Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Departimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale di statistica UST
Divisione Economia spaziale, ambiente, salute

14 Salute N° 8 giugno 2010

Lettera circolare per le persone incaricate della codifica

1 FAQ (denominata « Hotline » sulla pagina Internet della Segreteria di codifica)

Vista l'evoluzione delle classificazioni e delle regole di codifica, è stato necessario aggiornare la nostra lista FAQ. Le informazioni ivi contenute sono state armonizzate con le classificazioni e le regole di codifica in vigore. Vi segnaliamo in particolare che le vecchie informazioni devono essere considerate superate e vi suggeriamo di visitare il sito per prendere nota delle risposte valide.

Dal 1° luglio 2010 introdurremo nuove informazioni, precisazioni e risposte alle vostre domande (in tedesco e francese). Ogni nuova informazione sarà segnalata all'inizio del testo attraverso l'indicazione dell'anno in cui è stata messa on line (quindi attualmente il 2010).

Il seguente link conduce direttamente alla hotline:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/codage/faq.html

2 Pubblicazioni CodeInfo

Come per le FAQ, data l'evoluzione delle classificazioni e delle regole di codifica, abbiamo analizzato le passate edizioni del CodeInfo. Le informazioni da adattare alle classificazioni e alle regole di codifica in vigore saranno inserite nelle FAQ all'inizio di luglio 2010. Tutte le altre dovranno essere considerate "d'interesse storico" e non dovranno più essere impiegate nelle attività quotidiane di codifica.

3 Respirazione artificiale, CPAP, ventilazione invasiva e non invasiva

Nell'ottica di un rimborso che tiene conto dell'onere di un caso di ventilazione nel reparto di cure intense, sono state introdotte nuove regole nel manuale di codifica 3.0. Siccome vi sono state difficoltà nell'applicare queste regole, intendiamo formulare qualche precisazione affinché la codifica venga eseguita in modo corretto e uniforme.

Se la respirazione artificiale corrisponde alla definizione a pagina 73 del manuale di codifica 3.0, dev'essere registrata nel modo seguente:

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.statistik.admin.ch

1. la durata della ventilazione invasiva e non invasiva (CPAP inclusa), espressa in ore, è registrata dalle cure intense o continue nei dati del « Minimal Dataset SGI-SSMI», nel campo apposito.
2. Quando il campo è compilato, a livello di codifica, la durata è trascritta da un codice CHOP della categoria 96.7- (CPAP inclusa).
3. La persona incaricata della codifica registra anche il o i codici per il tipo di ventilazione effettuata (96.04 / 93.90 / 31.1 / 31.29).

N.B.: nella classificazione CHOP, le esclusioni concernenti i codici 93.90 con 96.7- devono essere ignorati.

4 Scelta della diagnosi primaria in caso di trasferimenti e proseguimenti del trattamento

Se un paziente viene trasferito per proseguire un trattamento, ogni ospedale deve codificare il caso separatamente. L'ospedale che accoglie il paziente registra un caso indipendente e per la diagnosi principale, codifica la malattia primaria causa delle cure ospedaliere, conformemente a quanto indicato alle pagine 23/24 del manuale 3.0. Il fatto che il paziente è curato per un proseguimento del trattamento può essere indicato con Z48.- o Z51.- come diagnosi secondaria.

Per esempio:
- Proseguimento del trattamento in seguito ad assistenza primaria per una cardiopatia coronaria tramite AC-bypass: l'ospedale che accoglie il paziente codifica la cardiopatia coronaria quale diagnosi principale.

- Proseguimento del trattamento in seguito ad assistenza primaria per una coxartrosi tramite sostituzione dell'anca: l'ospedale che accoglie il paziente codifica la coxartrosi quale diagnosi principale.

- Proseguimento del trattamento in seguito ad assistenza primaria per una ferita (codici S o T):
l'ospedale che accoglie il paziente codifica la ferita quale diagnosi principale, senza cause esterne (ignorare l'avvertimento di MedPlaus). Motivazione: la ferita è stata curata, ma non è ancora guarita.

5 Diabete mellito come diagnosi secondaria

Precisazioni e adattamento S04.d.1B della pagina 57 del manuale 3.0:

Per un paziente diabetico che è stato ricoverato per un motivo diverso dal suo diabete, l'affezione sarà codificata se soddisfa la definizione della diagnosi secondaria (G04.4, pagina 25).
Se questa condizione viene soddisfatta è importante che, sul piano epidemiologico, si sappia se è un diabete con o senza complicanze. Queste saranno codificate senza tener conto della definizione della DS.

Correzione del capitolo del manuale:

S04.d.1B Diabete mellito come diagnosi secondaria

Se il ricovero è stato ordinato **per un motivo diverso dal diabete mellito**, per una codifica corretta è importante sapere:

- se il diabete mellito soddisfa la definizione di diagnosi secondaria,
- se esistono complicanze del diabete mellito

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.statistik.admin.ch

Se il diabete mellito soddisfa la definizione di diagnosi secondaria, tale malattia va codificata. Se sono presenti complicanze (manifestazioni), si deve indicare un codice E10-E14 con un quarto carattere che codifichi la/le complicanza(e).
Tuttavia, in deroga alle regole per la diagnosi principale di diabete mellito, qualora si possa scegliere un codice specifico per una singola complicanza, non si deve indicare ".6" come quarto carattere, e in caso di complicanze multiple va indicato sempre ".7".

Esempio 4: *Un paziente è ricoverato per una frattura chiusa della testa dell'omero senza lesioni dei tessuti molli. Oltre a ciò esiste un diabete mellito di tipo 2, che è trattato con dieta e medicamenti. Come unica complicanza è presente una nefropatia diabetica.*

DP	*S42.21 Frattura dell'estremità superiore dell'omero, epifisi prossimale*
CDP	*X59.9! Esposizione a fattore non specificato, luogo non specificato*
DS	*E11.20† Diabete mellito non insulino-dipendente [diabete di tipo 2] con complicanze renali, definito come non scompensato*
DS	*N08.3* Disturbi glomerulari in diabete mellito*

6 Sepsi e SIRS

In caso di setticemia vi è anche una SIRS e quindi i codici della setticemia devono essere sempre seguiti da un codice della categoria R65.-!
Purtroppo negli esempi alle pagine 45 e 46 del manuale di codifica 3.0 questa indicazione non è stata trascritta.

7 Operazioni complesse

Per rispondere a molte domande, vogliamo precisare quanto segue:

- è necessario assicurarsi che non esista già un codice CHOP specifico che includa tutta l'operazione;
- se tale codice non esistesse, occorre verificare (se necessario chiedendo l'assistenza di un medico operante) che non siano azioni di routine; se del caso, bisogna codificare le diverse tappe separatamente.

8 Foglio informativo

La statistica medica pubblica a cadenza regolare delle informazioni destinate alle istanze incaricate della rilevazione. Alcune di queste informazioni potrebbero esservi utili e perciò alleghiamo il link per consultarle:

Tedesco :
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/04/04_03.html

Francese:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/04/04_03.html

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.statistik.admin.ch