Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Circolare per codificatori: 2014 / N° 1

1 Nozioni generali

1.1

Per codificare tutti i ricoveri stazionari negli ospedali e nelle cliniche (comprese le cliniche di riabilitazione, psichiatriche e altre cliniche specializzate) con dimissioni dal 1° gennaio 2014 sono validi: il Manuale di codifica versione 2014, la circolare n. 1 del 2014 e tutte le FAQ non indicate come "non valide" ("Ungültig" / "échues") a partire dal 1° gennaio 2014.

Le regole pubblicate nel Manuale di codifica 2014 devono essere necessariamente applicate a tutti i dati codificati dagli stabilimenti ospedalieri prima della loro trasmissione all'Ufficio federale di statistica ai fini della statistica medica. Secondo l'ordinanza del 30 giugno 1993 sulle rilevazioni statistiche, l'UST è responsabile di elaborare ogni anno le direttive per tutti i partecipanti alla rilevazione. Ciò concerne in particolare il Manuale di codifica e le classificazioni valide che devono essere utilizzate per registrare le diagnosi e i trattamenti. Di conseguenza, i partecipanti alla rilevazione (gli stabilimenti ospedalieri) sono tenuti per legge a utilizzare le classificazioni valide indicate dalle direttive dell'UST e il Manuale di codifica. Se questa non è ancora la pratica seguita, è necessario cambiare immediatamente il modo di procedere. È severamente vietato l'uso di altri manuali di codifica (p. es. il manuale italiano o altri manuali interni dell'ospedale).

1.2

Le classificazioni valide dal 1° gennaio 2014 sono l'ICD-10-GM 2012 e la CHOP 2014. È responsabilità del codificatore conoscere il contenuto delle classificazioni e tenere conto delle modifiche e delle novità apportate alle varie versioni.

1.3

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

1.4

Nel corso dell'anno saranno pubblicate informazioni e precisazioni mediante circolari e FAQ semestrali (pubblicate il 31 dicembre 2013 e il 30 giugno 2014, da applicare alle codifiche di tutti i casi con dimissioni dal 1° gennaio 2014 e dal 1° luglio 2014). Tali documenti sono informazioni ufficiali dell'UST e vanno presi in considerazione per ulteriore codifiche.

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

1.5

Le richieste di codifica vanno inviate corredate della documentazione necessaria a CodeInfo@bfs.admin.ch e non a indirizzi personali.

Anche le divergenze di codifica devono essere inviate a CodeInfo@bfs.admin.ch (con copia a all'altra parti), con la documentazione completa del paziente, le argomentazioni e la codifica di entrambe le parti.

2 Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2014

2.1 D15 Trasferimenti (somatico acuto o cliniche di riabilitazione, psichiatriche e altre cliniche specializzate)

Poiché gli "ospedali per trattamenti non acuti" non applicano in maniera uniforme questa regola di codifica, desideriamo aggiungere la seguente precisazione:

Il Manuale di codifica è rivolto a tutti coloro che, nell'ambito della statistica medica degli ospedali, si occupano della codifica di diagnosi e trattamenti dei casi stazionari ed è quindi destinato a **tutti** gli ospedali e le cliniche (indipendentemente dal fatto che si tratti di cure somatico acute o meno).

Il capitolo S21 «Riabilitazione» del Manuale di codifica versione 3.0 è stato inserito nelle nuove direttive di codifica elaborate in conformità a SwissDRG. Le disposizioni per la codifica dei trasferimenti volti a proseguire il trattamento sono ora illustrate nella regola D15:

Trasferimento per proseguire il trattamento

Se un paziente è trasferito in un altro ospedale per **proseguire il trattamento** (indipendentemente se somatico acuto o di riabilitazione/convalescenza, in clinica psichiatrica o in altre cliniche specializzate), ogni ospedale deve codificare un caso separato. Come diagnosi principale è codificata(o) la malattia di base/il traumatismo che rappresenta il motivo principale del trasferimento. Il fatto che il paziente non sia sottoposto a un trattamento primario è indicato con uno dei seguenti codici Z nella prima diagnosi secondaria:
Z47.- Altri trattamenti ortopedici di follow-up, Z48.- Follow-up di altri trattamenti chirurgici, Z50.-! Misure riabilitative, Z51.- Altri trattamenti medici o *Z54.-! Convalescenza.*

In presenza di diagnosi multiple, la diagnosi principale va scelta applicando in modo conseguente la definizione di diagnosi principale (regola G52).

Per la codifica di tutte le altre diagnosi vanno applicate le direttive del Manuale di codifica.

2.2 Pazienti in attesa

Se una degenza è prolungata perché un paziente è in attesa di un posto in un istituto di cura, viene aperto un nuovo caso amministrativo. Dato che questo caso non viene fatturato tramite DRG, nella variabile della statistica medica V4.8.V01 deve apparire «0».

Come diagnosi principale va inserito il codice *Z75.8 Altri problemi connessi a servizi sanitari e altre forme di assistenza sanitaria*; tutte le altre patologie, che corrispondono alla definizione di diagnosi secondaria G54, vanno indicate quali diagnosi secondarie.

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

2.3 Sepsi

L'applicazione della regola S0102 lascia notevoli margini d'interpretazione e ha determinato frequenti divergenze in materia di codifica tra assicuratori malattie e fornitori di prestazioni. Gli esempi di massima riportati nel Manuale di codifica 2013, nei quali la sepsi era presentata come diagnosi principale, sono stati interpretati nel senso di una definizione di diagnosi principale.

Affinché, anche in futuro, i quadri clinici caratterizzati da sepsi siano rappresentati e rimborsati correttamente, il gruppo di lavoro del Manuale di codifica, in collaborazione con gli esperti tecnici e numerosi rappresentanti delle società specialistiche interessate, ha riformulato la direttiva concernente la sepsi S0102, dichiarandola valida dal 1° gennaio 2014. La regola riportata nel Manuale di codifica 2014 e i criteri di SIRS/complicanze d'organo descritti nell'allegato sono quindi privi di validità.

S0102c Sepsi (sostituisce la regola del Manuale di codifica 2014, pag. 61)

Scelta del codice per la sepsi

I codici per la sepsi si trovano nei seguenti capitoli/categorie:

- Nel capitolo I, nelle categorie *A40.- Sepsi streptococcica* e *A41.- Altre forme di sepsi*, tenendo in considerazione le esclusioni.
- Nel capitolo I, nelle singole malattie infettive (p. es. *B37.7 Sepsi da candida*).
- Nel capitolo XVI per la sepsi nei neonati (*P36.- Sepsi batterica neonatale*).
- La sepsi associata ad aborto, gravidanza ectopica, gravidanza molare, parto o puerperio viene indicata con un codice del capitolo XV (*O03-O07, O08.0, O75.3, O85)* unitamente a un codice per la sepsi del capitolo I, per indicare la presenza di una sepsi e l'agente patogeno.
- Malgrado la sepsi appaia già in diversi codici relativi a malattie o disturbi iatrogeni (complicanze), deve sempre essere aggiunto un codice per la sepsi del capitolo I, per indicare la presenza di una sepsi e l'agente patogeno (p.es. *T88.0 Infezione successiva ad immunizzazione*).

La sepsi viene indicata con i seguenti codici (per la sequenza vedi sotto):

- il codice per la sepsi (a seconda dell'agente patogeno)
- eventualmente un codice da *B95.-!* o *B96.-!*, se si dispone di informazioni supplementari
- un codice da *U80!-U85!* per un'eventuale resistenza
- il codice SIRS (*R65.-*) con eventuali codici relativi a complicanze d'organo
- il codice dello shock settico (*R57.2*), se presente
- il focolaio d'infezione

Sequenza dei codici o scelta della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie

1) Se il medico diagnostica una sepsi nell'ambito di un'infezione d'organo ma **senza** complicanze/disfunzioni d'organo, l'infezione precede il codice per la sepsi (vedi esempi 1 e 2).

2) Se il medico diagnostica una sepsi grave oppure una sepsi con shock settico nell'ambito di un'infezione d'organo **con** complicanze/disfunzioni d'organo, il codice per la sepsi precede gli altri codici (vedi esempi 3 e 4).

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

3) Se una sepsi si manifesta come malattia o disturbo iatrogeno (complicanza) nel corso di una degenza stazionaria, va osservata la regola D12/D16. Nel caso degli esempi sotto riportati, si tratta poi semplicemente di rispettare la sequenza dei codici.

4) Se viene menzionato più di uno stato (ad es. polmonite, sepsi, infarto miocardico), va applicata la regola G52. Se una sepsi o una sepsi grave nel corso di una degenza stazionaria non richiede il maggior dispendio di risorse mediche, va codificata come diagnosi secondaria e nel caso degli esempi sotto riportati si tratta semplicemente di rispettare la sequenza dei codici.

Esempi di codifica:

A. Infezione e sepsi / Sepsi (legero) in caso di infezione

DP: Infezione
DS: Sepsi
DS: SIRS **senza** complicanze/disfunzioni d'organo

Esempio 1

Sepsi e polmonite non specificati.

DP	*J18.8*	*Altre polmoniti da microorganismi non specificati*
DS	*A41.9*	*Sepsi non specificata*
DS	*R65.0!*	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) di origine infettiva senza complicanze d'organo*

Esempio 2

Sepsi da stafilococco e polmonite da stafilococco

DP	*J15.2*	*Polmonite da stafilococco*
DS	*A41.2*	*Sepsi da stafilococco non specificato*
DS	*R65.0!*	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) di origine infettiva senza complicanze d'organo*

B. Sepsi grave, sepsi con complicanze/disfunzioni d'organo

DP: Sepsi
DS: SIRS **con** complicanze/disfunzioni d'organo
DS: Complicanze d'organo
DS: Focolaio d'infezione

Esempio 3

Sepsi da stafilococco con trombopenia e polmonite da stafilococco

DP	*A41.2*	*Sepsi da stafilococco non specificato*
DS	*R65.1!*	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) di origine infettiva con complicanze d'organo*
DS	*D69.5-*	*Trombocitopenia secondaria*
DS	*J15.2*	*Polmonite da stafilococco*

C. Sepsi con shock settico

DP: Sepsi
DS: SIRS **con** complicanze/disfunzioni d'organo
DS: Shock settico
DS: Complicanze d'organo
DS: Focolaio d'infezione

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

Esempio 4
Shock settico in caso di sepsi da streptococco di gruppo C con trombopenia e polmonite da streptococco di gruppo C.

DP	*A40.8*	*Altre forme di sepsi streptococcica*
DS	*B95.41!*	*Streptococco, gruppo C, come causa di malattie classificate in altri settori*
DS	*R65.1!*	*Sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) di origine infettiva con complicanze d'organo*
DS	*R57.2*	*Shock settico*
DS	*D69.5-*	*Trombocitopenia secondaria*
DS	*J15.4*	*Polmonite da altri streptococchi*

Caso particolare
In caso di sepsi con focolaio d'infezione sconosciuto, l'infezione va indicata con il codice *B99 Altre e non specificate malattie infettive*.

Osservazione: Il termine «Septikämie» non è più utilizzato nel tedesco corrente. Il francese non conosce il termine «sepsis» e si parla, quindi, di «septicémie».

Complicanze d'organo (sostituisce la pagina 147)

I criteri validi per la codifica di una SIRS e la definizione di complicanze/disfunzioni d'organo sono riportati, d'intesa con le società specialistiche, nella tabella della letteratura medica sotto indicata.

Per gli adulti (dal compimento del 16° anno d'età): N Engl J Med 2013, 369:840-51, D.C. Angus et al. Severe Sepsis and septic Shock
http://www.sbmt.org.br/news/n26/imagens/NEJMra1208623.pdf
Questa tabella è in corso di traduzione e sarà messa a disposizione su richiesta in formato PDF all'inizio del 2014.

Per i bambini al di sotto dei 16 anni si applicano valori standard dipendenti dall'età per la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, i leucociti, la pressione sanguigna e le disfunzioni degli organi. Link alla letteratura medica approvata in materia:
Pediatr Crit Care Med. 2005 Jan; 6(1): 2-8. *„International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics".*

2.4 Malnutrizione

1. Definizione degli stadi della malnutrizione:

E43 Grave malnutrizione proteico-energetica non specificata
Una malnutrizione grave è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

a) Score complessivo NRS (Nutritional Risk Screening*) pari almeno a 5
e
b) BMI <18,5 kg/m2 con condizioni generali ridotto
oppure
perdita di peso involontaria >5% in 1 mese e condizioni generali ridotto
oppure
involontariamente non ha mangiato praticamente nulla nell'ultima settimana (0 - 25% del fabbisogno), il che corrisponde a un peggioramento dello stato nutrizionale di grado 3.

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

E44.0 Malnutrizione proteico-energetica di grado moderato
Una malnutrizione grave è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

a) Score NRS complessivo pari almeno a 4
e
b) BMI 18,5 - 20,5 kg/m2 con condizioni generali ridotto
oppure
perdita di peso involontaria >5% in 2 mesi e condizioni generali ridotto
oppure
involontariamente ha mangiato meno della metà nell'ultima settimana (25-50% del fabbisogno), il che corrisponde a un peggioramento dello stato nutrizionale di grado 2.

E44.1 Malnutrizione proteico-energetica di grado lieve
Una malnutrizione grave è presente quando si riscontrano le 2 condizioni seguenti:

a) Score NRS complessivo pari almeno a 3
e
b) perdita di peso involontaria >5% in 3 mesi
oppure
involontariamente ha mangiato meno nell'ultima settimana (50-75% del fabbisogno), il che corrisponde a un peggioramento dello stato nutrizionale di grado 1.

Tabella esplicativa della classificazione della diagnosi di malnutrizione CIM

Grado di peggioramento dello stato nutrizionale		1	2	3
Score NRS complessivo*	≥ 5	E44.1	E44.0	E43
	4	E44.1	E44.0	E44.0
	3	E44.1	E44.1	E44.1

2. Codifica:

a) Può essere codificata una malnutrizione CIM-10 ***E43***, se è stata effettuata **una** delle seguenti procedure:

89.0A.4- Terapia dietetica multimodale
oppure
89.0A.32 Consulenza e terapia dietetica
di almeno 2 unità di trattamento da parte di una/un dietista dipl. SSS/SUP

b) Può essere codificata una malnutrizione CIM-10 ***E44***, se è stata effettuata **almeno una** delle seguenti procedure:

89.0A.32 Consulenza e terapia dietetica
89.0A.4- Terapia dietetica multimodale
96.6 Infusione enterale di sostanze nutrizionali concentrate, almeno 5 giorni di trattamento
99.15 Infusione parenterale di sostanze nutrizionali concentrate, almeno 5 giorni di trattamento

Osservazione:
Se i criteri non sono soddisfatti (definizione di malnutrizione e/o procedura) va utilizzata la codifica ***E46*** *Malnutrizione proteico energetica non specificata*.

* Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002.Clin Nutr (2003);22(3):321–336

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

2.5 IMCU – Intermediate Care Unit

La CHOP 2014 contiene due nuovi codici per trattamenti complessi.
99.B8.1 Trattamento complesso dell'adulto in unità di terapia intermedia (IMCU)
99.B8.2 Trattamento complesso in età infantile in unità di terapia intermedia (IMCU)

Per il calcolo dei punti risorse si rilevano gli score SAPS e NEMS o PIM 2. Questi punti **non** vanno riportati nel record medico del reparto di cure intensive (variabili 4.4V02-4.4V04).
Tutte le ore di respirazione artificiale (si veda la regola S1001c) nell'IMCU vanno annotate nel record medico del reparto di cure intensive (variabili 4.4V02-4.4V04) **solo fino alla fine del 2014**.

3 Informazioni supplementari sulla CHOP

3.1 Informazione sulle plastiche di pelle, lo sbrigliamento o la distruzione di lesioni cutanee

Per parecchie procedure cutanee, la CHOP fa differenza tra plastica estesa o non estesa. Per questi interventi, la plastica sarà considerata come non estesa se la superficie trattata non supera i 4 cm^2 o 1 cm^3. Se più di un trattamento viene effettuato nella stessa regione (ad esempio la mano), bisogna sommare tutte le superfici. Questo non vale per interventi multipli su più regioni del corpo.

3.2 Doppioni per inserzione di pacemaker

I codici 37.88.10 e 00.50.10 nonchè 37.89.31 e 00.53.00 sono doppioni.
Per la codifica e la corretta fatturazione sono da indicare tassativamente 00.50.10 oppure 00.53.00.

I codici 37.94.03 e 00.51.10 non sono doppioni, la differenza consiste nel monitoraggio a distanza.

3.3 Forma singolare e plurale tra parentesi

Concerne tutte e tre le versioni linguistiche
I seguenti codici (00.65.11 e 39.90.30 – 39.90.39) valgono sia per la forma singolare che per quella plurale (microstents → microstent(s).

Corretto:
00.65.11 Inserzione percutanea transluminale di microstent(s) vascolari intracranici

39.90.30 Inserzione di stent(s) extralunghi (> 10 cm) in vasi non cardiaci, NAS
39.90.31 Inserzione di bare stent(s) extralunghi (> 10 cm) in vasi non cardiac
39.90.32 Inserzione di stent(s) ricoperti extralunghi (> 10 cm) in vasi non cardiaci
39.90.39 Inserzione di stent(s) extralunghi (> 10 cm) in vasi non cardiaci, altro

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

3.4 02.41 Correzione nelle informazioni supplementari del codice

Concerne tutte e tre le versioni linguistiche

Nel codice 02.41 «Irrigazione ed esplorazione di shunt ventricolare», il testo «Riprogrammazione di shunt ventricoloperitoneale» è attribuito al tipo item sbagliato. Non si tratta di una descrizione integrativa, ma di un'inclusione. La riprogrammazione di shunt ventricoloperitoneale è inclusa nell'irrigazione ed esplorazione di shunt ventricolare. Se viene effettuata solo una riprogrammazione di shunt ventricoloperitoneale non può essere impiegato il codice 02.41.

Corretto:

02.41 Irrigazione ed esplorazione di shunt ventricolare

Esplorazione di shunt ventricolo-peritoneale
a localizzazione ventricolare
INCL. Riprogrammazione di shunt ventricoloperitoneale

3.5 36.16 Errore di traduzione nella versione francese

Concerne solo la versione francese

Il titolo in tedesco del codice 36.16 «Zweifacher A. mammaria interna-Koronararterien Bypass» è corretto. Il titolo corretto in francese è «Double pontage entre une artère mammaire interne et des artères coronaires».

3.6 37.27 Esclusione dell'ablazione con l'aiuto di mapping tridimensionale

Concerne tutte e tre le versioni linguistiche

Al 37.27 Mappatura del cuore va introdotta un'esclusione riferita al 37.34.14 Ablazione con l'aiuto di mapping tridimensionale.

Corretto:

37.27 Mappatura del cuore

Codificare anche: Eventuale procedura concomitante
ESCL. *Registrazione del fascio di His (37.29)*
Ablazione con l'aiuto di mapping tridimensionale con o senza misurazione della pressione d'appoggio (37.34.14)

3.7 37.34.14 *Ablazione con l'aiuto di mapping tridimensionale con o senza misurazione della pressione d'appoggio*

Concerne tutte e tre le versioni linguistiche

Il codice 37.34.14 deve essere impiegato per l'ablazione con aiuto di mapping tridimensionale sia con che senza la misurazione della pressione di appoggio (come l'anno scorso).

Corretto: **37.34.14** ***Ablazione con l'aiuto di mapping tridimensionale con o senza misurazione della pressione d'appoggio***

3.8 39.71.14 e 39.71.15 Errore nella denominazione della protesi

Concerne tutte e tre le versioni linguistiche

La protesi tubolare di cui ai codici 39.71.14 e 39.71.15 non è aorto-bi-illiaca ma aortica.

Corretto:

39.71.14 Impianto endovascolare di protesi nell'aorta addominale, protesi tubolare, aortica, senza fenestrazione o diramazione

39.71.15 Impianto endovascolare di protesi nell'aorta addominale, protesi tubolare, aortica, con fenestrazione o diramazione

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

3.9 78.49.86 e 78.49.87 Uso di matrice ossea umana, demineralizzata - Integrazione

Concerne tutte e tre le versioni linguistiche

I titoli dei codici 78.49.86 e 78.49.87 vanno completati con «nella colonna vertebrale».

Corretto:

78.49.86 Uso di matrice ossea umana, demineralizzata, nella colonna vertebrale, senza arricchimento di osteoblasti

78.49.87 Uso di matrice ossea umana, demineralizzata, nella colonna vertebrale, con arricchimento di osteoblasti

3.10 93.89.1 Errore di copia-incolla nel titolo

Concerne solo la versione francese

Il titolo del codice 93.89.1 dovrebbe recitare semplicemente «Rééducation neurologique et neurochirurgicale précoce».

Corretto:

93.89.1 Rééducation neurologique et neurochirurgicale précoce

3.11 Versione stampata tedesca: errori di sequenza

Concerne solo la versione tedesca

Codice 88.39.10

Il codice 88.39.10 «Intraoperatives Röntgen» appare al termine del paragrafo 88.39 «Sonstige und nicht bezeichnete Radiographie», mentre invece dovrebbe figurare dopo il codice 88.39.00 «Sonstige und nicht näher bezeichnete Radiographie, n.n.bez.».

Codice 88.79.50

Il codice 88.79.50 «Intraoperativer Ultraschall» appare al termine del paragrafo 88.79 «Sonstiger diagnostischer Ultraschall», mentre invece dovrebbe figurare dopo il codice 88.79.41 «Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane, transvaginal».

Codice 96.5

Il codice 96.5 «Sonstige nicht-operative Spülung und Reinigung» appare erroneamente al termine del paragrafo 96 «Nicht-operative Sondeneinlage und Spülung», mentre invece, nella versione stampata, dovrebbe figurare prima del codice 96.56 «Sonstige Lavage von Bronchus und Trachea».

3.12 99.07 Errore nel titolo e nella descrizione integrativa

Concerne la versione tedesca, francese e italiana

È stato modificato il titolo al posto della descrizione integrativa.

Corretti:

99.07 Trasfusione di altro siero

Trasfusione di plasma (incl. Fresh Frozen Plasma (FFP))

3.13 99.BA.12 Errore nel titolo

Concerne la versione tedesca e francese

Nel codice 99.BA.12 relativo al trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto in Stroke Center manca l'indicazione della durata del trattamento.

Corretto:

99.BA.12 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in Stroke Center (SC), mehr als 72 Stunden

99.BA.12 Traitement neurologique complexe de l'AVC aigu en stroke center (SC), de plus de 72 heures

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

3.14 Modifica dei requisiti minimi dei codici 99.BA.1, 99.BA.2 e 99.BA.3 relativi al trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto

Concerne tutte e tre le versioni linguistiche
I seguenti criteri per i codici relativi al trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto sostituiscono quelli pubblicati nella CHOP 2014.

99.BA.1 Trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto in Stroke Center (SC)
Nota:
Questo codice può essere impiegato anche in presenza di un TIA (attacco ischemico transitorio).
Se il caso è oltre le possibilità terapeutiche dell'unità di trattamento del colpo apoplettico e vi è l'indicazione per un trattamento in unità di cure intensive riconosciuta dalla SSMI, è possibile, qualora siano soddisfatti i requisiti minimi di questo codice CHOP, includere la durata di trattamento nell'unità di cure intensive nella codifica del trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto, anche se nell'unità di cure intensive non sono curati esclusivamente pazienti con colpo apoplettico acuto.

Nota:
Requisiti minimi:
assistenza da parte di un team interdisciplinare specializzato nel trattamento del colpo apoplettico, diretto da uno specialista in neurologia. Trattamento in un'unità specialistica (Stroke Center [SC]) (secondo i criteri della Società cerebrovascolare svizzera) o in un'unità di cure intensive riconosciuta dalla SSMI (secondo i criteri della Società svizzera di medicina intensiva SSMI).
Le direttive e i requisiti della Società cerebrovascolare svizzera per quanto riguarda le Stroke Unit e gli Stroke Center (aggiornamento 12.2012) sono consultabili al link seguente:
http://www.neurovasc.ch/tl_files/Forschung/Publikationen/Anforderungsprofil_Richtlinien_smf-01293.pdf

Ulteriori requisiti:
1.) Presenza permanente (7 giorni su / 24 ore su 24) di uno specialista in neurologia o di un medico in formazione specialistica in neurologia. Quest'ultimo, durante il giorno, è incaricato solo di occuparsi dei pazienti con colpo apoplettico della sua unità, anche se può essere chiamato a valutare pazienti colpiti da colpo apoplettico al di fuori della sua unità e per i quali è in discussione l'ammissione nell'unità stessa. Nel resto del tempo gli è concesso prendersi cura di altri pazienti neurologici, a patto che si trovino nelle vicinanze, cosicché il medico possa sempre essere disponibile per i pazienti affetti da insulto cerebrale degenti nella sua unità.
2.) Monitoraggio 7g/24 ore di almeno 5 dei seguenti parametri: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ECG, respirazione, saturazione dell'ossigeno, temperatura, misurazione invasiva della pressione arteriosa, misurazione della pressione intracranica, EEG, potenziali evocati, determinazione del livello di glucosio.
Ogni 6 ore, controllo e documentazione dei reperti neurologici per riconoscere tempestivamente una progressione dell'insulto cerebrale, una recidiva dello stesso o altre complicazioni.
3.) Diagnostica: esecuzione di una tomografia computerizzata o di una risonanza magnetica nucleare della testa con rappresentazione delle arterie della testa e del collo entro 25 minuti. Disponibilità di procedure diagnostiche neurosonografiche extra-transcraniche entro 24 ore.
Diagnostica eziologica e differenziale del colpo apoplettico (es. ecocardiografia transesofagea, emostasiologia, diagnostica delle angiti, EEG e altre procedure) nel proprio centro clinico.
Possibilità di accertamento neuropsicologico entro 2 giorni lavorativi.
4.) Trattamento acuto:
disponibilità immediata di trombolisi endovenosa 7g/24 ore. Esecuzione di emergenza di interventi neurochirurgici o neuroradiologici interventistici a opera di medici specialisti (secondo i criteri della SCS) presso il medesimo istituto entro 90 minuti. Rivascolarizzazione della carotide (endoarteriectomia o stenting a opera di medici specialisti qualificati secondo i criteri della SCS) entro 24 ore.

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

5.) Avvio immediato di misure fisioterapeutiche con almeno un'unità di trattamento al giorno (7g) nonché ergoterapiche e/o logopediche con almeno un'unità di trattamento per ogni giorno feriale (lun-ven) in presenza di deficit corrispondente.

99.BA.2 Altro trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto in Stroke Unit (SU)

Nota:
Nota: questo codice può essere impiegato anche in presenza di un TIA (attacco ischemico transitorio). Se il caso è oltre le possibilità terapeutiche dell'unità di trattamento del colpo apoplettico e vi è l'indicazione per un trattamento in unità di cure intensive riconosciuta dalla SSMI, è possibile, qualora siano soddisfatti i requisiti minimi di questo codice CHOP, includere la durata di trattamento nell'unità di cure intensive nella codifica del trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto, anche se nell'unità di cure intensive non sono curati esclusivamente pazienti con colpo apoplettico acuto.

Nota:
Requisiti minimi:
assistenza da parte di un team interdisciplinare specializzato nel trattamento del colpo apoplettico, diretto da uno specialista in neurologia.
Trattamento in un'unità specialistica (Stroke Unit [SU]) o in un'unità di cure intensive riconosciuta dalla SSMI (secondo i criteri della Società cerebrovascolare svizzera SCS o della Società svizzera di medicina intensiva SSMI).
Le direttive e i requisiti della Società cerebrovascolare svizzera per quanto riguarda le Stroke Unit e gli Stroke Center (aggiornamento 12.2012) sono consultabili al link seguente:
http://www.neurovasc.ch/tl_files/Forschung/Publikationen/Anforderungsprofil_Richtlinien_smf-01293.pdf

Ulteriori requisiti:
1. La direzione del trattamento è assicurata da uno specialista in neurologia: presenza di un neurologo in ospedale per assistere i pazienti della SU per 10 ore durante la giornata; durante la notte e il fine settimana è disponibile un servizio di reperibilità che comporta la costante responsabilità dello specialista in neurologia, il quale, in caso di necessità, deve raggiungere il paziente entro 35 minuti.
2. Monitoraggio 7g/24 ore di almeno 5 dei seguenti parametri: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ECG, respirazione, saturazione dell'ossigeno, temperatura, determinazione del livello di glucosio. Ogni 6 ore, controllo e documentazione dei reperti neurologici per riconoscere tempestivamente una progressione dell'insulto cerebrale, una recidiva dello stesso o altre complicazioni.
3. Esecuzione di una tomografia computerizzata (TAC spirale) o di una risonanza magnetica nucleare della testa con rappresentazione delle arterie della testa e del collo entro 25 minuti. Disponibilità di procedure diagnostiche neurosonografiche extra-transcraniche entro 24 ore. Diagnostica eziologica e differenziale del colpo apoplettico (es. ecocardiografia transesofagea, emostasiologia, diagnostica delle angiti, EEG e altre procedure) presso l'istituto. Garantita l'esecuzione di angiografia cerebrale in collaborazione con l'SC 7g/24 ore.
4. Trattamento acuto: disponibilità immediata di trombolisi endovenosa 7g/24 ore.
Trasferimento entro 60 minuti per esecuzione di emergenza di interventi neurochirurgici o neuroradiologici ad opera di medici specialistici (secondo accordo scritto tra SU e SC).
Effettuazione di endoarteriectomia carotidea nel proprio centro o, secondo accordo scritto, in SC entro 24 ore
5. Avvio immediato di misure fisioterapeutiche con almeno un'unità di trattamento al giorno (7g) nonché ergoterapiche e/o logopediche con almeno un'unità di trattamento per ogni giorno feriale (lun-ven) in presenza di deficit corrispondente.

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

99.BA.3 Altro trattamento complesso del colpo apoplettico acuto con ricorso a un centro di telemedicina neurologica

Nota:
questo codice può essere impiegato anche in presenza di un TIA (attacco ischemico transitorio).

Nota:
Requisiti minimi: assistenza da parte di un team specializzato diretto da uno specialista di medicina interna e/o terapia intensiva con ricorso a un centro di telemedicina neurologica.

Ulteriori requisiti:
1. Monitoraggio 24 ore su 24 di almeno 4 dei seguenti parametri: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ECG, respirazione, saturazione dell'ossigeno, temperatura. Ogni 6 ore, controllo e documentazione dei reperti neurologici per riconoscere tempestivamente una progressione dell'insulto cerebrale, una recidiva dello stesso o altre complicazioni.
2. Esecuzione di una tomografia computerizzata (TAC spirale) o di una risonanza magnetica nucleare della testa con rappresentazione delle arterie della testa e del collo entro 60 minuti in caso di indicazione ad una lisi, altrimenti entro 6 ore dal ricovero. Procedure diagnostiche neurosonografiche (extra e transcraniche) ed EEG disponibili in caso di necessità.
Diagnostica eziologica e differenziale del colpo apoplettico (es. ecocardiografia transesofagea, emostasiologia, diagnostica delle angiti e altre procedure) presso l'istituto. Garantita l'esecuzione di angiografia cerebrale 7g/24 ore, in sede o in collaborazione con l'SC/SU.
3. Disponibilità immediata di trombolisi endovenosa 7g/24 ore.
4. Avvio immediato (entro 24 ore) di misure fisioterapeutiche con almeno un'unità di trattamento al giorno (7g) nonché ergoterapiche e/o logopediche con almeno un'unità di trattamento per ogni giorno feriale (lun-ven) in presenza di deficit corrispondente.

4 Divers

4.1 ICD-10-GM 2014 – Versione tedesca

Si prega di notare che nel 2015 sarà in vigore la classificazione delle diagnosi ICD-10-GM 2014. Vi raccomandiamo di effettuare sin d'ora le ordinazioni della versione tedesca nelle librerie.

Le versioni francese e italiana verranno messe a disposizione dall'UST nel corso del 2014.

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