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 2024 n. 1

## 14 dicembre 2023

Correzione del 16 gennaio 2024 alla Circolare per le codificatrici e i codificatori 2024 n. 1

Tale correzione ha riguardato il punteggio SOFA al punto 2.2. SD0102m Sepsi, dove il numero di punti relativo al sistema nervoso centrale è stato modificato da 2 a 0.

Correzione del 1° febbraio 2024 alla Circolare per le codificatrici e i codificatori 2024 n. 1

La correzione ha riguardato in primo luogo il punteggio SOFA al punto 2.2. SD0102m Sepsi, dove il numero di punti relativo alla colonna «Renale» è stato modificato da 0 a 1, e in secondo luogo l'adeguamento dei valori di laboratorio (creatinina, GFR e creatinina basale).

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° gennaio 2024 vanno utilizzati i seguenti strumenti di codifica:

- Manuale di codifica medica: Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2024
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2024 n. 1 con allegato
- Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP): Indice sistematico - Versione 2024
- 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 → Trovare statistiche → 14 - Salute → Basi statistiche e rilevazioni: Nomenclature → Classificazioni e codifica mediche → Strumenti di codifica medica → Strumenti in vigore per la codifica medica, per anno.

I file dell'ICD-10-GM in lingua tedesca sono generati dal Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) e sono disponibili sul sito che li mette a disposizione sul proprio sito Internet www.bfarm.de:
Kodiersysteme → Services → Downloads → ICD-10-GM

La statistica medica degli ospedali è una rilevazione totale obbligatoria a periodicità annuale.
A partire dal 2025 i dati saranno rilevati in modo uniforme insieme a quelli della statistica dei costi per caso (FKS) e a parte di quelli della statistica degli stabilimenti ospedalieri (KS), permettendo così un ulteriore sviluppo della rilevazione. Quale base per le successive elaborazioni e per la definizione delle esigenze qualitative minime per un utilizzo multiplo dei dati rilevati («Once-Only») sarà utilizzato un set di dati standard uniforme. La connessa rilevazione dei dati prende il via il 1° gennaio 2024 (v. progetto SpiGes (Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria)).
Gli strumenti sopra menzionati servono per la codifica delle degenze stazionarie in ospedali e cliniche in Svizzera incluse cliniche di riabilitazione, cliniche psichiatriche e altre cliniche specializzate nonché le case per partorienti.

Basi legali:
- legge del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale (LStat) e
- legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal)

### 1.1.1. Versioni di riferimento

Per quanto riguarda le classificazioni e il Manuale di codifica, in caso di discordanza tra versioni linguistiche fanno fede le versioni originali in lingua tedesca.

### 1.1.2. Circolare e allegato

La circolare contiene basi e informazioni supplementari (incluse eventuali correzioni) inerenti al Manuale di codifica e alle classificazioni. L'allegato riporta ulteriori indicazioni e precisazioni. Questi documenti sono fonti d'informazione ufficiali dell'UST e devono essere presi in considerazione per le successive codifiche. Le circolari e i relativi allegati sono pubblicati come di seguito indicato:

- Circolare per le codificatrici e i codificatori, 2024 n. 1 (pubblicazione fine dicembre 2023): da utilizzare per i casi con data di dimissione dal 1° gennaio 2024.
- Circolare per le codificatrici e i codificatori, 2024 n. 2 (pubblicazione fine giugno 2024): da utilizzare per i casi con data di dimissione dal 1° luglio 2024

### 1.1.3. Codifiche per analogia e note di SwissDRG SA inerenti al rilevamento delle prestazioni e alla fatturazione

Vanno inoltre osservate le indicazioni di SwissDRG SA in materia di rilevazione delle prestazioni e fatturazione.
Percorso: www.swissdrg.org → Somatica acuta/Psichiatria/Riabilitazione → Sezione SwissDRG → Note per il rilevamento delle prestazioni e la fatturazione
https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/swissdrg/nota-il-rilevamento-dei-prestazioni

Vanno inoltre osservate le indicazioni di SwissDRG SA in materia di codifiche per analogia.
Percorso: www.swissdrg.org → Somatica acuta → Sezione Sistema SwissDRG 13.0/2024 → Codifica per analogia
https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/sistema-swissdrg-1302024/codifica-analogia

Eventuali ulteriori pubblicazioni di SwissDRG SA vanno prese in considerazione in corso d'anno.

## 1.2. Domande sulla codifica

L'UST fornisce precisazioni e chiarimenti in caso di richieste inerenti a regole di codifica e classificazioni.

## 1.3. Richieste di valutazione di singoli casi

### 1.3.1. Procedura

L'UST formula raccomandazioni su singoli casi specifici, senza che queste costituiscano pregiudizio per altri casi analoghi.
Le raccomandazioni fornite non sono giuridicamente vincolanti ed è pertanto esclusa qualsiasi responsabilità dell'UST in merito.

Sono trattate unicamente le richieste di codifica a cui è allegata **tutta la documentazione clinica anonimizzata necessaria per la valutazione del caso** (rapporto di dimissione, protocollo operatorio, codifica ecc.), fatte pervenire all'indirizzo codeInfo@bfs.admin.ch.

Per tutte le domande senza documentazione o con documentazione insufficiente non faremo nessuna raccomandazione.

### 1.3.2. 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 di casa
- 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:

https://creativecloud.adobe.com/it-CH/learn/acrobat/web/redact-pdf
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 2024

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

## 2.1. P00m Registrazione della procedura nel record medico

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Per ogni procedura registrata si devono indicare:
• Trattamento: la data del trattamento e l'ora di inizio del trattamento
Non deve essere indicata l'ora precisa di ogni singola procedura~~.~~
Per tutti i codici relativi ad un intervento (incluso il materiale impiegato e i codici supplementari per le caratteristiche del materiale) deve essere registrata la stessa ora.
L'ora va indicata solo per i codici connessi all'utilizzo di una sala operatoria, sala parto o di un laboratorio per il cateterismo cardiaco. Per le altre procedure basta l'indicazione della data senza l'ora (variabile «behandlung_beginn», (Inizio del trattamento)).

## 2.2. SD0102m Sepsi

Riguarda tutte le versioni linguistiche

**Esempio 2**
Paziente di 72 anni, urosepsi da E. coli in presenza di pielonefrite a destra.
Decorso: aggravamento di un'insufficienza renale cronica (ulteriore riduzione acuta della funzione renale provocata da sepsi - «acute on chronic», peggioramento in 48 ore (Aumento del valore della creatinina di 0,79 mg/dl)) con valore di creatinina di ~~140~~ 220 µmol/l e riduzione della GFR a ~~25~~ 21 ml/min (creatinina basale ~~100~~ 150 µmol/l ~~(0.455 mg/dl)~~; GFR ~~40~~ 33 ml/min). Il secondo giorno di degenza sono stati riscontrati negli esami chimici di laboratorio un aumento della bilirubina a 1,5 mg/ dl (senza ittero) e una trombocitopenia di 90 G/l. È stato istituito il trattamento antibiotico endovenoso ~~e la reidratazione~~. In seguito, normalizzazione dei valori epatici e della trombocitopenia nell'unico controllo di decorso. Nell'ulteriore decorso miglioramento della riduzione della funzione renale a livello della GFR basale. Dimissione a domicilio in buone condizioni generali.

| Punteggio SOFA | Respirazione | Coagulazione | Fegato | Cardiovasco-lare, MAP | Sist. nervoso centrale | Renale |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ~~3~~ 4 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | ~~0~~ 1 |

DP A41.51 Sepsi da Escherichia coli
DS N10 Nefrite tubulo-interstiziale acuta
DS B96.2! Escherichia coli [E. coli] e altri enterobatteri come causa di malattie classificate altrove
DS N17.91 Insufficienza renale acuta non specificata, stadio 1
DS N18.3 Malattia renale cronica, stadio 3
DS D69.58 Altra trombocitopenia secondaria, non specificata come refrattaria alla trasfusione
DS R17.9 Iperbilirubinemia senza menzione di ittero, non classificata altrove

## 2.3. SD0407e Malnutrizione negli adulti

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Codifica:
• La diagnosi deve essere posta dal medico curante.
• Può essere codificata una malnutrizione ICD-10-GM E43 Grave malnutrizione proteico-energetica non specificata, se è stata effettuata una delle seguenti procedure:
• 89.0A.4- Consulenza/terapia dietetica multimodale, secondo il numero di giorni di trattamento
oppure
• 89.0A.32 Consulenza/terapia dietetica

• Può essere codificata una malnutrizione ICD-10-GM E44.- Malnutrizione proteico-energetica di grado moderato e lieve, se è stata effettuata almeno una delle seguenti procedure:

• 89.0A.32 Consulenza/terapia dietetica
• 89.0A.4- Consulenza/terapia dietetica multimodale, secondo il numero di giorni di trattamento
• 96.6 Infusione enterale di sostanze nutrizionali concentrate
• 99.15 Infusione parenterale di sostanze nutrizionali concentrate

Osservazione: I codici E43 e E44.- possono essere utilizzati solo se sono soddisfatti i rispettivi criteri descritti nell'allegato. Se i criteri non sono soddisfatti (definizione di malnutrizione e/o procedura) va utilizzata la codifica E46 Malnutrizione proteico-energetica non specificata.
Nei casi in cui sono documentate sia una malnutrizione proteico-energetica (E43, E44.0, E44.1, E46) sia una cachessia (R64), va indicato
solamente il codice della malnutrizione E4- (evitare doppia codifica).

Eccezione:
Se in un codice relativo a un trattamento complesso è già inclusa una forma di terapia, questa non va codificata separatamente (in aggiunta). Tuttavia, a fini di precisazione, può essere indicato il codice ICD-10-GM corrispondente.
Esempio:
Se la consulenza dietetica figura già nei requisiti minimi dei codici riguardanti il trattamento complesso, il codice 89.0A.32 Consulenza/terapia dietetica non va registrato in aggiunta, a meno che non lo indichi uno specifico «Codificare anche».

## 2.4. SD1501b Durata della gestazione Precisazione dell'età gestazionale

Riguarda tutte le versioni linguistiche

SD1501b Definizioni
Durata della gestazione
Durata della gestazione La durata della gestazione viene sempre documentata con il codice O09.- ! Durata della gestazione; la durata della gestazione va registrata al momento del ricovero in ospedale della paziente.

Se sono documentate sia l'età gestazionale 1 (età gestazionale in settimane e giorni calcolata dall'inizio dell'ultima mestruazione (settimane e giorni compiuti; il giorno 1 dell'ultima mestruazione corrisponde al giorno 1 dell'età gestazionale)) sia l'età gestazionale 2 (età gestazionale (in settimane e giorni compiuti) determinata con esame ecografico nella prima metà della gravidanza), la codifica deve essere effettuata in base all'età gestazionale 2.
Se il medico curante documenta un'età gestazionale corretta, questa va registrata come età gestazionale 2, anche se non si tratta di un'età gestazionale determinata con esame ecografico.
In caso di divergenza tra l'età gestazionale calcolata quella determinata su base ecografica, compete al medico curante determinare e documentare l'età gestazionale corretta.

## 2.5. SP0401m Riassegnazione ~~del sesso~~ sessuale

Riguarda solo la versione linguistica italiana e francese

I «codificare anche» di cui alla categoria a 3 cifre 64.5- Interventi per riassegnazione ~~del sesso~~ sessuale non sono esaustivi ~~non sono esaustivi~~. Per ogni intervento connesso ad una riassegnazione ~~del sesso~~ sessuale, anche se riguarda caratteristiche sessuali secondarie (p. es. mastectomia sottocutanea), vanno utilizzati i codici della categoria 64.5- (CHOP capitolo 11 «Interventi sugli organi genitali maschili»).

## 2.6. Direttive di codifica per la riabilitazione

Riguarda solo la versione francese

## 2.7. Direttive di codifica per la riabilitazione - BB.4.-: Monitoraggio durante la riabilitazione

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Esempi di Monitoraggio nella riabilitazione BB.4-

Esempio 1
Un paziente viene trasferito in un reparto di riabilitazione per la riabilitazione muscoloscheletrica dopo essere stato curato per due settimane in somatica acuta a seguito di frattura del collo del femore destro con lesione dell'arteria femorale. Il paziente presenta ancora scompensi dei parametri vitali (frequenza respiratoria, pressione arteriosa) ed alterazioni dello stato di coscienza. In questo caso sono presenti tutti e tre i possibili disturbi funzionali. Dagli accertamenti all'ammissione è emerso un indice di Barthel di 50 punti. ~~All'inizio della riabilitazione con monitoraggio viene rilevato un indice di Barthel per la riabilitazione precoce (FRB) secondo Schönle di -25 punti.~~ L'indice di Barthel ampliato (eBI) risulta essere di 30 punti. Durante la degenza per la riabilitazione muscoloscheletrica il paziente necessita di monitoraggio la prima settimana (7 giorni) con visite mediche in 5 giorni. Tutti i criteri della riabilitazione muscoloscheletrica sono soddisfatti per quanto riguarda l'intero caso. La media settimanale dei minuti di terapia somministrati è pari a 560 e corrisponde quindi al codice BA.52. Inoltre, in relazione ad un calo di umore provocato dalle limitazioni funzionali, il paziente ha beneficiato in un'occasione di un'assistenza 1:1 della durata di due ore.

Codifica

DP S72.00 Frattura del femore, parte non specificata
L 1
DS U50.30 Medio-grave limitazione funzionale motoria, indice di Barthel: 40-55 punti
DS U51.10 Moderata limitazione funzionale cognitiva, indice di Barthel ampliato: 20-65 punti
~~DS U52.1 Indice di Barthel per la riabilitazione precoce: da -75 a 30 punti~~

T BA.52 Riabilitazione muscoloscheletrica, per in media da 450 fino a meno di 565 minuti di terapia alla settimana
T BB.41.12 Riabilitazione con monitoraggio, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento
T BB.31.11 Assistenza 1:1 nella riabilitazione, almeno 2 ore a 8 ore al giorno

# 3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2024

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

## 3.1. Correzioni nell'introduzione

Riguarda solo le versioni linguistiche tedesca e italiana

Nell'introduzione a pagina XI vanno apportate le seguenti correzioni

Vaso-vasostomia
Nel codice 63.6 «Vaso~~s~~tomia» è stata soppressa la descrizione complementare «Vasostomia». Nel codice 63.82 «Ricostruzione di deferenti chirurgicamente sezionati» la descrizione complementare «Vaso-vasostomia» è ~~stata inserita~~ già disponibile nella versione italiana ~~la descrizione complementare «Vaso-vasostomia»~~.

## 3.2. 30.3- Laringectomia completa

Riguarda tutte le versioni linguistiche

La descrizione complementare «laringofaringectomia» nella categoria a 3 caratteri 30.3- deve essere soppressa e «laringectomia totale» deve essere aggiunta. L'esclusione alla sottocategoria 29.33.- deve essere adattata. Altre correzioni devono essere apportate all'esclusione sotto la categoria 30.3- e alle descrizioni aggiuntive sotto la categoria 30.4-.

29.33.- Faringectomia (parziale)
ESCL.:. Laringofaringectomia ~~(30.3)~~ - Laringectomia radicale (30.4-)
[…]
30.3- Laringectomia completa
Dissezione in blocco di laringe (con tiroidectomia) (con sincrona tracheostomia)
~~Laringofaringectomia~~
Laringectomia totale
ESCL.:. ~~Laringofaringectomia~~ Laringectomia totale con dissezione radicale del collo - Laringectomia radicale - (30.4-)
[…]
30.4- Laringectomia radicale
Laringofaringectomia con ~~asportazione radicale dei linfonodi cervicali~~ dissezione del collo
Laringectomia totale con ~~asportazione radicale dei linfonodi cervicali~~ dissezione radicale del collo (con tiroidectomia) (con tracheostomia simultanea)

## 3.3. 38.32.20 Resezione di vene extracraniche della testa e del collo - Correzione del titolo

Riguarda solo la versione italiana

Il titolo del codice 38.32.20 deve essere corretto come segue.

38.32.20 Resezione di ~~arterie~~ vene extracraniche della testa e del collo con anastomosi, NAS

## 3.4. 39.72.2A Embolizzazione selettiva di vasi extracranici della testa e del collo con palloncini embolizzanti (staccabili)

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Sotto il codice 39.72.2A va inserita la nota di seguito riportata.

39.72.2A Embolizzazione selettiva di vasi extracranici della testa e del collo con palloncini embolizzanti (staccabili)
Nota: Questo codice va utilizzato anche nelle occlusioni (intraoperatorie) temporanee con catetere a palloncino.

## 3.5. 39.73.- Aorta ascendente e arco aortico

Riguarda tutte le versioni linguistiche

La nota di cui al gruppo di elementi 39.73.5- «Impianto endovascolare di stent grafts [protesi stent] nell'aorta ascendente e nell'arco aortico» va modificata come indicato qui di seguito.

39.73.5- Impianto endovascolare di stent grafts [protesi stent] nell'aorta ascendente e nell'arco aortico
Nota: Il gruppo di elementi 39.73.5- rappresenta gli stent grafts nell'aorta ascendente e nell'arco aortico~~. Se la parte distale degli stent grafts supera l'istmo aortico, va indicato in aggiunta il codice pertinente della sottocategoria 39.73.- «Impianto endovascolare di stent graft [protesi stent] nell'aorta toracica e toracoaddominale~~ Se viene impiantato/vengono impiantati un ulteriore stent graft/ulteriori stent grafts la cui parte distale supera l'istmo aortico, va indicato il codice pertinente/vanno indicati i codici pertinenti del gruppo di elementi 39.73.3- «Impianto endovascolare di stent grafts [protesi stent] nell'aorta toracica» o 39.73.4- «Impianto endovascolare di stent grafts [protesi stent] nell'aorta toracoaddominale».

## 3.6. 68.19 Procedure diagnostiche sull'utero e strutture di sostegno, altro

Riguarda solo la versione linguistica tedesca

## 3.7. 70.A- «Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione]»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nella categoria a 3 caratteri 70.A- «Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione]]» vanno apportate le seguenti correzioni.

70.A- Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione]
~~Cod. a.: Eventuale isterectomia sincrona (68.3 , 68.4 , 68.6 )~~
[…]
70.A1.1- Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], un comparto, chirurgica a cielo aperto
Cod. a.: Isterectomia subtotale, chirurgica a cielo aperto (68.32)
Isterectomia totale, chirurgica a cielo aperto (68.42)
70.A1.11 Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], un comparto, chirurgica a cielo aperto, senza rete
INCL. Colposospensione (sospensione e fissazione della vagina), riparazione di enterocele, riparazione del Douglas, sospensione legamentosa (uterosacrale), isteropessi (p. es. culdoplastica secondo McCall)
70.A1.12 Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], un comparto, chirurgica a cielo aperto, con rete
INCL. Sacrocolpopessi con fissazione apicale isolata, sospensione e fissazione della vagina, pectopessi (fissazione della cervice), ~~riparazione di enterocele, sospensione legamentosa (uterosacrale)~~, isteropessi, con trapianto, impianto o protesi
[…]

70.A1.2- Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], un comparto, per via laparoscopica
Cod. a.: Isterectomia subtotale, per via laparoscopica (68.31)
Isterectomia totale, per via laparoscopica (68.41)
Isterectomia totale, per via vaginale con assistenza laparoscopica [LAVH] (68.44)
70.A1.21 Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], un comparto, per via laparoscopica, senza rete
INCL. Colposospensione (sospensione e fissazione della vagina), riparazione di enterocele, riparazione del Douglas, sospensione legamentosa (uterosacrale), isteropessi (p. es. culdoplastica secondo McCall)
70.A1.22 Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], un comparto, per via laparoscopica, con rete
INCL. Sacrocolpopessi con fissazione apicale isolata, sospensione e fissazione della vagina, pectopessi (fissazione della cervice)~~, riparazione di enterocele, sospensione legamentosa (uterosacrale)~~, isteropessi, con trapianto, impianto o protesi
[…]

70.A1.3- Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], un comparto, per via vaginale
Cod. a.: Isterectomia totale, per via vaginale (68.43)
70.A1.31 Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], un comparto, per via vaginale, senza rete

INCL. Colporrafia anteriore [riparazione di cistocele] [plastica del trigono] [Colporrafia anteriore], riparazione di rettocele [colporrafia posteriore] [Colporrafia anteriore], fissazione sacrospinale della vagina, sospensione legamentosa sacrouterina, riparazione di enterocele, isteropessi

70.A1.32 Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], un comparto, per via vaginale, con rete

INCL. ~~Colporrafia anteriore [riparazione di cistocele]~~ correzione di cistocele con rete [plastica del trigono], ~~colporrafia posteriore [riparazione di rettocele]~~ correzione di rettocele con rete, fissazione sacrospinale della vagina con rete~~, riparazione di enterocele, con trapianto, impianto o protesi~~

[…]

[…]

70.A2.1 Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], due o tre comparti, chirurgica a cielo aperto

Cod. a.: Isterectomia subtotale, chirurgica a cielo aperto (68.32)

Isterectomia totale, chirurgica a cielo aperto (68.42)

70.A2.11 Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], due o tre comparti, chirurgica a cielo aperto, senza rete

INCL. […]

Riparazione chirurgica a cielo aperto paravaginale secondo Richardson

70.A2.12 Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], due o tre comparti, chirurgica a cielo aperto, con rete

INCL. Riparazione laterale secondo Dubuisson chirurgica a cielo aperto

[…]

[…]

70.A2.2- Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], due o tre comparti, per via laparoscopica

Cod. a.: Isterectomia subtotale, per via laparoscopica (68.31)

Isterectomia totale, per via laparoscopica (68.41)

Isterectomia totale, per via vaginale con assistenza laparoscopica [LAVH] (68.44)

70.A2.21 Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], due o tre comparti, per via laparoscopica, senza rete

INCL. […]

~~Paravaginaler Repair~~ Riparazione paravaginale laparoscopica secondo Richardson

70.A2.22 Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], due o tre comparti, chirurgica a cielo aperto, con rete

INCL. Riparazione laterale chirurgica a cielo aperto secondo Dubuisson

[…]

[…]

70.A2.3- Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], due o tre comparti, per via vaginale

Cod. a.: Isterectomia totale, per via vaginale (68.43)

70.A2.31 Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], due o tre comparti, per via vaginale, senza rete

INCL. Colpoperineoplastica, colporrafia anteriore e posteriore [riparazione di cistocele e di rettocele] [plastica del trigono urogenitale], fissazione sacrospinale con riparazione anteriore e posteriore, isteropessi con riparazione anteriore e posteriore, sospensione legamentosa uterosacrale con riparazione anteriore e posteriore

70.A2.32 Chirurgia del prolasso [intervento di sospensione], due o tre comparti, per via vaginale, con rete

INCL. Colpoperineoplastica, ~~colporrafia anteriore e posteriore [riparazione di cistocele e di rettocele]~~ correzione di cistocele e rettocele con rete [plastica del trigono urogenitale], ~~fissazione sacrospinale con riparazione anteriore e posteriore, con trapianto, impianto o protesi,~~ fissazione a punti multipli della vagina con innesto

[…]

## 3.8. 7A.7- Stabilizzazione della colonna vertebrale e correzione della postura

Riguarda tutte le versioni linguistiche

L'esclusione di tipo «Omettere il codice» di cui alla categoria a 3 caratteri 7A.6- deve essere soppressa e nella categoria 7A.7- va inserito un ulteriore «Codificare anche». Contrariamente alla logica originaria, in aggiunta alla stabilizzazione della colonna vertebrale e correzione della postura, ora deve essere codificato l'intervento «Impianto, rimozione e revisione senza sostituzione di protesi e dispositivi nella colonna vertebrale». Il materiale utilizzato va ancora registrato con i codici della categoria 7A.A- «Informazioni supplementari sugli interventi a ossa e articolazioni della colonna vertebrale, materiale».

7A.6- Impianto, rimozione e revisione senza sostituzione di protesi e dispositivi nella colonna vertebrale

[…]

~~ESCL. Omettere il codice - Stabilizzazione della colonna vertebrale e correzione della postura (7A.7-)~~

[…]
7A.7- Stabilizzazione della colonna vertebrale e correzione della postura
[…]
Cod. a.: […]
Impianto, rimozione e revisione senza sostituzione di protesi e dispositivi nella colonna vertebrale (7A.6-)
Informazioni supplementari sugli interventi a ossa e articolazioni della colonna vertebrale, materiale (7A.A-)
[…]

## 3.9. Protesi modulare 81.54.22, 81.54.32, 81.54.45, 81.80.13 et 81.80.23

Riguarda solo la versione francese

## 3.10. 81.82.43 Capsuloplastica anteriore e posteriore – Correzione del titolo

Riguarda solo la versione francese

## 3.11. 93.8B.2- Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie, secondo il numero di giorni di trattamento

Riguarda solo la versione francese

## 3.12. 94.3A.1- Trattamento psicoterapeutico e psicosomatico complesso, secondo il numero di giorni di trattamento e 94.3A.2- Trattamento integrato clinico-psicosomatico complesso, secondo il numero di giorni di trattamento

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I «Requisiti minimi punto 2, terapia» del gruppo di elementi 94.3A.1- vengono formulati in modo analogo ai «Requisiti minimi punto 2, terapia» del gruppo di elementi 94.3A.2-.

94.3A.1- Trattamento psicoterapeutico e psicosomatico complesso, secondo il numero di giorni di trattamento
Nota: […]
Requisiti minimi punto 2, terapia:
[…]
2. Terapie speciali: impiego di tecniche terapeutiche speciali complementari ~~nei settori~~ in uno o più dei seguenti settori da parte di specialisti specificamente formati: ~~delle~~ - terapie corporali e del movimento, incluse fisioterapia, - arteterapia, - ergoterapia, - offerte educative e di consulenza ~~da parte di specialisti specificamente formati~~. Almeno 360 minuti alla settimana.

## 3.13. 94.6A.1- Disassuefazione qualificata di malati di dipendenze, secondo il numero di giorni di trattamento

Riguarda tutte le versioni linguistiche

L'esclusione di cui al gruppo di elementi 94.6A.1- va convertita in un'esclusione di tipo «Omettere il codice». I codici del gruppo di elementi 94.6A.1- non possono pertanto essere indicati contestualmente a quelli del gruppo di elementi 94.6A.2-.

94.6A.1- Disassuefazione qualificata di malati di dipendenze, secondo il numero di giorni di trattamento
[…]
EXCL. Omettere il codice - Trattamento per la disintossicazione in caso di dipendenza da sostanze, secondo il numero di giorni di trattamento (94.6A.2-)
[…]

## 3.14. 94.93.- Applicazione di misure di sicurezza per pazienti psichiatrici

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nei «Requisiti minimi punto 1, indicazione» e «Requisiti minimi punto 3, misure» della sottocategoria 94.93.- vanno soppresse, rispettivamente, le indicazioni «a causa di una malattia psichiatrica particolarmente grave» e «tramite liste di controllo standardizzate».

94.93.- Anwendung von Sicherungsmassnahmen bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten
Nota: Requisiti minimi punto 1, indicazione:
L'applicazione di misure di sicurezza è necessaria per pazienti che mostrano un comportamento acuto pericoloso per sé stessi e per gli altri ~~a causa di una malattia psichiatrica particolarmente grave~~, contro altre persone, sé stessi e beni materiali.
È indispensabile un intervento urgente, immediato, per proteggere le persone nonché ripristinare la sicurezza.
[…]
Requisiti minimi punto 3, misure:
sorveglianza almeno oraria del paziente effettuata da personale infermieristico in camera di isolamento o camera di sicurezza. Valutazione quotidiana del rischio ~~tramite liste di controllo standardizzate~~.
[…]

## 3.15. Stroke Center e Stroke Unit 99.A7.-, 99.BA.1-, 99.BA.2-

Riguarda tutte le versioni linguistiche

La nota «Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento» di cui ai gruppi di elementi 99.A7.-, 99.BA.1- e 99.BA.2- va modificata come indicato qui di seguito.

**99.A7.- Diagnostica complessa dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Unit o Stroke Center, fino a un massimo di 24 ore**
Nota: Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:
Per le direttive e i requisiti della SFCNS in fatto di Stroke Unit [SU] certificate si rimanda al documento (disponibile in tedesco e in francese) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units» o «Critères de qualité pour la certification des Stroke Units», versione V dal 18.11.2021 («Criteri di qualità per la certificazione di Stroke Unit»):
~~https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html «Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 - valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units in German and in French (Version 18-11-2021)»~~
https://sfcns.ch/certification/stroke/first-certification (Percorso: «Certification» -> «First Certification Application» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units German»)
[…]

**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 0, documento di riferimento:
Per le direttive e i requisiti della SFCNS in fatto di Stroke Center certificati si rimanda al documento ~~(disponibile in tedesco e in francese) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units» o «Critères de qualité pour la certification des Stroke Units»~~ «Criteri qualitativi per la certificazione di Stroke Centers», versione V dal 18.11.2021 ~~(«Criteri di qualità per la certificazione di Stroke Center»): https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html «Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 - valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Centers in German and in French (Version 18-11-2021)»~~:
https://sfcns.ch/certification/stroke/first-certification (Percorso: «Certification» -> «First Certification Application» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Centers Italian»)
[…]

**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 0, documento di riferimento: Per le direttive e i requisiti della SFCNS in fatto di Stroke Unit [SU] certificate si rimanda al documento (disponibile in tedesco e in francese) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units» o «Critères de qualité pour la certification des Stroke Units», versione V dal 18.11.2021 («Criteri di qualità per la certificazione di Stroke Unit»): ~~https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html «Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 - valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units in German and in French (Version 18-11-2021)»~~
https://sfcns.ch/certification/stroke/first-certification (Percorso: «Certification» -> «First Certification Application» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units German»)

[…]

## 3.16. Da 99.B7.1- a 99.B8.5- Terapia intensiva complessa e trattamento complesso IMC - MDSI

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Le note di cui ai gruppi di elementi da 99.B7.1- a 99.B8.5- vanno adeguate come indicato qui di seguito.

99.B7.1- Terapia intensiva complessa (procedura di base) nell'adulto, secondo il numero di punti risorse

[…]

Nota: Requisiti minimi:
- sorveglianza continua 24 ore su 24 e trattamento da parte di un team medico nonché infermieristico in un'unità di cure intensive [UCI] ~~riconosciuta~~ certificata dalla Società svizzera di medicina intensiva [SSMI] nonché diretta da uno specialista in medicina intensiva,
- 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 in corso di validità «Minimaler Datensatz der SGI MDSi ~~V. 30d_2022~~» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts/Ressorts -> Datensatz (MDSi)/Données -> ~~«MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202» o «MDSi_V30f_V5_2022_definitive_221201».~~ Download
Le versioni precedenti dell'MDSi sono disponibili in archivio al seguente indirizzo:
www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts/Ressorts -> Datensatz (MDSi)/Données -> Archiv MDSi Reglement/Règlement Archiv
- Procedure intensive speciali, come trasfusione di plasma e di componenti del plasma, plasmaferesi e immunoassorbimento, misure di rianimazione ecc. vanno codificate separatamente. Questo codice è riservato ai pazienti dai 16 anni compiuti.

[…]

99.B7.4- Terapia intensiva complessa in età infantile (procedura di base), secondo il numero di punti risorse

Nota: Requisiti minimi:
- sorveglianza continua 24 ore su 24 e trattamento da parte di un team medico nonché infermieristico in un'unità di cure intensive (UCI) ~~riconosciuta~~ certificata dalla Società svizzera di medicina intensiva (SSMI) nonché diretta da uno specialista in medicina intensiva,
- il punteggio del fabbisogno di risorse (punti risorse) deriva dal calcolo di ~~PIM 2~~ PIM 3 (valore assoluto) + somma di NEMS. Il ~~PIM 2~~ PIM 3 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]~~ PIM 3 [Pediatric Index of Mortality 3] e NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] figurano nel documento in corso di validità «Minimaler Datensatz der SGI MDSi ~~V. 30d_2022~~» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link:
www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts/Ressorts -> Datensatz (MDSi)/Données -> Download ~~«MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202» o «MDSi_V30f_V5_2022_definitive_221201».~~
Le versioni precedenti dell'MDSi sono disponibili in archivio al seguente indirizzo:
www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts/Ressorts -> Datensatz (MDSi)/Données -> Archiv MDSi Reglement/Règlement Archiv

- Procedure intensive speciali, come trasfusione di plasma e di costituenti del plasma, plasmaferesi e immunoassorbimento, misure di rianimazione, ecc. vanno codificate separatamente. Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno più di 28 giorni di vita, ma che non hanno ancora compiuto 16 anni.

[…]

99.B7.5- Terapia intensiva complessa in età neonatale (procedura di base), secondo i punti risorse

Nota: Requisiti minimi:

- Sorveglianza continua 24 ore su 24 e trattamento da parte di un team composto da medici neonatologi nonché infermieri specializzati in neonatologia in un'unità di cure intensive neonatologiche di livello III ~~riconosciuta~~ certificata dalla Società svizzera di neonatologia [SGN] e in un'unità di cure intensive [UCI] ~~riconosciuta~~ certificata dalla Società svizzera di medicina intensiva [SSMI] nonché diretta da uno specialista in pediatria con specializzazione in neonatologia o da uno specialista in medicina intensiva
- Il punteggio del fabbisogno di risorse (punti risorse) deriva dal calcolo di ~~PIM 2~~ PIM 3 o CRIB 2 + somma NEMS. Il ~~PIM 2/CRIB 2~~ PIM 3/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]~~ PIM 3 [Pediatric Index of Mortality 3], CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] e NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] figurano nel documento in corso di validità «Minimaler Datensatz der SGI MDSi ~~V. 30d_2022~~» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts/Ressorts -> Datensatz (MDSi)/Données -> Download ~~«MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202» e «MDSi_V30f_V5_2022_definitive_221201»~~.
Le versioni precedenti dell'MDSi sono disponibili in archivio al seguente indirizzo:
www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts/Ressorts -> Datensatz (MDSi)/Données -> Archiv MDSi Reglement/Règlement Archiv
- Procedure intensive speciali, come trasfusione di plasma e di costituenti del plasma, plasmaferesi e immunoassorbimento, misure di rianimazione, ecc. vanno codificate separatamente. Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno al massimo 28 giorni di vita.

[…]

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

Nota: Requisiti minimi punto 1, documenti di riferimento e indicazione:
Sorveglianza multimodale e trattamento complesso in caso di minaccia o presenza di pericolo per le funzioni vitali o al fine di garantire maggiori risorse infermieristiche in unità di terapia intermedia [IMCU] riconosciuta.
Il documento «Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units [IMCU's]: ~~Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Kommission für die Anerkennung von IMCU's [KAIMC] am 21.02.2019 verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 1.01.2014. Sie treten in Kraft am 01.01.2020~~» (disponibile anche in francese) è scaricabile al seguente link:
https://www.swiss-imc.ch/de/richtlinien.html: ~~e può essere consultato anche sui siti Internet delle altre società specializzate coinvolte.~~
Vale sempre la versione più recente. Nel documento sono elencate le altre società specializzate cui possono essere richieste le direttive.
Le versioni precedenti delle direttive sono disponibili in archivio allo stesso indirizzo.

Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno compiuto 16 anni.
Questo codice non si applica ai trattamenti in pronto soccorso o in sala risveglio (Unità di cura post-anestesia).
[…]
Requisiti minimi punto 3, calcolo e rilevazione:
Il punteggio del fabbisogno di risorse (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'IMCU. 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 in corso di validità «Minimaler Datensatz der SGI-KAIMC MDSIMC» (disponibile solo in tedesco e in francese) e sono scaricabili al seguente link:
https://swiss-imc.ch/de/mdsimc.html
Le versioni precedenti dell'MDSIMC sono disponibili in archivio allo stesso indirizzo.
~~figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2022» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgissmi.ch -> Ressorts/Ressorts -> Datensatz (MDSi)/Données -> «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202» o «MDSi_V30f_V5_2022_definitive_221201».~~
Procedure speciali, come trasfusione di plasma e di costituenti del plasma, plasmaferesi e immunoassorbimento, misure di rianimazione, ecc. ed ulteriori trattamenti complessi vanno codificati separatamente.
Per la durata della degenza nell'IMCU non è tuttavia possibile codificare allo stesso tempo una terapia intensiva complessa.

[…]

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

Nota: Requisiti minimi punto 1, documenti di riferimento e indicazione:
Sorveglianza multimodale e trattamento complesso in caso di minaccia o presenza di pericolo per le funzioni vitali o al fine di garantire maggiori risorse infermieristiche in unità di terapia intermedia [IMCU] riconosciuta.
Il documento «Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units [IMCU's] ~~: Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Kommission für die Anerkennung von IMCU's [KAIMC] am 21.02.2019 verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 1.01.2014. Sie treten in Kraft am 01.01.2020~~» (disponibile anche in francese è scaricabile al seguente link:
https://www.swiss-imc.ch/de/richtlinien.html: ~~e può essere consultato anche sui siti Internet delle altre società specializzate coinvolte.~~
Vale sempre la versione più recente. Nel documento sono elencate le altre società specializzate cui possono essere richieste le direttive.
Le versioni precedenti delle direttive sono disponibili in archivio allo stesso indirizzo.

Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno più di 28 giorni di vita, ma che non hanno ancora compiuto 16 anni.
Questo codice non si applica ai trattamenti in pronto soccorso o in sala risveglio (Unità di cura post-anestesia).
[…]
Requisiti minimi punto 3, calcolo e rilevazione:
Il punteggio del fabbisogno di risorse (punti risorse) deriva dal calcolo della probabilità di decesso come da ~~PIM 2~~ PIM 3 + somma di NEMS. Il ~~PIM 2~~ PIM 3 viene determinato una volta nelle prime 24 ore di degenza nell'IMCU. 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]~~ PIM 3 [Pediatric Index of Mortality 3] e NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] figurano nel documento in corso di validità «Minimaler Datensatz der SGI-KAIMC MDSIMC» (disponibile solo in tedesco e in francese) e sono scaricabili al seguente link:
https://swiss-imc.ch/de/mdsimc.html
Le versioni precedenti dell'MDSIMC sono disponibili in archivio allo stesso indirizzo.
~~figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2022» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts/Ressorts -> Datensatz (MDSi)/Données -> «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202» o «MDSi_V30f_V5_2022_definitive_221201».~~
Procedure speciali, come trasfusione di plasma e di costituenti del plasma, plasmaferesi e immunoassorbimento, misure di rianimazione, ecc. ed ulteriori trattamenti complessi vanno codificati separatamente.
Per la durata della degenza nell'IMCU non è tuttavia possibile codificare allo stesso tempo una terapia intensiva complessa.

[…]

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

Nota: Requisiti minimi punto 1, documenti di riferimento e indicazione:
Sorveglianza multimodale e trattamento complesso in caso di minaccia o presenza di pericolo per le funzioni vitali o al fine di garantire maggiori risorse infermieristiche in unità di terapia intermedia neonatale di livello IIB riconosciuta dalla Società svizzera di neonatologia [SSN] e in unità di terapia intermedia [IMCU] riconosciuta.

Il Documento della Società Svizzera di Neonatologia «Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland. Revised Version 14.3.2019» è scaricabile al seguente link:
https://www.neonet.ch/unit-accreditation/unit-accreditation-canu.

Il documento «Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units [IMCU's]~~: Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Kommission für die Anerkennung von IMCU's [KAIMC] am 21.02.2019 verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 1.01.2014. Sie treten in Kraft am 01.01.2020~~» (disponibile anche in francese) è scaricabile al seguente link:
https://www.swiss-imc.ch/de/richtlinien.html ~~e può essere consultato anche sui siti Internet delle altre società specializzata coinvolte.~~
Vale sempre la versione più recente. Nel documento sono elencate le altre società specializzate cui possono essere richieste le direttive.
Le versioni precedenti delle direttive sono disponibili in archivio allo stesso indirizzo.

Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno al massimo 28 giorni di vita.
Questo codice non si applica ai trattamenti in pronto soccorso o in sala risveglio.

[…]
Requisiti minimi punto 3, calcolo e rilevazione:
Il punteggio del fabbisogno di risorse (punti risorse) deriva dal calcolo della probabilità di decesso come da ~~PIM 2~~ PIM 3 o CRIB 2 + somma di NEMS. Il ~~PIM 2~~ PIM 3 o CRIB 2 (facoltativo, dipende dalla soddisfazione dei criteri maturazione/peso) viene determinato una volta nelle prime 24 ore di degenza nell'IMCU. 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]~~ PIM 3 [Pediatric Index of Mortality 3], CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] e NEMS [nine equivalent of nursing manpower use score] figurano nel documento in corso di validità «Minimaler Datensatz der SGI-KAIMC MDSIMC» (disponibile solo in tedesco e in francese) e sono scaricabili al seguente link:
https://swiss-imc.ch/de/mdsimc.html
Le versioni precedenti dell'MDSIMC sono disponibili in archivio allo stesso indirizzo.
~~figurano nel documento «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2022» (disponibile solo in tedesco e in francese) scaricabile al seguente link: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts/Ressorts -> Datensatz (MDSi)/Données -> «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202» o «MDSi_V30f_V5_2022_definitive_221201».~~
Procedure intensive speciali, come trasfusione di plasma e di costituenti del plasma, plasmaferesi e immunoassorbimento, misure di rianimazione, ipotermia sistemica, ecc. ed ulteriori trattamenti complessi vanno codificati separatamente.
Per la durata della degenza nell'IMCU non è tuttavia possibile codificare allo stesso tempo una terapia intensiva complessa.

[…]

## 3.17. AA.31.- Test del cammino di 6 minuti - Documento di riferimento dell'ANQ

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Le note «Punto 0, documenti di riferimento» e «Punto 1, utilizzo» della sottocategoria AA.31.- vanno modificate come segue:

AA.31.- Test del cammino di 6 minuti
Nota: Punto 0, documenti di riferimento:
Per la rilevazione del test del cammino di 6 minuti vale il capitolo 6 «6. Test del cammino (6 minuti)» del documento dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche [ANQ] «Piano nazionale di misurazione per la riabilitazione - Manuale sulla procedura» ~~versione 8.1, 07/2021~~ versione 10.0, 01/2024 link:
https://www.anq.ch/it/downloads/
Il citato capitolo 6 contiene un rinvio al capitolo 2.7 nel quale si rimanda al formulario dell'ANQ «Test del cammino (6 minuti)» versione 2016/01. Link: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/ANQ_Modulo_3_Test-cammino-6-minuti.pdf

[…]
Punto 1, utilizzo:
I seguenti codici vanno utilizzati solo per pazienti degenti in un reparto di riabilitazione. Nel caso della riabilitazione polmonare, la rilevazione del test del cammino di 6 minuti è obbligatoria.
Per la riabilitazione cardiologica, la rilevazione del test del cammino di 6 minuti è obbligatoria unicamente nel quadro della misurazione della qualità dell'ANQ.

[…]

## 3.18. BB.41.- Riabilitazione con monitoraggio, secondo il numero di giorni di trattamento

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I «Requisiti minimi punto 1, documento di riferimento», «Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione» e «Requisiti minimi punto 3, sorveglianza» della sottocategoria BB.41.- vanno modificati come indicato qui di seguito.

BB.41.- Riabilitazione con monitoraggio, secondo il numero di giorni di trattamento
Nota: […]
Requisiti minimi punto 1, documento di riferimento:
Le esigenze riguardanti le condizioni strutturali e il team di trattamento figurano nel documento di riferimento «~~Referenzdokument zur CHOP Subkategorie BB.41.- Überwachungsrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage~~ Documento di riferimento per la sottocategoria CHOP BB.41.- Riabilitazione con monitoraggio, secondo il numero di giorni di trattamento». Questo documento è disponibile nella sezione «Requisiti minimi per quel che concerne il personale e l'infrastruttura – documento di riferimento» al seguente link: ~~https://www.fmh.ch/it/temi/tariffe-ospedaliere/st-reha.cfm.~~
https://www.fmh.ch/it/temi/tariffe-ospedaliere/st-reha.cfm
~~La versione valida sarà comunicata tramite la Circolare 2024 n. 1.~~
La versione definitiva viene pubblicata sul sito Internet della FMH entro il 1° gennaio 2024.

Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:
- All'inizio della riabilitazione con monitoraggio viene fatta una valutazione clinica della necessità di monitoraggio nonché della misurazione del grado di gravità delle limitazioni funzionali cognitive e motorie~~, sulla base dell'indice di Barthel per la riabilitazione precoce secondo Schönle.~~
A) Deve sussistere necessità di monitoraggio a causa di rischi vitali riguardanti la respirazione, la circolazione sanguigna e lo stato di coscienza.
B) Deve inoltre essere presente una limitazione funzionale motoria medio-grave o una limitazione funzionale cognitiva moderata (cfr. documento di riferimento di cui ai requisiti minimi punto 1).
C) Se viene codificata una riabilitazione neurologica (BA.1-), deve essere soddisfatto almeno uno dei sette criteri dell'indice di riabilitazione precoce; tale indice deve quindi risultare almeno pari a -25 punti.
In presenza di un indice di Barthel per la riabilitazione precoce minore o uguale a -40 punti, per la rappresentazione del grado di gravità del paziente si raccomanda di utilizzare il codice CHOP 93.8C.1- / 93.86.-.
- I criteri vanno verificati settimanalmente.
Qualora, dopo due misurazioni settimanali consecutive dei criteri A) (per tutti i casi) nonché B) (per tutti i casi) nonché C) (per i casi BA.1-), le condizioni sopra menzionate non risultino più soddisfatte, vengono a mancare i presupposti per l'utilizzo di questo codice. Un'unica misurazione e il mancato rispetto di uno dei criteri non bastano per dichiarare non soddisfatte le condizioni per l'utilizzo del codice.

Requisiti minimi punto 3, sorveglianza:
- È garantita la possibilità di monitoraggio permanente delle funzioni vitali e di sorveglianza visiva permanente diretta o elettronica del paziente.
- Viene effettuata una visita medica almeno 5 giorni su 7.
- È garantita l'effettuazione del tipo di riabilitazione in questione (terapie e istruzioni) in locali con monitoraggio.
- Nel corso dell'intera degenza in riabilitazione deve essere rispettata la corrispondente soglia del codice BA.- in termini di media settimanale dei minuti di terapia.
- Nel corso della riabilitazione con monitoraggio il paziente richiede un impiego di risorse per l'assistenza infermieristica e la somministrazione di terapie pari, in media, ad almeno 180 minuti al giorno per 7 giorni alla settimana.

## 3.19. BB.42.- Monitoraggio intensivo in situazione momentanea di pericolo di vita

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I «Requisiti minimi punto 1, documento di riferimento» della sottocategoria BB.42.- vanno modificati come indicato qui di seguito.

BB.42.- Monitoraggio intensivo in situazione momentanea di pericolo di vita
Nota: […]
Requisiti minimi punto 1, documento di riferimento:
Le esigenze riguardanti le condizioni strutturali e il team di trattamento figurano nel documento di riferimento «~~Referenzdokument zur CHOP Subkategorie BB.42.- Intensive Überwachung bei vorübergehend vital bedrohlicher Situation~~ Documento di riferimento per la sottocategoria CHOP BB.42.- Monitoraggio intensivo in situazione momentanea di pericolo di vita ». Questo documento è disponibile nella sezione «Requisiti minimi per quel che concerne il personale e l'infrastruttura – documento di riferimento» al seguente link: ~~https://www.fmh.ch/it/temi/tariffe-ospedaliere/st-reha.cfm~~
https://www.fmh.ch/it/temi/tariffe-ospedaliere/st-reha.cfm ~~La versione valida sarà comunicata tramite la Circolare 2024 n. 1.~~
La versione definitiva viene pubblicata sul sito Internet della FMH entro il 1° gennaio 2024.

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

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

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

Riguarda solo la versione italiana

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

**K52.9 Gastroenterite e colite non infettive, non specificate**
[…]
Excl.: colite, diarrea, enterite, gastroenterite:
- di origine non specificata (A09.9)
- infettiva (A09.0)

diarrea funzionale (K59.1)
diarrea neonatale:
- infettiva (A09.0)
- non infettiva (P78.3)
- S.A.I. (A09.~~0~~9)

diarrea psicogena (F45.32)

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

Riguarda solo la versione francese

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

Riguarda solo la versione italiana

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

**Z63 Altri problemi connessi alla cerchia relazionale ristretta, compreso l'ambiente familiare**
[…]
Excl.: problemi connessi a:
- educazione del bambino (Z6~~1~~2)
- eventi negativi della vita durante l'infanzia (Z6~~2~~1)

sindromi da maltrattamento (T74.-)

# 5. Allegato

## 5.1. Informazioni e precisazioni

La presente circolare contiene **tutte** le «Informazioni e precisazioni» valevoli dal 1° gennaio 2024.
Legenda: novità in verde, ~~cancellazioni in rosso~~

**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. |

**0762 01.01.2024 Durata della terapia da prendere in considerazione**
In caso di intervento terapeutico di gruppo, va conteggiata l'intera durata della terapia in 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.
Se, nel quadro di un intervento terapeutico individuale o di gruppo, due o più terapeuti/infermieri somministrano lo stesso tipo di terapia/la stessa prestazione terapeutica, il tempo di somministrazione va conteggiato una sola volta. Ciò vale indipendentemente dal numero di terapeuti che intervengono presso il paziente.
Eccezione: esistono codici CHOP per i quali è indicato in nota che, se due o più terapeuti/infermieri somministrano lo stesso tipo di terapia/la stessa prestazione terapeutica, va conteggiato il tempo di intervento di ciascun terapeuta/infermiere.

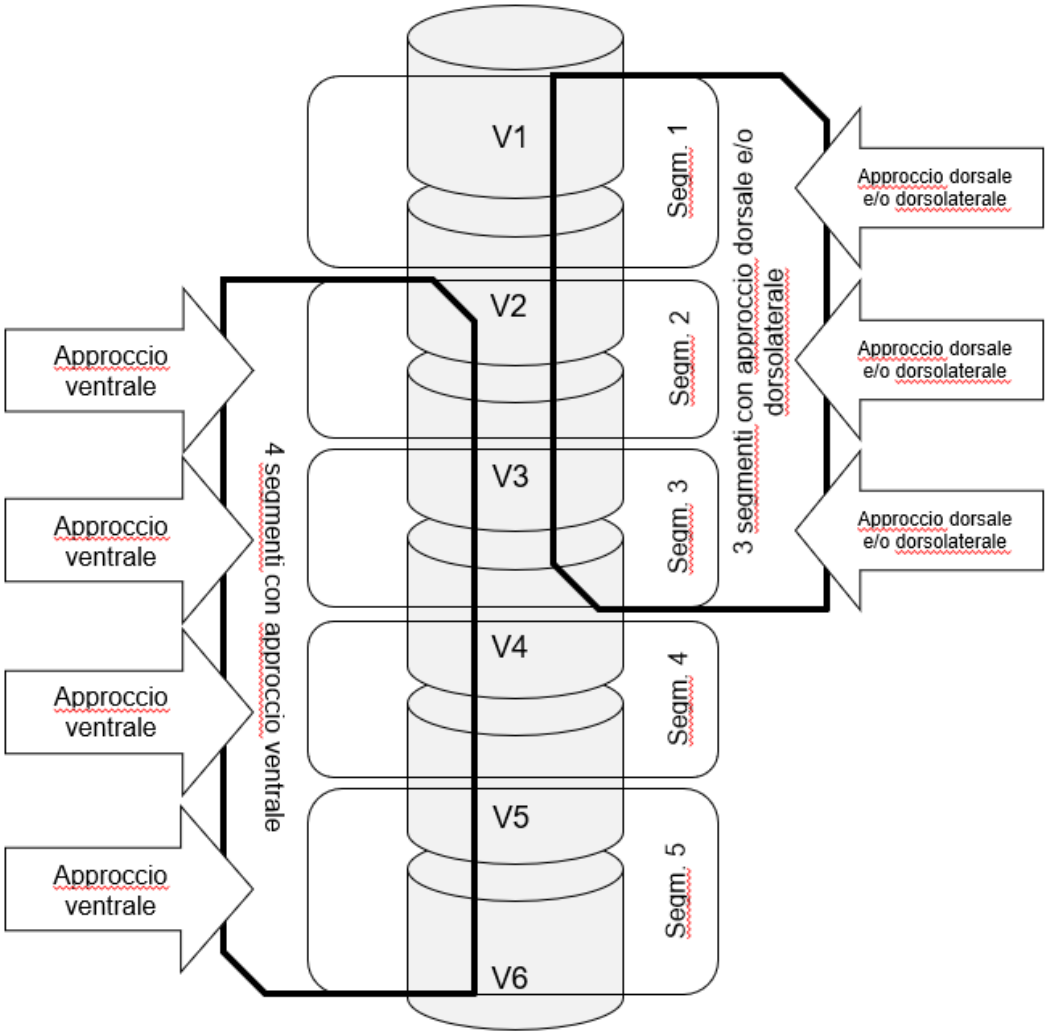
**0763 01.01.2024 Precisazione sull'impiego dello strumento di misurazione FIM™**
L'utilizzo dello strumento di misurazione FIM™ è soggetto a licenza. Sul piano nazionale, l'ANQ è licenziataria solo ai fini delle **misurazioni della qualità** e unicamente nel settore della **riabilitazione stazionaria**. L'ANQ può concedere le sottolicenze corrispondenti. I dati FIM™ degli ospedali appartengono tuttavia agli istituti in questione, che possono riutilizzarli ad altri scopi.
La rilevazione della FIM™ in istituti/ospedali di somatica acuta e psichiatria a fini tariffari e di misurazione della qualità è consentita solo con licenza valida. Il contratto di licenza in essere dell'ANQ non copre questi utilizzi.

**0764 01.01.2024 Conteggio dei giorni di degenza per il gruppo di elementi CHOP 93.59.5- «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento»**
Ai fini del conteggio dei giorni di degenza per i codici CHOP da 93.59.50 a 93.59.53 «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento», il giorno di ricovero nonché il giorno di dimissione possono essere conteggiati come un solo giorno di trattamento, sempre a condizione che siano soddisfatti i corrispondenti requisiti minimi.

**0765 01.01.2024 Sostituzione unicamente di stelo o testa in endoprotesi (inversa) della spalla**
Nella CHOP non esistono codici specifici per la sostituzione di stelo in endoprotesi inversa della spalla. Finché non saranno introdotti codici specifici, vanno utilizzati, per la rimozione di stelo, il codice 80.01.09 «Artrotomia per rimozione di protesi della spalla, altro» e, per l'impianto (in caso di sostituzione), il codice 81.81.35 «Impianto di inserto, testa nonché stelo, endoprotesi totale della spalla, in caso di sostituzione di componenti».
In caso di sostituzione unicamente della testa della protesi, vanno impiegati i codici CHOP 80.01.09 «Artrotomia per rimozione di protesi della spalla, altro» + «81.81.34 «Impianto di inserto nonché testa, endoprotesi totale della spalla, in caso di sostituzione di componenti».

**0766 01.01.2024 7A.7- Stabilizzazione della colonna vertebrale e correzione della postura –Approccio dorsale e/o dorsolaterale**
Per le sottocategorie da 7A.71.- a 7A.74.- è stata introdotta la strutturazione a livello di quinto carattere per l'approccio «dorsale e dorsolaterale», risp. «ventrale», e a livello di sesto carattere in base al numero di segmenti trattati (fino a 14 e più). Secondo le convenzioni CHOP, la congiunzione «e» va intesa come «e/o». La nota di cui alla categoria 7A.7- «Stabilizzazione della colonna vertebrale e correzione della postura» recita:

«Se l'approccio a determinati segmenti è dorsale nonché ventrale, per l'intero campo operatorio vanno indicati con un codice il numero complessivo di segmenti operati con approccio dorsale, nonché con un altro codice il numero complessivo di segmenti operati con approccio ventrale. Va inoltre indicato il codice supplementare del numero complessivo di segmenti operati.»
Gli approcci dorsolaterali contano come approcci dorsali. In altri termini, il segmento non viene conteggiato due volte se operato per via dorsale nonché per via dorsolaterale.
Nell'esempio di cui alla seguente figura, è stata eseguita una spondilodesi che ha interessato sei vertebre ossia cinque segmenti. Complessivamente, tre segmenti sono stati operati con approccio dorsale e/o dorsolaterale e quattro con approccio ventrale. In questo caso, va indicato il codice «dorsale e dorsolaterale» per tre segmenti nonché il codice «ventrale» per quattro segmenti. Deve inoltre essere registrato il codice della sottocategoria 7A.B4.- «Somma dei segmenti di colonna vertebrale operati» corrispondente a cinque segmenti.

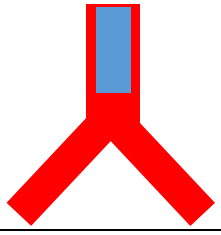
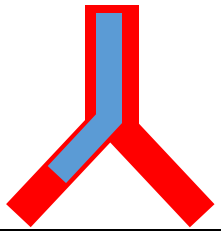
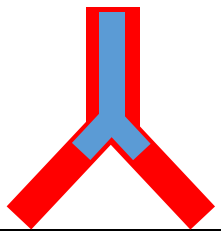
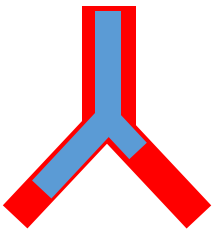


**0767 01.01.2024 Impiego del gruppo di elementi 39.78.5- «Estremità degli stent grafts [protesi stent] inferiori»**

Per i codici della sottocategoria 39.71.- «Impianto endovascolare di stent graft [protesi stent] nell'aorta addominale» e del gruppo di elementi 39.73.4- «Impianto endovascolare di stent grafts [protesi stent] nell'aorta toracoaddominale» va indicato, con i codici supplementari del gruppo di elementi 39.78.5- «Estremità degli stent grafts [protesi stent] inferiori», come termina lo stent graft.
Il gruppo di elementi 39.78.5- comprende tre codici supplementari:

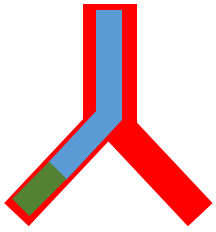
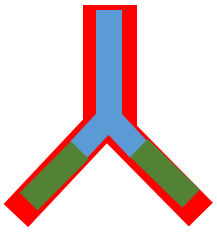
- 39.78.51 «Estremità dello stent graft [protesi stent] inferiore, aortico»
- 39.78.52 «Estremità dello stent graft [protesi stent] inferiore, aorto-mono-iliaco»
- 39.78.53 «Estremità degli stent grafts [protesi stent] inferiori, aorto-bi-iliaci»

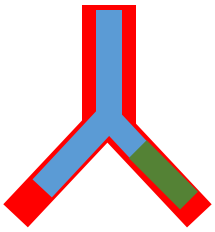
Nella seguente tabella è illustrato graficamente il loro significato.

| 39.78.51 «aortico» | 39.78.52 «aorto-mono-iliaco» | 39.78.53 «aorto-bi-iliaci» |
|---|---|---|
|  |  |  |
| | |  |

Gli stent grafts che terminano a livello aorto-mono-iliaco o aorto-bi-iliaco possono essere prolungati con stent grafts nell'arteria iliaca comune sinistra e/o destra (con l'aggiunta di altri stent grafts modellati). In questo caso, vanno codificati in aggiunta i codici corrispondenti dei gruppi di elementi 39.7A.1- «Impianto endovascolare di stent grafts [protesi stent] nelle arterie del bacino, livello iliaco, senza apertura, secondo il numero di protesi stent» e 39.7A.2- «Impianto endovascolare di stent grafts [protesi stent] nelle arterie del bacino, livello iliaco con apertura».

Nella seguente tabella sono illustrate le diverse situazioni:

| 39.78.52 «aorto-mono-iliaco» | 39.78.53 «aorto-bi-iliaci» |
|---|---|
|  |  |
| Codifica:<br>• Un codice della sottocategoria 39.71.- o del gruppo di elementi 39.73.4-<br>• 39.78.52<br>• Un codice del gruppo di elementi 39.7A.1- o del gruppo di elementi 39.7A.2- se con apertura (apertura non indicata nella figura) | Codifica:<br>• Un codice della sottocategoria 39.71.- o del gruppo di elementi 39.73.4- (conta come apertura solo un ramo della protesi a Y)<br>• 39.78.53<br>• Due codici del gruppo di elementi 39.7A.1- e/o del gruppo di elementi 39.7A.2- se con apertura (apertura indicata nella figura) |

| | |
|---|---|
| | 39.78.53 «aorto-bi-iliaci» |
| |  |
| | Codifica:<br>• Un codice della sottocategoria 39.71.- o del gruppo di elementi 39.73.4- (conta come apertura solo un ramo della protesi a Y)<br>• 39.78.53<br>• Un codice del gruppo di elementi 39.7A.1- o del gruppo di elementi 39.7A.2- se con apertura (apertura non indicata nella figura) |

**0768 01.01.2024 Dispositivi di chiusura di vasi vs sistemi di protezione da embolia**

Nella CHOP esistono codici per operazioni/interventi di chiusura di vasi, le cosiddette embolizzazioni con coils, plugs, filtri ecc., p. es. 39.79.2- «Embolizzazione od occlusione mediante spirali di altri vasi», 39.79.5- «Embolizzazione selettiva con filtri di altri vasi, NAS» o 39.79.A- «Embolizzazione selettiva di altri vasi con plugs» ecc.
Sono inoltre disponibili i codici supplementari delle sottocategorie 00.4A.- «Numero di coils endovascolari utilizzate» e 00.4G.- «Inserzione di dispositivi di chiusura di vasi».

I codici supplementari dei gruppi dei elementi da 00.4G.2- a 00.4G.6- «Filtri vascolari inseriti […], secondo il numero» servono unicamente per indicare i dispositivi impiegati nel quadro di operazioni/interventi di chiusura di vasi (p. es. embolizzazioni selettive). I codici della sottocategoria 00.4G.- non vanno impiegati per i sistemi di protezione da embolia.

Il codice supplementare 39.E1 «Impiego di **sistema di protezione da embolia**» consente di registrare l'utilizzo di sistemi di protezione da embolia perioperatori.
I codici 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)» rappresentano invece sistemi permanenti.

**0769 01.01.2024 Trombectomia percutanea transluminale di vasi polmonari tramite sistema di rimozione di trombi**

Per la registrazione della trombectomia percutanea transluminale di vasi polmonari tramite sistema di rimozione di trombi vanno impiegati un codice e due codici supplementari:

- 39.75.17 «Trombectomia percutanea transluminale, altri vasi»
- 00.4B.13 «PCI dei vasi polmonari»
- Codici supplementari pertinenti del gruppo di elementi 00.4F.2- «Impiego di sistemi di rimozione di trombi e corpi estranei catetere-guidati, secondo il numero di sistemi»

(A seconda dei casi, vanno presi in considerazione ulteriori codici CHOP)

**0770 01.01.2024 Trattamento infermieristico complesso – Attribuzione di un intervento infermieristico ad un solo gruppo di prestazioni**

Gli interventi infermieristici potrebbero teoricamente essere attribuiti a più gruppi di prestazioni. In caso di trattamento infermieristico complesso, l'intervento infermieristico somministrato può essere però attribuito ad un solo gruppo di prestazioni. Ciò non significa tuttavia che debba trattarsi necessariamente del gruppo di prestazioni per il quale, nel giorno in questione, sono già stati registrati punti risorse.
Esempio: accompagnamento alla toilette nel quadro del profilo di intervento infermieristico 3.1 del gruppo di prestazioni 3 «Evacuazione». Il paziente viene svestito e dopo l'evacuazione sono somministrate le misure igieniche necessarie. Le attività «supporto nell'evacuazione con passaggio alla toilette / misure di igiene» rientrano in questo caso nel profilo di intervento infermieristico 3.1. e non possono essere codificate in aggiunta ad un profilo d'intervento dei gruppi di prestazioni 1 «Mobilizzazione» e 2 «Igiene personale».

**0771 01.01.2024 BA.X0 Tipo di riabilitazione, per meno di 300 minuti di terapia alla settimana**

In caso di degenze in riabilitazione inferiori a sette giorni con meno di 300 minuti di prestazioni terapeutiche va considerato il numero assoluto di minuti e non la potenziale estrapolazione pro rata su sette giorni. Per questo tipo di casi, sono a disposizione i codici BA.x0 «[…], per meno di 300 minuti di terapia alla settimana».

~~**0772 01.07.2023 Kodierung der dreistelligen Kategorie BB.1-**~~

~~La precisazione 0772 viene meno, dato che nella CHOP 2024 la categoria a 3 caratteri BB.1- è stata soppressa.~~

~~**0773 01.07.2023 Radiorezeptortherapie mit 177Lu-PSMA-617**~~

~~La precisazione 0773 viene meno, dato che nella CHOP 2024 è stato inserito il codice specifico 92.28.6A «Terapia radiorecettoriale con 177Lu-PSMA-617». La terapia radiorecettoriale con 177Lu-PSMA-617 non va quindi più registrata con la classe residua 92.28.6C «Terapia radiorecettoriale con altri leganti PSMA», ma con il codice specifico 92.28.6A.~~

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

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

**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 end of life, organizzazione del networking, supporto ai congiunti. SENS integra tutti gli ambiti tematici dei correnti obiettivi, definizioni e modelli. Pertanto, anche una valutazione SENS documentata va riconosciuta come valutazione di base medico palliativa standardizzata per i codici 93.8A.2- e 93.8B.-.

**Un singolo strumento di valutazione può valere come valutazione di base medico palliativa standardizzata?**

L'applicazione di un solo strumento di valutazione (ad es. ESAS) per rilevare la dimensione corporale non va riconosciuto come valutazione di base medico palliativa standardizzata completa. In una valutazione di base medico palliativa standardizzata devono essere integrate le dimensioni biologica, psicologica, sociale e spirituale.

**0774/2: settori terapeutici**

93.8A.2-: Requisiti minimi punto 3, team di trattamento e terapia:
[…]
b) Team di trattamento multidisciplinare composto da medico, personale infermieristico ~~e~~ nonché terapeuti dei seguenti settori: assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza/terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia,
c) Prestazioni mediche, cure infermieristiche ~~e~~ nonché 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~~ nonché 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~~ nonché 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™**~~
La precisazione 0776 viene sostituita nella Circolare 2024 n. 1 dalla precisazione 0763.

~~**0777 01.07.2022 Calcolo della durata della degenza nella riabilitazione per l'utilizzo dei codici BA.-**~~
La precisazione 0777 viene soppressa nella Circolare 2024 n. 1, dato che è stata presa in considerazione nella revisione delle direttive di codifica per la riabilitazione.

~~**0778 01.07.2022 Durata da prendere in considerazione per le terapie di gruppo**~~
La precisazione 0778 viene sostituita nella Circolare 2024 n. 1 dalla precisazione 0762.

**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~~ nonché 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»)**~~
La precisazione 0781 viene soppressa nella Circolare 2024 n. 1, dato che è stata presa in considerazione nella revisione della regola di codifica SD0501m Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (alcol, droghe, farmaci, nicotina) del Manuale di codifica medica 2024.

**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 o sistemi di protezione da embolia**~~
La precisazione 0791 viene sostituita nella Circolare 2024 n. 1 dalla precisazione 0768.

**0793 01.01.2022 Codifica dell'ulcera ipertensiva (di Martorell)**

L'ulcera (dell'arto inferiore) ipertensiva è una particolare forma di ulcera crurale, che insorge prevalentemente nella zona laterodorsale della gamba o attorno al tendine d'Achille. La maggior parte delle persone colpite presenta un'ipertensione considerevole e di lunga durata, combinata in circa il 60% dei casi al diabete mellito di tipo 2.

Riguardo all'eziologia dell'ulcera ipertensiva vi sono tre possibili piste esplicative: l'arteriosclerosi ischemica, la sclerosi calcifica mediale di arteriole patologiche ed eventuali processi infiammatori locali.

L' arteriosclerosi sclerosante sottocutanea è la principale responsabile della patogenesi della necrosi cutanea.

Anche se in termini patogenici la malattia è riconducibile in prima battuta a un'arteriosclerosi sclerosante, la vera causa soggiacente è l'ipertensione.

Per la rilevazione dell'ulcera ipertensiva (di Martorell) non esiste uno specifico codice ICD-10-GM e si consiglia quindi di ricorrere alla seguente combinazione:

L97 *Ulcera dell'arto inferiore non classificata altrove* unitamente alla combinazione daga-asterisco formata dal codice pertinente scelto tra I10.-† 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 grafts [protesi stent] nell'aorta ascendente, nell'arco aortico, 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~~ apertura, secondo il numero di protesi stent» vanno indicati per data di intervento.
Per gli stent grafts impiantati in vene profonde e altri vasi addominali e viscerali, il numero di stent grafts non figura invece direttamente nel codice; ciò significa che in caso di impianto di più stent grafts, ciascuno di questi va codificato separatamente (vedi esempi
4 e 5).

Non esiste un codice per l'indicazione degli stent grafts complessivamente impiantati nell'arteria iliaca e in altri vasi diversi dall'aorta.

*Esempio 1*
Per codificare l'impianto di tre stent grafts senza diramazioni nell'arteria iliaca nel corso di un intervento, va indicato una volta il codice 39.7A.13 «Impianto endovascolare, livello iliaco, 3 protesi stent, senza ~~diramazione~~ apertura» 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~~ apertura» 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~~ apertura», 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~~ uno 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~~ uno stent grafts [protesi stent] nella vena cava».

**Rilevazione del numero di stents impiantati per via (percutanea) transluminale**
Per quanto riguarda la categoria 39.B- «Impianto (percutaneo) transluminale di stents in vasi sanguigni», ogni stent impiantato va codificato singolarmente. Se vengono ad es. impiantati tre stents senza liberazione di sostanza medicamentosa in arterie della coscia e due in arterie della gamba, va indicato tre volte il codice 39.B1.G1 e due volte il codice 39.B1.H1. Viene calcolata la somma complessiva degli stents impiantati nel corso della degenza da registrare con un codice della sottocategoria 39.C1.- «Numero di stents impiantati» con la data del primo intervento. Nell'esempio in questione va indicato il codice 39.C1.15 «5 stents impiantati».

**Rilevazione del numero di stents impiantati nelle arterie coronarie**
L'impianto di stents nelle arterie coronarie va codificato tramite le sottocategorie 36.03.- «Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto» e 36.08.- «Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale». I codici vanno indicati per intervento (un numero di volte pari agli impianti effettuati) e in base al tipo di stent utilizzato. Se nel corso di un intervento vengono p. es. impiantati stents con liberazione di sostanza medicamentosa in più arterie coronarie, va indicato il codice con l'indicazione «in più arterie coronarie» un numero di volte pari agli stents di questo tipo impiantati.
Non vi sono codici specifici per il numero complessivo di stents impiantati nelle arterie coronarie.

*Esempio 1*
Caso: Il giorno X viene impiantato in un'arteria coronaria uno stent con liberazione di sostanza medicamentosa per via percutanea transluminale. Il giorno Y vengono impiantati in un'arteria coronaria due stents con liberazione di sostanza medicamentosa per via chirurgica a cielo aperto.
Codifica:
Va indicato una volta il codice 36.08.21 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria».
Va indicato due volte il codice 36.03.51 «Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria».

*Esempio 2*
Caso: Il giorno X viene impiantato in un'arteria coronaria uno stent autoespandente. Il giorno Y viene impiantato in un'altra arteria coronaria uno stent autoespandente.
Codifica:
Il codice 36.08.23 «Impianto percutaneo transluminale di stents autoespandenti con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria» va indicato due volte con date di intervento differenti.

*Esempio 3*
Caso: Viene effettuata, in un unico intervento, un'angioplastica coronarica transluminale percutanea con impianto di 4 stents (2 nell'arteria discendente anteriore, 1 nell'arteria circonflessa, 1 nell'arteria coronaria destra) tutti con liberazione di sostanza medicamentosa.

Codifica:
Va indicato quattro volte il codice 36.08.22 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie».

*Esempio 4*
Caso: Viene effettuata, in un unico intervento, un'angioplastica coronarica transluminale percutanea con impianto di 4 stents (1 con liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria discendente anteriore, 2 bar metal stents nell'arteria coronaria destra, 1 autoespandente con liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria circonflessa).
Codifica:
Per l'arteria discendente anteriore, va indicato una volta il codice 36.08.21 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria».
Per l'arteria coronaria destra va indicato due volte il codice 36.08.13 «Impianto percutaneo transluminale di stents autoespandenti senza liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria» e una volta il codice supplementare 39.C2.12 «Bare metal stent».
Per l'arteria circonflessa va indicato una volta il codice 36.08.23 «Impianto percutaneo transluminale di stents autoespandenti con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria».

**Rilevazione del numero di stents impiantati nell'ambito di caso stazionario sia nelle arterie coronarie sia in altri vasi**
Non è consentito 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, 1 nell'arteria circonflessa, 1 nell'arteria coronaria destra) tutti con liberazione di sostanza medicamentosa.
In un secondo intervento il giorno X: angioplastica percutanea transluminale con impianto di 1 stent senza liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria femorale.

Il giorno X vanno indicati:
Quattro volte il codice 36.08.22 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie»,
Il codice appropriato della ~~39.50.- «Angioplastica o aterectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i)»~~ 39.75.- «Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi»
una volta il codice 39.B1.G1 «Impianto (percutaneo) transluminale di stents senza liberazione di sostanza medicamentosa, arterie della coscia»
e il codice 39.C1.11 «1 stent impiantato»

*Esempio 2*
In un primo intervento il giorno X: angioplastica coronarica transluminale percutanea con impianto di 4 stents (2 nell'arteria discendente anteriore, 1 nell'arteria circonflessa, 1 nell'arteria coronaria destra) tutti con liberazione di sostanza medicamentosa.
In un secondo intervento il giorno Y: angioplastica percutanea transluminale con impianto di 1 stent senza liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria femorale

Il giorno X vanno indicati:
Quattro volte il codice 36.08.22 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie»
~~e il codice appropriato della sottocategoria 39.50.- «Angioplastica o aterectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i))».~~

Il giorno Y vanno indicati:
Una volta il codice ~~39.50.- «Angioplastica o aterectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i)»~~ 39.75.- «Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi»,
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**~~
~~Nella CHOP 2024 è stato soppresso il codice supplementare 39.C5 «Impiego di sistema di protezione da embolia». Nel contempo, nella categoria a 3 caratteri 39.E- «Informazioni supplementari per interventi sul sistema cardiovascolare», è stato inserito il nuovo codice supplementare 39.E1 «Impiego di sistema di protezione da embolia». La precisazione 0812 viene pertanto soppressa nella Circolare 2024 n. 1.~~

~~**0814 01.07.2020 Rilevazione dell'impianto di stents ricoperti in arterie coronarie**~~
~~La precisazione 0814 viene soppressa nella Circolare 2024 n. 1, dato che nella CHOP 2024 sono stati creati codici specifici per gli stents ricoperti in arterie coronarie.~~

~~**0815 01.07.2020 Utilizzo del codice 00.44 «Procedura su biforcazione di vasi sanguigni» con codici delle sottocategorie 36.03.- e 36.08.-**~~
~~La precisazione 0815 viene soppressa nella Circolare 2024 n. 1, dato che nella CHOP 2024 sono stati introdotti nelle sottocategorie 36.03.- «Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto» e 36.08.- «Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale» note e «Codificare anche» corrispondenti.~~

~~**0816 01.07.2020 Codifica dell'impianto di stents rivestiti con liberazione di sostanza medicamentosa in arterie coronarie**~~
~~La precisazione 0816 viene soppressa nella Circolare 2024 n. 1, dato che nella CHOP 2024 sono state introdotte nei codici in questione inclusioni ed esclusioni corrispondenti.~~

~~**0817 01.07.2020 Utilizzo del codice 39.78.5- «Estremità dello stent graft (protesi stent) inferiore»**~~
~~La precisazione 0817 viene sostituita nell'allegato della Circolare 2024 n. 1 dalla precisazione 0767.~~

**0818 01.07.2020 Codice supplementare 00.9C.- «Interventi in un solo tempo operatorio su mani o piedi»**
La seguente tabella precisa l'utilizzo del codice e del codice supplementare per gli interventi multipli in un solo tempo operatorio sulla base dell'esempio della mano.

| **Interventi multipli in un solo tempo operatorio su mani - Esempi** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Intervento** | | **00.9C.1- Interventi multipli in un solo tempo operatorio su raggi metacarpali e digitali** | | |
| **Caso** | **Descrizione** | **Codice intervento** | **Lateralità** | **Codice supplementare** | **Titolo** | **Lateralità** |
| **Caso 1** | Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra | Codice dell'intervento di tipo A | Monolaterale sinistra | Nessun codice | | |
| **Caso 2** | Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra<br>Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano destra | Codice dell'intervento di tipo A | Monolaterale sinistra | Nessun codice | | |
| | | Codice dell'intervento di tipo B | Monolaterale destra | | | |
| **Caso 3** | Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra<br>Intervento di tipo B al metacarpo, secondo raggio della mano sinistra | Codice dell'intervento di tipo A | Monolaterale sinistra | Nessun codice | | |
| | | Codice dell'intervento di tipo B | Monolaterale sinistra | | | |
| **Caso 4** | Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra<br>Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano sinistra | Codice dell'intervento di tipo A | Monolaterale sinistra | 00.9C.11 | Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali | Monolaterale sinistra |
| | | Codice dell'intervento di tipo B | Monolaterale sinistra | Nessun codice | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Caso 5** | Intervento di tipo A alle dita del secondo, terzo e quarto raggio della mano sinistra | Codice dell'intervento di tipo A | Monolaterale sinistra | 00.9C.12 | Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 3 raggi metacarpali e digitali | Monolaterale sinistra |
| **Caso 6** | Intervento di tipo A alle dita del secondo, terzo e quarto raggio della mano sinistra, nonché alle dita del quarto e quinto raggio della mano destra | Codice dell'intervento di tipo A | Bilaterale | 00.9C.12 | Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 3 raggi metacarpali e digitali | Monolaterale sinistra |
| | | | | 00.9C.11 | Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali | Monolaterale destra |
| **Caso 7** | Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra<br>Intervento di tipo B all'osso metacarpale del terzo raggio della mano sinistra<br>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<br>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<br>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 (apressione 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 e in italiano 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»).