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. 2

30 giugno 2025

Neuchâtel, 2025

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 2025
Contenuti:	Ambito Classificazioni mediche		Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte
Settore:	14 Salute		
Testo originale:	Tedesco		

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

1. Nozioni generali

1.1. Strumenti di codifica in vigore

Dal 1° luglio 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~~
- Circolare per le codificatrici ed i codificatori: 2025 n. 2 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: → 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

Nessuna modifica rispetto alla circolare 2025 n. 1.

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

Le novità, le correzioni e le altre modifiche riportate nella presente circolare entrano in vigore alla data di validità indicata. È esclusa una validità retroattiva.

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 riceveretuna 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~~

Le informazioni supplementari sull'Manuale di codifica 2025 nella circolare 2025 n.1 restano valide.

2.1. SD2200n Codici per scopi particolari

Riguarda tutte le versioni linguistiche

[…]
Se viene indicato l'indice di Barthel al di fuori della riabilitazione geriatrica acuta, della riabilitazione precoce interdisciplinare, della riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, del trattamento medico palliativo complesso, della riabilitazione o della psichiatria, la sua rilevazione deve essere ripetuta ~~tra 3 e 5 giorni più tardi~~ non prima del 3° giorno e non oltre il 5° giorno e va registrato il punteggio più elevato.
[…]

2.2. Direttive di codifica per la riabilitazione - Requisiti minimi definiti per un periodo di 7 giorni

Riguarda solo la versione francese

3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2025

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

Le informazioni supplementari sulla CHOP 2025 nella circolare 2025 n.1 restano valide. Qui di seguito sono riportate nuove correzioni supplementari.

3.1. 39.7- Stent Grafts – Nota che spiegano il conteggio delle aperture

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Le «note» delle sottocategorie 39.71.- «Impianto endovascolare di stent graft [protesi stent] nell'aorta addominale» e 39.73.- «[…] nell'aorta ascendente, nell'arco aortico, nell'aorta toracica e toraco-addominale», che spiegano il conteggio delle aperture degli stent graft, devono essere adattate come segue.

39.71.- Impianto endovascolare di stent graft [protesi stent] nell'aorta addominale

Nota: […]

Tra le aperture rientrano le diramazioni e le fenestrazioni.

Tutti i ~~l~~ fori alle ~~due~~ estremità prossimale e distale ~~della protesi~~ dello stent graft [protesi stent] nonché gli scallops non sono enumerati tra le aperture. Per ciascuna diramazione va codificato in aggiunta il corrispondente stent ricoperto [stent graft].

La biforcazione a Y sulla protesi principale non viene codificata come diramazione. Solo gli ulteriori stent grafts [protesi stent] aggiuntivi alle estremità della protesi a Y devono essere codificati in aggiunta. L'informazione che si tratta di una protesi a Y viene indicata con il codice supplementare 39.78.53 «Estremità degli stent grafts [protesi stent] inferiori, aorto-bi-iliaci».

[…]

39.73.- Impianto endovascolare di stent grafts [protesi stent] nell'aorta ascendente, nell'arco aortico, nell'aorta toracica e toraco addominale

Nota: […]

Tra le aperture rientrano le diramazioni e le fenestrazioni.

Tutti i ~~l~~ fori alle ~~due~~ estremità prossimale e distale ~~della protesi~~ dello stent graft [protesi stent] nonché gli scallops non sono enumerati tra le aperture. Per ciascuna diramazione va codificato in aggiunta il corrispondente stent ricoperto [stent graft].

La biforcazione a Y sulla protesi principale non viene codificata come diramazione. Solo gli ulteriori stent grafts [protesi stent] aggiunti alle estremità della protesi a Y devono essere codificati in aggiunta. L'informazione che si tratta di una protesi a Y viene indicata con il codice supplementare 39.78.53 «Estremità degli stent grafts [protesi stent] inferiori, aorto-bi-iliaci».

3.2. 44.99.A1 e 44.99.A2 Creazione e chiusura di una gastrogastrostomia o gastroenterostomia mediante stent utilizzato per creare l'anastomosi

Riguarda tutte le versioni linguistiche

L'inclusivo «Anastomosi tra stomaco e cisti pancreatica tramite inserzione di stent» sotto il codice 44.99.A1«Gastrogastrostomia o gastroenterostomia tramite inserzione di stent eco-guidata, per via endoscopica» nonché l'inclusione «Chiusura di anastomosi tra stomaco e cisti pancreatica con rimozione dello stent utilizzato per creare l'anastomosi» sotto 44.99.A2 «Chiusura di gastrogastrostomia o gastroenterostomia con rimozione dello stent utilizzato per creare l'anastomosi, per via endoscopica» devono essere cancellati. I codici 44.99.A1 e 44.99.A2 rappresentano solo anastomosi tra stomaco-stomaco o stomaco-intestino create mediante uno stent (ad es. LAMS). Non sono inclusi ulteriori inserimenti di stent, che devono essere codificati separatamente se effettuati.

44.99.A1 **Gastrogastrostomia o gastroenterostomia tramite inserzione di stent eco-guidata, per via endoscopica**
Gastrodigiunostomia tramite inserzione di stent dopo bypass gastrico
INCL. ~~Anastomosi tra stomaco e cisti pancreatica tramite inserzione di stent~~
Lumen-apposing metal stent [LAMS]
Cod. a.: Se effettuati - ulteriori inserimenti di stent

[…]

44.99.A2 **Chiusura di gastrogastrostomia o gastroenterostomia con rimozione dello stent utilizzato per creare l'anastomosi, per via endoscopica**
~~INCL. Chiusura di anastomosi tra stomaco e cisti pancreatica con rimozione dello stent utilizzato per creare l'anastomosi~~

3.3. 7A.71.- «Fusione di vertebre con stabilizzazione della colonna vertebrale» e 7A.73.- «Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi in caso di fratture»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

I titoli, le descrizioni complementari, le esclusioni e le «note» delle sottocategorie 7A.71.- «Fusione vertebrale con stabilizzazione della colonna vertebrale» e 7A.73.- «Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale mediante osteosintesi in caso di fratture» devono essere modificati come segue per distinguere più chiaramente le due sottocategorie.
Inoltre, è necessario aggiungere una descrizione complementare nella sottocategoria 7A.42.- «Osteosintesi di singola vertebra».

7A.42.- **Osteosintesi di singola vertebra**
Riduzione aperta di frattura vertebrale
Riduzione chiusa di frattura vertebrale
INCL. Rimozione di spicule ossee dal canale spinale
Cod. a.: Materiale di osteosintesi utilizzato, colonna vertebrale (7A.A4.-)
Nota: Questo codice rappresenta l'osteosintesi di singola vertebra. Non va utilizzato qualora l'osteosintesi riguardi più vertebre adiacenti nel contesto di una stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale.

[…]

7A.71.- **Fusione di vertebre con stabilizzazione della colonna vertebrale**
Spondilodesi
INCL. Osteotomia della colonna vertebrale, grado I e II
Cod. a.: Se effettuata - Osteotomia della colonna vertebrale, da grado III a grado VI (7A.28.31 - 7A.28.61)
ESCL. Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi di vertebre in caso di fratture (7A.73.-)
Nota: La fusione è un intervento d'irrigidimento non preservativo di mobilità, nel quale due o più vertebre adiacenti sono unite tra loro nell'intento di creare una congiunzione ossea irreversibile. ~~La fusione può essere ossea e strumentale~~. La fusione è strumentale con o senza l'apposizione di tessuto osseo, materiale di sostituzione di ossa o innesto osseo.

[…]

7A.73.- **Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture**
~~Stabilizzazione della colonna vertebrale in caso di fratture~~
INCL. Osteotomia della colonna vertebrale, grado I e II
EXCL. Fusione di vertebre con stabilizzazione della colonna vertebrale (7A.71.-)
Nota: La stabilizzazione ~~senza fusione~~ non dinamica della colonna vertebrale è un intervento (potenzialmente) preservativo di mobilità alla colonna vertebrale tramite l'impianto di dispositivi. ~~La strumentazione~~ L'osteosintesi viene impiegata ~~per immobilizzare a fini di guarigione~~ con l'obiettivo di immobilizzare per guarire. ~~Non viene effettuata alcuna apposizione ossea alle articolazioni della colonna vertebrale, non si intende ottenere una fusione.~~

7A.73.1- **Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale**

7A.73.11 **Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 1 segmento**
7A.73.12 **Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 2 segmenti**
7A.73.13 **Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 3 segmenti**

7A.73.14 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 4 segmenti
7A.73.15 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 5 segmenti
7A.73.16 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 6 segmenti
7A.73.17 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 7 segmenti
7A.73.18 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 8 segmenti
7A.73.1A Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 9 segmenti
7A.73.1B Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 10 segmenti
7A.73.1C Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 11 segmenti
7A.73.1D Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 12 segmenti
7A.73.1E Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 13 segmenti
7A.73.1F Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio dorsale e dorsolaterale, 14 e più segmenti

7A.73.2- Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale

7A.73.21 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 1 segmento
7A.73.22 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 2 segmenti
7A.73.23 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 3 segmenti
7A.73.24 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 4 segmenti
7A.73.25 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 5 segmenti
7A.73.26 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 6 segmenti
7A.73.27 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 7 segmenti
7A.73.28 Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 8 segmenti
7A.73.2A Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 9 segmenti
7A.73.2B Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 10 segmenti
7A.73.2C Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 11 segmenti
7A.73.2D Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 12 segmenti
7A.73.2E Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 13 segmenti
7A.73.2F Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi ~~senza fusione di vertebre~~ in caso di fratture, approccio ventrale, 14 e più segmenti

3.4. Endoprotesi del ginocchio semi-vincolata, semi-guidata sull'asse e protesi a stelo lungo

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Tra i codici relativi agli interventi con endoprotesi totale vincolata del ginocchio devono essere inseriti «inclusioni» per le endoprotesi totale semi-vincolata e semi-guidata sull'asse oppure gli «inclusioni» esistenti devono essere integrati con «(semi-)».
Tra i codici relativi all'impianto di protesi articolari per cui è indicata una protesi a stelo lungo, è necessario inserire un «codifica anche» che rimanda al codice supplementare «Protesi a stelo lungo (81.A1.13)».

80.06.13 **Rimozione di una endoprotesi totale vincolata del ginocchio**
INCL. Endoprotesi totale del ginocchio semi-vincolata e semi-guidata sull'asse
[...]
80.06.18 **Rimozione di inserto di una endoprotesi di ginocchio**
INCL. Rimozione del perno di una endoprotesi totale (semi-)vincolata
[...]
80.06.1B **Rimozione dei componenti tibiali o femorali nonché dell'inserto di una endoprotesi totale speciale o vincolata del ginocchio**
INCL. Endoprotesi totale del ginocchio semi-vincolata e semi-guidata sull'asse
[...]
81.51.11 **Primo impianto di protesi totale dell'anca**
Cod. a.: Se pertinente – Protesi a stelo lungo (81.A1.13)
[...]
81.51.21 **Impianto di protesi totale dell'anca per sostituzione di protesi**
Cod. a.: Se pertinente – Protesi a stelo lungo (81.A1.13)
[...]
81.52.5A **Impianto di stelo nonché testa femorale di protesi dell'anca per sostituzione**
Cod. a.: Se pertinente – Protesi a stelo lungo (81.A1.13)
[...]
81.52.5B **Impianto di stelo, testa femorale nonché inserto di protesi dell'anca per sostituzione**
Cod. a.: Se pertinente – Protesi a stelo lungo (81.A1.13)
[...]
81.54.21 **Primo impianto di una endoprotesi totale standard del ginocchio**
Primo impianto di una protesi di superficie bicondilare del ginocchio
Cod. a.: Se pertinente – Protesi a stelo lungo (81.A1.13)
[...]
81.54.23 **Primo impianto di una endoprotesi totale vincolata del ginocchio**
Primo impianto di una protesi a cerniera del ginocchio
INCL. Endoprotesi totale del ginocchio semi-vincolata semi-guidata sull'asse
[...]
81.54.31 **Impianto di una endoprotesi totale standard del ginocchio per sostituzione di protesi**
Impianto di una protesi di superficie bicondilare per sostituzione di protesi
Cod. a.: Se pertinente – Protesi a stelo lungo (81.A1.13)
[...]
81.54.33 **Impianto di una endoprotesi totale vincolata del ginocchio per sostituzione di protesi**
INCL. Endoprotesi totale del ginocchio semi-vincolata e semi-guidata sull'asse
[...]
81.54.43 **Impianto di inserto di una endoprotesi del ginocchio per sostituzione**
INCL. Impianto del perno di una protesi totale (semi-)vincolata per sostituzione
[...]
81.54.45 **Impianto dei componenti tibiali o femorali nonché dell'inserto di una endoprotesi totale speciale o vincolata del ginocchio per sostituzione**
INCL. Endoprotesi totale del ginocchio semi-vincolata e semi-guidata sull'asse
[...]

81.80.11 **Primo impianto di endoprotesi totale della spalla, anatomica**
Primo impianto di endoprotesi totale a stelo corto della spalla, anatomica
Cod. a.: Se pertinente – Protesi a stelo lungo (81.A1.13)

[…]

81.80.12 **Primo impianto di endoprotesi totale della spalla, inversa**
Cod. a.: Se pertinente – Protesi a stelo lungo (81.A1.13)

[…]

81.80.21 **Impianto di endoprotesi totale della spalla, anatomica, in caso di sostituzione di protesi**
Impianto di endoprotesi totale a stelo corto della spalla, anatomica
Cod. a.: Se pertinente – Protesi a stelo lungo (81.A1.13)

81.80.22 **Impianto di endoprotesi totale della spalla, inversa, in caso di sostituzione di protesi**
Cod. a.: Se pertinente – Protesi a stelo lungo (81.A1.13)

[…]

81.84 **Sostituzione totale del gomito**
Cod. a.: Se pertinente – Protesi a stelo lungo (81.A1.13)

3.5. 93.9E.- «Respirazione assistita non invasiva fuori da un'unità di cure intensive»

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Le informazioni relative al documento di riferimento e al link devono essere adattate come segue:

93.9E.- Respirazione assistita non invasiva fuori da un'unità di cure intensive
Ventilazione non invasiva [NIV]
Nota: Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento: I dettagli sui singoli requisiti minimi della NIV fuori da un'unità di cure intensive sono reperibili nel documento della Società svizzera di pneumologia ««Ausführungen zu den Mindestmerkmalen «Nicht invasive Beatmung ausserhalb Intensivstationen» (CHOP ~~-93-9E_2016_de-~~93.9E), Version vom 01.07.2016~~versione del 1° julio 2016~~», disponibile in tedesco e francese all'indirizzo: ~~http://www.pneumo.ch/de/fachpersonen.html~~ https://pneumo.ch/recommendations/

[…]

3.6. 94.A1.- et 94.A2.- HoNOS o HoNOSCA - Documenti di riferimento

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Per i «Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento» e «Requisiti minimi punto 1, rilevazione» delle sottocategorie 94.A1.- «HoNOS [Health of the Nation Outcome Scales]» e 94.A2.- «HoNOSCA [Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents]» occorre apportare le seguenti modifiche.

94.A1.- HoNOS [Health of the Nation Outcome Scales]
Nota: A. HoNOS è uno strumento per la rappresentazione del livello di gravità di malattie e disturbi psichici.
Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento:
Per il rilevamento dell'HoNOS è valida la versione del documento «Criteri per il rilevamento del HoNOS per la struttura tariffaria TARPSY» in vigore al momento della validità della presente versione della CHOP.
~~Criteri per il rilevamento del HoNOS per la struttura tariffaria TARPSY: Scala, glossario e convenzioni generali di valutazione. Versione 1.2 / 29.11.2019. Link: https://www.swissdrg.org/it/psichiatria/rilevazione-dei-dati/statistica-medica~~
Per i pazienti psicogeriatrici si applica analogamente la versione del documento~~, il rilevamento del HoNOS si fonda sul~~ «Criteri per il rilevamento del HoNOS 65+ per la struttura tariffaria TARPSY»~~: Scala, glossario e convenzioni generali di valutazione, Versione 1.2 / 29.11.2019. Link: https://www.swissdrg.org/it/psichiatria/rilevazione-dei-dati/statistica-medica~~
I documenti sono disponibili nella sezione relativa all'anno dei dati corrispondente:
https://www.swissdrg.org/it/psichiatria/rilevazione-dei-dati

Requisiti minimi punto 1, rilevazione:
I seguenti codici sono utilizzati solo per pazienti degenti in un reparto di psichiatria per adulti. I codici devono essere registrati all'ammissione del paziente, ovvero entro tre giorni, nonché all'uscita, ovvero non prima di tre giorni dalla sua dimissione. Se si registra HoNOS dopo l'uscita, nella documentazione del paziente va indicata la data effettiva, mentre ~~nella statistica medica~~ nell'ambito della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) va indicata la data dell'uscita.
Ciascun criterio è classificato in 5 gradi di gravità che vanno da 0 «nessun problema» a 4 «problema grave o molto grave». I livelli vanno rappresentati seguendo esattamente le definizioni della scala HoNOS.

[…]

94.A2.- HoNOSCA [Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents]

Nota: A. HoNOSCA è uno strumento per la rappresentazione del livello di gravità di malattie e disturbi psichici.
Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento:
Per il rilevamento dell'HoNOSCA è valida la versione del documento «Criteri per il rilevamento del HoNOSCA per la struttura tariffaria TARPSY» in vigore al momento della validità della presente versione della CHOP. ~~Criteri per il rilevamento del HoNOSCA per la struttura tariffaria TARPSY: Scala, glossario e convenzioni generali di valutazione. Versione 1.2 / 29.11.2019. Link: https://www.swissdrg.org/it/psichiatria/rilevazione-dei-dati/statistica-medica~~
I documenti sono disponibili nella sezione relativa all'anno dei dati corrispondente:
https://www.swissdrg.org/it/psichiatria/rilevazione-dei-dati

Requisiti minimi punto 1, rilevazione:
I seguenti codici sono utilizzati solo per pazienti degenti in un reparto di psichiatria per bambini e adolescenti. I codici devono essere registrati all'ammissione del paziente, ovvero entro 14 giorni, nonché all'uscita, ovvero non prima di 7 giorni dalla sua dimissione. Se si registra HoNOSCA dopo l'uscita, nella documentazione del paziente va indicata la data effettiva, mentre ~~nella statistica medica~~ nell'ambito della Rilevazione Assistenza sanitaria ospedaliera stazionaria (SpiGes) va indicata la data dell'uscita.
Ciascun criterio è classificato in 5 gradi di gravità che vanno da 0 «nessun problema» a 4 «problema grave o molto grave». I livelli vanno rappresentati seguendo esattamente le definizioni della scala HoNOSCA.

3.7. AA.- Strumenti di misurazione e misurazioni– Note relative ai documenti di riferimento e alla rilevazione

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Il punto 0 «documenti di riferimento» delle «note» nelle sottocategorie AA.21.- «Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]» e AA.31.- «Test del cammino di 6 minuti» deve essere modificato come segue per indicare la versione attuale o il link.
Il punto 1 «utilizzo» delle «note» nella sottocategoria AA.21.- deve essere precisato come segue al fine di rispondere alle domande relative all'obbligatorietà o meno della registrazione del CIRS.
Il punto 3 «rilevazione» delle «note» nelle sottocategorie AA.13.- «Item del punteggio ADL», AA. 21.- «Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]», AA.31.- «Test del cammino di 6 minuti» e AA.33.- «Spinal Cord Independence Measure [SCIM]» deve essere modificato come segue per garantire la coerenza delle informazioni tra il CHOP e i documenti dell'ANQ. «entro tre giorni lavorativi» è definito nel manuale di codifica 2025 nelle «Direttive di codifica per la riabilitazione» «Valutazioni - CHOP AA»: «Ai fini del conteggio dei tre giorni lavorativi, si noti che solo ~~le~~ domeniche e i giorni festivi legali sono considerati festivi. I sabati contano invece come giorni lavorativi.».

AA.13.- Item del punteggio ADL

Nota: […]
Punto 3, rilevazione:
I codici vanno rilevati al momento dell'ammissione, ossia entro 3 giorni lavorativi, nonché al momento della dimissione, ossia nei 3 giorni lavorativi che precedono l'uscita del paziente.
Il punteggio va rappresentato secondo le direttive di rilevazione dell'ANQ.

[…]

AA.21.- Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]

Nota: Punto 0, documenti di riferimento:
Per la rilevazione della CIRS valgono le direttive dell'ANQ per la versione 10/2016 «CIRS - Cumulative Illness Rating Scale». https://www.anq.ch/it/ -> Downloads -> Riabilitazione -> Misurazioni specifiche alla riabilitazione | Strumenti di misurazione
[…]

Punto 1, utilizzo:
I seguenti codici sono utilizzati solo per pazienti degenti in un reparto di riabilitazione.
La rilevazione del CIRS è obbligatoria solo nel quadro della misurazione della qualità dell'ANQ.
Se in un caso di riabilitazione non è stato registrato alcun codice della sottocategoria AA.21.-, il caso è comunque considerato un caso di riabilitazione.
[…]
Punto 3, rilevazione:
I codici vanno rilevati al momento dell'ammissione, entro 3 giorni lavorativi.
Il punteggio totale è dato dalla somma della valutazione di 14 singoli criteri, classificati in 5 gradi di gravità che vanno da 0 «Compromissione assente» a 4 «Compromissione molto grave».
I livelli vanno rappresentati esattamente secondo le definizioni della CIRS.

[…]

AA.31.- Test del cammino di 6 minuti

Nota: Punto 0, documenti di riferimento:
Per la rilevazione del test del cammino di 6 minuti vale il capitolo 6 «6. Test del cammino (6 minuti)» del documento dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche [ANQ] «Piano nazionale di misurazione per la riabilitazione - Manuale sulla procedura». ~~versione 10.0, 01/2024~~ Fa fede la versione del documento valida al momento della validità della presente versione della CHOP.
link: https://www.anq.ch/it/downloads/
Il citato capitolo 6 contiene un rinvio al capitolo 2.7 nel quale si rimanda al formulario dell'ANQ «Test del cammino (6 minuti)» versione 2016/01. Link: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/ANQ_Modulo_3_Test-cammino-6-minuti.pdf
[…]
Punto 3, rilevazione:
I codici vanno rilevati al momento dell'ammissione, entro 3 giorni lavorativi, nonché al momento della dimissione, ossia non prima dei 3 giorni lavorativi che precedono l'uscita. Ad ogni rilevazione va inserito uno dei 10 codici disponibili. La distanza percorsi in metri va tradotta nel corrispondente intervallo in conformità alla definizione del test del cammino di 6 minuti.

[…]

AA.33.- Spinal Cord Independence Measure [SCIM]

Nota: […]
Punto 3, rilevazione:
I codici vanno rilevati al momento dell'ammissione, entro 3 giorni lavorativi, nonché al momento della dimissione, ossia non prima dei 3 giorni lavorativi che precedono l'uscita. Ciascun criterio è suddiviso tra 3 e 9 gradi di gravità, con 0 che corrisponde a «massima dipendenza». I livelli vanno rappresentati esattamente secondo le definizioni della SCIM II.

3.8. BA.- Riabilitazione – Combinazione delle forme di terapia durante la degenza

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Il «Nota» «Requisito minimo punto 3, terapia e istruzione» della categoria BA.- «Riabilitazione» deve essere precisato come segue.

BA.- Riabilitazione

Nota: […]
Requisiti minimi punto 3, terapia e istruzione:
Le indicazioni ~~di durata~~ relative ai minuti di terapia per le prestazioni terapeutiche e di istruzione settimanali vanno intese quale media alla settimana sull'intera degenza di riabilitazione. Le ~~unità terapeutiche e l'educazione (istruzione)~~ terapie e istruzioni sono somministrate come terapia individuale o di gruppo a seconda dell'indicazione e in funzione delle esigenze e delle risorse del paziente.

La fisioterapia è obbligatoria per tutti i tipi di riabilitazione esclusa la riabilitazione psicosomatica (BA.1- e da BA.3- a BA.8-). Per la riabilitazione psicosomatica (BA.2-) è obbligatoria la psicoterapia. La forma di terapia obbligatoria per ogni tipo di riabilitazione viene effettuata almeno una volta durante la degenza di riabilitazione.

La «combinazione» richiesta nelle frasi *«La terapia comprende una combinazione specifica per il paziente della componente obbligatoria con almeno uno dei seguenti ambiti terapeutici:»* nella *«Requisiti minimi punto, terapia e istruzione»* delle categorie a 3 caratteri BA.x dei tipi specifici di riabilitazione, si riferisce alla degenza di riabilitazione (la combinazione non deve essere fornita ogni settimana). Per degenza di riabilitazione di durata inferiore a 7 giorni è possibile una combinazione, ma non è obbligatoria.

3.9. BA.3- Riabilitazione polmonare

Riguarda tutte le versioni linguistiche

Le «Requisiti minimi punto 3, valutazione per la dimissione» della categoria a 3 caratteri BA.3- «Riabilitazione polmonare» devono essere adattate come segue. Le valutazioni obbligatorie di ammissione e di dimissione sono quindi identiche.

BA.3- Riabilitazione polmonare

Nota: […]

Requisiti minimi punto 1, accertamenti all'ammissione:
- Misurazione dell'attuale rendimento fisico.
- Questionario specifico per la patologia

[…]

Requisiti minimi punto 3, valutazione per la dimissione:
- Misurazione dell'attuale rendimento fisico
- Questionario specifico per la patologia
~~- Diagnostica della funzione polmonare~~

~~In caso di necessità~~ In aggiunta, se necessario:
- Diagnostica della funzione polmonare
- Misurazione del monossido di carbonio o della cotinina nell'urina

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

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

Né nella circolare 2025 n. 1 né nella circolare 2025 n. 2 sono presenti informazioni aggiuntive relative all'ICD-10-GM 2024.

5. Allegato

5.1. Informazioni e precisazioni

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

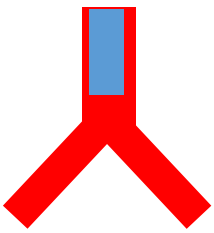
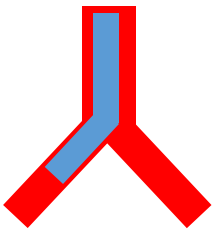
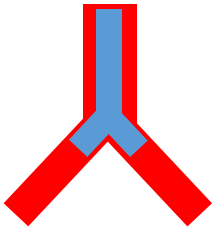
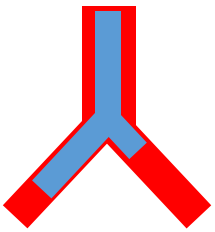
Descrizione della numerazione
Le «Informazioni e precisazioni» sono elencate in base a numerazione crescente. Le informazioni più recenti o più aggiornate hanno il numero più basso.

Es.:	0999 (numero)	01.01.2012 (valevole dal)
	0998	01.01.2012
	[…]	
	0852	01.07.2017 ecc.

0752 **01.07.2025 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:

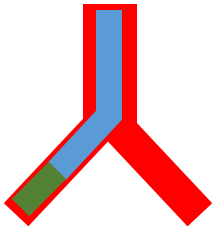
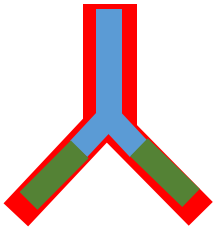
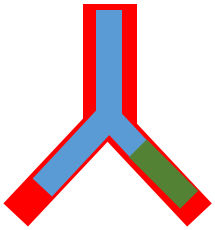
- 39.78.51 «Estremità dello stent graft [protesi stent] inferiore, aortico»
- 39.78.52 «Estremità dello stent graft [protesi stent] inferiore, aorto-mono-iliaco»
- 39.78.53 «Estremità degli stent grafts [protesi stent] inferiori, aorto-bi-iliaci»

Nella seguente tabella è illustrato graficamente il 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:~~ La tabella seguente illustra le diverse situazioni di una protesi addominale principale senza aperture (indicata in blu nello schema):

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-~~ • 39.71.21 Tutti i fori alle estremità prossimale e distale dello stent graft [protesi stent] nonché gli scallops non sono enumerati tra le aperture. • 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)~~ • 39.71.21 Tutti i fori alle estremità prossimale e distale dello stent graft [protesi stent] nonché gli scallops non sono enumerati tra le aperture. • 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)~~ • 39.71.21 Tutte le fori alle estremità prossimale e distale dello stent graft [protesi stent] nonché gli scallops non sono enumerati tra le aperture. • 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)

0753 01.07.2025 Soggiorni di riabilitazione inferiori a sette giorni

~~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».~~

In caso di degenze in riabilitazione inferiori a sette giorni, si deve utilizzare il codice BA.x0 «Riabilitazione […], per meno di 300 minuti di terapia» indipendentemente dai minuti di terapia prestati o dal motivo della dimissione. Non si effettua alcuna estrapolazione dei minuti di terapia sulla settimana per registrare un altro BA.xx. L'indicazione «per meno di 300 minuti di terapia» nel titolo dei codici BA.x0 e la frase «Queste degenze di riabilitazione vengono interrotti in presenza di un'indicazione medica acuta.» nella «nota» devono essere ignorate.

La decisione della dimissione deve essere registrata con la variabile «austrittsentscheid» dell'elenco delle variabili del rilevamento Spi-Ges.

0754 01.07.2025 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».

0754/1 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.

0754/2 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.

0754/3 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.

0754/4 Interprofessionale

~~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.~~

Nella «riunione settimanale del team interprofessionale», per **«interprofessionale»** si intende che partecipano almeno medico, personale infermieristico e un altro gruppo professionale.
Nella «visita interprofessionale», per **«interprofessionale»** si intende che partecipano almeno un medico e personale infermieristico.

0754/5 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).

0754/6 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.																					

~~0755 01.07.2024 Informazioni e precisazioni sulle cure palliative~~

La precisazione 0755 viene sostituita nella Circolare 2025 n. 2 dalla precisazione 0754.

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)*

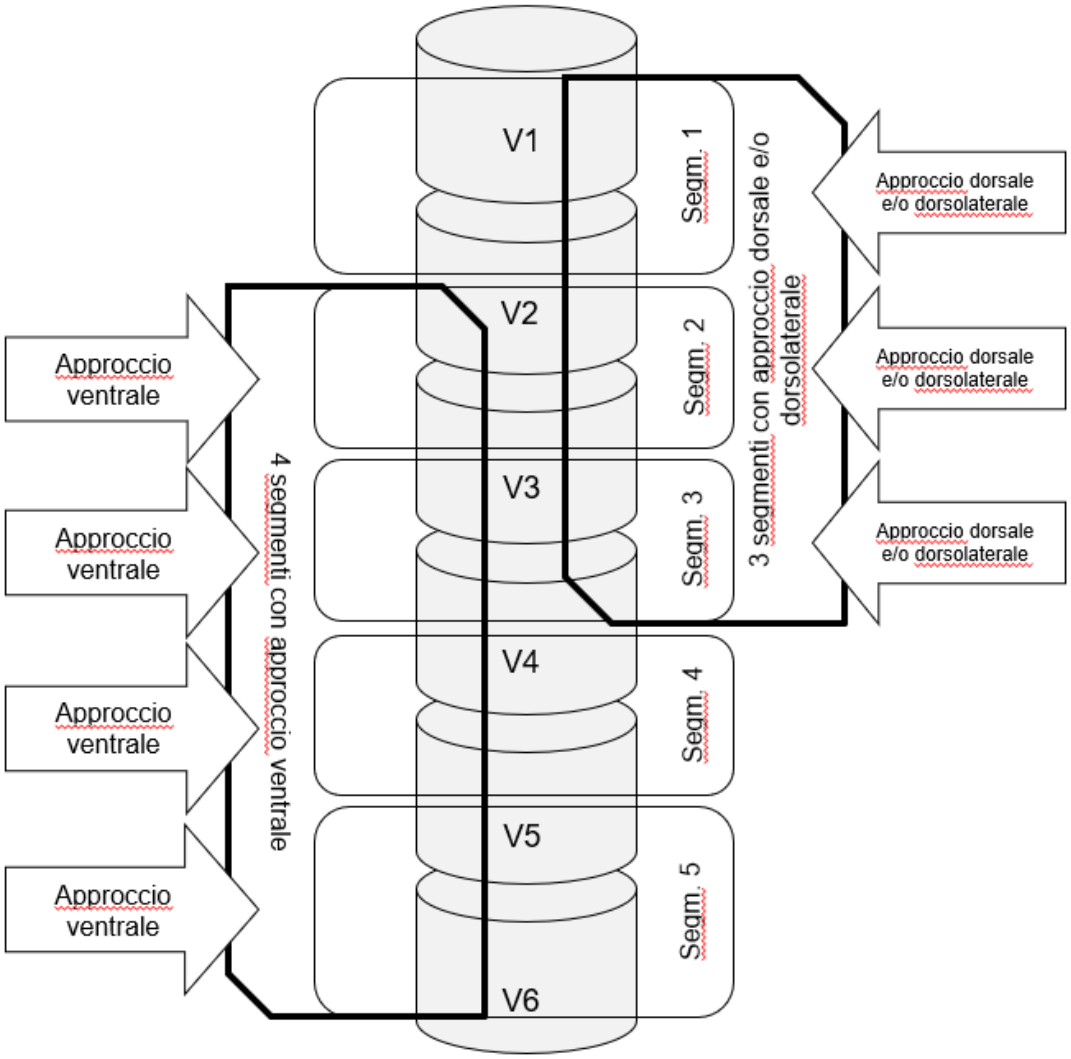
Se viene svolta un'elettroencefalografia per tre volte senza altre due delle misure elencate, i requisiti minimi non sono soddisfatti e non è possibile registrare un codice della sottocategoria 99.A6.
Se invece vengono somministrati una RMN cranica, una diagnostica neuropsicologica come pure una EEG 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.

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»~~
La precisazione 0767 viene sostituita nella Circolare 2025 n. 2 dalla precisazione 0752.

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**~~

La precisazione 0771 viene sostituita nella Circolare 2025 n. 2 dalla precisazione 0753.

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 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.

<table>
<tr><td colspan="8">Interventi multipli in un solo tempo operatorio su mani – Esempi</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">Intervento</td><td colspan="4">00.9C.1- Interventi multipli in un solo tempo operatorio su raggi metacarpali e digitali</td></tr>
<tr><td>Caso</td><td>Descrizione</td><td>Codice intervento</td><td>Lateralità</td><td>Codice supplementare</td><td colspan="2">Titolo</td><td>Lateralità</td></tr>
<tr><td>Caso 1</td><td>Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3">Nessun codice</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Caso 2</td><td rowspan="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</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3" rowspan="2">Nessun codice</td></tr>
<tr><td>Codice dell'intervento di tipo B</td><td>Monolaterale destra</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Caso 3</td><td rowspan="2">Intervento di tipo A al dito del secondo raggio della mano sinistra
Intervento di tipo B al metacarpo, secondo raggio della mano sinistra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3" rowspan="2">Nessun codice</td></tr>
<tr><td>Codice dell'intervento di tipo B</td><td>Monolaterale sinistra</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Caso 4</td><td rowspan="2">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</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td>00.9C.11</td><td>Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali</td><td>Monolaterale sinistra</td></tr>
<tr><td>Codice dell'intervento di tipo B</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3">Nessun codice</td></tr>
<tr><td>Caso 5</td><td>Intervento di tipo A alle dita del secondo, terzo e quarto raggio della mano sinistra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td>00.9C.12</td><td>Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 3 raggi metacarpali e digitali</td><td>Monolaterale sinistra</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Caso 6</td><td rowspan="2">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</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Bilaterale</td><td>00.9C.12</td><td>Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 3 raggi metacarpali e digitali</td><td>Monolaterale sinistra</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>00.9C.11</td><td>Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali</td><td>Monolaterale destra</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Caso 7</td><td rowspan="3">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</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3">Nessun codice</td></tr>
<tr><td>Codice dell'intervento di tipo B</td><td>Monolaterale sinistra</td><td colspan="3">Nessun codice</td></tr>
<tr><td>Codice dell'intervento di tipo C</td><td>Monolaterale sinistra</td><td>00.9C.11</td><td>Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali</td><td>Monolaterale sinistra</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Caso 8</td><td rowspan="2">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</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td>00.9C.11</td><td>Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali</td><td>Monolaterale sinistra</td></tr>
<tr><td>Codice dell'intervento di tipo B</td><td>Monolaterale destra</td><td>00.9C.11</td><td>Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali</td><td>Monolaterale destra</td></tr>
<tr><td>Caso 9</td><td>Intervento di tipo A alle dita del secondo e terzo raggio della mano sinistra</td><td>Codice dell'intervento di tipo A</td><td>Monolaterale sinistra</td><td>00.9C.11</td><td>Interventi multipli in un solo tempo operatorio su 2 raggi metacarpali e digitali</td><td>Monolaterale sinistra</td></tr>
</table>

	Intervento di tipo B al dito del secondo raggio della mano destra	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

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.