Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale di statistica UST

14 Salute

Circolare per le codificatrici e i codificatori 2023 n. 2

29 giugno 2023

Neuchâtel, 2023

Editore:	Ufficio federale di statistica (UST)	Concetto di layout:	Sezione PUB
Informazioni:	Segretaria di codifica: codeinfo@bfs.admin.ch	Download:	www.statistica.admin.ch
Redazione:	Ambito Classificazioni mediche	Copyright:	UST, Neuchâtel 2023
Contenuti:	Ambito Classificazioni mediche		Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte
Settore:	14 Salute		
Testo originale:	Tedesco		
Traduzione:	Servizi linguistici dell`UST		

1. Nozioni generali

1.1. Strumenti di codifica in vigore

Dal 1° luglio 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~~
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2023 n. 2 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:
→ Basi statistiche e rilevazioni → 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 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 2023 n. 1.

1.1.2. Circolare e allegato

Nessuna modifica nel sotto capitolo 1.1.2 rispetto alla circolare 2023 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
Note per il rilevamento delle prestazioni e della fatturazione: SwissDRG

Vanno inoltre osservate le indicazioni di SwissDRG SA in materia di codifiche per analogia.
Percorso: 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 → 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 si deve prendere in considerazione durante tutto l'anno.

1.2. Domande sulla codifica

1.2.1. Procedura

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

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

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

1.2.2. Anonimizzazione

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

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

Attenzione: in Adobe Acrobat Pro non basta aggiungere un rettangolo nero o bianco sul testo da cancellare. Così facendo, l'aggiunta può sempre essere cancellata facendo ricomparire il testo sottostante.

Per anonimizzare correttamente un PDF con Adobe Acrobat Pro, va utilizzato lo strumento Redigere (Redact).
I manuali Adobe sono disponibili ai link seguenti:

How to remove sensitive information from PDFs (adobe.com)
https://helpx.adobe.com/ch_it/acrobat/kb/prevent-file-size-increase-after-sanitizing-pdf.html

Le persone che non dispongono di Adobe Acrobat Pro dovranno scannerizzare il documento precedentemente anonimizzato.

Tutte le domande non correttamente anonimizzate sono automaticamente cancellate dalla nostra hotline. In tal caso riceverete un'e-mail di notifica e dovrete inviare nuovamente tutti i documenti completamente anonimizzati.

2. Informazioni supplementari sul manuale di codifica 2023

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

Le informazioni supplementari sul manuale di codifica 2023 di cui alla circolare 2023 n.1 restano valide.
Nel presente documento sono riportate nuove ulteriori correzioni:

2.1. SD2200 Codici per scopi particolari

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nelle categorie *U50.- Limitazione funzionale motoria* e U51.- Limitazione funzionale cognitiva ~~sono elencate nei codici da U51.0- a U51.2-~~ sono elencate le seguenti procedure di valutazione, perizia e test:

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

[…]

Per la rilevazione delle caratteristiche delle limitazioni funzionali motorie e delle limitazioni funzionali cognitive viene impiegato con sempre maggiore frequenza il sistema epaSYSTEM[1], inclusa tra l'altro la relativa valutazione di base epaAC (AcuteCare).
Il punteggio epaSPI e il punteggio epaKOGNI si sono dimostrati equivalenti, rispettivamente, al punteggio dell'indice Barthel (BI) e al punteggio dell'indice Barthel ampliato (EBI).

Il punteggio epaSPI della valutazione epaAC può essere associato per equivalenza agli scaglioni dell'indice di Barthel di cui alla categoria U50.- e il punteggio epaKOGNI agli scaglioni dell'indice di Barthel ampliato di cui alla categoria U51.-.
La seguente tabella mostra l'equivalenza tra l'indice di Barthel e l'indice di Barthel ampliato e i punteggi epaSPI e epaKOGNI.

Equivalenza U50.n/U51.n (ICD-10-GM-2022) – epaSPI/epaKOGNI

	BI	**epaSPI**	**eBI**	**epaKOGNI**
	Da … a …	Da … a …	Da … a …	Da … a …
U50.00	100	39-40		
U50.10	80-95	33-38		
U50.20	60-75	31-32		
U50.30	40-55	29-30		
U50.40	20-35	21-28		
U50.50	0-15	10-20		
U51.00			70-90	21-24
U51.10			20-65	10-20
U51.20			0-15	6-9

[1] https://www.epa-cc.de

2.2. D12 Malattie o disturbi iatrogeni ovvero dopo procedure diagnostiche o terapeutiche (complicanze)

Riguarda tutte le versioni linguistiche

La seguente tabella, che riporta esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni, è stata completata con l'esempio del linfocele infetto.

Esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni

1. Nei capitoli: Con nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	2. Alla fine di alcuni capitoli	3. Categorie T80 – T88	4. Nei capitoli: Senza nozione «dopo procedure diagnostiche o terapeutiche»	Codifica precisa
Linfocele infetto dopo prostatectomia radicale				
Ø	*Ø*	*T81.4 Infezione susseguente a procedura diagnostica o terapeutica, NCA*	*I89.8 Altri disturbi non infettivi specificati dei vasi linfatici e dei linfonodi*	***I89.8 + Infezione con indicazione della localizzazione (p. es. retroperitoneale acuta K65.09) + Y84.9!***
Il codice I89.8 rappresenta una malattia dei vasi linfatici e dei linfonodi. Con la codifica della localizzazione dell'infezione si precisa che si tratta di un linfocele infetto. Il codice Y84.9! indica una complicanza a seguito di intervento medico.				

2.3. SD0102 Sepsi

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Alla regola di codifica SD0102 Sepsi vanno apportate le seguenti integrazioni.

Sepsi virale
Per consentire una corretta rappresentazione dei casi nel sistema DRG, in caso di sepsi virale attestata da un medico, il codice B33.8 «Altre malattie virali specificate» deve essere combinato con il codice A41.8 «Altre forme di sepsi specificate», a prescindere che la sepsi sia codificata come diagnosi principale (DP) o diagnosi secondaria (DS).
Per rilevare in modo specifico l'infezione virale soggiacente va indicato un codice supplementare.

Esempio: paziente 64enne con sepsi provocata da virus influenzali. Da sette giorni tipici sintomi influenzali, tosse, mal di gola e forte spossatezza. Il giorno dell'ammissione febbre fino 39,3°, brividi, nausea e offuscamento dello stato di coscienza. Il test PCR permette di accertare la presenza di virus influenzali stagionali.
Decorso: nel quadro della sepsi intervengono un disturbo dello stato di coscienza (GCS 12), una trombocitopenia (110 G/l.), un'insufficienza respiratoria (PaO2/FiO2) 355 mmHg e un peggioramento della funzione renale (creatinina 125 µmol/l). La paziente viene monitorata in unità di cure intermedie. A seguito della somministrazione di antivirali e antipiretici lo stato della paziente migliora.

Punteggio SOFA	Respirazione	Coagulazione	Fegato	Cardiovascolare, MAP	Sist. nervoso centrale	Renale
5	1	1	0	0	2	1

HD	A41.8	Altre forme di sepsi specificate
ND	B33.8	Altre malattie virali specificate
ND	J10.1	Influenza con altre manifestazioni respiratorie, virus influenzale stagionale identificato
ND	D69.58	Altra trombocitopenia secondaria, non specificata come refrattaria alla trasfusione
ND	R40.0	Sonnolenza, Assopimento
ND	N17.91	Insufficienza renale acuta non specificata, stadio 1

2.4. SD1505 Regole speciali per il parto

Riguarda tutte le versioni linguistiche

La DP indicata nell'esempio 14 viene adeguata in base alla regola di codifica SD1504e «Complicanze della gravidanza che riguardano la madre o il bambino» - *«Posizioni e presentazioni anomale del bambino»*.

Esempio 14
Ammissione notturna con rottura prematura delle membrane (senza travaglio) 20 giorni prima della data teorica del parto in presenza di presentazione trasversale assoluta. In precedenza era stato programmato un taglio cesareo elettivo che si sarebbe dovuto effettuare due giorni più tardi. Nel corso degli esami ostetrici eseguiti al momento dell'ammissione continuano a fuoriuscire notevoli quantità di liquido amniotico. Il tracciato CTG non è (ancora) patologico e mostra leggeri segni di compressione del feto (punteggio Fisher pari a 8). Anticipazione urgente del taglio cesareo programmato a causa di presentazione che rende impossibile il parto vaginale e di rottura prematura delle membrane, anche per eseguire la procedura prima dell'inizio del travaglio.
DP ~~O32.2 Assistenza prestata alla madre per posizione fetale trasversa o obliqua~~ O64.4 Distocia da presentazione trasversa
DS O42.9 Rottura prematura delle membrane non specificata
DS O09.6! Durata della gravidanza, da 37 a 41 settimane complete
DS Z37.0! Parto singolo, nato vivo

TP 74.1X.20 Taglio cesareo cervicale basso, secondario

In presenza di presentazione trasversale (indicazione assoluta) è stato pianificato un taglio cesareo elettivo. All'inizio del parto (rottura prematura delle membrane), in ragione di una presentazione che rende impossibile il parto vaginale, è stato disposto un taglio cesareo d'urgenza. L'inizio del parto in caso di presentazione trasversale del feto rappresenta una situazione critica dal punto di vista ostetrico, che può trasformarsi in qualsiasi momento in un'urgenza, in particolare se la partoriente è entrata in travaglio. Sia dal punto di vista medico, sia secondo le regole di codifica sopra menzionate, si tratta di un taglio cesareo secondario. L'esempio vale anche, con la stessa motivazione, per l'inizio del parto con travaglio senza rottura delle membrane o in caso di rottura delle membrane e travaglio con presentazione trasversale verificata.

3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2023

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

Le informazioni supplementari sulla CHOP 2023 pubblicate nella circolare 2023 n. 1 restano valide.
Qui di seguito sono riportate nuove correzioni supplementari.

3.1. 39.B- Impianto (percutaneo) transluminale di stents in vasi sanguigni

Riguarda solo la versione francese

3.2. 68.29.- Altra asportazione e distruzione di lesione o tessuto dell'utero

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nei codici di seguito indicati va inserita l'inclusione «Isteroscopia».

68.29.1J **Asportazione e distruzione di lesione o tessuto dell'utero, transcervicale**
INCL.: Isteroscopia

68.29.4A **Asportazione e distruzione di uno o più miomi dall'utero, transcervicale**
INCL.: Isteroscopia

3.3. 7A.A2 Impianto di sistemi allungabili o espansibili, colonna vertebrale

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nella sottocategoria 7A.A2 va inserita la nota riportata qui di seguito.

7A.A2 **Impianto di sistemi allungabili o espansibili, colonna vertebrale**
Growing rod
Sistema a viti e barre ~~allungabile~~ allungabili
Nota: Questo codice supplementare va indicato per ciascuna barra impiantata (un sistema a viti e allungabili). Ciò significa che in caso di impianto unilaterale il codice va indicato una volta e in caso di impianto bilaterale due volte.

3.4. 93.59.5- Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Il link al documento di riferimento va adeguato come di seguito riportato.

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 seguente documento «Requisiti strutturali minimi per la prevenzione e la lotta contro le infezioni correlate all'assistenza (ICA) negli ospedali per cure acute svizzeri» versione 3.0, 17 maggio 2022:
~~https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/publikationen~~
https://www.swissnoso.ch/it/guidelines-e-pubblicazioni/guidelines

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/forschung-entwicklung/publikationen~~
https://www.swissnoso.ch/it/guidelines-e-pubblicazioni/guidelines

3.5. Minimaler Datensatz der SGI (MDSi)

Riguarda tutte le versioni linguistiche

A seguito della pubblicazione di una nuova versione del documento di riferimento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi», i requisiti minimi vanno così modificati:

99.B7.1- **Terapia intensiva complessa (procedura di base) nell'adulto, secondo il numero di punti risorse**
Nota: Requisiti minimi:
[…]

- il numero di punti risorse deriva dal calcolo di SAPS II + somma di NEMS. Il SAPS II viene determinato una volta nelle prime 24 ore di degenza nell'UCI. Il NEMS viene determinato una volta per turno infermieristico. Per i turni di 8 ore, il NEMS viene semplicemente sommato, per i turni di 12 ore invece il punteggio ottenuto viene moltiplicato per 1,5. Le definizioni dettagliate di SAPS II [Simplified Acute Physiology Score] e NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021~~1~~2» a (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Settori - > Registro dei dati -> ~~«MDSiV30_V4_de_def»~~ «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202» o «MDSi_V30f_V5_2022_definitive_221201».
[…]

99.B7.4- **Terapia intensiva complessa in età infantile (procedura di base), secondo il numero di punti risorse**
Nota: Requisiti minimi:
[…]
- il punteggio del fabbisogno di risorse (punti risorse) deriva dal calcolo di PIM 2 (valore assoluto) + somma di NEMS. Il PIM 2 viene determinato una volta nelle prime 24 ore di degenza nell'UCI. Il NEMS viene determinato una volta per turno infermieristico. Per i turni di 8 ore, il NEMS viene semplicemente sommato, per i turni di 12 ore invece il punteggio ottenuto viene moltiplicato per 1,5. Le definizioni dettagliate di PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2] e NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021~~1~~2» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Settori - > Registro dei dati -> ~~«MDSiV30_V4_de_def»~~ «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202» o «MDSi_V30f_V5_2022_definitive_221201».
[…]

99.B7.5- **Terapia intensiva complessa in età neonatale (procedura di base), secondo i punti risorse**
Nota: Requisiti minimi:
[…]
- Il punteggio del fabbisogno di risorse (punti risorse) deriva dal calcolo di PIM 2 o CRIB 2 + somma NEMS. Il PIM 2/CRIB 2 (facoltativo, dipende dalla soddisfazione dei criteri maturazione/peso) viene determinato una volta nelle prime 24 ore di degenza nell'UCI. Il NEMS viene determinato una volta per turno infermieristico. Per i turni di 8 ore, il NEMS viene semplicemente sommato, per i turni di 12 ore invece il punteggio ottenuto viene moltiplicato per 1,5. Le definizioni dettagliate di PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2], CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] e NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021~~1~~2» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Settori - > Registro dei dati -> ~~«MDSiV30_V4_de_def»~~ «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202» o «MDSi_V30f_V5_2022_definitive_221201».
[…]

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

Nota: Requisiti minimi punto 3, calcolo e rilevazione:
[…]
Le definizioni dettagliate di SAPS II [Simplified Acute Physiology Score] e NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2024~~1~~2» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgissmi.ch -> Settori -> Registro dei dati -> ~~«MDSiV30_V4_de_def».~~ «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202» o «MDSi_V30f_V5_2022_definitive_221201».
[…]

99.B8.4- **Trattamento complesso in età infantile in unità di terapia intermedia [IMCU], secondo il numero di punti risorse**

Nota: Requisiti minimi punto 3, calcolo e rilevazione:
[…]
Le definizioni dettagliate di PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2] e NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2024~~1~~2» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Settori -> Registro dei dati -> ~~«MDSiV30_V4_de_def»~~ «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202» o «MDSi_V30f_V5_2022_definitive_221201».
[…]

99.B8.5- **Trattamento complesso in età neonatale in unità di terapia intermedia [IMCU], secondo i punti risorse**

Nota: Requisiti minimi punto 3, calcolo e rilevazione:
[…]
Le definizioni dettagliate di PIM 2 [pediatric index of mortality 2], CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] e NEMS [nine equivalent of nursing manpower use score] figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2024~~1~~2» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Settori -> Registro dei dati -> ~~«MDSiV30_V4_de_def»~~ «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202» o «MDSi_V30f_V5_2022_definitive_221201».
[…]

3.6. 99.BA.- «Trattamento neurologico complesso» - Terapia

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I «Requisiti minimi punto 3, trattamento» dei gruppi di elementi 99.BA.1-, 99.BA.2- 99.BA.3- vanno adeguati come segue:

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 3, trattamento:
[…]
d) Settori terapeutici: ~~avvio di misure fisioterapiche 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.~~ fisioterapia, ergoterapia e logopedia secondo il documento di riferimento di cui ai «Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento». In presenza di corrispondente indicazione, modalità terapeutica seguente: 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 3, trattamento:
[…]

d) Settori terapeutici: ~~Inizio di misure fisioterapiche 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.~~ fisioterapia, ergoterapia e logopedia secondo il documento di riferimento di cui ai «Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento». In presenza di corrispondente indicazione, modalità terapeutica seguente: neuropsicologia. Consulenza/terapia dietetica solo in relazione a disturbi della deglutizione.

99.BA.3- Trattamento complesso dell'ictus cerebrale acuto con ricorso a un centro di telemedicina neurologica

Nota: […]

c) Settori terapeutici: ~~avvio immediato (entro 24 ore) di misure fisioterapiche con almeno un'unità di trattamento al giorno (7g), nonché ergoterapiche e/o logopediche con almeno un'unità di trattamento per ogni giorno feriale (lun.-ven.) in presenza di deficit corrispondente.~~ avvio delle misure terapeutiche entro 24 ore (fisioterapia tutti i giorni, ergoterapia e logopedia da lunedì a venerdì) con possibilità di almeno un'unità di trattamento al giorno in presenza di deficit corrispondenti e tenuto conto dei presupposti terapeutici (p. es. capacità di cooperazione, stato clinico stabile ecc.).

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

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso
Le informazioni supplementari sull'ICD-10-GM 2022 nella circolare 2023 n.1 restano valide.

5. Allegato

5.1. Informazioni e precisazioni

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

0772 01.07.2023 Codifica della categoria a tre caratteri BB.1-
La precisazione riportata nella Circolare 2023 n. 1 riguardante l'appendice «BB.1- «Risorse supplementari nella riabilitazione, secondo i punti risorse» ha generato incertezze a causa delle differenti pratiche di codifica.
Qui di seguito viene spiegato come interpretare la formulazione «prestazione infermieristica ininterrotta» inserita nella colonna «Criterio di misurazione al giorno».

La categoria a tre caratteri BB.1- «Risorse supplementari nella riabilitazione, secondo i punti risorse» deve inequivocabilmente rappresentare un impiego di risorse supplementari**.** La modifica apportata mira ad evitare che i codici CHOP della categoria BB.1 siano utilizzati per indicare una sommatoria di prestazioni infermieristiche di base.
Interruzioni provocate da urgenze o trattamenti non vanno intese come interruzioni della continuità della prestazione, purché siano documentate in modo tracciabile. In questi casi, le attività in questione vanno considerate come ininterrotte.
Esempi:

- igiene personale con interruzioni: suddivisione dell'attività tra più pazienti o altre interruzioni per ragioni operative
- istruzione in materia di igiene al mattino e al pomeriggio (interrotta a causa di somministrazioni di terapie e proseguita in un secondo tempo)
- chiarimenti con organi ufficiali, p. es. da parte di un medico all'APMA, forniti sullo stesso paziente al mattino e al pomeriggio per oltre 60 minuti complessivi

Spetta alla clinica valutare nei singoli casi se si tratta di impieghi di risorse supplementari che trascendono le prestazioni infermieristiche di base, resisi necessari per pazienti con gravi difficoltà. Le prestazioni registrate e le ragioni di eventuali interruzioni devono essere documentate in modo trasparente all'indirizzo del soggetto che sostiene i costi.

0773 01.07.2023 Terapia radio recettoriale con 177Lu-PSMA-617
La terapia radiorecettoriale con 177Lu-PSMA-617» va codificata con la classe residua 92.28.6C «Terapia radiorecettoriale con altri leganti PSMA».

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, https://www.palliative.ch/it/

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'instabilità. […]

La valutazione SENS è anch'essa un esame di base medico palliativa standardizzata?
La valutazione SENS copre i seguenti ambiti delle cure palliative: gestione dei sintomi, presa di decisione/preparazione alla fine di vita, organizzazione della rete, 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 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.- 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*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.

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»

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

Qualora in presenza di disturbi 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 trattamento. Vanno invece osservati i requisiti minimi in materia di indicazioni, valutazioni, infrastruttura di trattamento (p. es. certificazione) e qualifiche.

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

0789 01.01.2022 Codifica di 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, 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, chirurgica a cielo aperto o per via laparoscopica
52.95.5- Inserzione o sostituzione di uno stent [protesi] autoespandente nel dotto pancreatico, chirurgica a cielo aperto o per via laparoscopica
58.99.10 Altri interventi sull'uretra e sul tessuto periuretrale, posa e sostituzione di stent nell'uretra
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.

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~~ a 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.

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

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

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

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

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).

Un codice che indica il totale dei stent grafts impiantati nell'arteria ilica e in altri vasi diversi dell'aorta non esiste.

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 (RIVA), 1 nell'arteria circonflessa (RCX), 1 nell'arteria coronaria destra (RCA)) 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 stent con liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria discendente anteriore (RIVA), 2 bar metal stents nell'arteria coronaria destra (RCA), 1 stent autoespandente con liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria circonflessa (RCX)).

Codifica:
Per l'arteria discendente anteriore (RIVA), 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 (RCA) va indicato due volte il codice ~~36.08.13 «Impianto percutaneo transluminale di stents autoespandenti senza liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria»~~ 36.08.11 «Impianto percutaneo transluminale di stents 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 (RCX) va indicato una volta il codice 36.08.23 «Impianto percutaneo transluminale di stents autoespandenti con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria».

Rilevazione del numero di stents impiantati nell'ambito di caso stazionario sia nelle arterie coronarie sia in altri vasi
Non è consentito addizionare il numero degli stents impiantati nelle arterie coronarie con quello degli stents impiantati in vasi sanguigni periferici.
Va utilizzato un codice supplementare della sottocategoria 39.C1.- «Numero di stents impiantati» solo per indicare la somma degli stents impiantati in vasi sanguigni periferici nell'ambito dell'intero caso.

Esempio 1
In un primo intervento il giorno X: angioplastica coronarica transluminale percutanea con impianto di 4 stents (2 nell'arteria discendente anteriore (RIVA), 1 nell'arteria circonflessa (RCX), 1 nell'arteria coronaria destra (RCA)) 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 (RIVA), 1 nell'arteria circonflessa (RCX), 1 nell'arteria coronaria destra (RCA)) 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»
Il giorno Y vanno indicati:
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 transcatetterico di valvola aortica (TAVI) anche se rientra nella categoria a 3 cifre 39.C- «Informazioni supplementari sugli stents impiantati».

0814 01.07.2020 Rilevazione dell'impianto di stents ricoperti in arterie coronarie
Attualmente non esiste una codifica specifica per l'impianto di stents ricoperti in arterie coronarie e vanno quindi utilizzate le classi residue
36.03.09 «Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto, altro»
36.08.09 «Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale, altro».

0815 01.07.2020 Utilizzo del codice 00.44 «Procedura su biforcazione di vasi sanguigni» con codici delle sottocategorie 36.03.- e 36.08.-
Il codice 00.44 «Procedura su biforcazione di vasi sanguigni» può essere utilizzato insieme a codici delle sottocategorie 36.03.- e 36.08.-.

0816 01.07.2020 Codifica dell'impianto di stents rivestiti con liberazione di sostanza medicamentosa in arterie coronarie
Per l'impianto di stents rivestiti con liberazione di sostanza medicamentosa nelle arterie coronarie vanno utilizzati i codici corrispondenti con l'indicazione «con liberazione di sostanza medicamentosa».
Per gli interventi eseguiti per via chirurgica a cielo aperto:
36.03.51 «Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria»
36.03.52 «Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie»
Per gli interventi eseguiti per via percutanea transluminale:
36.08.21 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria»
36.08.22 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie»

0817 01.07.2020 Utilizzo del codice 39.78.5- «Estremità dello stent graft (protesi stent) inferiore»
L'impiego di uno stent graft in un tratto va codificato come segue:
- 39.71.- E 39.78.5-

OPPURE
- 39.73.4- E 39.78.5-.

L'impiego di uno stent graft aortico (che può terminare a livello aortico, mono-iliaco o bi-iliaco) e di uno o più stent grafts nelle arterie iliache, non collegati tra loro oppure modellati per l'attraversamento intraluminale, va codificato come segue:
- 39.71.- E 39.78.5- (estremità dello stent graft aortico e non dello stent graft iliaco modellato) E, a seconda del tipo di stent graft, 39.7A.1- o 39.7A.2-
  OPPURE
- 39.73.4- E 39.78.5- (estremità dello stent graft aortico e non dello stent graft iliaco modellato) E, a seconda del tipo di stent graft, 39.7A.1- o 39.7A.2-.

In caso di protesi vascolare bi-iliaca, costituita da una protesi vascolare aorto-mono-iliaca e da un ramo iliaco modellato, per questo stent graft modellato non va aggiunto il codice 39.7A.1- o 39.7A.2-. La codifica sarà quindi la seguente:
- 39.71.- E 39.78.53
  OPPURE
- 39.73.4- E 39.78.53.

Eventuali ulteriori stent grafts iliaci impiantati vanno codificati in aggiunta.

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

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

<table>
<tr><th colspan="7">Interventi multipli in un solo tempo operatorio su mani - Esempi</th></tr>
<tr><th colspan="2"></th><th colspan="2">Intervento</th><th colspan="3">00.9C.1- Interventi multipli in un solo tempo operatorio su raggi metacarpali e digitali</th></tr>
<tr><th>Caso</th><th>Descrizione</th><th>Codice intervento</th><th>Lateralità</th><th>Codice supplementare</th><th>Titolo</th><th>Lateralità</th></tr>
<tr><td>Caso 1</td><td>Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3">Nessun codice</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Caso 2</td><td rowspan="2">Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra
Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano destra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3" rowspan="2">Nessun codice</td></tr>
<tr><td>Codice dell'intervento di tipo B</td><td>Monolaterale destra</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Caso 3</td><td rowspan="2">Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra
Intervento di tipo B al metacarpo, secondo raggio della mano sinistra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3" rowspan="2">Nessun codice</td></tr>
<tr><td>Codice dell'intervento di tipo B</td><td>Monolaterale sinistra</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Caso 4</td><td rowspan="2">Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra
Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano sinistra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td>00.9C.11</td><td>Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali</td><td>Monolaterale sinistra</td></tr>
<tr><td>Codice dell'intervento di tipo B</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3">Nessun codice</td></tr>
<tr><td>Caso 5</td><td>Intervento di tipo A alle dita del secondo, terzo e quarto raggio della mano sinistra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td>00.9C.12</td><td>Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 3 raggi metacarpali e digitali</td><td>Monolaterale sinistra</td></tr>
<tr><td>Caso 6</td><td>Intervento di tipo A alle dita del secondo, terzo e quarto raggio della mano sinistra, nonché alle dita</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Bilaterale</td><td>00.9C.12</td><td>Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 3 raggi metacarpali e digitali</td><td>Monolaterale sinistra</td></tr>
</table>

	del quarto e quinto raggio della mano destra			00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale destra
Caso 7	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra Intervento di tipo B all'osso metacarpale del terzo raggio della mano sinistra Intervento di tipo C alle dita del terzo e quarto raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
		Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
		Codice dell'intervento di tipo C	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
Caso 8	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra Intervento di tipo B alle dita del secondo e terzo raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
		Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale destra
Caso 9	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra Intervento di tipo B al dito del secondo raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
		Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra	Nessun codice		

0819 01.01.2020 7A.A2 Growing rod – codice supplementare - segmenti dell'intervento specifico

Il codice 7A.A2 «Impianto di sistemi allungabili o espansibili, colonna vertebrale» è un codice supplementare e non può quindi essere utilizzato da solo. L'intervento in questione è una stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale. Ai fini del conteggio dei segmenti trattati vanno presi in considerazione solo quelli a cui viene fissato il sistema. Il codice 7A.72.12 «Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale, approccio dorsale e dorsolaterale, 2 segmenti» classifica l'intervento.

0820 01.01.2020 Impiego del codice secondario U69.3-! «Codici secondari per il tipo di consumo di queste sostanze nei disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive»

In linea di principio, vanno osservate le indicazioni dei corrispondenti codici F10 – F19 «Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive» dell'ICD-10-GM.

Inoltre, il consumo per via non endovenosa di cocaina va rappresentato con il codice U69.36! «Consumo per via non endovenosa di altri stimolanti, caffeina esclusa» in aggiunta al pertinente codice F14.- «Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina».

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».

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 / 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»).