supervisioni regolari del caso, almeno 1 volta al mese.

[…]

94.6A.2- Trattamento per la disintossicazione in caso di dipendenza da sostanze, secondo il numero di giorni di trattamento
Nota:
[…]
Requisiti minimi punto 4, team di trattamento: Team di trattamento interdisciplinare sotto direzione di medico specialista in psichiatria e psicoterapia. Il team è composto da:
- Medico specialista
- Psicoterapeuta psicologico o terapeuta delle dipendenze
- Pedagogista sociale e/o assistente sociale
- Fisioterapista e/o terapeuta del movimento
- Ergoterapista, arteterapeuta e/o terapeuta creativo

- Personale infermieristico ~~specificamente formato, ossia almeno un infermiere per turno~~ sotto la responsabilità di un infermiere con competenze di conduzione del personale e/o tecnica in possesso di a) almeno due anni di esperienza professionale in un reparto nel quale sono somministrate principalmente terapie psichiatriche-psicoterapeutiche per malattie da dipendenza oppure b) un perfezionamento in terapie delle dipendenze appropriato (es. in «Motivational Interviewing» o CAS specialistico).
Il team è formato specificamente sulle dipendenze e si impegna a supervisioni regolari del caso, almeno una volta al mese […]

[…]

3.6. 94.8X.4- Organizzazione della convalescenza

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nella «descrizione complementare» del gruppo di elementi 94.8X.4- «Organizzazione della convalescenza, secondo la durata», «semistazionaria» dovrebbe essere cancellato.

94.8X.4- **Organizzazione della convalescenza, secondo la durata**
Misure organizzative di consulenza ambulatoriale relative alla convalescenza ambulatoriale, ~~semistazionaria~~ e stazionaria

3.7. 94.92.2- e 94.92.3- Trattamento di consulenza e liaison

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I titoli e i «Requisiti minimi punto 3, rilevazione» dei gruppi di elementi 94.92.2- e 94.92.3- vanno corretti come di seguito indicato. In francese, una correzione deve essere fatta anche nelle «Requisiti minimi punto 2, caratteristiche della prestazione».

94.92.2- **Trattamento psichiatrico-psicoterapeutico di consulenza e liaison, secondo la durata in ore** ~~per singola prestazione~~
Nota:
[…]
Requisiti minimi punto 3, rilevazione: ~~Va indicato un codice per ogni singola prestazione (ossia per consulto o consulto di liaison)~~ Un codice del gruppo di elementi 94.92.2- va indicato una volta per singolo caso. I diversi consulti, riconsulti e trattamenti di liaison devono essere sommati. Per consulto si intendono le prestazioni di consulenza riferite al paziente (p. es. colloqui e stesura di rapporti) fornite a un medico o un team di trattamento da parte di un altro medico o team di trattamento. Per trattamento di liaison si intendono le prestazioni terapeutiche e gli accertamenti da parte del medico o del team di trattamento che fornisce il servizio di liaison.

[…]

94.92.3- **Trattamento psicosomatico e psicosociale di consulenza e liaison, secondo la durata in ore** ~~per singola prestazione~~
Nota:
[…]
Requisiti minimi punto 3, rilevazione: ~~Va indicato un codice per ogni singola prestazione (ossia per consulto o consulto di liaison)~~ Un codice del gruppo di elementi 94.92.2- va indicato una volta per singolo caso. I diversi consulti, riconsulti e trattamenti di liaison devono essere sommati. Per consulto si intendono le prestazioni di consulenza riferite al paziente (p. es. colloqui e stesura di rapporti) fornite a un medico o un team di trattamento da parte di un altro medico o team di trattamento. Per trattamento di liaison si intendono le prestazioni terapeutiche e gli accertamenti da parte del medico o del team di trattamento che fornisce il servizio di liaison.

[…]

3.8. 99.04.- e 99.05.- Precisazione del link relativo alle prescrizioni

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nelle «note» di cui alle sottocategorie 99.04.- «Trasfusione di concentrato cellulare» e 99.05.- «Trasfusione di trombociti» va inserito il link relativo alle prescrizioni.

99.04.- Trasfusione di concentrato cellulare

Nota: Un'unità trasfusionale consiste in un volume di 200-350 ml (Prescrizioni di Trasfusione CRS Svizzera, capitolo 18 A, Specifiche: sangue intero e concentrati di eritrociti (versione 6, in essere dal 1° gennaio 2021, disponibile in tedesco e francese),
~~percorso: Dokuman > Prescrizioni STS > Prescrizioni: Capitoli & Decisioni > Parte (sbsc-bsd.ch)~~
link: https://dokuman.sbsc-bsd.ch/de-de/vorschriftenbsd/vorschriftenkapitelbeschl%C3%BCsse/kapitel.aspx).
Nella trasfusione di unità pediatriche di concentrati di eritrociti fino al termine del primo anno di vita, va conteggiata ogni unità suddivisa somministrata e non si tiene conto del volume minimo. […]

[…]

99.05.- Trasfusione di trombociti

Nota: Un concentrato di trombociti [CT] ha una concentrazione di piastrine maggiore o uguale a 2.4x10e11/unità (Prescrizioni di Trasfusione CRS Svizzera, capitolo 18 B: Specifiche: concentrati piastrinici (versione 8, in essere dal 1° febbraio 2020, disponibile in tedesco e francese), ~~percorso: Dokuman > Prescrizioni STS > Prescrizioni: Capitoli & Decisioni > Parte (sbsc-bsd.ch)~~
link: https://dokuman.sbsc-bsd.ch/de-de/vorschriftenbsd/vorschriftenkapitelbeschl%C3%BCsse/kapitel.aspx).
Mezzo CT corrisponde alla metà di un CT. Ogni mezzo CT ha quindi una concentrazione di piastrine maggiore o uguale a 1.2x10e11/sacca. I mezzi CT somministrati nell'intero caso vanno sommati (p. es. 3 mezzi CT somministrati corrispondono a 1,5 CT). I CT interi e i mezzi CT somministrati nel corso di un caso vanno sommati tra loro (p. es. 5 CT interi più 3 mezzi CT corrispondono a 6,5 CT interi). La somma va arrotondata per difetto all'unità (nell'esempio precedente 6 CT).
Nella trasfusione di unità pediatriche di concentrati piastrinici fino al termine del primo anno di vita, ogni unità suddivisa somministrata va conteggiata come un intero e non si tiene conto del volume minimo.

[…]

3.9. 99.A7, 99.BA.1- und 99.BA.2- Nuova versione del documento di riferimento e correzione nei requisiti minimi punto 3

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Per i documenti di riferimento riguardanti Stroke Unit e Stroke Center è disponibile una nuova versione. I «Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento» di cui al codice 99.A7 e ai gruppi di elementi 99.BA.1- e 99.BA.2- vanno quindi adeguati. Devono inoltre essere corretti i «Requisiti minimi punto 3, trattamento» del gruppo di elementi 99.BA.1- in francese e in italiano nonché quelli del gruppo di elementi 99.BA.2- nelle tre lingue. Le «Note» in questione vanno adeguate come di seguito indicato.

99.A7 Diagnostica complessa dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Unit o Stroke Center, fino a un massimo di 24 ore

Nota: Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:
Per le direttive e i requisiti della SFCNS in fatto di Stroke Unit [SU] certificate si rimanda al documento (attualmente disponibile solo in tedesco - ~~e in francese~~ I criteri e le linee guida versione 18.11.2021 sono in fase di traduzione e saranno pubblicati in francese e in italiano il più presto possibile) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units», Version V vom 18.11.2021 («Criteri di qualità per la certificazione di Stroke Unit»)~~, versione (informazioni sulla versione aggiornata seguono nella Circolare 2022 N 1):~~
https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html
«Documents required for the process» -> «Annex I» -> «Criteria in German to be fulfilled by Stroke Units (Version 18-11-2021)»

[…]

99.BA.1- Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Center [SC], secondo la durata del trattamento in ore

Nota: Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:
Per le direttive e i requisiti della SFCNS in fatto di Stroke Center certificati si rimanda al documento (attualmente disponibile solo in tedesco - ~~e in francese~~ I criteri e le linee guida versione 18.11.2021 sono in fase di traduzione e saranno pubblicati in francese e in italiano il più presto possibile) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Centers», Version V vom 18.11.2021 («Criteri di qualità per la certificazione di Stroke Center»)~~, versione (informazioni sulla versione aggiornata seguono nella Circolare 2022 N 1)~~:
https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html
«Documents required for the process» -> «Annex I» -> «Criteria in German to be fulfilled by Stroke Centers (Version 18-11-2021)»
[…]
Requisiti minimi punto 3, trattamento:
a) Diagnostica: Esecuzione di tomografia computerizzata (TAC spirale) o risonanza magnetica nucleare della testa con angiografia delle arterie della testa e del collo con inizio dell'esame neuroradiologico entro 120 minuti dall'ammissione o dalla constatazione di sintomi di ictus cerebrale in pazienti ricoverati, se non sono disponibili corrispondenti TAC o RMN esterne sufficienti dal punto di vista tecnico e non sussistono controindicazioni. L'ecografia neurovascolare (intra ed extracranica) può sostituire l'angiografia.
b) Trattamento di urgenza: in caso di infarto cerebrale ischemico, se indicati: trombolisi endovenosa con inizio entro 60 minuti dall'ammissione o dal peggioramento, oppure trombolisi intrarteriosa e/o trombectomia con inizio entro 90 minuti dall'ammissione o dal peggioramento. Trattamento conforme alle direttive di cause di ictus cerebrale non ischemiche (ad es. emorragie intracerebrali/subaracnoidee, trombosi del seno venoso cerebrale ecc.)
c) Sorveglianza: sorveglianza monitorata in modo continuativo di almeno ~~5~~ 3 dei seguenti parametri: ECG, saturazione dell'ossigeno, temperatura, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, respirazione, misurazione invasiva della pressione arteriosa, misurazione della pressione intracranica. Se necessario, sorveglianza non continuativa dei valori del glucosio. Il monitoraggio può essere interrotto per l'esecuzione di esami supplementari e trattamenti nonché per la sostituzione del sistema di sorveglianza. Ogni 6 ore, controllo e documentazione dei reperti neurologici da parte del medico o di un infermiere specificamente formato per riconoscere tempestivamente progressioni e recidive dell'insulto cerebrale e altre complicazioni. La responsabilità della documentazione del reperto spetta allo specialista che lo rileva. Sono consentiti intervalli di tempo inferiori alle 6 ore, ma l'intervallo medio giornaliero tra una rilevazione e l'altra non può eccedere tale durata, con una tolleranza di più/meno 60 minuti per intervallo di tempo.
d) Settori terapeutici: avvio di misure fisioterapiche ~~o di mobilizzazione~~ entro 24 ore con almeno 1 unità di trattamento al giorno (7 giorni su 7) - In presenza di corrispondente indicazione, modalità terapeutiche seguenti: ergoterapia, logopedia, neuropsicologia. Consulenza/terapia dietetica solo in relazione a disturbi della deglutizione.

[…]

99.BA.2- Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Unit [SU], secondo la durata del trattamento in ore

Nota: Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:
Per le direttive e i requisiti della SFCNS in fatto di Stroke Unit [SU] certificate si rimanda al documento (attualmente disponibile solo in tedesco - ~~e in francese~~ I criteri e le linee guida versione 18.11.2021 sono in fase di traduzione e saranno pubblicati in francese e in italiano il più presto possibile) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units», Version V vom 18.11.2021 («Criteri di qualità per la certificazione di Stroke Unit»)~~, versione (informazioni sulla versione aggiornata seguono nella Circolare 2022 N 1):~~
https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html
«Documents required for the process» -> «Annex I» -> «Criteria in German to be fulfilled by Stroke Units (Version 18-11-2021)»
[…]
Requisiti minimi punto 3, trattamento:
a) Diagnostica: Esecuzione di tomografia computerizzata (TAC spirale) o risonanza magnetica nucleare della testa con angiografia delle arterie della testa e del collo con inizio dell'esame neuroradiologico entro 120 minuti dall'ammissione o dalla constatazione di sintomi di ictus cerebrale in pazienti ricoverati, se non sono disponibili corrispondenti TAC o RMN esterne sufficienti dal punto di vista tecnico e non sussistono controindicazioni. L'ecografia neurovascolare (intra- ed extracranica) può sostituire l'angiografia.
b) Trattamento di urgenza: In caso di infarto cerebrale ischemico, se indicati: trombolisi endovenosa con inizio entro 60 minuti dall'ammissione o dal peggioramento. Trattamento conforme alle direttive di cause di ictus cerebrale non ischemiche (ad es. emorragie intracerebrali/subaracnoidee, trombosi del seno venoso cerebrale ecc.)
c) Sorveglianza: sorveglianza monitorata in modo continuativo di almeno 3 dei seguenti parametri: ECG, saturazione dell'ossigeno, temperatura, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, respirazione.

Se necessario, sorveglianza non continuativa dei valori del glucosio.
Il monitoraggio può essere interrotto per l'esecuzione di esami supplementari e trattamenti nonché per la sostituzione del sistema di sorveglianza.
Ogni 6 ore, controllo e documentazione dei reperti neurologici da parte del medico o di un infermiere specificamente formato per riconoscere tempestivamente progressioni e recidive dell'insulto cerebrale e altre complicazioni. La responsabilità della documentazione del reperto spetta allo specialista che lo rileva. Sono consentiti intervalli di tempo inferiori alle 6 ore, ma l'intervallo medio giornaliero tra una rilevazione e l'altra non può eccedere tale durata, con una tolleranza di più/meno 60 minuti per intervallo di tempo.
d) Settori terapeutici: Inizio di misure fisioterapiche ~~o di mobilizzazione~~ entro 24 ore con almeno 1 unità di trattamento al giorno (7 giorni su 7). - In presenza di corrispondente indicazione, modalità terapeutiche seguenti: ergoterapia, logopedia, neuropsicologia. Consulenza/terapia dietetica solo in relazione a disturbi della deglutizione.

[…]

3.10. 99.B7.- e 99.B8.- documento di riferimento

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Una nuova versione del documento di riferimento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi» è disponibile. I requisiti minimi dei gruppi di elementi 99.B7.1-, 99.B7.4-, 99.B7.5-, così come i «Requisiti minimi punto 3, calcolo e rilevazione» dei gruppi di elementi 99.B8.1-, 99.B8.4- e 99.B8.5- vanno modificati come di seguito indicato.

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»~~ «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Settori -> Registro dei dati -> ~~MDSiV29_V7_de_def»~~ «MDSiV30_V4_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.B7.4- 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»~~ «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link:
www.sgi-ssmi.ch -> Settori -> Registro dei dati -> ~~«MDSiV29_V7_de_def»~~«MDSiV30_V4_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.B7.5- 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 [Clinical Risk Index for Babies 2] e NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] figurano nel documento ~~«Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019»~~ «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link:
www.sgi-ssmi.ch -> Settori -> Registro dei dati -> ~~MDSiV29_V7_de_def»~~ «MDSiV30_V4_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»~~ «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link:
www.sgissmi.ch -> Settori -> Registro dei dati -> ~~«MDSiV29_V7_de_def»~~ «MDSiV30_V4_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.B8.4- 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 2] e NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] figurano nel documento ~~«Minimaler Datensatz der SGI MDSi V.29d_2019»~~ «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link:
www.sgi-ssmi.ch -> Settori -> Registro dei dati -> ~~«MDSiV29_V7_de_def»~~ «MDSiV30_V4_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.B8.5- 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 [Clinical Risk Index for Babies 2] e NEMS [nine equivalent of nursing manpower use score] figurano nel documento ~~«Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019»~~ «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link:
www.sgi-ssmi.ch -> Settori -> Registro dei dati -> ~~«MDSiV29_V7_de_def»~~ «MDSiV30_V4_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.

[…]

3.11. 99.C5.- Completamento di tre titoli

Riguarda solo la versione linguistica tedesca

3.12. Correzione dell'introduzione della CHOP 2022 riguardante AA.31.- «Test del cammino di 6 minuti»

Riguarda solo la versione linguistica tedesca

3.13. BA.- e BB.2- Modifiche nelle «note»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nelle «Note» delle categorie BA.- «Prestazione di base nella riabilitazione» e BB.2- «Prestazione terapeutica supplementare nella riabilitazione, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana» vanno apportati gli adeguamenti di seguito indicati.

BA.- Base nella riabilitazione

Nota:

[…]

Requisiti minimi punto 3, terapia:
La settimana di trattamento è composta da 7 giorni di calendario. Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali vanno intese quale media alla settimana sull'intera degenza di riabilitazione. Il calcolo della durata in giorni dell'intera degenza si effettua secondo la regola riportata nel documento «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a ST Reha» valido per l'anno di applicazione e pubblicato all'indirizzo https://www.swissdrg.org/it/st-reha. Le durate terapeutiche a settimana descritte nella categoria BA.- includono le prestazioni fornite direttamente al paziente. Le prestazioni in assenza del paziente non rientrano nella durata della terapia.
Le unità terapeutiche/educative (di istruzione) sono somministrate come terapia individuale o di gruppo a seconda dell'indicazione e in funzione delle esigenze e delle risorse del paziente. La terapia/educazione (istruzione) per degenze brevi e settimane di riabilitazione incomplete va calcolata pro rata.
L'autotraining sotto sorveglianza del terapista competente corrisponde a una terapia.
[…]

BA.1 Riabilitazione neurologica

Nota:

[…]

Requisiti minimi punto 3, terapia e istruzione:

Durata settimanale della terapia almeno 540 minuti. Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali vanno intese quale media alla settimana sull'intera degenza di riabilitazione. Sono inoltre utilizzate le seguenti terapie in funzione dei deficit.

Sono obbligatorie fisioterapia in combinazioni specifiche per il paziente con:
- terapia fisica
- logopedia
- ergoterapia
- neuropsicologia
- psicoterapia e terapia colloquiale
- consulenza dietetica

Non obbligatorie, ma impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:
- consulenza sociale
- consulenza per smettere di fumare
- consulenza diabetologica […]

[…]

BA.3 Riabilitazione polmonare

Nota:

[…]

Requisiti minimi punto 2, terapia e istruzione:

Il trattamento consiste obbligatoriamente in unità terapeutiche e di istruzione per complessivi 540 minuti alla settimana. Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali vanno intese quale media alla settimana sull'intera degenza di riabilitazione.

a) obbligatoriamente fisioterapia ~~quale allenamento di resistenza~~ attiva (resistenza, forza e mobilità, rilassamento) in combinazione specifica per il paziente con terapie dei seguenti ambiti
- fisioterapia respiratoria
- allenamento della forza (terapia di training medico)
- ergoterapia
- logopedia - consulenza dietetica
- sostegno psicologico

nonché

b) almeno 3 unità di istruzione alla settimana su diversi temi

Non obbligatorie, ma impiegate in caso di corrispondente indica-zione e da includere nella durata della terapia:
- terapia respiratoria strumentale, es. ossigenoterapia mobile, terapia inalatoria
- consulenza sociale

[…]

BB.2- Prestazione terapeutica supplementare nella riabilitazione, secondo la media dei minuti di terapia alla setti-mana

Nota:

[…]

Requisiti minimi punto 4, conteggio della media dei minuti alla settimana:

Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali sono intese quale media per settimana sull'intera degenza di riabilitazione. Il calcolo della durata in giorni dell'intera degenza si effettua secondo la regola riportata nel documento «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a ST Reha» valido per l'anno di applicazione e pubblicato all'indirizzo https://www.swissdrg.org/it/st-reha. Il pertinente codice CHOP BB.2- va determinato sulla base della somma complessiva delle medie settimanali dei minuti di terapia. I minuti di terapia relativi al pertinente codice BA.- non vanno sottratti dalla somma complessiva. Le durate terapeutiche a settimana descritte nella categoria a tre caratteri BB.2- includono le prestazioni fornite direttamente al paziente. Le prestazioni in assenza del paziente non rientrano nella durata della terapia Per ciascuna degenza in un tipo di riabilitazione va dunque indicato un solo codice.

BB.21.- Riabilitazione neurologica, prestazione terapeutica supplementare, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana

Nota:

Terapia e istruzioni:
in funzione dei deficit vanno somministrate terapie elencate qui di seguito. Sono obbligatorie la fisioterapia in combinazioni specifiche per il paziente con:
- terapia fisica
- logopedia
- ergoterapia
- neuropsicologia
- psicoterapia e terapia colloquiale
- consulenza/terapia dietetica

Non obbligatorie, ma impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:
- consulenza sociale
- consulenza per smettere di fumare
- consulenza diabetologica

[...]

BB.23.- Riabilitazione polmonare, prestazione terapeutica supplementare, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana

Nota:

Terapia e istruzioni:
a) obbligatoriamente fisioterapia ~~quale allenamento di resistenza~~ attiva (resistenza, forza e mobilità, rilassamento) nonché in combinazione specifica per il
paziente con terapie dei seguenti ambiti:
- fisioterapia respiratoria
- allenamento della forza (terapia di training medico)
- ergoterapia
- logopedia
- consulenza/terapia dietetica
- sostegno psicologico

nonché
b) almeno 3 unità di istruzione al paziente alla settimana su diversi temi

[...]

3.14. Appendice 99.C4.- e 99.C5.- Correzione numero 7.4 del gruppo di prestazione 7 «Respirazione»

Riguarda solo la versione francese

3.15. Appendice BB.1- Correzione numero 2.2 dell'indicazione «Malattie del sistema cardiocircolatorio»

Riguarda solo la versione linguistica tedesca

4. Informazioni supplementari sull'ICD-10-GM 2022

4.1. Validità dell'ICD-10-GM 2022 dal 1° gennaio 2022

L'ICD-10-GM 2022 è in vigore in Svizzera dal 1° gennaio 2022.
Questa decisione è stata presa per garantire nel 2022 la possibilità di rilevazione dei dati in caso di attribuzione da parte dell'OMS e di ripresa da parte del BfArM dei codici non attribuiti U16.- e seguenti. Nell'Indice sistematico dell'ICD-10-GM 2022 sono stati inseriti i codici U non attribuiti da U16.- a U49.-.

La versione in tedesco (indice sistematico e indice alfabetico) può essere scaricata dal sito Internet del BfArM.
Le versioni in francese e in italiano dell'indice sistematico nonché le informazioni supplementari in tedesco applicabili alla Svizzera sono state pubblicate sul sito Internet dell'UST. Le versioni in francese e in italiano dell'indice alfabetico seguiranno il 30 maggio 2022.

5. Allegato

5.1. Informazioni e precisazioni

La presente circolare contiene **tutte** le «Informazioni e precisazioni» valevoli dal 1° gennaio 2022.

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.

0786 01.01.2022 93.8C.1- Documento di riferimento
Nella CHOP 2022, la «Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento» è stata spostata dal numero di codice 93.89.1- al 93.8C.1-. Nei «Requisiti minimi punto 0, definizione e documento di riferimento» del gruppo di elementi 93.8C.1-, il titolo del documento di riferimento riporta ancora il vecchio numero di codice. Il contenuto di tale documento vale tuttavia per il nuovo numero di codice 93.8C.1-.

0787 01.01.2022 Calcolo della durata della degenza nella riabilitazione per l'utilizzo dei codici BA.-
Un paziente è ammesso p. es. il 3 marzo nella riabilitazione muscoloscheletrica e ne viene dimesso il 20 marzo. La durata della degenza è quindi di 18 giorni. Le prestazioni terapeutiche e di istruzione effettuate il giorno di ammissione e quello di dimissione sono prese in considerazione e rientrano nel conteggio dei minuti di terapia e di istruzione. Complessivamente, il paziente beneficia di 1170 minuti di terapia e di istruzione. Al fine del conteggio della media, i minuti di terapia somministrati sono divisi per i giorni di degenza (18 nel presente esempio) e moltiplicati per sette: 1170/18*7= 455 minuti di terapia alla settimana. In questo caso può essere utilizzato il codice BA.5 «Riabilitazione muscoloscheletrica».

0788 01.01.2022 Spondilodesi: conteggio dei segmenti in caso di sostituzione di asta e di allungamento
In occasione di un intervento di revisione alla colonna vertebrale, i segmenti nei quali vengono solamente rimosse le aste (per sostituirle p.es. con aste più lunghe in presenza di patologia del segmento adiacente) senza intraprendere misure operatorie ai corpi vertebrali, come p. es. la posa di nuove viti peduncolari o di una cage, la decorticazione di faccetta articolare, l'impianto osseo locale o l'inserzione di materiale di sostituzione di ossa, non confluiscono nel conteggio dei segmenti operati.
Conteggio dei segmenti in caso di ponte di connessione:
In caso p. es. di precedente spondilodesi L2-L4 e nuova fusione attuale dei segmenti L1/L2 e L4/L5, quest'ultima va rappresentata con il pertinente codice CHOP per 2 segmenti se, come sopra precisato, oltre alla posa di aste non vengono intraprese altre misure operatorie ai corpi vertebrali L2-L4.

0789 01.01.2022 Codifica di stent/protesi non vascolari
I seguenti codici sono strutturati in base al numero di stent/protesi impiantati. Per questi tipi di stent/protesi non vi sono codici somma riguardanti l'intera degenza.

- 42.81.- Inserzione di una sonda permanente nell'esofago
- 51.87.- Inserzione endoscopica di stent nel dotto biliare
- 51.9A.- Inserzione o sostituzione di stent nel dotto biliare

Per ciascun intervento, va scelto e indicato una volta il codice corrispondente al numero di stent/protesi impiantati.

Esempio: il giorno X sono inserite due protesi autoespandenti nell'esofago. Il giorno Y una protesi autoespandente viene sostituita.
Codifica
Giorno X: 42.81.41 «Inserzione e sostituzione di due protesi autoespandenti (sonda permanente) nell'esofago, per via endoscopica»
Giorno Y: 42.81.40 «Inserzione e sostituzione di una protesi autoespandente (sonda permanente) nell'esofago, per via endoscopica»

I seguenti codici indicano solo «di uno stent», «di stent» o di «una protesi». Per questi tipi di stent/protesi non vi sono codici somma riguardanti l'intera degenza.

09.83	Congiuntivorinostomia con inserzione di tubo o di supporto
31.93	Sostituzione di stent laringeo o tracheale
31.96	Inserzione di stent laringeo o tracheale
33.91.2-	Dilatazione bronchiale, per via endoscopica, con inserzione o sostituzione di stent/stentgraft
44.99.5-	Inserzione o sostituzione di una protesi non autoespandente nello stomaco
44.99.6-	Inserzione o sostituzione di una protesi autoespandente nello stomaco
46.99.5-	Inserzione o sostituzione di una protesi non autoespandente nell'intestino
46.99.6-	Inserzione o sostituzione di una protesi autoespandente nell'intestino
48.99.50	Inserzione o sostituzione di una protesi non autoespandente nel retto
48.99.60	Inserzione o sostituzione di una protesi autoespandente nel retto
52.93.-	Inserzione e sostituzione endoscopica di stent [protesi] nel dotto pancreatico
52.95.4-	Inserzione o sostituzione di uno stent [protesi] non autoespandente nel dotto pancreatico
52.95.5-	Inserzione o sostituzione di uno stent [protesi] autoespandente nel dotto pancreatico
58.99.10	Altri interventi sull'uretra e sul tessuto periuretrale
60.99.31	Inserzione di stent nell'uretra prostatica

Per ciascun intervento va indicato il codice corrispondente un numero di volte pari a quello degli stent/delle protesi impiantati.

Esempio: il giorno X sono inserite due protesi non autoespandenti nell'intestino. Il giorno Y sono rimosse entrambe e sostituite da una protesi autoespandente.
Codifica:

Giorno X:	il codice 46.99.51 «Inserzione o sostituzione di una protesi non autoespandente nell'intestino, chirurgica a cielo aperto» va indicato **due volte**.
Giorno Y:	il codice 46.99.71 «Rimozione di protesi dell'intestino, chirurgica a cielo aperto» va indicato **due volte**. il codice 46.99.61 «Inserzione o sostituzione di una protesi autoespandente nell'intestino, chirurgica a cielo aperto» va indicato **una volta**.

0790 01.01.2022 Codifica in presenza di assunzione caotica e indiscriminata di sostanze psicoattive multiple (F19.- «Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive»)

Qualora, nel caso di un paziente, si accerti l'assunzione caotica e indiscriminata di sostanze psicoattive, mescolate in modo tale da essere inscindibili e che per questa ragione non sia possibile determinare quale delle sostanze e dei disturbi derivanti soddisfa le condizioni della regola di codifica G52 «Diagnosi principale», la codifica va effettuata come di seguito indicato.

DP F19.-	*Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive*
DS U69.3-!	*Codici secondari per il tipo di consumo di queste sostanze nei disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive*

DS Altre malattie/stati/manifestazioni/sintomi, che soddisfano le condizioni della regola di codifica G54 «Diagnosi secondarie»

Cioè dei corrispondenti codici F10.- a F18.- non sono registrati come diagnosi secondaria insieme a F19.-.

0791 01.01.2022 Dispositivi di chiusura di vasi e sistemi di protezione da embolia

Nella CHOP sono presenti categorie di codici per operazioni/interventi di **chiusura di vasi**, le cosiddette embolizzazioni tramite coil, plug, 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 selettive).

Per poter tuttavia rappresentare il numero di «filtri» impiegati quali sistemi di protezione da embolia, vanno indicati per ciascun utilizzo i codici di seguito riportati. 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.

0792 01.01.2022 Precisazione sull'impiego dello strumento di misurazione FIM™
L'utilizzo dello strumento di misurazione FIM™ è soggetto a licenza. Sul piano nazionale, l'ANQ è licenziataria solo ai fini delle misurazioni della qualità e unicamente nel settore della riabilitazione stazionaria. L'ANQ può concedere le sotto licenze corrispondenti.
La rilevazione del FIM™ in ospedali/istituti di riabilitazione a scopi tariffari nonché in ospedali/istituti di somatica acuta e psichiatria a scopi tariffari e di misurazione della qualità è consentito solo con una licenza valida. L'attuale contratto di licenza dell'ANQ non copre questo tipo di impiego.
H+ sta lavorando al chiarimento delle condizioni quadro per una soluzione nazionale, ma data la complessità della materia servirà un certo tempo.

0793 01.01.2022 Codifica dell'ulcera ipertensiva (di Martorell)
L'ulcera (dell'arto inferiore) ipertensiva è una particolare forma di ulcera crurale, che insorge prevalentemente nella zona laterodorsale della gamba o attorno al tendine d'Achille. La maggior parte delle persone colpite presenta un'ipertensione considerevole e di lunga durata, combinata in circa il 60% dei casi al diabete mellito di tipo 2.
Riguardo all'eziologia dell'ulcera ipertensiva vi sono tre possibili piste esplicative: l'arteriolosclerosi ischemica, la sclerosi calcifica mediale di arteriole patologiche ed eventuali processi infiammatori locali.
L' arteriolosclerosi sclerosante sottocutanea è la principale responsabile della patogenesi della necrosi cutanea.
Anche se in termini patogenici la malattia è riconducibile in prima battuta a un'arteriolosclerosi sclerosante, la vera causa soggiacente è l'ipertensione.
Per la rilevazione dell'ulcera ipertensiva (di Martorell) non esiste uno specifico codice ICD-10-GM e si consiglia quindi di ricorrere alla seguente combinazione:

L97 Ulcera dell'arto inferiore non classificata altrove unitamente alla combinazione daga-asterisco formata dal codice pertinente scelto tra I10.-† e I15.-† e dal codice L99.8* Altri disturbi specificati della cute e del tessuto sottocutaneo in malattie classificate altrove.
Tale codifica consente di distinguere l'ulcera ipertensiva dagli altri tipi di ulcera dell'arto inferiore.

0794 01.01.2022 Durata del neuromonitoraggio intraoperatorio
Nel gruppo di elementi 00.94.3- «Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, secondo la durata» è stata inserita la nota «Secondo il protocollo di neuromonitoraggio va considerato l'intervallo di tempo tra la prima e l'ultima derivazione del segnale.».

Per tutti i casi con data di dimissione fino al 31.12.2021 vale la durata del neuromonitoraggio intraoperatorio indicata nella documentazione medica.

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~~
La precisazione 0796 è stata ripresa nella regola SP0301k del Manuale di codifica 2022.

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 precisazione 0798 è stata ripresa nella regola D12k del Manuale di codifica 2022.

~~0799 01.07.2021 Profilassi anti-D~~
La precisazione 0799 è stata ripresa nella regola SD1504e del Manuale di codifica 2022.

~~0800 01.07.2021 Sostituzione di un componente distante dal paziente di sistema di assistenza circolatoria monoventricolare o biventricolare~~
La precisazione 0800 è stata presa in considerazione nella revisione della sottocategoria 37.6D.- «Sostituzione di componente distante dal paziente di sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria» della CHOP 2022.

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~~
La precisazione 0802 è stata ripresa nella regola SP0401k del Manuale di codifica 2022.

~~0803 01.07.2021 Commutazione MoCA-MMSE~~
La precisazione 0803 è stata ripresa nella regola SD2200 del Manuale di codifica 2022.

~~0804 01.07.2021 Riabilitazione - AA.31.– Test del cammino di 6 minuti~~
La precisazione 0804 è stata presa in considerazione nella revisione della sottocategoria AA.31- «Test del cammino di 6 minuti» della CHOP 2022.

~~0805 01.07.2021 Rilevazione di limitazioni funzionali nell'ambito di cure palliative secondo la regola di codifica S0217~~
La precisazione 0805 è stata ripresa nella regola SD0217k del Manuale di codifica 2022.

~~0806 01.07.2021 Codifica di bypass aorto-iliaco-femorale con protesi biforcata monopezzo~~
La precisazione 0806 è stata presa in considerazione nella revisione della sottocategoria 39.25- «Bypass vascolare dall'aorta o dall'arteria iliaca ad altre arterie delle estremità inferiori» della CHOP 2022.

~~0807 01.01.2021 Dispositivi per embolizzazione o protezione da embolia~~
La precisazione 0807 è sostituita nella Circolare 2022 n. 1 dalla precisazione 0791.

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»~~
Nella revisione del gruppo di elementi 93.59.5- «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento» della CHOP 2022, i requisiti minimi punto 4, pianificazione della dimissione, sono stati soppressi. Anche la precisazione 0809 va pertanto soppressa.

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»~~

Le convenzioni inerenti alle esclusioni di tipo «Omettere il codice» sono state precisate nel Manuale di codifica 2022 e nella CHOP 2022. La precisazione 0811 va quindi soppressa.

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»
36.08.09 «Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale, altro».

0815 01.07.2020 Utilizzo del codice 00.44 «Procedura su biforcazione di vasi sanguigni» con codici delle sottocategorie 36.03.- e 36.08.-

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

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

Per l'impianto di stents rivestiti con liberazione di sostanza medicamentosa nelle arterie coronarie vanno utilizzati i codici corrispondenti con l'indicazione «con liberazione di sostanza medicamentosa».
Per gli interventi eseguiti per via chirurgica a cielo aperto:
36.03.51 «Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria»

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

Per gli interventi eseguiti per via percutanea transluminale:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Eventuali ulteriori stent grafts iliaci impiantati vanno codificati in aggiunta.

0818 01.07.2020 Codice supplementare 00.9C.- «Interventi in un solo tempo operatorio su mani o piedi»

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

<table>
<tr><td colspan="7">Interventi multipli in un solo tempo operatorio su mani - Esempi</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">Intervento</td><td colspan="3">00.9C.1- Interventi multipli in un solo tempo operatorio su raggi metacarpali e digitali</td></tr>
<tr><td>Caso</td><td>Descrizione</td><td>Codice intervento</td><td>Lateralità</td><td>Codice supplementare</td><td>Titolo</td><td>Lateralità</td></tr>
<tr><td>Caso 1</td><td>Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3">Nessun codice</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Caso 2</td><td rowspan="2">Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra
Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano destra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3" rowspan="2">Nessun codice</td></tr>
<tr><td>Codice dell'intervento di tipo B</td><td>Monolaterale destra</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Caso 3</td><td rowspan="2">Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra
Intervento di tipo B al metacarpo, secondo raggio della mano sinistra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3" rowspan="2">Nessun codice</td></tr>
<tr><td>Codice dell'intervento di tipo B</td><td>Monolaterale sinistra</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Caso 4</td><td rowspan="2">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</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td>00.9C.11</td><td>Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali</td><td>Monolaterale sinistra</td></tr>
<tr><td>Codice dell'intervento di tipo B</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3">Nessun codice</td></tr>
</table>

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**~~

La precisazione 0824 è stata presa in considerazione nella regola SD1505k del Manuale di codifica 2022

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, http://www.palliative.ch.

0827/1: valutazione di base medico palliativa

93.8A.2-: Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:
Esecuzione di una valutazione medico palliativa di base standardizzata.

93.8B.-: Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:
a) Esecuzione di una valutazione di base

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 maniacodepressive. 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».

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~~

Date le modifiche dei codici CHOP e le chiare circostanze anatomiche, la precisazione 0900 va soppressa.

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»).