Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale di statistica UST
Divisione Salute e affari sociali

14 Salute dicembre 2018

Circolare per codificatori: 2019 / N 1

1. Nozioni generali

1.1. Strumenti di codifica in vigore

Dal 1° gennaio 2019 vanno utilizzati i seguenti strumenti di codifica:

- Manuale di codifica medica. Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2019
- Supplemento del manuale di codifica medica, versione 2019: regole di codifica per la riabilitazione
- Circolare per le codificatrici ed i 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

Gli strumenti di codifica medica sono disponibili su www.bfs.admin.ch:
Ufficio federale di statistica -> Trovare statistiche -> Salute -> Classificazioni e codifica mediche -> Strumenti di codifica medica -> Strumenti in vigore per la codifica medica, per anno

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

Basi legali:

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

1.1.1 Versioni di riferimento

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

1.1.2 Circolare e allegato

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

- Circolare per codificatori, 2019 / n. 1: fine dicembre 2018 (da utilizzare per i casi con dimissioni dal 1° gennaio 2019).
- Circolare per codificatori, 2019 / n. 2: fine giugno 2019 (da utilizzare per i casi con dimissioni dal 1° luglio 2019).

1.2. Domande sulla codifica

1.2.1. Procedura

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

Anche le divergenze di codifica e i casi di revisione devono essere inviati a CodeInfo@bfs.admin.ch (con copia all'altra parte), con **la documentazione anonimizzata completa del paziente, le argomentazioni e la codifica di entrambe le parti.**

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

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

1.2.2. Anonimizzazione

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

- cognome, nome
- giorno e mese di nascita
- indirizzo
- dati per la corrispondenza (numeri telefonici ecc.)

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

2. Informazioni supplementari sul Manuale di codifica 2019

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

2.1. S0102c Sepsi e Allegato

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Dal 1° gennaio 2019, per la sepsi negli adulti valgono le regole riviste, illustrate nel seguente documento: http://www.swissdrg.org/application/files/7915/3742/7951/Kodierrichtlinie_Sepsis_i.pdf

L'inserimento di tali regole nel Manuale di codifica è previsto per il 2020.

Sono in corso lavori di adeguamento della definizione di sepsi nei bambini sulla base del documento «*The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*». Le nuove definizioni saranno introdotte alla conclusione dei lavori, in ogni caso non prima del 2020.

Per i bambini fino a 16 anni compiuti, valgono attualmente i criteri di disfunzione d'organo secondo Goldstein, vedi: Pediatr Crit Care Med. 2005 Jan; 6(1): 2 – 8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=15636651 «International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics».

2.2. S1001g Ventilazione meccanica

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il paragrafo «Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)» della regola di codifica S1001g va adeguato come di seguito precisato.

Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)
Il gruppo di elementi 93.9F.1- «Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria di neonati e lattanti»
~~Il codice 93.9C.– – Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria di neonati e lattanti~~ va utilizzato solo in neonati e lattanti, indipendentemente dalla durata del trattamento. In caso di assistenza respiratoria immediata dopo il parto, questo codice va indicato solo se essa dura almeno 30 minuti.
Se adulti, bambini o adolescenti sono trattati con la CPAP per disturbi come ad esempio apnea del sonno, polmonite, edema polmonare ecc., non sono rilevati né codice né le ore di ventilazione, indipendentemente dal fatto che la misura sia eseguita in un'unità di cure intensive o meno.
L'impostazione iniziale di una ventilazione positiva tramite maschera CPAP o BiPAP o il controllo e l'ottimizzazione di un'impostazione in essere vanno codificati con i seguenti gruppi di elementi: 93.9G.1- «Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, CPAP, impostazione iniziale, secondo la durata», 93.9G.2- «Ventilazione a

pressione positiva tramite maschera, CPAP, controllo e ottimizzazione di un'impostazione in essere, secondo la durata», 93.9G.3- «Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, BiPAP, impostazione iniziale, secondo la durata», 93.9G.4- «Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, BiPAP, controllo e ottimizzazione di un'impostazione in essere, secondo la durata».
~~L'impostazione iniziale di una CPAP/BIPAP (non significa l'accensione di un apparecchio) e il controllo o l'ottimizzazione di una CPAP/BIPAP precedentemente impostata vanno indicati con i rispettivi codici 93.9D.11 Impostazione iniziale di una CPAP o BiPAP per il trattamento dell'apnea del sonno e 93.9D.12 Controllo o ottimizzazione di una CPAP o BiPAP per il trattamento dell'apnea del sonno.~~

2.3. S1201g Chirurgia plastica - correzione di frase

Riguarda solo la versione francese, vedi Circulaire 2019 n° 1 FR.

3. Informazioni supplementari sulla CHOP 2019

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

3.1. Codifiche analoghe

- Terapia cellulare CAR-T
- Innesto di lembo microvascolare da muscolo o fascia alla mano

Il 31 luglio 2018 e 18 settembre 2018, d'intesa con l'UST, SwissDRG SA ha pubblicato codifiche analoghe. Queste codifiche per analogia devono essere applicate in modo vincolante e uniforme fino al momento della creazione di codici differenziati attraverso una procedura ordinaria di domanda. Sono valide a partire dalla pubblicazione e rilevanti per le eventuali revisioni della codifica.

http://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/sistema-802019/codifica-analogia

3.2. 00.4G.- Dispositivi di chiusura di vasi (plug vascolare)

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Per evitare confusione tra spirali endovascolari e plugs vascolari sono state inserite le informazioni supplementari di seguito riportate.

00.4G Inserzione di dispositivi di chiusura di vasi
ESCL. Numero di spirali endovascolari utilizzate (00.4A.-)
00.4G.1 Inserzione di plug vascolari, secondo il numero
00.4G.11 Inserzione di 1 plug vascolare
00.4G.12 Inserzione di 2 plugs vascolari
00.4G.13 Inserzione di 3 plugs vascolari
00.4G.14 Inserzione di 4 e più plugs vascolari

39.99.32 Intervento di occlusione mediante catetere del dotto arterioso di Botallo, con Amplatzer duct occluder
Cod. a.: Inserzione di plug vascolari, secondo il numero (00.4G.1-)

3.3. Distruzione di lesione o di tessuto osseo

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

La descrizione dei codici della categoria 77.6- «Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo» va ampliata in «Asportazione e distruzione locale di lesione o di tessuto osseo».

77.6 Asportazione e distruzione locale di lesione o di tessuto osseo
[…]
77.60 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto osseo, sede non specificata
77.61 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto della scapola, della clavicola, delle coste e dello sterno
[…]
77.61.00 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto della scapola, della clavicola, delle coste e dello sterno, NAS
77.61.10 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto della scapola e della clavicola
77.61.11 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di una costa
[…]
77.61.12 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto dello sterno
[…]
77.61.99 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto della scapola, della clavicola, delle coste e dello sterno, altro
77.62 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto dell'omero
[…]
77.62.00 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto dell'omero, NAS

[…]
77.62.99 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto dell'omero, altro
Z77.63 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di radio e ulna
[…]
77.63.00 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di radio e ulna, NAS
[…]
77.63.99 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di radio e ulna, altro
77.64 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di carpo e metacarpo
[…]
77.64.00 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di carpo e metacarpo, NAS
[…]
77.64.99 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di carpo e metacarpo, altro
77.65 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto del femore
[…]
77.65.00 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto del femore, NAS
[…]
77.65.99 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto del femore, altro
77.66 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto della rotula
[…]
77.66.00 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto della rotula, NAS
[…]
77.66.99 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto della rotula, altro
77.67 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di tibia e fibula
[…]
77.67.00 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di tibia e fibula, NAS
77.67.10 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto della tibia
77.67.11 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto della fibula
[…]
77.67.99 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di tibia e fibula, altro
77.68 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso
[…]
77.68.00 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso, NAS
77.68.10 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto del tarso
77.68.11 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto del metatarso
[…]
77.68.99 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso, altro
77.69 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di altre ossa, escluse quelle facciali
[…]
77.69.00 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di altre ossa specificate, escluse quelle facciali, NAS
77.69.10 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto delle falangi delle mani
77.69.12 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto delle ossa pelviche
77.69.13 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto delle falangi dei piedi
[…]
77.69.99 Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto di altre ossa specificate, escluse quelle facciali, altro

Per le ossa facciali e la colonna vertebrale vanno utilizzati codici specifici per rappresentare la distruzione di lesione o di tessuto osseo: 76.2X.20 «Distruzione di lesione delle ossa facciali», 7A.26 «Distruzione di lesione o tessuto osseo della colonna vertebrale».

3.4. Sostituto di corpo vertebrale e dispositivi intervertebrale d'artrodesi

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Nella strutturazione della categoria 7A.- «Interventi su ossa e articolazioni della colonna vertebrale» nella rappresentazione delle protesi e dei dispositivi sono stati dimenticati i dispositivi intervertebrali d'artrodesi. Nella catego-

ria a 3 cifre 7A.6- «Impianto, rimozione e revisione senza sostituzione di protesi e dispositivi nella colonna vertebrale» e nella sottocategoria 7A.A1.- «Numero di protesi e dispositivi impiantati, colonna vertebrale» devono quindi essere effettuate le correzioni di seguito riportate.

7A.63 ~~**Protesi di corpo vertebrale parziale**~~ **Sostituto di corpo vertebrale**
Cage quale sostituto di corpo vertebrale
Gabbie sintetiche quale sostituto di corpo vertebrale
INCL. Resezione di corpo vertebrale
7A.63.0 **Dettaglio della sottocategoria 7A.63**
7A.63.11 ~~**Impianto di protesi di corpo vertebrale parziale**~~ **Impianto di sostituto di corpo vertebrale**
7A.63.21 ~~**Impianto di protesi di corpo vertebrale parziale in caso di sostituzione di protesi**~~
Impianto di sostituto di corpo vertebrale in caso di sostituzione di dispositivo
7A.63.31 ~~**Rimozione di protesi di corpo vertebrale parziale**~~ **Rimozione di sostituto di corpo vertebrale**
7A.63.41 ~~**Revisione senza sostituzione, protesi di corpo vertebrale parziale**~~
Revisione senza sostituzione, sostituto di corpo vertebrale

7A.64 **Protesi di corpo vertebrale**
INCL. Resezione di corpo vertebrale
[…]
7A.65 ~~**Sostituto di corpo vertebrale**~~ **Dispositivi intervertebrale d'artrodesi**
Cage quale dispositivo intervertebrale d'artrodesi
~~Dispositivo intervertebrale d'artrodesi~~
Gabbie sintetiche quale dispositivo intervertebrale d'artrodesi
7A.65.0 Dettaglio della sottocategoria 7A.65
7A.65.11 ~~**Impianto di sostituto di corpo vertebrale**~~ **Impianto di dispositivo intervertebrale d'artrodesi**
7A.65.21 ~~**Impianto di sostituto di corpo vertebrale in caso di sostituzione di dispositivo**~~
Impianto di dispositivo intervertebrale d'artrodesi in caso di sostituzione di dispositivo
7A.65.31 ~~**Rimozione di sostituto di corpo vertebrale**~~ **Rimozione di dispositivo intervertebrale d'artrodesi**
7A.65.41 ~~**Revisione senza sostituzione, sostituto di corpo vertebrale**~~
Revisione senza sostituzione, dispositivo intervertebrale d'artrodesi
[…]
7A.A1 **Numero di protesi e dispositivi impiantati, colonna vertebrale**
[…]
7A.A1.3 ~~**Numero di protesi di corpo vertebrale parziali impiantate**~~
Numero di sostituti di corpo vertebrale impiantati
7A.A1.31 ~~**1 protesi di corpo vertebrale parziale impiantata**~~ **1 sostituto di corpo vertebrale impiantato**
7A.A1.32 ~~**2 protesi di corpo vertebrale parziali impiantate**~~ **2 sostituti di corpo vertebrale impiantati**
7A.A1.33 ~~**3 protesi di corpo vertebrale parziali impiantate**~~ **3 sostituti di corpo vertebrale impiantati**
7A.A1.34 ~~**4 protesi di corpo vertebrale parziali impiantate**~~ **4 sostituti di corpo vertebrale impiantati**
7A.A1.35 ~~**5 e più protesi di corpo vertebrale parziali impiantate**~~ **5 e più sostituti di corpo vertebrale impiantati**
[…]
7A.A1.5 ~~**Numero di sostituti di corpo vertebrale impiantati**~~
Numero di dispositivo intervertebrale d'artrodesi impiantato
Cage quale dispositivo intervertebrale d'artrodesi
Gabbie sintetiche quale dispositivo intervertebrale d'artrodesi
7A.A1.51 ~~**1 sostituto di corpo vertebrale impiantato**~~ **1 dispositivo intervertebrale d'artrodesi impiantato**
7A.A1.52 ~~**2 sostituti di corpo vertebrale impiantati**~~ **2 dispositivi intervertebrale d'artrodesi impiantati**
7A.A1.53 ~~**3 sostituti di corpo vertebrale impiantati**~~ **3 dispositivi intervertebrale d'artrodesi impiantati**
7A.A1.54 ~~**4 sostituti di corpo vertebrale impiantati**~~ **4 dispositivi intervertebrale d'artrodesi impiantati**
7A.A1.55 ~~**5 e più sostituti di corpo vertebrale impiantati**~~
5 e più dispositivi intervertebrale d'artrodesi impiantati

3.5. 7A.A2 Growing rod

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Nel codice 7A.A2, al fine di evitare confusioni, nella descrizione complementare «sistema a viti e barre» è stato aggiunto l'aggettivo «allungabile». Questo codice non va utilizzato per il semplice materiale di osteosintesi. I sistemi a viti e barre per osteosintesi vanno rappresentati con il codice 7A.A4.15 «Materiale di osteosintesi utilizzato, colonna vertebrale, sistema a viti e barre».

7A.A2 Impianto di sistemi allungabili o espansibili, colonna vertebrale
Growing rod
Sistema a viti e barre allungabile

3.6. 81.82.45 Ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori

Riguarda solo la versione francese. - vedi: Circulaire 2019 nº 1.

3.7. 89.0A.32 Consulenza e terapia dietetica

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Nella nota del codice 89.0A.32 «Consulenza e terapia dietetica» va ripresa la precisazione di seguito riportata.

89.0A.32 Consulenza e terapia dietetica
Nota: Le consulenze e la terapia dietetica sono fornite da un consulente dietetico diplomato SS/SUP in almeno 2 unità terapeutiche e comprendono complessivamente:
1. Bilancio, diagnosi, intervento, monitoraggio e valutazione alimentari, documentazione inclusa;
2. Almeno un accordo (orale o scritto) con il medico curante;
3. Almeno un contatto in reparto con il paziente o tramite i familiari.

3.8. 93.85.- Riabilitazione professionale e riabilitazione al lavoro

Riguarda le versioni linguistiche tedesca e italiana.

Il punto 4 dei requisiti minimi della sottocategoria 93.85.- «Riabilitazione professionale e riabilitazione al lavoro» va corretto come di seguito indicato.

Requisiti minimi punto 4, trattamento:
La terapia include un training orientato alla professione o un training sull'ergonomia (work hardening).
Per il raggiungimento degli obiettivi inerenti alle attività e al lavoro sono applicate almeno tre delle procedure terapeutiche da «a» a ~~«d»~~ «g» in combinazioni specifiche per il paziente:
a. Terapia di training medico individuale per il miglioramento dei deficit rilevanti per il lavoro. Include fisioterapia o ergoterapia specialistica (formazione in valutazione delle capacità funzionali, anamnesi lavorativa, work hardening/conditioning)
b. Simulazione del lavoro (training di sequenze complesse di movimenti rilevanti per il lavoro)
c. Consulenza socio-giuridica e consulenza professionale/lavorativa con valutazione delle possibilità nella professione originaria o in altre professioni tramite valutazioni riconosciute
d. Educazione al dolore
e. Adeguamento di mezzi ausiliari per lo svolgimento della professione e relativo training
f. Trattamento psicologico/psicoterapeutico in caso di necessità
g. Approccio cognitivo-comportamentale

3.9. 3.7. Requisiti minimi del gruppo 93.89.1- Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

I requisiti minimi del gruppo 93.89.1- «Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento» vanno adeguati come di seguito precisato.

Per quanto concerne le modifiche al requisito minimo punto 3 «Terapia», rammentiamo che la durata assoluta del trattamento non aumenta. D'ora in poi si terrà presente che la terapia intensiva si svolge in stretta collaborazione con le cure riabilitative e la terapia funzionale, alle quali è complementare. La cura è riconosciuta come parte integrante della «terapia». Le formulazioni utilizzate finora «Viene fatto ricorso ad almeno due dei settori terapeutici di cui sopra» e «Il ricorso ai settori terapeutici ha luogo […] almeno 300 minuti al giorno» non rappresentavano correttamente l'impiego effettivo delle risorse terapeutiche. La nuova densità terapeutica è uguale ad almeno 360 minuti al giorno. Sono parte integrante di queste 6 ore almeno 2 ore di cure riabilitative, 7 giorni su 7, oltre ad almeno 2 ore di terapia funzionale, 5 giorni su 7.

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

Cod. a.: Se il trattamento è eseguito in una IMCU: Trattamento complesso dell'adulto/in età infantile in unità di terapia intermedia (IMCU), secondo il numero di punti risorse (99.B8.1-, 99.B8.2-)
Una contemporanea (continua o intermittente) attività diagnostica o terapeutica acuta va codificata separatamente.

ESCL Omettere il codice - Prestazione di base nella riabilitazione (BA.-)
Omettere il codice - Riabilitazione geriatrica acuta (93.89.9-)
Omettere il codice - Riabilitazione precoce interdisciplinare, secondo il numero di giorni di trattamento (93.86.-)
Omettere il codice - Risorse supplementari nella riabilitazione (BB.-)
Omettere il codice - Trattamento riabilitativo paraplegiologico complesso (93.87-)

Nota: Requisiti minimi punto 0, definizione e documento di riferimento:
Per riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica si intende la fase particolarmente intensiva della riabilitazione neurologica in pazienti con danni gravi o gravissimi al sistema nervoso dopo il trattamento acuto o in pazienti con esacerbazione acuta di malattie croniche preesistenti.
Per dettagli sull'indicazione e sulle condizioni strutturali e personali si rimanda al documento di riferimento «Referenzdokument V 19.10.2018 zu CHOP Kode 93.89.1 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation», disponibile all'indirizzo https://www.swissneuro.ch/Fachinformationen.

Requisiti minimi punto 1, limite di età:
Questo codice va utilizzato per pazienti dai 2 anni compiuti.

Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:
All'inizio della riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica e con cadenza settimanale nel corso del trattamento viene effettuata una valutazione con relativa documentazione in base all'indice di Barthel, variante di Schönle (finora l'indice di Barthel non è stato validato per bambini e adolescenti), per rilevare e valutare i deficit funzionali. L'indice di riabilitazione precoce di Barthel, variante di Schönle, del paziente ammonta al massimo a 30 punti (il calcolo dell'indice di Barthel modificato da Schönle per la riabilitazione precoce è allegato all'ICD-10-GM).
Se nel corso del trattamento viene misurato un indice di riabilitazione precoce di Barthel superiore a 30, è necessario effettuare un controllo dopo una settimana (7 giorni); se anche in questo controllo l'indice è superiore a 30, i presupposti per l'uso di questo codice di riabilitazione precoce non sono più soddisfatti. Un'unica misurazione dell'indice di riabilitazione precoce di Barthel superiore a 30 non è sufficiente per definire non soddisfatti i presupposti del codice della riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica.

Requisiti minimi punto 3, terapia:
1. ~~a) Cure da parte di personale infermieristico con formazione specifica nel campo della riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica~~
Cure riabilitative (cure di stimolo e sostegno, ad es. rieducazione all'igiene personale, al vestirsi, all'alimentarsi, alla continenza, all'orientamento, alla deglutizione, gestione della tracheostomia, misure di isolamento ecc.) per almeno 2 ore al giorno, 7 giorni su 7, in aggiunta alle cure di base e alle cure mediche.

2. ~~b Disponibilità dei seguenti settori terapeutici: fisioterapia/ginnastica medica, terapia fisica, ergoterapia, neuropsicologia, logopedia/terapia facio-orale, - cure a scopo terapeutico (rieducazione all'igiene personale, al vestirsi, all'alimentarsi, alla continenza, all'orientamento, alla deglutizione, gestione della tracheostomia, misure di isolamento, ecc.).~~
Terapia funzionale per almeno 2 ore al giorno, 5 giorni su 7, somministrata spesso congiuntamente da più terapisti (trattamento doppio) con ricorso ad almeno 2 dei settori terapeutici elencati al punto 4.2.
~~c) Viene fatto ricorso ad almeno due dei settori terapeutici di cui sopra.~~
3. Cure riabilitative e terapia funzionale complessivamente per almeno 6 ore al giorno, con durata cumulata in caso d'intervento simultaneo di più terapisti. Per bambini e adolescenti possono essere conteggiate 2 ore al giorno di pedagogia curativa o speciale somministrate a sostegno delle cure riabilitative e della terapia funzionale.
Eventuali scostamenti nella durata possono verificarsi solo per ragioni specificamente riferite al paziente e devono essere documentati.
~~d) Il ricorso ai settori terapeutici ha luogo in varie combinazioni adattate al paziente per una media di almeno 300 minuti al giorno (in caso di impiego simultaneo di due o più collaboratori possono essere sommati i minuti di lavoro dei singoli collaboratori) nel corso della riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica.~~
4. Visite mediche almeno 5 giorni su 7.
~~e) All'occorrenza può essere eseguita in aggiunta una consulenza e terapia dietetica.~~
5. All'occorrenza si può inoltre ricorrere a diversi altri ambiti specialistici quali consulenza e terapia dietetica, ortottica ecc.

Requisiti minimi punto 4, team di trattamento:
Il team di riabilitazione precoce è composto da: vedi documento di riferimento per dettagli.
1. Direzione medica a cura di medico specialista in neurologia, neurochirurgia. In pediatria, la direzione medica incluse sostituzioni devono essere affidate a medici specialisti in pediatria con indirizzo in neuropediatria.
2. Terapisti in possesso di titolo di formazione nei seguenti ambiti terapeutici:
   - fisioterapia;
   - terapia fisica;
   - ergoterapia;
   - logopedia / terapia del tratto oro-facciale;
   - psicologia clinica e neuropsicologia.
   Per i bambini, inoltre:
   - pedagogia speciale e curativa.

3. Il personale infermieristico e i terapisti sono specificamente formati nel campo della riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica. Il team di riabilitazione precoce deve disporre in modo continuato delle necessarie competenze in ambito neurologico o neurochirurgico.
~~Team di riabilitazione precoce diretto da un medico specialista in neurologia, neurochirurgia, medicina fisica e riabilitativa o in medicina dell'infanzia e dell'adolescenza con specializzazione in neuropediatria, che disponga di almeno 3 anni di esperienza nella riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica.~~
~~Il team di riabilitazione precoce deve disporre in modo continuato della necessaria competenza neurologica o neurochirurgica.~~

Requisiti minimi punto 5, ~~infrastruttura~~ rilevazione: Se la riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica viene svolta in un'unità di terapia intermedia certificata dalla SSMI, deve essere indicato anche il numero di punti risorse secondo il codice CHOP 99.B8 Trattamento complesso dell'adulto/in età infantile in unità di terapia intermedia (IMCU).
~~Le ore di ventilazione assistita non vanno codificate ulteriormente.~~
Le ore di ventilazione assistita durante la Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica non vanno codificate.

Requisiti minimi punto 6, pianificazione e controllo della terapia: ~~Riunione settimanale del team con documentazione dei risultati ottenuti nella settimana e degli ulteriori obiettivi terapeutici.~~

1. Pianificazione iniziale della terapia e definizione degli obiettivi terapeutici con relativa documentazione.
2. Conferenze di team strutturate e riferite al paziente a cadenza regolare (almeno settimanali) con coinvolgimento di tutti i settori specialistici interessati e sotto direzione medica, con documentazione relativa alla settimana dei risultati ottenuti, inclusa documentazione degli obiettivi della riabilitazione.

Requisiti minimi punto 7, pianificazione della dimissione:
Proseguimento delle cure con introduzione e strutturazione del successivo trattamento in un'ulteriore riabilitazione o in un'unità di cura oppure continuazione delle cure a domicilio. È possibile ricorrere alla collaborazione di assistenza sociale.

3.10. Valutazione geriatrica standardizzata

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

La nota del codice 93.89.A- «Valutazione geriatrica standardizzata» va adeguata come di seguito indicato.

93.89.A Valutazione geriatrica standardizzata
Nota: Trattamento da parte di un team geriatrico diretto ~~da un medico specialista in medicina interna o in medicina generale con specializzazione in geriatria (FMH)~~ da un medico in possesso della specializzazione in geriatria (FMH).

3.11. 93.89.2- Riabilitazione acuta fisica medica

Riguarda solo le versioni francese e italiana.

Il punto 1 dei requisiti minimi del gruppo di elementi 93.89.2- «Riabilitazione acuta fisica medica, secondo il numero di giorni di trattamento» va corretto come di seguito specificato.

93.89.2 Riabilitazione acuta fisica medica, secondo il numero di giorni di trattamento
Nota: Requisiti minimi punto 1, accertamenti all'ammissione, valutazione:
Valutazione standardizzata nell'ottica della riabilitazione ~~precoce~~ acuta, per riconoscere e apprezzare i deficit funzionali con strumenti standardizzati specifici per la malattia, nonché per valutare le funzioni e le strutture corporee, le attività e la partecipazione e i fattori ambientali e personali secondo la classificazione ICF, con la definizione di obiettivi terapeutici o di prevenzione secondaria.

3.12. 93.9F.- Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Nel codice 93.9F.12 «Assistenza respiratoria mediante cannule nasali ad alto flusso (sistema HFNC) di neonati e lattanti» va inserita la nota di seguito riportata.

93.9F.12 Assistenza respiratoria mediante cannule nasali ad alto flusso (sistema HFNC) di neonati e lattanti
Nota: Per questa procedura non vanno rilevate le ore di respirazione assistita.

3.13. Diagnostica multiassiale per disturbi psichici dell'infanzia e dell'adolescenza [MAS]

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il punto 0 dei requisiti minimi del codice 94.16 «Diagnostica multiassiale per disturbi psichici dell'infanzia e dell'adolescenza [MAS]» e della sottocategoria 94.A3.- « Schema di classificazione multiassiale dei disturbi psichici dell'infanzia e dell'adolescenza [MAS], asse 6 valutazione globale» va soppresso.

94.16 Diagnostica multiassiale per disturbi psichici dell'infanzia e dell'adolescenza [MAS]]
Nota: ~~Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:~~
~~Per informazioni dettagliate sulla diagnostica multiassiale si rimanda al seguente documento. Titolo, versione e link saranno comunicati in un secondo tempo.~~

94.A3 Schema di classificazione multiassiale dei disturbi psichici dell'infanzia e dell'adolescenza [MAS], asse 6 valutazione globale

Nota: ~~Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:~~
~~Per informazioni dettagliate sulla diagnostica multiassiale si rimanda al seguente documento. Titolo, versione e link saranno comunicati in un secondo tempo.~~

3.14. 94.A1.- HoNOS Precisazione sui documenti di riferimento

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il punto 0 dei requisiti minimi della sottocategoria 94.A1.- «HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)» va completato come di seguito indicato.

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

Nota: Requisiti minimi punto 0, documenti di riferimento:
Criteri per il rilevamento del HoNOS per la struttura tariffaria TARPSY : Scala, glossario e convenzioni generali di valutazione. Versione 1.1 / 02.11.2016. Link: https://www.swiss-sdrg.org/it/psichiatria/rilevazione-dei-dati/statistica-medica
Per i pazienti psicogeriatrici, il rilevamento del HoNOS si fonda sul «Criteri per il rilevamento del HoNOS 65+ per la struttura tariffaria TARPSY. Versione 30.11.2018. Link: https://www.swissdrg.org/it/psichiatria/rilevazione-dei-dati/statistica-medica

3.15. Trasfusione di concentrati piastrinici

Riguarda solo la versione linguistica francese, vedi Circulaire 2019 n° 1.

3.16. Trasfusione di plasma

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Le descrizioni complementari nei gruppi di elementi 99.07.2- e 99.07.3- per la rappresentazione della trasfusione di plasma vanno adeguate come di seguito indicato.

99.07.2 Trasfusione di plasma fresco congelato (qFFP/PFC quarantenato)

~~Fresh Frozen Plasma (qFFP)~~
Plasma fresco congelato (Fresh Frozen Plasma FFP) proveniente da plasmaferesi e donazioni di sangue intero, posto in quarantena (qFFP/PFC quarantenato)
~~Plasma normale~~

99.07.3 Trasfusione di plasma fresco congelato patogeno-inattivato (piFFP/PFC inattivato)

Pathogen inactivated fresh frozen plasma (piFFP) da plasma-pool
Plasma da plasma-pool

3.17. Trattamento infermieristico complesso

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il punto 3 dei requisiti minimi della sottocategoria 99.C1.- «Trattamento infermieristico complesso, secondo il numero di punti risorse» va modificato come di seguito precisato.

99.C1 Trattamento infermieristico complesso, secondo il numero di punti risorse

Nota: Requisiti minimi punto 03, profilo di intervento infermieristico (complessi, raggruppamenti di prestazioni): I profili di intervento infermieristico sono legati a specifici criteri di misurazione / requisiti minimi.
Esempio: 4 volte al giorno, 1 ora al giorno.
~~Gli interventi infermieristici conformi ai profili di intervento infermieristico definiti vengono eseguiti esclusivamente da personale infermieristico diplomato~~

Gli interventi infermieristici secondo profili d'intervento definiti vengono eseguiti da personale infermieristico diplomato o da personale curante sotto la responsabilità o la sorveglianza di personale infermieristico diplomato.

3.18. AA.- Strumenti di misurazione per la riabilitazione

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il punto 3 «rilevazione» della nota delle sottocategorie AA.11.- «Indice de Barthel ampliato (EBI)», AA.21.- «Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)», AA.31.- «Test del cammino di 6 minuti» e AA.32.- «Spinal Cord Independence Measure (SCIM)» va adeguato come di seguito indicato.

AA.11 Indice de Barthel ampliato (EBI)

Nota: Punto 3, rilevazione:
I codici vanno rilevati al momento dell'ammissione, entro 3 giorni~~, nonché per tutta la durata della riabilitazione stazionaria sempre lo stesso giorno della settimana dell'ammissione (dom.-ven. tolleranza + 1 giorno, sab. tolleranza + 2 giorni)~~. nonché al momento della dimissione, ossia non prima dei 3 giorni che precedono l'uscita.
Ciascun criterio è classificato tra 3 e 5 gradi di gravità che vanno da 0 («Massima dipendenza») a 4 («Massima indipendenza»). I livelli vanno rappresentati esattamente secondo le definizioni dell'EBI fornite dall'ANQ. La scala di punteggio delle definizioni dell'EBI fornite dall'ANQ non corrisponde quella dell'ICD-10-GM.

AA.21 Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Nota: Punto 3, rilevazione:
I codici vanno rilevati al momento dell'ammissione, entro 3 giorni, ~~nonché per tutta la durata della riabilitazione stazionaria sempre lo stesso giorno della settimana dell'ammissione (dom.-ven. tolleranza + 1 giorno, sab. tolleranza + 2 giorni).~~ nonché al momento della dimissione, ossia non prima dei 3 giorni che precedono l'uscita.
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 3, rilevazione:
I codici vanno rilevati al momento dell'ammissione, entro 3 giorni, ~~nonché per tutta la durata della riabilitazione stazionaria sempre lo stesso giorno della settimana dell'ammissione (dom.-ven. tolleranza + 1 giorno, sab. tolleranza + 2 giorni)~~ nonché al momento della dimissione, ossia non prima dei 3 giorni che precedono l'uscita. Ad ogni rilevazione va inserito uno dei 4 codici disponibili. La distanza percorsi in metri va tradotta nel corrispondente intervallo in conformità alla definizione del test del cammino di 6 minuti.

AA.32 Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

Nota: Punto 3, rilevazione:
I codici vanno rilevati al momento dell'ammissione, entro 3 giorni, ~~nonché per tutta la durata della riabilitazione stazionaria sempre lo stesso giorno della settimana dell'ammissione (dom.-ven. tolleranza + 1 giorno, sab. tolleranza + 2 giorni)~~ nonché al momento della dimissione, ossia non prima dei 3 giorni che precedono l'uscita. Ciascun criterio è classificato tra 3 e 9 gradi di gravità a partire da 0 («Massima dipendenza»). I livelli vanno rappresentati esattamente secondo le definizioni della SCIM II.

3.19. Prestazione di base nella riabilitazione

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Nella categoria BA.- «Prestazione di base nella riabilitazione» va inserito il requisito minimo di seguito riportato, che sostituisce i requisiti minimi delle categorie a 3 cifre.

BA Prestazione di base nella riabilitazione

Nota: Requisito minimo punto 0, documento di riferimento:
I requisiti delle prestazioni mediche descritte per la riabilitazione stazionaria sono riportati nel documento «Documento di riferimento al codice CHOP relativo all'infrastruttura e al personale BA.1-BA.8, versione 27.11.2018» in vigore dal 1° gennaio 2019. Tale documento è disponibile all'indirizzo: **https://www.fmh.ch/requisiti-st-reha#minimi**

BA.1 Riabilitazione neurologica

Nota: ~~Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:~~
~~I requisiti delle prestazioni mediche descritte per la riabilitazione stazionaria sono riportati nel seguente documento. Titolo, versione e link saranno comunicati in un secondo tempo.~~

BA.2 Riabilitazione psicosomatica

Nota: ~~Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:~~
~~I requisiti delle prestazioni mediche descritte per la riabilitazione stazionaria sono riportati nel seguente documento. Titolo, versione e link saranno comunicati in un secondo tempo.~~

BA.3 Riabilitazione polmonare

Nota: ~~Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:~~
~~I requisiti delle prestazioni mediche descritte per la riabilitazione stazionaria sono riportati nel seguente documento. Titolo, versione e link saranno comunicati in un secondo tempo.~~

BA.4 Riabilitazione cardiologica

Nota: ~~Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:~~
~~I requisiti delle prestazioni mediche descritte per la riabilitazione stazionaria sono riportati nel seguente documento. Titolo, versione e link saranno comunicati in un secondo tempo.~~

BA.5 Riabilitazione muscoloscheletrica

Nota: ~~Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:~~
~~I requisiti delle prestazioni mediche descritte per la riabilitazione stazionaria sono riportati nel seguente documento. Titolo, versione e link saranno comunicati in un secondo tempo.~~

BA.6 Riabilitazione internistica o oncologica

Nota: ~~Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:~~
~~I requisiti delle prestazioni mediche descritte per la riabilitazione stazionaria sono riportati nel seguente documento. Titolo, versione e link saranno comunicati in un secondo tempo.~~

BA.7 Riabilitazione pediatrica

Nota: ~~Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:~~
~~I requisiti delle prestazioni mediche descritte per la riabilitazione stazionaria sono riportati nel seguente documento. Titolo, versione e link saranno comunicati in un secondo tempo.~~

BA.8 Riabilitazione geriatrica

Nota: ~~Requisiti minimi punto 0, documento di riferimento:~~
~~I requisiti delle prestazioni mediche descritte per la riabilitazione stazionaria sono riportati nel seguente documento. Titolo, versione e link saranno comunicati in un secondo tempo.~~

3.20. Risorse supplementari nella riabilitazione

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

Il punto 3 dei requisiti minimi della categoria a 3 cifre BB.1- «Risorse supplementari nella riabilitazione, secondo i punti risorse» va completato come di seguito indicato.

BB.1 Risorse supplementari nella riabilitazione, secondo i punti risorse

Nota: Requisiti minimi punto 3, personale infermieristico e terapisti:
Il personale infermieristico e i terapisti che forniscono le prestazioni dispongono delle corrispondenti qualifiche professionali e dei relativi attestati. Per terapisti si intendono i fisioterapisti, gli ergoterapisti, i logopedisti e i psicologi.

3.21. Correzione nel allegato di Trattamento infermieristico complesso

Riguarda solo la versione tedesca, vedi Rundschreiben 2019, Nr. 1.

3.22. Correzione nell'allegato «BB.1- Risorse supplementari nella riabilitazione»

Riguarda tutte le versioni linguistiche.

L'allegato relativo alla categoria a 3 cifre BB.1- «Risorse supplementari nella riabilitazione» va sostituito dal documento di seguito riportato.

BB.1- Risorse supplementari nella riabilitazione

N.	Indicazione, ~~condizione~~	Prestazione	Criterio di misurazione (al giorno)	Punteggio
1	Prestazioni infermieristiche interdisciplinari riferite all'indicazione			
1.1	~~Condizione: trattamento diretto, a seconda dell'indicazione, da medico specialista in cardiologia, pneumologia, neurologia, medicina interna generale/oncologia, MFR, pediatria, psicosomatica nonché da specialista in geriatria~~	Igiene personale parziale/completa o mobilizzazione inclusa ulteriore assistenza infermieristica in base al deficit funzionale	Almeno 30 minuti di cure	1
		Monitoraggio specifico e controllo (es. in caso di stretta sorveglianza dei parametri vitali; controllo documentato di sistema VAD a ogni turno; monitoraggio di ulteriori parametri specifici)	Almeno 6 volte	4
		Istruzione all'igiene specifica dopo trapianto di cuore, polmone	Almeno 30 minuti di cure	1
		gestione specifica/complessa di medicamenti (es. medicamenti parenterali, infusioni, trasfusioni)	Almeno 30 minuti di cure	1
2	Malattie del sistema cardiocircolatorio			
2.1	In presenza di sistema di supporto cardiaco (VAD), dopo interventi alle valvole, dopo trapianto di cuore, in caso di endocardite ~~Condizione: trattamento diretto da medico specialista in cardiologia~~	Istruzione del paziente in fatto di VAD	Almeno 30 minuti di cure	1
		Fisioterapia respiratoria	Almeno 1 unità terapeutica	1
2.2	Insufficienza cardiaca NYHA III o EF< 30 ~~Condizione: trattamento diretto da medico specialista in cardiologia o in medicina interna generale con qualifica corrispondente, eventualmente anche in forma di consulenza~~	Controllo in fatto di peso/bilancio idrico e alimentazione in caso di insufficienza cardiaca	Almeno 30 minuti di cure o di consulenza dietetica	1
		Consulenza qualificata e istruzione in materia di insufficienza cardiaca	1 unità di istruzione	1
		terapia fisica decongestionante complessa incluso trattamento di compressione	Almeno 30 minuti	1
3	Sistema respiratorio			
3.1	Malattie con mobilizzazione delle secrezioni problematica, presenza di cannule tracheali, drenaggi toracici ~~Condizione: trattamento diretto da medico specialista in pneumologia, pediatria o medicina interna generale con qualifica corrispondente~~	Misure infermieristiche volte a favorire la ventilazione dei polmoni e/o l'espulsione delle secrezioni bronchiali.	Almeno 30 minuti di cure o di fisioterapia	1
		Cura di cannule tracheali e drenaggi toracici nonché istruzione del paziente nella gestione e nella cura di cannule tracheali.	Almeno 30 minuti di cure	1
3.2	Stato dopo trapianto di polmoni negli ultimi 3 mesi, ipertonia polmonare ~~Condizione: trattamento diretto da medico specialista in pneumologia~~	Fisioterapia specifica in caso di ipertonia polmonare (es. speciale training mentale per evitare la dispnea; speciale training sotto sforzo di 1 sola estremità in alternanza quotidiana) e dopo trapianto di polmoni (es. speciale programma di training in caso di mobilità toracica limitata; speciale training della forza della muscolatura accessoria della respirazione; terapia individuale nella stanza del paziente in caso di immunosoppressione)	Almeno 30 minuti	1
4	Sistema nervoso			
4.1	Malattie complesse del sistema nervoso centrale, es. stato dopo trauma cranico ~~Condizione: trattamento diretto da medico specialista in neurologia o MFR~~	Accertamento delle funzioni di deglutizione, respirazione e del linguaggio e relativa terapia specialistica	Almeno 30 minuti di terapia	1
		Robotica incluse le connesse prestazioni di diversi fisioterapisti	Almeno 1 unità terapeutica	2
		Fisioterapia specifica in caso di disabilità/deficit funzionali gravi secondo la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF). Il trattamento risulta essere particolarmente laborioso con la necessità di intervento congiunto di 2 fisioterapisti.	Almeno 1 unità terapeutica	1

BB.1- Risorse supplementari nella riabilitazione (Fine)

N.	Indicazione, ~~condizione~~	Prestazione	Criterio di misurazione (al giorno)	Punteggio
5	Lesioni - Stati postoperatori			
5.1	lesioni gravi o stati postoperatori (esclusa amputazione di estremità inferiore) ~~Condizione: trattamento diretto da medico specialista in MFR, ortopedico, chirurgo, eventualmente anche in forma di consulenza~~	Fisioterapia e ergoterapia specifiche a seconda del genere di lesione e di eventuali localizzazioni multiple, anche in forma di terapia individuale più volte al giorno.	Almeno 1 unità terapeutica	1
		Applicazione di drenaggio	Almeno 30 minuti di cure	1
5.2	Dopo amputazione di estremità inferiore Amputazione di estremità inferiore implicante assistenza protesica o ortoprotesica (il codice non riguarda la sola fornitura di calzature ortopediche). ~~trattamento diretto da medico specialista in MFR o in ortopedia e traumatologia.~~	Fisioterapia e ergoterapia specifiche in forma di terapia individuale incluso training per l'utilizzo di sedia a rotelle o di protesi nonché terapia di gruppo specifica	Almeno 1 unità terapeutica	1
		terapia del movimento in acqua (nuoto), impacchi	Almeno 1 unità terapeutica	1
6	Trattamento di ferita oneroso			
6.1	Interventi infermieristici nettamente più onerosi rispetto a quelli di routine.	Descrizione specifica della ferita con: – diagnosi e classificazione – durata e localizzazione – dimensione, margini, aree circostanti, cause, formazione di essudato, odore – segni d'infiammazione – dolore – documentazione fotografica	Almeno 30 minuti di cure	1
		trattamento di ferita consistente in: – pulizia e/o disinfezione – fasciatura con/senza fissazione del bendaggio	Almeno 30 minuti di cure	1
7	Limitazioni funzionali di natura psichica			
7.1	limitazioni funzionali di natura psichica	Necessità di maggiori risorse a causa di tendenze alla fuga, capacità di orientamento assente o limitata o compliance assente/limitata.	Singola risorsa almeno 30 minuti	1
8	Consulti intensivi			
8.1	Consulti intensivi	Consulti intensivi di infermieri, terapisti o medici con paziente/congiunti.	Durata di un consulto almeno 45 minuti	1

4. Allegato

4.1. Informazioni e precisazioni (ex FAQ)

La presente circolare contiene **tutte** le «Informazioni e precisazioni» valevoli dal 1° luglio 2018.

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) 1.1.2012 (valevole dal)
0998 1.1.2012
…
0852 01.07.2017 ecc.

0836 01.01.2019 Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria
In caso di utilizzo del codice ICD-10 GM Z95.80 «Portatore di sistema di circolazione assistita» va codificata in aggiunta la durata del trattamento tramite uno dei codici CHOP dei seguenti gruppi di elementi:
37.69.2- «Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso)»
37.69.4- «Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo, monoventricolare»
37.69.5- «Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, extracorporeo, biventricolare»
37.69.6- «Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, intracorporeo, monoventricolare e biventricolare»

0837 01.01.2019 Ossigenazione per palloncino dei neonati
L'ossigenazione per palloncino dei neonati con disturbi dell'adattamento non viene codificata. Non viene classificato nessun codice da 93.9F.1- «Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria di neonati e lattanti».

0838 01.01.2019 Cuffia dei rotatori
Appartengono alla cuffia dei rotatori i tendini dei seguenti muscoli:
- Muscolo sottospinato
- Muscolo sovraspinato
- Muscolo sottoscapolare
- Muscolo piccolo rotondo

Solo la ricostruzione plastica di questi tendini può essere codificata come ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori. Tale precisazione riguarda i codici 81.82.35 «Ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori, per via artroscopica» e 81.82.45 «Ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori, chirurgica a cielo aperto». Entrambi contengono la nota «La ricostruzione plastica della cuffia dei rotatori può essere codificata solo se vengono ricostruiti 2 o più tendini».

0839 01.01.2019 Rilevazione dei punti risorse del Trattamento infermieristico complesso
Alcuni cambiamenti intervenuti nella sottocategoria 99.C1.- «Trattamento infermieristico complesso, secondo il numero di punti risorse» nel passaggio dalla CHOP 2018 alla CHOP 2019 influiscono sulla rilevazione dei punti risorse. Si tratta, segnatamente, dell'inserimento di un gruppo di prestazioni supplementare – con il numero massimo di punti risorse rilevabili al giorno che aumenta da 6 a 7 – nonché dell'ampliamento della classificazione per punti (nella CHOP 2019 arriva fino a «801 e più punti risorse», mentre nella versione precedente si fermava a «66 e più punti risorse»).
Tali nuove condizioni si applicano a tutte le prestazioni somministrate a partire dall'entrata in vigore della CHOP 2019.
Per i casi con ammissione nel 2018 e dimissione nel 2019, ciò significa scegliere e registrare il pertinente codice dalla CHOP 2019 in base alla somma dei punti del trattamento infermieristico complesso secondo le regole CHOP 2018 fino al 31 dicembre 2018 più la somma dei punti del trattamento infermieristico complesso secondo le regole CHOP 2019 dal 1° gennaio 2019 alla data di dimissione.

0840 01.01.2019 Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento 93.89.9-
La seguente precisazione riguarda il gruppo di elementi 93.89.9- «Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento».

Come viene definito il rapporto di lavoro della direzione medica da parte di un titolare di una formazione specialistica in geriatria (FMH)?
Il titolare di una formazione specialistica in geriatria (FMH) deve essere attivo in prevalenza nell'unità geriatrica che fornisce la prestazione. Ciò significa che non può essere contemporaneamente preposto alla direzione medica in un altro ospedale o in ubicazioni nelle immediate vicinanze una dall'altra.

0841 01.01.2019 Trasformazione di sesso
I «Codificare anche» menzionati nella categoria a 3 cifre 64.5- «Interventi per trasformazione di sesso» non sono esaustivi. Per ogni intervento connesso a una trasformazione di sesso vanno utilizzati i codici della categoria 64.5-.

0842 01.01.2019 Spostamento di disco intervertebrale (ernia discale) cervicale o di altra localizzazione con mielopatia / radicolopatia
La patologia dell'ernia discale cervicale o di altra localizzazione con mielopatia o radicolopatia va rappresentata in modo preciso con i codici M50.2+ / M51.2+ e G99.2* / G55.1* (codici «croce» e codici «asterisco»).

0843 01.07.2018 Riabilitazione geriatrica acuta, secondo il numero di giorni di trattamento 93.89.9-
Dal 1° gennaio 2019, questa precisazione è sostituita dalla n. 0840.

0844 01.07.2018 93.57.13 / 93.57.14 Durata terapia VAC
I giorni di trattamento relativi a trattamenti VAC effettuati in contemporanea in sedi diverse non vengono sommati, ma la somma viene fatta per ogni sede.

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 .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.

0846 01.01.2018 Registrazione di un CIRS con punteggio totale pari a 0
Se rilevando il «Cumulative Illness Rating Scale» (CIRS) il punteggio totale è pari a 0, deve essere utilizzato il codice AA.21.11 «CIRS, 1-4 punteggio totale».

~~0847 01.01.2018 Introduzione della struttura tariffale (TARPSY) e regole di codifica~~
~~Questa precisazione è stata stralciata dalla circolare 2019 N. 1.~~

0848 01.01.2018 Codifica delle valutazioni nella riabilitazione
Se per un caso di riabilitazione vengono registrati codici della categoria AA.-«Strumenti di misurazione per la riabilitazione», devono essere registrati anche i codici ICD-10-GM corrispondenti. Più specificamente si intendono le categorie ICD-10-GM seguenti: U50.- «Limitazione funzionale motoria» e U51.- «Limitazione funzionale cognitiva».

0849 01.01.2018 Informazioni e precisazioni sulle cure palliative

Le precisazioni seguenti riguardano i gruppi di elementi 93.8A.2- «Trattamento medico palliativo complesso, secondo il numero di giorni di trattamento» e 93.8A.3- «Cure palliative specializzate, secondo il numero di giorni di trattamento». Sono state elaborate in stretta collaborazione tra il gruppo di lavoro «Tariffe delle cure palliative» (GL tariffe) di palliative.ch ed i rappresentanti degli assicuratori tarifsuisse SA e curafutura. Per maggiori informazioni sulla medicina palliativa si invita a consultare il sito Internet dell'Associazione Svizzera per la medicina, la cura e l'accompagnamento palliativi, www.palliative.ch.

0849/1: valutazione di base medico palliativa

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

93.8A.3-: Requisiti minimi punto 2, accertamenti all'ammissione, valutazione:
a) Esecuzione di una valutazione di base medico palliativa standardizzata, compresa la definizione della complessità e dell'instabilità.
[…]

La valutazione SENS è anch'essa un esame di base medico palliativa standardizzata?

La valutazione SENS copre i seguenti ambiti delle cure palliative: gestione dei sintomi, presa di decisione/preparazione alla end of life, organizzazione del networking, supporto ai congiunti. SENS integra tutti gli ambiti tematici dei correnti obiettivi, definizioni e modelli. Pertanto anche una valutazione SENS documentata va riconosciuta come valutazione di base medico palliativa standardizzata per i codici 93.8A.2- e 93.8A.3-.

Un singolo strumento di valutazione può valere come valutazione di base medico palliativa standardizzata?

L'applicazione di un solo strumento di valutazione (ad es. ESAS) per rilevare la dimensione corporale non va riconosciuto come 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.

0849/2: settori terapeutici

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

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

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

1. L'elenco dei settori terapeutici (assistenza sociale, pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza/terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia) è esaustivo sia per 93.8A.2- sia per 93.8A.3-.
2. Le riunioni del team interprofessionale conformemente a 0849/3 ed i tempi di percorrenza non sono conteggiati nelle sei ore.
3. I colloqui documentati con pazienti, congiunti e famiglia possono essere condotti da tutti i gruppi professionali elencati (medico, personale di cura, lavoro/pedagogia sociale, psicologia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza/terapia dietetica, assistenza spirituale, arteterapia). Tra essi rientrano anche le informazioni al paziente e ai suoi congiunti in ambito terapeutico.
4. I compiti di coordinamento specifici e documentati in stretta relazione con il processo terapeutico e consultivo nonché i colloqui con pazienti, congiunti e famiglia rientrano nelle sei ore.
5. Non c'è un termine definito per la durata terapeutica minima di un'unità terapeutica.

6. Il presupposto fondamentale per la codifica è la documentazione dei colloqui e delle terapie. Il tipo di terapia, la sua durata e la data dello svolgimento devono essere verbalizzate in modo comprensibile da tutti i gruppi professionali coinvolti.

0849/3: 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.

93.8A.3-: Requisiti minimi punto 5, pianificazione e controllo della terapia:
[…]
b) Riunione settimanale del team interprofessionale con documentazione dei risultati finora ottenuti e degli ulteriori obiettivi terapeutici.

Cosa si intende per riunione settimanale del team interprofessionale?
La riunione settimanale del team interprofessionale in caso di trattamento medico palliativo complesso e cure palliative specializzate è da intendersi nel modo seguente: **«settimanale»** si riferisce alla struttura e non al paziente, il che significa che all'interno dell'esercizio il team interprofessionale si riunisce almeno una volta alla settimana.

Esempio:
Il paziente è degente in ospedale per 10 giorni (da lunedì della prima settimana a mercoledì della seconda). Mercoledì della seconda settimana il paziente lascia l'ospedale o decede. Le riunioni del team si tengono sempre il giovedì. Il requisito minimo riferito alla struttura è soddisfatto anche per la seconda settimana.

Per **«interprofessionale»** si intende che alla riunione del team partecipano come minimo il medico, il gruppo di assistenza alle cure e un altro gruppo professionale.

~~**0849/4 Conteggio dei giorni di trattamento**~~
~~Questa precisazione è stata ripresa nella nota dei corrispondenti codici CHOP ed è stata quindi soppressa dalla Circolare 2019 / N 1.~~

0852 01.07.2017 D07 Interventi di follow-up pianificati
Nota bene in caso di revisione di cicatrice:
Una revisione di cicatrice è codificata conformemente alla regola S1201f «Chirurgia plastica» ed alla regola D06c «Sequele» esempio 2. La diagnosi principale Ustione (T20-T32) va indicata unicamente quando si tratta della fase acuta di trattamento di un'ustione.

0853 01.07.2017 Puntura transsettale mediante cateterismo
Se al punto 37.34.1- «Procedura di ablazione per tachiaritmia» viene eseguito un cateterismo transsettale, occorre codificare anche 37.90.21 «Puntura transsettale mediante cateterismo».

~~**0854 01.07.2017 83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori**~~
~~Questa precisazione è stata stralciata dalla circolare 2019 N. 1.~~

0855 01.07.2017 54.98.- Dialisi peritoneale
Si può usare un codice della sottocategoria 54.98.- «Dialisi peritoneale» anche laddove il/la paziente effettui la dialisi peritoneale da solo. Il materiale richiesto, per esempio soluzione di lavaggio, ecc., deve essere messo a disposizione dal reparto ospedaliero.

0856 01.07.2017 Codifica
La codifica deve essere realizzata secondo le direttive in vigore (manuale di codifica, circolare, CHOP e CIM-10 GM). La codifica non deve essere influenzata dall'orientamento in un determinato gruppo SwissDRG o un determinato gruppo di prestazioni (SPLG, gruppi di prestazioni ospedaliere).

0864 01.07.2016 Ossigenazione per palloncino dei neonati
Dal 1° gennaio 2019, questa precisazione è sostituita dalla n. 0837.

0869 01.01.2016 Interventi di revisione senza sostituzione di impianto

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

0871 01.01.2016 CHOP: Definizione di «endovascolare»

Un intervento endovascolare è un intervento a un vaso sanguigno senza incisione del punto trattato. Nei contenuti corrisponde al termine di procedura interventistica.
Per mezzo di un catetere, il medico pungendo un'arteria (solitamente all'inguine) raggiunge, grazie all'imaging, il punto da curare. In tale punto l'arteria può essere curata mediante cateteri speciali.

Esempi di interventi endovascolari sono:
- catetere a palloncino;
- aterectomia rotazionale;
- inserzione di un'endoprotesi;
- inserzione di uno stent;
- inserzione di uno stentgraft.

~~**0872 01.01.2016 J80.- Sindrome da distress respiratorio acuto dell'adulto (ARDS)**~~
~~Questa precisazione è stata stralciata dalla circolare 2019 N. 1.~~

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

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

~~**0881 01.07.2015 81.0- Artrodesi vertebrale**~~
~~Questa precisazione è stata stralciata dalla circolare 2019 N. 1.~~

~~**0882 01.07.2015 84.80.- Inserzione o sostituzione di dispositivo interspinoso**~~
~~Questa precisazione è stata stralciata dalla circolare 2019 N. 1.~~

0889 01.01.2015 Precisazione ECMO e compenso supplementare

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

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

0891 01.01.2015 Impingement dell'anca

La resezione della patologia CAM viene codificata come segue:
80.85.10 Asportazione o distruzione locale di lesione dell'articolazione dell'anca per via artroscopica
o *80.85.99 Altra asportazione o distruzione locale di lesione dell'articolazione dell'anca, altro* per l'intervento chirurgico a cielo aperto.

La resezione della patologia «pincer» viene codificata come segue:
81.40.16 Condroabrasione dell'anca, per via artroscopica

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

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

~~**0893 01.01.2015 03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3- Approccio chirurgico alla colonna vertebrale in caso di rimozione di mezzo di fissazione interna**~~
~~Questa precisazione è stata stralciata dalla circolare 2019 N. 1.~~

0896 01.07.2014 S06.72! Traumatismo intracranico con perdita di conoscenza, più di 24 ore, con ritorno al precedente stato di coscienza / S06.73! Traumatismo intracranico con perdita di conoscenza, più di 24 ore, senza ritorno al precedente stato di coscienza
In caso di trauma cranico seguito da coma artificiale di >24 ore vengono utilizzati i codici di cui sopra.

0897 01.07.2014 80.76.10 Sinoviectomia artroscopica dell'articolazione del ginocchio / 80.76.20 Sinoviectomia a cielo aperto dell'articolazione del ginocchio
Per l'asportazione di plica o corpo adiposo di Hoffa dall'articolazione del ginocchio viene utilizzato il codice di cui sopra.

0900 01.07.2014 Arteria subclavia
L'arteria subclavia non è un'arteria precerebrale. Gli interventi a quest'ultima non vengono codificati con *39.76 Intervento endovascolare percutaneo transluminale su vaso precerebrale* o *00.64 Inserzione percutanea di stent(s) di altre arterie precerebrali*.

0903 01.07.2014 51.99.00 – 51.99.14, 51.99.91 e 51.99.99 Altri interventi sulle vie biliari
Questi codici sono utilizzabili soltanto per interventi laparoscopici o chirurgici a cielo aperto.

0905 01.01.2014 Parto fuori da un ospedale / una casa per partorienti oppure fuori da un'unità di trattamento dell'ospedale / della casa per partorienti.
In caso di parto normale a domicilio o durante il tragitto verso l'ospedale, la diagnosi primaria della madre deve essere codificata come *Z39.0 Assistenza e visita immediatamente dopo il parto*, anche se il secondamento senza complicazioni avviene una volta giunti in ospedale.
Se il bambino è sano deve essere utilizzato il codice *Z38.1 (Z38.4/Z38.7)*. Non viene registrato un record relativo al neonato, bensì un normale record + un record minimo per il bambino.
In entrambi i casi, al tipo di ammissione (1.2.V03) va indicatala cifra 1 (urgenza).

0915 01.10.2013 Materiale di sostituzione dell'osso
~~Questa precisazione è stata stralciata dalla circolare 2019 N. 1.~~

0939 01.01.2013 Codificazione di vesciche
«Vescica» è un termine del linguaggio popolare e non una diagnosi dermatologica codificabile.
Per poter essere codificata, questa manifestazione cutanea deve essere ricondotta a una malattia della pelle specifica da parte del medico curante.
Ad es. le vesciche comparse in fase postoperatoria sono spesso da attribuire a un codice S.
Ad es. le vesciche delle piaghe da decubito sono una manifestazione estremamente breve durante la transizione a un'erosione e un'ulcera da decubito e area di pressione.
Per utilizzare il codice *L89.- Ulcera da decubito e area di pressione* la patogenesi deve essere confermata dal medico.

0941 1.12.2012 ABO / AB0 Termine di ricerca
Per la ricerca informatica di parole chiave a seconda dei codici associati ai diversi gruppi sanguigni vi sono alcune differenze linguistiche.

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

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

0944 01.11.2012 Cistoadenoma ovarico
Il cistoadenoma ovarico deve essere codificato con *C56 Tumore maligno dell'ovaio* o *D27 Tumore benigno dell'ovaio* a seconda dell'istologia precisa (l'indice alfabetico rimanda a *C56*).

0952 01.10.2012 S06.- Traumatismo intracranico
In presenza di traumatismo intracranico (indice alfabetico S06.9) senza lesione intracranica comprovata, il codice da utilizzare non è *S06.9*, bensì *S06.0 Commozione cerebrale*.

0955 01.09.2012 Resezione di osteofiti in caso di artrodesi
In caso di operazione di artrodesi, la resezione di osteofiti è sempre compresa (società ortopedica).

~~**0971 01.06.2012 84.6 Sostituzione di disco intervertebrale**~~
~~Questa precisazione è stata stralciata dalla circolare 2019 N. 1.~~

2010 92.24 Teleradioterapia mediante fotoni
92.24.1- …guidata dalle immagini sono terapie **guidate dalle immagini**, *92.24.2- …non guidata dalle immagini* **non guidate dalle immagini**. Il termine «guidata dalle immagini» o «IGRT» (Image Guided Radiation Therapy) significa che nel locale di irradiazione vengono effettuate radiografie o tomografie sul paziente già in posizione.
Installazioni di questo tipo possono essere collocate nel locale di irradiazione (sistema di radiografia, TAC mobile, ultrasonografia) oppure come accessori supplementari direttamente sulle apparecchiature per irradiazione.
Questa immaginografia è indipendente dalla pianificazione dell'irradiazione e necessita di apparecchiature specifiche. In tal modo è possibile comparare il posizionamento del paziente e dei volumi bersaglio con le immagini della pianificazione dell'irradiazione. È quindi immediatamente possibile correggere il posizionamento del paziente. Ad esempio grazie a una TAC effettuata su un paziente con carcinoma prostatico è possibile controllare il contenuto della vescica e del retto e su tale base determinare la posizione della prostata.
Registrando in modo costante i movimenti del paziente o degli organi è inoltre possibile riaggiustare l'irradiamento durante l'irradiazione («radioterapia adattativa»).

Editore:	Ufficio federale di statistica (UST)
Informazioni:	Segreteria di codifica: codeinfo@bfs.admin.ch
Redazione:	Classificazioni mediche
Serie:	Statistica della Svizzera
Settore:	14 Salute
Testo originale:	tedesco
Traduzione:	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)