Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale di statistica UST
Salute, formazione e scienza

Circolare per codificatori: 2012 / N° 1

1 Nozioni generali

1.1

Dal 1° gennaio 2012 sono validi solo il Manuale di codifica versione 2012, le circolari n. 9 e 10 del 2011 e la presente circolare. A causa della revisione radicale del manuale di codifica, tutte le precedenti regole di codifica, direttive, circolari e informazioni di codifica perdono la loro validità.

Le regole pubblicate nel Manuale di codifica 2012 devono essere necessariamente applicate a tutti i dati codificati dagli stabilimenti ospedalieri prima della loro trasmissione all'Ufficio federale di statistica ai fini della statistica medica. Secondo l'ordinanza del 30 giugno 1993 sulle rilevazioni statistiche, l'UST è responsabile di elaborare ogni anno le direttive per tutti i partecipanti alla rilevazione. Ciò concerne in particolare il Manuale di codifica e le classificazioni valide che devono essere utilizzate per registrare le diagnosi e i trattamenti. Di conseguenza, i partecipanti alla rilevazione (gli stabilimenti ospedalieri) sono tenuti per legge a utilizzare le classificazioni valide indicate dalle direttive dell'UST e il Manuale di codifica. Se questa non è ancora la pratica seguita, cambiare immediatamente il modo di operare. È severamente vietato l'uso di altri manuali di codifica (p. es. il manuale italiano o altri manuali interni dell'ospedale).

1.2

Le classificazioni valide dal 1° gennaio 2012 sono l'ICD-10-GM 2010 e la CHOP 2012. È responsabilità del codificatore conoscerne il contenuto delle classificazioni e tenere conto delle modifiche e delle novità apportate alle varie versioni (p. es. i codici «U» per scopi particolari, che non esistono nella versione dell'OMS).

1.3

In caso di discrepanze relative alle classificazioni e al Manuale di codifica fanno fede le versioni originali (in lingua tedesca).

1.4

Nel corso dell'anno saranno pubblicate informazioni e precisazioni mediante circolari e FAQ. Tali documenti sono strumenti di codifica ufficiali dell'UST e vanno considerati per ulteriore codifiche. Per uniformare la codifica in Svizzera, le risposte date dall'UST alle domande generali (non nuove regole) saranno pubblicate alla fine del mese nelle FAQ e applicate in maniera vincolante il primo giorno del mese successivo.

1.5

Tutte le domande concernenti la codifica destinate all'hotline devono essere inviate a Codeinfo@bfs.admin.ch e non a indirizzi elettronici personali.

Da gennaio 2012 sono disponibili altri indirizzi specifici per:

- casi controversi: kodierungsexpertise@bfs.admin.ch
- domande concernenti le revisioni: kodierungsrevision@bfs.admin.ch.

1.6

Ora in SwissDRG non esistono più forzature, il caso va codificato completamente e non è più consentito omettere di diagnosi e procedure per influire sull'attribuzione a un gruppo DRG. Vedi «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG», punto 1.4.

2 Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2012

2.1 Pagina 43: P00a Registrazione della procedura nel record medico

Lateralità
Nella CHOP versione 2012 i codici che richiedono la precisazione della lateralità sono contrassegnati dalla lettera (L). Tale informazione va considerata un aiuto alla codifica, perché la caratterizzazione non è completa. La lateralità va registrata per tutti gli interventi su organi o parti del corpo pari, anche se i codici corrispondenti non possiedono questa designazione (p. es. in 38.35.13 manca l'indicazione L). Inoltre, alcune procedure sono contrassegnate con una L, anche se non è richiesta la specificazione del lato. In questi casi lasciare vuota la variabile V4.3.V011. Questo è dovuto al fatto che alcuni codici comprendono procedure di localizzazioni con o senza l'obbligo di indicare la lateralità.

2.2 Pagina 44: P02a Procedure che non vanno codificate

Singole componenti di una procedura: preparazione, posizionamento, anestesia (**inclusa intubazione**) o analgesia e chiusura di ferita sono in genere comprese in un codice operatorio.

2.3 Pagina 51: P09a Prelievo e trapianto d'organo

3. Donazione post mortem dopo morte cerebrale in ospedale
Con la variabile 1.5.V01 della statistica medica si documenta la chiusura del caso indicando la data e l'ora del decesso. Di conseguenza, i prelievi d'organo post mortem non vanno codificati.

Lo stesso vale per le autopsie.

2.4 Pagina 54: S0102a Sepsi

In questo caso si tratta di precisazioni concernenti solo la versione francese della circolare (errore di traduzione nella versione francese della ICD-10-GM), per cui si rinuncia ad elencarle in questo documento.

2.5 Pagina 109: S1603a Neonati

In caso di trasferimento della madre con un neonato sano, per il neonato viene aperto un caso amministrativo. Come diagnosi principale si adotta il codice *Z76.8 Persone che ricorrono ai servizi sanitari in altre circostanze specificate.* Il caso non viene fatturato tramite DRG (si vedano le informazioni riportate nell'MS:
tedesco: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/04/01.html
francese: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/04/01.html)

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

2.6 Pagina 130: Allegato

Novità nell'allegato: la definizione di insufficienza renale acuta, che va assolutamente rispettata nella codifica.

Insufficienza renale acuta

L'insufficienza renale acuta è un peggioramento improvviso (di regola entro 48 ore) della funzionalità renale. Si distingue dall'insufficienza renale cronica per il fatto che un'insufficienza acuta in linea di principio è reversibile.

La suddivisione in stadi del danno renale acuto si basa sui criteri:
RIFLE: **R**isk – **I**njury – **F**ailure – **L**oss – **E**SRD (End Stage Renal Disease) o
AKIN: **A**cute – **K**idney – **I**njury – **N**etwork

Stadi del danno renale acuto			
RIFLE	**AKIN**	**Creatinina sierica**	**Escrezione di urina**
Risk	**1**	Aumento da 1,5 a 2 volte della creatinina (RIFLE/AKIN) o aumento della creatinina ≥ 0,3 mg/dl (≥26,4 µmol/l) (AKIN)	<0,5 ml/kg/h per 6 h
Injury	**2**	Aumento da 2 a 3 volte della creatinina	<0,5 ml/kg/h per 12 h
Failure	**3**	**Aumento > 3 volte della creatinina o creatinina sierica > 4 mg/dl (>352 µmol/l) con aumento acuto ≥ 0,5 mg/dl (44 µmol/l) o diminuzione del GFR>75% (velocità di filtrazione glomerulare)**	**<0,3 ml/kg/h per 24 h o assenza di urine (anuria) per 12 h**
Loss		Insufficienza renale persistente per > 4 settimane	
ESRD		Insufficienza renale persistente per > 3 mesi	

Per la codifica di un'insufficienza renale si applicano le seguenti regole:

- **una «insufficienza renale acuta»** è presente se sono soddisfatti i criteri di «Failure» (RIFLE) o dello stadio 3 (AKIN), indipendentemente dalla causa del disturbo (renale o extrarenale);
- un paziente può essere affetto contemporaneamente da **insufficienza renale acuta e insufficienza renale cronica**, se il peggioramento acuto dell'insufficienza cronica insorge in breve tempo e soddisfa i criteri dello stadio 3 AKIN. Ciò implica che un'insufficienza renale «acute on chronic», che non soddisfa i criteri dello stadio 3 AKIN, va considerata un'insufficienza cronica (con peggioramento acuto).

Approvato come allegato supplementare al Manuale di codifica 2012 dalla Società svizzera di nefrologia.

2.7 Pazienti in attesa

Se una degenza è prolungata perché un paziente è in attesa di un posto in un istituto di cura, viene aperto un nuovo caso amministrativo. Come diagnosi principale si indica il codice *Z75.8 Altri problemi connessi a servizi sanitari e altre forme di assistenza sanitaria.* Il caso non viene fatturato tramite DRG (si vedano le informazioni riportate nell'MS:
Tedesco: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/04/01.html
Francese:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/04/01.html)

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

2.8 Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali siano obbligati a effettuare le prestazioni

Indipendentemente dall'obbligo di effettuare le prestazioni degli assicuratori, secondo le direttive questi ricoveri vanno codificati come un caso unico, conformemente alla definizione dei casi.
Per la fatturazione vanno osservate le «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG».
http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_4_2011_i.pdf

2.9 Raggruppamento di casi

Nei raggruppamenti di casi contemplati dalle «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG» va trasmesso solo il caso raggruppato (una codifica); le riammissioni vanno caratterizzate con le variabili 4.7.V01 - 4.7.V41.

3 Informazioni supplementari sulla CHOP

3.1 Informazioni sui codici per la dialisi

S1401a Dialisi
Grazie al codice *39.95.-- Emodialisi* è possibile distinguere l'emodialisi intermittente e continua. L'emodialisi continua va codificata con la durata precisa. Questa durata va registrata dall'inizio alla fine del trattamento. In caso di interruzione superiore alle quattro ore, l'interruzione non va conteggiata nella durata totale del trattamento.

Se, nel corso di una degenza ospedaliera, si applicano diversi metodi durante una procedura **continua**, ogni metodo va indicato con un codice (senza aggiungere i tempi di trattamento). Tuttavia, un'interruzione fino a 24 ore di una procedura continua non giustifica una nuova codifica.

Definizioni:

Prolungata intermittente
Una procedura di sostituzione renale prolungata intermittente dura più di 6 ore.

Continua, fino a 24 ore
Una procedura di sostituzione renale continua, pianificata per durare più di 24 ore ma interrotta prima, va caratterizzata con il codice «fino a 24 ore».

Procedura di sostituzione renale per la terapia dell'insufficienza del trapianto (39.95.F-, 39.95.G-)
Questi codici sono impiegati come codici aggiuntivi per le possibili procedure di dialisi. Vanno utilizzati solo quando viene eseguita una procedura di dialisi a causa di una mancata ripresa della funzione o di un'insufficienza del trapianto, nella stessa degenza ospedaliera in cui è stato effettuato il trapianto di rene.

Dialisi peritoneale (54.98.--)
Va codificata ogni dialisi peritoneale eseguita. Nella dialisi peritoneale continua, un ciclo di trattamento inizia con l'ammissione del paziente e finisce con la sua uscita o con l'interruzione della procedura per più di 24 ore. Per la sostituzione di filtro, sacca, sistema o al cambio di data non è necessaria una nuova codifica della procedura.

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

3.2 CHOP 2012

Nella versione francese sono presenti alcuni errori.
Tre codici sono senza testo:

86.67.31 Remplacement permanent de la peau par matériel de remplacement dermique

88.76.12 Ultrasonographie d'artères viscérales

89.08.19 Surveillance épidémiologique, autre

4 Statistica medica

4.1 NEMS, PIM II, SAPS 2, CRIB II

Se il paziente nel corso di un'ospedalizzazione è costretto a multipli soggiorni nelle cure intensive, i punteggi di gravità sono sommati.
Tedesco:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/04/01.Document.119321.pdf

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/04/01.Document.121779.pdf

Francese:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/04/01.Document.119322.pdf

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/04/01.Document.121781.pdf

5 Diversi

ICD-10-GM 2012 versione tedesca:
Invitiamo a tener presente che nel 2013 sarà in vigore la classificazione diagnostica ICD-10-GM 2012. Raccomandiamo di prenotare già ora la versione tedesca nelle librerie.

La versione francese e quella italiana saranno rese disponibili dall'UST nel corso del 2012.

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