



14 Salute

# Circolare per le codificatrici ed i codificatori 2021 n. 1

17 dicembre 2020

Neuchâtel, 2020

**Editore:** Ufficio federale di statistica (UST)  
**Informazioni:** Segreteria di codifica: [codeinfo@bfs.admin.ch](mailto:codeinfo@bfs.admin.ch)  
**Redazione:** Ambito Classificazioni mediche  
**Serie:** Statistica della Svizzera  
**Settore:** 14 Salute  
**Testo originale:** Tedesco  
**Traduzione:** Servizi linguistici dell'UST

**Concetto di layout:** Sezione DIAM  
**Copyright:** UST, Neuchâtel 2020  
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte  
**Download :** [www.statistica.admin.ch](http://www.statistica.admin.ch)

# 1. Nozioni generali

## 1.1. Strumenti di codifica in vigore

Dal 1° gennaio 2021 vanno utilizzati i seguenti strumenti di codifica:

- Manuale di codifica medica: Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2021 (incluse le regole di codifica per la riabilitazione)
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2021 n. 1 con allegato
- Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP): Indice sistematico - Versione 2021
- ICD-10-GM 2021 Indice sistematico: Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati: 10a revisione – German Modification
- Ultima comunicazione ufficiale Codifica COVID-19 attualmente in vigore

Gli strumenti di codifica medica sono disponibili su [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch):

Ufficio federale di statistica → Trovare statistiche → 14 –Salute → Basi statistiche e rilevazioni → Nomenclature → Classificazioni e codifica mediche → Strumenti di codifica medica → Strumenti in vigore per la codifica medica, per anno.

La statistica medica degli ospedali è una rilevazione totale obbligatoria a periodicità annuale. Gli strumenti sopra menzionati servono per la codifica delle degenze stazionarie in ospedali e cliniche in Svizzera incluse cliniche di riabilitazione, cliniche psichiatriche e altre cliniche specializzate, nonché le case per partorienti.

Basi legali:

- legge del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale (LStat)
- legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal)

### 1.1.1. Versioni di riferimento

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

### 1.1.2. Circolare e allegato

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

- Circolare per codificatori, 2021 n. 1 (fine dicembre 2020): da utilizzare per i casi con dimissioni dal 1° gennaio 2021.
- Circolare per codificatori, 2021 n. 2 (fine giugno 2021): da utilizzare per i casi con dimissioni dal 1° luglio 2021.

### 1.1.3. Codifiche per analogia e note di SwissDRG SA inerenti al rilevamento delle prestazioni e alla fatturazione

Vanno inoltre osservate le indicazioni di SwissDRG SA in materia di rilevazione delle prestazioni e fatturazione.

Percorso: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Somatica acuta/Psichiatria/Riabilitazione → Sezione SwissDRG → Note per il rilevamento delle prestazioni e la fatturazione

<https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/swissdrg/nota-il-rilevamento-dei-prestazioni>

Vanno inoltre osservate le indicazioni di SwissDRG SA in materia di codifiche per analogia.

Percorso: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Somatica acuta → Sezione Sistema SwissDRG 10.0/2021 → Codifica per analogia

<https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/sistema-swissdrg-1002021/codifica-analogia>

Eventuali ulteriori pubblicazioni di SwissDRG SA vanno prese in considerazione in corso d'anno.

## 1.2. Domande sulla codifica

### 1.2.1. Procedura

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

Anche le divergenze di codifica e i casi di revisione devono essere inviati 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**.

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

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

### 1.2.2. Anonimizzazione

Al fine di anonimizzare la documentazione, vanno rimosse le seguenti informazioni:

- cognome, nome
- giorno e mese di nascita (fatta eccezione per i neonati fino a un anno di età [< 1 anno])
- indirizzo
- dati per la corrispondenza (numeri telefonici ecc.)

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

## 2. Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2021

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso

### 2.1. Impiego dell'ICD-10-GM 2021 nel 2021

Riguarda tutte le versioni linguistiche

In diversi passaggi del Manuale di codifica medica 2021 si fa riferimento all'ICD-10-GM 2020. Sulla base della «Comunicazione ufficiale 2021 n. 1 - Codifica COVID-19» pubblicata il 3 dicembre 2020 e valida dal 1° gennaio 2021, tutti i riferimenti all'ICD-10-GM 2020 vanno sostituiti con «ICD-10-GM 2021».

P. es. nell'introduzione della versione 2021

[...]

La base di questo manuale sono le classificazioni ICD-10-GM ~~2020~~ 2021 e CHOP 2021. Per la codifica dei casi stazionari con data d'uscita a partire dall'1.1.2021 vanno utilizzati i codici ICD-10-GM della versione ~~2020~~ 2021 e i codici CHOP della versione 2021.

[...]

### 2.2. D03*i* Codici daga (†)- asterisco (\*)

Riguarda tutte le versioni linguistiche

[...]

Esempio 5

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

HD M51.1† Disturbi di disco intervertebrale lombare e di altra sede associati a radicolopatia (G55.1\*)

ZHD G55.1\* Compressioni delle radici nervose e dei plessi in disturbi dei dischi intervertebrali (M50-M51†)

[...]

### 2.3. D12 j Tabelle «Esempi di codifica di malattie o disturbi iatrogeni»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

In ragione dell'adozione dell'ICD-10-GM 2021 a decorrere dal 1° gennaio 2021, nella tabella sopra riportata il codice *K65.0 Peritonite acuta* va sostituito con il codice *K65.09 Altra peritonite acuta non specificata*.

### 2.4. P02*g* Procedure che non vanno codificate

Riguarda tutte le versioni linguistiche

[...]

Esempi:

- radiografia e ingessatura in caso di frattura del radio (Colles)
- esami radiografici convenzionali, p.es. radiografia toracica di routine
- ECG (a riposo, prolungato, sotto sforzo)
- Procedure eseguite abitualmente nei neonati (p.es. test dell'udito, sonografia cerebrale)
- prelievo di sangue ed esami di laboratorio
- esami d'ammissione e di controllo
- terapie farmacologiche con eccezione di:

- terapie farmacologiche in neonati (qualora siano associate a codici precisi)
  - citostatici, immunoterapie, trombolisi, fattori della coagulazione, prodotti sanguigni
  - per TARPSY e ST REHA: terapie antiinfettive, p. es. somministrazione per via endovenosa di antibiotici (codice CHOP 99.22.1- *Iniezione di sostanza antiinfettiva, secondo il numero di giorni di trattamento*)  
Nota bene: per la somatica acuta l'indicazione del codice CHOP 99.22.1- *Iniezione di sostanza antiinfettiva, secondo il numero di giorni di trattamento* è facoltativa
  - medicinali molto cari, qualora siano associati a un codice CHOP preciso
- singole componenti di una procedura: preparazione, posizionamento, anestesia o analgesia (incl. intubazione) e chiusura di ferita sono in genere comprese in un codice operatorio.

[...]

Eccezioni:

- Anestesia in procedure normalmente eseguite senza anestesia, p.es. narcosi per una RMN in un bambino.
- ~~Una terapia del dolore è contenuta nel codice in caso di interventi chirurgici e di misure diagnostiche. Viene codificata separatamente solo quando costituisce una misura isolata (esempio 3) o appartiene alla categoria 93.A= Terapia del dolore, e soddisfa i requisiti elencati per l'attribuzione di questo codice.~~

*Esempio 3*

*Un paziente con carcinoma metastatico viene trattato con chemioterapia e terapia del dolore mediante iniezione di anestetico nel canale vertebrale.*

*TP.99.25.5- Chemioterapia*

*TS.03.91.- Iniezione di anestetico e di analgesico nel canale vertebrale*

- **Le procedure diagnostiche affini ad un intervento**, che sono eseguite nella stessa seduta e sono di norma parte integrante dell'operazione non vengono codificate separatamente (a meno che la CHOP non preveda una disposizione di tenore diverso). P.es.: l'artroscopia diagnostica effettuata prima della meniscectomia artroscopica non viene codificata.

• Per la codifica di terapie del dolore nell'ambito di operazioni, interventi, esami diagnostici e procedure di trattamento del dolore si rimanda alla regola di codifica S1804.

- **Le procedure post mortem** non sono codificate (con la morte si estingue il caso). Questo vale anche per le autopsie.

## 2.5. P06j Procedure eseguite più volte

Riguarda tutte le versioni linguistiche

La regola di codifica P06i cambia sigla in P06j. Al paragrafo «Radioiodioterapia» sono aggiunti due nuovi capoversi:

### 2.5.1. Terapia a pressione negativa

#### Terapia a pressione negativa / Medicazione a pressione negativa

Per la rappresentazione della **durata** di una terapia/medicazione a pressione negativa continua, è disponibile nella CHOP il gruppo di elementi 93.57.1- *Terapia a pressione negativa continua, secondo il numero di giorni di trattamento*.

I responsabili della codifica sono spesso confrontati al fatto che nella **stessa** degenza stazionaria sono (devono essere) somministrate più terapie/medicazioni a pressione negativa (impianto, sostituzione, rimozione) e che questi trattamenti possono riferirsi a una o più localizzazioni.

**Per ciascun caso stazionario** va registrato **un solo codice** in base alla **durata** del trattamento.

Al fine di individuare correttamente il codice da registrare devono essere sommati i giorni di tutti i trattamenti a pressione negativa effettuati. A tal proposito, è irrilevante che il trattamento abbia riguardato una o più localizzazioni (anche contemporaneamente).

I giorni dell'**impianto**, della **sostituzione** e della **rimozione** di una o più medicazioni a pressione negativa vanno inclusi nel calcolo della durata. I giorni spezzati (p. es. in caso di trasferimento) sono da considerarsi giorni interi.

Nella determinazione della durata complessiva, i singoli giorni non possono tuttavia essere conteggiati due volte.

Per **giorni** si intendono i giorni di calendario.

Gli esempi che seguono mostrano come devono procedere i responsabili della codifica al verificarsi dei diversi scenari.

### Esempio 1 – Trattamento a pressione negativa in un'unica localizzazione

Ammissione di una paziente per un'operazione di bypass elettiva in presenza di una malattia di tre vasi sintomatica (angina pectoris stabile). Dopo un decorso senza complicanze, il 5° giorno successivo all'intervento (giorno X) si verifica un peggioramento dei parametri d'infezione analizzati e il punto da cui sono state prelevate le vene (per il bypass) appare infiammato.

La revisione chirurgica (sotto anestesia spinale) mostra una deiscenza nella parte distale della sutura e un'alterazione necrotica del tessuto sottocutaneo nella zona prossimale del sito donatore.

Viene effettuato uno sbrigliamento (circa 8 cm<sup>2</sup>) ed è applicata una medicazione sottocutanea a pressione negativa per 3 giorni.

L'8° giorno successivo all'intervento (giorno Y), la medicazione a pressione negativa viene rimossa ed è praticata una sutura secondaria.

DP	I20.8	Altre forme di angina pectoris	
DS	I25.13	Cardiopatia aterosclerotica, malattia di tre vasi	
DS	T81.4	Infezione susseguente a procedura diagnostica o terapeutica, non classificata altrove	
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato	
DS	B96.2!	Escherichia coli [E. coli] e altri enterobatteri come causa di malattie classificate altrove	
DS	T81.3	Deiscenza di ferita operatoria non classificata altrove	
TP		Operazione di bypass più tutte le altre fasi operatorie documentate	
TS	86.88.15	Impianto o sostituzione operatori di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, su pelle e tessuto sottocutaneo	(giorno X)
TS	93.57.13	Terapia a pressione negativa continua, fino a 6 giorni di trattamento	(giorno X)
TS	86.2B.4E	Sbrigliamento in anestesia locale per infiltrazione, regionale o generale, ampio, in altra sede	(giorno X)
TS	86.53.1E	Sutura secondaria di tessuto cutaneo e sottocutaneo in altra sede	(giorno Y)

### Esempio 2 – Trattamento a pressione negativa in due localizzazioni in momenti differenti

Ricovero di un paziente per resezione a cielo aperto del colon sigmoideo a causa di una diverticolite recidivante in presenza di marcata diverticolosi.

Il quadro clinico risulta però incompleto e l'istologia evidenzia gravi infiammazioni, stigmate di sanguinamento e peritonite concomitante.

Dopo un decorso senza complicanze, il 5° giorno successivo all'intervento (giorno A) si verifica un peggioramento dei parametri d'infezione. Il paziente lamenta nausea e vomito e presenta un addome gonfio e dolorante alla palpazione.

La successiva fuoriuscita di liquido ascitico di colore verdastro dalla sutura addominale rende necessaria una re-laparotomia d'urgenza lo stesso giorno.

Risultano una deiscenza quasi completa della fascia e una peritonite grave su quattro quadranti con grandi quantità di liquido ascitico che viene aspirato prima di proseguire l'ispezione. Nell'intera cavità addominale sono presenti sovrapposizioni fibrinose e sporchie intestinali. Per la parziale rimozione, devono essere escissi anche il peritoneo e l'omento.

L'anastomosi retto-discendente non mostra inizialmente alcuna deiscenza apparente, ma la presenza di sporchie intestinale porta a diagnosticare una sospetta insufficienza di sutura.

L'anastomosi viene rivista senza asportazione o nuova confezione.

Viene così effettuato un lavaggio massiccio documentato con circa 35 l di soluzione.

Una medicazione a pressione negativa è apposta sull'addome aperto e il paziente viene trasferito in terapia intensiva.

Il 7° e il 9° giorno dopo l'intervento (rispettivamente giorno B e giorno C) viene effettuata la sostituzione della medicazione a pressione negativa sull'addome aperto.

L'11° giorno successivo all'intervento (giorno D) viene richiusa la parete addominale ed è impiantata sulla fascia una medicazione sottocutanea a pressione negativa.

A seguito di un decorso ottimale e di una buona cicatrizzazione, il 15° giorno dopo l'intervento (giorno E) è rimossa la medicazione sottocutanea a pressione negativa e l'addome viene definitivamente richiuso.

Tutti gli interventi sono stati eseguiti in anestesia generale.

DP	K57.23	Diverticolite del colon con perforazione e ascesso, con emorragia	
DS	K65.09	Altra peritonite acuta non specificata	
DS	Y84.9!	Complicanza da intervento medico non specificato	
DS	K91.83	Deiscenza di anastomosi e sutura successiva ad altro intervento chirurgico su altre parti dell'apparato digerente	
DS	R18	Ascite	
DS	T81.3	Deiscenza di ferita operatoria non classificata altrove	

TP	<i>Sigmoidectomia a cielo aperto e tutte le altre fasi operatorie descritte</i>	
TS	<i>45.98.12 Revisione di anastomosi dell'intestino crasso</i>	<i>(giorno A)</i>
TS	<i>54.25 Lavaggio peritoneale</i>	<i>(giorno A)</i>
TS	<i>54.4X.99 Asportazione o distruzione di tessuto e lesione peritoneale, altro</i>	<i>(giorno A)</i>
TS	<i>54.4X.12 Asportazione di omento</i>	<i>(giorno A)</i>
TS	<i>86.88.13 Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto</i>	<i>(giorno A)</i>
TS	<i>93.57.15 Terapia a pressione negativa continua, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento</i>	<i>(data giorno A)</i>
TS	<i>86.88.13 Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto</i>	<i>(giorno B)</i>
TS	<i>86.88.13 Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto</i>	<i>(giorno C)</i>
TS	<i>86.88.15 Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, su pelle e tessuto sottocutaneo</i>	<i>(giorno D)</i>
TS	<i>54.61 Sutura di eviscerazione (deiscenza) postoperatoria della parete addominale</i>	<i>(giorno D)</i>
TS	<i>54.62 Chiusura ritardata di ferita addominale in via di cicatrizzazione</i>	<i>(giorno E)</i>
TS	<i>99.B7.1- Terapia intensiva complessa (procedura di base) nell'adulto, secondo il numero di punti risorse</i>	<i>(giorno A)</i>

### **Esempio 3 – Trattamento a pressione negativa in due diverse localizzazioni nello stesso lasso di tempo**

*Una paziente è trattata in ambito stazionario per un carcinoma del pavimento anteriore destro della bocca con metastasi dei linfonodi cervicali destri.*

*Deve essere sottoposta a emimandibolectomia destra (giorno 1) con ricostruzione tramite innesto di fibula microvascolare preformata (da destra). Viene inoltre praticata una dissezione radicale modificata bilaterale del collo.*

*Nel sito donatore dell'estremità inferiore si verifica una necrosi dell'innesto cutaneo a spessore parziale (ampio) reso necessario a seguito del prelievo di fibula.*

*Dopo la rimozione dell'innesto cutaneo, l'asportazione (ampia) dei bordi della ferita e lo sbrigliamento (ampio) dei tessuti molli, il giorno 5 viene apposta una medicazione a pressione negativa profonda sull'osso. Si riscontra un'alterazione infiammatoria della zona.*

*Dato che al tempo stesso anche il sito donatore dell'innesto cutaneo a spessore parziale sull'avambraccio sinistro mostra segni di necrotica e infiammazione, viene apposta in quel punto, dopo un ampio sbrigliamento, una medicazione sottocutanea a pressione negativa (sempre il giorno 5).*

*La prima sostituzione operatoria delle medicazioni in entrambe le localizzazioni avviene il giorno 8.*

*Il giorno 10 sono effettuate la rimozione della medicazione a pressione negativa sull'avambraccio sinistro e la sostituzione di quella apposta sulla gamba destra.*

*In un ulteriore intervento eseguito il giorno 13, dopo la rimozione della medicazione a pressione negativa e un ampio sbrigliamento (5 cm<sup>2</sup>), viene infine effettuato un innesto cutaneo a spessore parziale (ampio) sulla gamba destra.*

HD	<i>C04.0 Bösartige Neubildung des vorderen Teils des Mundbodens</i>	
L	<i>1</i>	
ND	<i>C77.0 Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses</i>	
L	<i>1</i>	
ND	<i>T86.51 Nekrose eines Hauttransplantates</i>	
L	<i>1</i>	
ND	<i>Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet</i>	
ND	<i>R02.02 Necrosi cutanea e sottocutanea, non classificata altrove, Avambraccio e polso</i>	
L	<i>2</i>	
ND	<i>T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert</i>	
L	<i>0</i>	
TP	<i>Emimandibolectomia con ricostruzione ecc. secondo tutte le fasi operatorie documentate</i>	<i>(giorno 1)</i>
L	<i>1</i>	
TS	<i>86.41.1C Asportazione radicale e ampia di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo, senza chiusura di ferita primaria, sulla gamba</i>	<i>(giorno 5)</i>
L	<i>1</i>	
TS	<i>86.2B.4E Sbrigliamento in anestesia locale per infiltrazione, regionale o generale, ampio, in altra sede</i>	<i>(giorno 5)</i>
L	<i>0</i>	

TS	86.88.11	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, profondi, su ossa e articolazioni delle estremità	(giorno 5)
L	1		
TS	86.88.15	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, su pelle e tessuto sottocutaneo	(giorno 5)
L	2		
TS	93.57.15	Terapia a pressione negativa continua, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento	(data giorno 5)
L	0		
TS	86.88.11	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, profondi, su ossa e articolazioni delle estremità	(giorno 8)
L	1		
TS	86.88.15	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, su pelle e tessuto sottocutaneo	(giorno 8)
L	2		
TS	86.88.11	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, profondi, su ossa e articolazioni delle estremità	(giorno 10)
L	1		
TS	86.2B.4E	Sbrigliamento in anestesia locale per infiltrazione, regionale o generale, ampio, in altra sede	(giorno 13)
L	1		
TS	86.6B.2C	Innesto cutaneo autologo a spessore parziale, ampio, sulla gamba	(giorno 13)
L	1		

#### Ulteriori esempi semplificati:

##### Esempio 4

01.01.-05.01.	5 giorni di trattamento a pressione negativa sull'addome <b>aperto</b>
01.01.-05.0.1	5 giorni di trattamento a pressione negativa ulteriormente profondo su ossa dell'estremità
05.01.-09.01.	5 giorni di trattamento <b>sottocutaneo</b> a pressione negativa sull'addome <b>o in altra localizzazione</b>

##### Codifica:

86.88.13	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto	01.01.
86.88.11	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, profondi, su ossa e articolazioni delle estremità	01.01.
86.88.15	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, su pelle e tessuto sottocutaneo	05.01.
93.57.15	Terapia a pressione negativa continua, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento	01.01.

Dato che nel periodo 01.01-05.01 la terapia a pressione negativa sull'addome aperto (86.88.13) e quella sull'estremità (86.88.11) sono state somministrate contemporaneamente, va indicato il codice

93.57.15 *Terapia a pressione negativa continua, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento*

trattandosi di terapie a pressione negativa della durata complessiva di 9 giorni.

La data da indicare per le procedure è 01.01.

Il giorno 05.01 non può essere conteggiato due volte, anche se è avvenuta la sostituzione del trattamento a pressione negativa sull'addome aperto (conclusione di questo trattamento) con un trattamento sottocutaneo sull'addome **o in altra localizzazione** (nuovo trattamento in altra localizzazione).

##### Esempio 5

###### Ammissione 05.02

06.02.	Impianto di medicazioni sottocutanee a pressione negativa sull'addome sinistro e sulla gamba destra (anestesia generale)
09.02.	Sostituzione delle medicazioni in entrambe le localizzazioni (anestesia generale)
12.02.	Trasferimento in altro ospedale per cure acute per il proseguo del trattamento con medicazioni a pressione negativa ancora apposte alla gamba e all'addome.

Codifica:

86.88.15	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, su pelle e tessuto sottocutaneo	06.02.
L	0	
86.88.15	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, su pelle e tessuto sottocutaneo	09.02.
L	0	
93.57.15	Terapia a pressione negativa continua, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento	06.02.

Dato che il giorno dell'impianto, quello della sostituzione e il giorno spezzato del trasferimento (medicazioni ancora apposte) vanno conteggiati nella durata del trattamento a pressione negativa, ne deriva una durata complessiva di 7 giorni.

### Esempio 6

Degenza stazionaria 01.03-20.03

01.03. Impianto di medicazione a pressione negativa sull'addome aperto

05.03. Sostituzione di medicazione a pressione negativa sull'addome aperto

10.03. Rimozione della medicazione a pressione negativa e chiusura dell'addome

In seguito, sempre nel corso della degenza:

15.03. Impianto di medicazione sottocutanea a pressione negativa in presenza di deiscenza della sutura

18.03. Rimozione della medicazione a pressione negativa e chiusura del tessuto sottocutaneo e cutaneo dell'addome

Codifica:

86.88.13	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto	01.03.
86.88.13	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto	05.03.
93.57.16	Terapia a pressione negativa continua, da almeno 14 a 20 giorni di trattamento	01.03.
	Chiusura dell'addome secondo documentazione medica	10.03.
86.88.15	Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, su pelle e tessuto sottocutaneo	15.03.
	Chiusura del tessuto sottocutaneo e cutaneo secondo documentazione medica	18.03.

Anche in questo esempio, i giorni degli impianti (01.03 e 15.03) e il giorno della sostituzione (05.03) vanno inclusi nel conteggio della durata complessiva.

Dato che nei giorni 11, 12, 13 e 14.03 non è stato effettuato alcun trattamento a pressione negativa, questi giorni di degenza stazionaria non possono essere conteggiati nella durata complessiva della terapia a pressione negativa.

## 2.5.2. Trattamento in unità di cure intensive (UCI) e/o unità di cure intermedie (UCIM)

Riguarda tutte le versioni linguistiche

### Trattamento in unità di cure intensive (UCI) e/o unità di cure intermedie (UCIM)

Per il conteggio dei punti risorse necessario alla corretta registrazione dei codici per il trattamento in unità di cure intensive (UCI) (99.B7.-) o unità di cure intermedie (UCIM) (99.B8.-) vanno utilizzati tutti i valori del NEMS rilevato per ciascun turno (infermieristico) e il SAPS II, CRIB II o PIM II rilevato una volta per degenza in UCI/UCIM secondo le direttive del MDSi<sup>1</sup> /MDSimc.

<sup>1</sup> Regolamento MDSi solo in lingua tedesca o francese; SGI-SSMI. Kommission Datensatz (KDS). Minimaler Datensatz der SGI MDSi. Sezioni 2.3.5 «Schwere Grad der akuten Erkrankung» e 2.4.1 «IS spezifischer Aufwand-Score (NEMS)». (download versione in vigore: <https://www.sgi-ssmi.ch/it/datensatz.html>)

Per determinare i codici CHOP corretti delle corrispondenti sottocategorie 99.B7.- e 99.B8.- si procede come di seguito indicato: Il numero di punti risorse è dato dal SAPS II (PIM II o CRIB II) + la somma dei NEMS di tutti i turni. Per i turni di 8 ore il NEMS va semplicemente sommato, mentre per quelli di 12 ore è necessario prima moltiplicarlo per 1,5.

Se un paziente, nel quadro di un'unica degenza stazionaria, viene curato più volte in un'unità di cure intensive e/o un'unità di cure intermedie dello stesso ospedale o, consecutivamente, in diverse unità di cure intensive / unità di cure intermedie dello stesso ospedale (anche in più siti), vanno sommati tutti NEMS e i SAPS II, CRIB II o PIM II delle singole degenze e va registrato il codice CHOP corrispondente alla somma complessiva.

In caso di trasferimento/trasporto del paziente durante **un caso stazionario**

- da UCI **sito A** a UCI **sito B** dello stesso ospedale **oppure**
- da UCIM **sito A** a UCIM **sito B** dello stesso ospedale **oppure**
- da UCI A a UCI B nello **stesso sito ospedaliero** **oppure**
- da UCIM A a UCIM B nello **stesso sito ospedaliero** **oppure**
- da **UCI sito A** a **UCIM sito B** o viceversa dello stesso ospedale **oppure**
- da **UCI a UCIM** o viceversa nello **stesso sito ospedaliero** **oppure**
- trasferimento esterno da UCI/UCIM di un ospedale a UCI/UCIM di un altro ospedale

vanno rilevati, **sia da parte dell'istituzione inviante sia da quella ricevente** per il rispettivo turno (infermieristico) **anche se il trasferimento avviene nello stesso turno**, i corrispondenti NEMS e, in conformità alle disposizioni, il SAPS II, il PIM II o il CRIB II.

Per istituzioni riceventi si intendono UCI/UCIM (secondo le direttive SSMI e/o KAIMC, singole unità organizzative certificate) nello stesso sito ospedaliero, UCI/UCIM in differenti siti di uno stesso ospedale o in ospedali del tutto diversi.

Queste disposizioni valgono anche per le degenze di breve durata (meno di 24 ore) in unità di cure intensive e/o unità di cure intermedie.

Si applicano le direttive della Società svizzera di medicina intensiva (SSMI) o della relativa commissione per il riconoscimento delle unità di cure intermedie (KAIMC).

## 2.6. S0202j Scelta e ordinamento delle diagnosi

Riguarda tutte le versioni linguistiche

[..]

Tra le malattie eziologicamente riconducibili a un tumore figurano p. es. le seguenti:

- epilessia in metastasi cerebrale o **meningioma benigno**
- polmonite post-stenotica in carcinoma bronchiale
- frattura vertebrale in metastasi ossea
- anemia in metastasi ossea
- insufficienza epatica da ostruzione del dotto coledoco in carcinoma della testa del pancreas
- ileo meccanico in carcinoma del colon

[..]

### Esempio 5

*Ammissione di una paziente che soffre per la prima volta di una crisi tonico-clonica.*

*Gli esami diagnostici, tra cui una TAC del capo, indicano un'epilessia strutturale in presenza di processo neoformativo frontale con sospetto di meningioma benigno della falce cerebrale.*

*Vengono prescritti antiepilettici e si consiglia alla paziente il trattamento a medio termine del meningioma.*

DP	D32.0	Tumore benigno delle meningi, meningi cerebrali
DS	G40.2	Epilessia e sindromi epilettiche sintomatiche, definite per localizzazione (focale) (parziale), con crisi parziali complesse

Esempio 5 6  
 Esempio 6 7  
 Esempio 7 8  
 Esempio 8 9  
 Esempio 9 10

## 2.7. S0216**b**j Interventi chirurgici per profilassi di fattori di rischio

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Questi interventi vengono eseguiti p.es. in caso di diagnosi di tumore al seno o all'ovaio nell'anamnesi familiare, di predisposizione genetica, **di dolori cronici**, d'infezione cronica, di carcinoma mammario lobulare nel seno di parte opposta, di carcinoma in situ della mammella o di mastopatia fibrocistica, ecc. Queste circostanze vanno codificate come diagnosi principale.

[...]

## 2.8. S0217j Cure palliative

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Le cure palliative di pazienti (oncologici) sono indicate con l'appropriato codice CHOP.

Il codice ICD-10-GM *Z51.5 Cure palliative* va codificato come diagnosi secondaria solo:

- se per **la/il** paziente non trasferita/o non può essere utilizzato un codice per trattamento complesso
- se **la/il** paziente è **stata/o trasferita/o** per le cure palliative (vedi anche D15).

Il codice *Z51.5* è registrato dall'ospedale ricevente in conformità alle direttive della regola di codifica D15.

[...]

Supplemento con nota:

Se la documentazione e/o la cartella medica indicano che gli obiettivi del trattamento sono cambiati da curativi a palliativi, che un intervento è stato effettuato con intenti palliativi, che la chemioterapia va intesa come palliativa ecc., **non** può essere utilizzato il codice *Z51.5 Cure palliative*.

Il codice *Z51.5 Cure palliative* va indicato solo al verificarsi delle condizioni sopra menzionate.

## 2.9. S0903i Trombosi o occlusione di stent o bypass coronarico

Riguarda tutte le versioni linguistiche

In ragione dell'adozione della CHOP 2021 a decorrere dal 1° gennaio 2021, nella regola codifica S0903 sopra riportata il codice *36.04 «Infusione trombolitica intracoronarica»* va sostituito con il codice 00.66.38 «Intervento vascolare percutaneo transluminale sulle coronarie, trombolisi selettiva».

## 2.10. S1001j Ventilazione in unità di cure intensive (UCI) e in unità di cure intermedie (UCIM)

Riguarda tutte le versioni linguistiche

### S1001j Ventilazione meccanica

*Definizione*

La ventilazione meccanica o artificiale, o respirazione assistita, è una tecnica in cui i gas sono spinti nei polmoni da un dispositivo meccanico. La respirazione viene sostenuta potenziando o sostituendo la capacità respiratoria propria **della/del paziente**.

### Ventilazione meccanica in unità di cure intensive (UCI)

In genere, nella ventilazione artificiale *la paziente o il paziente* è intubata/o o tracheotomizzata/o e viene ventilata/o in modo continuo. *Nelle/nei* pazienti sottoposti a cure intensive\*, la ventilazione meccanica può avvenire anche attraverso sistemi a maschera, che sostituiscono l'intubazione o la tracheotomia comunemente usate. CPAP è una misura di sostegno della respirazione **e non una forma di** e non è considerata una forma di ventilazione meccanica.

\* Le cure intensive devono essere documentate in modo da poterle ricostruire (sorveglianza, protocolli di ventilazione, ecc.) e richiedono un'adeguata infrastruttura e dotazione di personale. Deve trattarsi di unità di cure intensive riconosciute (le unità di cure intermedie e le sale di risveglio sono escluse). *Le/I* pazienti che non richiedono cure intensive (es. già ventilati meccanicamente a domicilio e ora ammessi per una chemioterapia pianificata ecc.) non fanno parte di questo gruppo.

Per la rilevazione del NEMS UCI va presa in considerazione la ventilazione meccanica erogata nell'UCI. Le ore di ventilazione vanno registrate nel campo 4.4.V01 «Durata della respirazione artificiale».

### Ventilazione meccanica in unità di cure intermedie (UCIM)

La ventilazione meccanica in UCIM\*\* viene erogata nella maggior parte dei casi tramite sistemi a maschera. In determinate circostanze può tuttavia essere somministrata anche una ventilazione di tipo invasivo tramite tubo tracheale o tracheostomia. La CPAP è una misura di sostegno della respirazione e non è considerata una forma di ventilazione meccanica.

\*\* Le cure prestate in UCIM devono essere documentate in modo da poter essere ricostruite (sorveglianza, protocolli di ventilazione ecc.) e richiedono infrastruttura e dotazione di personale adeguate. Deve trattarsi di UCIM riconosciute (le UCI e le sale di risveglio sono escluse). *Le/I* pazienti che non richiedono cure in UCIM (p. es. già ventilati meccanicamente a domicilio e ora ammessi per una chemioterapia pianificata ecc.) non vi rientrano. Per la rilevazione del NEMS UCIM va presa in considerazione la ventilazione meccanica erogata nell'UCIM. Le ore di ventilazione **non** vanno registrate in un campo appositamente previsto dall'UST (come il campo 4.4.V01 «Durata della respirazione artificiale»).

## 2.11. S1505j Regole speciali per il parto

Riguarda tutte le versioni linguistiche

[...]

*Travaglio di parto prolungato*

[...]

*Prelievo di cellule staminali per crioconservazione*

Il prelievo di cellule staminali dal sangue del cordone ombelicale per crioconservazione (nella maggior parte dei casi dalle vene, a seconda delle indicazioni del fornitore e del volume ematico presente nel cordone ombelicale) va registrato con il codice 41.0A.31 *Prelievo di cellule staminali ematopoietiche dal sangue del cordone ombelicale, autologo* nel caso del neonato.

A tal fine, è irrilevante che il prelievo sia effettuato subito dopo un taglio cesareo primario/secondario o un parto vaginale.

Va sottolineato che il codice **non** può essere **registrato nel caso della madre**, ma esclusivamente nel caso del neonato.

Si tratta di un prelievo effettuato dal sangue del cordone ombelicale che presenta un'elevata concentrazione di cellule staminali ematopoietiche.

Grazie a queste cellule, che vengono crioconservate e custodite per anni, nel proseguo della vita del neonato (o dei suoi fratelli e sorelle) potranno essere trattate eventuali malattie come la leucemia, l'anemia o le malattie del sistema immunitario.

[...]

## 2.12. S1804f) Diagnosi e terapia del dolore

Correzione Titolo della regola di codifica S1804

Riguarda solo la versione linguistica francese (vedi Circulaire 2021 n° 1)

Riguarda tutte le versioni linguistiche

#### *Dolore acuto*

Il dolore acuto si accompagna nella maggior parte dei casi ad un danno / un'alterazione delle strutture tissutali ed è considerato come un «sintomo» e/o un «segnale d'allarme» dell'organismo.

Se un paziente viene trattato per un dolore acuto postoperatorio e/o un dolore **acuto** insorto a seguito di un trauma e/o un dolore **acuto** eziologicamente riconducibile ad una malattia / uno stato / una manifestazione (p. es. appendicite, peritonite, ischemie **acute**, ileo, dolori **acuti** dovuti a infiltrazioni tumorali (tumore primario e/o metastasi), effetti collaterali di farmaci, complicanze e/o disturbi postoperatori ecc.), **non** va utilizzato il codice *R52.0 Dolore acuto* dell'ICD-10-GM.

Vengono registrati:

- malattie/traumi (anche intraoperatori e/o iatrogeni)
  - altri stati
  - altre manifestazioni
- che provocano il dolore **acuto**.

Il codice *R52.0 Dolore acuto* dell'ICD-10-GM va indicato solo se la causa del dolore è sconosciuta, non individuabile e non definibile. Anche i codici di altre rubriche registrati in caso di esclusione della categoria R52.-, p. es. *R07.1 Dolore toracico durante la respirazione*, *R10.2 Dolore pelvico e perineale*, *M25.5- Dolore articolare* ecc. vanno indicati solo se la causa del dolore non può essere identificata e documentata.

#### **Esempio 1**

*Un paziente 69enne viene ricoverato, tramite il pronto soccorso, a causa di dolori addominali acuti, insorti improvvisamente.*

*È in preda a sudori freddi e ipotensione. L'intero addome è dolorante alla palpazione.*

*Gli esami diagnostici mostrano un'occlusione vascolare acuta (di probabile origine trombotica) del tronco celiaco, su sfondo di arteriosclerosi generalizzata e segni di ischemia intestinale. Viene effettuato un intervento d'urgenza che conferma le diagnosi.*

DP	K55.0	Disturbo vascolare acuto dell'intestino
DS	I74.8	Embolia e trombosi di altre arterie
DS	I70.9	Aterosclerosi generalizzata e non specificata

#### **Esempio 2**

*Una paziente è ammessa a causa di dolori acuti al torace con fitte all'altezza del cuore (punto di massimo dolore).*

*Non sono note patologie cardiache o vascolari pregresse.*

*Esami effettuati d'urgenza sul cuore sinistro (angiografia coronarica e ventricolografia) non mostrano anomalie strutturali al cuore e ai vasi coronarici ed escludono una cardiopatia ischemica.*

*Una diagnostica approfondita degli altri sistemi d'organo che potrebbero essere interessati (p. es. polmone, esofago, stomaco, apparato muscolo-scheletrico) non dà alcun risultato.*

*Dopo due giorni, la paziente viene dimessa.*

DP	R07.2	Dolore precordiale
----	-------	--------------------

#### **Esempio 3**

*Un paziente è ricoverato con dolore retrosternale, sensazione di angustia e dispnea da sforzo. Vengono effettuati esami elettivi (angiografia coronarica e ventricolografia) che non mostrano anomalie strutturali al cuore e ai vasi coronarici quali possibili cause dell'angina pectoris stabile sussistente da alcune settimane.*

*I parametri di laboratorio rilevati di routine all'ammissione mostrano tuttavia una grave anemia di eziologia sconosciuta considerata la causa dell'ischemia cardiaca.*

*Al paziente sono somministrati due concentrati di eritrociti nel corso della stessa degenza e vengono prescritti esami diagnostici approfonditi da effettuare in un secondo tempo.*

DP	I20.8	Altre forme di angina pectoris
DS	D64.9	Anemia non specificata

Le terapie del dolore possono essere distinte in operatorie e non operatorie.

Esempi di terapie del dolore **operatorie** (elencazione non esaustiva):

- impianto di neurostimolatori e/o elettrodi (stimolazione di prova);
- impianto di pompe antalgiche (p. es. sottocutanee);
- incisione di nervi;
- decompressione di nervi;
- altri interventi volti a rimuovere le cause dei dolori acuti (p. es. intervento di ernia discale).

**Nota bene:** le terapie del dolore **operatorie** vanno **obbligatoriamente** codificate in conformità alle regole di codifica G52, G54, G55 e G56.

Esempi di terapie del dolore **non operatorie** (elencazione non esaustiva):

- anestesia peridurale (APD)
- anestesia spinale
- catetere peridurale (CPD)
- analgesia controllata dal paziente (ACP), parenterale e/o peridurale
- analgesedazione
- analgesie orali o endovenose farmacologiche
- terapie fisiche del dolore
- anestesia regionale periferica, p. es. anestesia plessica o del nervo pudendo
- schemi di terapia del dolore

#### **Nota bene**

Le procedure di soppressione del dolore per l'effettuazione di operazioni/interventi/esami diagnostici **non** vanno codificate. Fanno eccezione le terapie del dolore non operatorie in ostetricia.

#### **Nota**

Le terapie del dolore **non operatorie** somministrate in setting ostetrico devono essere codificate, eccezion fatta per i trattamenti analgesici postoperatori.

Tra queste rientrano p. es. l'analgesia controllata dal paziente (ACP), parenterale e/o peridurale, il catetere peridurale, l'anestesia spinale praticata (in rari casi) per la soppressione del dolore quando non è possibile ricorrere al catetere peridurale e l'anestesia transvaginale del nervo pudendo per alleviare il periodo espulsivo in caso di parto spontaneo o parto operativo vaginale (p. es. tramite ventosa ostetrica o forcipe).

Va osservata la regola di codifica S1505.

Se per alleviare il periodo espulsivo viene somministrata un'anestesia transvaginale del nervo pudendo, la codifica va effettuata, a seconda del tipo di parto, come di seguito indicato.

Parto spontaneo: *04.81.11 Iniezione di anestetico e analgesico in nervi periferici per terapia del dolore, senza procedura per immagini (imaging)*

Parto operativo vaginale: *04.81.42 Iniezione di anestetico in nervi periferici per anestesia in esami e interventi*

Le terapie del dolore **non operatorie** in un contesto di dolore **acuto** vanno rilevate applicando altre regole di codifica pubblicate nel presente documento solo nel caso in cui siano somministrate come **uniche** misure nell'ambito di un caso stazionario.

Le terapie del dolore **non operatorie** somministrate nell'immediatezza di un intervento o in seguito come trattamenti analgesici postoperatori abituali (p. es. catetere peridurale a seguito di una grossa operazione di chirurgia viscerale) **non** vanno codificate, indipendentemente dal momento in cui sono state praticate.

Le risorse necessarie alla somministrazione di **terapie del dolore non operatorie** nel contesto di dolori **acuti** perioperatori sono considerate incluse nei codici ICD-10-GM con cui vengono rilevati l'intervento operatorio e le sue conseguenze (p. es. dolori postoperatori particolarmente forti).

**Nota**

In caso di stati di dolore postoperatori acuti gravi, traumi e/o dolori oncologici esacerbati (**acuti**) **ecc.**, il codice CHOP 93.A3.3- *Trattamento complesso del dolore acuto, secondo il numero di giorni di trattamento* può essere indicato in deroga alle direttive di cui sopra purché i corrispondenti requisiti minimi siano soddisfatti e documentati.

Va obbligatoriamente osservato il «Codificare anche» relativo al codice CHOP.

**Esempio 4**

*Un paziente deve sottoporsi a colectomia subtotale in presenza di colite ulcerosa grave.*

*Gli viene inserito un catetere peridurale per la gestione del dolore postoperatorio.*

Il catetere peridurale non va codificato.

**Esempio 5**

*Un paziente deve sottoporsi a colectomia subtotale a cielo aperto in presenza di colite ulcerosa grave.*

*Gli viene inserito un catetere peridurale per la gestione del dolore postoperatorio.*

*Malgrado le precauzioni adottate, i dolori postoperatori sono talmente forti e incessanti che le risorse impiegate e documentate giustificano la codifica di un trattamento del dolore acuto tramite il codice CHOP 93.A3.3.-*

*A causa della complessità della gestione del dolore, la degenza viene prolungata di 20 giorni.*

DP K51.9 Colite ulcerosa non specificata

TP 45.81.11 Colectomia, chirurgica a cielo aperto

TS 93.A3.3- Trattamento complesso del dolore acuto, secondo il numero di giorni di trattamento

TS 03.91.11 Iniezione di anestetico e analgesico nel canale vertebrale per terapia del dolore

**Esempio 6**

*Cinque giorni dopo un esteso intervento su un'ernia cicatriziale addominale incarcerata, un vasto ematoma postoperatorio provoca alla paziente forti dolori da pressione.*

*Il quinto giorno successivo all'operazione le viene applicata un'ACP parenterale e, a partire da quel momento, è sottoposta a terapie fisiche del dolore.*

*Tali misure consentono di evitare la rimozione operatoria dell'ematoma.*

DP K43.0 Ernia cicatriziale con occlusione, senza gangrena

DS T81.0 Emorragia ed ematoma complicanti una procedura diagnostica o terapeutica, non classificate altrove

DS Y84.9! Complicanza da intervento medico non specificato

L'ACP e le terapie fisiche del dolore non vanno codificate.

**Dolore cronico/resistente al trattamento**

In presenza di dolori cronici può risultare compromessa la funzione di «segnale d'allarme» del dolore (vedi punto «Dolore acuto»). Per la presa in carico e il trattamento del dolore cronico sono rilevanti anche i fattori psicologici e le connesse terapie.

Il dolore cronico va considerato una malattia in sé. La possibilità di dissociare il dolore da danni tissutali accertabili consente per altro di differenziare il dolore cronico da quello acuto.

Le diagnosi riguardanti il dolore cronico devono essere documentate dal punto di vista medico per poter applicare la seguente regola di codifica.

**1)** Se un paziente viene ricoverato **per una terapia del dolore** e questa rappresenta l'impiego principale di risorse nel corso della degenza, **come diagnosi principale** va indicato il codice inerente alla **localizzazione del dolore**. La malattia a cui è riconducibile il dolore cronico va codificata in aggiunta, in deroga alla regola di codifica inerente alle diagnosi secondarie (G54).

**Esempio 7**

*Una paziente viene ricoverata per 7 giorni a causa di dolori respiratori all'emitorace destro (sindrome toracica). I dolori sono documentati dai medici trattanti come cronici e attribuiti tra l'altro a un'osteoporosi post-menopausale in atto e alla conseguente sollecitazione errata della colonna vertebrale, in particolare per quanto riguarda la regione cervicale-toracica. Non sono riscontrati cedimenti o fratture dovuti all'osteoporosi.*

*A causa dei dolori, la paziente soffre di forti limitazioni nelle attività quotidiane e di affezioni psichiche collaterali, in particolare di una depressione reattiva acuta di media entità.*

*Le viene applicata un'ACP parenterale per 5 giorni, è sottoposta a fisioterapia a intervalli regolari, le viene prescritto uno schema di medicazione adeguato alla situazione e sono effettuate visite antalgiche.*

*Inoltre, durante la degenza si svolge un consulto psichiatrico con prescrizione di antidepressivi.*

DP	M54.6	Dolore alla colonna vertebrale toracica
DS	M81.08	Osteoporosi post-menopausale senza frattura patologica, altre localizzazioni
DS	F32.1	Episodio depressivo di media gravità

TP	PCA
TS	Visite antalgiche

**Nota bene**

Le seguenti diagnosi costituiscono eccezioni al paragrafo «Dolore cronico/resistente al trattamento»:

F45.4-	Disturbo somatoforme da dolore persistente
G43.-	Emicrania
G44.-	Altre sindromi cefalalgiche
G54.6	Sindrome dell'arto fantasma con dolore
G90.5-	Sindrome dolorosa regionale complessa, tipo I
G90.6-	Sindrome dolorosa regionale complessa, tipo II
G90.7-	Sindrome dolorosa regionale complessa, altro tipo non specificato

**e**  
dolori oncologici **cronici** (vedi regola di codifica S0202).

Se è documentata una delle suddette diagnosi, quale diagnosi principale non va codificata la localizzazione del dolore bensì la diagnosi menzionata/documentata, purché sia conforme alla definizione della regola di codifica G52.

In presenza di altro motivo principale di ricovero, va applicata la regola di codifica G54 Diagnosi secondarie.

Vedi in merito il punto 3.

La sindrome dolorosa regionale complessa (Complex Regional Pain Syndrome - CRPS) e altri stati menzionati nei codici G43. -, G44. - e G54.6 possono manifestarsi sia in modo acuto che cronico.

A seconda di quanto indicato nella documentazione medica riguardo alla durata dei sintomi, va applicata la regola di codifica relativa al dolore acuto oppure quella relativa al dolore cronico.

Nei casi in questione, sono registrate direttamente la CRPS, l'emicrania **ecc.** e non i tipici sintomi come p. es. dolore persistente in un'estremità, ipertermia, lividi o altre alterazioni cromatiche della pelle, sensibilità al freddo, gonfiori, limitazioni funzionali, mioclonie e/o atrofie (CRPS) oppure nausea, dolore emicranico, scotomi scintillanti e/o sensazione di aura (emicrania) ecc.

In caso di malattie (croniche) soggiacenti che si esacerbano (o possono esacerbarsi), la codifica dipende dal tipo di trattamento.

Qualora il trattamento miri ad attenuare i dolori acuti (p. es. nel caso del codice G44.0 Sindrome di cefalea a grappolo o esacerbazione acuta di dolori oncologici cronici), va applicata la regola di codifica inerente al dolore acuto.

Se invece viene trattata la malattia cronica soggiacente (p. es. trattamento di disassuefazione e/o terapia del dolore in caso di cefalea cronica da farmaci), va applicata la regola di codifica inerente al dolore cronico.

**Esempio 8**

Una paziente 76enne è ricoverata per terapia multimodale del dolore 13 mesi dopo il trattamento operatorio di una frattura distale del radio sinistro dovuta a caduta.

Soffre di una limitazione funzionale e di dolori brucianti persistenti a riposo con elementi di contatto supplementari molto marcati. La mano sinistra presenta anche tremore.

Dall'anamnesi sono emersi una precedente terapia del dolore non riuscita e un crescente consumo di antidolorifici gestito autonomamente dalla paziente oltre che un'assenza di compliance nei confronti delle prescrizioni mediche.

Vengono inoltre riscontrate un'arteriopatia obliterante periferica di stadio 2b secondo Fontaine della gamba destra e un'insufficienza ventricolare sinistra cronica di stadio 2 NYHA, per esito di infarto cardiaco risalente a due anni prima.

Secondo la documentazione medica la diagnosi è «CRPS cronica di tipo 1 della mano sinistra» e sono soddisfatti i requisiti minimi per la codifica della terapia multimodale del dolore (11 giorni). Per quanto riguarda le diagnosi secondarie l'impiego di risorse mediche è >0.

Nel corso del trattamento emerge un'ulteriore componente psichica in forma di depressione recidivante con episodi di media gravità.

DP	G90.50	Sindrome dolorosa regionale complessa dell'arto superiore, tipo I
L	2	
DS	I70.22	Aterosclerosi delle arterie degli arti, bacino-gamba, con dolore ischemico indotto da sforzo, tratto percorso meno di 200 m
L	1	
DS	I50.12	Insufficienza cardiaca destra, con disturbi su sforzo intenso
DS	I25.22	Infarto miocardico pregresso, risalente a 1 anno prima e oltre
DS	F33.1	Disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto
TP	93.A2.44	Terapia multimodale del dolore, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento

Le terapie del dolore **non operatorie** in un contesto di dolore **cronico** vanno rilevate applicando altre regole di codifica pubblicate nel presente documento solo nel caso in cui siano somministrate come **uniche** misure nell'ambito di un caso stazionario.

Se i corrispondenti requisiti minimi sono soddisfatti, possono essere registrati i codici CHOP 93.A2.- *Terapia multimodale del dolore* o 93.A1 *Trattamento del dolore multimodale a breve termine*.

In presenza di altre malattie/stati/manifestazioni rappresentanti l'impiego principale di risorse nel corso della degenza, i codici 93.A2.- *Terapia multimodale del dolore* e 93.A1 *Trattamento del dolore multimodale a breve termine* possono essere registrati secondo le regole di codifica G54 e G56.

Va osservato che la registrazione dei codici CHOP delle terapie del dolore complesse non è esplicitamente riservata solo alle indicazioni riportate in questa regola di codifica (S1804).

**2)** Nei (rari) casi di degenza stazionaria a causa di dolori cronici **non attribuibili a una specifica localizzazione** (p. es. dolori diffusi) **e/o** a una specifica causa, i codici

R52.1 Dolore cronico intrattabile o

R52.2 Altro dolore cronico

possono essere indicati se risulta soddisfatta la definizione di diagnosi principale (G52).

**Esempio 9**

Un paziente viene ricoverato in ospedale per 3 giorni per esami riguardanti un dolore cronico, diffuso e resistente al trattamento. Il dolore persiste da circa 8 mesi e compromette sempre più la qualità di vita dell'interessato.

Nel corso della degenza non è stato possibile determinare la causa (fisica, psichica) né associare il dolore a una precisa localizzazione.

Dopo la preparazione di un piano farmacologico, esami RMN dell'intera colonna vertebrale e una TAC torace-addome, si svolge un consulto psichiatrico. Tutte le misure diagnostiche sono blande.

DP	R52.1	Dolore cronico intrattabile
TP	88.97.14	RMN della colonna vertebrale, completa e parziale
TS	87.41.99	Tomografia assiale computerizzata del torace, altro
TS	88.01.10	Tomografia assiale computerizzata dell'intero addome
TS	94.19	Diagnostica psichiatrica, altro

**3)** In tutti gli altri casi di degenza stazionaria a causa di dolore cronico, deve essere indicata quale diagnosi principale la malattia che provoca il dolore, analogamente alle indicazioni di codifica di cui al punto «Dolore acuto».

Se non sono soddisfatte le condizioni della regola di codifica G52, va applicata la regola di codifica G54.

Per quanto riguarda i trattamenti con terapie del dolore operatorie e non operatorie in pazienti con dolore cronico, valgono le stesse condizioni di cui al punto «Dolore acuto».

#### Esempio 10

*Un paziente viene ammesso per il trattamento di dolori cronici di crescente intensità (di cui soffre da circa 9 mesi) in presenza di metastasi ossee diffuse nell'intera colonna vertebrale e nelle ossa pelviche. Durata complessiva della degenza 15 giorni.*

*Il tumore primario è un carcinoma della prostata con diffusione delle metastasi nei linfonodi (pelvi, addome).*

*Impianto di pompa antalgica epidurale dopo somministrazione sottocutanea iniziale di analgesici a base di morfina.*

*Durante la degenza, il giorno precedente la dimissione, viene somministrata anche una chemioterapia palliativa nel ciclo di ridotta complessità.*

DP	C79.5	Tumore maligno secondario dell'osso e del midollo osseo
L	0	
DS	C61	Tumore maligno della prostata
DS	C77.8	Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi di regioni multiple
TP	03.9B.1-	Impianto o sostituzione di pompa di infusione totalmente impiantabile per infusione intratecale ed epidurale
TS	03.90.11	Inserzione o sostituzione di catetere per infusione intratecale ed epidurale: catetere permanente per infusione continua
TS	99.25.51	Chemioterapia non complessa

#### Esempio 11

*Un paziente è ricoverato con infarto transmurale acuto della parete posteriore per un'operazione di bypass urgente. Nella fase postoperatoria, dopo un intervento cardiaco senza complicanze, si aggrava un dolore cronico pregresso (a riposo) di entrambe le estremità su sfondo di polineuropatia diabetica (tipo 2, non scompensata) che limita notevolmente il paziente (insonnia, difficoltà nella fisioterapia postoperatoria ecc.).*

*Oltre all'effettuazione di esami neurologici sul paziente allettato e all'adeguamento della medicazione orientata alla malattia sottostante, viene predisposto uno schema farmacologico antalgico, sono somministrate terapie fisiche del dolore ecc.*

*Dalla documentazione medica nel suo insieme emerge che sussistono le condizioni/i requisiti minimi per registrare per 3 giorni il codice 93.A1*  
*Trattamento del dolore multimodale a breve termine.*

DP	I21.1	Infarto miocardico acuto transmurale della parete inferiore
DS	E11.40 <sup>†</sup>	Diabete mellito, tipo 2, con complicanze neurologiche, non definito come scompensato
DS	G63.2*	Polineuropatia diabetica
L	0	
TP		Operazione di bypass secondo le regole di codifica vigenti
TS	93.A1	Trattamento del dolore multimodale a breve termine

## 2.13. Direttive di codifica per la riabilitazione – Aggiunta riguardante la codifica della sottocategoria BB.2

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nel paragrafo «CHOP BB.2-» va aggiunta la frase di seguito riportata.

### **CHOP BB.2 - Prestazione terapeutica supplementare nella riabilitazione, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana**

I codici della sottocategoria BB.2- servono a rappresentare casi di riabilitazione stazionaria che comportano un impiego di risorse particolarmente intenso. Le risorse descritte in questa sottocategoria rappresentano prestazioni che eccedono di almeno il 25% i limiti minimi dei minuti di terapia a settimana definiti per le corrispondenti prestazioni di base di ciascun tipo di riabilitazione. Sono definiti otto (8) tipi di riabilitazione nei quali possono essere indicate prestazioni supplementari. La struttura di queste corrisponde a quelle dei codici BA.-. **Può essere indicato un solo codice BB.2- per degenza e tipo di riabilitazione.**

## 2.14. Direttive di codifica per la riabilitazione – U50.- e U51.-

Riguarda tutte le versioni linguistiche

L'entità della limitazione funzionale **presente** al momento dell'ammissione deve essere rappresentata quale diagnosi secondaria attraverso i codici:

*U50. - Limitazione funzionale motoria e*

*U51. - Limitazione funzionale cognitiva.*

**Nel caso della riabilitazione paraplegiologica, l'indicazione dei codici U50.- e U51.- per l'entità della limitazione funzionale al momento dell'ammissione è facoltativa.**

## 2.15. Direttive di codifica per la riabilitazione – Correzione del titolo del codice

Riguarda le versioni linguistiche francese e italiana (vedi Cirulaire 2021 n° 1)

Alla voce «Procedura» del paragrafo 3, il numero di un codice deve essere corretto come segue.

**3) Anche per il 2021 l'assegnazione dei casi ai gruppi di prestazioni (GPPO) ST Reha avviene tramite i seguenti codici CHOP per analogia:**

**I Limitazione funzionale del sistema nervoso:**

*93.19 Esercizi, NAC*

**II Limitazione funzionale cardiovascolare:**

*93.36.00 Riabilitazione cardiologica, NAS*

**III Limitazione funzionale polmonare:**

*93.9A.00 Riabilitazione respiratoria, NAS*

**IV Altra limitazione funzionale:**

*93.89.09 Riabilitazione, NAC*

## 2.16. Allegato

Riguarda tutte le versioni linguistiche

In ragione dell'adozione dell'ICD-10-GM 2021 a far data dal 1° gennaio 2021, sotto «Alcune diagnosi che possono rientrare nel quadro clinico della sindrome del piede diabetico:» sono apportate le seguenti correzioni.

[...]

*Ulcera da decubito, ~~e area di pressione stadio I 1~~ L89.0–*

*Ulcera da decubito, ~~e area di pressione stadio II 2~~ L89.1–*

*Ulcera da decubito, ~~e area di pressione stadio III 3~~ L89.2–*

*Ulcera da decubito, ~~e area di pressione stadio IV 4~~ L89.3–*

*Ulcera da decubito, ~~e area di pressione stadio non specificato~~ L89.9–*

[...]

### 3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2021

Legenda: novità in verde, cancellazioni in rosso

#### 3.1. 00.4A.- Inserimento di esclusioni

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nella sottocategoria 00.4A.- «Numero di coils endovascolari utilizzate» vanno inserite le seguenti «esclusioni».

- 00.4A.- Numero di coils endovascolari utilizzate**  
 Numero di spirali metalliche endovascolari utilizzate  
 Escl.: Dispositivi di chiusura di vasi inseriti nel dotto arterioso di Botallo, secondo il numero (00.4G.7-)
- [...]
- 00.4A.5- Coils endovascolari inserite in vasi toracici, addominali e periferici, secondo il numero**  
 Escl.: Coils endovascolari inserite in vasi spinali, secondo il numero (00.4A.6-)  
 Inserzione di spirali endovascolari extralunghe, secondo il numero (00.4A.4-)
- [...]

#### 3.2. 00.4G.7- Estensione del titolo tramite l'utilizzo del termine «dispositivi di chiusura»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I codici supplementari del gruppo di elementi 00.4G.7- «Dispositivi di chiusura di vasi inseriti nel dotto arterioso di Botallo, secondo il numero» vanno estesi sostituendo il termine «Plugs» con «Dispositivi di chiusura» (p. es. filtro, plug, coil ecc.).

- 00.4G.7- ~~Plugs vascolari~~ Dispositivi di chiusura di vasi inseriti nel dotto arterioso di Botallo, secondo il numero**  
 Plugs vascolari inseriti nel dotto arterioso di Botallo  
 Filtri vascolari inseriti nel dotto arterioso di Botallo  
 Coils vascolari inserite nel dotto arterioso di Botallo
- 00.4G.71 ~~Plugs vascolari~~ Dispositivi di chiusura di vasi inseriti nel dotto arterioso di Botallo, 1 ~~plug~~ dispositivo**
- 00.4G.72 ~~Plugs vascolari~~ Dispositivi di chiusura di vasi inseriti nel dotto arterioso di Botallo, 2 ~~plugs~~ dispositivi**
- 00.4G.73 ~~Plugs vascolari~~ Dispositivi di chiusura di vasi inseriti nel dotto arterioso di Botallo, 3 ~~plugs~~ dispositivi**
- 00.4G.74 ~~Plugs vascolari~~ Dispositivi di chiusura di vasi inseriti nel dotto arterioso di Botallo, 4 e più ~~plugs~~ dispositivi**

#### 3.3. 20.44.14 e 20.45.14 Mastoidectomia – Correzione del titolo

Riguarda solo la versione linguistica tedesca (vedi Rundschreiben 2021 Nr.1)

#### 3.4. 38.4- e 39.52.- Correzione delle esclusioni

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Le esclusioni sotto 38.4- «Resezione di vasi con sostituzione» e 39.52.- «Altra riparazione di aneurismi» sono riferimenti classificatori (non ci sono esclusivi omettere il codice) e devono essere corrette come segue.

- 38.4- Resezione di vasi con sostituzione**  
 Escl.: Ricostruzione endovascolare di aneurisma (~~39.71–39.79~~) (39.7-)
- [...]
- 39.52.- Altra riparazione di aneurismi**  
 Escl.: Riparazione endovascolare di aneurisma (~~39.71–39.79~~) (39.7-)

### 3.5. 38.6- e 39.23 Correzione delle esclusioni

Riguarda solo la versione linguistica tedesca (vedi Rundschreiben 2021 Nr.1)

### 3.6. 38.7- e 39.79.44 Correzione delle esclusioni

Riguarda solo la versione tedesca (vedi Rundschreiben 2021/Nr. 1)

### 3.7. 38.7X.11, 38.7X.12, 38.7X.21 e 39.75.13 - Sistema di protezione da embolia

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I titoli dei seguenti codici vanno rettificati per uniformità terminologica.

<b>38.7X.11</b>	Inserzione di <del>filtri antiemboli</del> sistema di protezione da embolia nella vena cava, chirurgica a cielo aperto
<b>38.7X.12</b>	Rimozione di <del>filtri antiemboli</del> sistema di protezione da embolia dalla vena cava, chirurgica a cielo aperto
[...]	
<b>38.7X.21</b>	Inserzione di <del>filtro</del> sistema di protezione da embolia nella vena cava, percutanea transluminale
[...]	
<b>39.75.13</b>	Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi, <del>sistema antiemboli</del> sistema di protezione da embolia (vasi periferici o viscerali)

### 3.8. 39.72.15 e 39.72.25 - Indicazione di lateralità mancante

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nei codici 39.72.15 «Embolizzazione selettiva di vasi intracranici con plugs» e 39.72.25 «Embolizzazione selettiva di vasi extracranici della testa e del collo con plugs» vanno inserite le indicazioni di lateralità.

<b>39.72.15</b>	Embolizzazione selettiva di vasi intracranici con plugs [L]
[...]	
<b>39.72.25</b>	Embolizzazione selettiva di vasi extracranici della testa e del collo con plugs [L]

### 3.9. 39.75.- Correzione del «Codificare anche»

Riguarda solo la versione tedesca (vedi Rundschreiben 2021/Nr. 1)

## 3.10. 41.0G.- Coltivazione in vitro di cellule CAR-T e TIL

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Le «Note» di cui alle sottocategorie 41.0G.- «Informazioni supplementari su prelievo e trasfusione di cellule ematiche periferiche» e 41.0G.1- «Coltivazione in vitro di cellule ematiche periferiche» devono essere modificate come di seguito indicato. La coltivazione in vitro di cellule CAR-T va rilevata solo se il corrispondente trapianto avviene in ambito stazionario.

**41.0G.- Informazioni supplementari su prelievo e trasfusione di cellule ematiche periferiche**

Nota: I codici seguenti sono codici supplementari. Il ~~prelievo o il~~ trapianto di cellule ematiche periferiche va codificato separatamente.

**41.0G.1- Coltivazione in vitro di cellule ematiche periferiche**

Nota: La coltivazione o la trasduzione in vitro vanno rilevate a condizione di essere riconducibili a un caso stazionario. Devono essere codificate solo unitamente al trapianto.

[...]

## 3.11. 93.59.5- e 99.84. - Modifica di esclusioni e inclusioni

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Le esclusioni e le inclusioni di cui al gruppo di elementi 93.59.5- «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento» e alla sottocategoria 99.84.- «Isolamento» vanno modificate come segue:

**93.59.5- Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento**

Incl.: Isolamento

~~Escl.: Isolamento (99.84.-)~~

[...]

**99.84.- Isolamento**

Escl.: Omettere il codice - Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento (93.59.5-)

## 3.12. 93.8B.- Cure palliative specializzate – Modifica dei requisiti minimi

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I requisiti minimi della sottocategoria 93.8B.- «Cure palliative specializzate» sono stati modificati come di seguito indicato per uniformità con il documento «Documento di riferimento per le cure palliative specializzate stazionarie», versione 3.2 valida dal 1° luglio 2020.

**93.8B.- Cure palliative specializzate**

Nota: [...]

Requisiti minimi punto 1, indicazione:

Trattamento continuo 24 ore su 24 in unità autonoma di cure palliative (**servizio o clinica**) eseguito da un team multidisciplinare/interprofessionale specializzato in cure palliative particolarmente impegnative e complesse. Trattamento attivo e completo per il controllo dei sintomi e la stabilizzazione psicosociale ~~del paziente di~~ **pazienti con malattie croniche/incurabili progressive** in stadio avanzato e/o speranza di vita limitata. Processo decisionale previdente e adeguato alla situazione con eventuale coinvolgimento di specialisti.

[...]

Requisiti minimi punto 4, team di trattamento:

- a) Composizione e direzione del team: Team multidisciplinare/interprofessionale specializzato in cure palliative particolarmente impegnative e complesse diretto da ~~un medico specialista con perfezionamento specifico in medicina palliativa (almeno 80 ore)~~ e da un medico specialista in possesso di un attestato FMH di formazione interdisciplinare di medicina palliativa. La direzione specialistica del trattamento può essere assicurata 24 ore su 24 ore mediante un servizio di picchetto.
- b) Cure infermieristiche: Responsabile delle cure infermieristiche con attestato di specializzazione supplementare riconosciuta in cure palliative e almeno ~~6 mesi~~ due anni di esperienza di trattamento di pazienti ~~di~~ in cure palliative
- c) Team multidisciplinare che oltre all'assistenza medica e infermieristica dispone dei seguenti settori terapeutici: assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza e terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia.

### 3.13. 94.35.1- e 94.35.2- Intervento di crisi psichiatrico-psicoterapeutico

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I requisiti minimi dei gruppi di elementi 94.35.1- e 94.35.2- vanno modificati come di seguito indicato.

#### 94.35.1- Intervento di crisi psichiatrico-psicoterapeutico nel campo della psichiatria e della psicosomatica dell'adulto

Nota: [...]

Requisiti minimi punto 2, diagnostica e terapia:

1. Diagnostica psichiatrica-psicoterapeutica completa focalizzata sulla crisi acuta.
2. ~~Almeno un c~~ontatto terapeutico individuale prioritario, non pianificato (non previsto dal piano terapeutico) e informativo con il paziente e/o la persona di contatto del paziente (se necessario da parte di 2 terapeuti o infermieri specializzati).
3. Unità terapeutiche giornaliere di intervento di crisi specifiche per il paziente da parte del team terapeutico.
4. Procedure di esame mediche o psicologiche oppure infermieristico-sociopedagogiche ripetute più volte al giorno.
5. Visita medica giornaliera da parte di medico specialista in psichiatria e psicoterapia ~~o di medico specialista con formazione interdisciplinare in medicina psicosomatica e psicosociale (ASMPP).~~

Requisiti minimi punto 3, team di trattamento:

Team interdisciplinare sotto direzione di un medico specialista in psichiatria e psicoterapia ~~o di un medico specialista con formazione interdisciplinare in medicina psicosomatica e psicosociale (ASMPP).~~

Il team è inoltre composto da:

1. Psicoterapeuti medici e/o psicologi in possesso di un titolo di formazione in una delle 3 procedure ISFM (terapeutico-comportamentale, sistemica e psicodinamica) (ISFM: Istituto svizzero per la formazione medica - FMH); ~~per i medici/gli psicologi in perfezionamento, è necessaria la supervisione da parte di un medico specialista in Psichiatria e Psicoterapia oppure di un medico specialista con formazioni interdisciplinari approfondite in medicina psicosomatica e psicosociale (ASMPP)/psicologo specialista.~~
2. Infermieri psichiatrici diplomati.

[...]

#### 94.35.2- Intervento di crisi psichiatrico-psicoterapeutico nel campo della psichiatria infantile e adolescenziale

Nota: [...]

Requisiti minimi punto 2, diagnostica e terapia:

1. Diagnostica psichiatrica-psicoterapeutica completa focalizzata sulla crisi acuta.
2. ~~Almeno un c~~ontatto terapeutico individuale prioritario, non pianificato (non previsto dal piano terapeutico) e informativo con il paziente e/o la persona di contatto del paziente (se necessario da parte di 2 terapeuti o infermieri specializzati con indirizzo pedagogico).
3. Unità terapeutiche giornaliere di intervento di crisi specifiche per il paziente da parte del team terapeutico, che tengono conto della situazione particolare del bambino o dell'adolescente, ad es. garanzia di un'occupazione adeguata all'età.
4. Procedure di esame mediche o psicologiche oppure infermieristico-sociopedagogiche ripetute più volte al giorno.
5. Visita medica giornaliera da parte di medico specialista in ~~psichiatria e psicoterapia~~ psichiatria e psicoterapia infantile e adolescenziale.

[...]

### 3.14. 94.3A.2- Trattamento integrato clinico-psicosomatico complesso

Riguarda solo la versione francese (vedi Circulaire 2021/n° 1)

### 3.15. 94.92.- Trattamento psicoterapeutico complesso multimodale di liaison

Riguarda solo le versioni linguistiche italiana e francese (vedi anche Circulaire 2021/n° 1)

I requisiti minimi della sottocategoria 94.92 devono essere corretti come segue.

#### **94.92.- Trattamento psicoterapeutico complesso multimodale di liaison, secondo la durata**

Nota:

Requisiti minimi: Trattamento di collaborazione da parte di un medico con specializzazione in psichiatria e psicoterapia o medicina psicosomatica e **psicoterapia psicosociale** con attestato di capacità (ASMPP), o altri medici specialisti con qualifica in psicoterapia e psicologi psicoterapeuti. Anamnesi (esaustiva, finalizzata all'intervento psicoterapeutico).

Impiego o avvio delle seguenti procedure in diverse combinazioni specifiche per il paziente: psicoterapia individuale o di gruppo, procedure psicoeducative, procedure di rilassamento o immaginative, test diagnostici psicologici, consulenza socio-pedagogica, ergoterapia, terapia artistica, interventi di supporto in team, discussioni di casi.

### 3.16. 99.B7.- e 99.B8.- UCI e UCIM - Nuova denominazione del documento di riferimento

Riguarda solo la versione linguistica tedesca (vedi Rundschreiben 2021 Nr.1)

### 3.17. BA.- Prestazione di base nella riabilitazione – Correzione nei requisiti minimi punto 3

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nei requisiti minimi della prestazione di base di ciascun tipo di riabilitazione è richiesta l'indicazione di una durata minima media settimanale della terapia. La durata settimanale media della terapia nel corso della degenza include/consente eventuali oscillazioni. La frase «Eventuali scostamenti nella durata possono verificarsi solo per ragioni specificamente riferite al paziente (capacità di tolleranza variabile) e devono essere documentati.» va dunque cancellata dai requisiti minimi punto 3 della categoria BA.- «Prestazione di base nella riabilitazione».

#### **BA.- Prestazione di base nella riabilitazione**

Nota: [...]

Requisiti minimi punto 3, terapia:

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 settimanali 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 terapeuta competente corrisponde a una terapia.

### 3.18. BA.- «Prestazione di base nella riabilitazione» e BB.2- «Prestazione terapeutica supplementare nella riabilitazione» - Precisazione nei requisiti minimi

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nei requisiti minimi «Terapia e istruzione» della categoria a 3 cifre BA.- «Prestazione di base nella riabilitazione» alcune terapie e istruzioni sono introdotte da frasi come «Inoltre, in caso di corrispondente indicazione», «Inoltre, in funzione delle indicazioni specifiche per il paziente», «Inoltre, istruzione/consulenza in funzione delle indicazioni specifiche per il paziente». Queste frasi hanno sollevato dubbi circa l'inclusione delle terapie e delle istruzioni in questione nella durata della terapia. In effetti vanno incluse. Ciò vale per analogia anche per i requisiti minimi «Terapia e istruzione» della categoria a 3 cifre BB.2- «Prestazione terapeutica supplementare nella riabilitazione, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana». Al fine di precisare tale aspetto i requisiti minimi in questione vanno modificati come di seguito indicato.

Nei requisiti minimi dei codici BA.2 «Riabilitazione psicosomatica» e BB.22.- «Riabilitazione psicosomatica, prestazione terapeutica supplementare, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana» va inoltre aggiunta la «consulenza sociale».

#### BA.1 Riabilitazione neurologica

Nota: [...]

Requisiti minimi punto 3, terapia e istruzione:

Durata settimanale della terapia almeno 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~~

Sono obbligatorie **fisioterapia** in combinazioni specifiche per il paziente con:

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

~~Inoltre~~, **Non obbligatorie, ma impiegate** in caso di corrispondente indicazione **e da includere nella durata della terapia:**

- consulenza sociale
- consulenza per smettere di fumare
- consulenza diabetologica
- [...]

#### BA.2 Riabilitazione psicosomatica

Nota: [...]

Requisiti minimi punto 2, terapia e istruzione:

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 psicoterapia combinate con:

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

~~Inoltre~~, **Non obbligatorie, ma impiegate** in caso di corrispondente indicazione **e da includere nella durata della terapia:**

- consulenza dietetica
- consulenza diabetologica
- **consulenza sociale**
- [...]

### 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) obbligatoriamente di fisioterapia quale allenamento di resistenza nonché 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~~ Non obbligatorie, ma impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:

- 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.

Terapie obbligatorie alla settimana:

a) fisioterapia attiva (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,~~ Non obbligatorie, ma impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:

- consulenza sociale
- [...]

**BA.5 Riabilitazione muscoloscheletrica**

Nota: [...]

Requisiti minimi punto 1, terapia e istruzione:

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 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 in funzione delle indicazioni specifiche per il paziente~~ Non obbligatorie, ma impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:

- 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 e oncologica**

Nota: [...]

Requisiti minimi punto 1, terapia e istruzione:

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,~~ Non obbligatorie, ma impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:

- consulenza sociale

[...]

**BA.7 Riabilitazione pediatrica**

Nota: [...]

Requisiti minimi punto 3, terapia e istruzione:

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, Impiegate~~ in caso di corrispondente indicazione **e da includere nella durata della terapia:**

- consulenza sociale
- [...]

**BA.8 Riabilitazione geriatrica**

Nota: [...]

Requisiti minimi punto 2, terapia e istruzione:

Durata settimanale della terapia almeno 300 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~~ **Impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:**

- consulenza sociale
- tecnica ortopedica
- [...]

[...]

**BB.21.- Riabilitazione neurologica, prestazione terapeutica supplementare, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana**

Nota:

Terapie e istruzioni:

in funzione dei deficit vanno somministrate le terapie elencate qui di seguito.

**Obbligatoriamente:**

~~-fisioterapia~~

**Sono obbligatorie fisioterapia** in combinazioni specifiche per il paziente con:

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

~~Inoltre~~, Non obbligatorie, ma impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:

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

[...]

**BB.22.- Riabilitazione psicosomatica, prestazione terapeutica supplementare, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana**

Nota:

Terapie e istruzioni:

obbligatoriamente psicoterapia,

in combinazione con:

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

~~Inoltre~~, Non obbligatorie, ma impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:

- consulenza dietetica
- consulenza diabetologica
- consulenza sociale

[...]

**BB.23.- Riabilitazione polmonare, prestazione terapeutica supplementare, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana**

Nota:

Terapie e istruzioni:

a) obbligatoriamente fisioterapia quale allenamento di resistenza

nonché in combinazione specifica per il paziente:

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

nonché

b) istruzioni al paziente su diversi temi

~~Inoltre in funzione delle indicazioni specifiche per il paziente~~ Non obbligatorie, ma impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:

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

[...]

**BB.24.- Riabilitazione cardiologica, prestazione terapeutica supplementare, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana**

Nota:

Terapie e istruzioni:

a) terapie obbligatorie:

- fisioterapia attiva (resistenza, forza e mobilità, rilassamento)

in combinazioni specifiche per il paziente con:

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

b) istruzione volta alla prevenzione su diversi temi.

~~Inoltre~~, Non obbligatorie, ma impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:

- consulenza sociale

[...]

**BB.25.- Riabilitazione muscoloscheletrica, prestazione terapeutica supplementare, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana**

Nota:

Terapie e istruzioni:

obbligatoriamente fisioterapia attiva combinata con almeno 2 dei seguenti settori terapeutici:

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

~~Inoltre in funzione delle indicazioni specifiche per il paziente~~ Non obbligatorie, ma impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:

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

[...]

**BB.26.- Riabilitazione internistica e oncologica, prestazione terapeutica supplementare, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana**

Nota:

Terapie e istruzioni:

settori terapeutici 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~~, Non obbligatorie, ma impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:

- consulenza sociale

[...]

**BB.27.- Riabilitazione pediatrica, prestazione terapeutica supplementare, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana**

Nota:

Terapie e istruzioni:

la terapia è una combinazione dei settori terapeutici di seguito riportati.

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, istruzione/consulenza in funzione delle indicazioni specifiche per il paziente~~ Impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:

- consulenza sociale

[...]

**BB.28.- Riabilitazione geriatrica, prestazione terapeutica supplementare, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana**

Nota:

Terapie e istruzioni:

vanno somministrate le seguenti terapie in combinazione specifica per il paziente:

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

~~Inoltre, istruzione/consulenza in funzione delle indicazioni specifiche per il paziente~~ Impiegate in caso di corrispondente indicazione e da includere nella durata della terapia:

- consulenza sociale
- tecnica ortopedica

[...]

## 3.19. BB.1- Risorse supplementari nella riabilitazione – Correzione nell' appendice

Riguarda solo le versioni linguistiche italiana e francese (vedi anche Circolare 2021 n° 1)

Nell'appendice «BB.1- Risorse supplementari nella riabilitazione» va soppressa la seguente riga.

N.	Indicazione	Prestazione	Criterio di misurazione (al giorno)	Punteggio
1	Prestazioni infermieristiche interdisciplinari riferite all'indicazione			
1.1		Igiene personale parziale/completa o mobilitazione inclusa ulteriore assistenza infermieristica in base al deficit funzionale (inclusa assistenza nell'assunzione di alimenti ecc.)	Almeno 30 minuti	1
		Monitoraggio specifico e controllo (es. in caso di stretta sorveglianza dei parametri vitali; controllo documentato di sistema VAD a ogni turno; monitoraggio di ulteriori parametri specifici)	Almeno 4 volte	1
		Istruzione all'igiene specifica in caso di immunosoppressione	Almeno 30 minuti	1
		Controllo del bilancio idrico (es. bilancio giornaliero o controlli del peso) con connesso adattamento dell'alimentazione e delle terapie medicamentose	1 volta al giorno	1
		Aiuti particolari a persone con importante deficit visiva/ uditivo/cognitivo	Almeno 30 minuti	1
		Aiuti particolari in caso di disturbi della deglutizione e del linguaggio	Almeno 30 minuti	1
		<del>Aiuti particolari in caso di disturbi della deglutizione e del linguaggio</del>	<del>Almeno 30 minuti</del>	<del>1</del>

## 3.20. BB.2- Prestazione terapeutica supplementare nella riabilitazione, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana–Precisione dei requisiti minimi

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I «Requisiti minimi punto 4, conteggio della media dei minuti alla settimana:» della categoria a 3 cifre BB.2- «Prestazione terapeutica supplementare nella riabilitazione, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana» vanno completati come di seguito indicato. Per i corrispondenti esempi si rimanda al Manuale di codifica medica, capitolo «Direttive di codifica per la riabilitazione».

**BB.2- Prestazione terapeutica supplementare nella riabilitazione, secondo la media dei minuti di terapia alla settimana**

Nota: [...]

Requisiti minimi punto 4, conteggio della media dei minuti alla settimana:

~~Seguono precisazioni nella Circolare 2021 N.1-~~

Le indicazioni di durata per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali sono intese quale media per settimana sull'intera degenza di riabilitazione. Il pertinente codice CHOP BB.2- va determinato sulla base della somma complessiva delle medie settimanali dei minuti di terapia. I minuti di terapia relativi al pertinente codice BA.- non vanno sottratti dalla somma complessiva. Per ciascuna degenza in un tipo di riabilitazione va quindi indicato un solo codice.

## 4. Allegato

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

La presente circolare contiene **tutte** le «Informazioni e precisazioni» valevoli dal 1° gennaio 2021.

#### 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)    01.01.2012 (valevole dal)  
           0998      01.01.2012  
           ...  
           0852      01.07.2017 ecc.

#### **0807    01.01.2021      Dispositivi per embolizzazione o protezione da embolia**

Nella CHOP 2021 sono presenti categorie di codici per operazioni/interventi di **chiusura di vasi**, le cosiddette embolizzazioni tramite coils, plugs, filtri ecc., p. es. 39.79.2- *Embolizzazione od occlusione mediante spirali di altri vasi*, 39.79.5- *Embolizzazione selettiva di altri vasi con filtri* o 39.79.A- *Embolizzazione selettiva di altri vasi con plugs* ecc.

Sono inoltre disponibili i codici supplementari della categoria 00.4A.- *Numero di coils endovascolari utilizzate* e 00.4G.- *Inserzione di dispositivi di chiusura di vasi*.

I codici supplementari dei gruppi di elementi da 00.4G.2- a 00.4G.6- *Filtri vascolari inseriti in [...]*, secondo il numero valgono solo per la rappresentazione dei dispositivi impiegati nell'ambito di operazioni/interventi di chiusura di vasi (p. es. embolizzazioni).

Per poter tuttavia rappresentare il numero di «filtri» impiegati quali sistemi di protezione da embolia, vanno indicati per ciascun utilizzo i seguenti codici. I codici devono essere registrati con la data dell'intervento nel quale vengono impiegati sistemi di protezione da embolia

38.7X.11 *Inserzione di sistema di protezione da embolia nella vena cava, chirurgica a cielo aperto*

38.7X.21 *Inserzione di sistema di protezione da embolia nella vena cava, percutanea transluminale*

39.75.13 *Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi, sistema di protezione da embolia (vasi periferici o viscerali)*

39.C5 *Impiego di sistema di protezione da embolia*

I codici della sottocategoria 00.4G.- **non** vanno utilizzati per sistemi di protezione da embolia.

Nei casi di interventi che prevedono l'embolizzazione e l'utilizzo di sistemi di protezione embolica, il numero di dispositivi per l'embolizzazione viene registrato con l'apposito codice delle sottocategorie 00.4A. e 00.4G (il numero è indicato nel codice).

I codici per la protezione da embolia devono essere indicati in aggiunt.

#### **0808    01.01.2021      Sostituzione di endoprotesi di ginocchio e impianto di ulteriori/altri componenti**

In caso di sostituzione di endoprotesi di ginocchio, indipendentemente dal tipo, con altra endoprotesi di ginocchio, per l'impianto va utilizzato il codice con l'indicazione «per sostituzione di protesi». P. es. se viene espantata un'endoprotesi parziale e impiantata una protesi totale sullo stesso ginocchio, per l'impianto deve essere indicato il codice 81.54.31 «Impianto di protesi totale standard del ginocchio per sostituzione di protesi» e **non** il codice 81.54.21 «Primo impianto di protesi totale standard del ginocchio».

Analogamente, se in occasione di una sostituzione di endoprotesi di ginocchio viene impiantato per la prima volta un bottone rotuleo, deve essere indicato il codice 81.54.42 «Impianto di bottone rotuleo per sostituzione» e **non** il codice 81.54.27 «Primo impianto di bottone rotuleo».

#### **0809    01.01.2021      «Requisiti minimi punto 4, pianificazione della dimissione» inerenti al codice 93.59.5- «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento»**

In caso di decesso della/del paziente durante il «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti», decadono i requisiti minimi punto 4, pianificazione della dimissione.

Anche in caso di trasferimento verso altra unità (p. es. ospedale, struttura di riabilitazione ecc.) con mantenimento dell'isolamento stretto, i requisiti minimi punto 4, pianificazione della dimissione» decadono per l'unità inviante.

**0810 01.01.2021 Rilevazione del numero di stents e stent grafts impiantati**

Questa precisazione è articolata come segue:

- rilevazione del numero di stent grafts aortici
- rilevazione del numero di stent grafts impiantati nell'arteria iliaca, nelle vene profonde, nei vasi addominali e viscerali
- rilevazione del numero di stents impiantati per via (percutanea) transluminale
- rilevazione del numero di stents impiantati nelle arterie coronarie
- rilevazione del numero di stents impiantati nell'ambito di caso stazionario sia nelle arterie coronarie sia in altri vasi
- ragione dell'indicazione del numero complessivo di stents o stent grafts impiantati nell'ambito di caso stazionario

I codici indicati negli esempi di seguito riportati si riferiscono agli stent e agli stent grafts impiantati. La codifica va completata in funzione del caso stazionario.

**Rilevazione del numero di stent grafts aortici**

Gli stent grafts aortici sono rappresentati nelle sottocategorie 39.71.- «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale» e 39.73.- «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta toracica e toracoaddominale».

In entrambe le sottocategorie figurano la seguente «Nota»:

«Qualora vengano impiantati più stent grafts (protesi stent) nell'aorta [...] ciascun impianto va codificato separatamente.»

e il seguente «Codificare anche»:

«Numero di stent grafts (protesi stent) aortici impiantati (39.78.6-)»

*Esempio 1*

*Caso:* Due stent grafts, ciascuno con un'apertura, vengono impiantati nell'aorta addominale nel corso di un intervento in ambito stazionario.

*Codifica:*

Va indicato due volte il codice 39.71.22 «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale, con 1 apertura».

Gli stent grafts aortici impiantati nel corso della degenza nell'aorta toracica, toracoaddominale e addominale vanno sommati e il codice supplementare corrispondente del gruppo di elementi 39.78.6-, in questo caso il 39.78.61 «2 stent grafts aortici impiantati», va indicato con la data del primo intervento.

*Esempio 2*

*Caso:* Uno stent graft senza apertura viene impiantato nell'aorta addominale nel corso di un primo intervento il giorno X. Durante un secondo intervento il giorno Y, viene impiantato uno stent graft con un'apertura nell'aorta addominale. Entrambi gli interventi si svolgono in ambito stazionario

*Codifica:*

Il codice 39.71.21 «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale, senza apertura» va indicato una volta per il giorno X.

Il codice 39.71.22 «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale, con 1 apertura» va indicato una volta per il giorno Y.

Gli stent grafts aortici impiantati nel corso della degenza nell'aorta toracica, toracoaddominale e addominale vanno sommati. Il codice supplementare corrispondente del gruppo di elementi 39.78.6-, in questo caso il 39.78.61 «2 stent grafts aortici impiantati», va indicato con la data del primo intervento.

*Esempio 3*

*Caso:* Uno stent graft con due aperture viene impiantato nell'aorta toracoaddominale.

*Codifica:*

Va indicato una volta il codice 39.73.43 «Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nell'aorta toracoaddominale, con 2 aperture».

Nel corso dell'intera degenza stazionaria è stato impiantato un unico stent graft aortico. Non va dunque indicato alcun codice supplementare del gruppo di elementi 39.78.6- «Numero di stent grafts (protesi stent) aortici impiantati».

*Esempio 4*

*Caso:* Alla stessa data di intervento vengono impiantati uno stent graft con un'apertura nell'aorta toracica e uno stent graft senza apertura nell'aorta addominale. I due stent grafts non sono collegati tra loro.

*Codifica:*

Il codice 39.73.32 «Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nell'aorta toracica, con 1 apertura» va indicato una volta alla data di intervento.

Il codice 39.71.21 «Impianto endovascolare di stent graft (protesi stent) nell'aorta addominale, senza apertura» va indicato una volta alla data di intervento.

Il codice supplementare 39.78.61 «2 stent grafts aortici impiantati» va indicato con la data del primo intervento.

**Rilevazione del numero di stent grafts impiantati nell'arteria iliaca, nelle vene profonde, nei vasi addominali e viscerali**

In caso di impianto di stent grafts senza diramazioni a livello iliaco, il numero di stent grafts è combinato nello stesso codice dell'intervento e del materiale (vedi esempi 1, 2 e 3). I codici del gruppo di elementi 39.7A.1- «Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nelle arterie del bacino, livello iliaco, senza diramazioni, secondo il numero di protesi stent» vanno indicati per data di intervento.

Per gli stent grafts impiantati in vene profonde e altri vasi addominali e viscerali, il numero di stent grafts non figura invece direttamente nel codice; ciò significa che in caso di impianto di più stent grafts, ciascuno di questi va codificato separatamente (vedi esempi 4 e 5).

Non esiste un codice per l'indicazione degli stent grafts complessivamente impiantati nell'arteria iliaca e in altri vasi diversi dall'aorta.

*Esempio 1*

Per codificare l'impianto di tre stent grafts senza diramazioni nell'arteria iliaca nel corso di un intervento, va indicato una volta il codice 39.7A.13 «Impianto endovascolare, livello iliaco, 3 protesi stent, senza diramazione» per la data di intervento.

*Esempio 2*

Per codificare, nell'ambito di una degenza stazionaria, l'impianto di uno stent graft senza diramazione nell'arteria iliaca nel corso di un primo intervento il giorno X e quello di un ulteriore stent graft senza diramazione sempre nell'arteria iliaca nel corso di un secondo intervento il giorno Y, va indicato il codice 39.7A.11 «Impianto endovascolare, livello iliaco, 1 protesi stent, senza diramazione» una volta il giorno X e una volta il giorno Y.

*Esempio 3*

Per codificare l'impianto di uno stent graft (protesi stent) nell'arteria iliaca interna sinistra nel corso di un intervento e di uno stent graft nell'arteria iliaca interna destra nel corso dello stesso intervento, va riportato due volte il codice 39.7A.11 «Impianto endovascolare, livello iliaco, 1 protesi stent, senza diramazione», una volta con l'indicazione di lateralità sinistra e una volta con l'indicazione di lateralità destra.

*Esempio 4*

Per codificare l'impianto di due stent grafts nella vena cava alla stessa data di intervento, va indicato due volte il codice 39.7A.31 «Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nella vena cava».

*Esempio 5*

Per codificare l'impianto di due stent grafts nella vena cava, una alla data di intervento X e uno alla data di intervento Y, per ciascuna delle due date va indicato una volta il codice 39.7A.31 «Impianto endovascolare di stent grafts (protesi stent) nella vena cava».

**Rilevazione del numero di stents impiantati per via (percutanea) transluminale**

Per quanto riguarda la categoria 39.B- «Impianto (percutaneo) transluminale di stents in vasi sanguigni», ogni stent impiantato va codificato singolarmente. Se vengono ad es. impiantati tre stents senza liberazione di sostanza medicamentosa in arterie della coscia e due in arterie della gamba, va indicato tre volte il codice 39.B1.G1 e due volte il codice 39.B1.H1. Viene calcolata la somma complessiva degli stents impiantati nel corso della degenza da registrare con un codice della sottocategoria 39.C1.- «Numero di stents impiantati» con la data del primo intervento. Nell'esempio in questione va indicato il codice 39.C1.15 «5 stents impiantati».

### Rilevazione del numero di stents impiantati nelle arterie coronarie

L'impianto di stents nelle arterie coronarie va codificato tramite le sottocategorie 36.03.- «Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto» e 36.08.- «Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale». I codici vanno indicati per intervento (un numero di volte pari agli impianti effettuati) e in base al tipo di stent utilizzato. Se nel corso di un intervento vengono p. es. impiantati stents con liberazione di sostanza medicamentosa in più arterie coronarie, va indicato il codice con l'indicazione «in più arterie coronarie» un numero di volte pari agli stents di questo tipo impiantati.

Non vi sono codici specifici per il numero complessivo di stents impiantati nelle arterie coronarie.

#### *Esempio 1*

Caso: Il giorno X viene impiantato in un'arteria coronaria uno stent con liberazione di sostanza medicamentosa per via percutanea transluminale. Il giorno Y vengono impiantati in un'arteria coronaria due stents con liberazione di sostanza medicamentosa per via chirurgica a cielo aperto.

Codifica:

Va indicato una volta il codice 36.08.21 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria».

Va indicato due volte il codice 36.03.51 «Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria».

#### *Esempio 2*

Caso: Il giorno X viene impiantato in un'arteria coronaria uno stent autoespandente. Il giorno Y viene impiantato in un'altra arteria coronaria uno stent autoespandente.

Codifica:

Il codice 36.08.23 «Impianto percutaneo transluminale di stents autoespandenti con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria» va indicato due volte con date di intervento differenti.

#### *Esempio 3*

Caso: Viene effettuata, in un unico intervento, un'angioplastica coronarica transluminale percutanea con impianto di 4 stents (2 nell'arteria discendente anteriore, 1 nell'arteria circonflessa, 1 nell'arteria coronaria destra) tutti con liberazione di sostanza medicamentosa.

Codifica:

Va indicato quattro volte il codice 36.08.22 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie».

#### *Esempio 4*

Caso: Viene effettuata, in un unico intervento, un'angioplastica coronarica transluminale percutanea con impianto di 4 stents (1 con liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria discendente anteriore, 2 bar metal stents nell'arteria coronaria destra, 1 autoespandente con liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria circonflessa).

Codifica:

Per l'arteria discendente anteriore, va indicato una volta il codice 36.08.21 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria».

Per l'arteria coronaria destra va indicato due volte il codice 36.08.13 «Impianto percutaneo transluminale di stents autoespandenti senza liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria» e una volta il codice supplementare 39.C2.12 «Bare metal stent».

Per l'arteria circonflessa va indicato una volta il codice 36.08.23 «Impianto percutaneo transluminale di stents autoespandenti con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria».

### Rilevazione del numero di stents impiantati nell'ambito di caso stazionario sia nelle arterie coronarie sia in altri

#### vasi

Non è consentito aggiungere il numero degli stents impiantati nelle arterie coronarie con quello degli stents impiantati in vasi sanguigni periferici.

Va utilizzato un codice supplementare della sottocategoria 39.C1.- «Numero di stents impiantati» solo per indicare la somma degli stents impiantati in vasi sanguigni periferici nell'ambito dell'intero caso.

*Esempio 1*

In un primo intervento il giorno X: angioplastica coronarica transluminale percutanea con impianto di 4 stents (2 nell'arteria discendente anteriore, 1 nell'arteria circonflessa, 1 nell'arteria coronaria destra) tutti con liberazione di sostanza medicamentosa.

In un secondo intervento il giorno X: angioplastica percutanea transluminale con impianto di 1 stent senza liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria femorale.

Il giorno X vanno indicati:

Quattro volte il codice 36.08.22 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie»,

Il codice appropriato della sottocategoria 39.50.- «Angioplastica o atrectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i)»,

una volta il codice 39.B1.G1 «Impianto (percutaneo) transluminale di stents senza liberazione di sostanza medicamentosa, arterie della coscia»

e il codice 39.C1.11 «1 stent impiantato»

*Esempio 2*

In un primo intervento il giorno X: angioplastica coronarica transluminale percutanea con impianto di 4 stents (2 nell'arteria discendente anteriore, 1 nell'arteria circonflessa, 1 nell'arteria coronaria destra) tutti con liberazione di sostanza medicamentosa.

In un secondo intervento il giorno Y: angioplastica percutanea transluminale con impianto di 1 stent senza liberazione di sostanza medicamentosa nell'arteria femorale

Il giorno X vanno indicati:

Quattro volte il codice 36.08.22 «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie»

e il codice appropriato della sottocategoria 39.50.- «Angioplastica o atrectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i)».

Il giorno Y vanno indicati:

Una volta il codice 39.B1.G1 «Impianto (percutaneo) transluminale di stents senza liberazione di sostanza medicamentosa, arterie della coscia»

e il codice 39.C1.11 «1 stent impiantato».

**Ragione dell'indicazione del numero complessivo di stents o stent grafts impiantati nell'ambito di caso stazionario**

Analogamente alla logica adottata per i bypass per rivascolarizzazione (vedi 36.1C.- «Bypass per rivascolarizzazione cardiaca, secondo il numero totale»), i codici del gruppo di elementi 39.78.6- «Numero di stent grafts (protesi stent) aortici impiantati» e della sottocategoria 39.C1.- «Numero di stents impiantati» servono a identificare i casi di impianto di più stent grafts aortici o stents periferici.

**0811 01.07.2020 Interpretazione delle esclusioni di tipo «Omettere il codice» di cui al gruppo di elementi****93.89.1- «Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento»**

Nel gruppo di elementi 93.89.1- «Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento» figurano le seguenti esclusioni di tipo «Omettere il codice»:

Omettere il codice - Prestazione di base nella riabilitazione (BA.-)

Omettere il codice - Riabilitazione precoce interdisciplinare, secondo il numero di giorni di trattamento (93.86.-)

Omettere il codice - Riabilitazione geriatrica acuta (93.89.9-)

Omettere il codice - Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso (93.87.-)

Omettere il codice - Risorse supplementari nella riabilitazione (BB.-)

Estratto dal paragrafo Abbreviazioni e convenzioni della CHOP:

ESCL.: Esclusione: L'intervento va classificato altrove, sotto il codice indicato.

Omettere il codice: L'intervento è già incluso in un codice diverso.

Per esempio, per il gruppo di elementi 93.89.1- ciò significa che nel periodo in cui viene effettuata una riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica non possono essere indicati in aggiunta i codici di cui alle esclusioni di tipo «Omettere il codice».

Domanda 1: Nel momento o nel periodo in cui viene effettuata una riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica (93.89.1-) si possono codificare in aggiunta la prestazione di base nella riabilitazione (BA.-) e le risorse supplementari nella riabilitazione (BB.-)?

Risposta 1: No, la riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica consiste in una riabilitazione precoce intensiva e non in una riabilitazione di cui alle categorie BA.- e BB.-. Al termine della riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica è possibile passare ad es. a una riabilitazione neurologica (BA.1) e a partire da quel momento si può quindi indicare il relativo codice (o, se è il caso, anche un codice della categoria a tre caratteri BB.1-).

Asse temporale	➔					
Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica						
Riabilitazione neurologica						

Domanda 2: Si possono codificare contemporaneamente la riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica (93.89.1-) e la riabilitazione geriatrica acuta (93.89.9-)?

Risposta 2: No, si tratta di due tipi di riabilitazione precoce/acuta differenti per i quali sono disponibili codici CHOP diversi. Nello stesso lasso di tempo può essere effettuata o l'una o l'altra prestazione.

#### **0812 01.07.2020 Sistema di protezione da embolia e TAVI**

Il codice 39.C5 «Impiego di sistema di protezione da embolia» può essere utilizzato nel quadro di un impianto transcateretere di valvola aortica (TAVI) anche se rientra nella categoria a 3 cifre 39.C- «Informazioni supplementari sugli stents impiantati».

#### ~~0813 01.07.2020 Rilevazione del numero di stents e stent grafts impiantati~~

Questa precisazione 0813 è sostituita dalla n. 0810.

#### **0814 01.07.2020 Rilevazione dell'impianto di stents ricoperti in arterie coronarie**

Attualmente non esiste una codifica specifica per l'impianto di stents ricoperti in arterie coronarie e vanno quindi utilizzate le classi residue 36.03.09 Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto, altro 36.08. Impianto di stents in arterie coronarie, percutaneo transluminale, altro.

#### **0815 01.07.2020 Utilizzo del codice 00.44 «Procedura su biforcazione di vasi sanguigni» con codici delle sottocategorie 36.03.- e 36.08.-**

Il codice 00.44 «Procedura su biforcazione di vasi sanguigni» può essere utilizzato insieme a codici delle sottocategorie 36.03.- e 36.08.-

#### **0816 01.07.2020 Codifica dell'impianto di stents rivestiti con liberazione di sostanza medicamentosa in arterie coronarie**

Per l'impianto di stents rivestiti con liberazione di sostanza medicamentosa nelle arterie coronarie vanno utilizzati i codici corrispondenti con l'indicazione «con liberazione di sostanza medicamentosa».

Per gli interventi eseguiti per via chirurgica a cielo aperto:

36.03.51 Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria

36.03.52 Endarteriectomia di arterie coronarie, chirurgica a cielo aperto, con impianto di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie coronarie

Per gli interventi eseguiti per via percutanea transluminale:

36.08.21 Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in un'arteria coronaria

36.08.22 Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa, in più arterie Coronarie

#### 0817 01.07.2020 Utilizzo del codice 39.78.5- «Estremità dello stent graft (protesi stent) inferiore»

L'impiego di uno stent graft in un tratto va codificato come segue:

- 39.71.- E 39.78.5-  
OPPURE
- 39.73.4- E 39.78.5-.

L'impiego di uno stent graft aortico (che può terminare a livello aortico, mono-iliaco o bi-iliaco) e di uno o più stent grafts nelle arterie iliache, non collegati tra loro oppure modellati per l'attraversamento intraluminale, va codificato come segue:

- 39.71.- E 39.78.5- (estremità dello stent graft aortico e non dello stent graft iliaco modellato) E, a seconda del tipo di stent graft, 39.7A.1- o 39.7A.2-  
OPPURE
- 39.73.4- E 39.78.5- (estremità dello stent graft aortico e non dello stent graft iliaco modellato) E, a seconda del tipo di stent graft, 39.7A.1- o 39.7A.2-.

In caso di protesi vascolare bi-iliaca, costituita da una protesi vascolare aorto-mono-iliaca e da un ramo iliaco modellato, per questo stent graft modellato non va aggiunto il codice 39.7A.1- o 39.7A.2-. La codifica sarà quindi la seguente:

- 39.71.- E 39.78.53  
OPPURE
- 39.73.4- E 39.78.53-.

Eventuali ulteriori stent grafts iliaci impiantati vanno codificati in aggiunta.

#### 0818 01.07.2020 Codice supplementare 00.9C.- «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		00.9C.1 Interventi multipli in un solo tempo operatorio su raggi metacarpali 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	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali 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	00.9C.12	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 3 raggi metacarpali 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	00.9C.12	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 3 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
				00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale destra
Caso 7	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra Intervento di tipo B all'osso metacarpale del terzo raggio della mano sinistra Intervento di tipo C alle dita del terzo e quarto raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
		Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
		Codice dell'intervento di tipo C	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
Caso 8	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra Intervento di tipo B alle dita del secondo e terzo raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
		Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale destra
Caso 9	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra Intervento di tipo B al dito del secondo raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	00.9C.11	Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali	Monolaterale sinistra
		Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra	Nessun codice		

#### 0819 01.01.2020 7A.A2 Growing rod – codice supplementare - segmenti dell'intervento specifico

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.

**0820 01.01.2020 Impiego del codice secondario U69.3-! «Codici secondari per il tipo di consumo di queste sostanze nei disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive»**

In linea di principio, vanno osservate le indicazioni dei corrispondenti codici F10 – F19 «Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive» dell'ICD-10-GM. Inoltre, il consumo per via non endovenosa di cocaina va rappresentato con il codice U69.36! «Consumo per via non endovenosa di altri stimolanti, caffeina esclusa» in aggiunta al pertinente codice F14.- «Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina».

~~**0822 01.01.2020 Prelievo di cellule staminali da cordone ombelicale al momento del parto**~~

Dal 1° gennaio 2021 la precisazione 0822 è stata sostituita dal punto 2.10 «S1505j Regole speciali per il parto» della sezione «Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2021» della Circolare 2021 n. 1.

~~**0823 01.01.2020 Abuso di alcol o dipendenza da alcol: come si codifica un abuso di alcol documentato?**~~

La precisazione 0823 è confluita nella regola di codifica S0501j del Manuale di codifica 2021.

**0824 01.01.2020 Taglio cesareo primario e secondario**

Non si tratta di una nuova definizione, ma di una precisazione della definizione di taglio cesareo secondario già esistente: Un taglio cesareo secondario (incluso il taglio cesareo d'emergenza) è definito come una procedura necessaria, per indicazione materna o fetale (ad es. sindrome HELLP, arresto del parto, distress fetale), a causa di una situazione d'emergenza o del decorso del parto, anche se era pianificato un taglio cesareo primario. Un taglio cesareo secondario si ha dunque quando la procedura si rende necessaria a causa di uno stato di pericolo per la partoriente o per il nascituro.

**0826 01.01.2020 Sistemi di pompe a pressione negativa monouso**

I sistemi di pompe a pressione negativa monouso vanno ora rappresentati con il codice 93.57.21 «Applicazione di medicazione (a pressione negativa) epicutanea».

**0827 01.01.2020 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 93.8B.- «Cure palliative specializzate». 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](http://www.palliative.ch).

**0827/1: 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.

93.8B.--: 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 93.8B.-.

**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.

**0827/2: 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.

**93.8B.2: Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie, secondo il numero di giorni di trattamento**

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 93.8B.-
2. Le riunioni del team interprofessionale conformemente a 0827/3 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.

**0827/3: 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.

93.8B.2: 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.

~~0830 — 01.07.2019 — Sostituto cartilagineo metallico – Miniprotesi~~

Una descrizione complementare corrispondente è stata inserita nei codici 81.47.26 e 81.47.2A della CHOP 2021.

~~0831 — 01.07.2019 — Diatesi emorragica da anticoagulanti~~

La precisazione 0831 è confluita nella regola di codifica S1909j del Manuale di codifica 2021.

~~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?~~

La precisazione 0823 è confluita nella regola di codifica S0501j del Manuale di codifica 2021.

**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 precisazione 0835 è confluita nella regola di codifica S0910j del Manuale di codifica 2021.

~~0836 — 01.01.2019 — Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria~~

La precisazione 0836 è confluita nella regola di codifica S0910j del Manuale di codifica 2021.

~~0837 — 01.01.2019 — Ossigenazione per palloncino dei neonati~~

La precisazione 0837 è confluita nella regola di codifica S1002j del Manuale di codifica 2021.

~~0838 — 01.01.2019 — Cuffia dei rotatori~~

La rappresentazione della ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori è stata rivista nella CHOP 2021, vedi codici 81.82.35, 81.82.45, 81.82.46, 81.82.47.

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

La precisazione 0840 è confluita nella CHOP 2021.

**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-.

~~0844 — 01.07.2018 — 93.57.13 / 93.57.14 Durata terapia VAC~~

Dal 1° gennaio 2021 la precisazione 0822 è stata sostituita dal punto 2.5.1 «Terapia a pressione negativa» della sezione «Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2021» della Circolare 2021 n. 1.

**0845 01.01.2018 Matrice di collagene per trapianto autologo di condrociti o come impianto acellulare**

Quando una matrice "nativa" di collagene (cioè senza condrociti autologhi coltivati) viene introdotta in una perforazione ossea subcondrale di un'articolazione, un codice della categoria «Perforazione subcondrale dell'articolazione ... con inserzione di impianto acellulare, per via artroscopica» oppure «Perforazione subcondrale dell'articolazione con inserzione di impianto acellulare, chirurgica a cielo aperto», a seconda della via di accesso, dovrebbe essere utilizzato.

I codici delle categorie 81.9A.3- «Trapianto autologo su articolazioni di condrociti prodotti da una matrice, per via artroscopica» rispettivamente. 81.9A.4- «Trapianto autologo su articolazioni di condrociti prodotti da una matrice, 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.

~~**0848 01.01.2018 Codifica delle valutazioni nella riabilitazione**~~

La precisazione 0848 è confluita nelle direttive di codifica per la riabilitazione del Manuale di codifica 2021.

~~**0852 01.07.2017 D07 Interventi di follow-up pianificati**~~

La precisazione 0852 è confluita nella regola di codifica S1907j del Manuale di codifica 2021.

~~**0853 01.07.2017 Puntura transsettale mediante cateterismo**~~

Nel gruppo di elementi 37.34.1- della CHOP 2021 è stato inserito un «Codificare anche» riferito al codice 37.90.21.

**0855 01.07.2017 54.98.- Dialisi peritoneale**

Ein Kode der Subkategorie 54.98.- Peritonealdialyse darf auch dann kodiert werden, wenn der Patient/-in diese selbstständig durchführt. Die dazu benötigten Materialien, wie zum Beispiel Spülflüssigkeit usw., müssen dabei von der stationären Abteilung zur Verfügung gestellt werden.

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

La precisazione 0869 è confluita nella regola di codifica P08j del Manuale di codifica 2021.

**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

~~**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**~~

La precisazione 0896 è confluita nella regola di codifica S1904j del Manuale di codifica 2021.

**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*.

**090301.07.2014 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.

~~**0939 01.01.2013 Codificazione di vesciche**~~

La precisazione 0939 è confluita nella regola di codifica S1202j del Manuale di codifica 2021.

**0941 01.12.2012 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**~~

La precisazione 0944 è confluita nella regola di codifica S0200 del Manuale di codifica 2021.

~~**0952 01.10.2012 S06- Traumatismo intracranico**~~

La precisazione 0952 è confluita nella regola di codifica S1904j del Manuale di codifica 2021.

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

La precisazione 0955 è stata inserita in forma di «Nota» nei codici in questione della CHOP 2021.

**2010 92.24 Teleradioterapia mediante fotoni**

92.24.1- *...guidata dalle immagini* sono terapie **guidate dalle immagini**, 92.24.2- *...non guidata dalle immagini* **non guidate dalle immagini**.

Il termine «guidata dalle immagini» o «IGRT» (Image Guided Radiation Therapy) significa che nel locale di irradiazione vengono effettuate radiografie o tomografie sul paziente già in posizione. Installazioni di questo tipo possono essere collocate nel locale di irradiazione (sistema di radiografia, TAC mobile, ultrasonografia) oppure come accessori supplementari direttamente sulle apparecchiature per irradiazione. Questa imagingografia è indipendente dalla pianificazione dell'irradiazione e necessita di apparecchiature specifiche. In tal modo è possibile comparare il posizionamento del paziente e dei volumi bersaglio con le immagini della pianificazione dell'irradiazione. È quindi immediatamente possibile correggere il posizionamento del paziente. Ad esempio grazie a una TAC effettuata su un paziente con carcinoma prostatico è possibile controllare il contenuto della vescica e del retto e su tale base determinare la posizione della prostata. Registrando in modo costante i movimenti del paziente o degli organi è inoltre possibile riaggiustare l'irradiazione durante l'irradiazione («radioterapia adattativa»).