Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral del'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique BFS
Santé, éducation et sciences

14 Santé Nr. 9 febbraio 2011

Circolare per le codificatrici ed i codificatori

A) La ventilazione meccanica : regola valida dal 1.1.2011

In vista della regolamentazione della ventilazione meccanica per il 2012, abbiamo redatto una regola transitoria per il 2011. Questa nuova regola segue la logica di calcolo del futuro sistema 2012 e permetterà alle unità interessate (Unita di cura intensiva riconosciuta dalla SSMI e unità non riconosciuta) di adattarvisi, pur restando compatibile con il sistema APDRG.
Questa regola va seguita dal 1.1.2011, ma la regola precedente sarà accettata fino al 1.2.2011.

Definizione
La ventilazione meccanica (ventilazione o respirazione «artificiale») è un processo durante il quale dei gaz sono inviati ai polmoni grazie ad un dispositivo meccanico. Essa sostiene la respirazione del paziente rinforzando o sostituendosi alla sua capacità respiratoria. Nella ventilazione artificiale, il paziente è generalmente intubato o tracheotomizzato e ventilato in modo continuo. **Nei pazienti di cure intense**, la ventilazione meccanica può effetuarsi anche grazie ad un sistema con maschera utilizzato **al posto dell'intubazione o della tracheotomia abituali**.

La presa a carico in unità di cure intense deve essere chiaramente documentata (sorveglianza, protocollo di ventilazione, ecc) e richiede locali appositamente attrezzati e personale qualificato. Può trattarsi di **Unita di cura intensiva riconosciuta dalla SSMI o di unità non riconosciuta** (le sale di risveglio sono invece in ogni caso escluse). Non sono interessati dalla direttiva i pazienti che non hanno bisogno di cure intense (ad esempio quelli che già a domicilio hanno una ventilazione meccanica e vengono ricoverati per una terapia elettiva).

Calcolo della durata di ventilazione

In tutte le unità di cure intense la durata di ventilazione vine calcolata nel modo seguente :.

Il tempo di ventilazione corrisponde al numero di turni del personale (= al min. 2 ore di ventilazione per turno in caso di tre turni nelle 24 ore; al min. 3 ore di ventilazione per turno in caso di due turni nelle 24 ore) moltiplicati per il numero di ore per turno.

Il periodo durante il quale la ventilazione è assicurata dal personale delle cure intense (medici/infermieri) al di fuori dell'unità di cure intense, durante i trasporti e gli esami, è sommato al tempo totale in cure intense. Invece, la ventilazione meccanica iniziata per procedere ad un intervento o durante un intervento chirurgico non viene computata nel calcolo totale del tempo di ventilazione. In altre parole, la ventilazione meccanica

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

durante un'anestesia generale operatoria è considerata come parte integrante dell'intervento chirurgico e non della cura in unità di cure intense.

Inizio

Il conteggio del tempo di ventilazione inizia **con uno dei seguenti eventi** :

- **Intubazione endotracheale**

  Nei pazienti intubati per una ventilazione meccanica, la durata si conta a partire dal raccordo del tubo al ventilatore.

  A volte il tubo deve essere sostituito. In questo caso il tempo necessario al ritiro del tubo ed all'inserzione del nuovo tubo viene conteggiato come tempo di ventilazione meccanica, il cui conteggio continua senza interruzioni.

  Nei pazienti dapprima intubati poi tracheotomizzati la durata di ventilazione si calcola a partire dall'intubazione addizionando il tempo di ventilazione attraverso la tracheotomia.

  Ventilazione con maschera

  La durata della ventilazione artificiale si calcola dall'inizio di utilizzo della ventilazione meccanica.

- **Tracheotomia (cui fa seguito una ventilazione artificiale)**

  La durata della ventilazione artificiale si calcola dall'inizio di utilizzo della ventilazione meccanica.

  Il tempo di ventilazione durante l'intervento di tracheotomia è conteggiato nel tempo totale di ventilazione artificiale se la tracheotomia viene eseguita all'interno dell'unità di cure intense.

- **Ricovero di un paziente ventilato**

  Nei pazienti **sotto ventilazione meccanica all'ammissione**, la durata della ventilazione artificiale si calcola dall'ammissione.

  Ammissione postoperatoria di un paziente ventilato

  Fa stato l'orario di entrata in unità di cure intensive.

  N.B.La regola delle 24 ore postoperatorie non si applica più.

Fine

Il conteggio della durata di ventilazione termina **con uno dei seguenti eventi :**

- **Estubazione**
- **Arresto della ventilazione** dopo il periodo di sevraggio.

  Annotazione valida per i pazienti portatori di tracheotomia (dopo un periodo di sevraggio) :

  Nei pazienti ventilati, il tubo endotracheale è lasciato a dimora per qualche giorno (o più a lungo, per es. nei casi di malattie neuromuscolari) dopo l'arresto della ventilazione meccanica. In questo caso la durata di ventilazione si calcola fino all'arresto della ventilazione meccanica..

- **Dimissione, decesso o trasferimento** di un paziente sotto ventilazione artificiale.

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

Sevraggio

Il metodo di sevraggio (p. ex. CPAP, SIMV, PSV) della ventilazione artificiale **non dev'essere codificato.**

La durata di sevraggio è integralmente aggiunta (compresi gli intervalli senza ventilazione durante il sevraggio) al computo totale della ventilazione del paziente. Il sevraggio dalla ventilazione può effettuarsi in più tentativi.

La **fine del sevraggio** non può che determinarsi successivamente, al raggiungimento di uno stato respiratorio spontaneo stabile.

Lo stato respiratorio è considerato stabile se il paziente respira spontaneamente e completamente, senza aiuti meccanici, durante un periodo prolungato.

Questo periodo prolungato si definisce come segue:

- Pazienti ventilati **fino a 7 giorni** (sevraggio compreso): **24 ore**
- Pazienti ventilati **più di 7 giorni** (sevraggio compreso): **36 ore.**

In questo caso la durata di ventilazione è computata fino all'arresto definitivo della ventilazione meccanica, considerato come la fine del sevraggio.

Codifica

Quando una ventilazione meccanica risponde ai criteri di cui sopra :

1) verrà dapprima registrata **la durata in ore** della ventilazione artificiale. Disponiamo per questo della variabile 4.4.V01, un campo di dati per la statistica medica. **La durata della ventilazione meccanica deve venir calcolata dal personale dell'unità di cure intense**

E' poi tradotta dal codificatore con i codici CHOP *96.7- Altra ventilazione meccanica*

2) inoltre verranno indicati **in supplemento:**

Il codice seguente: *96.04 Intubazione endotracheale*

e/o

a seconda di ciò che conviene *31.1 Tracheotomia transitoria*

31.29 Tracheotomia permanente

nel caso in cui la **tracheotomia** sia stata realizzata per permettere la ventilazione artificiale

NB : **CPAP :**

- Una CPAP fatta per sevraggio da ventilazione meccanica **non si codifica** con il codice *93.90.1- Continuous Positive Airway Pressure CPAP*, ma viene unicamente integrata nel calcolo della durata di ventilazione meccanica.

- Qualsiasi altra CPAP si codifica con *93.90.1- Continuous Positive Airway Pressure CPAP*, senza alcuna menzione di durata

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

B) Codifica con l'ICD 10 GM 2010

A partire dal 01.01.2011, la codifica della statistica medica si effettua con la CIM-10-GM 2010. Benchè il manuale di codifica 3.0 resti in vigore, alcune regole, codici ed esempi devono essere riconsiderati con la nuova CIM-10-GM 2010.

S01.g.1 Novità

U69.-! comprende da ora codici a 4 e 5 posizioni.

S01.d.3 Setticemia

Lo shock settico è codificato con il nuovo codice *R57.2 shokc settico*.

S01.d.4 Malattie dovute al VIH

Nuovo codice O98.-:
O98.7 *Malattie dovute al VIH e complicanti la gravidanza, il parto e il puerperio,*
Stati sotto B20-B24

S01.d.6 Gastroenterite infettiva

Il codice A09 è stato suddiviso in A09.0 e A09.9

S02.d.8B Localizzazioni multiple

Il codice C97! «Tumori maligni di localizzazioni multiple indipendenti (primitivi)» contiene una nuova annotazione.
Nota : I tumori devono venir codificati separatamente. Il codice C97 ! può essere utilizzato anche quando differenti tumori primitivi sono definiti unicamente da un solo codice (p. ex. C43.5 Melanoma maligno del tronco).

S04 Codifica del Diabete Mellito con la CIM-10-GM 2010

Sotto E10-E14.7, c'è una nuova regola per la 5e posizione :
.*70* non è più valida
.*71* non è più valida

.*72* *Diabete mellito con complicazioni multiple, non descritto come scompensato*
.*73* *Diabete mellito con complicazioni multiple, descritto come scompensato*

La diagnosi „Piede diabetico" è codificato con:

E10-E14 con quali 4° e 5° posizione:
.74 *Diabete mellito con complicazioni multiple,con sindrome del piede diabetico, non descritto come scompensato*
.75 *Diabete mellito con complicazioni multiple,con sindrome del piede diabetico, descritto come scompensato*.

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

I codici per le manifestazioni presenti, per es.:
G63.2 Polineuropatia diabetica*
I79.2 Angiopatia periferica nel corso di malattie descritte altrove*
Sono da codificare in seguito

S15.d.5A Sindrome HELLP

Nuovo codice: *O14.2 Sindrome HELLP*

La lista delle messe a giorno della CIM-10-GM 2009, così come quella delle differenze con la CIM-10-GM 2010 si trovano sul sito della DIMDI agli indirizzi seguenti:

http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2010/aktualisierung/
http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2009/aktualisierung/

C) Codifica delle procedure CHOP

1) regola generale :

Tutte le **procedure significative** effettuate durante il ricovero sono da codificare. Questo comprende le misure **chirurgiche, diagnostiche, terapeutiche e curative**.

Una procedura significativa è definita da uno dei criteri seguenti:
- è di natura chirurgica
- rappresenta un intervento a rischio
- rappresenta un rischio per l'anestesia
- necessita dell' apparecchiatura speciale, di macchine o di formazione speciale

Solamente gli atti di routine (p.ex. RX, labo, ECG) non devono essere codificati.

Attentione : - le regole si applicano indipendentemente dalla necessità di codici a 4 o 6 cifre.
- tutti i capitoli sono considerati allo stesso modo (compreso il capitolo 16).

L'UFS è cosciente della zona grigia risultante dalla definizione di una procedura detta di routine. I nuovi codici della CHOP sono stati domandati dai medici delle specialità, per cui di principio devono essere codificati. L'UFS cercherà, in collaborazione con i partners del sistema, di trovare una soluzione a medio termine a questa problematica.

2) regole specifiche :

Informazione sulle plastiche di pelle, lo sbrigliamento o la distruzione di lesioni cutanee
Per parecchie procedure cutanee, la CHOP fa differenza tra plastica estesa o non estesa. Per questi interventi, la plastica sarà considerata come non estesa se la superficie trattata non supera i 4 cm

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

quadrati. Se più di un trattamento viene effettuato nella stessa regione (ad esempio la mano), bisogna sommare tutte le superfici. Questo non vale per interventi multipli su più regioni del corpo.

Codici specifici e codici SAP identici :

Molte categorie contengono codici che differiscono solo per il SAP. In questo caso, è preferibile codificare quello senza SAP. (31.5X.10 et 37.81.10 negli esempi qui sotto)

31.5X.00	T	Escissione o distruzione locale di lesione o di tessuto della trachea, SAP
31.5X.10	T	**Escissione o distruzione locale di lesione o di tessuto della trachea**
o		
37.81.00	T	Primo inserimento di Pace-Maker a camera unica, non specificato come sensibile alla frequenza, SAP
37.81.10	T	**Primo inserimento di Pace-Maker a camera unica, non specificato come sensibile alla frequenza**

Codici complessi senza criteri minimi :

Per il momento alcuni codici complessi non sono sottoposti a criteri minimi. Delle discussioni sono in corso con le società mediche. Nell'attesa di complementi d' informazione, tocca al medico specialista decidere se il codice deve essere utilizzato. In particolare :

93.59.5	T	Trattamento complesso di colonizzazione o di infezione da agenti infettivi multiresistenti
93.59.6	T	Trattamento complesso speciale della mano

Informazioni generali :

Molti codici complessi sono stati inseriti su domanda delle società mediche e specialistiche. Compete ai medici di informare i codificatori sulle differenti tecniche utilizzate durante gli interventi. La documentazione medica deve contenere le procedure complete e dettagliate per permettere una codifica, un raggruppamento ed una revisione corretta.
Alleghiamo la lista dei nuovi codici del capitolo 16, che permetterà ai codificatori di prendere nota più facilmente delle novità

Contatto e domande: Codeinfo@BFS.admin.ch

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