



14 Salute

# Circolare per le codificatrici e i codificatori 2023 n. 1

15 dicembre 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 PUB  
**Copyright:** UST, Neuchâtel 2022  
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte  
**Download :** [www.statistica.admin.ch](http://www.statistica.admin.ch)

# 1. Nozioni generali

## 1.1. Strumenti di codifica in vigore

Dal 1° gennaio 2023 vanno utilizzati i seguenti strumenti di codifica:

- Manuale di codifica medica: Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2023
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2023 n. 1 con allegato
- Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP): Indice sistematico - Versione 2023
- ICD-10-GM 2022 Indice sistematico: Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati: 10a revisione – German Modification

Gli strumenti di codifica medica sono disponibili su [www.statistica.admin.ch](http://www.statistica.admin.ch) → 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](http://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

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, 2023 n. 1 (pubblicazione fine dicembre 2022): da utilizzare per i casi con data di dimissione dal 1° gennaio 2023.
- Circolare per le codificatrici e i codificatori, 2023 n. 2 (pubblicazione fine giugno 2023): da utilizzare per i casi con data di dimissione dal 1° luglio 2023

### 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](http://www.swissdrg.org) → Somatica acuta/Psichiatria/Riabilitazione → Sezione SwissDRG → Note per il rilevamento delle prestazioni e la fatturazione

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

Vanno inoltre osservate le indicazioni di SwissDRG SA in materia di codifiche per analogia.

Percorso: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Somatica acuta → Sezione Sistema SwissDRG 12.0/2023 → Codifica per analogia

<https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/sistema-swissdrg-1202023/codifica-analogia>

Percorso: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Riabilitazione → Rilevazione dei dati → Rilevazione 2024 (Dati 2023)

<https://www.swissdrg.org/it/st-reha/Rilevazione-dei-dati/rilevazione-2024-dati-2023>

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](mailto:CodeInfo@bfs.admin.ch).

Anche le divergenze di codifica e i casi di revisione devono essere inviati a [CodeInfo@bfs.admin.ch](mailto: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 2023

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso

### 2.1. D09 Diagnosi di sospetto

Riguarda solo la versione francese

### 2.2. SD0106 COVID-19

Riguarda tutte le versioni linguistiche

La nuova regola di codifica SD0106I «COVID-19» di seguito riportata, che riprende con lievi adeguamenti le principali informazioni della «Comunicazione ufficiale 2021 n. 2: Codifica COVID-19» del 31 marzo 2021, va inserita nel Manuale di codifica medica.

#### SD0106I COVID-19

Nel contesto della pandemia di COVID-19 (infezione da SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 [SARS 2])), sono stati attivati specifici codici ICD-10-GM:

- U07.1! COVID-19, virus confermato
- U07.2! COVID-19, virus non confermato
- U08.9 COVID-19 nell'anamnesi personale, non specificata
- U09.9! Stato post-COVID-19, non specificato
- U10.9 Sindrome infiammatoria multisistemica associata a COVID-19, non specificata
- U11.9 Necessità di vaccinazione contro la COVID-19, non specificata
- U12.9! Effetti collaterali indesiderati della somministrazione di vaccini contro la COVID-19, non specificati
- U99.0! Esame speciale di screening per SARS-CoV-2

Il codice U04.9 *Sindrome respiratoria acuta severa [SARS], non specificata* non va utilizzato nel quadro della pandemia di COVID-19, in quanto riservato all'agente patogeno della **pandemia di coronavirus 2002/2003**.

#### Esempi a illustrazione dell'utilizzo dei codici U07.1!, U07.2! e U99.0!

Nota bene:

- Gli esempi di seguito riportati e i codici proposti non sono da considerare esaustivi. Nella codifica devono essere osservate le regole di codifica e di fatturazione degli strumenti di codifica in vigore, in particolare le regole G52 «Diagnosi principale», G54 «Diagnosi secondarie», D09 «Diagnosi sospette», D15 «Trasferimenti», SD0102 «Sepsi», SD0103 «SIRS» e SD1002 «Insufficienza respiratoria».
- Il termine «Codice primario ICD» indicato nella sottostante tabella non ha lo stesso significato di «diagnosi principale».
- Nella rara evenienza di un raggruppamento di casi (a seguito di trasferimento di ritorno) connesso al SARS-CoV-2, al caso raggruppato va attribuito il codice U07.1! o U07.2! effettivamente stabilito al termine dell'ultima degenza.
- In caso di degenza stazionaria con isolamento profilattico di paziente non testato, nel contesto della pandemia di SARS-CoV-2, in assenza di criteri di sospetto, non può essere indicato alcun codice U07.2!.
- Spiegazioni sul codice U99.0! *Esame speciale di screening per SARS-CoV-2*:
  - Il codice U99.0! non può essere codificato più volte per lo stesso caso, ad esempio quando un test viene effettuato più volte.
  - Con «esami speciali» si intendono le procedure diagnostiche di laboratorio effettuate per confermare la presenza di un'infezione da SARS-CoV-2.
  - Il codice U99.0! può essere codificato insieme al codice U07.2! in casi sospetti con risultato di test ambiguo (vedi più sotto le condizioni per la registrazione del codice U07.2!).
  - Il codice U99.0! non può essere registrato con l'U07.1!. Il codice U07.1! implica la conferma del virus.
  - Per l'effettuazione dei test diagnostici di laboratorio non va registrato un codice di procedura.

- Spiegazioni sul codice *U07.2! COVID-19, virus non confermato*:
  - Nei casi in cui l'infezione da SARS-CoV-2 è esclusa con certezza, non può essere registrato il codice U07.2!. Nei casi con risultati di test chiari che hanno escluso gli agenti patogeni di COVID-19, deve essere registrato il codice secondario U99.0!.
  - La registrazione del codice U07.2! può avvenire alle seguenti condizioni: devono essere presenti sintomi (specifici o non specifici) di COVID-19 e deve sussistere un sospetto epidemiologico e la presenza del virus non deve essere stata confermata con certezza da un test (risultato del test negativo o ambiguo o test non effettuato). Se non sono presenti sintomi (specifici o non specifici) di COVID-19, malgrado sussista un sospetto epidemiologico (ad es. persona a diretto contatto), il codice U07.2! non deve essere registrato.
- Per la sepsi virale dovuta a SARS-CoV-2 va tenuto conto dello specifico paragrafo riportato in calce alla tabella.

Esempi	Cod. primario ICD	Cod. secondario ICD	Quadro clinico disponibile	Conferma diagnostica di laboratorio
<b>Sepsi (virale) dovuta a SARS-CoV-2 (COVID-19)</b> event. + infezione batterica aggiuntiva event. + J96.- <i>Insufficienza respiratoria non classificata altrove e/o</i> event. J80.0- <i>Sindrome da distress respiratorio acuto dell'adulto [ARDS] ecc.</i>	A41.8 e B33.8 e + altri	U07.1!	specifico	sì
<b>Polmonite dovuta a SARS-CoV-2 (COVID-19)</b> event. + R65.0! <i>SIRS di origine infettiva senza Insufficienza d'organo</i> event. + J96.- <i>Insufficienza respiratoria non classificata altrove e/o</i> event. J80.0- <i>Sindrome da distress respiratorio acuto dell'adulto [ARDS] ecc.</i>	J12.8 + altri	U07.1!	specifico	sì
<b>Laringite acuta dovuta a SARS-CoV-2 (COVID-19) con conferma dell'agente patogeno</b>	J04.0	U07.1!	specifico	sì
<b>Febbre e/o tosse</b> (e ulteriori sintomi specifici) riconducibili a SARS-CoV-2 (COVID-19) <b>con conferma dell'agente patogeno</b>	R50.88 e/o R05 (ecc.)	U07.1!	specifico	sì
<b>Infezione asintomatica confermata da SARS-CoV-2</b>	Z22.8	U07.1!	non disponibile	sì
<b>Caso sospetto clinico di SARS-CoV-2</b> con sintomi/manifestazioni, agente patogeno <b>escluso con certezza</b> al termine della degenza	Sintomo/ Manifestazione	U99.0!	specifico e non specifico	virus escluso con certezza
<b>Caso sospetto clinico-epidemiologico di SARS-CoV-2</b> con sintomi/manifestazioni, agente patogeno <b>non escluso con certezza</b> al termine della degenza, <b>poiché non è stato effettuato alcun test di laboratorio</b>	Sintomo/ Manifestazione e Z20.8	U07.2!	specifico e non specifico	nessun test di laboratorio
<b>Caso sospetto clinico-epidemiologico di SARS-CoV-2</b> con sintomi/manifestazioni, agente patogeno <b>non escluso con certezza</b> al termine della degenza, <b>poiché i test di laboratorio hanno dato risultati ambigui</b>	Sintomo/ Manifestazione e Z20.8	U07.2! e U99.0!	specifico e non specifico	risultato di test ambiguo

Esempi	Cod. primario ICD	Cod. secondario ICD	Quadro clinico disponibile	Conferma diagnostica di laboratorio
<b>Caso sospetto clinico-epidemiologico di SARS-CoV-2</b> con sintomi/manifestazioni, agente patogeno <b>escluso con certezza</b> al termine della degenza	Sintomo/ Manifestazione e Z20.8	U99.0!	specifico e non specifico	virus escluso con certezza
<b>Caso sospetto epidemiologico (persona a contatto) senza sintomi</b> di Covid-19, agente patogeno <b>non escluso con certezza</b> al termine della degenza (se trattamento stazionario), <b>poiché non è stato effettuato alcun test di laboratorio</b>	Z20.8		non disponibile	nessun test di laboratorio
<b>Caso sospetto epidemiologico (persona a contatto) senza sintomi</b> di Covid-19, agente patogeno <b>non escluso con certezza, poiché i test di laboratorio hanno dato risultati ambigui, o escluso con certezza</b> al termine della degenza (se trattamento stazionario)	Z20.8	U99.0!	non disponibile	risultato di test ambiguo o negativo
<b>Persona senza sospetto clinico-epidemiologico di infezione da SARS-CoV-2</b> , test effettuato, agente patogeno <b>escluso con certezza</b>	Z11	U99.0!	non disponibile	virus escluso con certezza

### Sepsi virale dovuta a SARS-CoV-2

In presenza di sepsi virale dovuta a infezione da SARS-CoV-2 attestata da un medico, va indicato il codice *B33.8 Altre malattie virali specificate*. Questo codice non include tuttavia l'informazione «sepsi». Per consentire una corretta rappresentazione dei casi nel sistema DRG, in caso di sepsi virale causata da SARS-CoV-2 attestata da un medico, il codice *B33.8 Altre malattie virali specificate* deve essere sempre combinato con il codice *A41.8 Altre forme di sepsi specificate*.

Va osservato che i codici riferiti alla sepsi delle categorie A40.- e A41.- sono in realtà riservati alle infezioni di origine batterica, che possono però anche manifestarsi congiuntamente a un'infezione da SARS-CoV-2.

Si applicano le regole di codifica SD0102 «Sepsi» e G52 «Diagnosi principale».

Per una classificazione corretta, il codice *B33.8 Altre malattie virali specificate* deve essere sempre seguito dal codice *U07.1! COVID-19, virus confermato*.

Se la sepsi dovuta a SARS-CoV-2 soddisfa i requisiti della regola della diagnostica principale, è valido il seguente ordine di inserimento del codice:

DP A41.8 Altre forme di sepsi specificata  
 DS B33.8 Altre malattie virali specificate  
 DS U07.1! COVID-19, virus confermato  
 DS se presente, U10.9 *Sindrome infiammatoria multisistemica associata a COVID-19, non specificata*  
 DS Punto focale dell'infezione, ecc.

altri codici secondo la sequenza della regola di codifica SD0102 «sepsi»

Se la sepsi dovuta a SARS-CoV-2 non soddisfa i requisiti della diagnostica principale, è valido il seguente ordine di inserimento del codice:

DP Esempio *J12.8 Altre polmoniti virali* o altro  
 DS A41.8 Altre forme di sepsi specificata  
 DS B33.8 Altre malattie virali specificate  
 DS U07.1! COVID-19, virus confermato  
 DS se presente, U10.9 *Sindrome infiammatoria multisistemica associata a COVID-19, non specificata*  
 DS Punto focale dell'infezione, ecc.

altri codici secondo la sequenza della regola di codifica SD0102 «sepsi»

### Trattamento stazionario per febbre a seguito di somministrazione di vaccino 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*

Il codice *R50.2 Febbre indotta da farmaci* non va utilizzato.

### 2.3. SD0202 Neoplasie – Scelta e ordinamento delle diagnosi

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nell'esempio 18 relativo alla regola di codifica SD0202 va apportata la modifica di seguito illustrata.

#### SD0202k| Scelta e ordinamento delle diagnosi

[...]

##### Esempio 18

Un paziente è ricoverato per vertebroplastica a seguito di frattura di vertebra toracica provocata da metastasi (documentata a livello medico) in presenza anche di carcinoma a cellule renali ~~con metastasi linfonodali (regionali) e peritoneali metastatico. Esito di nefrectomia con linfadenectomia regionale.~~

DP C79.5† Tumore maligno secondario dell'osso e del midollo osseo

CDP M49.54\* Collasso vertebrale in malattie classificate altrove: zona dorsale

DS C64 Tumore maligno del rene, ad eccezione della pelvi renale

~~DS C78.6 Tumore maligno secondario del retroperitoneo e del peritoneo~~

~~DS C77.2 Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi: linfonodi intra-addominali~~

### 2.4. SD0217 Cure palliative

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Le seguenti correzioni devono essere apportate alla regola di codifica SD0217.

#### SD0217k| Cure palliative

Le **cure** palliative di pazienti (oncologici) sono indicate con l'appropriato codice CHOP.

- **93.8A.2- Trattamento medico palliativo complesso, secondo il numero di giorni di trattamento**
- **93.8B.- Cure palliative specializzate**

~~Il codice ICD-10-GM Z51.5 Cure palliative va codificato come diagnosi secondaria solo:~~

- ~~• se per la/il paziente non trasferita/o non può essere utilizzato un codice per trattamento complesso~~
- ~~• se la/il paziente è stato trasferito per le cure palliative (vedi anche D15).~~

~~Il codice z51.5 è registrato dall'ospedale ricevente in conformità alle direttive della regola di codifica D15.~~

**Nota:** «Scelta della diagnosi principale nelle cure palliative» (regola di codifica G52) e «Sintomi di una malattia tumorale», «Malattie eziologicamente riconducibili a un tumore» (regola di codifica SD0202)

##### Nota bene:

- ~~• Qualora le cure palliative somministrate (la codifica include i codici CHOP 93.8A.2, 93.8B.- oppure, in caso di requisiti minimi non soddisfatti (p. es. decesso prima che ciò avvenga), il codice ICD Z51.5 Cure palliative) soddisfino le condizioni di cui alla regola di codifica G 52, va indicata come diagnosi principale la malattia che ha reso necessarie tali cure.~~
- I sintomi di una malattia tumorale in stadio avanzato, come p. es. forte nausea, infiammazione sistemica, debolezza, inappetenza, dolori generalizzati, dispnea, attacchi di panico ecc. **non** vanno indicati nella diagnosi principale quale ragione delle cure palliative, anche se sono stati rilevanti per le scelte relative alle cure di conforto nel corso della degenza.

Se la documentazione e/o la cartella medica indicano che gli obiettivi del trattamento sono cambiati da curativi a palliativi, che un intervento è stato effettuato con intenti palliativi, che la chemioterapia va intesa come palliativa ecc., non può essere utilizzato il codice Z51.5 Cure palliative.

~~Il codice Z51.5 Cure palliative va indicato solo al verificarsi delle condizioni sopra menzionate.~~

[...]

## 2.5. SD0904 Cardiopatie valvolari

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nella tabella inerente alla regola di codifica SD0904 va apportata la correzione di seguito indicata.

### SD0904d Cardiopatie valvolari

[...]

		Definito come non reumatico	Definito come reumatico	Non specificato
[...]				
Valvola polmonare	Insufficienza	<del>I37.0</del> I37.1	I09.8	<del>I37.0</del> I37.1
	Stenosi	<del>I37.1</del> I37.0	I09.8	<del>I37.1</del> I37.0
	Stenosi con insufficienza	I37.2	I09.8	I37.2

## 2.6. SD1804 – Nessuna indicazione di lateralità per il codice G63.2\* Polineuropatia diabetica

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Per il codice asterisco G63.2\* Polineuropatia diabetica non va indicata la lateralità. L'esempio 11 relativo alla regola di codifica SD1804 deve quindi essere adeguato come di seguito indicato.

### SD1804 ~~k~~ Diagnosi e terapia del dolore

[...]

#### Esempio 11

*Un paziente è ricoverato con infarto transmurale acuto della parete posteriore per un'operazione di bypass urgente. Nella fase postoperatoria, dopo un intervento cardiaco senza complicanze, si aggrava un dolore cronico pregresso (a riposo) di entrambe le estremità su sfondo di polineuropatia diabetica (tipo 2, non scompensata) che limita notevolmente il paziente (insonnia, difficoltà nella fisioterapia postoperatoria ecc.).*

*Oltre all'effettuazione di esami neurologici sul paziente allettato e all'adeguamento della medicazione orientata alla malattia sottostante, viene predisposto uno schema farmacologico antalgico, sono somministrate terapie fisiche del dolore ecc.*

*Dalla documentazione medica nel suo insieme emerge che sussistono le condizioni/i requisiti minimi per registrare per 3 giorni il codice 93.A1 Trattamento del dolore multimodale a breve termine.*

DP I21.1 Infarto miocardico acuto transmurale della parete inferiore  
 DS E11.40† Diabete mellito, tipo 2, con complicanze neurologiche, non definito come scompensato  
 DS G63.2\* Polineuropatia diabetica

~~↳~~

TP Operazione di bypass secondo le regole di codifica vigenti  
 TS 93.A1 Trattamento del dolore multimodale a breve termine

### 3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2023

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso

#### 3.1. 32.2A.13 «Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto polmonare, per via endoscopica»

Riguarda solo la versione linguistica tedesca

#### 3.2. 35.F2.26 e 35.H2.26 «Sostituzione della valvola mitrale mediante xenoinnesto (bioprotesi) con ancoraggio transapicale»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I titoli dei codici 35.F2.26 e 35.H2.26 vanno completati come di seguito indicato.

**35.F2.26** Sostituzione della valvola mitrale mediante xenoinnesto (bioprotesi) con ancoraggio transapicale, **per via transapicale**

[...]

**35.H2.26** Rimozione di protesi di valvola mitrale nonché impianto di xenoinnesto (bioprotesi) con ancoraggio transapicale, **per via transapicale**

#### 3.3. Capitolo 9 «Interventi sull'apparato digerente» eliminare l'«incluso» «posa di stent»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Per i codici e le sottocategorie seguenti, eliminare «incluso» di «Posa di stent».

**44.33** Gastroenterostomia senza gastrectomia, per via endoscopica  
[...]

~~INCL: Posa di stent~~

**51.38.31** Anastomosi fra vie biliari e tratto gastrointestinale, per via endoscopica

~~INCL: Posa di stent~~

**52.01.11** Drenaggio transgastrico di cisti pancreatica, per via endoscopica

~~INCL: Posa di stent~~

**52.01.21** Drenaggio transduodenale di cisti pancreatica, per via endoscopica

~~INCL: Posa di stent~~

**52.96.31** Anastomosi fra dotto pancreatico e tratto gastrointestinale, per via endoscopica

~~INCL: Posa di stent~~

#### 3.4. Correzione del «nonché» nel codice 86.93 «Inserzione di espansore tessutale»

Riguarda solo la versione linguistica tedesca

#### 3.5. 89.15.8- «Trattamento neuropsicologico, secondo la durata del trattamento» e BA.1 «Riabilitazione neurologica»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Qualora nel quadro di una riabilitazione neurologica venga somministrata la terapia «neuropsicologia», in aggiunta al codice BA.1 «Riabilitazione neurologica» va indicato un codice del gruppo di elementi 89.15.8- «Trattamento neuropsicologico, secondo la durata del

trattamento». Anche i minuti di terapia della «neuropsicologia» vanno comunque presi in considerazione nel conteggio della media dei minuti di terapia alla settimana della riabilitazione neurologica.

Di norma, ai fini della codifica, vale il principio secondo cui le **terapie descritte nei requisiti minimi non vanno codificate in aggiunta**. Per la «neuropsicologia» va però fatta un'eccezione in ragione della ripresa di alcuni dei codici del gruppo di elementi 89.15.8- quale criterio di split nell'ambito della struttura tariffaria ST Reha.

#### BA.1 Riabilitazione neurologica

Cod. a.: **Se effettuato - Trattamento neuropsicologico, secondo la durata del trattamento (89.15.8-)**

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 la fisioterapia, in combinazioni specifiche per il paziente con:

- terapia fisica
- logopedia
- ergoterapia
- neuropsicologia
- psicoterapia e terapia del colloquio
- 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

### 3.6. 93.85.- «Riabilitazione professionale e riabilitazione al lavoro»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nei requisiti minimi punti 4 e 5 della sottocategoria 93.85.- vanno apportate le modifiche di seguito illustrate.

#### 93.85.- Riabilitazione professionale e riabilitazione al lavoro

Nota: Requisiti minimi punto 4, ~~trattamento~~-terapia e istruzione:

[...]

Requisiti minimi punto 5, ~~terapia e istruzione~~-durata media settimanale della terapia nonché dell'istruzione:

Una settimana [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.~~ Le unità terapeutiche e l'educazione [istruzione] sono somministrate come terapia individuale o di gruppo a seconda dell'indicazione e in funzione delle esigenze e delle risorse del paziente.

~~Durata settimanale della terapia almeno 900 minuti.~~

La durata media settimanale della terapia nonché dell'istruzione è di almeno 900 minuti. Questa prescrizione temporale per le terapie e le istruzioni è riferita alla media settimanale nel corso di una degenza con indicazione specifica per la riabilitazione professionale e la riabilitazione al lavoro.

[...]

### 3.7. 93.8A.1- «Palliativmedizinisches Assessment»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Le esclusioni di tipo «Omettere il codice» di cui al codice 93.8A.12 sono spostate nel gruppo 93.8A.1- poiché valgono per l'intero gruppo di elementi.

**93.8A.1- Valutazione medico palliativa**

ESCL.: ~~Omettere il codice - Cure palliative specializzate (93.8B.-)~~  
~~Omettere il codice - Trattamento medico palliativo complesso (93.8A.2-)~~

[...]

**93.8A.12 Valutazione medico palliativa di base standardizzata**

~~ESCL.: Omettere il codice - Cure palliative specializzate (93.8B.-)~~  
~~Omettere il codice - Trattamento medico palliativo complesso (93.8A.2-)~~

[...]

## 3.8. 93.8C.1- «Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento»

Riguarda solo la versione linguistica tedesca

## 3.9. 99.BD.- «Trattamento complesso integrato per disturbo alimentare grave, secondo il numero di giorni di trattamento»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nei requisiti minimi punti 1 e 2 della sottocategoria 99.BD.- vanno apportate le modifiche di seguito illustrate.

**99.BD.- Trattamento complesso integrato per disturbo alimentare grave, secondo il numero di giorni di trattamento**

Nota: Requisiti minimi punto 1, descrizione sintetica:

Trattamento interdisciplinare dei pazienti con diagnosi di base di disturbo alimentare con ~~morbosità psicofisica e psicosociale grave~~ sintomi fisici nonché psichici gravi nonché stress psicosociale notevole sotto la direzione di un medico specialista in medicina interna, medicina intensiva, pediatria, endocrinologia/diabetologia, psichiatria e psicoterapia o di un medico con titolo di specializzazione interdisciplinare in medicina psicosomatica e psicosociale.

Requisiti minimi punto 2, indicazione:

Diagnosi di base di disturbo alimentare grave in presenza ~~di situazione psicosomatica~~ di sintomatica somatica nonché psichica estremamente critica che non può essere trattata in setting ambulatoriale e richiede un trattamento somatico-psichiatrico-~~psicoterapeutico~~ integrato.

[...]

## 3.10. 99.C- «Trattamento infermieristico complesso» - Introduzione di un minimo nel primo codice

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I titoli dei primi codici delle sottocategorie incluse nella categoria a 3 caratteri 99.C- «Trattamento infermieristico complesso» vanno adeguati come di seguito indicato.

**99.C2.11 Trattamento infermieristico complesso negli adulti, ~~fine da 2 a 5~~ punti risorse**

[...]

**99.C3.11 Trattamento infermieristico complesso nei bambini e negli adolescenti, ~~fine da 2 a 5~~ punti risorse**

[...]

**99.C4.11 Trattamento infermieristico complesso nei bambini piccoli, ~~fine da 2 a 5~~ punti risorse**

[...]

**99.C5.11 Trattamento infermieristico complesso nei nati pretermine, neonati e lattanti, ~~fine da 2 a 5~~ punti risorse**

### 3.11. BB.1- «Risorse supplementari nella riabilitazione, secondo i punti risorse» - Introduzione di un minimo nel primo codice

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Il titolo del codice BB.11 va precisato come di seguito indicato.

**BB.11 Risorse supplementari nella riabilitazione, da almeno 1 a 10 punti risorse**

### 3.12. Appendice «BB.1- Risorse supplementari nella riabilitazione»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

La tabella inerente a la categoria BB.1- che figura in appendice alla CHOP va adeguata come di seguito indicato.

#### BB.1- Risorse supplementari nella riabilitazione

N°	Indicazione	Prestazione	Criterio di misurazione (al giorno)	Punteggio
1	Prestazioni infermieristiche interdisciplinari riferite all'indicazione			
1.1		Igiene personale parziale/completa o mobilitazione inclusa ulteriore assistenza infermieristica in base al deficit funzionale (inclusa assistenza nell'assunzione di alimenti ecc.)	Almeno 30 minuti per prestazione infermieristica ininterrotta	1
		Monitoraggio specifico e controllo (es. in caso di stretta sorveglianza dei parametri vitali; controllo documentato di sistema VAD a ogni turno; monitoraggio di ulteriori parametri specifici)	Almeno 4 volte	1
		Istruzione all'igiene specifica in caso di immunosoppressione	Almeno 30 minuti per prestazione infermieristica ininterrotta	1
		Controllo del bilancio idrico (es. bilancio giornaliero o controlli del peso) con connesso adattamento dell'alimentazione e delle terapie medicamentose	1 volta al giorno	1
		Aiuti particolari a persone con importante deficit visiva/ uditivo/cognitivo	Almeno 30 minuti per prestazione infermieristica ininterrotta	1
		Aiuti particolari in caso di disturbi della deglutizione e del linguaggio	Almeno 30 minuti per prestazione infermieristica ininterrotta	1
2	Malattie del sistema cardiocircolatorio			
2.1	In presenza di sistema di supporto cardiaco (VAD)	Istruzione del paziente all'utilizzo del sistema di supporto cardiaco VAD	Almeno 30 minuti per prestazione infermieristica ininterrotta	1
2.2	Insufficienza cardiaca NYHA III o EF < 30%	Consulenza qualificata per insufficienza cardiaca e istruzione	Almeno 30 minuti per prestazione infermieristica ininterrotta	1

3 Sistema respiratorio				
3.1	Malattie con mobilitazione delle secrezioni problematica, presenza di cannule tracheali, drenaggi toracici	Misure infermieristiche volte a favorire la ventilazione dei polmoni e/o l'espulsione delle secrezioni bronchiali	Almeno 30 minuti per prestazione infermieristica ininterrotta	1
		Cura di cannule tracheali e drenaggi toracici nonché istruzione del paziente nella gestione e nella cura di cannule tracheali	Almeno 30 minuti per prestazione infermieristica ininterrotta	1
4 Trattamento di ferita oneroso				
4.1	Interventi infermieristici nettamente più onerosi rispetto a quelli di routine.	<p>Gestione sistematica delle ferite (inclusa gestione di stomia)</p> <p>Descrizione specifica della ferita con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>= diagnosi e classificazione</li> <li>= durata e localizzazione</li> <li>= dimensioni, bordo, tessuti circostanti, pavimento (della ferita), formazione d'essudato, odore</li> <li>= segni d'infiammazione</li> <li>= dolore</li> <li>= documentazione fotografica</li> </ul> <p>trattamento di ferita consistente in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>= pulizia e/o disinfezione</li> <li>= fasciatura con/senza fissazione del bendaggio</li> <li>= applicazione di drenaggio (es. pigtail in caso di ascesso intradominale) inclusi lavaggio, rimozione</li> </ul>	Almeno 30 minuti complessivi	1
5 Limitazioni funzionali di natura psichica				
5.1	Limitazioni funzionali di natura psichica	<p>Assistenza 1:1 in caso di tendenze alla fuga, capacità di orientamento assente o limitata o compliance assente/limitata.</p> <p>Assistere un paziente a vista in modo continuativo per un periodo di tempo prolungato.</p> <p>L'assistenza 1:1 avviene separatamente dalle altre prestazioni ed è fornita da persone assunte stabilmente sotto la direzione di uno specialista diplomato</p>	Almeno 30 minuti per prestazione infermieristica ininterrotta	1
6 Consulti intensivi				
6.1	Consulti intensivi	<p>Accertamenti presso le istanze competenti (es. autorità di protezione dei minori e degli adulti, Comuni ecc.)</p> <p>Consulti intensivi di infermieri, terapisti o medici con paziente/congiunti.</p>	Almeno 60 minuti per prestazione ininterrotta	2

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

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso

### 4.1. K52.9 «Gastroenterite e colite non infettive, non specificate»

Riguarda solo la versione italiana

Il rinvio dell'esclusione «diarrea neonatale S.A.I.» va corretto come di seguito indicato.

#### **K52.9 Gastroenterite e colite non infettive, non specificate**

[...]

- Excl.: colite, diarrea, enterite, gastroenterite:
- di origine non specificata (A09.9)
  - infettiva (A09.0)
- diarrea funzionale (K59.1)
- diarrea neonatale:
- infettiva (A09.0)
  - non infettiva (P78.3)
  - S.A.I. (A09.09)
- diarrea psicogena (F45.32)

### 4.2. Y84.9! «Complicanza da intervento medico non specificato»

Riguarda solo la versione francese

### 4.3. Z63 «Altri problemi connessi alla cerchia relazionale ristretta, compreso l'ambiente familiare»

Riguarda solo la versione italiana

I rinvii delle esclusioni di cui al codice Z63 vanno corretti come di seguito indicato.

#### **Z63 Altri problemi connessi alla cerchia relazionale ristretta, compreso l'ambiente familiare**

[...]

- Excl.: problemi connessi a:
- educazione del bambino (Z642)
  - eventi negativi della vita durante l'infanzia (Z621)
- sindromi da maltrattamento (T74.-)

## 5. Allegato

### 5.1. Informazioni e precisazioni

La presente circolare contiene **tutte** le «Informazioni e precisazioni» valevoli dal 1° gennaio 2023.

#### 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.

#### **0774 01.01.2023** Informazioni e precisazioni sulle cure palliative

Le precisazioni seguenti riguardano il gruppo di elementi 93.8A.2- «Trattamento medico palliativo complesso, secondo il numero di giorni di trattamento» e la sottocategoria 93.8B.- «Cure palliative specializzate». Per maggiori informazioni sulla medicina palliativa si invita a consultare il sito Internet dell'Associazione Svizzera per la medicina, la cura e l'accompagnamento palliativi, [www.palliative.ch](http://www.palliative.ch).

#### **0774/1: valutazione medico palliativa di base standardizzata**

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 medico palliativa di base standardizzata compresa la definizione della complessità e dell'in-stabilità. [...]

#### **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.

#### **0774/2: settori terapeutici**

93.8A.2-: Requisiti minimi punto 3, team di trattamento e terapia:

[...]

b) Team di trattamento multidisciplinare composto da medico, personale infermieristico e terapeuti dei seguenti settori: assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza/terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia,

c) Prestazioni mediche, cure infermieristiche e trattamenti di almeno due dei settori terapeutici sopra menzionati sono somministrati per almeno 6 ore settimanali (7 giorni di calendario). Le prestazioni comprendono anche colloqui documentati con il paziente, i familiari 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.

93.8B.-: Requisiti minimi punto 3, terapia:

[...]

b) Per le specificazioni pertinenti vedi gruppi di elementi 93.8B.1- o 93.8B.2-

[...]

Requisiti minimi punto 4, team di trattamento:

[...]

c) Team multidisciplinare che oltre all'assistenza medica e infermieristica dispone dei seguenti settori terapeutici: assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza/terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia.

93.8B.1-: Prestazione di base «Cure palliative specializzate», secondo il numero di giorni di trattamento

Requisiti minimi punto 3, terapia:

In aggiunta ai requisiti minimi punto 3, terapia di cui alla sottocategoria 93.8B.-

b) Intervento del personale medico, infermieristico e in caso di necessità dei settori terapeutici riportati nei requisiti minimi punto 4 c).

93.8B.2-: Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie, secondo il numero di giorni di trattamento

Requisiti minimi punto 3, terapia:

In aggiunta ai requisiti minimi punto 3, terapia di cui alla sottocategoria 93.8B.-

b) Intervento del personale medico, infermieristico e di almeno due dei settori terapeutici riportati nei requisiti minimi punto 4 c) 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.

#### 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 0774/3 ed i tempi di percorrenza non sono conteggiati nelle sei ore.
3. Le «visite interprofessionali» (requisiti minimi punto 3, terapia, lettera a) della sottocategoria 93.8B.-) non sono conteggiate nelle 6 ore.
4. 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.
5. 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.
6. Non c'è un termine definito per la durata terapeutica minima di un'unità terapeutica.
7. 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.

#### 0774/3: 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.-: 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.

#### 0775 01.01.2023 Lavaggio peritoneale

Il lavaggio peritoneale diagnostico o terapeutico tramite puntura deve essere registrato con il codice 54.91 «Drenaggio percutaneo addominale (puntura)». L'esclusione «Lavaggio peritoneale (54.25)» di cui al codice 54.91 va quindi ignorata, mentre resta valida l'esclusione «Punzione diagnostica di ascite (54.26)».

Il lavaggio peritoneale diagnostico o terapeutico per laparoscopia o per laparotomia (chirurgica a cielo aperto) deve essere registrato con il codice 54.25 «Lavaggio peritoneale». In caso di lavaggio peritoneale effettuato per via laparoscopica va indicato in aggiunta il codice 54.21.20 «Laparoscopia, Via d'accesso per interventi chirurgici (terapeutici)».

#### 0776 01.01.2023 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.

#### 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:  $1495/23 \times 7 = 455$  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](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»~~

La precisazione 0779 è stata ripresa nel Manuale di codifica medica 2023.

#### 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~~

La precisazione 0783 è stata presa in considerazione nella CHOP 2023 per la revisione del gruppo di elementi 68.29.1.- «Asportazione e distruzione di lesione o tessuto dell'utero».

#### ~~0784 01.07.2022 Durata del monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio di più nervi~~

La precisazione 0784 è stata presa in considerazione nella CHOP 2023 per il gruppo di elementi 00.94.2- «Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio di più nervi».

#### **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-.

#### **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 sostituire 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 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 o rimozione endoscopica di stent [protesi] nel dotto pancreatico
52.95.4-	Inserzione o sostituzione di uno stent [protesi] non autoespandente nel dotto pancreatico, <b>chirurgica a cielo aperto o per via laparoscopica</b>
52.95.5-	Inserzione o sostituzione di uno stent [protesi] autoespandente nel dotto pancreatico, <b>chirurgica a cielo aperto o per via laparoscopica</b>
58.99.10	Altri interventi sull'uretra e sul tessuto periuretrale, <b>posa e sostituzione di stent nell'uretra</b>
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**.

#### 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™**

La precisazione 0792 viene sostituita dalla precisazione 0776 nell'allegato della Circolare 2023 n. 1.

**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'arteriosclerosi ischemica, la sclerosi calcifica mediale di arteriole patologiche ed eventuali processi infiammatori locali.

L'arteriosclerosi 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'arteriosclerosi 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**

La precisazione 0794 viene rimossa dall'allegato della Circolare 2023 n. 1.

~~0795 — 01.07.2021 —~~ **Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare**

La precisazione 0795 è stata presa in considerazione nella CHOP 2023 per la revisione della sottocategoria 32.2A- «Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto polmonare».

~~0797 — 01.07.2021 —~~ **Febbre a seguito di vaccinazione contro la COVID-19**

La precisazione 0797 viene presa in considerazione nelle informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2023 della Circolare 2023 n. 1 nella regola di codifica SD0106 COVID-19.

**0801 01.07.2021 Codifica di avvistamento 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 atrectomia 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	Lateralità	Codice supplementare	Titolo	Lateralità
Caso 1	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
Caso 2	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
	Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra			
Caso 3	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	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	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
	Intervento di tipo B all'osso metacarpale del terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
	Intervento di tipo C alle dita del terzo e quarto raggio della mano sinistra	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~~

La precisazione 0827 viene sostituita dalla precisazione 0774 nell'allegato della Circolare 2023 n. 1.

#### 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, **Altri farmaci psicotropi non classificati altrove**» 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 / ABO 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»).