Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
**Ufficio federale di statistica UST**
Divisione Salute e affari sociali

**14 Salute** giugno 2018

# Circolare per codificatori: 2018 / N 2

## 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° luglio 2018 sono validi:

- il manuale di codifica versione 2018
- la circolare n. 1 del 2018 ~~con allegato~~
- la circolare n. 2 del 2018 **con allegato**

Nessuna modifica negli altri paragrafi del punto 1.1. Basi.

### 1.2. Classificazioni valide

Nessuna modifica rispetto alla circolare 2018 N 1.

### 1.3. Versioni di riferimento

Nessuna modifica rispetto alla circolare 2018 N 1.

### 1.4. Circolare e allegato

Nessuna modifica rispetto alla circolare 2018 N 1.

### 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.**

Si prega di osservare la comunicazione sulla limitazione delle mansioni della segreteria di codifica al seguente link: https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/nomenclature/medkk.html.

### 1.6. Informazione preliminare

Nessuna modifica rispetto alla circolare 2018 N 1.

## 2. Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2018

Le informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2018 riportate nella Circolare 2018 N 1 sono tuttora valide.

## 3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2018

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

Le informazioni supplementari sulla CHOP 2018 presentate nella circolare 2018 N 1 continuano ad essere valide, eccetto per i casi seguenti:
- 3.1. «Codifiche analoghe» sostituito dal punto 3.1. della circolare 2018, N 2

Le correzioni supplementari nuove sono elencate nel presente documento.

### 3.1. Codifiche analoghe

- Flow diverter
- Rimozione di citochine mediante adsorbenti

Il 30 novembre 2017 e 5 aprile 2018, d'intesa con l'UST, SwissDRG SA ha pubblicato codifiche analoghe. 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. Riparazione dei legamenti crociati del ginocchio

Riguarda le tre versioni linguistiche.
Alla sottocategoria 81.45.- «Altra riparazione dei legamenti crociati del ginocchio» va aggiunta la seguente inclusione.

**81.45 Altra riparazione dei legamenti crociati del ginocchio**
INCL. Prelievo di tendine

### 3.3. Sbrigliamento di muscolo

Riguarda le tre versioni linguistiche.
Al fine di esplicitare la codifica dello sbrigliamento di un muscolo vanno apportate le seguenti modifiche alla sottocategoria 83.45.- «Altra miectomia »:

**83.45 Altra miectomia**
Sbrigliamento di muscolo~~, NAS~~
~~Scalenectomia~~
[…]
**83.45.10 Altra miectomia, Testa e collo**
Scalenectomia

### 3.4. Trattamento epatico complesso – Correzione requisiti minimi

Riguarda le tre versioni linguistiche.
Il requisito minimo al punto 2 del 99.B1.- «Trattamento epatico complesso, secondo il numero di giorni di trattamento» va corretto come segue.

**99.B1 Trattamento epatico complesso, secondo il numero di giorni di trattamento**
[…]
Requisiti minimi punto 2, terapia:
In presenza di indicazioni cliniche, sono praticate gastroscopia e paracentesi. La sindrome epatorenale è trattata con vasoattivi o tramite emofiltrazione ~~per almeno 5 giorni alla settimana~~.
Visita con valutazione nonché piano terapeutico:
1. Almeno 3 volte alla settimana visita da parte di medico specialista in gastroenterologia con indirizzo epatologia
2. Almeno 1 volta alla settimana visita da parte di medico specialista in chirurgia viscerale
[…]

## 3.5. Stralcio delle CAAT

Riguarda le tre versioni linguistiche.
D'intesa con tutti i partner tariffali, è stato deciso di stralciare le CAAT (cure di attivazione e accompagnamento terapeutico) dai requisiti minimi della CHOP. Gli argomenti addotti sono riportati qui di seguito.

- L'esecuzione delle CAAT e il rispetto del minimo di 60 minuti ogni 24 ore non possono essere verificati. Ci sono numerose divergenze di codifica sui trattamenti complessi che comprendono il termine ABTP nei requisiti minimi.
- È difficile delimitare queste prestazioni rispetto ad altre prestazioni di cura. Ci sono questioni aperte riguardo alla codifica combinata di trattamenti complessi che comprendono il termine CAAT nei requisiti minimi e i trattamenti complessi di cure.

Di conseguenza, anche la precisazione «0850 01.01.2018 Definizione delle cure di attivazione e accompagnamento terapeutico» va stralciata.

Si prega di osservare gli stralci e adattamenti nei requisiti minimi dei gruppi di elementi 93.89.1- «Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento», 93.89.9- «Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento», 93.9A.1- «Riabilitazione respiratoria acuta, secondo il numero di giorni di trattamento».

**93.89.1 Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento**
[…]
Requisiti minimi punto 3, terapia:
a) Cure ~~di attivazione e accompagnamento terapeutico~~ da parte di personale infermieristico con formazione specifica nel campo della riabilitazione precoce neurologica/neurochirurgica
b) Disponibilità dei seguenti settori terapeutici: fisioterapia/ginnastica medica, terapia fisica, ergoterapia, neuropsicologia, logopedia/terapia facio-orale, - cure a scopo terapeutico (rieducazione all'igiene personale, al vestirsi, all'alimentarsi, alla continenza, all'orientamento, alla deglutizione, gestione della tracheostomia, misure di isolamento, ecc.).
c) Viene fatto ricorso ad almeno due dei settori terapeutici di cui sopra.
d) Il ricorso ai settori terapeutici ha luogo in varie combinazioni adattate al paziente per una media di almeno 300 minuti al giorno (in caso di impiego simultaneo di due o più collaboratori possono essere sommati i minuti di lavoro dei singoli collaboratori) nel corso della riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica.
e) All'occorrenza può essere eseguita in aggiunta una consulenza e terapia dietetica.
[…]

**93.89.9 Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento**
[…]
Requisiti minimi punto 2, team di trattamento e terapia:
Trattamento da parte di un team geriatrico diretto da uno specialista (è richiesta una formazione supplementare o la specializzazione in 'geriatria clinica').
Impiego integrato di almeno 2 dei seguenti 4 settori terapeutici:
A) fisioterapia/terapia fisica,
B.) ergoterapia,
C.) logopedia/terapia facio-orale, e/o consulenza e terapia dietetica
D.) psicologia/neuropsicologia ~~e - nonché tutti i giorni (7 su 7 giorni la settimana) cure terapeutiche/di attivazione fornite da personale di cura con formazione specifica.~~
[…]

**93.9A.1 Riabilitazione respiratoria acuta, secondo il numero di giorni di trattamento**
Requisiti minimi:
- riabilitazione acuta sotto la guida di un medico specialista (pneumologo),
- valutazione riabilitativa acuta standardizzata e impiego di sistemi di scoring specifici per la malattia (qualità della vita, funzione polmonare, rendimento fisico, es. spiroergometria),
- riunione settimanale del team con documentazione dei risultati ottenuti nella settimana e degli ulteriori obiettivi terapeutici,
~~- assistenza terapeutica attivante da parte di personale infermieristico specialmente istruito,~~
- presenza almeno dei seguenti settori terapeutici:
fisioterapia/ginnastica medica (eventualmente terapista sportivo), psicoterapia, consulenza dietetica,
- valutazione in vista di una dimissione o di un trasferimento mirato, almeno 1 unità terapeutica di 30 minuti al giorno.
Una contemporanea (continua o intermittente) attività diagnostica o terapeutica acuta va codificata separatamente.

## 3.6. Riabilitazione geriatrica acuta - Precisazione sulle unità terapeutiche

Riguarda le tre versioni linguistiche.
I requisiti minimi al punto 2 del gruppo di elementi 93.89.9- «Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento» vanno adattati come segue. Pertanto vanno stralciati i Nota dei codici 93.89.94, 93.89.95 e 93.89.96.

**93.89.9 Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento**
[…]
Requisiti minimi punto 2, team di trattamento e terapia:
Trattamento da parte di un team geriatrico diretto da uno specialista (è richiesta una formazione supplementare o la specializzazione in 'geriatria clinica').
Impiego integrato di almeno 2 dei seguenti 4 settori terapeutici:
A) fisioterapia/terapia fisica,
B.) ergoterapia,
C.) logopedia/terapia facio-orale, e/o consulenza e terapia dietetica
D.) psicologia/neuropsicologia ~~e - nonché tutti i giorni (7 su 7 giorni la settimana) cure terapeutiche/di attivazione fornite da personale di cura con formazione specifica.~~
La parte terapeutica comprende nel complesso almeno 10 unità terapeutiche per ogni settimana di trattamento (7 giorni), di cui almeno 8 terapie singole. Ogni unità terapeutica dura 30 minuti. Possono essere conteggiate al massimo tre unità terapeutiche per giorno di trattamento. È possibile somministrare unità terapeutiche correlate. Se le unità terapeutiche devono essere interrotte per via della mancata sopportabilità del paziente, queste possono essere conteggiate a partire da una durata di 20 minuti.
[…]

**93.89.93 Riabilitazione geriatrica acuta, fino a 6 giorni di trattamento**
**93.89.94 Riabilitazione geriatrica acuta, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento**
~~Nota: La parte terapeutica comprende nel complesso almeno 10 unità terapeutiche di 30 minuti in media, di cui almeno 8 unità di terapia individuale.~~
**93.89.95 Riabilitazione geriatrica acuta, da almeno 14 a 20 giorni di trattamento**
~~Nota: La parte terapeutica comprende nel complesso almeno 20 unità terapeutiche di 30 minuti in media, di cui almeno 16 unità di terapia individuale.~~
**93.89.96 Riabilitazione geriatrica acuta, 21 e più giorni di trattamento**
~~Nota: La parte terapeutica comprende nel complesso almeno 30 unità terapeutiche di 30 minuti in media, di cui almeno 24 unità di terapia individuale.~~

## 3.7. HoNOS e HoNOSCA – Registrazione all'uscita

Riguarda le tre versioni linguistiche.
I requisiti minimi al punto 1della sottocategoria 94.A1.- «HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)» e i requisiti minimi al punto 1 della sottocategoria 94.A2.- «HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)» vanno adattati come segue.

**94.A1 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)**
[…]
Requisiti minimi punto 1, rilevazione:
I seguenti codici sono utilizzati solo per pazienti degenti in un reparto di psichiatria per adulti. I codici devono essere registrati sia all'ammissione del paziente, ovvero entro tre giorni, che all'uscita, ovvero non prima di tre giorni dalla sua dimissione. Se si registra HoNOS dopo l'uscita, nella documentazione del paziente va indicata la data effettiva, mentre nella statistica medica va indicata la data dell'uscita.
Ciascun criterio è classificato in 5 gradi di gravità che vanno da 0 «nessun problema» a 4 «problema grave o molto grave». I livelli vanno rappresentati seguendo esattamente le definizioni della scala HoNOS.

94.A2 HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)
[…]
Requisiti minimi punto 1, rilevazione:
I seguenti codici sono utilizzati solo per pazienti degenti in un reparto di psichiatria per bambini e adolescenti. I codici devono essere registrati sia all'ammissione del paziente, ovvero entro 14 giorni, che all'uscita, ovvero non prima di 7 giorni dalla sua dimissione. Se si registra HoNOSCA dopo l'uscita, nella documentazione del paziente va indicata la data effettiva, mentre nella statistica medica va indicata la data dell'uscita.
Ciascun criterio è classificato in 5 gradi di gravità che vanno da 0 «nessun problema» a 4 «problema grave o molto grave». I livelli vanno rappresentati seguendo esattamente le definizioni della scala HoNOSCA.

*Promemoria: Secondo le prescrizioni di SwissDRG AG e di ANQ, l'HoNOS o HoNOSCA possono essere registrati fino a tre giorni dopo la data di uscita effettiva. Se viene registrata una data nella statistica medica degli stabilimenti ospedalieri dopo l'uscita, il programma di plausibilizzazione MedPlaus non permette il salvataggio dei dati. D'intesa con i responsabili della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri è stato deciso che, se viene registrata l'uscita HoNOS o HoNOSCA dopo l'uscita del paziente, è necessario indicare nella documentazione del paziente la data effettiva dell'esecuzione. Invece nella statistica medica va registrata la data di uscita.*

# 4. Allegato

## 4.1. Informazioni e precisazioni (ex FAQ)

La presente circolare contiene **tutte** le «Informazioni e precisazioni» valevoli dal 1° luglio 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.

**0843 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».

**0843/1 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.~~ Nei requisiti minimi del codice CHOP 93.89.9- è richiesto un numero minimo di unità terapeutiche per settimana di trattamento (7 giorni). Se i requisiti minimi sono soddisfatti al di là di questo lasso di tempo, valgono come giorni di trattamento tutti i giorni 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.

**0843/2 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.

**0843/3 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.

**0844 01.07.2018 93.57.13 / 93.57.14 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.

**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.

**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 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.

93.8A.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 famigliari 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 0849/3 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 01.01.2018-30.06.2018 Definizione delle cure di attivazione e accompagnamento terapeutico**
Questa precisazione è stata stralciata dalla circolare 2018 N. 2

**0851 01.01.2018-30.06.2018 Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento 93.89.9-**
Dal 1° luglio 2018 questa precisazione sarà sostituita dalla N. 0843.

**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 «Sequele» 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 espiantati 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'artrodesi vertebrale, anche se il rapporto dell'operazione parla di «artrodesi 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 EMCO 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 artrodesi 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 conoscenza, più di 24 ore, con ritorno al precedente stato di coscienza / S06.73! Traumatismo intracranico con perdita di conoscenza, 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 indicatala cifra 1 (urgenza).

**0910 01.12.2013-30.06.2018 93.57.11 / 93.57.12 Durata terapia VAC**
Dal 1° luglio 2018 questa precisazione sarà sostituita dalla N. 0844.

**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 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 pianificatione 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»).

**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 2018
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte.
**Prezzo:** gratuito
**Download:** www.statistica.admin.ch (gratuito)