Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale di statistica UST

14 Salute

Circolare per le codificatrici ed i codificatori 2025 n. 1

16 dicembre 2024

Neuchâtel, 2024

Editore:	Ufficio federale di statistica (UST)	Concetto di layout:	Sezione PUB
Informazioni:	Segretaria di codifica: codeinfo@bfs.admin.ch	Download:	www.statistica.admin.ch
Redazione:	Ambito Classificazioni mediche	Copyright:	UST, Neuchâtel 2024
Contenuti:	Ambito Classificazioni mediche		Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte
Settore:	14 Salute		
Testo originale:	Tedesco		
Traduzione:	Servizi linguistici dell`UST		

ESPACE DE L'EUROPE 10 CH-2010 NEUCHÂTEL WWW. STATISTICA.CH

1. Nozioni generali

1.1. Strumenti di codifica in vigore

Dal 1° gennaio 2025 vanno utilizzati i seguenti strumenti di codifica:

- Manuale di codifica medica: Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2025
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2025 n. 1 con allegato
- Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP): Indice sistematico - Versione 2025
- ICD-10-GM 2024 Indice sistematico: Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati: 10a revisione – German Modification

Gli strumenti di codifica medica sono disponibili su www.statistica.admin.ch → Basi statistiche ~~e rilevazioni~~: → Nomenclature → Classificazioni e codifica mediche → Strumenti di codifica medica → Strumenti in vigore per la codifica medica, per anno.

I file dell'ICD-10-GM in lingua tedesca sono generati dal Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) e sono disponibili sul sito che li mette a disposizione sul proprio sito Internet www.bfarm.de:
Kodiersysteme → Services → Downloads → ICD-10-GM

La statistica medica degli ospedali è una rilevazione totale obbligatoria a periodicità annuale.
A partire dal 2025 i dati saranno rilevati in modo uniforme insieme a quelli della statistica dei costi per caso (FKS) e a parte di quelli della statistica degli stabilimenti ospedalieri (KS), permettendo così un ulteriore sviluppo della rilevazione. Quale base per le successive elaborazioni e per la definizione delle esigenze qualitative minime per un utilizzo multiplo dei dati rilevati («Once-Only») sarà utilizzato un set di dati standard uniforme. La connessa rilevazione dei dati prende il via il 1° gennaio 2024 (v. progetto SpiGes (Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria)).
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) e
- legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal)

1.1.1. Versioni di riferimento

Per quanto riguarda le classificazioni, ~~e~~ il Manuale e la circolare di codifica, in caso di discordanza tra versioni linguistiche fanno fede le versioni originali in lingua tedesca.

1.1.2. Circolare e allegato

La circolare contiene basi e informazioni supplementari (incluse eventuali correzioni) inerenti al Manuale di codifica e alle classificazioni. L'allegato riporta ulteriori indicazioni e precisazioni. Questi documenti sono fonti d'informazione ufficiali dell'UST e devono essere presi in considerazione per le successive codifiche. Le circolari e i relativi allegati sono pubblicati come di seguito indicato:

- Circolare per le codificatrici e i codificatori, 2025 n. 1 (pubblicazione fine dicembre 2024): da utilizzare per i casi con data di dimissione dal 1° gennaio 2025.
- Circolare per le codificatrici e i codificatori, 2025 n. 2 (pubblicazione fine giugno 2025): da utilizzare per i casi con data di dimissione dal 1° luglio 2025

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 → 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 → Somatica acuta → Sezione Sistema SwissDRG 14.0/2025 → Codifica per analogia
https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/sistema-swissdrg-1402025

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

1.2. Domande sulla codifica

L'UST fornisce precisazioni e chiarimenti in caso di richieste inerenti a regole di codifica e classificazioni.

1.3. Richieste di valutazione di singoli casi

1.3.1. Procedura

L'UST formula raccomandazioni su singoli casi specifici, senza che queste costituiscano pregiudizio per altri casi analoghi.
Le raccomandazioni fornite non sono giuridicamente vincolanti ed è pertanto esclusa qualsiasi responsabilità dell'UST in merito.

Sono trattate unicamente le richieste di codifica a è allegata **tutta la documentazione clinica anonimizzata necessaria per la valutazione del caso** (rapporto di dimissione, protocollo operatorio, argomentazione e codifica di entrambe le parti ecc.), fatta pervenire all'indirizzo codeInfo@bfs.admin.ch con copia alla controparte.

Non faremo alcuna raccomandazione per domande con documentazione insufficiente o senza documentazione.

1.3.2. Anonimizzazione

Al fine di anonimizzare la documentazione, vanno rimosse le seguenti informazioni riguardanti le/i pazienti e/o i loro congiunti:

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

I collaboratori dell'UST sottostanno al segreto statistico (conformemente all'art. 14 della legge sulla statistica federale) e alla legge sulla protezione dei dati.

Attenzione: in Adobe Acrobat Pro non basta aggiungere un rettangolo nero o bianco sul testo da cancellare. Così facendo, l'aggiunta può sempre essere cancellata facendo ricomparire il testo sottostante.
Per anonimizzare correttamente un PDF con Adobe Acrobat Pro, va utilizzato lo strumento «Modificare (Redact)».
I manuali Adobe sono disponibili ai link seguenti:

https://creativecloud.adobe.com/it-CH/learn/acrobat/web/redact-pdf
https://helpx.adobe.com/ch_it/acrobat/kb/prevent-file-size-increase-after-sanitizing-pdf.html

Le persone che non dispongono di Adobe Acrobat Pro dovranno scannerizzare il documento precedentemente anonimizzato.

Tutte le domande non correttamente anonimizzate vengono automaticamente cancellate dalla nostra hotline. In tal caso riceverete una mail di notifica e dovrete inviare nuovamente tutti i documenti completamente anonimizzati.

2. Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2025

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

2.1. P06k Procedure eseguite più volte

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Radiologia terapeutica e medicina nucleare ~~92.2.:~~
In caso di terapie ~~radiologiche o~~ di medicina nucleare le procedure vanno registrate tutte le volte che vengono eseguite e occorre indicare un codice per ogni sede. ~~Se sono trattate varie sedi durante una seduta, occorre indicare un codice per ogni sede.~~

Per la radio-oncologia si rimanda alle spiegazioni riportate nell'introduzione della CHOP 2025.

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

Osservazione sulla modifica
Nel quadro degli adeguamenti del capitolo 16 della CHOP *«Miscellanea di interventi diagnostici e terapeutici - Terapia intensiva complessa e trattamento complesso in unità di terapia intermedia [IMCU]»*, nei gruppi di elementi *99.B7.4- «Terapia intensiva complessa in età infantile (procedura di base), secondo il numero di punti risorse»* e *99.B7.5- «[…] in età neonatale […]»* nonché *99.B8.4- «Trattamento complesso in età infantile in unità di terapia intermedia [IMCU], secondo il numero di punti risorse»* e *99.B8.5- «[…] in età neonatale […]»* è stata inserita l'indicazione «valore della probabilità di decesso [Predicted Death Rate] in %» oppure modificata la formulazione in essere.

Modifica effettuata
Per determinare i codici CHOP corretti delle corrispondenti sottocategorie *99.B7.- (Terapia intensiva complessa)* e *99.B8.- (Trattamento complesso in unità di terapia intermedia [IMCU])* si procede come di seguito indicato: Il numero di punti risorse è dato dal SAPS II (PIM III o CRIB II (Predicted Death Rate in %)) + 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.

Per il conteggio relativo alla terapia intensiva complessa va impiegato il valore della «predicted mortality».
Esempio:
NEMS 386, PIM3 95,8%
Ai punti NEMS deve essere sommata la mortalità attesa secondo PIM3 (predicted mortality) in %:
NEMS 386 + 96 (PIM 3, Predicted Death Rate in %) = 482.

2.2. P07m Interventi chirurgici bilaterali

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Interventi bilaterali eseguiti in una seduta sono codificati solo una volta e contrassegnati come bilaterali nella variabile della lateralità (variabili "behandlung_seitigkeit" (Lateralità del trattamento), ecc.).
Lo stesso vale anche per i codici che già comprendono la bilateralità.

Esempio 1
Protesi totale di ginocchio bilaterale.
T 81.54.- Impianto di protesi del ginocchio
L 0

~~**Esempio 2**~~
~~*Surrenectomia bilaterale.*~~
~~*T 07.3 Surrenectomia bilaterale*~~
~~*L 0*~~

2.3. P08n Revisioni di un campo operatorio/reinterventi

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Quando si riapre un campo operatorio per

- il trattamento di una complicanza,
- la terapia di una recidiva o
- l'esecuzione di un altro intervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica o già trattato o irradiato in precedenza per via percutanea interventistica.

si deve prima di tutto verificare se l'intervento eseguito con riapertura del campo operatorio possa essere codificato con un codice specifico del capitolo corrispondente della CHOP, come p.es.:

28.7X.- Controllo di emorragia dopo tonsillectomia e adenoidectomia
39.41 Controllo di emorragia a seguito di intervento vascolare

Se non esiste un siffatto codice di reintervento, si deve utilizzare quello più specifico per l'intervento seguito da
00.99.11 Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica
o
00.99.12 Intervento in un campo già trattato per via percutanea interventistica o irradiato in precedenza
o
00.99.19 Reintervento in un campo già operato in precedenza per altre vie d'accesso

Attenzione: da *00.99.11 Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica*
o *00.99.12 Intervento in un campo già trattato per via percutanea interventistica o irradiato in precedenza.* non va indicato se il fatto che si tratta di una revisione/reintervento risulta già dal codice (p.es. revisione di una protesi del ginocchio, rimozione del materiale di osteosintesi, chiusura di una colostomia ecc.).

In caso d'interventi di revisione si deve sempre osservare esattamente se è stata eseguita UNICAMENTE una revisione del campo operatorio o se la revisione è stata combinata con la sostituzione/cambio di un impianto; in quest'ultimo caso si deve utilizzare il codice corrispondente alla sostituzione/cambio.

Interventi di revisione senza sostituzione di impianto
Se durante un intervento di revisione vengono rimossi gli impianti presenti (ad es. una pompa per il drenaggio di liquido ascitico) e contemporaneamente viene reinserito lo stesso impianto, non possono essere utilizzati i codici relativi a inserzione o sostituzione di impianto.

Per esempio, nel caso di una pompa per il drenaggio di liquido ascitico non va utilizzato il codice *54.99.80 Inserzione di cateteri nonché di pompa automatica, programmabile e ricaricabile per il drenaggio continuo di liquido ascitico*, ma i codici *54.99.81 Revisione senza sostituzione di cateteri nonché di pompa automatica, programmabile e ricaricabile per il drenaggio continuo di liquido ascitico* e/o *54.99.82 Rimozione di ostruzione meccanica di cateteri di una pompa automatica, programmabile e ricaricabile per il drenaggio continuo di liquido ascitico.*

L'esempio può essere esteso anche a defibrillatori, pacemaker, protesi mammarie ecc.

Se un paziente è sottoposto a diversi reinterventi durante una degenza ospedaliera, il codice da *00.99.11 Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica* o *00.99.12 Intervento in un campo già trattato per via percutanea interventistica o irradiato in precedenza* o *00.99.19 Reintervento in un campo già operato in precedenza per altre vie d'accesso* va utilizzato solo una volta per il primo reintervento.

Esempio 1
Una paziente si presenta per un taglio cesareo su esiti di un precedente taglio cesareo.
T 74.- Taglio cesareo ed estrazione del feto
T 00.99.11 Reintervento in un campo già operato in precedenza per via chirurgica a cielo aperto, per via toracoscopica, per via laparoscopica e per via artroscopica

2.4. SD0102n Sepsi

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Osservazioni sulla modifica
Il **Phoenix Sepsis Score** è un sistema sviluppato di recente, specificamente concepito per la diagnosi e la valutazione della gravità della sepsi nei bambini e valido per la Svizzera a partire dal 1° gennaio 2025. Questo punteggio permette di registrare in modo più rapido e affidabile l'entità della disfunzione d'organo nei bambini che hanno contratto una sepsi (https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2814297).

Modifica effettuata
Per i bambini dalla 37ª settimana post concepimento compiuta (esclusi i casi di ricovero direttamente dopo la nascita) e fino al ~~16~~ 18° anno compiuto valgono attualmente i criteri di disfunzione d'organo «Phoenix Sepsis Criteria» secondo Schlapbach et al., «International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock», (*JAMA.* 2024;331(8):665-674).

Per i bambini che non hanno ancora compiuto la 37ª settimana post concepimento (p.c.) nonché per i casi di ricovero direttamente dopo la nascita restano validi i criteri di disfunzione d'organo secondo Goldstein et al. 2005, «International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics».

Per gli adolescenti dal 16° anno compiuto al 18° anno compiuto resta inoltre applicabile il punteggio SOFA.

Per le fasce di età per le quali sono applicabili più punteggi, le società specialistiche interessate si sono accordate per un'applicazione in funzione del luogo di trattamento:

- **bambini <37ª settimana p.c.:** criteri di Goldstein
- **bambini ≥37ª settimana p.c. fino alla 44ª settimana p.c. compiuta:**
  - in reparto di neonatologia: criteri di Goldstein
  - fuori da un reparto di neonatologia: criteri di Phoenix
- **bambini ≥ 44 ª settimana fino a <16 anni:** criteri di Phoenix
- **adolescenti ≥ 16 anni fino a <18 anni:**
  - in reparto di pediatria: criteri di Phoenix
  - in reparto per pazienti adulti: punteggio SOFA

Criteri per la disfunzione d'organo secondo Goldstein

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

Criteri per la disfunzione d'organo secondo Goldstein				
Cardiovascolare Nonostante infusione isotonica di ≥ 40ml/kg in un'ora	Riduzione della PA (ipotensione arteriosa) < 5ª percentile in funzione dell'età o PA sistolica < 2 deviazioni standard inferiore al valore normale in funzione dell'età	OPPURE necessità di terapia vasoattiva per il mantenimento della PA nel range di normalità (adrenalina, noradrenalina o dobutamina in ogni dosaggio; dopamina > 5µg/kg/min)	OPPURE due dei punti seguenti: – acidosi metabolica inspiegata (Base deficit > 5 mmol/l, BE < -5 mmol/l) – aumento del lattato arterioso > 2 volte il valore limite superiore – oliguria: quantità di urina < 0.5ml/kg/h – riempimento capillare ritardato > 5 sec. – differenza di temperatura centrale/periferica > 3°C	
Respiratorio	PaO_2/FiO_2 < 300 mmHg (< 40 kPa) in assenza di cardiopatie cianotiche o malattie polmonari preesistenti	OPPURE $PaCO_2$ > 65 mmHg (> 8.7 kPa) o ≥ 20 mmHg (≥ 2.7 kPa) più della $PaCO_2$ basale	OPPURE bisogno dimostrato di FiO_2 > 0.5 per un' ossigenazione ≥ 92% (prova di riduzione FiO2)	OPPURE bisogno di ventilazione meccanica non elettiva, invasiva o non-invasiva
Neurologico	Glasgow Coma Scale ≤ 11	OPPURE alterazione acuta dello stato mentale con riduzione dello GCS ≥ 3 punti con basale alterato		
Ematologico	TC < 80'000/mm³ o riduzione del 50% del valore più elevato misurato entro gli ultimi tre giorni (per pazienti ematologici od oncologici cronici)	OPPURE INR > 2		
Renale	Creatinina sierica ≥ 2 volte il valore limite superiore in funzione dell'età o aumento di ≥ 2 volte del valore basale			
Epatico	Bilirubina totale ≥ 4mg/dl (≥ 68 µmol/l), non utilizzabile nei neonati	OPPURE ALAT due volte più elevata del valore limite superiore in funzione		

Phoenix Sepsis Score[1]

- Viene diagnosticata una sepsi in caso di presunta infezione e un Phoenix Sepsis Score ≥ 2 punti.
- In caso di contestuale punteggio ≥ 1 nell'emodinamica, sono soddisfatti i criteri per uno shock settico.

***Importante ai fini dell'applicazione:* secondo le raccomandazioni, il Phoenix Sepsis Score non va utilizzato per lo «screening», ma solo per il caso in cui si sospetti già una sepsi.**

	0 punti	**1 punto**	**2 punti**	**3 punti**
Respirazione (ventilazione) (0-3 punti)	PaO_2:FiO_2 ≥400 *o* SpO_2:FiO_2 ≥292[2]	PaO_2:FiO_2 <400 *o* SpO_2:FiO_2 <292[2]	PaO_2:FiO_2 100-200 *o* SpO_2:FiO_2 148-220[2]	PaO_2:FiO_2 <100 *o* SpO_2:FiO_2 <148[2]
		sotto qualsiasi somministrazione di O_2 o assistenza respiratoria (inclusa ventilazione invasiva)	sotto ventilazione invasiva	sotto ventilazione invasiva
Emodinamica (0-6 punti)	Nessun farmaco vasoattivo[3]	1 farmaco vasoattivo[3]	≥2 farmaci vasoattivi[3]	
	Lattato <5mmol/L[4]	Lattato 5-10,9mmol/L[4]	Lattato ≥11mmol/L[4]	

Pressione arteriosa PAM[5], mmHg	**<1 mese:** >30 **1-11 mesi:** >38 **1- <2 anni:** >43 **2- <5 anni:** >44 **5- <12 anni:** >48 **12-17 anni:** >51	**<1 mese:** 17-30 **1-11 mesi:** 25-38 **1- <2 anni:** 31-43 **2- <5 anni:** 32-44 **5- <12 anni:** 36-48 **12-17 anni:** 38-51	**<1 mese:** <17 **1-11 mesi:** <25 **1- <2 anni:** <31 **2- <5 anni:** <32 **5- <12 anni:** <36 **12-17 anni:** <38	
Coagulazione (0-2 punti)	Trombociti ≥100.000/µL	Trombociti <100.000/µL		
	INR ≤1,3	INR >1,3		
	D-Dimer ≤2mg/L	D-Dimer >2mg/L		
	Fibrinogeno ≥100 mg/dl	Fibrinogeno <100 mg/dl		
		(1 punto ciascuno, max. 2)		
Neurologia (0-2 punti)	GCS >10, pupille reagenti alla luce	GCS ≤10	Entrambe le pupille non reagenti alla luce	

[1] Il punteggio può essere calcolato anche in assenza di alcune variabili (p. es. se non è stato misurato un valore di lattato e se non vengono impiegati farmaci vasoattivi, può essere determinato il punteggio riguardante l'emodinamica sulla base della pressione arteriosa). Le variabili non misurate non concorrono a formare il punteggio.
[2] Calcolato solo se SpO2 ≤97%
[3] Farmaci vasoattivi includono adrenalina, noradrenalina, dopamina, dobutamina, milrinone e vasopressina
[4] Lattato rilevato nel sangue arterioso o venoso
[5] Di preferenza PAM misurata (metodo arterioso invasivo o oscillometrico non invasivo); in alternativa può essere utilizzata la PAM calcolata (1/3 × pressione sistolica + 2/3 × pressione diastolica).

Shock settico
Lo shock settico va codificato con il *R57.2*.

Il codice *R57.2 Shock settico* non va indicato quale diagnosi principale nemmeno se la sepsi e le sue sequele soddisfano le condizioni della regola di codifica *G52 «Diagnosi principale»* e se (come avviene in rari casi) il trattamento dello shock settico (o delle sue sequele) costituisce il maggior impiego di risorse della degenza stazionaria

Si parla di **shock settico nell'applicazione del punteggio SOFA o dei criteri di Goldstein** quando, nonostante un'adeguata terapia volemica, solo con la somministrazione di vasopressina si riesce a raggiungere una pressione arteriosa media ≥ 65 mmHg (rispettivamente > 5° percentile in base all'età nei bambini e negli adolescenti) ed in presenza di un valore di lattato > 2 mmol/l.
Definizione di shock settico nell'applicazione dei criteri di Phoenix: sepsi con almeno 1 punto relativo all'emodinamica nel Phoenix Sepsis Score.

Per le persone adulte (18 anni e più) trattate in ambito stazionario, utilizzare un codice supplementare *(U69.83!-U69.85!)* permette di indicare la relazione cronologica tra lo shock settico e l'ammissione in ambito stazionario.

Esempio 4
Shock settico e ARDS moderata in presenza di infezione da streptococchi di gruppo A
Bambina di 4 anni. Arrivo in ambulanza in stato di sonnolenza. Da 4 giorni febbre fino a 39,2° C, da 2 giorni vomito e diarrea. Attualmente peggioramento delle condizioni generali, notevolmente indebolita, appena in grado di stare seduta, sonnolente. Durante il trasporto: tachipnea, periferia fredda, inizialmente senza ossigeno supplementare saturazione del 60%, con flusso di ossigeno di 12 l/min saturazione del 92%. GCS 11, (0 pt.) febbre 39,6° C. Trasferimento in reparto di medicina intensiva per gestione ulteriore dello scompenso respiratorio e della sonnolenza. Dopo iniziale assistenza respiratoria a flusso elevato con 15 l/min e FiO2 del 100%, persistenza di tachidispnea grave, quindi passaggio a CPAP. In queste condizioni nessuna stabilizzazione, per cui intubazione in presenza di scompenso respiratorio ~~nel quadro di un'insufficienza cardiorespiratoria~~ (PaO2/FiO2 138 mmHg (2 pt.), insufficienza respiratoria ipossica acuta, ARDS). Per shock settico con necessità di (noradrenalina (1 pt.) e un valore di lattato di 9mml/L (1 pt.) in presenza di una PAM di 52 mmHg (0 pt.)), inizio di una terapia d'urto cortisonica e di una terapia antibiotica empirica ~~con Cefepime~~. Nel decorso, sospetto di sindrome da shock tossico con emorragie della mucosa orale e dimostrazione di ascite incamerata, per cui

terapia supplementare con antibiotici ~~clindamicina~~. Con liquido cefalorachidiano nei limiti di norma si esclude un coinvolgimento meningeo. Dopo buona risposta alla terapia, estubazione il 4° giorno di degenza. Dopo decorso favorevole è stato possibile ridurre gradualmente la terapia steroidea e trasferire la paziente in condizioni accettabili in reparto di degenza normale.

Punteggio Phoenix complessivo	Respirazione	Emodinamica	Coagulazione	Neurologia
4	2	2	-	0

DP	*A40.0*	*Sepsi da streptococco, gruppo A*
DS	*R57.2*	*Shock settico*
DS	*A48.3*	*Sindrome da shock tossico*
DS	*B99*	*Altre e non specificate malattie infettive*
DS	*J80.05*	*Sindrome da distress respiratorio acuto del bambino e dell'adolescente [ARDS]*
DS	*J96.00*	*Insufficienza respiratoria acuta NCA, tipo I [ipossica]*
DS	*R40.0*	*Sonnolenza*

Osservazioni sulla modifica
I contenuti dell'esempio 5 non sono stati modificati, dato che in questo caso i criteri di Phoenix non sono applicabili in ragione dell'età < 37ª settimana p.c. (inoltre, il ricovero è avvenuto direttamente dopo la nascita).

Esempio 5
Bambina pretermine eutrofica della sdg 25 4/7, peso alla nascita 710 g (percentile 30). Sindrome dispnoica per deficit di surfattante, displasia broncopolmonare lieve, sindrome da apnea e bradicardia neonatale. Sospetto di infezione neonatale, sospetto di sepsi ad insorgenza tardiva il 6° giorno di vita. Status iniziale: bambina cianotica con respirazione spontanea insufficiente, frequenza cardiaca 80/min. Aspirazione orale e inizio della ventilazione con maschera. Rapidamente normocardica, sviluppo di una respirazione spontanea con inspirazioni e gemito espiratorio. Intubazione il 45° minuto di vita. Trasferimento in unità di cure intensive neonatali. FiO2 massima 0,25. Con nascita prematura è stato somministrato surfattante per via endotracheale. Grazie alla terapia, miglioramento della situazione respiratoria con riduzione dei parametri di ventilazione. L'estubazione è stata eseguita dopo 17 ore con successiva assistenza respiratoria tramite CPAP. Il 6° giorno di vita, la bambina ha dovuto essere intubata di nuovo per apnea grave nel quadro di una sepsi ad insorgenza tardiva. Inizio di una terapia antibiotica ~~con Co-Amoxicillin e Amikacin~~. Dopo 6 giorni estubazione riuscita. L'emocoltura non ha presentato crescita. La terapia antibiotica è stata somministrata per 7 giorni complessivi. Bisogno di ossigeno aggiuntivo fino al 39° giorno di degenza per displasia broncopolmonare lieve.

Numero di sistemi d'organo che soddisfano i criteri di disfunzione secondo Goldstein	Cardiovascolare	Respiratorio	Neurologico	Ematologico	Renale	Epatico
1		criteri soddisfatti				

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

2.5. SD1804n Diagnosi e terapia del dolore

Riguarda tutte le versioni linguistiche

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 ad 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*
T	*88.97.14*	*RMN della colonna vertebrale, completa e parziale*
T	*87.41.~~99~~ 09*	*Tomografia assiale computerizzata del torace, altro*
T	*88.01.10*	*Tomografia assiale computerizzata dell'intero addome*
T	*94.19*	*Diagnostica psichiatrica, altro*

2.6. SP0101k Denominazioni delle professioni nella CHOP

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Le professioni sanitarie menzionate nella CHOP si fondano sulla legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan)1 e sull'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)2 .
Le seguenti denominazioni di professioni sanitarie sono state armonizzate nella CHOP sulla base dei testi di legge sopra indicati:

- medici
- ergoterapisti
- dietisti
- logopedisti
- osteopati
- infermieri
- fisioterapisti
- neuropsicologi
- psicologi-psicoterapeuti

Per i titoli di studio rilevanti si rimanda alle leggi sopra menzionate.

2.7. SP0202n Riabilitazione paraplegiologica

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Osservazioni sulla modifica
L'esempio che segue è stato completato a seguito dell'adeguamento del gruppo di elementi CHOP *93.89.D- «Visita diagnostica e terapeutica a domicilio quale parte degli accertamenti riabilitativi acuti o riabilitativi, secondo la durata».*

Modifica effettuata
Esempio 1
Un 30enne senza patologie pregresse cade facendo snowboard. Subito dopo l'incidente perdita della sensibilità e delle funzioni motorie dal collo in giù. Il paziente non riferisce perdite di conoscenza e la sua capacità mnemonica è intatta. Viene diagnosticata una frattura vertebrale instabile all'altezza della vertebra C6 con successivo spostamento e compressione del midollo spinale. Nell'ospedale per cure acute si procede a una stabilizzazione dorsale da C5 a C7 con contestuale discectomia C5-6 e C6-7. Il quinto giorno successivo all'intervento il paziente viene trasferito in un centro di paraplegia per la prima riabilitazione specialistica. All'ammissione nel centro viene diagnosticata una paraplegia flaccida C5 AIS B con shock spinale, nonché disturbo neurogeno delle funzioni vescicali, intestinali e sessuali. Paralisi neurogena della vescica in presenza di danno al motoneurone superiore (di tipo UMNL). La respirazione avviene spontaneamente. Il paziente soffre di pressione arteriosa labile (pressione instabile) a causa della distonia neurovegetativa e necessita di aiuto per tutte le attività della vita quotidiana. Durante la degenza di riabilitazione sviluppa dolori neurogeni

sottolesionali nonché spasmi invalidanti. Il trattamento è inoltre reso più difficile da un episodio psicotico acuto dopo l'uso corrente di cannabis. Tra l'altro, gli interventi psichiatrici si sono resi necessari a questo proposito.
Il paziente beneficia di un trattamento intensivo volto a consentire un rapido rientro nel proprio contesto domestico integrato da assistenza e aiuti supplementari.
Inoltre, durante la degenza di riabilitazione viene effettuata una visita diagnostica e terapeutica a domicilio di 5 ore, volta a chiarire la situazione abitativa ed a valutare ulteriori obiettivi di riabilitazione/ulteriori misure necessarie.
Nella riabilitazione di base, il paziente necessita in media di massimo 180 minuti al giorno di trattamento infermieristico.
Inoltre, nel quadro di misure terapeutiche (30 minuti al giorno), riapprende le attività della vita quotidiana (p. es. girarsi autonomamente, mettersi a letto, vestirsi e svestirsi, igiene corporea, posizionarsi autonomamente, prevenire le complicazioni ecc.). Durante i 294 giorni di degenza, beneficia complessivamente di 30 sedute a settimana di fisioterapia ed ergoterapia nonché di assistenza psicologica settimanale. Le limitazioni funzionali sono classificate come gravi, mentre non sussiste alcun disturbo cognitivo. Il paziente non è in grado di camminare e il punteggio SCIM sale da 10 a 27 punti (su 100).

La documentazione medica di dimissione indica le seguenti diagnosi:
- tetraplegia spastica incompleta con coinvolgimento delle funzioni sensorie e motorie a livello neurologico C6 AIS C a seguito di frattura vertebrale C6 (inizialmente C5 AIS B), stabilizzata
- disturbo di origine neurogena delle funzioni vescicali e necessità di posa/inserimento di catetere sovrapubico
- disturbi di origine neurogena delle funzioni intestinali con subileo recidivante ed evacuazione delle feci con l'aiuto di clismi e medicamenti lassativi
- disturbi di origine neurogena delle funzioni sessuali con disfunzione erettile, anorgasmia e aneiaculazione
- disautonomia media con pressione arteriosa labile persistente e tendenza all'ipotonia curata con medicamenti
- dolori neurogeni sottolesionali, principalmente all'altezza dell'estremità inferiore destra in presenza di spasmi invalidanti

La documentazione medica consente la codifica aggiuntiva di un trattamento complesso del dolore acuto, 21 e più giorni di trattamento.
Per 210 giorni di degenza sono inoltre soddisfatte le condizioni per l'indicazione del trattamento infermieristico complesso secondo documentazione.

DP	S14.13†	Traumatismo di nervi e del midollo spinale a livello del collo, altra lesione incompleta del midollo spinale cervicale
DS	N51.8*	Altri disturbi di organi genitali maschili in malattie classificate altrove
DS	S14.75!	Altezza funzionale del traumatismo del midollo spinale cervicale, C5
DS	G95.80	Altre malattie specificate del midollo spinale, cistoplegia con lesione neuronale alta [UMNL]
DS	G95.82	Altre malattie specificate del midollo spinale, disfunzione vescicale da shock midollare
DS	G90.88	Altri disturbi del sistema nervoso autonomo
DS	I98.8*	Altri disturbi specificati del sistema circolatorio in malattie classificate altrove
DS	I95.8	Altre forme di ipotensione
DS	F12.5	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi, disturbo psicotico
DS	K59.2	Intestino neurogeno non classificato altrove
DS	R25.2	Crampo e spasmo
T	93.87.D4	Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso, da almeno 280 a 307 giorni di trattamento, con in media 30 unità terapeutiche alla settimana
T	AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - al momento dell'ammissione in funzione della rilevazione del punteggio
T	AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - al momento della dimissione in funzione della rilevazione del punteggio
T	99.C2.1Y	Trattamento infermieristico complesso negli adulti, da 601 a 700 punti risorse
T	93.89.D2	Visita diagnostica e terapeutica a domicilio quale parte degli accertamenti riabilitativi acuti o riabilitativi, durata da più di 4 ore fino a 6 ore
T	93.A3.34	Trattamento complesso del dolore acuto, 21 e più giorni di trattamento
T		Interventi psichiatrici e di altro tipo secondo documentazione medica
T	57.17	Cistostomia percutanea

2.8. Direttive di codifica per la riabilitazione

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Osservazioni sulla modifica
In considerazione della modifica di cui al punto 3.6 della Circolare 2025 n.1, negli esempi che seguono va stralciata la visita diagnostica a domicilio. Questo significa che in caso di registrazione di codici della riabilitazione (BA.-), i codici del gruppo di elementi 93.89.D- non possono essere indicati per lo stesso periodo.

Modifica effettuata
Esempi per ciascun tipo di riabilitazione

Esempio 1 riabilitazione neurologica
Un paziente viene trasferito in riabilitazione stazionaria con esiti di un infarto dell'arteria cerebrale media e con emiplegia flaccida. Quale diagnosi secondaria sussiste una cardiopatia coronarica di due vasi trattata a livello farmacologico. Dal punto di vista infermieristico, il paziente necessita di risorse supplementari documentate che eccedono la prestazione di base di 73 punti risorse. Per quattro settimane gli vengono somministrati in aggiunta in media 700 minuti a settimana di logopedia ed ergoterapia. Inoltre, nel corso della riabilitazione, viene effettuata una visita a domicilio per accertare la situazione domestica e stabilire ulteriori obiettivi di riabilitazione e misure.

Codifica:

DP	*I63.4*	*Infarto cerebrale da embolia delle arterie cerebrali*
L		
DS	*G81.0*	*Emiplegia flaccida ed emiparesi*
L		
DS	*I25.12*	*Cardiopatia aterosclerotica: malattia di due vasi*
DS	*U50.-*	*Limitazione funzionale motoria*
DS	*U51.-*	*Limitazione funzionale cognitiva*
T	*BA.1*	*Riabilitazione neurologica*
T	*AA.1-*	*Misurazione dell'Activity of Daily Living [ADL]*
~~*T*~~	~~*93.89.D2*~~	~~*Visita diagnostica a domicilio quale parte degli accertamenti riabilitativi acuti o riabilitativi, durata da più di 4 ore a 6 ore*~~

Esempio 8 riabilitazione geriatrica
Un paziente polimorbido entra in riabilitazione dopo il trattamento in ospedale per cure acute. Soffre di dolori alla schiena provocati da stenosi del canale vertebrale associati a irradiazioni radicolari dolorose e manifestazione di paralisi. Secondo la documentazione medica, tutte le diagnosi di somatica acuta riportate nell'esempio permangono e richiedono per la codifica risorse secondo la regola G54. Vanno osservate altre regole di codifica e indicazioni del Manuale di codifica medica.
Nel corso della riabilitazione, viene effettuata una visita diagnostica e terapeutica a domicilio per accertare la situazione domestica e per stabilire gli ulteriori obiettivi riabilitativi e le misure necessarie

Codifica:

DP	*M48.06*	*Stenosi del canale midollare: zona lombare*
DS	*G55.3**	*Compressioni delle radici nervose e dei plessi in altre malattie della colonna e dorsopatie (M45 - M46†, M48.-†, M53 - M54†)*
DS	*E03.9*	*Ipotiroidismo non specificato*
DS	*I50.13*	*Insufficienza ventricolare sinistra con disturbi su sforzo lieve*
DS	*E11.72†*	*Diabete mellito, tipo 2: con altre complicazioni multiple, non menzionato come scompensato*
DS	*G 63.2**	*Polineuropatia diabetica*
DS	*N08.3**	*Disturbi glomerulari in diabete mellito*
DS	*N18.3*	*Malattia renale cronica, stadio 3*
DS	*I10.00*	*Ipertensione essenziale benigna: senza menzione di crisi ipertensiva*
DS	*E44.1*	*Malnutrizione proteico-energetica di grado lieve*
DS	*E55.9*	*Deficit di vitamina D non specificato*
DS	*U50.-*	*Limitazione funzionale motoria*
DS	*U51.-*	*Limitazione funzionale cognitiva*

T BA.8 Riabilitazione geriatrica
T AA.1- Misurazione dell'Activity of Daily Living [ADL]
~~*T 93.89.D2 Visita diagnostica a domicilio quale parte degli accertamenti riabilitativi acuti o riabilitativi, durata da più di 4 ore a 6 ore*~~

3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2025

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

3.1. Correzioni nell'introduzione dell'Indice sistematico della CHOP 2025

3.1.1. Sezione «Lingue, formati, disponibilità»

Riguarda solo la versione linguistica tedesca

3.1.2. Sezione «Novità della CHOP 2025»

Riguarda solo la versione linguistica tedesca

3.1.3. Sezione «Regole linguistiche» - «Denominazioni delle professioni»

Riguarda solo le versioni francese e italiana

È necessario apportare le seguenti modifiche.

Le denominazioni delle professioni utilizzate nella CHOP si fondano sulla legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan) e sull'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) (v. regola di codifica SP0101 «Denominazioni delle professioni nella CHOP» nel Manuale di codifica medica).
Le denominazioni delle professioni di «medic~~o~~i», «ergoterapist~~a~~i», «dietist~~a~~i», «logopedist~~a~~i», «osteopat~~a~~i», «infermier~~e~~i», «fisioterapist~~a~~i», «neuropsicologo~~i~~» e «~~psicoterapeuta psicologico~~ psicologi psicoterapeuti» appaiono nelle leggi sopra citate e nella CHOP.

3.2. 39.78.6- Numero di stent grafts [protesi stent] aortici impiantati

Riguarda tutte le versioni linguistiche

La nota di cui al gruppo di elementi 39.78.6- va corretta come indicato qui di seguito.

39.78.6 Numero di stent grafts [protesi stent] aortici impiantati
Nota: Somma degli stent grafts [protesi stent] complessivamente impiantati nell'aorta ascendente, arco aortico, aorta toracica, toracoaddominale e addominale.

3.3. 54.99.50 e 54.99.51 Chiusura temporanea della parete addominale

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I «Codificare anche» di cui ai codici 54.99.50, 54.99.51 e 54.99.52 vanno completati con «Se effettuato». Nel codice 86.88.I3 devono essere indicati tre «Codificare anche» reciproci. L'apertura di una chiusura temporanea della parete addominale non va considerata come laparotomia. Nella categoria a 3 caratteri 54.1- deve quindi essere inserita un'esclusione di tipo «Omettere il codice». Nella categoria a 3 caratteri 54.6- va aggiunta un'esclusione riferita al codice 86.88.I3. Nel codice 96.B2 devono essere aggiunte due esclusioni riguardanti i codici 54.99.50 e 54.99.51.

54.1- Laparatomia
ESCL. ~~Chiusura temporanea della parete addominale (54.99.50))~~
Omettere il codice - Apertura e richiusura di una chiusura temporanea della parete addominale (54.99.51)
[…]
54.6- Sutura della parete addominale e del peritoneo
ESCL. Chiusura temporanea della parete addominale (54.99.50)
Apertura e richiusura di una chiusura temporanea della parete addominale (54.99.51)

Impianto operatorio di dispositivo esterno per la trazione fasciale dell'addome [trazione della parete addominale], con impostazione di forza definibile (54.99.52)
Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto (86.88.I3)

[…]

54.99.50 Chiusura temporanea della parete addominale
Cod. a.: Se effettuato - Impianto o sostituzione operatori di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto (86.88.I3)

54.99.51 Apertura e richiusura di una chiusura temporanea della parete addominale
Cod. a.: Se effettuato - Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto (86.88.I3)

54.99.52 Impianto operatorio di dispositivo esterno per la trazione fasciale dell'addome [trazione della parete addominale], con impostazione di forza definibile
Cod. a.: Durata dell'applicazione di dispositivo esterno per la trazione fasciale dell'addome [trazione della parete addominale], con impostazione di forza definibile, secondo il numero di giorni di trattamento (93.5A.1-)
Se effettuato - Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto (86.88.I3)

[…]

86.88.I3 Impianto o sostituzione operativi di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto
Cod. a.: Chiusura temporanea della parete addominale (54.99.50)
Apertura e richiusura di una chiusura temporanea della parete addominale (54.99.51)
Se effettuato - Impianto operatorio di dispositivo esterno per la trazione fasciale dell'addome [trazione della parete addominale], con impostazione di forza definibile (54.99.52)

[…]

96.B2 Trattamento non operatorio sull'addome aperto
Nota: Questo intervento, per l'irrigazione e la sostituzione di garze, viene eseguito in condizioni sterili in sala operatoria o nell'unità di cure intensive nonché sempre con il paziente in narcosi.
ESCL. Impianto o sostituzione operatori di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale, sull'addome aperto (86.88.I3)
Chiusura temporanea della parete addominale (54.99.50)
Apertura e richiusura di una chiusura temporanea della parete addominale (54.99.51)

3.4. 80.05.16 Rimozione di protesi totale dell'anca, protesi speciale

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Il termine «protesi a stelo lungo» deve essere soppresso dall'inclusione sotto il codice 80.05.16.

80.05.16 Rimozione di protesi totale dell'anca, protesi speciale
INCL. Protesi tumorale, protesi modulare~~, protesi a stelo lungo~~

3.5. Trattamento neuropsicologico, secondo la durata del trattamento e riabilitazione neurologica

Riguarda tutte le versioni linguistiche

La neuropsicologia figura tra gli ambiti terapeutici delle riabilitazioni neurologica, pediatrica e geriatrica. Nel gruppo di elementi 89.15.8- vanno quindi inserite le corrispondenti esclusioni di tipo «Omettere il codice». Deve inoltre essere soppresso il «Codificare anche» che figura nella categoria a 3 caratteri BA.1-.

89.15.8- Trattamento neuropsicologico, secondo la durata del trattamento
ESCL. Omettere il codice– Riabilitazione neurologica (BA.1-)
Omettere il codice– Riabilitazione pediatrica (BA.7-)
Omettere il codice– Riabilitazione geriatrica (BA.8-)

[…]

BA.1- Riabilitazione neurologica
~~Cod. a.: Se effettuato - Trattamento neuropsicologico, secondo la durata del trattamento (89.15.8 -)~~

[…]

3.6. 93.89.D- Registrazione dei codici per la visita diagnostica e terapeutica a domicilio unitamente ai codici BA.- della riabilitazione

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Al fine di delimitare per la riabilitazione l'ambito di applicazione dei codici del gruppo di elementi 93.89.D- «Visita diagnostica e terapeutica a domicilio quale parte degli accertamenti riabilitativi acuti o riabilitativi, secondo la durata», viene inserita un'esclusione di tipo «Omettere il codice» riferita alla riabilitazione (BA.-). Questo significa che in caso di registrazione di codici della riabilitazione (BA.-), i codici del gruppo di elementi 93.89.D- non possono essere indicati per lo stesso periodo.

93.89.D- Visita diagnostica e terapeutica a domicilio quale parte degli accertamenti riabilitativi acuti o riabilitativi, secondo la durata
ESCL. Omettere il codice - Riabilitazione (BA.-)
[…]

3.7. 93.8C.1- Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Alcune domande sull'interpretazione dell'espressione «Terapia funzionale, in media per 2 ore al giorno almeno 5 giorni su 7» che figurava nella precedente versione del punto 2. dei «Requisiti minimi punto 3, terapia» hanno condotto alla riformulazione dei punti 1, 2 e 3.

93.8C.1- Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento
Nota: […]
Requisiti minimi punto 3, terapia:
~~1. Cure riabilitative (cure di stimolo e sostegno, ad es. rieducazione all'igiene personale, al vestirsi, all'alimentarsi, alla continenza, all'orientamento, alla deglutizione, gestione della tracheostomia, misure di isolamento ecc.) per almeno 2 ore al giorno, 7 giorni su 7.~~
~~2. Terapia funzionale, in media per 2 ore al giorno almeno 5 giorni su 7, somministrata spesso congiuntamente da più terapisti (trattamento doppio) con ricorso ad almeno 2 dei settori terapeutici elencati al punto 4.2.~~
~~3. Cure di base e cure riabilitative e terapia funzionale complessivamente per almeno 5 ore al giorno 7 giorni su 7, la cui durata può essere sommata in caso d'intervento simultaneo di più terapisti e infermieri. Per bambini e adolescenti possono essere conteggiate 2 ore al giorno di pedagogia curativa e speciale somministrate a sostegno delle cure riabilitative e della terapia funzionale. Gli eventuali scostamenti, ammessi solo per ragioni specificamente riferite al paziente, devono essere documentati.~~
~~5. All'occorrenza si può inoltre ricorrere a diversi altri ambiti specialistici quali consulenza/terapia dietetica, ortottica ecc.~~
1. Cure di base e riabilitative nonché terapia funzionale:
Cure (cure di base e riabilitative) nonché terapia funzionale: nell'arco dell'intera riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica in media almeno 2100 minuti di terapia alla settimana (7 giorni di calendario consecutivi). Eventuali scostamenti sono ammessi solo per ragioni specificamente riferite al paziente e devono essere documentati. Vedi punti 1a, 1b e 1c per l'articolazione e la ripartizione dei minuti minimi di terapia.

1a. Cure riabilitative (cure di stimolo e sostegno, p. es. rieducazione all'igiene personale, al vestirsi, all'alimentarsi, alla continenza, all'orientamento, alla deglutizione, gestione della tracheostomia, misure di isolamento obbligatorio, ecc.): nell'arco dell'intera riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica in media almeno 840 minuti di terapia alla settimana. Le cure riabilitative sono somministrate 7 giorni

su 7.

1b. Terapia funzionale: nell'arco dell'intera riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica in media almeno 600 minuti di terapia alla settimana. La terapia funzionale viene somministrata almeno 5 giorni su 7, spesso simultaneamente da più terapeuti (trattamento doppio). Ogni settimana intervengono almeno 2 degli ambiti terapeutici elencati al punto 4.2.

1c. Per bambini e adolescenti possono essere conteggiati 840 minuti alla settimana di pedagogia curativa e speciale somministrata per le cure riabilitative e la terapia funzionale.

1d. I tempi di terapia e di cura in caso di intervento simultaneo di più terapeuti e infermieri possono essere sommati tra loro.

~~4.~~ 2. Visite mediche almeno 5 giorni su 7.

~~5.~~ 3. All'occorrenza si può inoltre ricorrere a diversi altri ambiti specialistici quali consulenza/terapia dietetica, ortottica ecc.
[…]

3.8. 93.8A.2- e 93.8B.- Cure palliative

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Sulla base di diverse richieste concernenti la registrazione dei codici dei gruppi di elementi 93.8A.2-, 93.8B.1- e 93.8B.2- sono stati intrapresi chiarimenti con esperti e attori interessati.

- I titoli dei codici del gruppo di elementi 93.8A.2- e della sottocategoria 93.8B.- sono stati adeguati al fine di precisare il luogo di trattamento.
- La definizione di medicina palliativa riportata nella nota «Requisiti minimi punto 1, indicazione» del gruppo di elementi 93.8A.2- e della sottocategoria 93.8B.- è stata armonizzata e adeguata al contesto stazionario acuto.
- La «Visita interprofessionale» appariva due volte nei requisiti minimi della sottocategoria 93.8B.-. È stata quindi stralciata dai «Requisiti minimi punto 5, pianificazione e controllo della terapia».
- Il calcolo pro rata per i codici «da almeno 4 a 6 giorni di trattamento» è stato chiarito.
- I codici del gruppo di elementi 93.8B.2- sono stati contrassegnati come codici supplementari e ne è stata precisata la registrazione.

Queste modifiche hanno conseguenze anche sulla precisazione 0755 «Informazioni e precisazioni sulle cure palliative» che figura nell'allegato alla Circolare. Due esempi illustrano inoltre la registrazione dei codici supplementari del gruppo di elementi 93.8B.2-.

93.8A.2- Trattamento medico palliativo complesso (fuori da un reparto specialistico autonomo di cure palliative), secondo il numero di giorni di trattamento

Nota: Requisiti minimi punto 1, indicazione:
~~Trattamento attivo completo per il controllo dei sintomi e la stabilizzazione psicosociale del paziente con malattia progressiva in stadio avanzato e speranza di vita limitata eseguito in una stanza appropriata alle condizioni generali del paziente.~~
La medicina palliativa stazionaria acuta consiste nel trattamento integrale attivo di pazienti affetti da malattie progressive in stadio avanzato nonché con speranza di vita ridotta, quando non reagiscono più a oppure non possono più ricevere trattamenti curativi. La massima priorità è data al contenimento del dolore e di altri disturbi provocati dalla malattia nonché ai problemi psicologici, sociali e spirituali. Il trattamento medico palliativo complesso viene eseguito in una camera adeguata alle condizioni generali del paziente. Processo decisionale previdente e adeguato alla situazione con eventuale coinvolgimento di specialisti.

Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:
Esecuzione di una valutazione medico palliativa di base standardizzata. I giorni di trattamento possono essere conteggiati solo dopo l'esecuzione della valutazione medico palliativa di base. Qualora lo stato

del paziente non consenta la completa effettuazione della valutazione medico palliativa di base, tale situazione va documentata.

Requisiti minimi punto 3, team di trattamento e terapia:
a) Team di trattamento diretto da medico specialista con perfezionamento specifico in medicina palliativa della durata di almeno 80 ore o da medico specialista in possesso di attestato FMH di formazione interdisciplinare in medicina palliativa.
b) Team di trattamento multidisciplinare composto da medico, personale infermieristico nonché terapeuti dei seguenti settori: assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza/terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia,
c) Prestazioni mediche, cure infermieristiche nonché trattamenti di almeno due dei settori terapeutici sopra menzionati sono somministrati per almeno 6 ore settimanali (7 giorni di calendario). Le 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, a seconda della situazione del paziente.
Ogni settimana di trattamento intervengono medico, personale infermieristico nonché almeno due gruppi di professioni terapeutiche (compresi gli assistenti sociali e gli assistenti spirituali).

Requisiti minimi punto 4, pianificazione e controllo della terapia:
a) Allestimento di un piano individuale di trattamento interprofessionale.
b) Riunione settimanale del team interprofessionale con documentazione dei risultati ottenuti e degli ulteriori obiettivi terapeutici.

Requisiti minimi punto 5, pianificazione della dimissione:
Pianificazione della dimissione con organizzazione di una rete di supporto.

Cod. a.: Se effettuat~~a~~o - Trattamento infermieristico complesso (99.C-)
ESCL. Omettere il codice - Trattamento in reparto specialistico autonomo di cure palliative (93.8B.-)

93.8A.2B Trattamento medico palliativo complesso (fuori da un reparto specialistico autonomo di cure palliative), fino a 3 giorni di trattamento

93.8A.2C Trattamento medico palliativo complesso (fuori da un reparto specialistico autonomo di cure palliative), da almeno 4 a 6 giorni di trattamento

Nota: Questo codice vale per degenze a sé stanti di breve durata.
Nei «Requisiti minimi punto 3, team di trattamento e terapia» è indicato: «Prestazioni mediche, cure infermieristiche nonché trattamenti di almeno due dei settori terapeutici sopra menzionati sono somministrati per almeno 6 ore settimanali (7 giorni di calendario)».
Questo significa che per la registrazione del codice 93.8A.2C, in conformità al calcolo pro rata, devono essere prestate almeno [0,86 ore (51,6 minuti) al giorno] x 4 giorni di trattamento = 3,44 ore (206 minuti). Le 0,86 ore non vanno rigidamente prestate per giorno, ma in media sui quattro giorni (p. es. giorno 1: 1 ora, giorno 2: 0,5 ore, giorno 3: 2 ore e giorno 4: 0 ore = 0,875 ore/giorno in media). Devono essere somministrati almeno una prestazione medica, una prestazione infermieristica nonché trattamenti di almeno due dei settori terapeutici menzionati.
Il calcolo pro rata va preso in considerazione solo per questo codice di «degenza di breve durata»

93.8A.2D Trattamento medico palliativo complesso (fuori da un reparto specialistico autonomo di cure palliative), da almeno 7 a 13 giorni di trattamento

93.8A.2E Trattamento medico palliativo complesso (fuori da un reparto specialistico autonomo di cure palliative), da almeno 14 a 20 giorni di trattamento

93.8A.2F Trattamento medico palliativo (fuori da un reparto specialistico autonomo di cure palliative), da almeno 21 a 27 giorni di trattamento

93.8A.2G Trattamento medico palliativo complesso (fuori da un reparto specialistico autonomo di cure palliative), 28 e più giorni di trattamento

93.8B.- ~~Cure palliative specializzate~~ Trattamento in reparto specialistico autonomo di cure palliative

Nota: Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento e certificazione:
Documenti di riferimento: I criteri minimi precisi che deve soddisfare la struttura e le relative eccezioni sono descritti nel documento «Documento di riferimento per le cure palliative specializzate stazionarie», versione 3.3 valida dal 01.01.2021, disponibile in tedesco (Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care) e francese (Document de référence pour les soins palliatifs spécialisés stationnaires) all'indirizzo: https://www.palliative.ch/it/cosa-facciamo/gruppi-di-lavoro/qualita
Certificazione: Per poter indicare codici del gruppo di elementi 93.8B.1- e 93.8B.2- l'unità (reparto o clinica) deve disporre del label di qualità «Cure palliative specialistiche». ~~L'istituzione deve essere certificata «Unità specializzate di cure palliative e equipe di consulenza specializzate in cure palliative intra e extraospedaliere» o «Unità specializzata di cure palliative».~~

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 di pazienti con malattia croniche/incurabili in stadio avanzato e speranza di vita limitata.~~
La medicina palliativa stazionaria acuta consiste nel trattamento integrale attivo di pazienti affetti da malattie progressive in stadio avanzato nonché con speranza di vita ridotta, quando non reagiscono più a oppure non possono più ricevere trattamenti curativi. La massima priorità è data al contenimento del dolore e di altri disturbi provocati dalla malattia nonché ai problemi psicologici, sociali e spirituali. Processo decisionale previdente e adeguato alla situazione con eventuale coinvolgimento di specialisti.

Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:
a) Esecuzione di una valutazione medico palliativa di base standardizzata compresa la definizione della complessità e dell'instabilità. I giorni di trattamento possono essere conteggiati solo dopo l'esecuzione della valutazione medico palliativa di base. Qualora lo stato del paziente non consenta la completa effettuazione della valutazione medico palliativa di base, tale situazione va documentata.
b) Allestimento di un piano individuale di trattamento interprofessionale e definizione, in ordine di priorità, di obiettivi orientati alle esigenze del paziente [advanced care planning].

Requisiti minimi punto 3, terapia:
a) Visita interprofessionale 5 giorni su 7
b) Per le specificazioni pertinenti vedi gruppi di elementi 93.8B.1- o 93.8B.2-
c) Coinvolgimento attivo della cerchia familiare nelle valutazioni, nel piano di trattamento e nella valutazione del decorso della terapia
b) Sostegno ai familiari nell'elaborazione del lutto

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 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 nonché almeno due anni di esperienza di trattamento di pazienti in cure palliative
c) ~~Team multidisciplinare che oltre all'assistenza medica nonché infermieristica dispone dei seguenti settori terapeutici:~~ Team di trattamento multidisciplinare composto da medico, personale infermieristico nonché terapeuti dei seguenti settori: assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza/terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia."

Requisiti minimi punto 5, pianificazione e controllo della terapia:
~~a) Visita interprofessionale 5 giorni su 7 con documentazione dell'andamento del trattamento~~.
~~b)~~ Riunione settimanale del team interprofessionale con documentazione dei risultati finora ottenuti e degli ulteriori obiettivi terapeutici.

Requisiti minimi punto 6, pianificazione della dimissione:
Pianificazione della dimissione con organizzazione di una rete di supporto.

Requisiti minimi punto 7, rilevazione:
Il gruppo di elementi 93.8B.1- rappresenta ~~la prestazione di base «Cure palliative specializzate», secondo il numero di giorni di trattamento~~ la «Degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative, secondo il numero di giorni di trattamento». ~~Il gruppo di elementi 93.8B.2- rappresenta le «Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie».~~ Se i requisiti minimi di cui alla sottocategoria 93.8B.- nonché al gruppo di elementi 93.8B.1- sono soddisfatti, va indicato il corrispondente codice del gruppo 93.8B.1- per l'intera durata del trattamento ~~delle cure palliative specializzate~~ in reparto specializzato in cure palliative. Se in una o più settimane di trattamento parallelamente alla degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative sono fornite prestazioni supplementari di cure palliative specializzate, può essere registrato il codice corrispondente del gruppo di elementi 93.8B.2- «Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, secondo il numero di giorni di trattamento».

Cod. a.: Se effettuata - Trattamento infermieristico complesso (99.C-)
ESCL. Omettere il codice - Trattamento medico palliativo complesso (fuori da un reparto specialistico autonomo di cure palliative), secondo il numero di giorni di trattamento (93.8A.2-)
Omettere il codice - Riabilitazione (BA.-)
Omettere il codice - Supplementi per la riabilitazione (BB.-)

93.8B.1- ~~Prestazione di base «Cure palliative specializzate»~~ Degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative, secondo il numero di giorni di trattamento
Nota: Requisiti minimi punto 3, terapia:
In aggiunta ai «requisiti minimi punto 3, terapia» di cui alla sottocategoria 93.8B.-
b) Intervento del personale medico, infermieristico e in caso di necessità dei settori terapeutici riportati nei requisiti minimi punto 4 c).

Cod. a.: ~~Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie~~ Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative (93.8B.2-)

93.8B.16 ~~Prestazione di base «Cure palliative specializzate»~~ Degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative, fino a 3 giorni di trattamento
Nota: Questo codice vale per degenze a sé stanti di breve durata.
Nei «Requisiti minimi punto 3, terapia» di cui alla sottocategoria 93.8B.- è indicato: «a) Visita interprofessionale 5 giorni su 7». Ai fini della registrazione del codice 93.8B.16 deve essere avvenuta almeno 1 visita interprofessionale.

93.8B.17 ~~Prestazione di base «Cure palliative specializzate»~~ Degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative, da almeno 4 a 6 giorni di trattamento
Nota: Questo codice vale per degenze a sé stanti di breve durata.
Nei «Requisiti minimi punto 3, terapia» di cui alla sottocategoria 93.8B.- è indicato: «a) Visita interprofessionale 5 giorni su 7». Ai fini della registrazione del codice 93.8B.17 deve essere avvenuta almeno 3 visite interprofessionali.

93.8B.18 ~~Prestazione di base «Cure palliative specializzate»~~ Degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento
93.8B.1A ~~Prestazione di base «Cure palliative specializzate»~~ Degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative, da almeno 14 a 20 giorni di trattamento
93.8B.1B ~~Prestazione di base «Cure palliative specializzate~~ Degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative, da almeno 21 a 27 giorni di trattamento
93.8B.1C ~~Prestazione di base «Cure palliative specializzate»~~ Degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative, 28 e più giorni di trattamento

93.8B.2- ~~Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie~~ Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, secondo il numero di giorni di trattamento

Nota: I codici seguenti sono codici supplementari. Il codice pertinente del gruppo di elementi 93.8B.1- «Degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative, secondo il numero di giorni di trattamento» va registrato in aggiunta. Se nessun codice del gruppo di elementi 93.8B.1- risulta essere pertinente non può essere registrata alcuna «Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, secondo il numero di giorni di trattamento».

Requisiti minimi punto 3, terapia:
In aggiunta ai requisiti minimi punto 3, terapia di cui alla sottocategoria 93.8B.-
b) Intervento del personale medico, infermieristico nonché di almeno due dei settori terapeutici riportati nei requisiti minimi punto 4 c) 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.
Ogni settimana di trattamento con prestazione supplementare di terapie intervengono medico, personale infermieristico nonché almeno due gruppi di professioni terapeutiche (compresi gli assistenti sociali e gli assistenti spirituali).

93.8B.26 ~~Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie~~ Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, fino a 3 giorni di trattamento

93.8B.27 ~~Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie~~ Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, da almeno 4 a 6 giorni di trattamento

Nota: Questo codice vale per degenze a sé stanti di breve durata.
Nei «Requisiti minimi punto 3, terapia» di cui al gruppo di elementi 93.8B.2- è indicato: «b) Intervento del personale medico, infermieristico nonché di almeno due dei settori terapeutici riportati nei requisiti minimi punto 4c per almeno 6 ore settimanali (7 giorni di calendario)». Questo significa che per la registrazione del codice 93.8B.27, in conformità al calcolo pro rata, devono essere prestate almeno [0,86 ore (51,6 minuti) al giorno] x 4 giorni di trattamento = 3,44 ore (206 minuti). Le 0,86 ore non vanno rigidamente prestate per giorno, ma in media sui quattro giorni (p. es. giorno 1: 1 ora, giorno 2: 0,5 ore, giorno 3: 2 ore e giorno 4: 0 ore = 0,875 ore/giorno in media). Devono essere somministrati almeno una prestazione medica, una prestazione infermieristica nonché trattamenti di almeno due dei settori terapeutici menzionati.
Il calcolo pro rata va preso in considerazione solo per questo codice di «degenza di breve durata».

93.8B.28 ~~Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie~~ Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento

93.8B.2A ~~Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie~~ Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, da almeno 14 a 20 giorni di trattamento

93.8B.2B ~~Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie~~ Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, da almeno 21 a 27 giorni di trattamento

93.8B.2C ~~Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie~~ Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, 28 e più giorni di trattamento

Le seguenti esclusioni di tipo «Omettere il codice» devono essere adeguate a seguito della modifica del titolo.

93.89.9- Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento
[…]
ESCL. Omettere il codice - Trattamento medico palliativo complesso (fuori da un reparto specialistico autonomo di cure palliative) (93.8A.2-)
Omettere il codice - Trattamento in reparto specialistico autonomo di cure palliative (93.8B.-)

[…]

93.8A.1- Valutazione medico palliativa
[…]

ESCL. Omettere il codice - Trattamento medico palliativo complesso (fuori da un reparto specialistico autonomo di cure palliative) (93.8A.2-)
Omettere il codice - Trattamento in reparto specialistico autonomo di cure palliative (93.8B.-)

[…]

3.9. 94.3D.- / 94.3E.- Assistenza 1:1 in caso di disturbi psichici e psicosomatici nel campo della psichiatria

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Nelle sottocategorie 94.3D.- «Assistenza 1:1 in caso di disturbi psichici e psicosomatici nel campo della psichiatria dell'adulto» e 94.3E.- «Assistenza 1:1 in caso di disturbi psichici e psicosomatici e disturbi comportamentali nel campo della psichiatria infantile e adolescenziale» va adeguata la seguente nota:

Requisiti minimi punto 5, rilevazione:
[…]
In caso di assistenza individuale da parte di più di 1 persona (ad es. 2:1) vanno ~~sommati~~ conteggiati i tempi di lavoro di ciascuna persona. Questi devono poi essere sommati tra loro.
[…]

3.10. BB.4- Esclusione Omettere il codice - Riabilitazione pediatrica (BA.7-)

Riguarda tutte le versioni linguistiche

In assenza di controindicazioni formali per l'utilizzo di codici di monitoraggio nella riabilitazione per i pazienti pediatrici, nella categoria a 3 caratteri BB.4- «Monitoraggio nella riabilitazione» viene soppressa l'esclusione di tipo «Omettere il codice» riferita alla riabilitazione pediatrica (BA.7-).

BB.4- Monitoraggio nella riabilitazione
Cod. eb.: Se effettuata - Assistenza 1:1 nella riabilitazione (BB.31.-)
Se effettuata - Gestione delle ferite nella riabilitazione, almeno 60 minuti al giorno (BB.32)
ESCL. Omettere il codice - Riabilitazione precoce interdisciplinare, secondo il numero di giorni di trattamento (93.86.-)
[…]
~~Omettere il codice - Riabilitazione pediatrica (BA.7-)~~ […]

[…]

4. Informazioni supplementari sull'ICD-10-GM 2024

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

5. Allegato

5.1. Informazioni e precisazioni

La presente circolare contiene **tutte** le «Informazioni e precisazioni» valevoli dal 1° gennaio 2025.
Legenda: novità in verde, ~~cancellazioni in rosso~~

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.

0755 01.07.2024 Informazioni e precisazioni sulle cure palliative
Le precisazioni seguenti riguardano il gruppo di elementi 93.8A.2- «Trattamento medico palliativo complesso (fuori da un reparto specialistico autonomo di cure palliative), secondo il numero di giorni di trattamento» e la sottocategoria 93.8B.- «Trattamento in reparto specialistico autonomo di cure palliative».

0755/1 Valutazione medico palliativa di base standardizzata
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 medico palliativa di base 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.

0755/2 Settori terapeutici
93.8A.2-: Requisiti minimi punto 3, team di trattamento e terapia:
[…]
b) Team di trattamento multidisciplinare composto da medico, personale infermieristico nonché terapeuti dei seguenti settori: assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza/terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia,
c) Prestazioni mediche, cure infermieristiche nonché trattamenti di almeno due dei settori terapeutici sopra menzionati sono somministrati per almeno 6 ore settimanali (7 giorni di calendario). Le 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.
Ogni settimana di trattamento intervengono medico, personale infermieristico nonché almeno due gruppi di professioni terapeutiche (compresi gli assistenti sociali e gli assistenti spirituali).

93.8B.- Requisiti minimi punto 3, terapia:
[…]
b) Per le specificazioni pertinenti vedi gruppi di elementi 93.8B.1- o 93.8B.2-
[…]

Requisiti minimi punto 4, team di trattamento:
[…]
c) Team multidisciplinare che oltre all'assistenza medica nonché infermieristica dispone dei seguenti settori terapeutici: assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza/terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia.

93.8B.1-: Degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative, secondo il numero di giorni di trattamento
Requisiti minimi punto 3, terapia:
In aggiunta ai requisiti minimi punto 3, terapia di cui alla sottocategoria 93.8B.-
b) Intervento del personale medico, infermieristico e in caso di necessità dei settori terapeutici riportati nei requisiti minimi punto 4 c).

93.8B.2-: Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, secondo il numero di giorni di trattamento
Requisiti minimi punto 3, terapia:
In aggiunta ai requisiti minimi punto 3, terapia di cui alla sottocategoria 93.8B.-
b) Intervento del personale medico, infermieristico nonché di almeno due dei settori terapeutici riportati nei requisiti minimi punto 4 c) 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.
Ogni settimana di trattamento con prestazione supplementare di terapie intervengono medico, personale infermieristico nonché almeno due gruppi di professioni terapeutiche (compresi gli assistenti sociali e gli assistenti spirituali).

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 0755/3 ed i tempi di percorrenza non sono conteggiati nelle sei ore.
3. Le «visite interprofessionali» (requisiti minimi punto 3, terapia, lettera a) della sottocategoria 93.8B.-) non sono conteggiate nelle 6 ore.
4. 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.
5. 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.
6. Non c'è un termine definito per la durata terapeutica minima di un'unità terapeutica.
7. 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.

0755/3 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.-: Requisiti minimi punto 5, pianificazione e controllo della terapia:
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 (fuori da un reparto specialistico autonomo di cure palliative) e trattamento in reparto specialistico autonomo di cure palliative 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.

0755/4 Interprofessionale

~~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.~~ Il termine **«interprofessionale»** significa che partecipano almeno il medico, il personale infermieristico e un altro gruppo professionale. Questo vale per la riunione del team interprofessionale nonché per la visita interprofessionale.

0755/5 Raggruppamento di casi e valutazione medico palliativa di base standardizzata

Per un raggruppamento di casi con trattamento medico palliativo complesso nel primo caso, dopo il ritorno del/della paziente va aggiornata la valutazione medico palliativa di base standardizzata (non significa che debba essere rifatta completamente. Ci si può limitare a documentare che i valori della valutazione medico palliativa di base standardizzata precedente restano validi).

0755/6 Registrazione dei codici supplementari del gruppo di elementi 93.8B.2- «Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, secondo il numero di giorni di trattamento»

93.8B.-: Requisiti minimi punto 7, rilevazione:
Il gruppo di elementi 93.8B.1- rappresenta la «Degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative, secondo il numero di giorni di trattamento». Se i requisiti minimi di cui alla sottocategoria 93.8B.- nonché al gruppo di elementi 93.8B.1- sono soddisfatti, va indicato il corrispondente codice del gruppo di elementi 93.8B.1- per l'intera durata del trattamento in reparto specialistico di cure palliative. Se in una o più settimane di trattamento parallelamente alla degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative sono fornite prestazioni supplementari di cure palliative specializzate, può essere registrato il codice corrispondente del gruppo di elementi 93.8B.2- «Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, secondo il numero di giorni di trattamento».

I due esempi che seguono illustrano le modalità di registrazione dei codici supplementari del gruppo di elementi 93.8B.2- «Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, secondo il numero di giorni di trattamento».
Questo metodo di conteggio si applica dal 1° gennaio 2025.

Esempio 1

		Esempio 1: Trattamento in reparto specialistico di cure palliative 22 giorni di trattamento con prestazione supplementare registrabile																				
		1ª settimana di trattamento p. es. da giovedì a mercoledì							2ª settimana di trattamento							3ª settimana di trattamento						
Giorni di trattamento		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Valutazione medico palliativa di base conclusa																							
Requisiti minimi per 93.8B.- e 93.8B.1- sono soddisfatti																							
Codifica della prestazione di base		93.8B.1B «Degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative, da almeno 21 a 27 giorni di trattamento»																					
Prestazione supplementare per giorno in ore				1	1.5	3	0.5				1			1		2		2		2			
Medico + cure infermieristiche + 2 terapeuti = 4 gruppi professionali impiegati		4							4							4							
Sono soddisfatti i requisiti minimi per 93.8B.2-? Almeno 6 ore / settimana Almeno 4 gruppi professionali impiegati (medico + cure infermieristiche + 2 terapeuti)		Sì, 6 ore nella settimana di trattamento prestate dai 4 gruppi professionali indicati							No, solo 2 ore nella settimana di trattamento							Sì, 6 ore nella settimana di trattamento prestate dai 4 gruppi professionali indicati							
Codifica della prestazione supplementare		93.8B.2A «Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, da almeno 14 a 20 giorni di trattamento»																					

Esempio 2

		Esempio 2: Trattamento in reparto specialistico di cure palliative 22 giorni di trattamento prestazione supplementare non registrabile																				
		1ª settimana di trattamento p. es. da giovedì a mercoledì							2ª settimana di trattamento							3ª settimana di trattamento						
Giorni di trattamento		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Valutazione medico palliativa di base conclusa																							
Requisiti minimi per 93.8B.- e 93.8B.1- soddisfatti																							
Codifica della prestazione di base		93.8B.1B « Degenza in reparto specialistico autonomo di cure palliative, da almeno 21 a 27 giorni di trattamento»																					
Prestazione supplementare per giorno in ore				1			0.5	1.5	1	2													
Medico + cure infermieristiche + 2 terapeuti = 4 gruppi professionali impiegati		4							4														
Sono soddisfatti i requisiti minimi per 93.8B.2-? Almeno 6 ore / settimana Almeno 4 gruppi impiegati (medico + cure infermieristiche + 2 terapeuti)		No, solo 3 ore nella settimana di trattamento							No, solo 3 ore nella settimana di trattamento							Nessuna prestazione supplementare nella settimana di trattamento							
Codifica della prestazione supplementare		I criteri per la registrazione di un codice del gruppo di elementi 93.8B.2- «Prestazione supplementare in reparto specialistico autonomo di cure palliative, secondo il numero di giorni di trattamento» non sono soddisfatti. Le 6 ore sono prestate su sette giorni, ma non alla cadenza delle settimane di trattamento data dalla prestazione di base.																					

~~**0756 01.07.2024 Esclusioni di tipo «Omettere il codice» per i trattamenti complessi**~~

La precisazione 0756 è stata stralciata dall'allegato alla Circolare 2025 n. 1, essendo stata ripresa nell'introduzione della CHOP 2025.

~~**0757 01.07.2024 Informazioni e precisazioni sulle cure palliative**~~

La precisazione 0757 viene sostituita nella Circolare 2025 n. 1 dalla precisazione 0755.

0758 01.07.2024 93.59.5- «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento»

0758/1 Calcolo dei giorni di degenza per codici del gruppo di elementi 93.59.5-

Ai fini del conteggio dei giorni di degenza per i codici CHOP da 93.59.50 a 93.59.53 «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, secondo il numero di giorni di trattamento», il giorno di ricovero nonché il giorno di dimissione possono essere conteggiati come un solo giorno di trattamento, sempre a condizione che siano soddisfatti i corrispondenti requisiti minimi.

0758/2 Delimitazioni 93.59.5- e 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3-

Nei gruppi di elementi 99.84.1- «Isolamento da contatto, secondo il numero di giorni di trattamento», 99.84.2- «Isolamento da goccioline, secondo il numero di giorni di trattamento, […]» e 99.84.3- «Isolamento da aerosol, secondo il numero di giorni di trattamento, […]» è indicata la seguente esclusione di tipo «Omettere il codice»:

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

Ciò significa che non è consentito codificare contemporaneamente 93.59.5- e 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3-. Se 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3- avvengono in momenti diversi rispetto a 93.59.5-, i codici possono essere registrati sotto lo stesso caso. I codici 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3- non devono mai essere registrati per lo stesso intervallo di tempo per cui è registrato il codice 93.59.5-.

0759 01.07.2024 Indicazione di lateralità

L'indicazione della lateralità è obbligatoria solo per gli organi pari (nella CHOP è contrassegnata con una «[L]» nel file PDF o con «Lateral» nel file CSV). Per gli organi o le parti del corpo non pari la lateralità «può», ma non «deve» essere rilevata.

0760 01.07.2024 Trattamento infermieristico complesso – Attribuzione di un intervento infermieristico ad un solo gruppo di prestazioni

Gli interventi infermieristici potrebbero teoricamente essere attribuiti a più gruppi di prestazioni. In caso di trattamento infermieristico complesso, l'intervento infermieristico somministrato può essere però attribuito ad un solo gruppo di prestazioni.
Ciò non significa tuttavia che debba trattarsi necessariamente del gruppo di prestazioni per il quale, nel giorno in questione, sono già stati registrati punti risorse.

Esempio 1: un «Passaggio alla toilette» potrebbe essere fornito nel quadro del profilo di intervento infermieristico 1.1 del gruppo di prestazioni 1 «Mobilizzazione» o nel quadro del profilo di intervento infermieristico 3.1 del gruppo di prestazioni 3 «Evacuazione». Se l'attività viene registrata nel gruppo di prestazioni 1, non può essere registrata anche nel gruppo di prestazioni 3, o viceversa. All'attività può essere attribuito solo uno dei due profili di intervento infermieristico.

Esempio 2: una «misura di igiene» potrebbe essere fornita nel quadro del profilo di intervento infermieristico 2.1 del gruppo di prestazioni 2 «Igiene personale» o nel quadro del profilo di intervento infermieristico 3.1 del gruppo di prestazioni 3 «Evacuazione». Se l'attività viene registrata nel gruppo di prestazioni 2, non può essere registrata anche nel gruppo di prestazioni 3, o viceversa. All'attività può essere attribuito solo uno dei due profili di intervento infermieristico.

0761 01.07.2024 Elenco di misure nei trattamenti complessi o nelle diagnostiche complesse

Gli elenchi che figurano nei campi «Nota» ai trattamenti complessi o alle diagnostiche complesse, e che seguono frasi del tipo «impiego di almeno x settori terapeutici» o «almeno x delle seguenti misure», significano che devono intervenire almeno x diversi settori terapeutici o misure tra quelli elencati. L'impiego/l'attuazione della stessa misura / dello stesso settore terapeutico x volte non soddisfa i requisiti minimi.
Esempio: nella «Nota» al codice 99.A6 «Diagnostica neurologica complessa» figura il seguente elenco:

Nota: […]
almeno 3 delle seguenti misure:
- *puntura lombare (prelievo di liquido tramite punzione lombare)*
- *RMN cranica e spinale*
- *diagnostica per immagini funzionale (es. PET, SPECT)*
- *diffusion imaging, perfusion imaging*
- *analisi volumetrica e morfometrica delle immagini*
- *diagnostica elettrofisiologica (neurofisiologica)*
- *diagnostica neurosonografica/psicologica/psichiatrica*
- *diagnostica neuropsicologica*
- *elettroencefalografia [EEG] (EEG prolungata mobile per almeno 24 ore o più e EEG poligrafico nel sonno notturno e monitoraggio elettroencefalografico video e radio-telemetrico per almeno 4 ore e EEG ortostatica)*

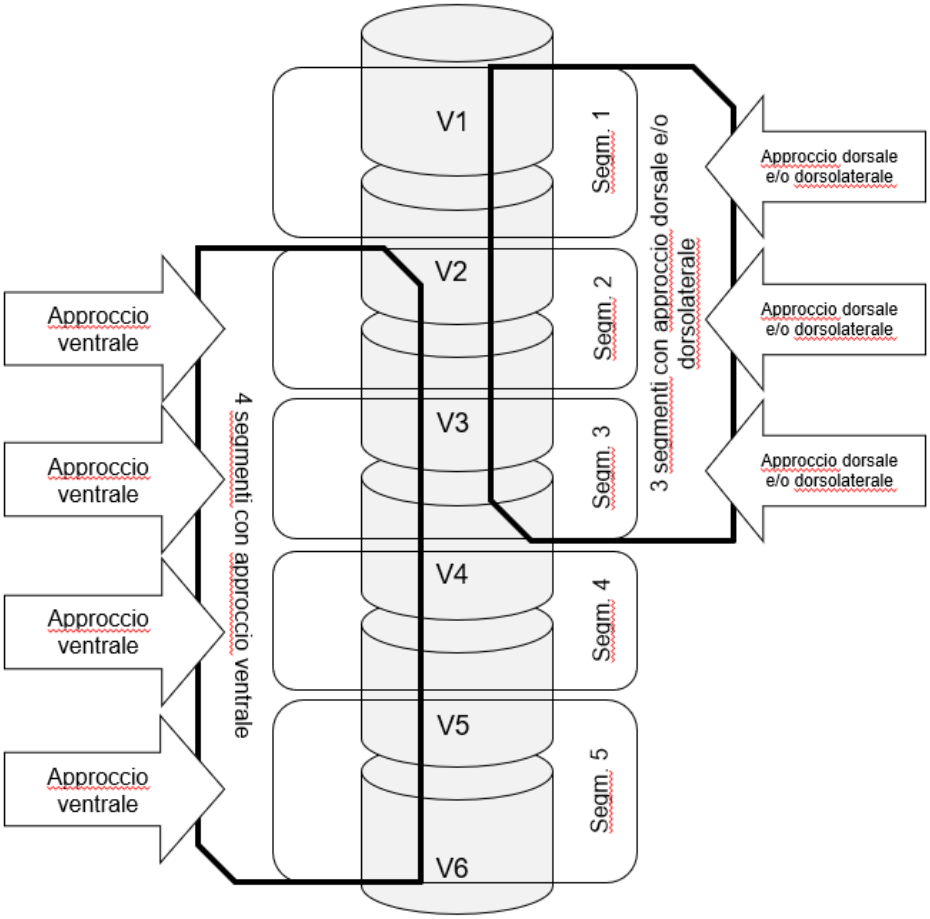
Se viene svolta un'elettroencefalografia per tre volte senza altre due delle misure elencate, i requisiti minimi non sono soddisfatti e non è possibile registrare un codice della sottocategoria 99.A6.
Se invece vengono somministrati una RMN cranica, una diagnostica neuropsicologica come pure una EEG prolungata mobile per almeno 24 ore o più e gli altri requisiti minimi sono soddisfatti, allora può essere registrato un codice della sottocategoria 99.A6.

0762 01.01.2024 Durata della terapia da prendere in considerazione
In caso di intervento terapeutico di gruppo, va conteggiata l'intera durata della terapia in cui è presente il paziente; per esempio, se cinque pazienti partecipano a una terapia di gruppo di un'ora, per ciascuno di loro devono essere conteggiati 60 minuti di durata terapeutica.
Se, nel quadro di un intervento terapeutico individuale o di gruppo, due o più terapeuti/infermieri somministrano lo stesso tipo di terapia/la stessa prestazione terapeutica, il tempo di somministrazione va conteggiato una sola volta. Ciò vale indipendentemente dal numero di terapeuti che intervengono presso il paziente.
Eccezione: esistono codici CHOP per i quali è indicato in nota che, se due o più terapeuti/infermieri somministrano lo stesso tipo di terapia/la stessa prestazione terapeutica, va conteggiato il tempo di intervento di ciascun terapeuta/infermiere.

~~**0765 01.01.2024 Sostituzione unicamente di stelo o testa in endoprotesi (inversa) della spalla**~~
La precisazione 0765 è stata stralciata dall'allegato alla Circolare 2025 n. 1, dato che la rappresentazione della sostituzione di componenti di endoprotesi totale della spalla è stata rivista nella CHOP 2025 (v. gruppi di elementi 80.01.4- «Rimozione di componenti di endoprotesi totale della spalla, secondo il numero di componenti» e 81.81.3- «Impianto di componenti di una endoprotesi totale della spalla, in caso di sostituzione di componenti, secondo il numero di componenti»).

0766 01.01.2024 7A.7- Stabilizzazione della colonna vertebrale e correzione della postura –Approccio dorsale e/o dorsolaterale
Per le sottocategorie da 7A.71.- a 7A.74.- è stata introdotta la strutturazione a livello di quinto carattere per l'approccio «dorsale e dorsolaterale», risp. «ventrale», e a livello di sesto carattere in base al numero di segmenti trattati (fino a 14 e più). Secondo le convenzioni CHOP, la congiunzione «e» va intesa come «e/o». La nota di cui alla categoria 7A.7- «Stabilizzazione della colonna vertebrale e correzione della postura» recita:
«Se l'approccio a determinati segmenti è dorsale nonché ventrale, per l'intero campo operatorio vanno indicati con un codice il numero complessivo di segmenti operati con approccio dorsale, nonché con un altro codice il numero complessivo di segmenti operati con approccio ventrale. Va inoltre indicato il codice supplementare del numero complessivo di segmenti operati.»
Gli approcci dorsolaterali contano come approcci dorsali. In altri termini, il segmento non viene conteggiato due volte se operato per via dorsale nonché per via dorsolaterale.

Nell'esempio di cui alla seguente figura, è stata eseguita una spondilodesi che ha interessato sei vertebre ossia cinque segmenti. Complessivamente, tre segmenti sono stati operati con approccio dorsale e/o dorsolaterale e quattro con approccio ventrale. In questo caso, va indicato il codice «dorsale e dorsolaterale» per tre segmenti nonché il codice «ventrale» per quattro segmenti. Deve inoltre essere registrato il codice della sottocategoria 7A.B4.- «Somma dei segmenti di colonna vertebrale operati» corrispondente a cinque segmenti.



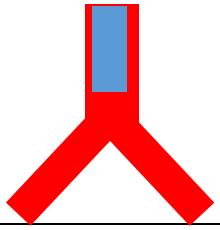
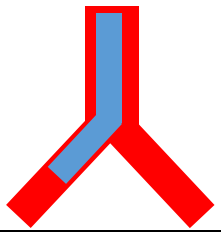
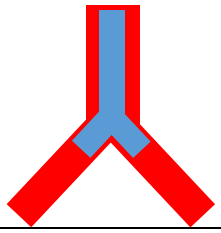
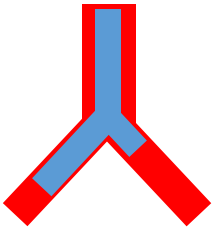
0767 01.01.2024 Impiego del gruppo di elementi 39.78.5- «Estremità degli stent grafts [protesi stent] inferiori»

Per i codici della sottocategoria 39.71.- «Impianto endovascolare di stent graft [protesi stent] nell'aorta addominale» e del gruppo di elementi 39.73.4- «Impianto endovascolare di stent grafts [protesi stent] nell'aorta toracoaddominale» va indicato, con i codici supplementari del gruppo di elementi 39.78.5- «Estremità degli stent grafts [protesi stent] inferiori», come termina lo stent graft.

Il gruppo di elementi 39.78.5- comprende tre codici supplementari:

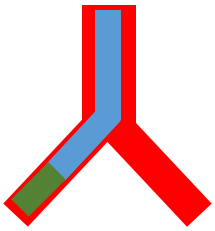
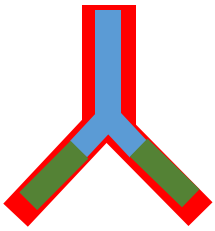
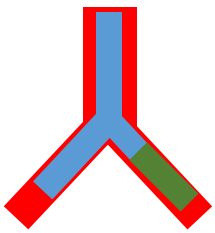
- 39.78.51 «Estremità dello stent graft [protesi stent] inferiore, aortico»
- 39.78.52 «Estremità dello stent graft [protesi stent] inferiore, aorto-mono-iliaco»
- 39.78.53 «Estremità degli stent grafts [protesi stent] inferiori, aorto-bi-iliaci»

Nella seguente tabella è illustrato graficamente il ~~loro~~ significato del codice supplementare corrispondente a ciascun corpo principale (in blu).

39.78.51 «aortico»	39.78.52 «aorto-mono-iliaco»	39.78.53 «aorto-bi-iliaci»
		
		

Gli stent grafts che terminano a livello aorto-mono-iliaco o aorto-bi-iliaco (corpo principale in blu) possono essere prolungati con stent grafts nell'arteria iliaca comune sinistra e/o destra (con l'aggiunta di altri stent grafts modellati, in verde). In questo caso, vanno codificati in aggiunta i codici corrispondenti dei gruppi di elementi 39.7A.1- «Impianto endovascolare di stent grafts [protesi stent] nelle arterie del bacino, livello iliaco, senza apertura, secondo il numero di protesi stent» e 39.7A.2- «Impianto endovascolare di stent grafts [protesi stent] nelle arterie del bacino, livello iliaco con apertura».

Nella seguente tabella sono illustrate le diverse situazioni:

39.78.52 «aorto-mono-iliaco»	39.78.53 «aorto-bi-iliaci»
	
Codifica: • Un codice della sottocategoria 39.71.- o del gruppo di elementi 39.73.4- • 39.78.52 • Un codice del gruppo di elementi 39.7A.1- o del gruppo di elementi 39.7A.2- se con apertura (apertura non indicata nella figura)	Codifica: • Un codice della sottocategoria 39.71.- o del gruppo di elementi 39.73.4- (conta come apertura solo un ramo della protesi a Y) • 39.78.53 • Due codici del gruppo di elementi 39.7A.1- e/o del gruppo di elementi 39.7A.2- se con apertura (apertura indicata nella figura)
	39.78.53 «aorto-bi-iliaci»
	

	Codifica: • Un codice della sottocategoria 39.71.- o del gruppo di elementi 39.73.4- (conta come apertura solo un ramo della protesi a Y) • 39.78.53 • Un codice del gruppo di elementi 39.7A.1- o del gruppo di elementi 39.7A.2- se con apertura (apertura non indicata nella figura)

0768 01.01.2024 Dispositivi di chiusura di vasi vs sistemi di protezione da embolia

Nella CHOP esistono codici per operazioni/interventi di chiusura di vasi, le cosiddette embolizzazioni con coils, plugs, filtri ecc., p. es. 39.79.2- «Embolizzazione od occlusione mediante spirali di altri vasi», 39.79.5- «Embolizzazione selettiva con filtri di altri vasi, NAS» o 39.79.A- «Embolizzazione selettiva di altri vasi con plugs» ecc.
Sono inoltre disponibili i codici supplementari delle sottocategorie 00.4A.- «Numero di coils endovascolari utilizzate» e 00.4G.- «Inserzione di dispositivi di chiusura di vasi».
I codici supplementari dei gruppi degli elementi da 00.4G.2- a 00.4G.6- «Filtri vascolari inseriti […], secondo il numero» servono unicamente per indicare i dispositivi impiegati nel quadro di operazioni/interventi di chiusura di vasi (p. es. embolizzazioni selettive). I codici della sottocategoria 00.4G.- non vanno impiegati per i sistemi di protezione da embolia.

Il codice supplementare 39.E1 «Impiego di sistema di protezione da embolia» consente di registrare l'utilizzo di sistemi di protezione da embolia perioperatori.
I codici 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)» rappresentano invece sistemi permanenti.

0769 01.01.2024 Trombectomia percutanea transluminale di vasi polmonari tramite sistema di rimozione di trombi

Per la registrazione della trombectomia percutanea transluminale di vasi polmonari tramite sistema di rimozione di trombi vanno impiegati un codice e due codici supplementari:

- 39.75.17 «Trombectomia percutanea transluminale, altri vasi»
- 00.4B.13 «PCI dei vasi polmonari»
- Codici supplementari pertinenti del gruppo di elementi 00.4F.2- «Impiego di sistemi di rimozione di trombi e corpi estranei catetere-guidati, secondo il numero di sistemi»

(A seconda dei casi, vanno presi in considerazione ulteriori codici CHOP)

0771 01.01.2024 BA.X0 Tipo di riabilitazione, per meno di 300 minuti di terapia alla settimana

In caso di degenze in riabilitazione inferiori a sette giorni con meno di 300 minuti di prestazioni terapeutiche va considerato il numero assoluto di minuti e non la potenziale estrapolazione pro rata su sette giorni. Per questo tipo di casi, sono a disposizione i codici BA.x0 «[…], per meno di 300 minuti di terapia alla settimana».

0775 01.01.2023 Lavaggio peritoneale

Il lavaggio peritoneale diagnostico o terapeutico tramite puntura deve essere registrato con il codice 54.91 «Drenaggio percutaneo addominale (puntura)». L'esclusione «Lavaggio peritoneale (54.25)» di cui al codice 54.91 va quindi ignorata, mentre resta valida l'esclusione «Punzione diagnostica di ascite (54.26)».
Il lavaggio peritoneale diagnostico o terapeutico per laparoscopia o per laparotomia (chirurgica a cielo aperto) deve essere registrato con il codice 54.25 «Lavaggio peritoneale». In caso di lavaggio peritoneale effettuato per via laparoscopica va indicato in aggiunta il codice 54.21.20 «Laparoscopia, via d'accesso per interventi chirurgici (terapeutici)».

0780 01.07.2022 Codifica delle sottocategorie CHOP 94.3D.- «Assistenza 1:1 in caso di disturbi psichici e psicosomatici nel campo della psichiatria dell'adulto» e 94.3E.- «[…] della psichiatria infantile e adolescenziale»

I requisiti minimi punto 3 *«Terapia»* delle sottocategorie 94.3D.- e 94.3E.- precisano: *«Assistenza 1:1 significa che uno specialista formato del team di trattamento menzionato nei requisiti minimi punto 4 assiste individualmente nonché costantemente un singolo paziente per un periodo di almeno 2 ore senza interruzione».*
La CHOP non esige la presenza fisica nella stessa stanza. L'assistenza individuale costante da uno spazio separato da un vetro o tramite uno schermo può quindi essere considerata assistenza 1:1, a condizione che siano soddisfatti gli altri requisiti minimi.

0782 01.07.2022 Trattamenti complessi - Codice «[…], fino a 6 giorni di trattamento»

I codici «[…], fino a 6 giorni di trattamento» vanno utilizzati nei casi in cui, durante la degenza, è stato somministrato il trattamento complesso in questione al massimo in 6 giorni distinti. Questi codici non indicano un numero minimo di giorni di trattamento. Ciò significa che non si applicano i requisiti minimi riferiti a una settimana o ad un determinato numero di giorni trattamento. Vanno invece osservati i requisiti minimi in materia di indicazioni, valutazioni, infrastruttura di trattamento (p. es. certificazione) e qualifiche.

0785 01.07.2022 Idronefrosi e infezione

I codici della sottocategoria a 4 caratteri ICD-10-GM N13.6- «Pionefrosi» vanno indicati solo in presenza di un'infezione documentata del rene. Ciò riguarda anche il codice terminale N13.68 «Altra e non specificata pionefrosi».
Un'idronefrosi da calcolosi ureterale con infezione delle vie urinarie di sede non specificata va codificata con N13.21 «Idronefrosi con ostruzione da calcolo ureterale» e N39.0 «Infezione delle vie urinarie, sede non specificata».

0786 01.01.2022 93.8C.1- Documento di riferimento

Nella CHOP 2022, la «Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento» è stata spostata dal numero di codice 93.89.1- al 93.8C.1-. Nei «Requisiti minimi punto 0, definizione e documento di riferimento» del gruppo di elementi 93.8C.1-, il titolo del documento di riferimento riporta ancora il vecchio numero di codice. Il contenuto di tale documento vale tuttavia per il nuovo numero di codice 93.8C.1-.

0788 01.01.2022 Spondilodesi: conteggio dei segmenti in caso di sostituzione di asta e di allungamento

In occasione di un intervento di revisione alla colonna vertebrale, i segmenti nei quali vengono solamente rimosse le aste (per sostituirle p.es. con aste più lunghe in presenza di patologia del segmento adiacente) senza intraprendere misure operatorie ai corpi vertebrali, come p. es. la posa di nuove viti peduncolari o di una cage, la decorticazione di faccetta articolare, l'impianto osseo locale o l'inserzione di materiale di sostituzione di ossa, non confluiscono nel conteggio dei segmenti operati.
Conteggio dei segmenti in caso di ponte di connessione:
In caso p. es. di precedente spondilodesi L2-L4 e nuova fusione attuale dei segmenti L1/L2 e L4/L5, quest'ultima va rappresentata con il pertinente codice CHOP per 2 segmenti se, come sopra precisato, oltre alla posa di aste non vengono intraprese altre misure operatorie ai corpi vertebrali L2-L4.

0789 01.01.2022 Codifica di stents/protesi non vascolari

I seguenti codici sono strutturati in base al numero di stents/protesi impiantati. Per questi tipi di stent/protesi non vi sono codici somma riguardanti l'intera degenza.

- 42.81.- Inserzione di una sonda permanente nell'esofago
- 51.87.- Inserzione endoscopica di stent nel dotto biliare
- 51.9A.- Inserzione o sostituzione di stent nel dotto biliare

Per ciascun intervento, va scelto e indicato una volta il codice corrispondente al numero di stents/protesi impiantati.

Esempio: il giorno X sono inserite due protesi autoespandenti nell'esofago. Il giorno Y una protesi autoespandente viene sostituita.
Codifica

Giorno X:	42.81.41 «Inserzione e sostituzione di due protesi autoespandenti (sonda permanente) nell'esofago, per via endoscopica»
Giorno Y:	42.81.40 «Inserzione e sostituzione di una protesi autoespandente (sonda permanente) nell'esofago, per via endoscopica»

I seguenti codici indicano solo «di uno stent», «di stent» o di «una protesi». Per questi tipi di stents/protesi non vi sono codici somma riguardanti l'intera degenza.

- 09.83 Congiuntivorinostomia con inserzione di tubo o di supporto
- 31.93 Sostituzione di stent laringeo o tracheale
- 31.96 Inserzione di stent laringeo o tracheale
- 33.91.2- Dilatazione bronchiale, per via endoscopica, con inserzione o sostituzione di stent/stentgraft
- 44.99.5- Inserzione o sostituzione di una protesi non autoespandente nello stomaco
- 44.99.6- Inserzione o sostituzione di una protesi autoespandente nello stomaco
- 46.99.5- Inserzione o sostituzione di una protesi non autoespandente nell'intestino
- 46.99.6- Inserzione o sostituzione di una protesi autoespandente nell'intestino
- 48.99.50 Inserzione o sostituzione di una protesi non autoespandente nel retto
- 48.99.60 Inserzione o sostituzione di una protesi autoespandente nel retto
- 52.93.- Inserzione, sostituzione o rimozione endoscopica di stent [protesi] nel dotto pancreatico

52.95.4- Inserzione o sostituzione di uno stent [protesi] non autoespandente nel dotto pancreatico, chirurgica a cielo aperto o per via laparoscopica
52.95.5- Inserzione o sostituzione di uno stent [protesi] autoespandente nel dotto pancreatico, chirurgica a cielo aperto o per via laparoscopica
58.99.10 Altri interventi sull'uretra e sul tessuto periuretrale, posa e sostituzione di stent nell'uretra
60.99.31 Inserzione di stent nell'uretra prostatica

Per ciascun intervento va indicato il codice corrispondente un numero di volte pari a quello degli stents/delle protesi impiantati.

Esempio: il giorno X sono inserite due protesi non autoespandenti nell'intestino. Il giorno Y sono rimosse entrambe e sostituite da una protesi autoespandente.
Codifica:
Giorno X: il codice 46.99.51 «Inserzione o sostituzione di una protesi non autoespandente nell'intestino, chirurgica a cielo aperto» va indicato **due volte**.
Giorno Y: il codice 46.99.71 «Rimozione di protesi dell'intestino, chirurgica a cielo aperto» va indicato **due volte**.
il codice 46.99.61 «Inserzione o sostituzione di una protesi autoespandente nell'intestino, chirurgica a cielo aperto» va indicato **una volta**.

0793 01.01.2022 Codifica dell'ulcera ipertensiva (di Martorell)
L'ulcera (dell'arto inferiore) ipertensiva è una particolare forma di ulcera crurale, che insorge prevalentemente nella zona laterodorsale della gamba o attorno al tendine d'Achille. La maggior parte delle persone colpite presenta un'ipertensione considerevole e di lunga durata, combinata in circa il 60% dei casi al diabete mellito di tipo 2.
Riguardo all'eziologia dell'ulcera ipertensiva vi sono tre possibili piste esplicative: l'arteriosclerosi ischemica, la sclerosi calcifica mediale di arteriole patologiche ed eventuali processi infiammatori locali.
L' arteriosclerosi sclerosante sottocutanea è la principale responsabile della patogenesi della necrosi cutanea.
Anche se in termini patogenici la malattia è riconducibile in prima battuta a un'arteriosclerosi sclerosante, la vera causa soggiacente è l'ipertensione.
Per la rilevazione dell'ulcera ipertensiva (di Martorell) non esiste uno specifico codice ICD-10-GM e si consiglia quindi di ricorrere alla seguente combinazione:

L97 *Ulcera dell'arto inferiore non classificata altrove* unitamente alla combinazione daga-asterisco formata dal codice pertinente scelto tra I10.-† a I15.-† e dal codice *L99.8* Altri disturbi specificati della cute e del tessuto sottocutaneo in malattie classificate altrove*.
Tale codifica consente di distinguere l'ulcera ipertensiva dagli altri tipi di ulcera dell'arto inferiore.

0801 01.07.2021 Codifica di avvitamento trans-ileosacrale di frattura dell'osso sacro
In caso di fratture sacrali transalari semplici (p. es. nel quadro di una frattura osteoporotica) con colonna vertebrale stabile va indicato il codice 7A.49 «Osteosintesi di singola vertebra, cifoplastica o vertebroplastica, altro» seguito dal codice 81.29.10 «Artrodesi dell'articolazione sacroiliaca».
Per le fratture dell'osso sacro che invece determinano un'instabilità della colonna (che si verificano soprattutto nel quadro di politraumi), in caso di approccio dorsale/dorsolaterale, va utilizzato il codice 7A.73.11 «Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi senza fusione di vertebre, approccio dorsale e dorsolaterale, 1 segmento» seguito dal codice 81.29.10 «Artrodesi dell'articolazione sacroiliaca».

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 espiantata 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».

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 stents 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 grafts [protesi stent] nell'aorta ascendente, nell'arco aortico, 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 ascendente, arco aortico, 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 ascendente, arco aortico, 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 apertura, 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 apertura» 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 apertura» 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 apertura», 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 uno 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 uno 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 36.08.11 «Impianto percutaneo transluminale di stents 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 addizionare 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 39.75.- «Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi»
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»

Il giorno Y vanno indicati:
Una volta il codice 39.75.- «Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi»,
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.

0818 01.07.2020 Codice supplementare 00.9C.- «Interventi in un solo tempo operatorio su ~~mani o piedi~~ raggi metacarpali e digitali o su raggi metatarsali e digitali»

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 Intervento di tipo B al dito del terzo raggio della mano destra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
		Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale destra			
Caso 3	Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra Intervento di tipo B al metacarpo, secondo raggio della mano sinistra	Codice dell'intervento di tipo A	Monolaterale sinistra	Nessun codice		
		Codice dell'intervento di tipo B	Monolaterale sinistra			
Caso 4	Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra Intervento di tipo B al dito del 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
		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».

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».

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 maniacodepressive. 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, Altri farmaci psicotropi non classificati altrove» **e non** il codice T43.2 «Avvelenamento da farmaci psicotropi NCA, altri e non specificati antidepressivi».

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

Quando una matrice "nativa" di collagene (cioè senza condrociti autologhi coltivati) viene introdotta in una perforazione ossea subcondrale di un'articolazione, un codice della categoria «Perforazione subcondrale dell'articolazione … con inserzione di impianto acellulare, per via artroscopica» oppure «Perforazione subcondrale dell'articolazione con inserzione di impianto acellulare, chirurgica a cielo aperto», a secondo della via di accesso, dovrebbe essere utilizzato.I codici delle categorie 81.9A.3- «Trapianto autologo su articolazioni di condrociti prodotti da una matrice, per via artroscopica» rispettivamente. 81.9A.4- «Trapianto autologo su articolazioni di condrociti prodotti da una matrice, chirurgico a cielo aperto» non devono essere codificati in questo caso.

Ad esempio, per l'articolazione del ginocchio, ciò significa che quando una matrice "nativa" di collagene vi è introdotta in una perforazione ossea subcondrale, il codice 81.47.25 «Perforazione subcondrale del ginocchio con inserzione di impianto acellulare, per via artroscopica» oppure 81.47.28 «Perforazione subcondrale dell'articolazione del ginocchio con inserzione di impianto acellulare, chirurgica a cielo aperto» deve essere utilizzato.

I codici 81.9A.3C «Trapianto autologo su articolazioni di condrociti prodotti da una matrice, articolazione del ginocchio, per via artroscopica» rispettivamente 81.9A.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.

0855 01.07.2017 54.98.- Dialisi peritoneale

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

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

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

La precisazione 0897 è stata stralciata dall'allegato alla Circolare 2025 n. 1, dato che nella CHOP 2025 sono state inserite corrispondenti descrizioni complementari nei codici menzionati.

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

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

~~**0941 01.12.2012 ABO / AB0 Termine di ricerca**~~

La precisazione 0941 è stata stralciata dall'allegato alla Circolare 2025 n. 1.

~~**2010 92.24 Teleradioterapia mediante fotoni**~~

La precisazione 2010 è stata stralciata dall'allegato alla Circolare 2025 n. 1, dato che la radio-oncologia e la radioterapia sono state riviste nella CHOP 2025.