



14 Salute

Circolare per le codificatrici e i codificatori 2022 n. 2

30 giugno 2022

Neuchâtel, 2022

Editore: Ufficio federale di statistica (UST)
Informazioni: Segreteria di codifica: codeinfo@bfs.admin.ch
Redazione: Ambito Classificazioni mediche
Serie: Statistica della Svizzera
Settore: 14 Salute
Testo originale: Tedesco
Traduzione: Servizi linguistici dell'UST

Concetto di layout: Sezione DIAM
Copyright: UST, Neuchâtel 2022
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte
Download : www.statistica.admin.ch

1. Nozioni generali

1.1. Strumenti di codifica in vigore

Dal 1° luglio 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**
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2022 n. 2 **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.bfarm.de:

Kodiersysteme → Services → 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

Nessuna modifica rispetto alla circolare 2022 n. 1.

1.1.2. Circolare e allegato

Nessuna modifica rispetto alla circolare 2022 n. 1.

1.1.3. Codifiche per analogia e note di SwissDRG SA inerenti il rilevamento delle prestazioni e la fatturazione

Vanno inoltre osservate le indicazioni di SwissDRG SA in materia di rilevazione delle prestazioni e fatturazione.

Percorso: www.swissdrg.org → Somatica acuta/Psichiatria/Riabilitazione → Sezione SwissDRG → Note per il rilevamento delle prestazioni e la fatturazione

<https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/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>

Percorso: www.swissdrg.org → Riabilitazione → Rilevazione dei dati → Rilevazione 2023 (Dati 2022)

<https://www.swissdrg.org/it/st-reha/Rilevazione-dei-dati/rilevazione-2023-dati-2022>

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

1.2. Domande sulla codifica

Nessuna modifica rispetto alla circolare 2022 n. 1.

2. Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2022

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso

Le informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2022 di cui alla circolare 2022 n.1 restano valide.

Nel presente documento sono riportate nuove ulteriori correzioni:

2.1. Correzione nell'introduzione

Riguarda solo la versione francese

2.2. Correzione nella regola D07 «Interventi di follow-up pianificati» – Esempio 5

Riguarda tutte le versioni linguistiche

(...)

Esempio 5

Ricovero pianificato in reparto per cure acute dopo riabilitazione (durata 3 mesi) in presenza di stato dopo infarto dell'arteria cerebrale media destra con edema/tumefazione cerebrale. L'infarto cerebrale (embolico) è stato provocato da una fibrillazione atriale non riconosciuta. Nella fase di trattamento acuto si è resa tra l'altro necessaria una craniotomia (con cranio lasciato aperto). Quali deficit/sequelle persistono una paresi facciale con disturbi di masticazione e deglutizione, un'emiparesi sensomotoria residua sinistra con difficoltà di deambulazione (il cosiddetto disturbo dell'andamento di Wernicke-Mann) e un'afasia. In questa degenza, chiusura secondaria della craniotomia con lembo osseo autologo. Tutte le sequelle dell'infarto cerebrale sono considerate trattate ai sensi della regola di codifica G54.

DP	I63.4	Infarto cerebrale da embolia delle arterie cerebrali
L	1	
DS	Z48.8	Follow-up di altri specificati trattamenti chirurgici
DS	I48.9	Fibrillazione e flutter atriali, non specificati
DS	G51.0	Paralisi facciale
DS	G83.6	Paresi facciale centrale
L	2	
DS	R13.90	Altra e non specificata disfagia
DS	G81.9	Emiplegia ed emiparesi non specificate
L	2	
DS	R26.1	Andatura paralitica
DS	R47.00	Disfasia ed afasia
ND	I69.3	Sequela di infarto cerebrale
TP		Reinnesto di lembo osseo autologo secondo documentazione medica

2.3. Correzione nella regola P01 «Procedure che vanno codificate» – Nota bene

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nota bene:

Qualora sia praticato un taglio cesareo primario o secondario **in anestesia generale (narcosi completa)**, in aggiunta alla procedura operatoria deve obbligatoriamente essere indicato il corrispondente codice CHOP della categoria 93.92.- *Anestesia*, in deroga alla «Nota» che vi figura.

A tal proposito, è irrilevante che nel corso del parto sia già stato posto un catetere peridurale, sia stata somministrata un'anestesia peridurale o sia stata applicata un'anestesia spinale a parto in corso.

Quali data e ora della procedura di Quale data di procedura per il codice dell'anestesia generale vanno indicate va indicata la data e l'ora della corrispondente procedura di taglio cesareo. Per gli esempi del caso, si rimanda alla regola SD1505 «Regole speciali per il parto», taglio cesareo primario e secondario.

2.4. Aggiunta nella regola SD0102 Sepsi – Esempio 2

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Questa correzione va ad aggiungersi a quelle di cui al punto 2.2. «Precisioni della regola di codifica SD0102k Sepsi» – 2.2.1 «Precisione riguardante l'esempio 2» della Circolare 2022 n. 1.

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.

[...]

DP	A41.51	Sepsi da <i>Escherichia coli</i>
DS	N10	Nefrite tubulo-interstiziale acuta
DS	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>] 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
DS	D69.58	Altra trombocitopenia secondaria, non specificata come refrattaria alla trasfusione
DS	R79.8	Altri risultati anormali, specificati, di esami chimici del sangue

2.5. Correzione nella regola SD1101 «Diagnosi clinica di appendicite»

Riguarda solo la versione francese

2.6. Correzione nella regola SD0601 «Colpo apoplettico ecc.» acuto, emorragia subaracnoidea, altra emorragia intracranica non traumatica – Nota bene

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nota bene: con i termini «colpo apoplettico, stroke, apoplezia, ictus, accidente cerebrovascolare (CVA), insulto cerebrovascolare (CVI) ecc.» vengono designati uno o più deficit neurologici **acuti** intervenuti a seguito di un disturbo dell'irrorazione sanguigna cerebrale (ischemici) e/o a un'emorragia intracerebrale (emorragici). Il quadro sintomatico varia in funzione dell'area del cervello colpita e mostra sequele differenti e immediate.

Fintanto che una/un paziente riceve un **trattamento ospitaliero continuo** per un «colpo apoplettico ecc.» acuto, un'emorragia subaracnoidea non traumatica o altra emorragia intracranica non traumatica e le sequele immediate (deficit), si deve impiegare un codice delle **categorie 160–164 Malattie cerebrovascolari** con i codici appropriati per i deficit (p.es. emiplegia, afasia, emianopsia, negligenza ecc.). Nel setting acuto vanno sempre registrate tutte le sequele immediate (deficit) riconducibili inequivocabilmente all'episodio acuto. Con le misure diagnostiche/terapeutiche/infermieristiche inerenti a una malattia si intendono trattati, in caso di episodio acuto, anche i deficit neurologici provocati dalla malattia in questione.

In caso di nuova degenza in reparto per cure acute entro 18 giorni, p. es. trasferimento di ritorno dalla riabilitazione o riammissione, per malattie/disturbi iatrogeni provocati da trattamenti somministrati nella degenza precedente, si procede secondo le regole di codifica D16 e ~~SD0206~~ SD0602 (vedi esempio 3).

[...]

2.7. Aggiunta nella regola SD1503 «Malattie durante la gravidanza»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

[...]

• Per codificare altre complicanze in gravidanza, parto e puerperio (o condizioni che peggiorano in gravidanza o costituiscono la causa principale del ricorso a misure ostetriche) sono disponibili le categorie O98–O99, che vanno indicate **sempre insieme** a un codice di un altro capitolo della ICD-10-GM quale diagnosi secondaria per specificare la malattia in atto (vedi anche le note relative a O98 e O99 nella ICD-10-GM).

Eccezione: In caso di applicazione del TARPSY, il codice O99.3 **non** va utilizzato come diagnosi principale. Per la codifica della diagnosi principale è necessario attenersi alla regola di codifica G52.

Bisogna procedere come indicato nel sottostante esempio 7, anche se la malattia psichiatrica rappresenta una complicanza della gravidanza o viceversa.

[...]

Esempio 7 – Psichiatria

Una paziente alla 27a settimana di gravidanza, che soffre di una depressione recidivante nota, è ricoverata in clinica psichiatrica per trattamento stazionario a causa di un nuovo episodio depressivo grave senza sintomi psicotici. Un sovraccarico professionale e l'attitudine negativa dei colleghi hanno contribuito al peggioramento del suo stato. La gravidanza procede senza complicanze.

DP F33.2 Disturbo depressivo ricorrente, episodio grave senza sintomi psicotici in atto

DS Z34 Controllo di gravidanza normale

DS O09.4! Durata della gestazione da 26 a 33 settimane complete

2.8. Correzione nella regola SD1505 «Regole speciali per il parto» – Taglio cesareo primario e secondario nella codifica medica – Nota

Riguarda solo la versione francese

2.9. Correzione nella regola SD1506 «Malattie del puerperio» pubblicata nella Circolare 2022 n. 1

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Questa correzione si riferisce al punto 2.4. «Sepsi puerperale» della Circolare 2022 n. 1.

Sepsi puerperale (febbre puerperale)

[...]

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.

DSP 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 O99.4 Malattie dell'apparato circolatorio complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio

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 009.6! Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete
DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

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

2.10. Correzione nella regola SD1909 Effetti indesiderati di farmaci (assunti secondo prescrizione)

Riguarda solo la versione francese

2.11. Correzione nelle direttive di codifica per la riabilitazione

Riguarda solo la versione francese

3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2022

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso

Le informazioni supplementari sulla CHOP 2022 pubblicate nella Circolare 2022 n. 1 restano valide fatto salvo quanto segue:

- 3.3.1. 93.59.5- e 99.84.- «Isolamento», per la versione linguistica italiana
- 3.3.2. 93.59.5- «Documento di riferimento», per tutte le versioni linguistiche
- 3.7. 94.92.2- e 94.92.3- «Trattamento di consulenza e liaison», per la versione linguistica italiana
- 3.9. 99.A7, 99.BA.1- e 99.BA.2- «Nuova versione del documento di riferimento e correzione nei requisiti minimi punto 3», per tutte le versioni linguistiche

3.1. Sostituto cartilagineo metallico nel ginocchio e protesi isolata della troclea femorale

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nei codici 81.47.26, 81.47.2A, 81.54.28 e 81.54.46 vanno inserite le seguenti «Esclusioni» e «Note» per consentire una migliore distinzione tra il «sostituto cartilagineo metallico nel ginocchio» e la «protesi della troclea femorale».

- 81.47.26** **Impianto di sostituto cartilagineo metallico personalizzato nel ginocchio**
 Miniprotesi dell'articolazione del ginocchio per il trattamento di difetti cartilaginei *focali*
 ESCL. Primo impianto o Impianto per sostituzione di protesi isolata della troclea femorale (81.54.28, 81.54.46)
- [...]
- 81.47.2A** **Impianto di sostituto cartilagineo metallico non personalizzato nel ginocchio**
 Miniprotesi dell'articolazione del ginocchio per il trattamento di difetti cartilaginei *focali*
 ESCL. Primo impianto o Impianto per sostituzione di protesi isolata della troclea femorale (81.54.28, 81.54.46)
- [...]
- 81.54.28** **Primo impianto di protesi isolata della troclea femorale**
 Nota: La «protesi isolata della troclea femorale» riveste interamente la troclea e va distinta dagli impianti che ricoprono unicamente difetti cartilaginei focali della troclea o altre superfici di scorrimento del ginocchio.
 ESCL. Impianto di sostituto cartilagineo metallico personalizzato o non personalizzato nel ginocchio (81.47.26, 81.47.2A)
- [...]
- 81.54.46** **Impianto di protesi isolata della troclea femorale per sostituzione**
 Nota: La «protesi isolata della troclea femorale» riveste interamente la troclea e va distinta dagli impianti che ricoprono unicamente difetti cartilaginei focali della troclea o altre superfici di scorrimento del ginocchio.
 ESCL. Impianto di sostituto cartilagineo metallico personalizzato o non personalizzato nel ginocchio (81.47.26, 81.47.2A)
- [...]

3.2. Revisione di moncone di amputazione

Riguarda tutte le versioni linguistiche

L'inserimento delle esclusioni di tipo «Omettere il codice», delle inclusioni e della descrizione complementare di seguito riportate è volto a chiarire che il mero sbrigliamento di tessuto cutaneo e sottocutaneo non giustifica l'utilizzo di un codice della categoria a tre caratteri 84.3- «Revisione del moncone di amputazione».

- 77.6-** **Asportazione e distruzione locale di lesione o di tessuto osseo**
 ESCL. [...]
 Omettere il codice - Revisione del moncone di amputazione (84.3-)
- [...]

- 82.2- **Asportazione di lesione di muscoli, tendini e fasce della mano**
 ESCL. Omettere il codice - Revisione del moncone di amputazione (84.3-)
 [...]
- 83.45.- **Altra miectomia**
 [...]
 ESCL. Omettere il codice - Revisione del moncone di amputazione (84.3-)
 [...]
- 84.3- **Revisione del moncone di amputazione**
 Chiusura secondaria del moncone
 Riamputazione del moncone
 Rifinitura del moncone
Sbrigliamento chirurgico di muscolo e osso
 ESCL. Amputazione dell'arto inferiore (84.1-)
 Amputazione, NAS (84.91)
 Revisione di amputazione traumatica recente (revisione mediante ulteriore amputazione di ferita recente) (84.00-84.19, 84.91)
 Omettere il codice – Sbrigliamento chirurgico di ferita, infezione o ustione per mezzo di asportazione di tessuto malato in anestesia locale per infiltrazione, regionale o generale (86.2A.-)
 Omettere il codice – Sbrigliamento di ferita, infezione o ustione, senza asportazione (86.2B.-)
 [...]
- 86.2A.- **Sbrigliamento chirurgico di ferita, infezione o ustione per mezzo di asportazione di tessuto malato in anestesia lo-cale per infiltrazione, regionale o generale**
 [...]
 INCL. Sbrigliamento di ferita del tessuto cutaneo e sottocutaneo di moncone di amputazione
 [...]
- 86.2B.- **Sbrigliamento di ferita, infezione o ustione, senza asportazione**
 [...]
 INCL. Sbrigliamento di ferita del tessuto cutaneo e sottocutaneo di moncone di amputazione
 [...]

3.3. 93.59.5- e 99.84.- «Isolamento» – Correzione del punto 3.3.1 della Circolare 2022 n. 1

Riguarda solo la versione italiana

Nella versione linguistica italiana della Circolare 2022 n. 1 non figura la modifica per il codice 99.84.2- «Isolamento da goccioline, secondo il numero di giorni di trattamento» e per il codice 99.84.1- è stato indicato un titolo errato.

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 sotto-categoria 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 contatto, 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-)

[...]

99.84.2- 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-)

[...]

3.4. 93.59.5- Nuova versione del documento di riferimento

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Per i «Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento» del gruppo di elementi 93.59.5- sono state pubblicate versioni aggiornate dei documenti di riferimento. Vanno osservate le seguenti modifiche:

93.59.5- Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento

[...]

Nota:

Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:

I requisiti minimi conformi ai criteri Swissnoso sono indicati nel documento «Requisiti strutturali minimi per la prevenzione e la lotta contro le infezioni correlate all'assistenza (ICA) negli ospedali per cure acute svizzeri» «Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (HAI) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten für Schweizer Akutspitäler» (Requisiti strutturali minimi in materia di prevenzione e di lotta contro le infezioni correlate all'assistenza (ICA) per i pazienti ricoverati negli ospedali di cure acute in Svizzera), versione 1.0 del 30.09.2020 versione 3.0, 17 maggio 2022 (disponibile in francese e in tedesco): <https://www.swissnoso.ch/fr/recherche-developpement/publications>

v. spiegazioni nel documento di Swissnoso «Applicazione dei requisiti minimi Swissnoso nell'ambito di trattamenti complessi in caso di colonizzazioni o infezioni da agenti patogeni multiresistenti (gruppo di elementi 93.59.5- della Classificazione svizzera degli interventi chirurgici (CHOP))» del 24.09.2021: <https://www.swissnoso.ch/it/ricerca-sviluppo/pubblicazioni>

[...]

3.5. 93.8B.- Correzione del link al documento di riferimento

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Il link al «Documento di riferimento per le cure palliative specializzate stazionarie» va modificato come di seguito indicato.

93.8B.- Cure palliative specializzate

[...]

Nota:

Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento:

I criteri minimi precisi che deve soddisfare la struttura e le relative eccezioni sono descritti nel documento «Documento di riferimento per le cure palliative specializzate stazionarie», versione 3.3 valida dal 01.01.2021, disponibile in tedesco (Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care) e francese (Document de référence pour

les soins palliatifs spécialisés stationnaires) all'indirizzo: <https://www.palliative.ch/de/fachbereich/aktuell/grundlegendendokumente/>

<https://www.palliative.ch/it/was-wir-tun/gruppi-di-lavoro/qualita>

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

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

[...]

3.6. 94.92.2- e 94.92.3- Trattamento di consulenza e liaison – Correzione del punto 3.7. della Circolare 2022 n. 1

Riguarda solo la versione italiana

Nella versione linguistica italiana della Circolare 2022 n. 1 il codice menzionato nel testo della «Nota» sotto 94.92.3- è errato (94.92.2- invece che 94.92.3-).

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-~~ 94.92.3- 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.

[...]

3.7. 99.A7, 99.BA.1- e 99.BA.2- Nuova versione del documento di riferimento e correzione nei requisiti minimi punto 3 – Correzione del punto 3.9. della Circolare 2022 n. 1

Riguarda tutte le versioni linguistiche

La Circolare 2022 n. 1 indicava che il documento di riferimento era disponibile solo in tedesco. Nel frattempo è stata predisposta anche la versione linguistica francese.

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» dei gruppi di elementi 99.BA.1- e 99.BA.2-. 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 (disponibile in tedesco e in francese) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units» o «Critères de qualité pour la certification des Stroke Units», versione V dal 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 (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units in German and in French (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 (disponibile in tedesco e in francese) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units» o «Critères de qualité pour la certification des Stroke Units», versione V dal 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 (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Centers in German and in French (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 (disponibile in tedesco e in francese) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units» o «Critères de qualité pour la

certification des Stroke Units», versione V dal 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 (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units in German and in French (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 e 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.

[...]

3.8. BA.- «Prestazione di base nella riabilitazione» - Precisazione dei requisiti minimi punto 2

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nella categoria BA.- «Prestazione di base nella riabilitazione», la seguente aggiunta deve essere inclusa nel «Requisiti minimi punto 2, piano di trattamento».

BA.- Prestazione di base nella riabilitazione

Nota: A. Per le prestazioni di base vale quanto segue:

[...]

Requisiti minimi punto 2, piano di trattamento:

Il piano di trattamento specifico per il paziente allestito entro 3 giorni dall'ammissione (giorno di entrata in clinica incluso) si basa su obiettivi individuali documentati.

[...]

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

Le informazioni supplementari sull'ICD-10-GM 2022 di cui alla circolare 2022 n.1 restano valide.

5. Allegato

5.1. Informazioni e precisazioni

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

0777 01.07.2022 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 25 marzo. La durata della degenza è di 23 giorni, **dato che, trattandosi di un caso senza trasferimento, si applica il conteggio (25 - 3 + 1 = 23)**. 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 1495 minuti di terapia e di istruzione. Ai fini del conteggio della media, i minuti di terapia somministrati sono divisi per i giorni di degenza (23 nel presente esempio) e moltiplicati per sette: $1495/23*7= 455$ minuti di terapia alla settimana. In questo caso può essere utilizzato il codice BA.5 «Riabilitazione muscoloscheletrica».

A questo proposito, si rimanda al punto 1.5 «Durata della degenza» delle «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a ST Reha» di SwissDRG SA (https://www.swissdrg.org/application/files/3416/3819/3073/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_ST_Reha_i_final.pdf).

0778 01.07.2022 Durata da prendere in considerazione per le terapie di gruppo

In caso di intervento terapeutico di gruppo, va conteggiata l'intera durata della terapia a cui è presente il paziente; per esempio, se cinque pazienti partecipano a una terapia di gruppo di un'ora, per ciascuno di loro devono essere conteggiati 60 minuti di durata terapeutica.

0779 01.07.2022 BA.9 «Prestazione di base nella riabilitazione, altro»

Il codice BA.9 «Prestazione di base nella riabilitazione, altro» va utilizzato nei casi in cui:

- viene eseguito un tipo di riabilitazione che non rientra o non figura nei codici da BA.1 a BA.8;
- viene eseguito un tipo di riabilitazione che figura in uno dei codici da BA.1 a BA.8, senza che però sia raggiunta la durata media della terapia e dell'istruzione indicata in minuti alla settimana.

Un codice della categoria a tre caratteri BB.1- «determinato in base al totale dei punti risorse» può essere indicato in aggiunta. Trova inoltre applicazione la codifica per analogia per tutti i casi rientranti nell'ambito di applicazione della ST Reha.

0780 01.07.2022 Codifica delle sottocategorie CHOP 94.3D.- «Assistenza 1:1 in caso di disturbi psichici e psicosomatici nel campo della psichiatria dell'adulto» e 94.3E.- «[...] della psichiatria infantile e adolescenziale»

I requisiti minimi punto 3 «Terapia» delle sottocategorie 94.3D.- e 94.3E.- precisano: «Assistenza 1:1 significa che uno specialista formato del team di trattamento menzionato nei requisiti minimi punto 4 assiste individualmente e costantemente un singolo paziente per un periodo di almeno 2 ore senza interruzione».

La CHOP non esige la presenza fisica nella stessa stanza. L'assistenza individuale costante da uno spazio separato da un vetro o tramite uno schermo può quindi essere considerata assistenza 1:1, a condizione che siano soddisfatti gli altri requisiti minimi.

0781 01.07.2022 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»

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

Qualora in presenza di disturbi chiaramente distinguibili non sia possibile determinare quale delle sostanze abbia generato il maggior impiego di risorse, la categoria F19.- non va utilizzata. In questi casi devono essere indicati i codici pertinenti delle categorie da F10.- a F18.-. La scelta della diagnosi principale va effettuata secondo la regola G52 del Manuale di codifica medica.

0782 01.07.2022 Trattamenti complessi - Codice «[...]» fino a 6 giorni di trattamento»

I codici «[...]» fino a 6 giorni di trattamento» vanno utilizzati nei casi in cui, durante la degenza, è stato somministrato il trattamento complesso in questione al massimo in 6 giorni distinti. Questi codici non indicano un numero minimo di giorni di trattamento. Ciò significa che non si applicano i requisiti minimi riferiti a una settimana o ad un determinato numero di giorni di trattamento. Vanno invece osservati i requisiti minimi in materia di indicazioni, valutazioni, infrastruttura di trattamento (p. es. certificazione) e qualifiche.

0783 01.07.2022 Asportazione o distruzione di lesione o tessuto dell'utero

In caso di asportazione di lesione o tessuto dell'utero vanno indicati «da soli» i codici 68.29.1A «Asportazione di lesione o tessuto dell'utero, chirurgica a cielo aperto (per via addominale)», 68.29.1B «[...]» per via vaginale», 68.29.1C «[...]» con assistenza laparoscopica», 68.29.1D «[...]» per via laparoscopica», 68.29.1E «[...]» per via isteroscopica» o 68.29.4- «Asportazione di uno o più miomi dall'utero». In caso di distruzione di lesione o tessuto dell'utero vanno indicati i codici 68.29.1A «Asportazione di lesione o tessuto dell'utero, chirurgica a cielo aperto (per via addominale)», 68.29.1B «[...]» per via vaginale», 68.29.1C «[...]» con assistenza laparoscopica», 68.29.1D «[...]» per via laparoscopica», 68.29.1E «[...]» per via isteroscopica» o 68.29.4- «Asportazione di uno o più miomi dall'utero» unitamente al codice 68.29.1F «Distruzione di lesione o tessuto dell'utero».

0784 01.07.2022 Durata del monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio di più nervi

Le informazioni supplementari sotto 00.94.1- «Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio di specifici nervi» si riferiscono anche al codice 00.94.20. Il «Codificare anche» «Durata del monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio (00.94.3-))» vale quindi anche per il codice 00.94.20 «Monitoraggio di più nervi nel quadro di un altro intervento».

0785 01.07.2022 Idronefrosi e infezione

I codici della sottocategoria a 4 caratteri ICD-10-GM N13.6- «Pionefrosi» vanno indicati solo in presenza di un'infezione documentata del rene. Ciò riguarda anche il codice terminale N13.68 «Altra e non specificata pionefrosi».

Un'idronefrosi da calcolosi ureterale con infezione delle vie urinarie di sede non specificata va codificata con N13.21 «Idronefrosi con ostruzione da calcolo ureterale» e N39.0 «Infezione delle vie urinarie, sede non specificata».

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-~~

La precisazione 0787 è sostituita nella Circolare 2022 n. 2 dalla precisazione 0777.

0788 01.01.2022 Spondilodisi: 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 spondilodisi 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 stents/protesi non vascolari

I seguenti codici sono strutturati in base al numero di stents/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 stents/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 stents/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 stents/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»)~~

La precisazione 0790 è sostituita nella Circolare 2022 n. 2 dalla precisazione 0781.

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».

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.

0801 01.07.2021 Codifica di avvitemento 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».

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 espantata 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».

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 stents 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 aggiungere 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.

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 transcateretico 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.

Interventi multipli in un solo tempo operatorio su mani - Esempi						
		Intervento		00.9C.1- Interventi multipli in un solo tempo operatorio su raggi metacarpali e digitali		
Caso	Descrizione	Codice intervento	Lateraltà	Codice supplementare	Titolo	Lateraltà
Caso 1	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
Caso 2	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
	Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra			
Caso 3	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		

	Intervento di tipo B al metacarpo, secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra			
Caso 4	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
	Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
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	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
	Intervento di tipo B alle dita del secondo e terzo raggio della mano destra	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	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
	Intervento di tipo B al dito del secondo raggio della mano destra	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».

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.

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»).