



# Circolare per codificatori: 2017 / N 2

## 1. Nozioni generali

### 1.1. Basi

Per codificare tutti i ricoveri stazionari negli ospedali e nelle cliniche (comprese le cliniche di riabilitazione, psichiatriche e altre cliniche specializzate) con dimissioni dal 1° luglio 2017 sono validi:

- il manuale di codifica versione 2017
- la circolare n. 1 del 2017 **con allegato**
- la circolare n. 2 del 2017 **con allegato**

Nessuna modifica negli altri paragrafi del punto 1.1. Basi.

### 1.2. Classificazioni valide

Nessuna modifica rispetto alla circolare 2017 N 1.

### 1.3. Versioni di riferimento

Nessuna modifica rispetto alla circolare 2017 N 1.

### 1.4. Circolare e allegato

Informazioni e precisazioni saranno pubblicate mediante circolari (pubblicate il 31 dicembre 2016 e il 30 giugno 2017, da applicare alle codifiche di tutti i casi con dimissioni dal 1° gennaio 2017 e dal 1° luglio 2017). Tali documenti sono informazioni ufficiali dell'UST e vanno presi in considerazione per ulteriori codifiche.

A partire dal 2017 le informazioni e precisazioni non saranno più pubblicate sotto forma di FAQ, bensì come allegato alla circolare per l'anno in questione. Le FAQ degli anni precedenti sono disponibili in formato PDF sul nostro sito Internet, unicamente alle circolari.

### 1.5. Domande sulla codifica

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

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

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

Per tutte le domande senza documentazione o con documentazione insufficiente non faremo nessuna raccomandazione e non sarà dato nessun feedback.

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

## 2. Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2017

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso

Le informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2017 riportate nella Circolare 2017 N 1 sono tuttora valide. Altre correzioni supplementari sono elencate nel presente documento.

### 2.1. Regola S1404 Insufficienza renale

Riguarda le tre versioni linguistiche.

La regola S1404 è modificata come segue ed è valida dal 1° luglio 2017.

#### S1404 Insufficienza renale

##### Insufficienza renale acuta

Stralcio della regola di codifica, in quanto con l'ICD10-GM 2016 gli stadi dell'insufficienza renale acuta possono essere rappresentati direttamente. Vanno osservati i criteri di stadi del danno renale acuto.

##### Insufficienza renale cronica

Il controllo o la precisazione dello stadio di una già nota insufficienza renale cronica (GFR) è importante per una corretta cura del paziente.

Se lo stadio è determinato sul momento, ovvero durante il soggiorno ospedaliero, gli viene attribuito il corrispondente codice N18.-.

### 2.2. Regola S1804f Diagnosi e terapia del dolore

Riguarda la versione francese e italiana – vedi anche: Circulaire 2017, N°2.

Sotto «Dolore cronico/intrattabile» la frase «~~Lo stesso vale per il dolore oncologico.~~» va cancellata.

[...]

Dolore cronico/intrattabile

Se un paziente viene ricoverato specificatamente per la terapia del dolore e il trattamento riguarda esclusivamente il dolore, come diagnosi principale va indicato il codice della localizzazione del dolore. ~~Lo stesso vale per il dolore oncologico.~~ La malattia di base va codificata come diagnosi secondaria.

## 3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2017

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso

Le informazioni supplementari sulla CHOP 2017 presentate nella circolare 2017 N 1 continuano ad essere valide, eccetto per i casi seguenti:

- 3.1. «Codifiche analogiche» sostituito dal punto 3.1. della circolare 2017, N 2
- 3.12. «Appendicectomia incidentale 47.12» sostituito dal punto 3.3. della circolare 2017, N 2
- 3.19. «Correzione del riferimento sotto 82.3» sostituito dal punto 3.4. della circolare 2017, N 2
- 3.20. «Sbrigliamento chirurgico in anestesia regionale o generale (86.2A.-)» sostituito dal punto 3.5. della circolare 2017, N 2
- 3.26. «HoNOS e HoNOSCA (94.A)» sostituito dal punto 3.8. della circolare 2017, N 2

Le correzioni supplementari nuove sono elencate nel presente documento.

### 3.1. Codifiche analogiche

- L'insufficienza della valvola mitrale – trattamento con una banda cardio
- Flow Diverter (incluso Medina Embolization Device)

Il 26 settembre 2016, d'intesa con l'UST, SwissDRG ha pubblicato una codifica analogica.

Le codifiche analogiche devono essere applicate in modo uniforme e obbligatorio fino allo stabilimento di codifiche differenziate relativo a una procedura di domanda ordinaria. Queste codifiche analogiche sono valide a partire dalla pubblicazione e pertinenti per eventuali revisioni di codifiche.

A causa del rimaneggiamento del sito web di SwissDRG AG, il link per la codifica analogica è cambiato. Queste informazioni si trovano ora a:

<https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/swissdrg-system-60/codage-analogue>

### 3.2. Revisione di tasca a seguito di bypass gastrico 44.5X.36

Riguarda la versione francese – vedi: Circulaire 2017, N°2.

### 3.3. Appendicectomia incidentale 47.12

Riguarda la versione francese – vedi: Circulaire 2017, N°2.

### 3.4. Correzione di «Codificare anche» sotto 82.3

Riguarda la versione francese e italiana – vedi anche: Circulaire 2017, N°2.

«Codificare anche» «Asportazione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo (86.3-)» va sostituito con «Plastica con lembo su pelle e tessuto sottocutaneo (86.7-)».

#### 82.3 Altra asportazione dei tessuti molli della mano

Codificare anche: Innesto cutaneo libero e sostituzione permanente di pelle (86.6-)  
Plastica con lembo su pelle e tessuto sottocutaneo (86.7-)

ESCL: Asportazione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo (86.3-)  
Asportazione o distruzione di lesione o tessuto cutaneo o sottocutaneo (86.2-)  
Asportazione radicale e ampia di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo (86.4-)

### 3.5. Sbrigliamento chirurgico (86.2A.-) versus sbrigliamento (86.2B.-)

Riguarda le tre versioni linguistiche.

Il titolo e la «nota» del codice 86.2A.- vanno completati con la formula «anestesia locale per infiltrazione».

#### 86.2A Sbrigliamento chirurgico di ferita, infezione o ustione per mezzo di asportazione di tessuto malato in anestesia locale per infiltrazione, regionale o generale

ESCL.: In caso di semplice anestesia superficiale, per rimozione di un sistema per terapia a pressione negativa senza anestesia: sbrigliamento di ferita, infezione o ustione, senza anestesia locale per infiltrazione, regionale o generale (86.2B.-)

Nessuna modifica nelle rimanenti esclusioni.

Nota: I codici di questa sottocategoria possono essere utilizzati in caso di rimozione chirurgica per mezzo di asportazione di tessuto devitalizzato, necrosi, massa necrotica di cute e tessuto sottocutaneo fino alla zona del tessuto vitale in anestesia locale per infiltrazione, regionale o generale.

Un codice della sottocategoria 86.2A.- può essere utilizzato soltanto se lo sbrigliamento chirurgico viene eseguito sotto anestesia in una sala operatoria oppure sotto anestesia in un'unità di cure intensive riconosciuta dalla Società svizzera di medicina intensiva (SSMI).

La semplice anestesia superficiale non consente di utilizzare questi codici. Questi codici possono essere impiegati anche in caso di analgesia di origine neurologica (ad esempio a seguito di ustione).

Un ulteriore presupposto per l'utilizzo di questi codici è la presenza di una ferita (interruzione di origine traumatica o non traumatica della continuità del tessuto corporeo con o senza perdita di sostanza). In assenza di ferita, va codificata l'asportazione di tessuto malato.

La formula «senza anestesia locale per infiltrazione» è aggiunta al titolo del codice 86.2B ed il termine «incluso» è leggermente adattato.

- 86.2B Sbrigliamento di ferita, infezione o ustione, senza asportazione, senza anestesia locale per infiltrazione, regionale o generale**
- INCL. Rimozione di depositi di fibrina in anestesia superficiale, rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante brushing, irrigazione (sotto pressione), scrubbing, washing, curettage (~~ecc~~  
~~chiao affilato~~), sbrigliamento nel quadro di cambio di fasciatura.
- ESCL. Sbrigliamento chirurgico di ferita, infezione o ustione per mezzo di asportazione di tessuto malato in **anestesia locale per infiltrazione**, regionale o generale (86.2A.-)

### 3.6. **Precisazione della «nota» sotto 89.0A.32 «Consulenza e terapia dietetica»**

Riguarda le tre versioni linguistiche.

La «nota» sotto 89.0A.32 è sostituita nel modo seguente:

#### **89.0A.32 Consulenza e terapia dietetica**

Nota: **Le consulenze e le cure terapeutiche sono fornite da un consulente dietetico diplomato SS/SUP e comprendono: 1. Bilancio, diagnosi, intervento, monitoraggio e valutazione alimentari, documentazione inclusa; 2. Almeno un accordo (orale o scritto) con il medico curante; 3. Almeno un contatto in reparto con il paziente o tramite i familiari**

### 3.7. **Ventilazione non invasiva (NIV)**

Riguarda le tre versioni linguistiche.

Correzione del link per il documento di riferimento in Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento.

#### **93.9E Ventilazione non invasiva (NIV)**

Nota: Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento: I dettagli sui singoli requisiti minimi della NIV fuori da un'unità di cure intensive sono reperibili nel documento della Società svizzera di pneumologia «Ausführungen zu den Mindestmerkmalen - Nicht invasive Beatmung ausserhalb Intensivstationen (CHOP\_93-9E\_2016\_de), versione del 1° julio 2016», disponibile in tedesco e francese all'indirizzo: <http://www.pneumo.ch/de/fachpersonen.html>

### 3.8. **Registrazione HoNOS e HoNOSCA**

Riguarda le tre versioni linguistiche.

La «nota» relativa ai «Requisiti minimi punto 2, rilevazione» registrata sotto 94.A è sostituita con una «Nota» sotto 94.A1 per la rilevazione tra gli adulti e un «Nota» sotto 94.A2 per la rilevazione tra i bambini e i giovani.

#### **94.A HoNOS e HoNOSCA**

Nota: ~~Requisiti minimi punto 0, indicazione: Le scale HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) o HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) descrivono il grado di gravità della malattia psichica. secondo la struttura proposta dai cataloghi dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ).~~

~~Requisiti minimi punto 1, documenti di riferimento: Al seguente link sono disponibili documenti riguardanti le definizioni e le direttive precise per la rilevazione dei dati HoNOS e HoNOSCA: [http://swissdrg.org/fr/08\\_psychiatrie/ErfassungHonos.asp](http://swissdrg.org/fr/08_psychiatrie/ErfassungHonos.asp)~~

~~Requisiti minimi punto 2, rilevazione: I codici vanno rilevati al momento dell'ammissione (entro 3 giorni) e della dimissione del paziente. Ciascun criterio è classificato in 5 gradi di gravità che vanno da 0 «nessun problema» a 4 «problema grave o molto grave». I livelli vanno rappresentati seguendo esattamente le definizioni della scala HoNOS o HoNOSCA.~~

#### **94.A1 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)**

Nota: ~~Manuale per i rilevatori Psichiatria ospedaliera per adulti, versione 4 (01.12.2015). – HoNOS Health of the Nation Outcome Scales - Scala «HoNOS» con glossario integrato et con le convenzioni integrate del ANQ, versione 1 (28.01.2014)~~

~~Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento: Criteri per il rilevamento del HoNOS per la struttura tariffaria TARPSY: Scala, glossario e convenzioni generali di valutazione. Versione 1.1 / 02.11.2016. Link: [http://swissdrg.org/fr/08\\_psychiatrie/ErfassungHonos.asp](http://swissdrg.org/fr/08_psychiatrie/ErfassungHonos.asp)~~

Requisiti minimi punto 1, rilevazione: I seguenti codici sono utilizzati solo per pazienti degenti in un reparto di psichiatria per adulti. I codici devono essere registrati sia all'ammissione del paziente, ovvero entro tre giorni, che all'uscita, ovvero non prima di tre giorni dalla sua dimissione. Ciascun criterio è classificato in 5 gradi di gravità che vanno da 0 «nessun problema» a 4 «problema grave o molto grave». I livelli vanno rappresentati seguendo esattamente le definizioni della scala HoNOS.

**94.A2 HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)**

Nota: ~~Manuale per i rilevatori Psichiatria ospedaliera per adulti, versione 4 (01.12.2015)~~  
~~Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) – Scala, glossario e convenzioni generali di valutazione, Versione 1 (17.4.2013)~~  
Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento: Criteri per il rilevamento del HoNOSCA per la struttura tariffaria TARPSY: Scala, glossario e convenzioni generali di valutazione. Versione 1.1 / 02.11.2016. Link: [http://swissdrg.org/fr/08\\_psychiatrie/ErfassungHonos.asp](http://swissdrg.org/fr/08_psychiatrie/ErfassungHonos.asp)

Requisiti minimi punto 1, rilevazione: I seguenti codici sono utilizzati solo per pazienti degenti in un reparto di psichiatria per bambini e adolescenti. I codici devono essere registrati sia all'ammissione del paziente, ovvero entro 14 giorni, che all'uscita, ovvero non prima di 7 giorni dalla sua dimissione. Ciascun criterio è classificato in 5 gradi di gravità che vanno da 0 «nessun problema» a 4 «problema grave o molto grave». I livelli vanno rappresentati seguendo esattamente le definizioni della scala HoNOSCA.

Le note definitive di 94.A, 94.A1 e 94.A2:

**94.A HoNOS e HoNOSCA**

Nota: Le scale HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) o HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) descrivono il grado di gravità della malattia psichica.

**94.A1 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)**

Nota: Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento: Criteri per il rilevamento del HoNOS per la struttura tariffaria TARPSY : Scala, glossario e convenzioni generali di valutazione. Versione 1.1 / 02.11.2016. Link: [http://swissdrg.org/fr/08\\_psychiatrie/ErfassungHonos.asp](http://swissdrg.org/fr/08_psychiatrie/ErfassungHonos.asp)

Requisiti minimi punto 1, rilevazione: I seguenti codici sono utilizzati solo per pazienti degenti in un reparto di psichiatria per adulti. I codici devono essere registrati sia all'ammissione del paziente, ovvero entro tre giorni, che all'uscita, ovvero non prima di tre giorni dalla sua dimissione. Ciascun criterio è classificato in 5 gradi di gravità che vanno da 0 «nessun problema» a 4 «problema grave o molto grave». I livelli vanno rappresentati seguendo esattamente le definizioni della scala HoNOS.

**94.A2 HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)**

Nota: Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento: Criteri per il rilevamento del HoNOSCA per la struttura tariffaria TARPSY: Scala, glossario e convenzioni generali di valutazione. Versione 1.1 / 02.11.2016. Link: [http://swissdrg.org/fr/08\\_psychiatrie/ErfassungHonos.asp](http://swissdrg.org/fr/08_psychiatrie/ErfassungHonos.asp)

Requisiti minimi punto 1, rilevazione: I seguenti codici sono utilizzati solo per pazienti degenti in un reparto di psichiatria per bambini e adolescenti. I codici devono essere registrati sia all'ammissione del paziente, ovvero entro 14 giorni, che all'uscita, ovvero non prima di 7 giorni dalla sua dimissione. Ciascun criterio è classificato in 5 gradi di gravità che vanno da 0 «nessun problema» a 4 «problema grave o molto grave». I livelli vanno rappresentati seguendo esattamente le definizioni della scala HoNOSCA.

**3.9. Correzione del titolo 99.B6.34**

Riguarda la versione francese – vedi: Circulaire 2017, N° 2.

**4. Informazioni supplementari sulla ICD-10-GM 2017**

Nessuna modifica rispetto alla circolare 2017 N 1.

## 5. Allegato

### 5.1. Informazioni e precisazioni (ex FAQ)

La presente circolare contiene **tutte** le «Informazioni e precisazioni» valesse dal 1° luglio 2017.

A partire dal 2017 le informazioni e precisazioni non saranno più pubblicate sotto forma di FAQ, bensì come allegato alla circolare per l'anno in questione.

#### Descrizione della numerazione per una gerarchia cronologica

Per facilitare la ricerca delle informazioni pubblicate a scadenza mensile è stata introdotta una numerazione che assegna alle informazioni un ordine cronologico (dalla più recente alla meno recente).

La numerazione inizia con 0999 per la prima informazione del 1° gennaio 2012 e prosegue in decrescendo.

P.es.:     0999  1.1.2012  
          0998  1.1.2012  
          ...  
          0988  1.2.2012 ecc.

**Nonostante il sistema FAQ non esista più, per ragioni pratiche la numerazione sarà mantenuta.**

#### **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 di trattamento acuta di un'ustione.

#### **0853   01.07.2017 Puntura transsettale mediante cateterismo**

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

#### **0854   01.07.2017 83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori**

##### **Riparazione di un unico tendine**

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

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

##### **Trasferimento del gran dorsale per la riparazione della cuffia dei rotatori**

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

#### **0855   01.07.2017 54.98.- Dialisi peritoneale**

Si può usare un codice della sottocategoria 54.98.- «Dialisi peritoneale» anche laddove il/la paziente effettui la dialisi peritoneale da solo. Il materiale richiesto, per esempio soluzione di lavaggio, ecc., deve essere messo a disposizione dal reparto ospedaliero.

#### **0856   01.07.2017 Codifica**

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

#### **0857   01.07.2017 Inserimento di spacer / distanziatori**

Per l'inserimento di spacer, distanziatori va usato il codice 81.96.96 «Altri interventi di riparazione e plastica articolare, Inserzione di distanziatori (es. dopo rimozione di endoprotesi)» e non il codice 84.56 «Inserzione di spacer (cemento)». Il codice 84.56 è un doppione del codice 81.96.96. Verrà cancellato nella CHOP 2018.

## **0858 01.07.2017 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 tra l'autunno 2016 e la primavera 2017 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](http://www.palliative.ch). La pubblicazione della presente circolare attribuisce alle seguenti FAQ validità e carattere vincolanti in tutta la Svizzera.

### **0858/1: valutazione di base medico palliativa**

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

93.8A.3-: Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:  
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 (PBA)?**

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 di medicina 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 PBA completo. In un PBA devono essere integrate le dimensioni biologica, psicologica, sociale e spirituale.

### **0858/2: settori terapeutici**

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

93.8A.3-: Requisiti minimi punto 3, terapia:  
[...] Il personale medico, infermieristico ed almeno due dei settori terapeutici elencati nel punto 4b, intervengono per almeno 6 ore settimanali (7 giorni di calendario). Le loro prestazioni comprendono anche colloqui documentati con il paziente, i familiari ed incontri combinati con paziente e familiari, che possono essere condotti da tutti i gruppi professionali elencati. Le prestazioni avvengono in combinazioni diverse, adattate alla situazione ed al contesto del paziente; [...]

### **Quali sono i settori terapeutici e che cosa rientra nel conteggio delle sei ore?**

1. L'elenco dei settori terapeutici (assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza/terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia) è esaustivo sia per 93.8A.2- sia per 93.8A.3-.
2. Le riunioni del team interprofessionale conformemente a 0858/3 ed i tempi di percorrenza non sono conteggiate 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.

### **0858/3: riunione del team**

93.8A.2-: Requisiti minimi punto 4, pianificazione e controllo della terapia:

Allestimento di un piano individuale di trattamento interprofessionale. - 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:

Visita interprofessionale 5 giorni su 7 con documentazione dell'andamento del trattamento.

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.

### **0859 01.07.2017 Trapianto/impianto autologo di cartilagine sull'articolazione del ginocchio prodotto da una matrice**

Per il trapianto autologo di condrociti prodotto da una matrice nell'articolazione del ginocchio vanno inseriti i codici

81.90.10 «Trapianto autologo su articolazioni di condrociti prodotti da una matrice, per via artroscopica» oppure

81.90.20 «Trapianto autologo su articolazioni di condrociti prodotti da una matrice, chirurgico a cielo aperto».

Per tale procedimento non possono essere utilizzati i codici: 81.47.17 «Innesto di cartilagine e impianto di colture tissutali prodotte in vitro del ginocchio, chirurgica a cielo aperto» e 81.47.18 «Innesto di cartilagine e impianto di colture tissutali prodotte in vitro del ginocchio, per via artroscopica».

### **0860 01.01.2017 Bypass gastrico Roux-en-Y**

Nel 2017, per motivi di raggruppamento, nello svolgimento di un bypass gastrico Roux-en-Y i codici 44.31.41 (Bypass gastrico Roux-en-Y, chirurgico a cielo aperto), risp. 44.31.42 (Bypass gastrico Roux-en-Y, per via laparoscopica) non devono essere utilizzati. Al posto loro, sono da utilizzare i codici 44.31.11 (Bypass gastrico prossimale, chirurgico a cielo aperto), risp. 44.31.12 (Bypass gastrico prossimale, per via laparoscopica).

### **0861 01.01.2017-30.06.201 83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori**

Dal 1° luglio 2017 questa precisazione sarà sostituita dalla N. 0854.

### **0864 01.07.2016 Ossigenazione per palloncino dei neonati**

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



**0869 01.01.2016 Interventi di revisione senza sostituzione di impianto**

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

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

**0871 01.01.2016 CHOP: Definizione di «endovascolare»**

Un intervento endovascolare è un intervento a un vaso sanguigno senza incisione del punto trattato. Nei contenuti corrisponde al termine di procedura interventistica.

Per mezzo di un catetere, il medico pungendo un'arteria (solitamente all'inguine) raggiunge, grazie all'imaging, il punto da curare. In tale punto l'arteria può essere curata mediante cateteri speciali.

Esempi di interventi endovascolari sono:

- catetere a palloncino;
- aterectomia rotazionale;
- inserzione di un'endoprotesi;
- inserzione di uno stent;
- inserzione di uno stentgraft.

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

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

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

**0879 01.07.2015 39.99.21 Interventi per anomalie congenite dell'istmo aortico (stenosi) o per arco aortico interrotto**

Un intervento a cielo aperto per una coartazione aortica congenita viene codificato, a seconda del metodo, con un codice preciso di cui al capitolo 7. Se esiste un codice preciso, *39.99.21* non va utilizzato.

**0881 01.07.2015 81.0- Artrodesi vertebrale**

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

**0882 01.07.2015 84.80.- Inserzione o sostituzione di dispositivo interspinoso**

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

**0889 01.01.2015 Precisazione ECMO e compenso supplementare**

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

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

**0891 01.01.2015 Impingement dell'anca**

La resezione della patologia CAM viene codificata come segue:

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

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

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

81.40.16 Condroabrasione dell'anca, per via artroscopica

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

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

**0892 01.01.2015-30.06.2017 37.90.29 Cateterismo transsettale del cuore sinistro, altro**

Valido dal 1° gennaio 2015 al 30 giugno 2017.

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

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

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

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

**0897 01.07.2014 80.76.10 Sinoviectomia artroscopica dell'articolazione del ginocchio / 80.76.20 Sinoviectomia a cielo aperto dell'articolazione del ginocchio**

Per l'asportazione di plica o corpo adiposo di Hoffa dall'articolazione del ginocchio viene utilizzato il codice di cui sopra.

**0900 01.07.2014 Arteria subclavia**

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

**0903 01.07.2014 51.99.00 – 51.99.14, 51.99.91 e 51.99.99 Altri interventi sulle vie biliari**

Questi codici sono utilizzabili soltanto per interventi laparoscopici o chirurgici a cielo aperto.

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

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

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

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

**0910 01.12.2013 93.57.11 / 93.57.12 Durata terapia VAC**

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

**0911 01.12.2013 46.99.10 Decompressione dell'intestino**

Il codice *46.99.10* viene utilizzato soltanto se l'intestino viene aperto chirurgicamente per liberarlo.

#### **0915 01.10.2013 Materiale di sostituzione dell'osso**

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

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

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

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

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

Nota:

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

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

#### **0939 01.01.2013 Codificazione di vesciche**

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

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

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

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

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

#### **0941 1.12.2012 ABO / AB0 Termine di ricerca**

Per la ricerca informatica di parole chiave a seconda dei codici associati ai diversi gruppi sanguigni vi sono alcune differenze linguistiche.

- In tedesco il gruppo sanguigno deve sempre essere scritto con la cifra 0.
- In francese con la lettera O.

Attualmente, per trovare tutti i codici occorre cercare sia la lettera O che la cifra 0.

#### **0944 01.11.2012 Cistoadenoma ovarico**

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

#### **0952 01.10.2012 S06.- Traumatismo intracranico**

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

#### **0955 01.09.2012 Resezione di osteofiti in caso di artrodesi**

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

#### **0971 01.06.2012 84.6 Sostituzione di disco intervertebrale**

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

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

#### **0974 01.05.2012-30.06.2017 37.90.21 Puntura transsettale mediante cateterismo**

Dal 1° luglio 2017 questa precisazione sarà sostituita dalla N. 0853.

## 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.

Registando in modo costante i movimenti del paziente o degli organi è inoltre possibile riaggiustare l'irradiazione durante l'irradiazione («radioterapia adattativa»).

---

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