

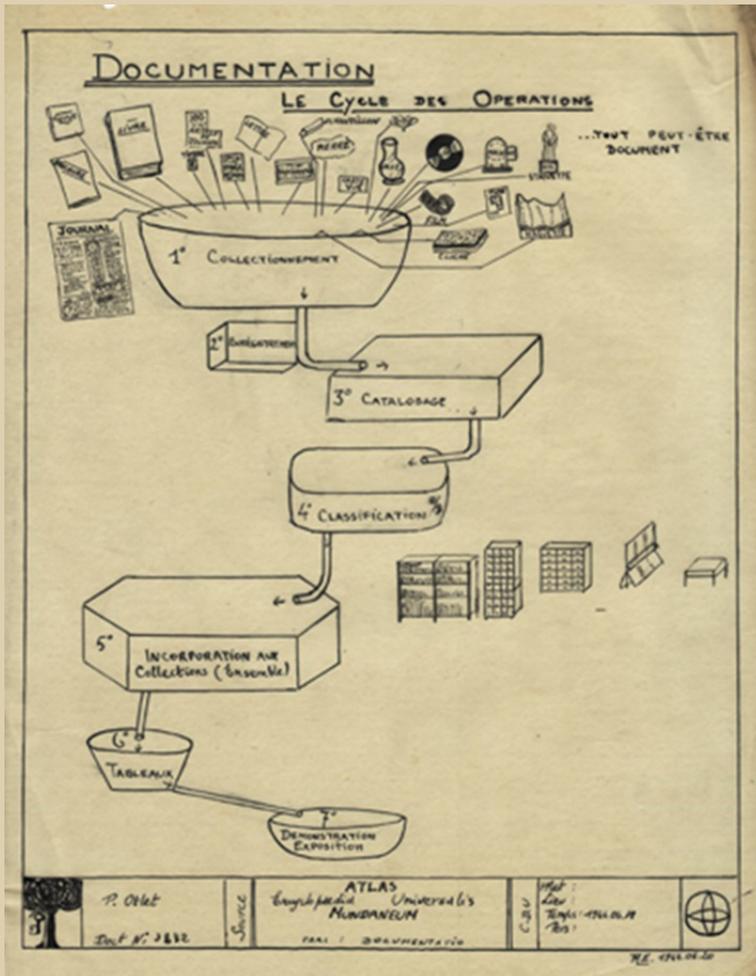
# AIDa informazioni

RIVISTA SEMESTRALE DI SCIENZE DELL'INFORMAZIONE

NUMERO 1-2

ANNO 42

GENNAIO-GIUGNO 2024



# AIDAinformazioni

RIVISTA SEMESTRALE DI SCIENZE DELL'INFORMAZIONE

Fondata nel 1983 da Paolo Bisogno

**Proprietario della rivista:**

Università della Calabria

**Direttore Scientifico:**

Roberto Guarasci, *Università della Calabria*

**Direttore Responsabile:**

Fabrizia Flavia Sernia

**Comitato scientifico:**

Anna Rovella, *Università della Calabria*;

Maria Guercio, *Sapienza Università di Roma*;

Giovanni Adamo, *Consiglio Nazionale delle Ricerche* †;

Claudio Gnoli, *Università degli Studi di Pavia*;

Ferruccio Diozzi, *Centro Italiano Ricerche Aerospaziali*;

Gino Roncaglia, *Università della Toscana*;

Laurence Favier, *Université Charles-de-Gaulle Lille 3*;

Madjid Ihadjadene, *Université Vincennes-Saint-Denis Paris 8*;

Maria Mirabelli, *Università della Calabria*;

Agustín Vivas Moreno, *Universidad de Extremadura*;

Douglas Tudhope, *University of South Wales*;

Christian Galinski, *International Information Centre for Terminology*;

Béatrice Daille, *Université de Nantes*;

Alexander Murzaku, *College of Saint Elizabeth, USA*;

Federico Valacchi, *Università di Macerata*.

**Comitato di redazione:**

Antonietta Folino, *Università della Calabria*;

Erika Pasceri, *Università della Calabria*;

Maria Taverniti, *Consiglio Nazionale delle Ricerche*;

Maria Teresa Chiaravallotti, *Consiglio Nazionale delle Ricerche*;

Assunta Caruso, *Università della Calabria*;

Claudia Lanza, *Università della Calabria*.

**Segreteria di Redazione:**

Valeria Rovella, *Università della Calabria*

**Editrice:** Cacucci Editore S.a.s.

Via D. Nicolai, 39 – 70122 Bari (BA)

[www.cacuccieditore.it](http://www.cacuccieditore.it)

e-mail: [riviste@cacuccieditore.it](mailto:riviste@cacuccieditore.it)

Telefono 080/5214220



# AIDAinformazioni

## RIVISTA SEMESTRALE DI SCIENZE DELL'INFORMAZIONE

«AIDAinformazioni» è una rivista scientifica che pubblica articoli inerenti le Scienze dell'Informazione, la Documentazione, la Gestione Documentale e l'Organizzazione della Conoscenza. È stata fondata nel 1983 quale rivista ufficiale dell'Associazione Italiana di Documentazione Avanzata e nel febbraio 2014 è stata acquisita dal Laboratorio di Documentazione dell'Università della Calabria. La rivista si propone di promuovere studi interdisciplinari oltre che la cooperazione e il dialogo tra profili professionali aventi competenze diverse, ma interdipendenti. I contributi possono riguardare topics quali Documentazione, Scienze dell'informazione e della comunicazione, Scienze del testo e del documento, Organizzazione e Gestione della conoscenza, Terminologia, Statistica testuale e Linguistica computazionale e possono illustrare studi sperimentali in domini specialistici, casi di studio, aspetti e risultati metodologici conseguiti in attività di ricerca applicata, presentazioni dello stato dell'arte, ecc.

«AIDAinformazioni» è riconosciuta dall'ANVUR come rivista di Classe A per l'Area 11 – Settore 11/A4 e censita per le Aree 10 – Scienze dell'antichità, filologico-letterarie e storico-artistiche; 11 – Scienze storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche; 12 – Scienze giuridiche; 14 – Scienze politiche e sociali, così come dall'ARES (Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur) che la annovera tra le riviste scientifiche dell'ambito delle Scienze dell'Informazione e della Comunicazione. La rivista è, inoltre, indicizzata in: ACNP – Catalogo Italiano dei Periodici; BASE – Bielefeld Academic Search Engine; ERIH PLUS – European Reference Index for the Humanities and Social Sciences – EZB – Elektronische Zeitschriftenbibliothek – Universitätsbibliothek Regensburg; Gateway Bayern; KVK – Karlsruhe Virtual Catalog; Letteratura Professionale Italiana – Associazione Italiana Biblioteche; The Library Catalog of Georgetown University; SBN – Italian union catalogue; Summon™ – by SerialsSolutions; Ulrich's; UniCat – Union Catalogue of Belgian Libraries; Union Catalog of Canada; LIBRIS – Union Catalogue of Swedish Libraries; Worldcat.

I contributi sono valutati seguendo il sistema del *double blind peer review*: gli articoli ricevuti dal comitato scientifico sono inviati in forma anonima a due referee, selezionati sulla base della loro comprovata esperienza nei topics specifici del contributo in valutazione.

# AIDAinformazioni

Anno 42

N. 1-2 – gennaio-giugno 2024

CACUCCI  EDITORE  
BARI

---

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

---

© 2024 Cacucci Editore – Bari

Via Nicolai, 39 – 70122 Bari – Tel. 080/5214220

<http://www.cacuccieditore.it> e-mail: [info@cacucci.it](mailto:info@cacucci.it)

Ai sensi della legge sui diritti d'Autore e del codice civile è vietata la riproduzione di questo libro o di parte di esso con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per mezzo di fotocopie, microfilms, registrazioni o altro, senza il consenso dell'autore e dell'editore.

# Sommario

## Editoriale

ROBERTO GUARASCI, Quarant'anni di «AIDAinformazioni» (1984-2024) 9

## Contributo su invito

PIERO INNOCENTI, Que reste-t-il de nos amours? Arti tradizionali di un possibile moderno Trivio: Archivistica, Bibliografia, Documentazione 17

## Contributi

FRANCESCO AMATO, ANTONELLA BENVENUTO, SILVIA CENITI, MARIA TERESA CHIARAVALLOTTI, CLAUDIA LANZA, ERIKA PASCERI, Indagine e analisi comparativa delle procedure di codifica nella Terapia del Dolore in Italia 59

ANDREA CAPACCIONI, Sull'affidabilità delle bibliografie generate dai chatbot. Alcune considerazioni 81

ALESSANDRO MAISTO, La dimensione Testuale del Videogioco. Classificazione dei transcript dei videogiochi basata sul lessico 95

ALEXANDER MURZAKU, PONTISH YERAMYAN, CURT ANDERSON, STEVEN BUXBAUM, RUBEN DIAZ, MARIELLE LERNER, ARMENUI MINASYAN, HAZEL MITCHLEY, JODIE-ANN PENNANT, MIA SHANG, BRISA SPEIER BRITO, Discovering and documenting brilliance. A novel multimodal annotation method 117

CAMILLA NAPPI, Le document : miroir des enjeux institutionnels et de l'évolution linguistique des transitions écologique et énergétique en France (2007-2022) 145

## Testimonianze

PIERO CAVALERI, FERRUCCIO DIOZZI, La Documentazione in Italia e il ruolo di Paolo Bisogno: una rapida evoluzione 163

PAOLA GARGIULO, LUCIA MAFFEI, Domenico (Ingo) Bogliolo. Profilo di un navigatore nell'Information Science 169



# Contributi



# Indagine e analisi comparativa delle procedure di codifica nella Terapia del Dolore in Italia

Francesco Amato\*, Antonella Benvenuto\*\*, Silvia Ceniti\*,  
Maria Teresa Chiaravalloti\*\*\*, Claudia Lanza, Erika Pasceri\*\*\*\*

**Abstract:** This paper aims to analyse the coding practices used by Pain Therapy Centers in Italy, focusing on some of the main diagnostic procedures, diagnoses and types of care setting. Pain Therapy Centers have been invited to fill out a structured survey and the results have been analysed both quantitatively and qualitatively, in order to detect variability in the use of clinical coding systems. The findings have revealed the lack of uniformity in a relatively new discipline which has undergone a significant regulatory reorganization and has been greatly improved by technological-instrumental advances. This work will lay the groundwork towards an assessment of Pain Therapy care quality in Italy and the consequent efforts that are needed in order to define a common care model to ensure prompt and appropriate patient care.

**Keywords:** Pain Therapy, Coding systems, Diagnosis codes, Procedures codes, Comparative analysis.

## 1. Introduzione

Il dolore cronico in Italia è caratterizzato da un'epidemiologia estesa e presenta elevati costi socio-sanitari (Stubhaug et al. 2024). Tuttavia, in assenza di un modello assistenziale uniforme, risulta difficile disporre di una stima precisa della malattia e dei costi reali da essa derivanti. Nei Centri di Terapia

---

\* Unità operativa complessa (UOC) Terapia dolore e Cure Palliative, Azienda Ospedaliera di Cosenza (AOCS), Cosenza, Italia. f.amato@aocs.it; s.ceniti@aocs.it.

\*\* Unità operativa semplice dipartimentale (UOSD) Monitoraggio e controllo delle attività di ricovero, AOCS, Cosenza, Italia. antonella.benvenuto37@gmail.com.

\*\*\* Istituto di Informatica e Telematica, Consiglio Nazionale delle Ricerche (IIT-CNR), Rende (CS), Italia. maria.chiaravalloti@iit.cnr.it.

\*\*\*\* Dipartimento di Culture, Educazione e Società, Università della Calabria, Rende (CS), Italia. claudia.lanza@unical.it; erika.pasceri@unical.it.

Gli autori hanno lavorato collegialmente alla stesura dell'articolo, tuttavia Claudia Lanza ha redatto il paragrafo "Introduzione"; Silvia Ceniti e Antonella Benvenuto hanno redatto i paragrafi "Inquadramento normativo" e "Metodologia"; Erika Pasceri e Maria Teresa Chiaravalloti hanno redatto i paragrafi "Analisi dei dati" e "Conclusioni"; Francesco Amato ha supervisionato il lavoro.

del Dolore, accanto alle terapie farmacologiche prescritte in base al meccanismo patogenetico del dolore e ai fattori di stimolazione, vengono praticate procedure mininvasive che trovano la loro indicazione a fronte dell'insuccesso dei farmaci o della comparsa di effetti collaterali dei farmaci, così come il prolungarsi del quadro clinico di dolore. In questo contesto, non esistendo un sistema di codifica specialistico per le prestazioni di Terapia del Dolore, per molte procedure vengono utilizzati codici generici, comuni a trattamenti impiegati anche per motivi diversi da quello antalgico. Tutto ciò ha delle ripercussioni sia in ambito clinico, in quanto si perdono informazioni granulari circa i trattamenti e le procedure effettuate, ma anche economico, poiché i codici di rimborso conseguentemente generati sono da considerarsi potenzialmente inappropriati.

Se da un lato è evidente la necessità di pensare e lavorare in maniera innovativa e sinergica per poter addivenire ad erogare servizi sanitari di alta qualità, è altrettanto vero che si devono sviluppare modelli di investimento sostenibili e caratterizzati dall'appropriatezza della cura e della spesa. In questo modo è possibile garantire certezza attuativa sia di efficacia clinica, per assicurare il miglior stato di salute, sia di economicità procedurale, convertendo e riducendo la spesa storica attribuita a percorsi sanitari obsoleti e non più caratteristici dei bisogni epidemiologici. È auspicabile l'uso di criteri efficienti che rispecchino quanto più possibile i principi di eticità comparando il costo al beneficio che deriva dalla nuova tecnologia o terapia. Questa è anche la direzione verso cui si muove l'Unione Europea. Infatti, le più recenti direttive comunitarie prevedono procedure più strutturate per la valutazione e promozione dei dispositivi medici al fine di rispettare il rapporto costo-efficacia. Diversi studi di economia sanitaria hanno affrontato le problematiche relative alla valutazione del costo del dolore cronico, con l'obiettivo di stimare sia i costi diretti del trattamento sanitario, sia i costi indiretti, come ad esempio quelli derivanti dalle perdite di produttività determinate dalle assenze dal lavoro dei pazienti affetti da dolore cronico. Ad oggi, si stima che in Italia questa patologia colpisca circa 10 milioni di pazienti (Breivik et al. 2006; Melotti et al. 2009; Apolone et al. 2009; Toccaceli et al. 2019) con una conseguente incidenza sulla spesa sanitaria pubblica di 61,9 miliardi di euro all'anno (Sanità24 2023).

Tuttavia, questo dato potrebbe risultare sottostimato dal momento che non tiene conto né dei costi sanitari sostenuti nel privato, né di quelli derivanti da un utilizzo inappropriato dei farmaci analgesici (Allegrì et al. 2015).

Le procedure praticate nei Centri di Terapia del Dolore risultano sempre più efficaci grazie alla progressiva continuità d'uso e al miglioramento tecnologico delle soluzioni praticate. Per tale motivo, durante tutte le fasi del processo assistenziale è necessario che vi sia una collaborazione attiva con i Centri di Terapia del Dolore, oltre che una loro supervisione sul percorso di cura del paziente. Dal punto di vista organizzativo, la necessità di offrire servizi che

mettano il paziente al centro del percorso di cure deve esplicitarsi attraverso momenti sanitari sinergici e non dispersi territorialmente. In quest'ottica, quindi, il processo erogativo sanitario dovrebbe configurarsi come una sorta di "staffetta" tra professionisti, strutture ed ambiti assistenziali per gestire in modo coerente e complementare il complesso iter che parte dalla diagnosi, passa per il trattamento ed esita nel follow up del paziente. È necessaria, quindi, la costruzione di una *practice* clinica omogenea, in cui il medico, sottraendosi alla logica dell'autoreferenzialità, possa trattare tempestivamente e in maniera globale il dolore per erogare prestazioni sanitarie ad alta complessità in un ambito organizzativo multidisciplinare, multiprofessionale e che si avvale dell'utilizzo di alte tecnologie. In questa concatenazione di "prese in carico" chi gestisce la fase di diagnosi realizza un traguardo intermedio di salute e predispone le condizioni per la fase successiva di trattamento, che potrebbe essere svolto all'interno di altre strutture ed attraverso altre competenze professionali. L'output complessivo di questo processo sanitario fornisce indicazioni circa la qualità della risposta assistenziale rispetto al problema di salute.

Gli obiettivi principali del presente studio riguardano l'identificazione e il confronto di più tipologie di procedure antalgiche caratterizzanti la Terapia del Dolore, ponendo particolare attenzione ai casi in cui a tali procedure risultano associati dei DRG<sup>1</sup> non pertinenti per la spesa complessiva e per la tipologia di ricovero. Inoltre, lo studio vuole porre le basi per un successivo lavoro di uniformazione delle procedure, dei DRG associati e dei relativi setting assistenziali, costruendo una matrice di corrispondenza a partire dai relativi sistemi di codifica al fine di rendere comparabile, e quindi valutabile, l'attività svolta dai Centri delle Unità operative di Terapia del Dolore (Hardy 2022). Lo studio è stato condotto grazie ad una collaborazione sinergica tra professionisti nell'ambito della Terapia del Dolore ed esperti in sistemi di gestione e organizzazione della conoscenza in ambito clinico.

## 2. Inquadramento normativo

Un modello assistenziale funzionale dovrebbe prevedere una necessaria e stretta collaborazione tra l'ospedale, ovvero il momento in cui vengono messe in atto le cure specialistiche, e le strutture sanitarie dislocate sul territorio, responsabili delle iniziali fasi di individuazione della patologia e di indirizzamento verso uno specifico percorso di cura, oltre che della fase di follow up. Questo modello trova la sua realizzazione nella costituzione di una Rete, per come declinato dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garan-

---

<sup>1</sup> Raggruppamento omogeneo di diagnosi (Diagnosis Related Group, DRG). Il DRG è un codice specifico, che permette di classificare tutti i malati dimessi da un ospedale in gruppi omogenei in base alle risorse impegnate per la loro cura (ISS 2020).

tire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" sul territorio nazionale e recepita dalle singole Regioni. Il modello organizzativo delle Reti di Terapia del Dolore dovrebbe consentire da un lato l'adeguato trattamento del dolore cronico, nonché la continuità assistenziale del paziente, dall'altro di ottenere una stima reale della prevalenza del dolore cronico e dei relativi costi diretti e indiretti per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), al fine di realizzare una pianificazione attenta alla spesa e alle esigenze di salute del paziente in accordo con quanto previsto dal Piano Nazionale delle Cronicità (Ministero della Salute 2019). La Terapia del Dolore rappresenta anche uno degli obiettivi primari del Piano Sanitario Nazionale (Ministero della Salute 2019-2021), che prevede la definizione di un modello di rete regionale di centri specialistici, integrati con la medicina del territorio, in grado di garantire il diritto di accesso alla Terapia del Dolore su tutto il territorio regionale a tutti i cittadini, di ogni età ed in ogni luogo di cura, compreso il domicilio del paziente. Tuttavia, lo stato di attuazione della Legge 38/2010 è caratterizzato da una forte disomogeneità a livello regionale e locale, creando difficoltà di accesso ai servizi da parte dei cittadini. È, pertanto, auspicabile sviluppare un modello assistenziale uniforme, che abbia come riferimento normativo quanto è esplicitato dall'Intesa sottoscritta in sede di Conferenza Stato-Regioni (2012) in termini di requisiti minimi e di criteri di accreditamento, e che preveda l'istituzione, attraverso appositi provvedimenti regionali e aziendali, di una struttura specificatamente dedicata al coordinamento della Rete. Gli obiettivi attesi dalla Rete di Terapia del Dolore in ogni Regione sono:

- istituzione di una struttura organizzativa con funzioni di coordinamento e monitoraggio delle attività della Rete. Essa dovrà interfacciarsi con le Aziende, con i professionisti della Rete di Terapia del Dolore e con la Rete delle cure palliative al fine di garantire la piena applicabilità della normativa vigente e la fruibilità dei servizi previsti. Pertanto, la struttura organizzativa dovrà essere supportata da un sistema informativo che si integri con quello regionale. Inoltre, la struttura potrà individuare *best practices* da divulgare in altri contesti;
- attivazione di tutti i nodi della Rete sia a livello territoriale che ospedaliero, garantendo la realizzazione di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi e predisponendo procedure clinico-assistenziali e organizzativo-gestionali della Rete di Terapia del Dolore uniformi a livello territoriale e, possibilmente, conformi ad un modello assistenziale nazionale. Risulta fondamentale la realizzazione del sistema informativo regionale, che permetta la comunicazione e la tracciabilità dei dati in tutti i nodi della Rete di Terapia del Dolore, che sia capace di interoperare con i sistemi informativi delle altre Reti regionali;
- tutela del cittadino nell'accesso alla Rete di Terapia del Dolore;

- mantenimento della continuità delle cure mediante l'integrazione dei diversi setting assistenziali. Tale finalità potrà essere raggiunta mediante il supporto dei sistemi informativi che consentono la condivisione dei flussi informativi tra professionisti, soprattutto tra quelli ospedalieri e quelli che operano sul territorio.

Ancora all'interno di una prospettiva normativa, il Decreto ministeriale 21 novembre 2018 "Aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere" ha inserito il codice 96, identificativo della disciplina di Terapia del Dolore, per la rilevazione delle attività ospedaliere sulla Terapia del Dolore. Tale passaggio risulta di grande rilevanza per documentare il controllo del dolore in ambito ospedaliero o ambulatoriale, in quanto vi è l'obbligo per le Aziende sanitarie e ospedaliere di censire nel sistema informativo sanitario le Unità di degenza ospedaliera dedicate alla disciplina Terapia del Dolore, i relativi posti letto e l'annotazione nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)<sup>2</sup> dei ricoveri effettuati nelle unità operative dedicate. Più di recente è stato stipulato l'Accordo del 27 luglio 2020 in sede di Conferenza Stato-Regioni che, ai sensi della Legge 38/2010, approva il documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore" (Rep. Atti n. 119/CSR). In tale Accordo le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepirlo entro dodici mesi dalla data di approvazione, inserendo contenuti relativi all'accREDITAMENTO della Rete volti alla qualificazione dei percorsi di Terapia del Dolore e ad attivare un sistema di monitoraggio.

Pertanto, le aziende sanitarie, ospedaliere, ospedaliere universitarie, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nella rilevazione dei modelli "HSP.12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate" e "HSP13 – Posti letto per disciplina delle case di cura private", dovranno fare riferimento alle tabelle aggiornate, nelle quali è stato inserito il codice 96 relativo alla Terapia del Dolore. L'identificativo di disciplina per la Terapia del Dolore ha dato la possibilità di effettuare un'analisi puntuale delle prestazioni erogate dai Centri di Terapia del Dolore presenti sul territorio nazionale sia in termini quantitativi che qualitativi, pertanto essa rappresenta un passo importante, anche se ancora non sufficiente, per il riconoscimento dell'autonomia e della dignità di questa disciplina (Conferenza Stato-Regioni 2020).

---

<sup>2</sup> Tale scheda è stata istituita con Decreto del Ministro della Sanità del 28 dicembre 1991, come strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale per attivare il flusso informativo e al fine di garantire l'omogeneità dei dati rilevati sull'intero territorio nazionale, così da consentirne elaborazioni, aggregazioni e confronti a vari livelli.

### 3. Metodologia

La prima fase dello studio ha riguardato una ricognizione delle strutture HUB presenti sul territorio nazionale che dichiarano di erogare prestazioni connesse alla Terapia del Dolore. In particolare, sono stati individuati 17 centri HUB di Terapia del Dolore, a cui è stata richiesta la compilazione di un Case Report Form (CRF), al fine di rilevare i codici delle procedure erogate e delle relative diagnosi, i setting assistenziali, i DRG, e le relative tariffe applicate. Sul totale delle strutture contattate, 11 hanno correttamente compilato il CRF, 3 solo parzialmente, mentre 3 non lo hanno compilato. La Figura 1 mostra i centri HUB contattati che hanno compilato totalmente o parzialmente il CRF.



Figura 1: Centri HUB di Terapia del Dolore che hanno compilato totalmente o parzialmente il CRF.

In assenza di un archivio unico nazionale dei Centri specialistici di Terapia del Dolore, la ricognizione è stata effettuata a partire da informazioni reperite direttamente in rete dai portali delle diverse Aziende sanitarie e, laddove necessario, le informazioni reperite sono state integrate mediante contatto telefoni-

co. La rilevazione dei dati è stata effettuata in un arco temporale compreso tra il 14 dicembre 2022, data di avvio dell'indagine, e il 28 aprile 2023, giorno di chiusura dell'indagine e avvio dell'analisi dei risultati.

Preliminarmente alla fase di analisi dei dati, è stato necessario procedere ad una fase di normalizzazione dei dati inseriti da ciascun centro HUB al fine di ripulire e rendere omogenea la base dati di partenza. In particolare, sono stati rimossi refusi e sono stati revisionati i dati immessi in modo differente o non coerente (ad es., la denominazione del setting abbreviata, o codici ICD9-CM<sup>3</sup> non trascritti correttamente). Questa fase ha consentito di analizzare le metodologie e le pratiche di codifica adottate dai diversi centri HUB coinvolti nell'indagine sia per la parte dei codici relativi alle procedure che alle diagnosi. Le tabelle di seguito riportate elencano il sottogruppo di procedure antalgiche oggetto del presente studio (Tab. 1). Esse sono 6 delle 13 rilevate mediante l'indagine presso i Centri HUB partecipanti e sono state selezionate per il presente lavoro di analisi in quanto più specifiche per la disciplina Terapia del Dolore e perché associate a DRG considerati "critici" (Tab. 2), cioè quelli più frequentemente utilizzati, ma con maggiore difformità sia nei setting che nelle codifiche correlate a diagnosi e procedure.

Codice ICD9-CM Procedura antalgica	Denominazione ICD9-CM Procedura antalgica
03.6	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi
03.90	Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative
03.93	Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale
03.94	Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale
80.59	Altra distruzione di disco intervertebrale
86.06	Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile

**Tabella 1:** Elenco codici e denominazioni ICD9-CM delle procedure antalgiche oggetto del presente studio.

<sup>3</sup> L'International Classification of Diseases - Clinical Modification 9th revision (ICD9-CM) è il sistema utilizzato per la codifica delle procedure e le diagnosi correlate. La classificazione prevede dei codici a 2, 3, 4 o 5 cifre con la punteggiatura che sta ad indicare la specificità della procedura o diagnosi da codificare.

Codice DRG	Descrizione DRG
007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
009	Malattie e traumatismi del midollo spinale
035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC
461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari
463	Segni e sintomi con CC
464	Segni e sintomi senza CC
468	Intervento chirurgico esteso non correlato alla diagnosi di dimissione principale
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC
531	Interventi sul midollo spinale con CC
532	Interventi sul midollo spinale senza CC

Tabella 2: Elenco codici e denominazioni DRG associati alle procedure analizzate.

#### 4. Analisi dei dati

L'indagine è stata strutturata in modo tale da permettere la rilevazione dei dati necessari ad effettuare le seguenti analisi:

- centri HUB di Terapia del Dolore che effettuano una determinata procedura antalgica;
- centri HUB di Terapia del Dolore che effettuano una determinata procedura antalgica in un determinato setting (degenza/DH, ambulatoriale);
- codici di procedura utilizzati dai centri HUB di Terapia del Dolore rispetto ad uno stesso codice di diagnosi;
- codici DRG utilizzati dai centri HUB di Terapia del Dolore rispetto ad uno stesso codice di procedura e valutazione della corrispondente tariffazione.

Per quanto riguarda il primo punto di analisi, la Tabella 3 riporta la sintesi numerica degli HUB che effettuano le procedure antalgiche oggetto di analisi. Questo dato ha permesso di verificare la diffusione di ciascuna delle procedure analizzate nei centri HUB dislocati sul territorio nazionale.

Codice procedura antalgica	N° di HUB che effettuano la procedura
03.6	10
03.90	9
03.93	13
03.94	7
80.59	6
86.06	10

Tabella 3: Sintesi numerica dei centri HUB che effettuano le procedure analizzate.

Per quanto riguarda, invece, l'analisi dei codici di diagnosi associati all'espletamento delle procedure antalgiche oggetto del presente studio, nelle Tabelle 4, 5 e 6 sono riportate a titolo esemplificativo le situazioni relative a tre delle sei procedure antalgiche oggetto del presente studio. In esse risulta evidente che sono molteplici e diversificati i codici di diagnosi che portano alla realizzazione di una stessa procedura antalgica. Grazie al fatto che ICD9-CM è una classificazione con struttura gerarchica, è possibile desumere l'appartenenza dei codici di diagnosi alle branche specialistiche di patologia.

Denominazione HUB	Codice Diagnosi in ICD9-CM
Cosenza	353.8; 724.02
Foggia	722.83
Garbagnate	338.28
Careggi	349.2
Pavia	724.02
Potenza	722.83; 724.2-3; 722.52; 337.1
Napoli	353.4
Roma - Tor Vergata	338.4; 724.2; 349.2
Verona	722.0-9; 724.0-9
Torino	338.29

Tabella 4: Codici di diagnosi utilizzati nei centri HUB per la procedura 03.6 *Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi*.

Denominazione HUB	Codice Diagnosi in ICD9-CM
Cosenza	353.8; V53.02; V53.2; 996.2
Catania	V53.02; 338.4
Foggia	353.1
Garbagnate	338.28-29; 996.2
Careggi	440.20; 729.2
Monaldi	353.2-4
Pavia	353.4; 337.21-22; 531.3; 353.0; 353.1; 355.0; 338.4; 784.0
Potenza	*manca indicazione di codice ICD-9-CM
Ravenna	338.4; 053.13; 355.1; 722.83; 724.02; 596.54; 440.22
Napoli	353.4; 996.2
Roma - Tor Vergata	353.8; 722.83; 338.24; 338.4
Torino	338.29; V53.02
Verona	355.0-9; 356.0-9; 357.0-9; V53.02; 724.1- 2; 723.3; 784.0; 346.01; 346.11; 346.21; 346.81; 346.91

Tabella 5: Codici di diagnosi utilizzati nei centri HUB per la procedura 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodi di neurostimolatore spinale.*

Denominazione HUB	Codice Diagnosi in ICD9-CM
Cosenza	338; 338.3; V53.09
Garbagnate	344.1; V53.02
Careggi	729.2; 781.0
Pavia	334.1
AOU Pisana	338.4
Potenza	340; 335.2
Ravenna	V58.82
Napoli	353.4
Torino	338.29
Verona	338.29; 338.3; 729.2

Tabella 6: Codici di diagnosi utilizzati nei centri HUB per la procedura 86.06 *Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile.*

I dati raccolti hanno permesso, inoltre, di analizzare per una stessa procedura antalgica il setting assistenziale di erogazione, il relativo DRG e la corrispondente tariffazione. Nelle Tabelle seguenti (Tabb. 7-9) è riportato questo tipo di analisi per alcune delle procedure antalgiche oggetto del presente studio. Nelle Figure seguenti (Figg. 2-4) è, invece, illustrato graficamente l'andamento della tariffazione per una stessa procedura antalgica.

Denominazione HUB	DRG	Setting assistenziale
Cosenza	532	RO
Basilicata		
Roma - Tor Vergata		
Foggia	500	RO
Garbagnate		
Pavia		
Careggi	532	DH/RO
Pavia	500	DH
Verona		
Basilicata	532	DH
Napoli		
Basilicata	531*	RO con cc
Roma - Tor Vergata	461	RO
Torino	461	DAY SURGERY

Tabella 7: Codici DRG e setting assistenziale utilizzati nei centri HUB per la procedura 03.6 *Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi*. L'asterisco (\*) indica "con complicanze".

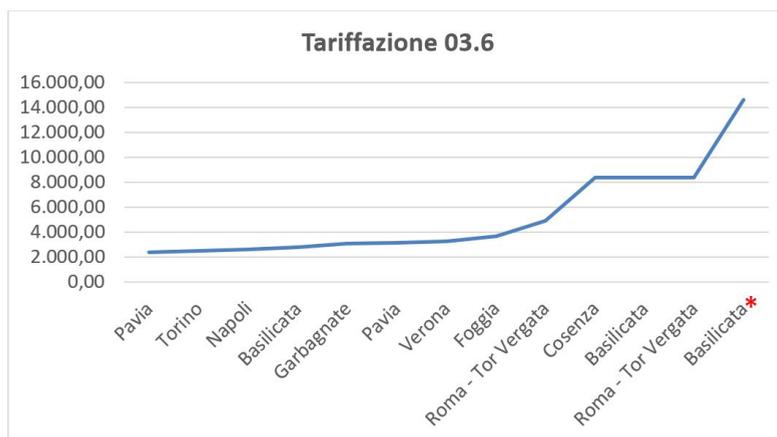
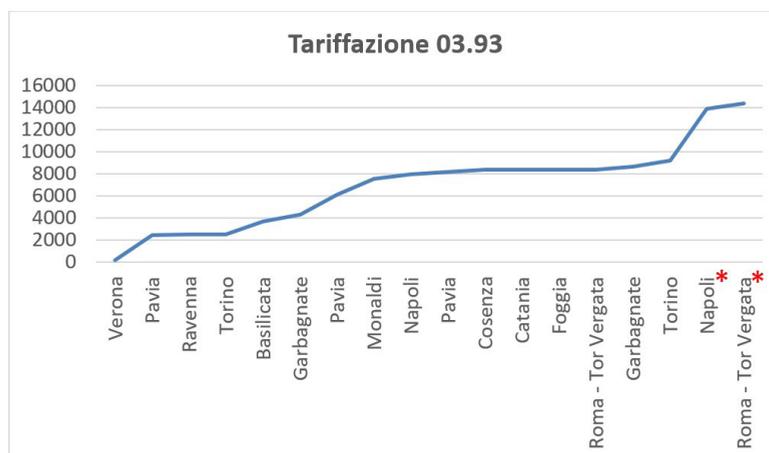


Figura 2: Tariffazione nei centri HUB per la procedura 03.6 *Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi*. L'asterisco (\*) indica "con complicanze".

Denominazione HUB	DRG	Setting assistenziale
Cosenza	532	RO
Catania		
Foggia		
Garbagnate		
Garbagnate		
Monaldi		
Careggi		
Pavia		
Pavia		
Napoli		
Roma - Tor Vergata		
Careggi	468	RO
Basilicata	*DRG manca	DH/RO
Ravenna	461	RO
Pavia		
Napoli	531*	DH
Roma - Tor Vergata	531*	RO
Torino	461	DAY SURGERY CON P./RO
Torino	532	DAY SURGERY
Verona	532	DH

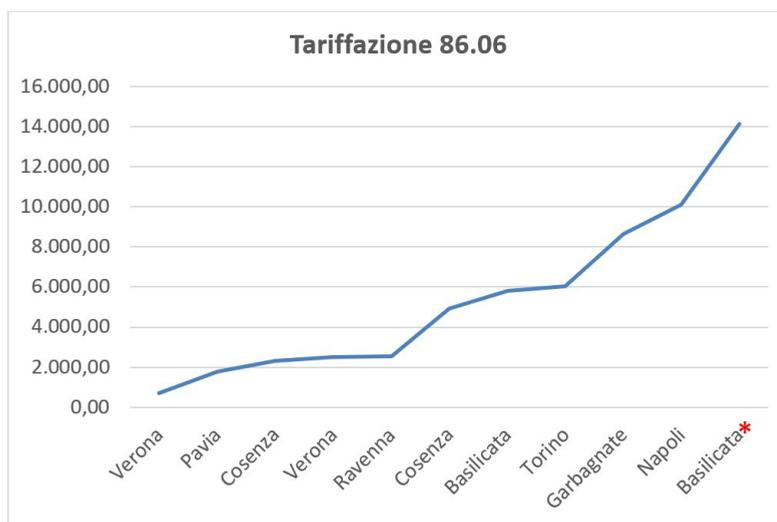
**Tabella 8:** Codici DRG e setting assistenziale utilizzati nei centri HUB per la procedura 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodi di neurostimolatore spinale*. L'asterisco (\*) indica "con complicanze".



**Figura 3:** Tariffazione nei centri HUB per la procedura 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodi di neurostimolatore spinale*. L'asterisco (\*) indica "con complicanze".

Denominazione HUB	DRG	Setting assistenziale
Cosenza	461	RO
Ravenna		
Cosenza	008	RO
Garbagnate		
Careggi		
Basilicata		
Pavia	009	RO
Basilicata	007	RO con cc
Napoli	007	RO
Torino	461	DAY SURGERY CON P./RO
Verona	461	DH
Verona	*manca DRG	*manca setting

**Tabella 9:** Codici DRG e setting assistenziale utilizzati nei centri HUB per la procedura 86.06 *Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile*. L'asterisco (\*) indica "con complicanze".



**Figura 4:** Tariffazione nei centri HUB per la procedura 86.06 *Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile*. L'asterisco (\*) indica "con complicanze".

Da questa prima analisi emerge un certo discostamento tra i vari centri. È possibile, infatti, evidenziare che la stessa procedura viene effettuata in setting assistenziali diversi e con un diverso utilizzo delle risorse, in termini di spesa complessiva e razionale di distribuzione, e, di conseguenza, una discrepanza tra tariffazione e DRG-specifico. Risulta dunque necessario porre le basi per un confronto tra pari al fine di rivalutare il tipo di utilizzo del setting in base alla procedura e alla tecnologia utilizzata.

Come evidenziato in precedenza, alcuni dati inclusi nella base di dati risultano essere mancanti o non inseriti correttamente. Trattandosi di schede compilate manualmente sono stati individuati refusi ed errori di battitura che hanno necessariamente comportato – per alcune analisi – una visione parziale dell’insieme. In questi casi è stato deciso di mantenere comunque l’indicazione dell’HUB e la procedura effettuata per tenere traccia dell’informazione, anche se questa – essendo parziale – non consente un confronto diretto con gli altri centri circa l’associazione fra il codice della procedura e quello della diagnosi.

Dal punto di vista clinico è altresì possibile notare che per la stessa procedura vengono generati DRG diversi (medici, chirurgici), ma non sempre tale discrepanza risulta giustificata dal numero di diagnosi correlabili ed è solo in parte associabile all’utilizzo di codifiche multiple di procedure<sup>4</sup>.

L’analisi effettuata circa l’associazione dei codici di procedure antalgiche ai codici di diagnosi evidenzia informazioni utili per i professionisti sanitari da utilizzare come base di discussione per definire una comune metodologia di codifica. Da quanto emerge, infatti, si fa sempre più evidente la necessità di una condivisione di linee guida per l’utilizzo dei codici in modo omogeneo e coerente, che dovrebbe considerare la globalità del ricovero, tenendo conto sia della tipologia di procedura antalgica eseguita, che della diagnosi, del setting utilizzato e dei costi realmente sostenuti quali costo del personale, costo dei materiali consumati e delle apparecchiature utilizzate.

Un aspetto di rilievo che è emerso durante l’analisi è relativo alle diverse denominazioni che una stessa procedura assume nei centri HUB interpellati, e che non sempre coincide con la denominazione ufficiale del sistema ICD9-CM. Questa discrepanza è ascrivibile al fatto che alcuni concetti clinici non trovano un equivalente semantico nelle denominazioni di procedure del sistema di codifica ICD9-CM, perlopiù perché rappresentativi di pratiche cliniche altamente specialistiche e/o implicanti tecnologie nuove, non ancora descritte dai codici ICD9-CM. Questo fa sì che i codici di procedure di ICD9-CM diventino dei “contenitori” di prestazioni con un diverso grado di dettaglio clinico, e quindi conseguenzialmente anche con un costo differente<sup>5</sup>.

Di seguito si riportano le evidenze rilevate per alcune delle procedure oggetto del presente studio e i relativi codici ICD9-CM di diagnosi associati.

### **Codice e denominazione procedura ICD9-CM: 03.6 Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi**

<sup>4</sup> La codifica multipla è una procedura che prevede la possibilità di inserire più codici ICD9-CM per la formulazione di una diagnosi laddove un codice da solo non sia esaustivo.

<sup>5</sup> È altresì necessario precisare che, coerentemente con gli obiettivi di regionalizzazione del SSN, alle Regioni viene lasciata comunque l’autonomia di definire i propri tariffari, da utilizzare come importante strumento di policy per incentivare l’appropriatezza ospedaliera.

Denominazione HUB	Denominazione locale procedura	Codice diagnosi ICD9-CM
HUB Ospedali Riuniti di Foggia	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi	722.83
HUB Calabria: PO Mariano Santo Cosenza	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi (epidurolisi ed epiduroscopia con lisi aderenze)	353.8
HUB Garbagnate: ASST Rhodense	Peridurolisi in periduroscopia	338.28
HUB AOU Careggi Firenze	Epiduroscopia	349.2
HUB Pavia	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici (con periduroscopio)	724.02
HUB Pavia	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici (con catetere armato secondo rackz)	724.02
HUB Potenza	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi	722.83
HUB San Giuliano Napoli	Adesiolisi caudale	353.4
HUB Torino: Ospedale Molinette	Peridurale selettiva con catetere orientabile st. Reed	338.29
HUB Verona: AOU Integrata	Radiofrequenza pulsata sul ganglio o sulle radici nervose del midollo	722
HUB Verona: AOU Integrata	Peridurolisi /periduroscopia	722

**Codice e denominazione procedura ICD9-CM: 03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale**

Denominazione HUB	Denominazione locale procedura	Codice diagnosi ICD9-CM
HUB Calabria: PO Mariano Santo Cosenza	Impianto o sostituzione di elettrodo di neurostimolatore spinale (provvisorio)	353.8
HUB Catania: PO San Marco Policlinico	Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale	V53.02

Denominazione HUB	Denominazione locale procedura	Codice diagnosi ICD9-CM
HUB Ospedali Riuniti di Foggia	Impianto / Sostituzione di Elettrocatteter Midollare	353.1
HUB Ospedali Riuniti di Foggia	Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale	353.1
HUB Ospedali Riuniti di Foggia	Collocazione / Sostituzione di Neurostimolatore Spinale + generatore di impulsi a canale doppio, non specificato se ricaricabile	353.1
HUB Ospedali Riuniti di Foggia	Collocazione / Sostituzione di Neurostimolatore Spinale + altro generatore di impulsi	353.1
HUB Ospedali Riuniti di Foggia	Collocazione / Sostituzione di Neurostimolatore Spinale + altro generatore di impulsi a canale singolo ricaricabile	353.1
HUB Ospedali Riuniti di Foggia	Collocazione / Sostituzione di Neurostimolatore Spinale + altro generatore di impulsi a canale doppio ricaricabile	353.1
HUB Garbagnate: ASST Rhodense	Impianto elettrodo/i SCS fase test cervicale	338.28, 338.29
HUB Garbagnate: ASST Rhodense	Impianto elettrodo/i DRG fase test lombare	338.28, 338.29
HUB Garbagnate: ASST Rhodense	Sostituzione di elettrodo/i per SCS	996.2
HUB Garbagnate: ASST Rhodense	Sostituzione di elettrodo/i per DRG	996.2
HUB AOU Careggi Firenze	Impianto di elettrodo spinale fase trial	729.2
HUB Ospedale Monaldi	Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale	353.3, 353.4
HUB Pavia	Impianto o sostituzione di elettrodo di neurostimolatore	353.4
HUB Potenza	SCS Impianto-sostituzione elettrodo	*mancante
HUB Ravenna: Ospedale Santa Maria delle Croci	Impianto di stimolatore trial	338.4

Denominazione HUB	Denominazione locale procedura	Codice diagnosi ICD9-CM
HUB San Giuliano Napoli	Impianto di neurostimolatore midollare	353.4
HUB San Giuliano Napoli	Sostituzione elettrodo midollare	996.2
HUB Università Tor Vergata	Altri disturbi delle radici e dei plessi nervosi	353.8
HUB Università Tor Vergata	Sindrome postlaminectomia, regione lombare	722.83
HUB Torino: Ospedale Molinette	SCS provvisorio	338.29
HUB Verona: AOU Integrata	Test di elettro-stimolazione percutanea nel canale vertebrale (compreso sacrale)	355
HUB Verona: AOU Integrata	Collocazione di impianto definitivo di elettrodo/i di neurostimolatore spinale con generatore di impulsi	V53.02
HUB Verona: AOU Integrata	Sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale	V53.02
HUB Verona: AOU Integrata	Sostituzione di neurostimolatore	V53.02

**Codice e denominazione procedura ICD9-CM: 86.06** Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile

Denominazione HUB	Denominazione locale procedura	Codice diagnosi ICD9-CM
HUB Calabria: PO Mariano Santo Cosenza	Inserzione di pompa totalmente impiantabile	338
HUB Calabria: PO Mariano Santo Cosenza	Inserzione di pompa totalmente impiantabile	338.3
HUB Calabria: PO Mariano Santo Cosenza	Sostituzione di pompa totalmente impiantabile	V53.09
HUB Catania: PO San Marco Policlinico	Impianto Pompa Intratecale	338.4

Denominazione HUB	Denominazione locale procedura	Codice diagnosi ICD9-CM
HUB Ospedali Riuniti di Foggia	Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile + Altri interventi sul midollo spinale e sulle strutture del canale vertebrale	353.1
HUB Garbagnate: ASST Rhodense	Impianto di Pompa per Terapia Intratecale	344.1
HUB Garbagnate: ASST Rhodense	Sostituzione di Pompa per Terapia Intratecale	V53.02
HUB AOU Careggi Firenze	Impianto pompa infusione subaracnoidea	729.2
HUB AOU Careggi Firenze	Impianto pompa spasticità	781.0
HUB Pavia	Inserzione di pompa totalmente impiantabile	334.1
HUB AOU Pisana	Impianto pompa	338.4
HUB Ravenna: Ospedale Santa Maria delle Croci	Inserzione di pompa totalmente impiantabile	340, 335.2
HUB Ravenna: Ospedale Santa Maria delle Croci	Inserzione di pompa totalmente impiantabile	V58.82
HUB Napoli: Ospedale Pascale	Impianto di pompa intratecale	353.4
HUB Torino: Ospedale Molinette	Pompa itt	338.29
HUB Verona: AOU Integrata	Inserzione pompa di infusione	338.3
HUB Verona: AOU Integrata	Inserzione pompa di infusione	338.29
HUB Verona: AOU Integrata	Test per infusione intratecale di farmaci: con inserzione del catetere o test a bolo continuo	729.2

## 5. Conclusioni

In linea con le direttive comunitarie che prevedono procedure più strutturate per la valutazione dei dispositivi medici e per una corretta valutazione di costo-efficacia (Cabina di Regia 2017), lo studio ha inteso effettuare un con-

fronto sulle procedure antalgiche, caratterizzanti la disciplina della Terapia del Dolore, per poter approfondire diversi aspetti che le caratterizzano e fornire ai diversi livelli di programmazione, indicazioni utili che mirino a garantire e migliorare la qualità assistenziale del paziente con dolore. Lo studio condotto ha consentito di effettuare una ricognizione sull'utilizzo a livello nazionale dei sistemi di codifica di ambito clinico relativamente al dominio specialistico della Terapia del Dolore. Esso è da considerarsi come una base di partenza per definire delle linee guida di indirizzo, che traggano beneficio dalla contestualizzazione desumibile dalle analisi effettuate, circa un utilizzo uniforme ed appropriato delle codifiche relativamente alla procedura, al DRG associato, al setting assistenziale e alla relativa tariffa applicata. Un utilizzo appropriato delle codifiche consente infatti di effettuare delle analisi periodiche e puntuali che possano essere di supporto alle istituzioni per una tempestiva sorveglianza sanitaria nonché per un'efficiente programmazione, oltre che per un monitoraggio costante delle procedure disponibili sul territorio nazionale nell'ambito della Terapia del Dolore (O'Malley et al. 2005).

Una gestione adeguata del paziente affetto da dolore richiede, difatti, che si possa disporre di un sistema di assistenza continuativa, che permetta la realizzazione di piani di cura personalizzati a lungo termine, la razionalizzazione dell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità della vita, prevenendo le disabilità e la non autosufficienza. Considerando le dimensioni epidemiologiche e l'impatto altamente invalidante del dolore ed al fine di perseguire la finalità di efficientamento e razionalizzazione delle risorse disponibili e al contempo promuovere qualità ed esiti positivi nei trattamenti, è necessario erogare in maniera appropriata ed uniforme su tutto il territorio nazionale prestazioni ad alta complessità altamente innovative e minimamente invasive per dare una risposta alla sempre crescente domanda di salute. Le procedure antalgiche oggi in uso hanno visto negli ultimi decenni una fioritura di attività chirurgiche mininvasive e di attività per il trattamento del dolore acuto e cronico/persistente con utilizzo di metodiche innovative, che in alcuni casi sostituiscono interventi più invasivi in auge negli anni precedenti.

Tuttavia, il sistema di remunerazione degli ospedali del SSN si basa ancora sulle tariffe nazionali definite dal DM del 18 ottobre 2012, relative alla classificazione DRG, versione 24, introdotta nel 2009. Si riscontra, pertanto, una certa differenza tra le Regioni relativamente alle procedure di Terapia del Dolore in riferimento ai setting assistenziali, ai codici di diagnosi e ai codici di intervento utilizzati e conseguentemente alla relativa valorizzazione economica. Queste differenze potrebbero essersi ingenerate anche perché la classificazione DRG attualmente in uso non ha seguito l'evoluzione clinica e tecnologica della Terapia del Dolore. Inoltre, in Italia, a differenza di altri Paesi europei, manca un organo competente per l'utilizzo dei sistemi di codifica di ambito clinico che possa aggiornare, formare, monitorare l'utilizzo di sistemi di codi-

fica e classificazione per la compilazione dei documenti sanitari come previsto dalla legislazione corrente.

Lo studio ha messo in evidenza le criticità nell'utilizzo dei sistemi di codifica dedicati in maniera appropriata ed una conseguente difformità nel sistema tariffario attuale che necessita di un confronto fra gli stakeholder di settore al fine di arrivare all'elaborazione di linee guida per le varie patologie trattate e le relative procedure. Tali linee guida dovrebbero consentire di: i) uniformare le modalità di utilizzo dei sistemi di codifica delle procedure e delle diagnosi; ii) definire processi e percorsi condivisi che possano rappresentare la base per le successive valutazioni di qualità effettuabili utilizzando le informazioni contenute nelle SDO; iii) disciplinare il costo delle prestazioni eseguite in considerazione delle tecniche operatorie e dei dispositivi utilizzati.

Alla luce dei risultati emersi, il presente studio evidenzia la necessità di una riconsiderazione profonda della strutturazione di codici di diagnosi e procedure nel settore della Terapia del Dolore, al fine di rivedere e aggiornare periodicamente la classificazione DRG, in collaborazione con i clinici, per includere nella stima dei costi le evoluzioni circa la tipologia delle cure e delle tecnologie utilizzate. Questo consentirebbe da un lato di garantire una maggiore equità e coerenza nella programmazione sanitaria e nell'allocazione delle risorse e, dall'altro, di orientare il sistema verso un maggiore efficientamento, introducendo un meccanismo in grado di controllare la capacità produttiva degli erogatori (Cerbo and Langiano 2004).

## Riferimenti bibliografici

- Allegri, Massimo, Carlo Lucioni, Silvio Mazzi, and Giulio Serra. 2015. "Social cost of chronic pain in Italy." *GRHTA Global & regional Health Technology Assesment* 2(1): 33-42. <https://doi.org/10.5301/GRHTA.5000187>.
- Apolone, Giovanni, Oscar Corli, Augusto T. G. Caraceni, Emanuele Negri, Silvia Deandrea, Mauro Montanari, Maria Teresa Greco, and Cancer Pain Outcome Research Study Group (CPOR SG) Investigators. 2009. "Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group." *British journal of cancer* 100(10): 1566-74. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605053>.
- Breivik, Harald, Beverly Collett, Vittorio Ventafridda, Rob Cohen, and Derek Gallacher. 2006. "Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment." *European journal of pain (London, England)* 10(44): 287-333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>.
- Cabina di Regia. 2017. *Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici - Documento Strategico*.

- Cerbo, Michele, e Teresa Langiano. 2004. "L'impatto a livello nazionale del sistema di remunerazione." In *I Drg in Italia: un successo o un'occasione perduta?*, a cura di Nicola Falcitelli e Teresa Langiano, 85-115. Bologna: il Mulino.
- Conferenza Stato-Regioni. 2012. "Intesa sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore. (SALUTE). Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131." Governo italiano. <http://archivio.statoregioni.it/DettaglioDoc9753.html?ID-Doc=37447&IdProv=10992&tipodoc=2&CONF=CSR>.
- Conferenza Stato-Regioni. 2020. "Accordo 27 luglio 2020 ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38, sul documento 'Accreditamento delle reti di terapia del dolore'." Roma: Ministero della Salute. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf).
- Hardy, Lynda R. 2022. *Health Informatics. An Interprofessional Approach*. Elsevier.
- ISS (Istituto Superiore di Sanità). 2020. "Sistema di classificazione dei pazienti." 27 gennaio 2020. <https://www.iss.it/sistema-di-classificazione-dei-pazienti>.
- Legge 15 marzo 2010, n. 38. "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore." *Gazzetta Ufficiale Serie Generale*, 19 marzo 2010, n. 65.
- Melotti, Rita Maria, Dekel Samolsky, Gedaliahu Boaz, Francesca Carosi, Ennio Ricchi, Paolo Chiari, Rocco D'Andrea, and Gian Franco Di Nino. 2009. "Categories of congruence between inpatient self-reported pain and nurses evaluation." *European journal of pain (London, England)* 13(9): 992-1000. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.11.019>.
- Ministero della Salute. 2012. "Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012. Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale." *Gazzetta Ufficiale Serie Generale*, 28 gennaio 2013, n. 23, Suppl. Ordinario n. 8.
- Ministero della Salute. 2018. "Decreto 21 novembre 2018 Aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere." *Gazzetta Ufficiale Serie Generale*, 14 febbraio 2019, n. 38.
- Ministero della Salute. 2019. *Linee guida sul trattamento del dolore cronico*. Roma: Ministero della Salute.

- Ministero della Salute. 2019-2021. *Piano della Performance 2019-2021*. [https://www.salute.gov.it/portale/ministro/documenti/pianoPerformance/Piano\\_performance\\_2019-2021.pdf](https://www.salute.gov.it/portale/ministro/documenti/pianoPerformance/Piano_performance_2019-2021.pdf).
- O'Malley, Kimberly, Karon F. Cook, Matt D. Price, Kimberly Raiford Wildes, John F. Hurdle, and Carol M. Ashton. 2005. "Measuring diagnoses: ICD code accuracy. Health services research." *Health services research* 40(5 pt 2): 1620-39. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00444.x>.
- Sanità24. 2023. "Dolore cronico, ne soffrono 9,8 milioni di italiani e pesa su privati e Ssn per 62 miliardi." *Il Sole 24 Ore*. 21 dicembre 2023. [https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-12-21/dolore-cronico-ne-soffrono-98-milioni-italiani-e-pesa-privati-e-ssn-62-miliardi-102912.php?uuid=AF0Ppp8B&refresh\\_ce=1](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-12-21/dolore-cronico-ne-soffrono-98-milioni-italiani-e-pesa-privati-e-ssn-62-miliardi-102912.php?uuid=AF0Ppp8B&refresh_ce=1).
- Stubhaug, Audun, Johan Liseth Hansen, Sara Hallberg, Anders Gustavsson, Anne Elise Eggen, and Christopher Sivert Nielsen. 2024. "The costs of chronic pain—Long-term estimates." *European Journal of Pain* 28(6): 960-77. <https://doi.org/10.1002/ejp.2234>.
- Toccaceli, Virgilia, Nadia Francia, Isabella Cascavilla, e Michael Tenti, a cura di. 2019. *Dolore cronico in Italia e suoi correlati psicosociali dalla "Indagine europea sulla salute"*. Rapporti ISTISAN, 23-28.



# AIDAinformazioni

Rivista semestrale di Scienze dell'Informazione

Anno 42

N. 1-2 – gennaio-giugno 2024

## Editoriale

ROBERTO GUARASCI

*Quaran'anni di «AIDAinformazioni»  
(1984-2024)*

## Contributi su invito

PIERO INNOCENTI

*Que reste-t-il de nos amours? Arti  
tradizionali di un possibile moderno Trivio:  
Archivistica, Bibliografia, Documentazione*

## Contributi

FRANCESCO AMATO, ANTONELLA  
BENVENUTO, SILVIA CENITI, MARIA  
TERESA CHIARAVALLOTI, CLAUDIA  
LANZA, ERIKA PASCERI

*Indagine e analisi comparativa delle  
procedure di codifica nella Terapia del  
Dolore in Italia*

ANDREA CAPACCIONI

*Sull'affidabilità delle bibliografie generate  
dai chatbot. Alcune considerazioni*

ALESSANDRO MAISTO

*La dimensione Testuale del Videogioco.  
Classificazione dei transcript dei  
videogiochi basata sul lessico*

ALEXANDER MURZAKU, PONTISH  
YERAMYAN, CURT ANDERSON, STEVEN  
BUXBAUM, RUBEN DIAZ, MARIELLE  
LERNER, ARMENUI MINASYAN, HAZEL  
MITCHLEY, JODIE-ANN PENNANT, MIA  
SHANG, BRISA SPEIER BRITO

*Discovering and documenting brilliance.  
A novel multimodal annotation method*

CAMILLA NAPPI

*Le document : miroir des enjeux  
institutionnels et de l'évolution linguistique  
des transitions écologique et énergétique en  
France (2007-2022)*

## Testimonianze

PIERO CAVALERI, FERRUCCIO DIOZZI

*La Documentazione in Italia e il ruolo di  
Paolo Bisogno: una rapida evoluzione*

PAOLA GARGIULO, LUCIA MAFFEI

*Domenico (Ingo) Bogliolo. Profilo di un  
navigatore nell'Information Science*



mundaneum

In copertina

Disegno di Paul Otlet, Collections Mundaneum, centre d'Archives, Mons (Belgique).

ISBN 979-12-5965-407-6

ISSN 1121-0095



9 791259 654076



9 770112 100950