



Supplemento al Manuale di codifica medica, versione 2019: regole di codifica per la riabilitazione

Introduzione

Il presente documento funge da guida per la codifica dei casi di riabilitazione stazionaria con dimissioni dal 1° gennaio 2019 e specifica le direttive del Manuale di codifica medica dell'UST, versione 2019, per il settore della riabilitazione.

Le linee guida in esso contenute restano valide fino all'inserimento del capitolo Riabilitazione nel Manuale di codifica medica.

Questo supplemento precisa le regole di codifica per la riabilitazione e presenta esempi concreti riguardanti le diagnosi e i trattamenti riabilitativi. In generale valgono le regole di codifica descritte nelle linee guida ufficiali per la Svizzera.

Ambito di validità

Le presenti direttive si applicano a tutti i trattamenti effettuati in cliniche di riabilitazione o in reparti di riabilitazione di cliniche per cure acute, attualmente rimborsati sulla base di tariffe di riabilitazione e che in futuro rientreranno nell'ambito di applicazione della tariffa ST Reha.

Strumenti di codifica medica in vigore

Per la codifica dei casi di riabilitazione stazionaria con dimissioni dal 1° gennaio 2019 vanno utilizzati i seguenti strumenti:

- Manuale di codifica medica: le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2019
- supplemento al Manuale di codifica medica, versione 2019: regole di codifica per la riabilitazione
- circolari per codificatori: 2019 / N 1
- Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP): indice sistematico – versione 2019
- ICD-10-GM 2018 indice sistematico: Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati: 10a revisione – German Modification

- ICD-10-GM 2018 indice sistematico - versione italiana Tomo 1 e Tomo 2: informazioni supplementari per il contesto svizzero.

In caso di discordanza tra il Manuale di codifica (incluse le presenti regole) e le classificazioni CHOP e ICD-10-GM 2018, per la codifica prevale il Manuale di codifica (incluse le presenti regole).

Vanno distinti dalla riabilitazione stazionaria i seguenti ambiti

Riabilitazione precoce

Per riabilitazione precoce si intende la fase particolarmente intensiva della riabilitazione in pazienti con danni gravi o gravissimi dopo il trattamento acuto o in pazienti con esacerbazione acuta di malattie croniche preesistenti.

93.86 Riabilitazione precoce interdisciplinare, secondo il numero di giorni di trattamento

93.89.1- Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento

Riabilitazione acuta

Prestazioni riabilitative speciali somministrate a pazienti stazionari acuti.

93.89.9.- Riabilitazione geriatrica acuta

93.89.2.- Riabilitazione acuta fisico-medica

93.9A.1.- Riabilitazione respiratoria acuta

Nella riabilitazione precoce e nella riabilitazione acuta la codifica va effettuata come nella somatica acuta.

Regole di codifica

Diagnosi - ICD-10-GM

Diagnosi principale

Come diagnosi principale va codificata la malattia di base individuata quale ragione principale della riabilitazione o quale causa della limitazione funzionale. La diagnosi principale non deve necessariamente essere la stessa del caso acuto stazionario.

Osservazione: in fase di analisi statistica è possibile un'attribuzione univoca del caso all'ambito di applicazione delle strutture tariffarie attraverso la variabile 4.8.V01 della statistica medica; ciò significa che l'analisi epidemiologica delle diagnosi acute è garantita.

Esempi di codifica della diagnosi principale

Cardiovascolare

Un paziente entra in riabilitazione a seguito di un infarto miocardico acuto. Gli viene somministrata una terapia VAC per trattare una infezione di ferita postoperatoria.

DP I21.0 Infarto miocardico acuto transmurale della parete anteriore

Muscoloscheletrica

Un paziente entra in riabilitazione dopo l'impianto di un'endoprotesi dell'anca a seguito di coxartrosi primaria. Decorso regolare.

DP M16.1 Altra coxartrosi primaria

Diagnosi secondaria

La diagnosi secondaria è definita come:

«una malattia o un disturbo che sussiste contemporaneamente alla diagnosi principale o che si sviluppa nel corso della degenza ospedaliera/riabilitativa».

Nella codifica si considerano unicamente le diagnosi secondarie che influiscono sulla gestione del paziente al punto da comportare uno dei seguenti fattori:

- interventi terapeutici
- interventi diagnostici
- maggior impiego di risorse per assistenza, cura e/o sorveglianza.

Un impiego di risorse mediche > 0 va in ogni caso codificato

Validità particolare per la riabilitazione

In presenza di un trasferimento a fini di riabilitazione, in conformità alla regola D15g, va indicato come diagnosi secondaria un codice della categoria Z50.-! «Misure riabilitative». In caso di riabilitazione cardiologica va utilizzato il codice Z50.0! «Riabilitazione cardiaca», mentre per gli altri tipi di riabilitazione il codice Z50.8! «Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative».

L'entità della limitazione funzionale al momento dell'ammissione deve essere rappresentata quale diagnosi secondaria attraverso i codici U50.- «Limitazione funzionale motoria» e U51.- «Limitazione funzionale cognitiva». Tale codifica va effettuata unitamente alla rilevazione della valutazione da farsi tramite il capitolo AA.- CHOP (vedi paragrafo «Procedure»).

Se la riabilitazione interviene a seguito di un intervento chirurgico con impianto di dispositivi o di un trapianto di organi, vanno utilizzati come diagnosi secondaria i codici Z94.- *Stato dopo trapianto di organo o tessuto* o Z95 segg.

Esempi di codifica della diagnosi secondaria

Cardiovascolare

Un paziente entra in riabilitazione a causa di una cardiomiopatia dilatativa. All'ammissione, l'indice di Barthel ammonta a 68 punti, l'MMSE a 29 punti.

- DP I42.0 Cardiomiopatia dilatativa
- DS Z50.0! Riabilitazione cardiaca
- DS Z94.1 Stato dopo trapianto cardiaco
- DS U50.20 Indice di Barthel: 60–75 punti
- DS U51.02 MMSE: 24–30 punti

Neurologica

Un paziente entra in riabilitazione dopo il trattamento in un reparto di cure acute stazionarie per un ictus embolico dell'arteria cerebrale media con deficit neurologici (emiplegia flaccida con disturbi del linguaggio e della deglutizione). All'ammissione viene rilevato un indice di Barthel pari a 27 punti. Sono accertati unicamente deficit cognitivi leggeri (MMSE: 28 punti).

- DP I63.4 Infarto cerebrale da embolia delle arterie cerebrali
- DS Z50.8! Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative
- DS R47.0 Disfasia ed afasia
- DS G81.0 Emiplegia flaccida ed emiparesi
- DS U50.40 Grave limitazione funzionale motoria. Indice di Barthel: 20–35 punti
- DS U51.02 MMSE: 24–30 punti

Polmonare

Un paziente con fibrosi cistica è inviato dal proprio medico di famiglia in riabilitazione polmonare a causa del peggioramento di un'insufficienza cronica preesistente e documentata. Viene avviata una ventilazione meccanica a domicilio. All'ammissione, indice di Bartel pari a 80 punti, MMSE nella norma.

- DP E84.0 Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari
- DS J96.1- Insufficienza respiratoria cronica non classificata altrove
- DS U50.10 Indice di Barthel: 80–95 punti
- DS U51.02 MMSE: 24–30 punti

Procedure

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

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

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

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

2) Valutazioni – CHOP AA

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

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

- in tedesco: https://www.swissdrg.org/application/files/8315/3917/7473/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019.pdf
- in francese: https://www.swissdrg.org/application/files/3215/3917/7473/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_f.pdf
- in italiano: https://www.swissdrg.org/application/files/6415/3917/7472/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_i.pdf

Ciò riguarda i codici:

- AA.11 - Indice di Barthel ampliato (EBI)
- AA.21 - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
- AA.31 - Test del cammino di 6 minuti
- AA.32 - Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

La misurazione all'ammissione va fatta di norma entro tre giorni lavorativi* dal ricovero (giorno di entrata in clinica incluso). Analogamente, la misurazione alla dimissione va effettuata nei tre giorni lavorativi che precedono l'uscita (giorno di dimissione incluso).

*Per quanto riguarda il conteggio dei giorni lavorativi, si tenga conto che solo la domenica è considerata giorno festivo, mentre il sabato conta come giorno lavorativo.

3) Anche per il 2019 l'**assegnazione dei casi ai gruppi di prestazioni (GP)** ST Reha avviene tramite i seguenti **codici CHOP per analogia**:

I.	Limitazione funzionale del sistema nervoso	93.19	Esercizi, NAC
II.	Limitazione funzionale cardiovascolare	93.36.00	Riabilitazione cardiologica, NAS
III.	Limitazione funzionale polmonare	93.9A.00	Riabilitazione respiratoria, NAS
IV.	Altra limitazione funzionale	93.89.09	Riabilitazione, NAC

Ulteriori prestazioni e indicazioni generali

- **Prestazioni supplementari, se effettuate**

CHOP BB.1 - Risorse supplementari nella riabilitazione (personale infermieristico, medico e terapeutico)

Questi codici consentono di rappresentare casi di trattamenti infermieristici e terapeutici riabilitativi particolarmente intensivi. Ciascuno di essi include prestazioni ben definite effettuate in aggiunta alla prestazione di base. Possono essere rappresentati otto ambiti di indicazione.

Per ogni prestazione sono definite le risorse minime e un numero di punti risorse al giorno. I punti risorse quotidiani vengono sommati ed è fissato un massimo di 10 punti al giorno. La somma complessiva per degenza viene rappresentata con il codice CHOP BB.1-. Il trattamento infermieristico complesso 99.C1.- non va codificato in aggiunta.

- **Procedure da codificare (elenco non esaustivo)**

Tutte le procedure significative svolte in aggiunta alla terapia riabilitativa durante la degenza vanno codificate. Ciò include le procedure diagnostiche, terapeutiche e infermieristiche. Per essere considerate «significative» le procedure devono:

- essere di natura chirurgica oppure
- comportare un rischio operatorio oppure
- comportare un rischio anestetico oppure
- richiedere strumentazioni speciali, grandi apparecchiature (ad es. RMN) o una formazione particolare.

T Trattamenti ambulatoriali esterni: se per un paziente stazionario sono effettuate prestazioni ambulatoriali esterne (ad es. RMN, dialisi, chemioterapia ecc.), queste vanno codificate nell'ambito del caso stazionario con la specifica «Trattamenti ambulatoriali esterni» (variabili 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036 ecc.).

Requisiti minimi

I requisiti minimi di una procedura indicati nell'indice sistematico della CHOP devono essere tutti soddisfatti e documentati in relazione al caso specifico. Note, osservazioni, inclusioni ed esclusioni devono essere osservate.

- **Procedure da non codificare**

Le procedure svolte di routine per la maggior parte dei pazienti con una determinata patologia non vanno codificate. Le risorse necessarie per tali procedure sono prese in conto nella diagnosi o nelle altre procedure effettuate. Se non è stata somministrata alcuna procedura significativa non va indicato un codice CHOP.

A titolo di esempio (elenco non esaustivo):

- esami radiologici convenzionali
- ECG (a riposo, di lunga durata o sotto sforzo)
- prelievo ematico ed esami di laboratorio
- terapie farmacologiche **ad eccezione** di
 - terapie citostatiche, immunoterapie, trombolisi, fattori della coagulazione, prodotti ematici
 - medicinali costosi (codice ATC).

Caso particolare della riabilitazione paraplegiologica

Il trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso (93.87) è possibile sia per la somatica acuta sia per la riabilitazione. Per tale ragione, per la riabilitazione paraplegiologica non viene codificata *alcuna prestazione di base* del capitolo 18 CHOP. Le risorse infermieristiche sono rilevate con il codice 99.C1.- (Trattamento infermieristico complesso) e non con il codice BB.1- (Risorse supplementari nella riabilitazione).

Vengono registrati:

- 93.87 Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso
- misurazioni inerenti le funzioni della vita quotidiana e la multimorbilità – CHOP AA
- l’assegnazione ai gruppi di prestazioni ST Reha nel quadro di una limitazione funzionale del sistema nervoso 93.19 Esercizi, NAC (solo per il 2019)
- altre prestazioni da codificare:
 - 99.C1 Trattamento infermieristico complesso
 - 93.9F Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria
 - e altre.

Esempi e spiegazioni

DP	TP Prestazioni di base (BA) = 8 tipi di riabilitazione o riabilitazione paraplegiologica (93.87)
Diagnosi principale = diagnosi che richiede una riabilitazione	BA.1 Riabilitazione neurologica BA.2 Riabilitazione psicosomatica BA.3 Riabilitazione polmonare BA.4 Riabilitazione cardiologica BA.5 Riabilitazione muscoloscheletrica BA.6 Riabilitazione internistica o oncologica BA.7 Riabilitazione pediatrica BA.8 Riabilitazione geriatrica 93.87.- Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso

Negli esempi che seguono, vanno codificati quale diagnosi secondaria U50.- e/o U51.- secondo la documentazione medica.

Esempio 1: riabilitazione neurologica

Un paziente viene trasferito in riabilitazione stazionaria a seguito di un infarto dell'arteria cerebrale media con emiplegia flaccida. Quale diagnosi secondaria sussiste una cardiopatia coronarica di due vasi trattata a livello farmacologico. Dal punto di vista infermieristico, il paziente necessita di risorse supplementari documentate che eccedono la prestazione di base di 73 punti risorse. Inoltre, nel corso della riabilitazione, viene effettuata una visita a domicilio per accertare la situazione domestica e stabilire ulteriori obiettivi di riabilitazione e misure.

DP	I63.4	Infarto cerebrale da embolia delle arterie cerebrali
DS	Z50.8!	Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative
DS	G81.0	Emiplegia flaccida ed emiparesi
DS	I25.12	Cardiopatia aterosclerotica: malattia di due vasi
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.1	Riabilitazione neurologica
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	BB.18	Risorse supplementari nella riabilitazione, da almeno 71 a 80 punti risorse
TS	93.89.D2	Visita diagnostica a domicilio quale parte degli accertamenti riabilitativi acuti o riabilitativi, durata da più di 4 ore a 6 ore
GP	93.19	Esercizi, NAC

Esempio 2: riabilitazione psicosomatica

Un paziente entra in riabilitazione stazionaria a causa di dolori alla schiena persistenti di origine non chiara che non possono essere tenuti sotto controllo in setting ambulatoriale. Vengono trattati, secondo documentazione, un uso eccessivo di antidolorifici e di sonniferi nonché un episodio depressivo diagnosticato nel corso della riabilitazione.

DP	F45.0	Disturbo da somatizzazione
DS	M54.5	Dolore lombare
DS	F32.9	Episodio depressivo non specificato
DS	F13.1	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici: abuso nocivo
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.2	Riabilitazione psicosomatica
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
GP	93.89.09.	Riabilitazione, NAC

Esempio 3: riabilitazione polmonare

Ammissione di un paziente afflitto da pneumopatia cronica ostruttiva di grado Gold II provocata da abuso di nicotina annoso e persistente con infezione acuta delle vie respiratorie inferiori. Ulteriori diagnosi secondarie secondo la documentazione medica.

Dato il protrarsi della terapia antibiotica e il verificarsi di occasionali sensazioni di soffocamento, viene praticata una broncoscopia con lavaggio broncoalveolare. In presenza di insufficienza respiratoria, a sostegno della respirazione, si esegue una ventilazione CPAP per tre giorni. Sul versante infermieristico e terapeutico il paziente partecipa a coaching di stop al fumo e di terapia respiratoria. La terapia respiratoria quotidiana intensiva richiede risorse supplementari documentate per 35 punti risorse.

DP	J44.01	Pneumopatia ostruttiva cronica con infezione acuta delle vie respiratorie inferiori VEMS1 $\geq 35\%$ e $< 50\%$ del valore normale
DS	Z50.8:	Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative
DS	F17.1	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco: abuso nocivo
DS	J96.99	Insufficienza respiratoria non specificata
DS	I10.90	Iperensione essenziale, non specificata: senza menzione di crisi ipertensiva
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.3	Riabilitazione polmonare
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	AA.31	Test del cammino di 6 minuti
TS	BB.14	Risorse supplementari nella riabilitazione, da almeno 31 a 40 punti risorse
TS	33.24.11	Tracheobroncoscopia (flessibile) (rigida) con lavaggio broncoalveolare
TS	93.9G.11	Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, CPAP, impostazione iniziale, fino a 3 giorni
GP	93.9A.00	Riabilitazione respiratoria, NAS

Esempio 4: riabilitazione cardiologica

Trasferimento di un paziente da reparto di cure acute dopo infarto subendocardico in presenza di coronaropatia di due vasi. Il paziente soffre di obesità morbida rilevante per il trattamento.

DP	I21.4	Infarto miocardico acuto subendocardico
DS	Z50.0!	Riabilitazione cardiaca
DS	I25.12	Cardiopatía aterosclerotica, malattia di due vasi
DS	E66.89	Obesità non specificata
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.4	Riabilitazione cardiologica
TS	AA.1	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
GP	93.36.00	Riabilitazione cardiologica, NAS

Esempio 5: riabilitazione muscoloscheletrica

Un paziente viene inviato dal medico di famiglia in riabilitazione stazionaria con artrosi al ginocchio post-traumatica associata a dolori lombari in fase di scarico. Nel trattamento stazionario confluiscono l'accertamento e il trattamento delle malattie concomitanti. La terapia è centrata sul trattamento analgesico accompagnato da ricondizionamento muscolare.

DP	M17.3	Altre gonartrosi post-traumatiche
DS	M54.5	Dolore lombare
DS	E11.90	Diabete mellito, tipo 2: senza complicazioni, non menzionato come scompensato
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.5	Riabilitazione muscoloscheletrica
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
GP	93.89.09	Riabilitazione, NAC

Esempio 6: riabilitazione internistica o oncologica

Un paziente con carcinoma bronchiale del lobo superiore e rigonfiamento dei linfonodi in diverse regioni entra in riabilitazione stazionaria dopo il ricovero in un ospedale per cure acute. La chemioterapia iniziata nel reparto di cure acute viene portata avanti. L'obiettivo del trattamento è migliorare la funzionalità corporea (ricondizionamento). Nel corso della degenza, nell'ospedale per cure acute ha luogo una discussione interdisciplinare del caso in assenza del paziente.

DP	C34.1	Tumore maligno: lobo o bronco superiore
DS	Z50.8!	Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative
DS	C77.8	Linfonodi di regioni multiple Metastasi linfonodali di regioni multiple
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.6	Riabilitazione internistica o oncologica
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	89.93 Esterno ambulatoriale	Colloquio interdisciplinare per casi oncologici (tumor board)
GP	93.89.09	Riabilitazione, NAC

Esempio 7: riabilitazione pediatrica

Ammissione di un bambino a seguito di encefalomyelitis per la riabilitazione in presenza di disfunzioni cerebrali organiche residue dovute alla malattia con deficit funzionali e crisi epilettiche recidivanti. Il trattamento infermieristico e terapeutico richiede notevoli risorse supplementari quantificate, secondo documentazione, in 139 punti risorse. Per condurre la riabilitazione sono eseguite periodicamente misure diagnostiche.

DP	G04.9	Encefalite, mielite ed encefalomyelitis non precisate
DS	Z50.8!	Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative
DS	G40.8	Altre epilessie
DS	F06.8	Altri disturbi mentali organici non precisati dovuti a lesione o disfunzione cerebrale o a malattia somatica
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.7	Riabilitazione pediatrica
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily living (ADL)
TS	AA.21-	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	BB.1C	Risorse supplementari nella riabilitazione, da almeno 101 a 150 punti risorse
GP	93.89.09	Riabilitazione, NAC

Esempio 8: riabilitazione geriatrica

Un paziente polimorbido entra in riabilitazione dopo il trattamento in ospedale per cure acute con dolori alla schiena associati a irradiazioni radicolari dolorose e segni di paralisi. *Codifica delle diagnosi secondarie secondo la documentazione medica.*

Nel corso della riabilitazione, viene effettuata una visita a domicilio per accertare la situazione domestica e per stabilire gli obiettivi e le misure ulteriori di riabilitazione.

DP CDP (Complemento alla diagnosi principale)	M48.06 G55.3*	Stenosi del canale midollare: zona lombare. Compressioni delle radici nervose e dei plessi in altre malattie della colonna e dorsopatie (M45-M46 †, M48.- †, M53-M54 †)
DS	Z 50.8!	Trattamenti implicanti l'uso di altre tecniche riabilitative
DS	E03.9	Ipotiroidismo non specificato
DS	I50.13	Insufficienza ventricolare sinistra con disturbi su sforzo lieve
DS	E11.72 †	Diabete mellito, tipo 2: con altre complicazioni multiple, non menzionato come scompensato
DS	G63.2*	Polineuropatia diabetica
DS	N08.3*	Disturbi glomerulari in diabete mellito
DS	N18.3	Malattia renale cronica, stadio 3
DS	I10.00	Ipertensione essenziale benigna: senza menzione di crisi ipertensiva
DS	E44.1	Malnutrizione proteico-energetica di grado lieve
DS	E55.9	Deficit di vitamina D non specificata
DS	U50.-	Limitazione funzionale motoria
DS	U51.-	Limitazione funzionale cognitiva
TP	BA.8	Riabilitazione geriatrica
TS	AA.1-	Strumenti di misurazione riguardanti l'Activity of daily li- ving (ADL)
TS	AA.21-	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
TS	93.89.D2	Visita diagnostica a domicilio quale parte degli accerta- menti riabilitativi acuti o riabilitativi, durata da più di 4 ore a 6 ore
GP in questo caso: altri	93.89.09.	Riabilitazione, NAC

Editore: Ufficio federale di statistica (UST)
Informazioni: Segreteria di codifica: codeinfo@bfs.admin.ch
Redazione: ambito classificazioni mediche
Serie: Statistica della Svizzera
Settore: 14 Salute
Testo originale: tedesco
Tradizione: Servizi linguistici dell'UST
Copyright: UST, Neuchâtel 2018
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali,
con citazione della fonte.
Prezzo: gratuito
Download: www.statistica.admin.ch (gratuito)