



Circolare per codificatori: 2019 / N 2

1. Nozioni generali

1.1. Strumenti di codifica in vigore

Dal 1° luglio 2019 vanno utilizzati i seguenti strumenti di codifica:

- Manuale di codifica medica. Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2019
- Supplemento del manuale di codifica medica, versione 2019: regole di codifica per la riabilitazione
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2019 n. 1 ~~con allegato~~
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2019 n. 2 **con allegato**
- Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP): Indice sistematico - Versione 2019
- ICD-10-GM 2018 Indice sistematico : Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati : 10a revisione – German Modification

Nessuna modifica rispetta alla circolare 2019 n. 1 negli altri paragrafi del punto 1.1. Strumenti di codifica in vigore.

1.2. Domande sulla codifica

Nessuna modifica rispetta alla circolare 2019 n. 1.

2. Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2019

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

Le informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2019 contenute nella Circolare 2019 n. 1 restano valide fatto salvo quanto segue:

- il punto 2.1 «S0102c Sepsi e Allegato» è sostituito dal punto 2.6 «Sepsi» della Circolare 2019 n. 2.

Le nuove correzioni supplementari sono riportate nel presente documento.

2.1. D03g Codici daga (†) – asterisco (*), esempio supplementare

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Alla regola di codifica D03g «Codici daga (†)-asterisco (*)» va aggiunto il seguente esempio.

D03g Codici daga (†) – asterisco (*)

[...]

Questa sequenza di codifica dell'eziologia/manifestazione vale solo per il sistema dei codici daga (†) - asterisco (*). Di conseguenza, la regola G52 per la diagnosi principale non sottostà a nessuna limitazione in termini di sequenza dei codici delle eziologie e delle manifestazioni al di fuori del sistema daga (†)-asterisco (*).

[...]

Esempio 5

Ammissione di un paziente per terapia del dolore stazionaria a causa di un'ernia discale lombare con radicolopatia.

DP M51.1† Disturbi di disco intervertebrale lombare e di altra sede associati a radicolopatia

CDP G55.1 Compressioni delle radici nervose e dei plessi in disturbi dei dischi intervertebrali*

Esempi sulla scelta della diagnosi principale **al di fuori** del sistema daga (†) - asterisco (*), ovvero secondo G52:

Esempio 5 6

[...]

2.2. D12c Malattie o disturbi iatrogeni (complicanze): Lacerazione intra-operatoria della dura madre seguita da immediata chiusura

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Nella tabella di cui alla regola di codifica D12c «Malattie o disturbi iatrogeni (complicanze)», la riga «Lacerazione intra-operatoria della dura madre seguita da immediata chiusura» va corretta come di seguito indicato.

1. Nei capitoli: Con nozione «dopo procedure diagnosti- che o terapeuti- che	2. Alla fine di alcuni capitoli	3. Categorie T80 – T88	4. Nei capitoli: Senza nozione «dopo procedure diagnostiche o te- rapeutiche	Codifica precisa
Lacerazione intra-operatoria della dura madre seguita da immediata chiusura a seconda dell'altezza della ferita				
∅	<i>G97.88 Altri disturbi iatrogeni del si- stema nervoso</i>	<i>T81.2 Puntura e la- cerazione acciden- tali durante una pro- cedura diagnostica o terapeutica, NCA</i>	<i>Codici S : *** G96.0 Liquorrea</i>	<i>S19.80 + Y S29.80 + Y S39.81 + Y T81.2 + Y</i>
<i>G97.88</i> descrive altri disturbi del sistema nervoso. <i>T81.2</i> descrive una puntura o lacerazione accidentale durante una procedura NCA. Codice S: non ne esistono in merito. <i>Lesione delle meningi del midollo spinale: cervicale S19.80, toracico S29.80 e lombosacrale S39.81, cerebrale T81.2</i> <i>G96.0</i> descrive un quadro clinico, una sindrome da ipoliquorrea senza associazione a un intervento chirurgico.				

2.3. D15g Trasferimenti: integrazione dell'esempio 4 - Psichiatria

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

L'esempio 4 - Psichiatria di cui alla regola di codifica D15g «Trasferimenti» va integrato come di seguito precisato. L'indicazione di HoNOS 2: Comportamenti deliberatamente autolesivi, grado 3 o grado 4 (94.A1.23 o 94.A1.24) consente di rilevare la suicidalità del paziente descritto. Nell'esempio riportato, la clinica psichiatrica non codifica nuovamente X84.9! «Autolesionismo intenzionale».

D15g Trasferimenti

Trasferimento per continuazione delle cure

[...]

Trasferimento per cure

[...]

Esempio 4 - Psichiatria

La paziente viene sottoposta a trattamento in un ospedale di cure acute a causa di un tentativo di suicidio. Presenta ferite da taglio sull'avambraccio, una depressione maggiore e sintomi psicotici. Dato il persistere della suicidalità, trasferimento nel reparto psichiatrico per il trattamento della depressione una volta curate le ferite da taglio.

L'ospedale di cure acute codifica il caso nel modo seguente:

DP S55.7 Traumatismo di più vasi sanguigni all'altezza dell'avambraccio

CDP X84.9! Autolesionismo intenzionale

DS F32.3 Episodio depressivo maggiore con sintomi psicotici

TP Cura delle ferite

La clinica psichiatrica codifica il caso nel modo seguente:

DP F32.3 Episodio depressivo maggiore con sintomi psicotici

TP 94.A1.24 HoNOS 2: Comportamenti deliberatamente autolesivi: HoNOS 2, grado 4

2.4. P06c Procedure eseguite più volte: Interventi multipli in un solo tempo su mani o piedi

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Nella regola di codifica P06c va soppresso il seguente periodo.

P06c Procedure eseguite più volte

La codifica delle procedure deve rispecchiare per quanto possibile l'impiego di risorse mediche. Per questo motivo, in linea di principio, le procedure multiple vanno codificate tutte le volte che sono state eseguite nel corso del trattamento, per esempio ~~le osteosintesi di diverse dita o la sutura di tendini di diverse dita~~, l'osteosintesi di tibia e fibula, ecc.

La precisazione n. 0828 vale anche per il tema degli interventi multipli in un solo tempo operatorio su mani e piedi.

2.5. P06c Procedure eseguite più volte: precisazione sui concentrati di eritrociti e trombociti

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nella regola di codifica P06c «Procedure eseguite più volte» va inserito il seguente paragrafo.

P06c Procedure eseguite più volte

[...]

- Il codice CHOP contiene già un'indicazione riguardante il numero di trattamenti, la durata, le quantità ecc.: In questo caso il codice è indicato una sola volta per ogni degenza, con la quantità/il numero totale e la data della prima procedura (p. es. trasfusioni, trattamenti complessi, spirali (un codice per il numero di tutte le spirali intracraniche, extracraniche e spinali, un codice per il numero di tutte quelle periferiche), stents, NEMS/SAPS).

Lo stesso vale per i medicinali dell'elenco dei medicinali/delle sostanze registrabili (lista ATC) (va indicata solo la quantità complessiva somministrata).

Anche per i concentrati di eritrociti e di trombociti vanno rilevate unicamente le quantità trasfuse al paziente. Le quantità ordinate ma poi rifiutate non devono essere conteggiate. Vanno osservate le prescrizioni della CRS Svizzera (vedi note relative ai codici CHOP 99.04.- «Trasfusione di concentrato cellulare» e 99.05.- «Trasfusione di trombociti») riguardo alle unità trasfusionali per adulti e bambini. Fino al compimento del primo anno di età non vanno presi in considerazione i volumi minimi (vedi note relative ai corrispondenti codici CHOP). Qualora la somma dei concentrati trasfusi, in adulti e bambini, non sia un numero intero, è necessario procedere a un arrotondamento. Se ad es. sono stati trasfusi 5,6 concentrati di eritrociti, va utilizzato il codice che indica da 1 a 5 unità.

[...]

2.6. S0102c Sepsi

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

La regola di codifica S0102c «Sepsi» va modificata come di seguito indicato.

S0102c Sepsi

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 (003–007, 008.0, 075.3, 085) 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. J95.0 *Malfunzionamento di tracheostoma*, T88.0 *Infezione successiva ad immunizzazione*).

Definizione di sepsi secondo la 3^a Conferenza internazionale di consenso (Guidelines of the third international consensus definition for sepsis and septic shock)

Definizione di sepsi: «Infezione dimostrata o supposta e disfunzione d'organo dimostrata, causata da una reazione disregolata dell'organismo a un'infezione».

La diagnosi della sepsi e la relativa documentazione nonché la diagnosi delle disfunzioni d'organo associate alla sepsi in base al punteggio SOFA o ai criteri Goldstein devono essere formulate dai medici curanti. Tutte le disfunzioni/complicazioni d'organo vanno rilevate e codificate singolarmente secondo le relative regole. La diagnosi deve essere formulata dal medico e risultare chiaramente dalla documentazione.

Sepsi nell'adulto

Per gli adulti la disfunzione d'organo nel quadro della sepsi viene ora determinata tramite il punteggio SOFA (Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score).

Una sepsi con disfunzione d'organo si manifesta con un aumento del punteggio SOFA ≥ 2 entro massimo 72 ore. In caso di peggioramento di singoli sistemi di organi di 1 punto ciascuno è consentita la sommatoria dei punti.

Le disfunzioni d'organo che possono essere spiegate palesemente da altre cause, in particolare se preesistenti, non possono essere usate come criterio per la definizione della sepsi.

Le disfunzioni d'organo preesistenti vengono considerate complicazioni d'organo settiche solo in presenza di un peggioramento acuto dovuto alla sepsi.

La disfunzione d'organo preesistente definisce il punteggio di partenza. In assenza di informazioni su patologie pregresse del sistema di organi, il punteggio SOFA basale è considerato pari a 0.

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score^a

ORGANI E APPARATI	Score				
	0	1	2	3	4
Respirazione					
PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	≥ 400 (≥ 53.3)	< 400 (< 53.3)	< 300 (< 40)	< 200 (< 26.7) con assistenza respiratoria	< 100 (< 13.3) con assistenza respiratoria
Coagulazione					
Trombociti, x10 ³ /μl	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Fegato					
Bilirubina, mg/dl (μmol/l)	< 1.2 (< 20)	1.2 – 1.9 (20 – 32)	2.0 – 5.9 (33 – 101)	6.0 – 11.9 (102 – 204)	> 12.0 (> 204)
Cardiovascolare					
Pressione arteriosa media	MAP ≥ 70mmHg	MAP < 70mmHg	Dopamina < 5 o dobutamina (ogni dose) ^b	Dopamina 5.1 – 15 o adrenalina ≤ 0.1 o noradrenalina ≤ 0.1 ^b	Dopamina > 15 o adrenalina > 0.1 o noradrenalina > 0.1 ^b
Sistema nervoso centrale					
Glasgow Coma Scale ^c	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6
Renale					
Creatinina, mg/dl (μmol/l) o	< 1.2 (< 110)	1.2 – 1.9 (110 – 170)	2.0 – 3.4 (171 – 299)	3.5 – 4.9 (300 – 440)	> 5.0 (> 440)
Escrezione urinaria, ml/d				< 500	< 200

^a Addatato da Vincent et al²⁷

^b Dosi di catecolamina somministrate in μg/kg/min per almeno un'ora

^c Glasgow Coma Scale va da 3 a 15

²⁷ Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al; Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive care Med. 1996;22(7):707 – 710.

Per la determinazione del punteggio SOFA relativo alla funzione respiratoria è necessario effettuare un'emogasanalisi arteriosa. Per i pazienti non ventilati vale la seguente ipotesi di FiO₂: con O₂ nasale: 0,3, maschera: 0,4, maschera con serbatoio: 0,6.

Sepsi nel bambino

Per i bambini fino al 16° anno compiuto valgono attualmente i criteri di disfunzione d'organo secondo Goldstein et al. 2005 «International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics».

Per formulare la diagnosi di disfunzione d'organo nel quadro di una sepsi è sufficiente che sia soddisfatto un criterio cardiovascolare o respiratorio. In alternativa, la disfunzione d'organo viene considerata confermata quando sono soddisfatti almeno due criteri riguardanti gli altri sistemi di organi.

Criteri per la disfunzione d'organo secondo Goldstein

Cardiovascolare	Riduzione della PA (ipotensione arteriosa) < 5 ^a percentile in funzione dell'età o PA sistolica di meno di 2 deviazioni standard inferiore al valore normale in funzione dell'età	OPPURE necessità di terapia vasoattiva per il mantenimento della PA nel range di normalità (adrenalina, noradrenalina o dobutamina in ogni dosaggio; dopamina > 5µg/kg/min)	OPPURE due dei punti seguenti: – acidosi metabolica inspiegata (BE > 0.5 mEq/l) – aumento del lattato arterioso > 2 volte il valore limite superiore – oliguria: quantità di urina < 0.5ml/kg/h – riempimento capillare ritardato > 5 sec. – differenza di temperatura centrale e periferica > 3°C
Respiratorio		OPPURE PaCO ₂ > 20mmHg più della PCO ₂ basale	OPPURE bisogno di FiO ₂ > 50% per un'ossigenazione > 92%
Neurologico	Glasgow Coma Scale ≤ 11	OPPURE alterazione acuta dello stato mentale con riduzione dello GCS ≥ 3 punti con basale alterato	OPPURE bisogno di ventilazione non selettiva invasiva o meccanica non invasiva
Ematologico	TC < 80'000/mm ³ o riduzione del 50% del valore più elevato misurato entro gli ultimi tre giorni (per pazienti ematologici od oncologici cronici)	OPPURE rapporto internazionale normalizzato > 2	
Renale	Creatinina sierica ≥ 2 volte il valore limite superiore in funzione dell'età o raddoppio del valore basale		
Epatico	Bilirubina totale ≥ 4mg/dl (non utilizzabile nei neonati)	OPPURE ALAT due volte più elevata del valore limite superiore in funzione	

Shock settico

Lo shock settico va classificato con il **R57.2**.

Si parla di **shock settico** quando nonostante un'adeguata terapia volemica si riesce a raggiungere una pressione arteriosa media ≥ 65 mmHg solo con la somministrazione di vasopressina e in presenza di un valore di lattato > 2 mmol/l.

Sequenza dei codici

La sepsi va classificata con i seguenti codici in sequenza:

- **Codice della sepsi**
- **Gli agenti patogeni e le relative resistenze da U80.-! a U85! vanno codificati secondo la regola D04c**
- **Shock settico (R57.2), se presente**
- **Focolaio infettivo:** ad es. polmonite
Gli agenti patogeni che specificano il focolaio infettivo nonché le relative resistenze vanno codificati secondo la regola D04c.
- **Ogni singola disfunzione d'organo**
La codifica deve comprendere almeno il codice della sepsi e l'indicazione del focolaio d'infezione. Se quest'ultimo è sconosciuto, oltre alla sepsi va indicato il codice B99 *Altre e non specificate malattie infettive*. Per la specificazione di agenti patogeni o l'indicazione di resistenze vale la regola D04c. Tutte le disfunzioni d'organo che peggiorano nel quadro della sepsi costituiscono ulteriori DS.

I codici R65.1! e R65.0! non vanno più indicati nel contesto di una sepsi. Tutti i codici SIRS R65.-! restano validi e possono essere indicati se risultano soddisfatti i requisiti per la codifica di una diagnosi secondaria. Il codice R65.-! non può più tuttavia essere associato alla diagnosi di sepsi.

Esempi di codifica

Esempio 1

Sepsi con shock settico da E. coli su pielonefrite acuta a sinistra con insufficienza multiorgano

Decorso: paziente intubato all'entrata in reparto di cure intense, ventilato con indice di ossigenazione (PaO₂/FiO₂) 155 mmHg nel quadro di un'insufficienza respiratoria acuta; pressione arteriosa media (PAM) 60-80 mmHg con infusione di noradrenalina (0,1 µg/kg/min), insufficienza renale anurica acuta in stadio 3, inizio della CVVHDF (continuous veno-venous hemodiafiltration), durata complessiva 96 ore. Con una trombocitopenia di 18 G/l, esecuzione di un test HIT (trombocitopenia indotta da eparina) che ha dato esito negativo. Nell'ulteriore decorso, la trombocitopenia è regredita e la spiegazione più plausibile è che fosse correlata alla sepsi. In presenza di positività microbiologica a batteri E. coli pansensibili nelle urinocolture e nelle emocolture, istituzione di una terapia con Rocephin.

Punteggio SOFA	Respirazione	Coagulazione	Fegato	Cardiovascolare, MAP	Sist. nervoso centrale	Renale
14	3	4	0	3	0	4

DP	A41.51	Sepsi da <i>Escherichia coli</i>
DS	R57.2	Shock settico
DS	N10	Nefrite tubulo-interstiziale acuta
DS	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> come causa di malattie classificate altrove
DS	J96.09	Insufficienza respiratoria acuta NCA, tipo non specificato
DS	N17.93	Insufficienza renale acuta non specificata, stadio 3
DS	D69.58	Altra trombocitopenia secondaria, non specificata come refrattaria alla trasfusione

Esempio 2

Paziente di 72 anni, urosepsi da *E. coli* in presenza di pielonefrite a destra

Decorso: aggravamento dell'insufficienza renale cronica con valore di creatinina di 140 µmol/l e riduzione della GFR a 25 ml/min (creatinina basale 110 µmol/l; GFR 40 ml/min). Il secondo giorno di degenza sono stati riscontrati negli esami chimici di laboratorio un aumento della bilirubina a 1,5 mg/dl e una trombocitopenia di 90 G/l. Sono stati istituiti il trattamento antibiotico endovenoso e la reidratazione. In seguito, normalizzazione dei valori epatici della trombocitopenia nell'unico controllo di decorso. Nell'ulteriore decorso miglioramento dell'insufficienza renale cronica al livello della GFR basale. Dimissione a domicilio in buone condizioni generali.

Punteggio SOFA	Respirazione	Coagulazione	Fegato	Cardiovascolare, MAP	Sist. nervoso centrale	Renale
4	0	2	1	0	0	1

- DP A41.51 Sepsis da *Escherichia coli*
DS N10 Nefrite tubulo-interstiziale acuta
DS B96.2! *Escherichia coli* come causa di malattie classificate altrove
DS N18.4 Malattia renale cronica, stadio 4

Attenzione: il criterio SOFA del peggioramento acuto dell'insufficienza renale è soddisfatto e vale per il calcolo del punteggio. I criteri AKI non sono tuttavia soddisfatti (condizione per lo stadio 1: aumento della creatinina sierica di almeno il 50% e fino al 100% rispetto al valore iniziale entro 7 giorni. In questo caso si riscontra un aumento del 40%). La progressione dell'insufficienza renale è acuta nel quadro della sepsi, ma è situata nell'intervallo dell'insufficienza renale cronica in stadio 4 (GFR da 15 a 30 ml/min). La disfunzione d'organo viene codificata con il codice per l'insufficienza renale cronica con indicazione dello stadio.

Esempio 3

Paziente di 62 anni con polmonite da *Streptococcus pneumoniae* con/in batteriemia da *Streptococcus pneumoniae*. Polmonite dimostrata radiologicamente a sinistra. Condizioni generali scadute con febbre a 39,1° C ipotensione arteriosa concomitante con pressione arteriosa media di 82 mmHg. Sospetta sepsi e ricovero ospedaliero per terapia antibiotica endovenosa e sostegno cardiovascolare mediante reidratazione. Il giorno successivo esame chimico di laboratorio e riscontro di aumento della bilirubina a 1,3 mg/dl. All'esame microbiologico dimostrazione di *Streptococcus pneumoniae* nell'espettorato e nelle emocolture. Con terapia antibiotica mirata, rapido miglioramento delle condizioni generali e dimissione a domicilio.

Punteggio SOFA	Respirazione	Coagulazione	Fegato	Cardiovascolare, MAP	Sist. nervoso centrale	Renale
1	0	0	1	0	0	0

Il punteggio SOFA è inferiore a 2 e quindi non viene codificata la sepsi. La diagnosi principale è l'infezione. Le diagnosi secondarie vengono codificate secondo la regola di codifica G54g.

- DP J13 Polmonite da *Streptococcus pneumoniae*
DS I95.8 Altre forme di ipotensione
DS A49.1 Infezione streptococcica e enterococcica di sede non specificata
DS B95.3! *Streptococcus pneumoniae* come causa di malattie classificate altrove

Esempio 4

Shock settico e ARDS moderata in presenza di infezione da streptococchi di gruppo A

Bambina di 4 anni, arrivo in ambulanza in stato di sonnolenza. Da 4 giorni febbre fino a 39,2° C, da 2 giorni vomito e diarrea. Attualmente peggioramento delle condizioni generali, notevolmente indebolita, non è in grado di stare seduta, sonnolenta. Al momento del trasporto: tachipnea, periferia fredda, inizialmente senza ossigeno supplementare saturazione del 60%, con flusso di ossigeno di 12 l/min saturazione del 92%. GCS 11, febbre 39,6° C. Trasferimento in reparto di medicina intensiva per gestione ulteriore dello scompenso respiratorio e della sonnolenza. Dopo iniziale assistenza respiratoria a flusso elevato con 15 l/min e FiO₂ del 100%, per persistenza di tachidispnea grave, passaggio a CPAP. In queste condizioni nessuna stabilizzazione, per cui intubazione in presenza di scompenso respiratorio nel quadro di un'insufficienza cardiorespiratoria (PaO₂/FiO₂ 138 mmHg, insufficienza respiratoria ipossica acuta, ARDS). Per shock settico con necessità di catecolamine, inizio di una terapia d'urto cortisonica e una terapia antibiotica empirica con Cefepime. Nel decorso, sospetto di sindrome da shock tossico con emorragie della mucosa orale e dimostrazione di ascite incamerata, per cui terapia supplementare con clindamicina. Con liquido cefalorachidiano nei limiti di norma si esclude un coinvolgimento meningeo. Dopo buona risposta alla terapia, estubazione il 4° giorno di degenza. Dopo decorso favorevole è stato possibile ridurre gradualmente la terapia steroidea e trasferire la paziente in un reparto di degenza in condizioni generali normali.

Criteria per la disfunzione d'organo secondo Goldstein

Cardiovascolare	Riduzione della PA (ipotensione arteriosa) < 5 ^a percentile in funzione dell'età o PA sistolica di meno di 2 deviazioni standard inferiore al valore normale in funzione dell'età	OPPURE necessità di terapia vasoattiva per il mantenimento della PA nel range di normalità (adrenalina, noradrenalina o dobutamina in ogni dosaggio; dopamina > 5µg/kg/min)	OPPURE due dei punti seguenti: – acidosi metabolica inspiegata (BE > 0.5 mEq/l) – aumento del lattato arterioso > 2 volte il valore limite superiore – oliguria: quantità di urina < 0.5ml/kg/h – riempimento capillare ritardato > 5 sec. – differenza di temperatura centrale e periferica > 3°C	
Respiratorio		OPPURE PaCO ₂ > 20mmHg più della PCO ₂ basale	OPPURE bisogno di FiO ₂ > 50% per un'ossigenazione > 92%	OPPURE bisogno di ventilazione non selettiva invasiva o meccanica non invasiva
Neurologico	Glasgow Coma Scale ≤ 11	OPPURE alterazione acuta dello stato mentale con riduzione dello GCS ≥ 3 punti con basale alterato		
Ematologico	TC < 80'000/mm ³ o riduzione del 50% del valore più elevato misurato entro gli ultimi tre giorni (per pazienti ematologici od oncologici cronici)	OPPURE rapporto internazionale normalizzato > 2		
Renale	Creatinina sierica ≥ 2 volte il valore limite superiore in funzione dell'età o raddoppio del valore basale			
Epatico	Bilirubina totale ≥ 4mg/dl (non utilizzabile nei neonati)	OPPURE ALAT due volte più elevata del valore limite superiore in funzione		

DP	A40.0	Sepsi da streptococco, gruppo A
DS	R57.2	Shock settico
DS	A48.3	Sindrome da shock tossico
DS	B99	Altre e non specificate malattie infettive
DS	J80.02	Sindrome da distress respiratorio acuto [ARDS] moderato
DS	J96.00	Insufficienza respiratoria acuta NCA, tipo I [ipossica]
DS	R40.0	Sonnolenza

Esempio 5

Bambina pretermine eutrofica della sdg 25 4/7, peso alla nascita 710 g (percentile 30)

Sindrome dispnoica per deficit di surfattante, displasia broncopolmonare lieve, sindrome da apnea e bradicardia neonatale. Sospetto di infezione neonatale, sospetto di sepsi a insorgenza tardiva il 6° giorno di vita.

Prime cure: bambina cianotica con respirazione spontanea insufficiente, frequenza cardiaca 80/min. Aspirazione orale e inizio della ventilazione con maschera. Rapidamente normocardica, sviluppo di una respirazione spontanea con inspirazioni e gemito espiratorio. Intubazione il 45° minuto di vita. Trasferimento in unità di cure intensive neonatali. FiO₂ massimo 0,25. Con nascita prematura è stato somministrato surfattante per via endotracheale. Grazie alla terapia, miglioramento della situazione respiratoria con riduzione dei parametri della ventilazione. L'estubazione è stata eseguita dopo 17 ore con successiva assistenza respiratoria tramite CPAP. Il 6° giorno di vita, la bambina ha dovuto essere intubata di nuovo per apnea grave nel quadro di una sepsi a insorgenza tardiva. Inizio di una terapia antibiotica con Co-Amoxicillin e Amikacin. Dopo 6 giorni estubazione riuscita. L'emocoltura non ha presentato crescita. La terapia antibiotica è stata somministrata per 7 giorni complessivi. Bisogno di ossigeno aggiuntivo fino al 39° giorno di degenza per displasia broncopolmonare lieve.

Criteria per la disfunzione d'organo secondo Goldstein

Cardiovascolare	Nonostante infusione isotonica di $\geq 40\text{ml/kg}$ in un'ora	Riduzione della PA (ipotensione arteriosa) $< 5^{\text{a}}$ percentile in funzione dell'età o PA sistolica di meno di 2 deviazioni standard inferiore al valore normale in funzione dell'età	<p>OPPURE</p> <p>necessità di terapia vasoattiva per il mantenimento della PA nel range di normalità (adrenalina, noradrenalina o dobutamina in ogni dosaggio; dopamina $> 5\mu\text{g/kg/min}$)</p> <p>OPPURE</p> <p>due dei punti seguenti: - acidosi metabolica inspiegata (BE $> 0.5\text{ mEq/l}$) - aumento del lattato arterioso > 2 volte il valore limite superiore - oliguria: quantità di urina $< 0.5\text{ml/kg/h}$ - riempimento capillare ritardato $> 5\text{ sec.}$ - differenza di temperatura centrale e periferica $> 3^{\circ}\text{C}$</p>
Respiratorio			<p>OPPURE</p> <p>PaCO₂ $> 20\text{mmHg}$ più della PCO₂ basale</p> <p>OPPURE</p> <p>bisogno di FiO₂ $> 50\%$ per un'ossigenazione $> 92\%$</p> <p>OPPURE</p> <p>bisogno di ventilazione non selettiva invasiva o meccanica non invasiva</p>
Neurologico		Glasgow Coma Scale ≤ 11	<p>OPPURE</p> <p>alterazione acuta dello stato mentale con riduzione dello GCS ≥ 3 punti con basale alterato</p>
Ematologico		TC $< 80'000/\text{mm}^3$ o riduzione del 50% del valore più elevato misurato entro gli ultimi tre giorni (per pazienti ematologici od oncologici cronici)	<p>OPPURE</p> <p>rapporto internazionale normalizzato > 2</p>
Renale		Creatinina sierica ≥ 2 volte il valore limite superiore in funzione dell'età o raddoppio del valore basale	
Epatico		Bilirubina totale $\geq 4\text{mg/dl}$ (non utilizzabile nei neonati)	<p>OPPURE</p> <p>ALAT due volte più elevata del valore limite superiore in funzione</p>

DP	P22.0	<i>Sindrome di sofferenza [distress] respiratoria(o) neonatale</i>
DS	P36.9	<i>Sepsi batterica neonatale non specificata</i>
DS	P39.8	<i>Altre infezioni, specificate, specifiche del periodo perinatale</i>
DS	P28.5	<i>Insufficienza respiratoria acuta neonatale</i>
DS	P27.1	<i>Displasia broncopolmonare che ha origine nel periodo perinatale</i>
DS	P07.01	<i>Peso alla nascita da 500 a meno di 750 grammi</i>
DS	P07.2	<i>Immaturità estrema</i>
DS	Z38.0	<i>Nato singolo, nato in ospedale</i>

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

- Se una sepsi si manifesta come malattia o disturbo iatrogeno (complicanza) nel corso di una degenza stazionaria, vanno osservate le regole D12/D16.
- Se viene menzionato più di uno stato (ad es. sepsi, infarto miocardico), va applicata la regola G52. Se una sepsi nel corso di una degenza stazionaria non richiede il maggior dispendio di risorse mediche, va codificata come diagnosi secondaria. Ciò vale in particolare anche per il focolaio infettivo, che può richiedere un impiego di risorse mediche più elevato e diventare quindi la DP anche in presenza di una sepsi (ad es. sepsi in caso di fascite necrotizzante con diversi interventi di revisione).
- Caso particolare della batteriemia da meningococco: in questo caso viene codificata una sepsi da meningococco anche se non sono soddisfatte le condizioni di punteggio SOFA (v. regola S0101a).

S0103c SIRS / Complicanze d'organo

Per la codifica di una SIRS, nell'ICD-10-GM è disponibile la categoria R65. –! *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica [SIRS].*

Attenzione: i testi complementari in grigio riguardanti la sepsi nei codici R65.0! e R65.1! contraddicono il nuovo consenso scientifico e non valgono in ambito svizzero. Nel quadro di una sepsi non può più essere formulata la diagnosi R65.1!.

R65.0! **Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo**
SIRS di origine infettiva S.A.I.
Sepsi senza complicanze d'organo
Sepsi NAS

R65.1! **Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva con insufficienza d'organo**
Sepsi con complicanze d'organo
Sepsi severa

R65.2! **Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine non infettiva senza insufficienza d'organo**
SIRS di origine non infettiva S.A.I.

R65.3! **Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine non infettiva con insufficienza d'organo**

R65.9! **Sindrome da risposta infiammatoria sistemica non specificata**

Si distingue tra SIRS di origine infettiva e non infettiva.

Va indicato per primo il codice dell'infezione in caso di SIRS di origine infettiva oppure della malattia di base che ha provocato una SIRS di origine non infettiva, seguito dal corrispondente codice della categoria R65.-!. Per indicare agenti patogeni e relative resistenze vanno utilizzati codici supplementari.

Caso particolare della batteriemia da meningococco: in questo caso viene codificata una sepsi da meningococco anche se non sono soddisfatte le condizioni di punteggio SOFA (la regola S0101a resta valida).

2.7. S0604d Disturbi dello stato di coscienza e S1904d Perdita di coscienza: correzioni

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Le direttive di codifica per i disturbi dello stato di coscienza e la perdita di coscienza vanno modificate come segue per quanto riguarda l'Unresponsive Wakefulness Syndroms (UWS).

S0604d Disturbi dello stato di coscienza

[...]

Disturbi severi dello stato di coscienza

Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS), precedente denominazione Vegetative State (VS), e Minimally Conscious State (MCS)

L'Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS) è definita come uno stato di impossibilità di interagire con l'ambiente, ossia l'assenza di risposte coerenti e reazioni coscienti a stimoli ottici, acustici, tattili e dolorosi e senza coscienza di sé o dell'ambiente.

Lo Minimally Conscious State (MCS) è definito come una condizione con stato di coscienza severamente alterato, che presenta minime ma nette caratteristiche comportamentali che possono essere comprovate in modo riproducibile e che possono rivelare una coscienza di sé o dell'ambiente.

L'esatta classificazione e attribuzione avviene attraverso la CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) e consta nel risultato delle valutazioni effettuate nelle sei subscale del CRS-R: CRS uditiva – CRS visiva – CRS motoria – CRS oromotoria – CRS di comunicazione – CRS di risveglio. Questa valutazione non è applicabile in modo attendibile per i pazienti di meno di 12 anni. Fino al raggiungimento di questa età vale la diagnosi formulata dal medico senza riferimento alla CRS-R.

Suddivisione in stadi dei disturbi severi dello stato di coscienza

Punteggio subscale CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State Minus (MCS-)	Minimally Conscious State Plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
Facoltà uditive	≤ 2	≤ 2 e	3-4	
Facoltà visive	≤ 1 e	2-5 o	4-5	
Facoltà motorie	≤ 2 e	3-5 o	3-5	= 6 e
Facoltà oromotorie	≤ 2 e	≤ 2 o	3	
Facoltà comunicative	= 0 e	= 0 e	1-2	= 2
Risveglio	1-2	1-2	1-3	

Ovvero:

- Si è in presenza di un'Unresponsive Wakefulnesssyndrom (UWS) se sono soddisfatte tutte le condizioni per un UWS.
- si è in presenza di uno Minimally Conscious State minus (MCS-) se un'unica subscale soddisfa i criteri previsti dall'MCS (ossia localizzazione di stimoli dolorosi, capacità di seguire visivamente oppure riso o pianto adeguato alla situazione) e i restanti valori corrispondono allo stadio UWS.
- Si è in presenza di un Minimally Conscious State plus (MCS+) se la subscale «uditiva» raggiunge il valore 3 (risposta a comando), oppure la subscale «oromotoria» raggiunge il valore 3 (produzione verbale comprensibile), oppure la subscale «comunicazione» raggiunge il valore 1-2 (comunicazione intenzionale o funzionale).
- Si ha un Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) se la subscale «motoria» e la subscale «comunicazione» raggiungono il valore massimo. Per attribuire uno stadio Emerge devono essere svolte due valutazioni nell'arco di una settimana.

La suddivisione in stadi può avvenire solo se sono trascorse 24 ore dall'interruzione della sedazione continuativa presso l'unità di cure intensive e alla condizione che non ci siano fattori di origine medicamentosa che possono aver contribuito a causare lo stato (eventualmente con documentazione di analisi del sangue). Una sedazione temporanea, ad es. per cure al paziente o in caso di stato di agitazione, non rappresenta una controindicazione per una valutazione. Lo stadio deve sussistere almeno una settimana o evolversi in un altro stadio dei disturbi dello stato di coscienza. È necessaria una seconda valutazione la settimana successiva (ad almeno 2-3 giorni di distanza) per confermare la diagnosi di disturbi dello stato di coscienza.

Un disturbo di coscienza viene codificato con G93.80 *Sindrome apallica* :

- in presenza di un disturbo severo dello stato di coscienza di stadio Vegetative State (VS, sinonimo di Unresponsive Wakefulness Syndrome, UWS) o Minimally Conscious State, secondo le definizioni riportate più sopra.

Nota bene: ai disturbi dello stato di coscienza che non soddisfano i criteri di VS/UWS e di MCS NON va attribuito il codice G93.80, fra essi rientra ad es. anche lo stadio **Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)**.

Bibliografia:

~~Giacino, J et al. (2006). Coma Recovery Scale-Revised. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury~~
 Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. Archives of physical medicine and rehabilitation, 85(12), 2020-2029.
 Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. Brain injury, 28(9), 1141-1150.
 Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhaudenhuyse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,... & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Brain injury, 22 (10), 786-792.
 Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., ...& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Archives of physical medicine and rehabilitation, 91 (12), 1795-1813.

S1904d Perdita di coscienza

[...]

~~Vegetative State (VS) / Minimally Conscious State (MCS)~~

~~L'MCS è definito come una condizione con stato di coscienza severamente alterato, che presenta minime ma nette caratteristiche comportamentali che possono essere comprovate in modo riproducibile e che possono rivelare una coscienza di sé o dell'ambiente.~~

~~L'esatta classificazione e attribuzione dello MCS avviene attraverso la Coma Remissions Skala revised (CRS-r) e consta nel risultato delle valutazioni effettuate nelle cinque subseale del CRS: CRS uditiva – CRS visiva – CRS motoria – CRS oromotoria – CRS di comunicazione. Questa valutazione non è applicabile in modo attendibile per i pazienti di meno di 12 anni.~~

Disturbi severi dello stato di coscienza

Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS), precedente denominazione Vegetative State (VS), e Minimally Conscious State (MCS)

L'Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS) è definita come uno stato di impossibilità di interagire con l'ambiente, ossia l'assenza di risposte coerenti e reazioni coscienti a stimoli ottici, acustici, tattili e dolorosi e senza coscienza di sé o dell'ambiente.

Lo Minimally Conscious State (MCS) è definito come una condizione con stato di coscienza severamente alterato, che presenta minime ma nette caratteristiche comportamentali che possono essere comprovate in modo riproducibile e che possono rivelare una coscienza di sé o dell'ambiente.

L'esatta classificazione e attribuzione avviene attraverso la CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) e consta nel risultato delle valutazioni effettuate nelle sei subseale del CRS-R: CRS uditiva – CRS visiva – CRS motoria – CRS oromotoria – CRS di comunicazione – CRS di risveglio. Questa valutazione non è applicabile in modo attendibile per i pazienti di meno di 12 anni. Fino al raggiungimento di questa età vale la diagnosi formulata dal medico senza riferimento alla CRS-R.

Suddivisione in stadi dei disturbi severi dello stato di coscienza

Punteggio subscala CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State Minus (MCS-)	Minimally Conscious State Plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
Facoltà uditive	≤ 2	≤ 2 e	3-4	
Facoltà visive	≤ 1 e	2-5 o	4-5	
Facoltà motorie	≤ 2 e	3-5 o	3-5	= 6 e
Facoltà oromotorie	≤ 2 e	≤ 2 o	3	
Facoltà comunicative	= 0 e	= 0 e	1-2	= 2
Risveglio	1-2	1-2	1-3	

Ovvero:

- Si è in presenza di un'Unresponsive Wakefulnesssyndrom (UWS) se sono soddisfatte tutte le condizioni per un UWS.
- Si è in presenza di uno Minimally Conscious State minus (MCS-) se un'unica subscala soddisfa i criteri previsti dall'MCS (ossia localizzazione di stimoli dolorosi, capacità di seguire visivamente oppure riso o pianto adeguato alla situazione) e i restanti valori corrispondono allo stadio UWS.
- Si è in presenza di un Minimally Conscious State plus (MCS+) se la subscala «uditiva» raggiunge il valore 3 (risposta a comando), oppure la subscala «oromotoria» raggiunge il valore 3 (produzione verbale comprensibile), oppure la subscala «comunicazione» raggiunge il valore 1-2 (comunicazione intenzionale o funzionale).
- Si ha un Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) se la subscala «motoria» e la subscala «comunicazione» raggiungono il valore massimo. Per attribuire uno stadio Emerge devono essere svolte due valutazioni nell'arco di una settimana.

La suddivisione in stadi può avvenire solo se sono trascorse 24 ore dall'interruzione della sedazione continuativa presso l'unità di cure intensive e alla condizione che non ci siano fattori di origine medicamentosa che possono aver contribuito a causare lo stato (eventualmente con documentazione di analisi del sangue). Una sedazione temporanea, ad es. per cure al paziente o in caso di stato di agitazione, non rappresenta una controindicazione per una valutazione. Lo stadio deve sussistere almeno una settimana o evolversi in un altro stadio dei disturbi dello stato di coscienza. È necessaria una seconda valutazione la settimana successiva (ad almeno 2-3 giorni di distanza) per confermare la diagnosi di disturbi dello stato di coscienza.

Un disturbo di coscienza viene codificato con *G93.80 Sindrome apallica* :

- in presenza di un disturbo severo dello stato di coscienza di stadio Vegetative State (VS, sinonimo di Unresponsive Wakefulness Syndrome, UWS) o Minimally Conscious State, secondo le definizioni riportate più sopra.

Nota bene: ai disturbi dello stato di coscienza che non soddisfano i criteri di VS/UWS e di MCS NON va attribuito il codice *G93.80*, fra essi rientra ad es. anche lo stadio Emerge from Minimally Conscious State (EMCS).

Bibliografia:

~~Giacino, J et al. (2006). Coma Recovery Scale Revised. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury~~
Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. Archives of physical medicine and rehabilitation, 85(12), 2020-2029.
Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. Brain injury, 28(9), 1141-1150.
Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhaudenhuyse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,... & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Brain injury, 22 (10), 786-792.
Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., ...& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Archives of physical medicine and rehabilitation, 91 (12), 1795-1813.

2.8. Correzioni al Supplemento del manuale di codifica medica, versione 2019: regole di codifica per la riabilitazione

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il paragrafo «1) Prestazione di base CHOP BA – suddivisa secondo otto tipi di riabilitazione» sotto «Procedure» va corretto e completato come di seguito indicato.

Procedure

Per ogni caso di riabilitazione devono essere rilevate le tre seguenti informazioni

1) Prestazione di base CHOP BA – suddivisa secondo otto tipi di riabilitazione

Una codifica per degenza, esclusi i cambiamenti di tipo di riabilitazione per ragioni mediche.

In caso di trasferimento o decesso del paziente o dimissione contro il parere del medico, la prestazione di base viene codificata anche se il trattamento di riabilitazione dura meno di sette giorni di calendario. La ragione va registrata nella variabile «Decisione dell'uscita» (1.5.V02).

In caso di degenze brevi (< 7 giorni) e settimane di riabilitazione incomplete (ossia quando il numero di giorni non corrisponde a un multiplo di sette), per i giorni in questione i requisiti minimi vanno presi in considerazione pro rata. Per i requisiti minimi indicati per settimana, ogni giorno va soddisfatto un settimo delle esigenze fissate. Qualora una degenza breve (< 7 giorni) non soddisfi i requisiti minimi della prestazione di base di riabilitazione, il codice di quest'ultima può non essere indicato. Se le prestazioni somministrate corrispondono ad altri codici CHOP, come ad es. quelli per la fisioterapia, vanno indicati tali codici.

SwissDRG SA ha aggiornato il documento «Tabella di riconciliazione FIM® - EBI». La nuova versione è quella del 14 maggio 2019. I link nel paragrafo «2) Valutazioni – CHOP AA» sotto «Procedure» devono essere adeguati di conseguenza.

2) Valutazioni – CHOP AA

Le misurazioni inerenti alle funzioni della vita quotidiana e alla multimorbilità vanno effettuate e documentate all'ammissione e alla dimissione.

Per la misurazione FIM® va registrato l'indice di Barthel ampliato (EBI) con il codice AA.11; la tabella di riconciliazione FIM®-EBI è disponibile ai seguenti link:

- in tedesco: https://www.swissdrg.org/application/files/8315/3917/7473/UEberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019.pdf http://www.swissdrg.org/download_file/view/2161 SwissDRG AG. Überleitungstabelle FIM® - EBI für CHOP Code 2019. Version vom 14.05.2019
- in francese: https://www.swissdrg.org/application/files/3215/3917/7473/UEber-leitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_f.pdf https://www.swissdrg.org/download_file/view/2160 SwissDRG SA. Table de transition FIM® - EBI pour codes CHOP 2019. Version du 14.05.2019
- in italiano: https://www.swissdrg.org/application/files/6415/3917/7472/UEber-leitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_i.pdf https://www.swissdrg.org/download_file/view/2159 SwissDRG SA. Tabella di riconciliazione FIM® - EBI per il codice CHOP 2019 Versione del 14.05.2019

3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2019

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso

Le informazioni supplementari sulla CHOP 2019 presentate nella circolare 2019 N 1 continuano ad essere valide, eccetto per i casi seguenti:

- Oltre al punto 3.5. «7A.A2 Growing rod» va osservato il punto 3.3. «Growing rod: codice supplementare e conteggio dei segmenti trattati» della Circolare 2019 n. 2
- Oltre al punto 3.19 «Prestazione di base nella riabilitazione» va osservato il punto 3.8 «Prestazione di base nella riabilitazione» della Circolare 2019 n. 2

Le correzioni supplementari nuove sono elencate nel presente documento.

3.1. 32.41.13 Lobectomia del polmone e angioplastica

Riguarda solo la versione italiana.

Nel titolo del codice 32.41.13, il termine «broncoplastica» va sostituito con «angioplastica».

32.41.13 Lobectomia del polmone, per via toracoscopica, senza menzione di linfadenectomia radicale, con dilatazione ~~broneoplastica~~ angioplastica

3.2. 7A.- Inclusione Osteotomia della colonna vertebrale

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Osteotomia della colonna vertebrale, grado I e II sono incluse nell'intervento di cui ai codici delle sottocategorie 7A.72.- e 7A.73.-.

7A.72 Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale

INCL. Osteotomia della colonna vertebrale, grado I e II

Nota: La stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale viene effettuata senza fusione. La stabilizzazione senza fusione è un intervento preservativo di mobilità alla colonna vertebrale tramite l'impianto di dispositivi. La stabilizzazione dinamica viene effettuata ad es. tramite spaziatori interspinosi, protesi di dischi intervertebrali o costruzioni dinamiche con sistemi di placca e viti (strumentazione dinamica nota anche come spondilodesi dinamica).

7A.73 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi senza fusione di vertebre

Stabilizzazione della colonna vertebrale in caso di fratture

INCL. Osteotomia della colonna vertebrale, grado I e II

Nota: La stabilizzazione senza fusione è un intervento preservativo di mobilità alla colonna vertebrale tramite l'impianto di dispositivi. La strumentazione viene impiegata per immobilizzare a fini di guarigione. Non viene effettuata alcuna apposizione ossea alle articolazioni della colonna vertebrale, non si intende ottenere una fusione.

3.3. 7A.A2 Growing rod – codice supplementare e conteggio dei segmenti trattati

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il codice 7A.A2 «Impianto di sistemi allungabili o espansibili, colonna vertebrale» è un codice supplementare e non può quindi essere utilizzato da solo. L'intervento in questione è una stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale. Ai fini del conteggio dei segmenti trattati vanno presi in considerazione solo quelli a cui viene fissato il sistema. Il codice 7A.72.12 «Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale, approccio dorsale e dorsolaterale, 2 segmenti» classifica l'intervento.

7A.A2 Impianto di sistemi allungabili o espansibili, colonna vertebrale

Growing rod

Sistema a viti e barre allungabile

3.4. 84.A1.- Interventi in un solo tempo operatorio su mani o piedi– precisazione della nota riguardante i raggi digitali

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

La nota della sottocategoria 84.A1.- «Interventi in un solo tempo operatorio su mani o piedi» va completata come di seguito indicato.

84.A1.- Interventi in un solo tempo operatorio su mani o piedi

Nota: I seguenti codici servono per l'identificazione degli interventi multipli in un solo tempo operatorio su mani o piedi. Un raggio si riferisce alle ossa metacarpali e delle dita della mano o alle ossa metatarsali e delle dita del piede. Quindi, se un intervento riguarda il terzo raggio metacarpale nonché il terzo dito, va conteggiato solo un raggio.

La sottocategoria di codici è stata strutturata fino a 5 e più raggi per includere la classificazione di interventi a più di cinque dita della mano o del piede in pazienti con polidattilia.

Gli interventi su vasi e nervi vanno sempre attribuiti a un raggio.

In caso di interventi in un solo tempo operatorio su entrambe le mani o entrambi i piedi va indicato il numero di raggi metacarpali e digitali di ciascuna mano o di raggi metatarsali e digitali di ciascun piede, differenziandoli con l'indicazione di lateralità.

Gli interventi effettuati su uno stesso numero di raggi a sinistra e a destra possono essere classificati come bilaterali.

I codici degli interventi in questione vanno indicati una sola volta anche se effettuati monolateralmente su più raggi.

Il corrispondente codice supplementare va inserito subito dopo il codice relativo all'intervento.

Vanno presi in considerazione interventi delle seguenti categorie:

- Interventi su nervi cranici e periferici (04.-)
- Incisione, asportazione ed occlusione di vasi (38.-)
- Altri interventi sui vasi (39.-)
- Incisione, asportazione e sezione di altre ossa (77.-)
- Altri interventi sulle ossa ad eccezione di quelle facciali (78.-)
- Riduzione di frattura e di lussazione (79.-)
- Incisione ed asportazione di strutture articolari (80.-)
- Interventi di riparazione e plastica sulle strutture articolari (81.-)
- Interventi sui muscoli, sui tendini e sulle fasce della mano (82.-)
- Interventi sui muscoli, sui tendini, sulle fasce e sulle borse, ad eccezione della mano (83.-)
- Altri interventi sull'apparato muscoloscheletrico (84.-)

La precisazione n. 0828 vale anche per il tema degli interventi multipli in un solo tempo operatorio su mani e piedi.

3.5. 94.6A.- Trattamento motivazionale di malati di dipendenze

Riguarda solo le versioni francese e italiana.

Nei seguenti titoli il termine «disassuefazione» va sostituito con «trattamento per la disintossicazione». I titoli del gruppo di elementi 94.6A.2- risultano altrimenti troppo simili a quelli del gruppo di elementi 94.6A.1- «Disassuefazione qualificata di malati di dipendenze, secondo il numero di giorni di trattamento».

- 94.6A.2 **Disassuefazione** **Trattamento per la disintossicazione** in caso di dipendenza da sostanze, secondo il numero di giorni di trattamento
- 94.6A.21 **Disassuefazione** **Trattamento per la disintossicazione** in caso di dipendenza da sostanze, fino a 27 giorni di trattamento
- 94.6A.22 **Disassuefazione** **Trattamento per la disintossicazione** in caso di dipendenza da sostanze, da almeno 28 a 62 giorni di trattamento
- 94.6A.23 **Disassuefazione** **Trattamento per la disintossicazione** in caso di dipendenza da sostanze, da almeno 63 a 90 giorni di trattamento
- 94.6A.24 **Disassuefazione** **Trattamento per la disintossicazione** in caso di dipendenza da sostanze, 91 e più giorni di trattamento

3.6. 99.B7.- e 99.B8.- Terapia intensiva complessa, o trattamento complesso in IMCU, in età neonatale e in età infantile

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

L'indicazione «28 giorni di vita» può provocare discussioni in caso di trasferimenti. Nei requisiti minimi dei seguenti gruppi di elementi è stata quindi menzionata l'età corretta per i nati pretermine.

- 99.B7.2 **Terapia intensiva complessa in età infantile (procedura di base), secondo il numero di punti risorse**
Nota: [...] Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno più di 28 giorni di vita, ma che non hanno ancora compiuto 16 anni. **In caso di nati pretermine, per il conteggio dei giorni va utilizzata l'età corretta definita dal medico curante.**
- 99.B7.3 **Terapia intensiva complessa in età neonatale (procedura di base), secondo i punti risorse**
Nota: [...]. Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno al massimo 28 giorni di vita. **In caso di nati pretermine, per il conteggio dei giorni va utilizzata l'età corretta definita dal medico curante.**
- 99.B8.2 **Trattamento complesso in età infantile in unità di terapia intermedia (IMCU), secondo il numero di punti risorse**
Nota: [...] Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno più di 28 giorni di vita, ma che non hanno ancora compiuto 16 anni. **In caso di nati pretermine, per il conteggio dei giorni va utilizzata l'età corretta definita dal medico curante. [...]**
- 99.B8.3 **Trattamento complesso in età neonatale in unità di terapia intermedia (IMCU), secondo i punti risorse**
Nota: [...] Questo codice va indicato per pazienti che al momento del ricovero in ospedale hanno al massimo 28 giorni di vita. **In caso di nati pretermine, per il conteggio dei giorni va utilizzata l'età corretta definita dal medico curante. [...]**

3.7. 99.A7, 99.BA.1- e 99.BA.2- Documenti di riferimento per Stroke Center e Stroke Unit

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il link ai documenti inerenti a Stroke Center e Stroke Unit è cambiato. Vi è inoltre una nuova versione del documento di riferimento per gli Stroke Center. Vanno quindi apportate le seguenti modifiche:

99.A7 Diagnostica complessa dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Unit o Stroke Center, fino a un massimo di 24 ore

Nota: Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento:

Per le direttive e i requisiti della SFCNS in fatto di Stroke Unit (SU) certificate si rimanda al seguente documento (in lingua tedesca) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units (Criteri di qualità per la certificazione di Stroke Unit)», versione I (28.09.2012): <https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>
[...]

99.BA.1 Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Center (SC), secondo la durata del trattamento in ore

Nota: Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento: Per le direttive e i requisiti della SFCNS in fatto di Stroke Center certificati si rimanda al seguente documento (in lingua tedesca) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Centers (Criteri di qualità per la certificazione di Stroke Center)», versione II (29.09.2016): <https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>
[...]

99.BA.2 Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Unit (SU), secondo la durata del trattamento in ore

Nota: Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento:

Per le direttive e i requisiti della SFCNS in fatto di Stroke Unit (SU) certificate si rimanda al seguente documento (in lingua tedesca) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units (Criteri di qualità per la certificazione di Stroke Unit)», versione I (28.09.2012): <https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>
[...]

3.8. Prestazione di base nella riabilitazione

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Nella categoria BA.- «Prestazione di base nella riabilitazione», per quanto riguarda i «Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento», bisogna tenere conto che sono intervenuti cambiamenti nel documento « Personelle und infrastrukturelle Minimalanforderungen – Referenzdokument neurologische Rehabilitation » di cui al link <https://www.fmh.ch/themen/stationaere-tarife/st-reha.cfm#minimal>. Nei requisiti minimi della categoria BA.- e delle relative categorie a 3 cifre vanno inoltre apportare le modifiche di seguito riportate.

BA Prestazione di base nella riabilitazione

Nota:

[...]

Requisiti minimi punto 3, terapia:

~~Le unità terapeutiche e le unità di istruzione durano 30 minuti. Eventuali scostamenti nella durata possono verificarsi solo per ragioni specificamente riferite al paziente (capacità di tolleranza variabile) e devono essere documentati.~~

La settimana di trattamento è composta da 7 giorni di calendario. **Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali vanno intese quale media alla settimana sull'intera degenza di riabilitazione.**

Le unità terapeutiche/educative (di istruzione) sono somministrate come terapia individuale o di gruppo a seconda dell'indicazione e in funzione delle esigenze e delle risorse del paziente.

La terapia/educazione (istruzione) per degenze brevi e settimane di riabilitazione incomplete va calcolata pro rata. Eventuali scostamenti nella durata possono verificarsi solo per ragioni specificamente riferite al paziente (capacità di tolleranza variabile) e devono essere documentati.

L'autotraining sotto sorveglianza del terapista competente corrisponde a una terapia.

BA.1 Riabilitazione neurologica

Nota:

[...]

Requisiti minimi punto 3, terapia e istruzione:

~~Almeno 20 unità terapeutiche alla settimana ripartite su almeno 5 giorni~~, Durata settimanale della terapia almeno ~~600~~ 540 minuti. Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali vanno intese quale media alla settimana sull'intera degenza di riabilitazione.

Sono inoltre utilizzate le seguenti terapie in funzione dei deficit:

Obbligatoriamente:

- fisioterapia ~~almeno 5 giorni alla settimana~~

in combinazioni specifiche per il paziente con:

- terapia fisica
- logopedia
- ergoterapia
- neuropsicologia
- consulenza dietetica

Inoltre, in caso di corrispondente indicazione:

- consulenza sociale
- consulenza per smettere di fumare
- consulenza diabetologica

BA.2 Riabilitazione psicosomatica

Nota:

[...]

Requisiti minimi punto 2, terapia e istruzione:

~~Almeno 15 unità terapeutiche alla settimana ripartite su almeno 5 giorni~~, Durata settimanale della terapia almeno 450 minuti. Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali vanno intese quale media alla settimana sull'intera degenza di riabilitazione.

Sono obbligatorie ~~almeno 5 unità terapeutiche di~~ psicoterapia combinate con ~~almeno 10 unità terapeutiche di~~:

- fisioterapia
- ergoterapia
- terapia contestuale psicosociale somministrata da personale di cura diplomato

Inoltre, in caso di corrispondente indicazione:

- consulenza dietetica
- consulenza diabetologica

BA.3 Riabilitazione polmonare

Nota:

[...]

Requisiti minimi punto 2, terapia e istruzione:

Il trattamento consiste obbligatoriamente in unità terapeutiche e di istruzione per complessivi 540 minuti alla settimana. Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali vanno intese quale media alla settimana sull'intera degenza di riabilitazione.

a) ~~almeno 15 unità terapeutiche alla settimana ripartite su almeno 5 giorni con~~ obbligatoriamente ~~5 unità terapeutiche~~ di fisioterapia quale allenamento di resistenza nonché ~~10 unità terapeutiche~~ in combinazioni specifiche per il paziente di

- fisioterapia respiratoria
- allenamento della forza (terapia di training medico)
- ergoterapia
- logopedia
- consulenza dietetica
- sostegno psicologico

nonché

b) almeno 3 unità di istruzione ~~alla settimana~~ su diversi temi

Inoltre in funzione delle indicazioni specifiche per il paziente:

- terapia respiratoria strumentale, es. ossigenoterapia mobile, terapia inalatoria
- consulenza sociale

BA.4 Riabilitazione cardiologica

Nota:

[...]

Requisiti minimi punto 2, terapia e istruzione:

Il trattamento consiste obbligatoriamente in unità terapeutiche e di istruzione per almeno complessivi 540 minuti alla settimana. **Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali vanno intese quale media alla settimana sull'intera degenza di riabilitazione.**

~~a) Almeno 16 unità terapeutiche alla settimana ripartite su almeno 5 giorni.~~

Terapie obbligatorie ~~almeno 5 giorni~~ alla settimana:

a) fisioterapia attiva ~~almeno 10 unità terapeutiche alla settimana~~ (resistenza, forza e mobilità, rilassamento) in combinazioni specifiche per il paziente con:

- consulenza dietetica
- consulenza diabetologica
- consulenza psicologica
- ergoterapia
- logopedia
- terapia fisica

b) Almeno 2 unità settimanali di istruzione volta alla prevenzione su diversi temi.

Inoltre, in caso di corrispondente indicazione:

- consulenza sociale

BA.5 Riabilitazione muscoloscheletrica

Nota:

[...]

Requisiti minimi punto 1, terapia e istruzione:

~~Almeno 15 unità terapeutiche alla settimana ripartite su almeno 5 giorni~~, Durata settimanale della terapia almeno 450 minuti. **Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali vanno intese quale media alla settimana sull'intera degenza di riabilitazione.**

La fisioterapia attiva è parte integrante della riabilitazione muscoloscheletrica.

Sono obbligatorie ~~almeno 8 unità terapeutiche~~ di fisioterapia attiva **alla settimana** combinate con almeno 2 delle seguenti aree di performance:

- terapia fisica passiva
- terapia di training medico
- terapia del movimento in acqua (ginnastica in acqua)
- ergoterapia
- psicoterapia e terapia colloquiale
- consulenza/terapia dietetica

Inoltre, secondo indicazioni specifiche per il paziente:

- tecnica ortopedica e protesica inclusa tecnica delle calzature ortopediche
- consulenza, istruzione e fornitura di mezzi ausiliari
- misure di ergonomia
- consulenza sociale

BA.6 Riabilitazione internistica o oncologica

Nota:

[...]

Requisiti minimi punto 1, terapia e istruzione:

~~Almeno 15 unità terapeutiche alla settimana ripartite su almeno 5 giorni~~, Durata settimanale della terapia almeno 450 minuti. **Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali vanno intese quale media alla settimana sull'intera degenza di riabilitazione.**

La terapia è somministrata in combinazioni specifiche per il paziente.

I seguenti ambiti terapeutici sono obbligatori:

- fisioterapia
- ergoterapia

- terapia di training medico

In funzione dell'obiettivo terapeutico, questi vanno combinati con le seguenti prestazioni:

- terapia fisica
- consulenza e terapia dietetica
- psicoterapia e terapia colloquiale
- psicooncologia
- consulenza e terapia diabetologica
- consulenza per stomia e incontinenza
- logopedia

Inoltre, in caso di corrispondente indicazione:

- consulenza sociale

BA.7 Riabilitazione pediatrica

Nota:

[...]

Requisiti minimi punto 3, terapia e istruzione:

~~Almeno 15 unità terapeutiche alla settimana con almeno 3 unità al giorno~~ Quale combinazione degli ambiti terapeutici sotto riportati. Durata settimanale della terapia almeno 450 minuti. **Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali vanno intese quale media alla settimana sull'intera degenza di riabilitazione.**

I bambini richiedono una pianificazione personalizzata e bisogna quindi tenere adeguatamente conto di tale aspetto.

- Psicologia clinica e psicoterapia
- Neuropsicologia
- Fisioterapia
- Ergoterapia
- Logopedia
- Consulenza e terapia dietetica
- Consulenza e terapia diabetologica

In caso di necessità vanno coinvolti nelle terapie i genitori o i rappresentanti legali.

Inoltre, in caso di corrispondente indicazione:

- consulenza sociale

BA.8 Riabilitazione geriatrica

Nota:

Requisiti minimi punto 2, terapia e istruzione:

~~Almeno 15 unità terapeutiche alla settimana ripartite su almeno 5 giorni~~ Durata settimanale della terapia almeno 450 minuti.

Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali vanno intese quale media alla settimana sull'intera degenza di riabilitazione.

Combinazione specifica per il paziente dei seguenti ambiti terapeutici:

- fisioterapia
- ergoterapia
- logopedia
- consulenza e terapia dietetica
- psicologia e/o neuropsicologia

Inoltre, istruzione/consulenza in funzione delle indicazioni specifiche per il paziente:

- consulenza sociale
- tecnica ortopedica

4. Informazioni supplementari sulla ICD-10-GM 2018

4.1. Soppressione di codici supplementari nell'indice alfabetico

Riguarda solo le versioni francese e italiana dell'indice alfabetico.

Nel processo di redazione dell'indice alfabetico, i riferimenti vengono riconosciuti automaticamente. In caso di effettive correlazioni daga-asterisco ciò è corretto. Per alcuni codici sono tuttavia indicati tra le inclusioni testi esplicativi con riferimenti. Purtroppo si è tenuto conto di tali riferimenti anche in sede di redazione dell'indice alfabetico nel quale figurano come codici supplementari. Tali codici supplementari vanno quindi stralciati dall'indice alfabetico.

Esempio del codice T85.2, tra le cui inclusioni figura il codice T82.0:

Indice sistematico (Print)

T85.2 Complicanza meccanica di lente intraoculare

Complicanze elencate in T82.0 da cristallino intraoculare, incluso offuscamento

T82.0 Complicanza meccanica di protesi valvolare cardiaca

Dislocazione	da protesi valvolare cardiaca
Malposizione	
Ostruzione, meccanica	
Perdita	
Perforazione	
Protrusione	
Rottura (meccanica)	

Indice alfabetico (CSV)

Entrata dell'indice	Codice	Termine permutato
Complicanza	T85.2	Complicanza meccanica di lente intraoculare -
Complicanza	T85.2, T82.0	Complicanze elencate in da cristallino intraoculare, incluso offuscamento -
Cristallino	T85.2, T82.0	Cristallino intraoculare, incluso offuscamento - Complicanze elencate in da
Intraoculare	T85.2	Intraoculare - Complicanza meccanica di lente
Intraoculare	T85.2, T82.0	Intraoculare, incluso offuscamento - Complicanze elencate in da cristallino
Lento	T85.2	Lente intraoculare - Complicanza meccanica di
Offuscamento	T85.2, T82.0	Offuscamento - Complicanze elencate in da cristallino intraoculare, incluso

4.2. Arricchimenti relativi all'encefalopatia di Wernicke

Riguarda solo le versioni francese e italiana.

L'indice alfabetico va modificato per il codice E51.2 «Encefalopatia di Wernicke» come di seguito riportato:

File CSV:

Entrata dell'indice	Codice, resp. codici daga - asterisco, tra virgolette	Termine permutato oppure vedasi o vedasi anche.
Encefalopatia	E51.2†, G32.8*	Encefalopatia di Wernicke -
Wernicke	E51.2†, G32.8*	Wernicke - Encefalopatia di

Sono stati inoltre inseriti i seguenti termini:

	E51.2†, G32.8*	Polioencefalite emorragica superiore
	E51.2†, G32.8*	Polioencefalomielite in Beriberi
	E51.2	Pseudoencefalite emorragica superiore

4.3. N08.5* Disturbi glomerulari in malattie sistemiche del tessuto connettivo

Riguarda la versione francese. Vedi Cirulaire 2019 n° 2.

5. Allegato

5.1. Informazioni e precisazioni (ex FAQ)

La presente circolare contiene **tutte** le «Informazioni e precisazioni» valevoli dal **1° luglio 2019**.

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.

0828 01.07.2019 Codice supplementare 84.A1.- «Interventi in un solo tempo operatorio su mani o piedi»

La seguente tabella precisa l'utilizzo del codice e del codice supplementare per gli interventi multipli in un solo tempo operatorio sulla base dell'esempio della mano.

Interventi multipli in un solo tempo operatorio su mani - Esempi						
		Intervento		84.A1.1 Interventi multipli in un solo tempo operatorio su raggi metacarpi e digitali		
Caso	Descrizione	Codice intervento	Lateralità	Codice supplementare	Titolo	Lateralità
Caso 1	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
Caso 2	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
	Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra			
Caso 3	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
	Intervento di tipo B al metacarpo, secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra			
Caso 4	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	84.A1.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpi e digitali	Monolaterale sinistra
	Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
Caso 5	Intervento di tipo A alle dita del secondo, terzo e quarto raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	84.A1.12	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 3 raggi metacarpi e digitali	Monolaterale sinistra

Caso 6	Intervento di tipo A alle dita del secondo, terzo e quarto raggio della mano sinistra, nonché alle dita del quarto e quinto raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo A	Bilaterale	84.A1.12	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 3 raggi metacarpi e digitali	Monolaterale sinistra
				84.A1.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpi e digitali	Monolaterale destra
Caso 7	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
	Intervento di tipo B all'osso metacarpale del terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
	Intervento di tipo C alle dita del terzo e quarto raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo C	Monolaterale sinistra	84.A1.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpi e digitali	Monolaterale sinistra
Caso 8	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	84.A1.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpi e digitali	Monolaterale sinistra
	Intervento di tipo B alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra	84.A1.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpi e digitali	Monolaterale destra
Caso 9	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	84.A1.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpi e digitali	Monolaterale sinistra
	Intervento di tipo B al dito del secondo raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra	Nessun codice		

0829 01.07.2019 Sbrigliamento senza asportazione (86.2B.-) in narcosi

Nei casi in cui lo sbrigliamento senza asportazione viene eseguito in narcosi per ragioni mediche, va indicato un codice della sottocategoria 86.2B.- «Sbrigliamento di ferita, infezione o ustione, senza asportazione, senza anestesia locale per infiltrazione, regionale o generale» in combinazione con un codice della sottocategoria 93.92.- «Anestesia».

0830 01.07.2019 Sostituto cartilagineo metallico - Miniprotesi

Una miniprotesi per il trattamento di difetti cartilaginei al ginocchio non va classificata con un codice della sottocategoria 81.54.- «Impianto di protesi del ginocchio», ma con:

81.47.26 Impianto di sostituto cartilagineo metallico personalizzato nel ginocchio

o

81.47.2A Impianto di sostituto cartilagineo metallico non personalizzato nel ginocchio

0831 01.07.2019 Diatesi emorragica da anticoagulanti

Un paziente sotto anticoagulanti con coagulazione nella norma senza emorragia va codificato con Z92.1 «Uso prolungato (in atto) di anticoagulanti nell'anamnesi personale».

Un paziente sotto anticoagulanti con ipocoagulazione (rischio accresciuto di emorragia) va codificato con il corrispondente codice D68.3- se ne risulta un impiego di risorse mediche > 0.

Solo in situazioni particolari, unitamente ai codici della sottocategoria D68.3-, può essere codificata una causa esterna, come ad es. X49.9! «Avvelenamento accidentale», X84.9! «Autolesionismo intenzionale», Y69! «Infortunio non specificato in corso di assistenza chirurgica e medica» o Y09.9! «Aggressione».

0832 01.07.2019 Abuso di alcol o dipendenza da alcol: come si codifica un abuso di alcol documentato?

Un abuso di alcol documentato non significa necessariamente una dipendenza da alcol. Il codice F10.1 «Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, abuso nocivo» va utilizzato per rilevare un abuso di alcol.

0833 01.07.2019 Profilassi dei sintomi da astinenza: può essere indicato il codice F10.3 in caso di somministrazione profilattica di Valium a un alcolista?

Per poter utilizzare il codice F10.3 «Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, sindrome da astinenza», il quadro clinico del paziente dovrebbe includere gli episodi di astinenza secondo tale codice. Il quadro dell'astinenza deve essere documentato in modo esplicito.

0834 01.07.2019 Intossicazione da litio

Come va classificata un'intossicazione da litio?

Il litio è impiegato in combinazione con antidepressivi in caso di depressioni severe che non rispondono a trattamenti convenzionali. La sostanza è però utilizzata anche per il trattamento delle fasi acute e nel quadro della profilassi a lungo termine delle patologie maniaco-depressive. Il litio appartiene alla categoria degli **stabilizzanti dell'umore**. In caso di intossicazione da litio in tale contesto va indicato il codice T43.8 «Avvelenamento da altri farmaci psicotropi NCA» e **non** il codice T43.2 «Avvelenamento da farmaci psicotropi NCA, altri e non specificati antidepressivi».

0835 01.07.2019 Rilevazione della durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria

La durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria va rilevata con il corrispondente codice specifico del sistema.

Durata del trattamento con:

- A: un contropulsatore aortico → 37.69.1-
- B: un sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso)
 - endovasale (intracardiaco incluso) → 37.69.2-
 - extracorporeo, monoventricolare → 37.69.4-
 - extracorporeo, biventricolare → 37.69.5-
 - intracorporeo, monoventricolare e biventricolare → 37.69.6-
- C: sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, con pompa, con rimozione di CO₂, extracorporeo, veno-venoso → 37.69.7-
- D: un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, con pompa, con ossigenatore (rimozione di CO₂ inclusa),
 - extracorporeo, veno-venoso → 37.69.8-
 - extracorporeo, veno-arterioso o veno-venoarterioso → 37.69.A-

Per le procedure di cui al punto D (procedure ECMO) va inoltre osservato quanto segue.

Qualora durante una degenza la stessa procedura ECMO sia effettuata più volte:

- se la pausa tra le procedure è > 24 ore e avviene una sostituzione di cannule, le durate di trattamento possono essere classificate singolarmente;
- se la pausa tra le procedure è > 24 ore e non avviene una sostituzione di cannule, le durate di trattamento vanno sommate;
- se la pausa tra le procedure è < 24 ore, le durate di trattamento vanno sommate.

(Osservazione sulla sostituzione di cannule: la sostituzione di cannule va rilevata con il codice 37.6E.11 «Sostituzione di cannula di sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria».)

Qualora durante la degenza siano effettuate diverse procedure ECMO (D):

- Per l'intera durata del trattamento va indicato un solo codice. Va scelto il gruppo di elementi della procedura di maggior durata. I tempi di trattamento delle varie procedure del tipo «sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, con pompa, con funzione di scambio gassoso» vengono sommati. All'interno del gruppo di elementi della procedura di maggior durata va scelto il codice in funzione della durata complessiva.
- L'impianto, la rimozione del sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, la sostituzione della cannula, la sostituzione di componenti riguardano specificamente i singoli casi.

- E: un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, senza pompa,
 - con rimozione di CO₂ → 37.69.B-

Per le procedure di cui ai punti A, B, C ed E, in caso di interruzione, le durate della stessa procedura vanno sommate. Ciascuna procedura deve essere classificata separatamente.

0836 01.01.2019 Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria

In caso di utilizzo del codice ICD-10 GM Z95.80 «Portatore di sistema di circolazione assistita» va codificata in aggiunta la durata del trattamento tramite uno dei codici CHOP dei seguenti gruppi di elementi:

- 37.69.2- «Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso)»
- 37.69.4- «Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo, monoventricolare»
- 37.69.5- «Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo, biventricolare»
- 37.69.6- «Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, intracorporeo, monoventricolare e biventricolare»

0837 01.01.2019 Ossigenazione per palloncino dei neonati

L'ossigenazione per palloncino dei neonati con disturbi dell'adattamento non viene codificata. Non viene classificato nessun codice da 93.9F.1- «Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria di neonati e lattanti».

0838 01.01.2019 Cuffia dei rotatori

Appartengono alla cuffia dei rotatori i tendini dei seguenti muscoli:

- Muscolo sottospinato
- Muscolo sovraspinato
- Muscolo sottoscapolare
- Muscolo piccolo rotondo

Solo la ricostruzione plastica di questi tendini può essere codificata come ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori. Tale precisazione riguarda i codici 81.82.35 «Ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori, per via artroscopica» e 81.82.45 «Ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori, chirurgica a cielo aperto». Entrambi contengono la nota «La ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori può essere codificata solo se vengono ricostruiti 2 o più tendini».

0839 01.01.2019 Rilevazione dei punti risorse del Trattamento infermieristico complesso

Alcuni cambiamenti intervenuti nella sottocategoria 99.C1.- «Trattamento infermieristico complesso, secondo il numero di punti risorse» nel passaggio dalla CHOP 2018 alla CHOP 2019 influiscono sulla rilevazione dei punti risorse. Si tratta, segnatamente, dell'inserimento di un gruppo di prestazioni supplementare – con il numero massimo di punti risorse rilevabili al giorno che aumenta da 6 a 7 – nonché dell'ampliamento della classificazione per punti (nella CHOP 2019 arriva fino a «801 e più punti risorse», mentre nella versione precedente si fermava a «66 e più punti risorse»).

Tali nuove condizioni si applicano a tutte le prestazioni somministrate a partire dall'entrata in vigore della CHOP 2019.

Per i casi con ammissione nel 2018 e dimissione nel 2019, ciò significa scegliere e registrare il pertinente codice dalla CHOP 2019 in base alla somma dei punti del trattamento infermieristico complesso secondo le regole CHOP 2018 fino al 31 dicembre 2018 più la somma dei punti del trattamento infermieristico complesso secondo le regole CHOP 2019 dal 1° gennaio 2019 alla data di dimissione.

0840 01.01.2019 Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento 93.89.9-

La seguente precisazione riguarda il gruppo di elementi 93.89.9- «Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento».

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.

0841 01.01.2019 Trasformazione di sesso

I «Codificare anche» menzionati nella categoria a 3 cifre 64.5- «Interventi per trasformazione di sesso» non sono esaustivi. Per ogni intervento connesso a una trasformazione di sesso vanno utilizzati i codici della categoria 64.5-.

0842 01.01.2019 Spostamento di disco intervertebrale (ernia discale) cervicale o di altra localizzazione con mielopatia / radicolopatia

Questa precisazione è stata soppressa nella Circolare 2019 n. 2 e sostituita da un esempio riguardante la regola di codifica D03g «Codici daga (†)-asterisco (*)». Vedi punto 2.1 della Circolare 2019 n. 2.

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».

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.

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».

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).

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.

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.

0889 01.01.2015 Precisazione ECMO e compenso supplementare

Questa precisazione è stata soppressa nella Circolare 2019 N 2 e sostituita dalla precisazione n. 0835.

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*.

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).

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 / ABO 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).

2010 92.24 Teleradioterapia mediante fotoni

92.24.1- ...guidata dalle immagini sono terapie **guidate dalle immagini**, *92.24.2- ...non guidata dalle immagini non guidate dalle immagini*. Il termine «guidata dalle immagini» o «IGRT» (Image Guided Radiation Therapy) significa che nel locale di irradiazione vengono effettuate radiografie o tomografie sul paziente già in posizione.

Installazioni di questo tipo possono essere collocate nel locale di irradiazione (sistema di radiografia, TAC mobile, ultrasonografia) oppure come accessori supplementari direttamente sulle apparecchiature per irradiazione.

Questa immaginografia è indipendente dalla pianificazione dell'irradiazione e necessita di apparecchiature specifiche. In tal modo è possibile comparare il posizionamento del paziente e dei volumi bersaglio con le immagini della pianificazione dell'irradiazione. È quindi immediatamente possibile correggere il posizionamento del paziente. Ad esempio grazie a una TAC effettuata su un paziente con carcinoma prostatico è possibile controllare il contenuto della vescica e del retto e su tale base determinare la posizione della prostata.

Registrando in modo costante i movimenti del paziente o degli organi è inoltre possibile riaggiustare l'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 2019 Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte.
Prezzo:	gratuito
Download:	www.statistica.admin.ch (gratuito)