



Circolare per codificatori: 2018 / N 1

1. Nozioni generali

1.1. Basi

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 2018 sono validi:

- il manuale di codifica versione 2018
- la circolare n. 1 del 2018 con allegato

Le regole pubblicate nel Manuale di codifica 2018 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 utilizzati per registrare le diagnosi e i trattamenti. Di conseguenza, i partecipanti alla rilevazione (gli stabilimenti ospedalieri) sono tenuti per legge a utilizzare le classificazioni e il Manuale di codifica validi indicati dalle direttive dell'UST. Se questa non è ancora la pratica seguita, è necessario cambiare immediatamente il modo di procedere. È vietato l'uso di altri manuali (p. es. il manuale di codifica di Germania o altri manuali interni dell'ospedale).

Novità: introduzione della struttura tariffale nell'ambito della psichiatria degli adulti (TARPSY) il 1° gennaio 2018

Secondo l'articolo 49 della legge federale sull'assicurazione malattie, per la remunerazione di prestazioni stazionarie in ambito psichiatrico occorre utilizzare un sistema tariffale unico a livello nazionale che si rifaccia alle prestazioni.

Nel quadro dell'introduzione del nuovo sistema tariffale vengono apportati diversi adeguamenti agli strumenti di codifica (ad es. classificazioni e regole di codifica). Le scale di valutazione HoNOS e HoNOSCA sono già state inserite nella versione 2017 della Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP; codici 94.A- HoNOS e HoNOSCA). Nella versione 2018 sono state apportate diverse modifiche alla categoria 94.- «Procedure relative alla psiche». Nella versione 2018 del Manuale di codifica medica sono stati integrati esempi concreti riguardanti diagnosi e trattamenti psichiatrici. Per la psichiatria valgono le **regole di codifica ufficiali in vigore in Svizzera**.

1.2. Classificazioni valide

Le classificazioni valide dal 1° gennaio 2018 sono l'ICD-10-GM 2016 e la CHOP 2018. È responsabilità del codificatore conoscere il contenuto delle classificazioni e tenere conto delle modifiche e delle novità apportate alle varie versioni.

Come promemoria, riguardante l'ICD-10-GM in tedesco:

Attenzione: nel 2019/2020 si codificherà in Svizzera con l'ICD-10-GM 2018.

Poiché la Germania codificherà già nel 2018 con la versione ICD-10-GM 2018, raccomandiamo di ordinare rapidamente la versione 2018 in libreria (la versione in tedesco non è disponibile presso l'UST), prima che le scorte si esauriscano.

1.3. Versioni di riferimento

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

1.4. Circolare e allegato

La circolare contiene le basi e le informazioni supplementari (correzioni incluse) sul Manuale di codifica e sulle classificazioni. L'allegato contiene delle informazioni e precisazioni. Questi documenti sono informazioni ufficiali dell'UST e devono essere presi in considerazione per le ulteriori codifiche.

Le circolari e i relativi allegati sono pubblicati nei periodi seguenti.

- Circolare per codificatori, 2018 / n. 1: 31 dicembre 2017 (da utilizzare per i casi con dimissioni dal 1° gennaio 2018).
- Circolare per codificatori, 2018 / n. 2: 30 giugno 2018 (da utilizzare per i casi con dimissioni dal 1° luglio 2018).

1.5. Domande sulla codifica

Saranno trattate unicamente le domande inerenti alla codifica **corredate dalla documentazione anonimizzata** (rapporto d'uscita, rapporto operatorio e foglio di codifica) e inviate all'indirizzo CodeInfo@bfs.admin.ch.

Anche le divergenze di codifica e i casi di revisione devono essere inviati a CodeInfo@bfs.admin.ch (con copia all'altra parte), con **la documentazione anonimizzata completa del paziente, le argomentazioni e la codifica di entrambe le parti**.

I collaboratori dell'UST sottostanno unicamente al segreto statistico (conformemente all'art. 14 della legge sulla statistica federale).

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

Una raccomandazione è valida unicamente per un singolo caso specifico e non può essere applicata ad altri casi.

1.6. Informazione preliminare

Con riferimento a «*The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*», sono in corso lavori per adeguare la definizione della sepsi in Svizzera. Se questi hanno esito positivo, le nuove definizioni per la diagnosi della sepsi dovrebbero essere introdotte dal 01.01.2019

Per informazione, troverete i criteri Sepsis-3 per gli adulti sotto il seguente link: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>. I criteri per i bambini sono attualmente in fase di valutazione.

2. Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2018

2.1. Correzione contrassegno S1001

Riguarda solo la versione francese. – vedi: Circulaire 2018/n° 1 FR.

3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2018

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso

3.1. Codifiche analogiche

- Flow diverter

Il 30 novembre 2017, d'intesa con l'UST, SwissDRG SA ha pubblicato una codifica analoga. Queste codifiche per analogia devono essere applicate in modo vincolante e uniforme fino al momento della creazione di codici differenziati attraverso una procedura ordinaria di domanda. Sono valide a partire dalla pubblicazione e rilevanti per le eventuali revisioni della codifica.

<https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/sistema-Swissdrg-70/codifica-per-analogia>

3.2. Correzioni nell'introduzione della CHOP

Riguarda solo la versione tedesca. - vedi: Rundschreiben 2018/Nr. 1 DE.

3.3. Precisazione «complement» mancante

Nelle file CSV Indice sistematico della CHOP 2018, rispettivamente CHOP 2018 Multilang, per i codici seguenti manca la precisazione «complement»:

zcode	Item-type	text	codable
Z00.9A.60	T	Utilizzo di impianti e modelli personalizzati predisposti, NAS.	complement
Z00.9A.63	T	Utilizzo di modelli personalizzati fabbricati prima dell'intervento sulla base di ricostruzioni tridimensionali di immagini per navigazione (comprende: incisione, trapanazione, posizionamento)	complement
Z00.9A.69	T	Utilizzo di impianti e modelli personalizzati predisposti, altro	complement

3.4. Incluso mancante sotto 04.81.25

Riguarda solo la versione tedesca. - vedi: Rundschreiben 2018/Nr. 1 DE.

3.5. Incluso da aggiungere sotto 39.72.13

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il codice 39.72.13 deve essere completato come segue:

39.72.13 Embolizzazione selettiva di vasi intracranici mediante deviatori di flusso

INCL. Flow Diverter intra aneurismatico

3.6. Correzione del titolo 52.93.20

Riguarda solo la versione italiana.

Nel codice 52.93.20 occorre cancellare il «non»: l'inserzione o sostituzione si riferisce a uno stent autoespandente (protesi). Il titolo corretto è:

52.93.20 Inserzione o sostituzione endoscopica di uno stent ~~non~~ autoespandente (protesi) nel dotto pancreatico

3.7. Correzione dei link sotto 94.A1.- HoNOS e 94.A2.- HoNOSCA

Riguarda solo la versione tedesca. - vedi: Rundschreiben 2018/Nr. 1 DE.

3.8. Trattamento infermieristico complesso 99.C1.- nota e allegato

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

I Requisiti minimi punto 07, trasferimento interno vengono cancellati. Ciò che conta sono le prestazioni fornite nel relativo ambito.

99.C1 Trattamento infermieristico complesso, secondo il numero di punti risorse

[...]

~~Requisiti minimi punto 07, trasferimento interno:~~

~~In caso di trasferimenti interni da unità di cure generali verso un'unità di cure specialistiche (IPS, IMC, Stroke Unit ecc.) non è possibile registrare i punteggi il giorno del trasferimento.~~

~~In caso di trasferimenti interni da unità di cure specialistiche (IPS, IMC, Stroke Unit ecc.) verso un'unità di cure generali è possibile registrare i punteggi il giorno del trasferimento.~~

[...]

Nell'allegato a Trattamento infermieristico complesso sotto «Gruppo di prestazioni 4: Gestione delle ferite» le indicazioni relative a «Criterio di misurazione / requisito minimo» sono sostituite come segue:

4	Gruppo di prestazioni 4: Gestione delle ferite	Profilo di intervento infermieristico	Criterio di misurazione / requisito minimo	Punti risorse al giorno
4.1	Richiesta di risorse infermieristiche notevolmente maggiore per almeno un profilo di intervento infermieristico del gruppo di prestazioni Gestione delle ferite rispetto agli interventi infermieristici di routine.	Gestione sistematica delle ferite, intesa come: - diagnosi e classificazione delle ferite, durata, localizzazione, dimensioni, margini, aree circostanti, motivi, essudazione, odore delle ferite, segni di infiammazione, dolori - trattamento delle ferite: pulizia e/o disinfezione e fasciatura delle ferite e/o fissaggio delle fasce - valutazione sistematica del processo di guarigione delle ferite	almeno 60 min. al giorno	1

3.9. Soppressione della sottocategoria AA.12.- Functional Independence Measure™ (FIM®)

La sottocategoria AA.12.- «Functional Independence Measure™ (FIM®)» deve essere soppressa dalla CHOP 2018. Tutte le informazioni complementari e i codici figli della sottocategoria AA.12.- devono quindi essere cancellati.

~~AA.12 — Functional Independence Measure™ (FIM)~~

~~ESCL. — Omettere il codice — Indice de Barthel ampliato (EBI) (AA.11.-)~~

~~Omettere il codice — Spinal Cord Independence Measure (SCIM) (AA.32.-)~~

~~Nota: — Punto 0, documenti di riferimento:~~

~~Per la rilevazione della FIM valgono le direttive del manuale «The FIM System® Clinical Guide Version 5.2» della società UDSMR ovvero il loro estratto del 10/2013 fornito dall'ANQ.~~

~~Punto 1, utilizzo:~~

~~I seguenti codici sono utilizzati solo per pazienti degenti in un reparto di riabilitazione."~~

~~Punto 2, descrizione sintetica:~~

~~La Functional Independence Measure™ (FIM) rappresenta il grado di indipendenza del paziente nello svolgimento delle funzioni della vita quotidiana, fondandosi sui cataloghi dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) o sulle informazioni complementari all'ICD-10-GM del Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)."~~

~~Punto 3, rilevazione:~~

~~I codici vanno rilevati al momento dell'ammissione, entro 3 giorni, nonché per tutta la durata della riabilitazione stazionaria sempre lo stesso giorno della settimana dell'ammissione (dom.-ven. tolleranza + 1 giorno, sab. tolleranza + 2 giorni). Ciascun criterio è classificato in 7 gradi di gravità che vanno da 1 («Dipendenza completa») a 7 («Autonomia completa»). I livelli vanno rappresentati esattamente secondo le definizioni della FIM.~~

~~AA.12.1 — FIM 1, mangiare e bere~~

~~AA.12.11 — FIM 1, score 1~~

~~AA.12.12 — FIM 1, score 2~~

~~AA.12.13 — FIM 1, score 3~~

~~AA.12.14 — FIM 1, score 4~~

~~AA.12.15 — FIM 1, score 5~~

~~AA.12.16 — FIM 1, score 6~~

~~AA.12.17 — FIM 1, score 7~~

~~AA.12.2 — FIM 2, cura del corpo~~

~~AA.12.21 — FIM 2, score 1~~

~~AA.12.22 — FIM 2, score 2~~

~~AA.12.23 — FIM 2, score 3~~

~~AA.12.24 — FIM 2, score 4~~

~~AA.12.25 — FIM 2, score 5~~

~~AA.12.26 — FIM 2, score 6~~

~~AA.12.27 — FIM 2, score 7~~

~~AA.12.3 — FIM 3, lavarsi (bagno, doccia)~~
~~AA.12.31 — FIM 3, score 1~~
~~AA.12.32 — FIM 3, score 2~~
~~AA.12.33 — FIM 3, score 3~~
~~AA.12.34 — FIM 3, score 4~~
~~AA.12.35 — FIM 3, score 5~~
~~AA.12.36 — FIM 3, score 6~~
~~AA.12.37 — FIM 3, score 7~~
~~AA.12.4 — FIM 4, vestirsi dalla vita in su~~
~~AA.12.41 — FIM 4, score 1~~
~~AA.12.42 — FIM 4, score 2~~
~~AA.12.43 — FIM 4, score 3~~
~~AA.12.44 — FIM 4, score 4~~
~~AA.12.45 — FIM 4, score 5~~
~~AA.12.46 — FIM 4, score 6~~
~~AA.12.47 — FIM 4, score 7~~
~~AA.12.5 — FIM 5, vestirsi dalla vita in giù~~
~~AA.12.51 — FIM 5, score 1~~
~~AA.12.52 — FIM 5, score 2~~
~~AA.12.53 — FIM 5, score 3~~
~~AA.12.54 — FIM 5, score 4~~
~~AA.12.55 — FIM 5, score 5~~
~~AA.12.56 — FIM 5, score 6~~
~~AA.12.57 — FIM 5, score 7~~
~~AA.12.6 — FIM 6, igiene perineale~~
~~AA.12.61 — FIM 6, score 1~~
~~AA.12.62 — FIM 6, score 2~~
~~AA.12.63 — FIM 6, score 3~~
~~AA.12.64 — FIM 6, score 4~~
~~AA.12.65 — FIM 6, score 5~~
~~AA.12.66 — FIM 6, score 6~~
~~AA.12.67 — FIM 6, score 7~~
~~AA.12.7 — FIM 7, controllo sfinterico: vescico~~
~~AA.12.71 — FIM 7, score 1~~
~~AA.12.72 — FIM 7, score 2~~
~~AA.12.73 — FIM 7, score 3~~
~~AA.12.74 — FIM 7, score 4~~
~~AA.12.75 — FIM 7, score 5~~
~~AA.12.76 — FIM 7, score 6~~
~~AA.12.77 — FIM 7, score 7~~
~~AA.12.8 — FIM 8, controllo sfinterico: alvo~~
~~AA.12.81 — FIM 8, score 1~~
~~AA.12.82 — FIM 8, score 2~~
~~AA.12.83 — FIM 8, score 3~~
~~AA.12.84 — FIM 8, score 4~~
~~AA.12.85 — FIM 8, score 5~~
~~AA.12.86 — FIM 8, score 6~~
~~AA.12.87 — FIM 8, score 7~~
~~AA.12.9 — FIM 9, trasferimento letto, sedia, carrozzina~~
~~AA.12.91 — FIM 9, score 1~~
~~AA.12.92 — FIM 9, score 2~~
~~AA.12.93 — FIM 9, score 3~~
~~AA.12.94 — FIM 9, score 4~~
~~AA.12.95 — FIM 9, score 5~~
~~AA.12.96 — FIM 9, score 6~~
~~AA.12.97 — FIM 9, score 7~~
~~AA.12.A — FIM 10, trasferimento WC~~
~~AA.12.A1 — FIM 10, score 1~~

~~AA.12.A2 FIM 10, score 2~~
~~AA.12.A3 FIM 10, score 3~~
~~AA.12.A4 FIM 10, score 4~~
~~AA.12.A5 FIM 10, score 5~~
~~AA.12.A6 FIM 10, score 6~~
~~AA.12.A7 FIM 10, score 7~~
~~AA.12.B FIM 11, trasferimento vasca o doccia~~
~~AA.12.B1 FIM 11, score 1~~
~~AA.12.B2 FIM 11, score 2~~
~~AA.12.B3 FIM 11, score 3~~
~~AA.12.B4 FIM 11, score 4~~
~~AA.12.B5 FIM 11, score 5~~
~~AA.12.B6 FIM 11, score 6~~
~~AA.12.B7 FIM 11, score 7~~
~~AA.12.C FIM 12, camminare o mobilità in carrozzina~~
~~AA.12.C1 FIM 12, score 1~~
~~AA.12.C2 FIM 12, score 2~~
~~AA.12.C3 FIM 12, score 3~~
~~AA.12.C4 FIM 12, score 4~~
~~AA.12.C5 FIM 12, score 5~~
~~AA.12.C6 FIM 12, score 6~~
~~AA.12.C7 FIM 12, score 7~~
~~AA.12.D FIM 13, gestione scale~~
~~AA.12.D1 FIM 13, score 1~~
~~AA.12.D2 FIM 13, score 2~~
~~AA.12.D3 FIM 13, score 3~~
~~AA.12.D4 FIM 13, score 4~~
~~AA.12.D5 FIM 13, score 5~~
~~AA.12.D6 FIM 13, score 6~~
~~AA.12.D7 FIM 13, score 7~~
~~AA.12.E FIM 14, comprensione~~
~~AA.12.E1 FIM 14, score 1~~
~~AA.12.E2 FIM 14, score 2~~
~~AA.12.E3 FIM 14, score 3~~
~~AA.12.E4 FIM 14, score 4~~
~~AA.12.E5 FIM 14, score 5~~
~~AA.12.E6 FIM 14, score 6~~
~~AA.12.E7 FIM 14, score 7~~
~~AA.12.F FIM 15, espressione~~
~~AA.12.F1 FIM 15, score 1~~
~~AA.12.F2 FIM 15, score 2~~
~~AA.12.F3 FIM 15, score 3~~
~~AA.12.F4 FIM 15, score 4~~
~~AA.12.F5 FIM 15, score 5~~
~~AA.12.F6 FIM 15, score 6~~
~~AA.12.F7 FIM 15, score 7~~
~~AA.12.G FIM 16, comportamento sociale~~
~~AA.12.G1 FIM 16, score 1~~
~~AA.12.G2 FIM 16, score 2~~
~~AA.12.G3 FIM 16, score 3~~
~~AA.12.G4 FIM 16, score 4~~
~~AA.12.G5 FIM 16, score 5~~
~~AA.12.G6 FIM 16, score 6~~
~~AA.12.G7 FIM 16, score 7~~
~~AA.12.H FIM 17, soluzione di problemi~~
~~AA.12.H1 FIM 17, score 1~~
~~AA.12.H2 FIM 17, score 2~~
~~AA.12.H3 FIM 17, score 3~~

~~AA.12.H4 FIM 17, score 4~~
~~AA.12.H5 FIM 17, score 5~~
~~AA.12.H6 FIM 17, score 6~~
~~AA.12.H7 FIM 17, score 7~~
~~AA.12.I FIM 18, memoria~~
~~AA.12.I1 FIM 18, score 1~~
~~AA.12.I2 FIM 18, score 2~~
~~AA.12.I3 FIM 18, score 3~~
~~AA.12.I4 FIM 18, score 4~~
~~AA.12.I5 FIM 18, score 5~~
~~AA.12.I6 FIM 18, score 6~~
~~AA.12.I7 FIM 18, score 7~~

Le esclusioni delle sottocategorie sottostanti con un riferimento alla FIM® devono anche essere cancellati.

AA.11 Indice de Barthel ampliato (EBI)

ESCL. ~~Omettere il codice - Functional Independence Measure TM (FIM) (AA.12.-)~~
Omettere il codice - Spinal Cord Independence Measure (SCIM) (AA.32.-)

AA.32 Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

ESCL. Omettere il codice - Indice di Barthel ampliato (EBI) (AA.11.-)
~~Omettere il codice - Functional Independence Measure TM (FIM) (AA.12.-)~~

4. Allegato

4.1. Informazioni e precisazioni (ex FAQ)

La presente circolare contiene **tutte** le «Informazioni e precisazioni» valesse dal 1° gennaio 2018.

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) 1.1.2012 (valevole dal)
0998 1.1.2012
...
0852 01.07.2017 ecc.

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 seconda 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, chirurgica 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, chirurgica a cielo aperto», in questo caso, non devono essere usati.

0846 01.01.2018 Registrazione di un CIRS con punteggio totale pari a 0

Se rilevando il «Cumulative Illness Rating Scale» (CIRS) il punteggio totale è pari a 0, deve essere utilizzato il codice AA.21.11 «CIRS, 1-4 punteggio totale».

0847 01.01.2018 Introduzione della struttura tariffale (TARPSY) e regole di codifica

Nel quadro dell’introduzione del nuovo sistema tariffale (TARPSY) occorre tenere conto del fatto che le regole di codifica descritte nelle regole ufficiali di codifica in Svizzera sono le stesse.

Ad esempio regola D04 «Codici con punto esclamativo («!»):

Esempio

F11.- Disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di oppioidi

+

U69.3-! Codici secondari per il tipo di consumo di queste sostanze nei disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive

se pertinente.

0848 01.01.2018 Codifica delle valutazioni nella riabilitazione

Se per un caso di riabilitazione vengono registrati codici della categoria AA.-«Strumenti di misurazione per la riabilitazione», devono essere registrati anche i codici ICD-10-GM corrispondenti. Più specificamente si intendono le categorie ICD-10-GM seguenti: U50.- «Limitazione funzionale motoria» e U51.- «Limitazione funzionale cognitiva».

0849 01.01.2018 Informazioni e precisazioni sulle cure palliative

Le precisazioni seguenti riguardano i gruppi di elementi 93.8A.2- «Trattamento medico palliativo complesso, secondo il numero di giorni di trattamento» e 93.8A.3- «Cure palliative specializzate, secondo il numero di giorni di trattamento». Sono state elaborate in stretta collaborazione tra il gruppo di lavoro «Tariffe delle cure palliative» (GL tariffe) di palliative.ch ed i rappresentanti degli assicuratori tarifsuisse SA e curafutura. 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.

0849/1: valutazione di base medico palliativa

93.8A.2-: Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:
Esecuzione di una valutazione medico palliativa di base standardizzata.

93.8A.3-: Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:
a) Esecuzione di una valutazione di base medico palliativa 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 93.8A.3-.

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.

0849/2: settori terapeutici

93.8A.2-: Requisiti minimi punto 3, team di trattamento e terapia:
[...] c) Il personale medico, infermieristico ed almeno due dei settori terapeutici sopramenzionati intervengono per almeno 6 ore settimanali (7 giorni di calendario). Le loro prestazioni comprendono anche colloqui documentati con il paziente, i familiari ed incontri combinati con paziente e familiari, che possono essere condotti da tutti i gruppi professionali elencati. Le prestazioni avvengono in combinazioni diverse, adattate alla situazione ed al contesto del paziente.

93.8A.3-: Requisiti minimi punto 3, terapia:
[...] b) Il personale medico, infermieristico ed almeno due dei settori terapeutici elencati nel punto 4b, intervengono per almeno 6 ore settimanali (7 giorni di calendario). Le loro prestazioni comprendono anche colloqui documentati con il paziente, i familiari ed incontri combinati con paziente e familiari, 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 93.8A.3-.
2. Le riunioni del team interprofessionale conformemente a 0858/3 ed i tempi di percorrenza non sono conteggiati nelle sei ore.
3. 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.

4. 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.
5. Non c'è un termine definito per la durata terapeutica minima di un'unità terapeutica.
6. 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.

0849/3: 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.

93.8A.3-: 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.

0849/4 Conteggio dei giorni di trattamento

I giorni di trattamento sono conteggiati soltanto a partire dall'introduzione della valutazione di base medico palliativa. Se lo stato del paziente non consente una rilevazione finale della valutazione di base medico palliativa, occorre documentarlo.

0850 01.01.2018 Definizione delle cure di attivazione e accompagnamento terapeutico

Le cure di attivazione e accompagnamento terapeutico consistono in un'attivazione del paziente orientata agli obiettivi, che va oltre la cura compensativa e che si focalizza sull'incentivazione delle risorse del paziente. Le cure di attivazione e accompagnamento terapeutico sottostanno alla direzione specialistica da parte di una persona rientrante nel personale infermieristico con una qualifica riconosciuta e si svolgono sotto la responsabilità di una persona diplomata rientrante nel personale infermieristico.

Le cure di attivazione e accompagnamento terapeutico comprendono un inquadramento, un accompagnamento e una consulenza per la gestione autonoma dei pazienti. I requisiti in termini di tempo per questi interventi e provvedimenti vanno oltre il consueto; le cure di attivazione e accompagnamento terapeutico fanno parte della struttura organizzativa.

Nella valutazione (assessment) di ammissione (eseguita entro 3 giorni dopo l'ammissione) vengono definiti e documentati le diagnosi e le priorità, gli obiettivi e i risultati auspicati per il paziente, nonché gli interventi di cure di attivazione e accompagnamento terapeutico secondo il documento di riferimento. Tali interventi durano in totale almeno 60 minuti su 24 ore. La pianificazione, l'esecuzione e i risultati degli interventi vengono documentati. Le cure di attivazione e accompagnamento terapeutico sono parte integrante della riunione settimanale del team.

Nel «Documento di riferimento per le cure di attivazione e accompagnamento terapeutico» sono descritti i requisiti minimi per la direzione specialistica, per queste cure nonché per la valutazione, le diagnosi, le priorità, gli obiettivi, i risultati auspicati per il paziente e gli interventi.

Le risorse delle cure al di fuori delle cure di attivazione e accompagnamento terapeutico devono essere distinte, ad esempio codificandolo come trattamento complesso di cura.

Gli interventi infermieristici già forniti nel quadro delle cure di attivazione e accompagnamento terapeutico non possono essere nuovamente codificati, ad esempio come trattamenti complessi di cura.

La definizione di cui sopra è stata tradotta dalla versione del 5.12.2017 del documento di riferimento per le cure di attivazione e accompagnamento terapeutico «2017 12 05 ABTP-CHOP Definition und Referenzdokument DE» o «2017 12 05 ABTP-CHOP Definition und Referenzdokument FR» disponibile dal 1° gennaio 2018 (link: www.sbk-asi.ch/chop-abtp).

0851 01.01.2018 Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento 93.89.9-

Le precisazioni seguenti riguardano il gruppo di elementi 93.89.9- «Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento».

0851/1 Inizio della riabilitazione geriatrica acuta e conteggio dei giorni di trattamento

Viene conteggiato come giorno di trattamento ogni giorno in cui è stato fornito almeno una parte delle caratteristiche nel gruppo di elementi 93.89.9- della CHOP (riunione del team, cure di attivazione e accompagnamento terapeutico, ricorso ai settori terapeutici) – parte fornita da sola o in combinazione. I giorni di trattamento sono presi in considerazione dall'inizio della prima valutazione documentata

La valutazione deve essere conclusa entro 4 giorni. Se lo stato del paziente non consente una valutazione completa entro 4 giorni, occorre documentarlo. Il resto della valutazione verrà eseguito non appena le condizioni del paziente lo consentiranno. Se la riabilitazione geriatrica fa seguito a un intervento chirurgico, il giorno dell'operazione non può essere conteggiato come giorno di trattamento di riabilitazione geriatrica acuta.

0851/2 Una riabilitazione geriatrica acuta può essere eseguita anche per pazienti che necessitano di isolamento?

La necessità di un isolamento non esclude l'esecuzione di una riabilitazione geriatrica acuta, in quanto può avere luogo anche in una camera singola d'isolamento.

0851/3 Come viene definito il rapporto di lavoro della direzione medica da parte di un titolare di una formazione specialistica in geriatria (FMH)?

Il titolare di una formazione specialistica in geriatria (FMH) deve essere attivo in prevalenza nell'unità geriatrica che fornisce la prestazione. Ciò significa che non può essere contemporaneamente preposto alla direzione medica in un altro ospedale o in ubicazioni nelle immediate vicinanze una dall'altra.

0852 01.07.2017 D07 Interventi di follow-up pianificati

Nota bene in caso di revisione di cicatrice:

Una revisione di cicatrice è codificata conformemente alla regola S1201f «Chirurgia plastica» ed alla regola D06c «Sequela» esempio 2. La diagnosi principale Ustione (T20-T32) va indicata unicamente quando si tratta della fase acuta di trattamento di un'ustione.

0853 01.07.2017 Puntura transsettale mediante cateterismo

Se al punto 37.34.1- «Procedura di ablazione per tachiaritmia» viene eseguito un cateterismo transsettale, occorre codificare anche 37.90.21 «Puntura transsettale mediante cateterismo».

0854 01.07.2017 83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori

Riparazione di un unico tendine

Non si tratta di una nuova regola di codifica, bensì di un chiarimento per una rappresentazione corretta e coerente di questi casi:

La riparazione di un unico tendine deve essere classificata mediante un codice a sei cifre relativo ai tendini. Il codice 83.63 «Riparazione della cuffia dei rotatori» viene utilizzato se si tratta di 2, 3 o 4 tendini.

Trasferimento del gran dorsale per la riparazione della cuffia dei rotatori

Il trasferimento del gran dorsale per la riparazione della cuffia dei rotatori è codificato con 83.63 «Riparazione della cuffia dei rotatori» più 83.77.11 «Trasferimento o trapianto di muscoli, Spalla e ascella» per il trasferimento del muscolo. Se un trasferimento di tendine è stato anch'esso eseguito, si può aggiungere un codice separato 83.75.11 «Trasferimento o trapianto di tendini, Spalla e ascella».

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.

0856 01.07.2017 Codifica

La codifica deve essere realizzata secondo le direttive in vigore (manuale di codifica, circolare, CHOP e CIM-10 GM). La codifica non deve essere influenzata dall'orientamento in un determinato gruppo SwissDRG o un determinato gruppo di prestazioni (SPLG, gruppi di prestazioni ospedaliere).

0858 01.07.2017-31.12.2017 Informazioni e precisazioni sulle cure palliative

Dal 1° gennaio 2018 questa precisazione sarà sostituita dalla N. 0849.

0864 01.07.2016 Ossigenazione per palloncino dei neonati

L'ossigenazione per palloncino dei neonati con disturbi dell'adattamento non viene codificata. Non viene classificato nessun codice da 93.9C.- *Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria di neonati e lattanti*.

0869 01.01.2016 Interventi di revisione senza sostituzione di impianto

Se durante un intervento di revisione vengono espianati gli impianti presenti (ad es. una pompa per il drenaggio di liquido ascitico) e contemporaneamente viene reimpiantato lo stesso impianto, non possono essere utilizzati i codici relativi a inserzione o sostituzione di impianto (ad es. non deve essere utilizzato il codice *54.99.80 Inserzione di cateteri nonché di pompa automatica, programmabile e ricaricabile per il drenaggio continuo di liquido ascitico*, bensì il codice *54.99.81 Revisione senza sostituzione di cateteri nonché di pompa automatica, programmabile e ricaricabile per il drenaggio continuo di liquido ascitico* o *54.99.82 Rimozione di ostruzione meccanica di cateteri di una pompa automatica, programmabile e ricaricabile per il drenaggio continuo di liquido ascitico*).

Gli esempi possono essere applicati per analogia a defibrillatori, pacemaker, protesi mammarie ecc.

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.

0872 01.01.2016 J80.- Sindrome da distress respiratorio acuto dell'adulto (ARDS)

Nei bambini l'ARDS viene anche classificata come *J80.-* se sono soddisfatte le due condizioni seguenti:

- il medico curante ha formulato tale quadro clinico come diagnosi;
- nel corso del soggiorno ospedaliero il bambino è stato curato per questo presso un'unità di cure intensive.

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.

0881 01.07.2015 81.0- Artrodesi vertebrale

In caso di XLIF, DLIF o OLIF per accedere alla zona lombare viene utilizzato il codice *81.07 Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi*.

0882 01.07.2015 84.80.- Inserzione o sostituzione di dispositivo interspinoso

Se vengono impiantati soltanto spaziatori interspinosi (84.80.-), non deve essere utilizzato un codice supplementare relativo all'artrosi vertebrale, anche se il rapporto dell'operazione parla di «artrosi vertebrale interspinosa (dinamica)».

0889 01.01.2015 Precisazione ECMO e compenso supplementare

Se la procedura con i codici 37.69.7-, 37.69.8-, 37.69.A- viene effettuata più volte durante un ricovero, questi codici possono essere codificati singolarmente (a seconda della durata e del trattamento) se tra il primo trattamento e quello successivo sono trascorse almeno 24 ore. Questa regola è valida soltanto in correlazione con una sostituzione di cannula effettuata. La ricodifica della procedura ECMO è possibile soltanto a condizione che con il trattamento successivo vi è stata una sostituzione di cannula. In caso contrario i tempi di trattamento vengono sommati e codificati tramite un codice ECMO.

In caso di applicazione di **diverse procedure ECMO**, va indicato un unico codice, ossia quello della **procedura più lunga**. I tempi di trattamento di ogni procedura ECMO utilizzata vanno sommati per ottenere la durata totale, da indicare precisamente con un codice ECMO.

0891 01.01.2015 Impingement dell'anca

La resezione della patologia CAM viene codificata come segue:

80.85.10 Asportazione o distruzione locale di lesione dell'articolazione dell'anca per via artroscopica

o 80.85.99 Altra asportazione o distruzione locale di lesione dell'articolazione dell'anca, altro per l'intervento chirurgico a cielo aperto.

La resezione della patologia «pincer» viene codificata come segue:

81.40.16 Condroabrasione dell'anca, per via artroscopica

o 81.40.17 Condroabrasione dell'anca, chirurgica a cielo aperto.

NB: per la rifissazione del labbro viene utilizzato il codice *81.40.10 Rifissazione di frammento osteocondrale dell'anca, per via artroscopica* o *81.40.11 Rifissazione di frammento osteocondrale dell'anca, chirurgica a cielo aperto.*

0893 01.01.2015 03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3- Approccio chirurgico alla colonna vertebrale in caso di rimozione di mezzo di fissazione interna

In caso di rimozione di mezzo di fissazione interna della colonna vertebrale (ad es. in seguito ad artrosi vertebrale) non vengono utilizzati codici d'accesso (03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3-).

0896 01.07.2014 S06.72! Traumatismo intracranico con perdita di coscienza, più di 24 ore, con ritorno al precedente stato di coscienza / S06.73! Traumatismo intracranico con perdita di coscienza, più di 24 ore, senza ritorno al precedente stato di coscienza

In caso di trauma cranico seguito da coma artificiale di >24 ore vengono utilizzati i codici di cui sopra.

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.

0900 01.07.2014 Arteria subclavia

L'arteria subclavia non è un'arteria precerebrale. Gli interventi a quest'ultima non vengono codificati con *39.76 Intervento endovascolare percutaneo transluminale su vaso precerebrale* o *00.64 Inserzione percutanea di stent(s) di altre arterie precerebrali.*

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.

0905 01.01.2014 Parto fuori da un ospedale / una casa per partorienti oppure fuori da un'unità di trattamento dell'ospedale / della casa per partorienti.

In caso di parto normale a domicilio o durante il tragitto verso l'ospedale, la diagnosi primaria della madre deve essere codificata come *Z39.0 Assistenza e visita immediatamente dopo il parto*, anche se il secondamento senza complicazioni avviene una volta giunti in ospedale.

Se il bambino è sano deve essere utilizzato il codice *Z38.1 (Z38.4/Z38.7)*. Non viene registrato un record relativo al neonato, bensì un normale record + un record minimo per il bambino.

In entrambi i casi, al tipo di ammissione (1.2.V03) va indicata la cifra 1 (urgenza).

0910 01.12.2013 93.57.11 / 93.57.12 Durata terapia VAC

I giorni di trattamento relativi a trattamenti VAC effettuati in contemporanea in sedi diverse non vengono sommati, ma la somma viene fatta per ogni sede.

0915 01.10.2013 Materiale di sostituzione dell'osso

- al codice *78.0*: Osso di provenienza umana o animale
- al codice *84.55*: Materiale di sostituzione dell'osso artificiale (sintetico).

Per la codifica di materiale di sostituzione dell'osso occorre tenere conto di quanto segue.

1) Il codice *84.55 Inserzione di materiale di sostituzione di ossa* viene utilizzato, oltre che per i prodotti specificati, quando si tratta di prodotti interamente prodotti artificialmente, sinteticamente, da componenti chimici (= materiale alloplastico, diversi granulati o particelle di fosfati tricalcici in combinazione con idrossiapatite prodotta artificialmente, solfato di calcio in matrice di cellulosa, vetroceramica, polimeri, silicone e idrossiapatite di magnesio). Esempi: NanoBone, Calcibone, Cerasorb ecc.

2) Per il materiale di sostituzione dell'osso basato su ossa di provenienza umana o animale che attraverso procedure proprie alle diverse aziende (pirolisi, rimozione di sostanze ossee organiche, sterilizzazione ecc.) viene rielaborato sotto forma di blocco, massa o granulato viene utilizzato il codice *78.0- Innesto osseo*.

Esempi: Tutoplast, Grafton, OrthOss, altri prodotti DFDBA/ DMB / DFBA.

Nota:

1) il codice *78.49.89 Innesto osseo e uso di materiale di sostituzione dell'osso nella colonna vertebrale, altro* comprende entrambe le categorie.

2) Se necessario occorre utilizzare il codice supplementare *00.90.- Tipo di tessuto utilizzato nel trapianto e tipo di conservazione dell'organo*.

0939 01.01.2013 Codificazione di vesciche

«Vescica» è un termine del linguaggio popolare e non una diagnosi dermatologica codificabile.

Per poter essere codificata, questa manifestazione cutanea deve essere ricondotta a una malattia della pelle specifica da parte del medico curante.

Ad es. le vesciche comparse in fase postoperatoria sono spesso da attribuire a un codice S.

Ad es. le vesciche delle piaghe da decubito sono una manifestazione estremamente breve durante la transizione a un'erosione e un'ulcera da decubito e area di pressione.

Per utilizzare il codice *L89.- Ulcera da decubito e area di pressione* la patogenesi deve essere confermata dal medico.

0941 1.12.2012 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 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.

0944 01.11.2012 Cistoadenoma ovarico

Il cistoadenoma ovarico deve essere codificato con *C56 Tumore maligno dell'ovaio* o *D27 Tumore benigno dell'ovaio* a seconda dell'istologia precisa (l'indice alfabetico rimanda a *C56*).

0952 01.10.2012 S06.- Traumatismo intracranico

In presenza di traumatismo intracranico (indice alfabetico S06.9) senza lesione intracranica comprovata, il codice da utilizzare non è S06.9, bensì S06.0 *Commozione cerebrale*.

0955 01.09.2012 Resezione di osteofiti in caso di artrodesi

In caso di operazione di artrodesi, la resezione di osteofiti è sempre compresa (società ortopedica).

0971 01.06.2012 84.6 Sostituzione di disco intervertebrale

In caso di inserzione o sostituzione di una protesi discale, il numero di protesi viene indicato utilizzando più volte il codice.

Ad es. se le protesi discali sono due viene utilizzato due volte il codice 84.6- (+ asportazione 03.09.1 - 03.09.3-)

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 imagingografia 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'irradiazione durante l'irradiazione («radioterapia adattativa»).

Editore:	Ufficio federale di statistica (UST)
Informazioni:	Segreteria di codifica: codeinfo@bfs.admin.ch
Redazione:	Classificazioni mediche
Serie:	Statistica della Svizzera
Settore:	14 Salute
Testo originale:	tedesco
Traduzione:	Servizi linguistici dell'UST
Copyright:	UST, Neuchâtel 2017 Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte.
Prezzo:	gratuito
Download:	www.statistica.admin.ch (gratuito)