



OAA
OTMA

Organisation
ambulante Arzttarife
Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

Direttive per la
codifica ambulatoriale

Direttive per la codifica ambulatoriale

Stato giugno 2023

Versione 1.0



Contenuto

1	DIRETTIVE FONDAMENTALI	1
1.1	Momento della codifica.....	1
1.2	Diagnosi.....	1
1.2.1	Sintomi	2
1.2.2	Diagnosi di probabilità	2
1.2.3	Acuto versus cronico	3
1.2.4	Malattie in seguito a misure medico-sanitarie	4
1.2.5	Sindromi, neoplasmii, malattie di base	6
1.3	Procedure	7
1.3.1	Quali procedure sono sottoposte a codifica	7
1.3.2	Quando	8
1.3.3	Lateralità.....	8
1.3.4	Interventi combinati.....	9
1.3.5	Procedure eseguite più volte.....	10
1.3.6	Endoscopie	10
2	DIRETTIVE PARTICOLARI PER LA CODIFICA	12
2.1	Codifiche per analogia	12
2.2	Codici CHOP «...sotto anestesia».....	12
2.3	Ostetricia.....	12



1 Direttive fondamentali

Il presente documento, per l'applicazione della tariffa forfettaria per paziente nel sistema tariffale coerente per prestazioni mediche ambulatoriali, definisce:

- ⇒ le direttive per la codifica ambulatoriale;
- ⇒ gli strumenti di codifica;
- ⇒ gli esempi per l'applicazione.

Le direttive per la codifica ambulatoriale della tariffa forfettaria per paziente vanno considerate quale opera indipendente. Dato che il sistema utilizza i medesimi strumenti di codifica (ICD-10-GM / CHOP) impiegati dalla codifica nel settore stazionario, talune direttive dal punto di vista del contenuto risultano naturalmente molto simili. La formulazione di tali direttive è possibilmente vicina alle formulazioni del manuale di codifica stazionario¹.

La tariffa forfettaria per paziente fa capo agli «Strumenti di codifica medica» attualmente validi². Per la versione 1.0/2023 si tratta di ICD-10-GM 2022 e di CHOP 2023.

L'impiego delle direttive per la codifica ambulatoriale nella tariffa forfettaria per paziente presuppone che siano note le spiegazioni introduttive e le indicazioni per l'impiego dell'ICD-10-GM e del CHOP.

La formulazione della diagnosi e la documentazione di diagnosi e/o procedure durante un contatto con il paziente sono di responsabilità del medico curante.

1.1 Momento della codifica

La codifica avviene durante o immediatamente dopo il contatto con il paziente. Per precisare la diagnosi non è necessario attendere i risultati di esami ancora mancanti (patologia, laboratorio ecc.).

Per ogni diagnosi rilevata occorre indicare la data del rispettivo contatto con il paziente.

1.2 Diagnosi

Per ogni contatto con il paziente, la tariffa forfettaria per paziente nella v1.0 considera e rileva (1) diagnosi. La distinzione tra diagnosi principale e secondaria decade dunque nell'impiego. Pure i codici secondari (numeri chiave con punto esclamativo e asterisco) decadono.

Viene rilevato lo stato che è certo in quanto diagnosi durante o immediatamente dopo il contatto con il paziente e che era il motivo principale per il trattamento e/o l'esame della o del paziente. Per motivo principale s'intende quel trattamento che durante il contatto con il paziente ha richiesto il maggior dispendio di mezzi medico-sanitari (prestazioni mediche & infermieristiche, operazioni, prodotti medici ecc.). In tale contesto viene privilegiata l'applicazione della diagnosi che è più vicina al riferimento a organi o regione del corpo.

¹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/nomenclature/medkk/strumenti-codifica-medica.html> [per 06/2023]

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/nomenclature/medkk/strumenti-codifica-medica.html> [per 06/2023]



Esempio 1 per Diagnosi

Ammissione con diabete mellito tipo 2 e artropatia diabetica dell'articolazione del ginocchio per l'artroscopia del ginocchio.

M12.86 Altre artropatie specificate, non classificate altrove; articolazione del ginocchio

Esempio 2 per Diagnosi

Ammissione per l'estrazione della cataratta in caso di cataratta dovuta a iponutrizione cronica.

H26.8 Altra cataratta specificata

Se durante un contatto con il paziente vengono eseguiti più trattamenti, viene codificata la diagnosi che genera il maggior dispendio di cure.

Esempio 3 per Diagnosi

Ammissione per osteosintesi a causa di una frattura in estensione del radio e una frattura di un dito.

S52.51 Frattura dell'estremità distale del radio, frattura da estensione

1.2.1 Sintomi

La codifica deve essere effettuata specifica agli organi. I codici di sintomi vengono codificati soltanto se al momento della codifica non è disponibile una diagnosi riferita a organi (cfr. pure cpv. 1.2.2 Diagnosi di probabilità).

1.2.2 Diagnosi di probabilità

La diagnosi di probabilità si conferma o viene precisata: la codifica avviene secondo lo stato attuale delle conoscenze al momento della codifica.

Non viene esclusa nessuna formulazione definitiva della diagnosi o la diagnosi di probabilità: la codifica avviene secondo la diagnosi che ha fornito il motivo per il trattamento.



Esempio 1 per Diagnosi di probabilità

Ammissione con dolori al ginocchio con sospetta artrosi all'articolazione del ginocchio Esecuzione di un'artroscopia del ginocchio sotto anestesia totale, senza esito Viene esclusa la diagnosi di probabilità, non viene formulata un'altra diagnosi.

Diagnosi

M25.56 Dolore articolare, gamba

Trattamento

80.26 Artroscopia del ginocchio [L]

93.92.12 Anestesia bilanciata

Esempio 2 per Diagnosi di probabilità

Ammissione con dolori all'addome con sospetta appendicite. L'appendicectomia effettuata per via laparoscopica, sotto anestesia totale, conferma la diagnosi di probabilità.

Diagnosi

K35.8 Appendicite acuta, altra e non specificata

Trattamento

47.01 Appendicectomia, per via laparoscopica

93.92.12 Anestesia bilanciata

Esempio 3 per Diagnosi di probabilità

Ammissione con ingrossamento dei nodi linfatici ascellari con genesi non chiara per biopsia dei nodi linfatici sotto anestesia locale. Al momento della codifica manca ancora il risultato della biopsia.

Diagnosi

R59.0 Adenomegalia localizzata

Trattamento

40.11.20 Biopsia chiusa [percutanea] [agobiopsia] di linfonodi

1.2.3 Acuto versus cronico

Se un paziente soffre contemporaneamente della forma cronica e di quella acuta della medesima malattia, ad esempio l'esacerbazione acuta di una malattia cronica, viene codificata la forma acuta della malattia, nella misura in cui per la forma acuta e cronica di tale malattia sussistono numeri chiave differenti.

Se un codice combinato raffigura entrambe le forme, sarà quest'ultimo a essere impiegato per la codifica.



Esempio 1 per Acuto versus cronico

Ammissione con una colecistolitiasi cronica e una colecistite acuta senza indicazione di un'ostruzione delle vie biliari. Accettazione per esame TAC e in seguito colecistectomia laparoscopica sotto anestesia totale.

Diagnosi

K80.00 Calcolosi della colecisti con colecistite acuta: senza menzione di ostruzione delle vie biliari

Trattamento

51.23 Colecistectomia laparoscopica

93.92.12 Anestesia bilanciata

88.01.20 Tomografia assiale computerizzata dell'addome superiore

Esempio 2 per Acuto versus cronico

Ammissione con una gastrorragia per la gastroscopia. Nel corso della gastroscopia risulta un'ulcera gastrica acuta con emorragia come pure ulcera cronica senza segni di sanguinamento. L'emorragia viene fermata per via endoscopica.

Diagnosi

K25.0 Ulcera gastrica acuta, con emorragia

Trattamenti

44.43.99 Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale, altro

93.92.10 Anestesia per via endovenosa

1.2.4 Malattie in seguito a misure medico-sanitarie

Malattie e complicazioni in seguito a misure medico-sanitarie vengono codificate se descritte come tali dal medico curante. Deve essere registrato il codice che descrive in maniera più specifica il motivo del trattamento per quanto riguarda il riferimento a organi, la patologia e la regione del corpo.

Esempio 1 per Malattie in seguito a misure medico-sanitarie

Ammissione per la punzione dell'articolazione del ginocchio in caso di infezione di un'endoprotesi del ginocchio, con anestesia locale

Diagnosi

T84.7 Infezione e reazione infiammatoria da altri dispositivi, impianti ed innesti interni ortopedici

Trattamento

81.91 Artrocentesi



Esempio 2 per Malattie in seguito a misure medico-sanitarie

Ammissione per asportazione di una placca rotta di osteosintesi al polso sotto anestesia regionale (del plesso).

Diagnosi

T84.12 Complicanza meccanica di dispositivo di osteosintesi interna di ossa di arto: avambraccio e polso

Trattamento

78.63.01 Rimozione di dispositivo impiantato da radio e ulna [L]

04.81.42 Iniezione di anestetico in nervi periferici per anestesia durante esami e interventi

Esempio 3 per Malattie in seguito a misure medico-sanitarie

Ammissione per l'asportazione di una vite sporgente dolorosa dopo precedente osteosintesi all'articolazione del piede con anestesia locale

Diagnosi

T84.8 Altre complicanze di dispositivi, impianti ed innesti protesici interni ortopedici

Trattamento

78.67.01 Rimozione di dispositivo impiantato da tibia e fibula: filo (endomidollare), vite, cerchiaggio dinamico, fissatore esterno, fissatore circolare, staffe (di Blount) [L]

Esempio 4 per Malattie in seguito a misure medico-sanitarie

Ammissione per débridement di un ascesso cutaneo sotto anestesia locale a due settimane dall'osteosintesi all'avambraccio

Diagnosi

L02.4 Ascesso cutaneo, foruncolo e favo degli arti

Trattamento

86.32.1E Asportazione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo, con chiusura di ferita primaria, in altra sede



Esempio 5 per Malattie in seguito a misure medico-sanitarie

Ammissione per la dilatazione dell'uretra in caso di stenosi cicatriziale recidivante dell'uretra.

Diagnosi

N99.10 Stenosi uretrale recidivante a seguito di precedente intervento per stenosi uretrale

Trattamenti

58.6 Dilatazione uretrale
58.22 Altra uretroscopia
93.92.10 Anestesia per via endovenosa

1.2.5 Sindromi, neoplasmi, malattie di base

In caso di affezioni nell'ambito di malattie di base viene data priorità alla manifestazione specifica degli organi di tale malattia (nella misura in cui quest'ultima si differenzia dalla malattia di base o specifica la medesima).

Esempio 1 per Sindromi, neoplasmi, malattie di base

Ammissione per iniezione di tossina botulinica nello sfintere vescicale in caso di incontinenza da urgenza dovuta a sclerosi multipla.

Diagnosi

N39.42 Incontinenza da urgenza

Trattamento

57.32 Altra cistoscopia
57.99.21 Trattamento con iniezione nella vescica, transuretrale

Esempio 2 per Sindromi, neoplasmi, malattie di base

Ammissione per l'escissione di una metastasi cutanea in caso di un tumore maligno secondario della ghiandola mammaria, sotto anestesia totale.

Diagnosi

C79.2 Tumore maligno secondario della pelle.

Trattamenti

85.27 Asportazione locale di lesione o tessuto della cute della mammella [L]
93.92.12 Anestesia bilanciata



Esempio 3 per Sindromi, neoplasmi, malattie di base

Ammissione per ernioplastica sotto anestesia totale in caso di ernia inguinale unilaterale causata da una sindrome di Marfan.

Diagnosi

K40.90 Ernia inguinale unilaterale o non specificata, senza occlusione o gangrena: non menzionata come ernia recidivante

Trattamenti

53.07.21 Riparazione di ernia inguinale, per via laparoscopica, con impianto di membrane e reti [L]

93.92.12 Anestesia bilanciata

1.3 Procedure

1.3.1 Quali procedure sono sottoposte a codifica

Tutte le procedure importanti eseguite durante il contatto con il paziente devono essere codificate. Esse possono essere misure diagnostiche, terapeutiche o curative. Le procedure effettuate in modo standardizzato possono, ma non devono essere registrate esplicitamente. L'ordine in cui vengono registrate le procedure non ha importanza.

Per principio per la ripartizione in un raggruppamento di casi (oltre alla diagnosi) è necessaria (1) procedura. Se necessario per la differenziazione, la codifica può inoltre comprendere ulteriori procedure.

Procedure importanti (elenco non esaustivo)

- Prestazioni legate a operazioni;
- Prestazioni interventistiche;
- Endoscopie;
- Parti;
- Grandi dispositivi: Radioterapia, medicina nucleare, TAC, RMI, radiologia interventistica, mammografia, DEXA;
- Prestazioni di anestesia, terapia del dolore;
- Sonografie.

Procedure non importanti

- Prelievi di sangue ed esami di laboratorio;
- Esami per l'ammissione;
- Singole componenti di una procedura; Preparazione, posizionamento e chiusura di ferita di regola sono raffigurati in un codice delle operazioni;
- terapie farmacologiche ad eccezione di:
 - Terapie farmacologiche, se esiste un codice CHOP specifico;
 - Terapie con citostatici/immunoterapie, trombolisi, infusione di fattori della coagulazione & emoderivati;
- Risultati abnormi (risultati di laboratorio, di radiografia, di patologia e altri di tipo diagnostico), nella misura in cui non hanno importanza clinica ai sensi di una conseguenza terapeutica o di diagnostica ulteriore.



Vengono codificate esclusivamente procedure effettivamente eseguite:

- Se, per motivi tecnici, una procedura pianificata non viene eseguita, essa non viene codificata.
- Se una procedura pianificata non viene eseguita a causa di un'altra malattia, tale procedura non viene codificata (se dall'altra malattia è scaturita una procedura importante è tuttavia possibile codificare tale altra malattia e procedura).
- Nel caso di interventi interrotti, la codifica viene effettuata unicamente in riferimento alla parte eseguita dell'intervento.

Nella v1.0 sono depositati codici CHOP ai sensi dell'estratto codici CHOP per la tariffa forfettaria per paziente v1.0 con una funzione nella tariffa forfettaria per paziente. Codici CHOP non elencati nell'estratto, attualmente non hanno ancora alcuna funzione nella tariffa forfettaria per paziente. Per la versione successiva della tariffa forfettaria per paziente è previsto che venga tenuto conto integralmente di tutte le procedure della classificazione CHOP. L'estratto codici CHOP per la tariffa forfettaria per paziente è depositato sul sito web della solutions tarifaires suisses SA³ rispettivamente dell'Organizzazione tariffe mediche ambulatoriali SA.

1.3.2 Quando

Per ogni procedura rilevata occorre indicare la data di esecuzione.

1.3.3 Lateralità

Per ogni procedura rilevata, laddove possibile, occorre indicare la (bi-)lateralità/Lateralità. I corrispondenti codici CHOP nella CHOP sono contrassegnati con [L].

Vengono rilevate le seguenti indicazioni:

B = bilaterale

vuoto = unilaterale / non specificato

Esempio 1 per Lateralità

Ammissione per l'operazione di un'ernia inguinale bilaterale.

53.06.11 Riparazione di ernia inguinale, chirurgica a cielo aperto, senza impianto di membrane o reti [L]

93.92.10 Anestesia per via endovenosa

Nell'esempio 1 in riferimento alla lateralità sarebbe dunque da registrare il codice 53.06.11 con l'aggiunta B = *bilaterale*.

³ www.solutions-tarifaires.ch



1.3.4 Interventi combinati

Gli interventi vanno raffigurati possibilmente con un codice. Vi sono codici per interventi combinati in cui diversi interventi eseguibili singolarmente vengono eseguiti in una seduta unica. Vanno impiegati quando descrivono integralmente l'intervento combinato e le direttive per la codifica ambulatoriale o le indicazioni nella CHOP non prescrivono altro.

Esempio 1 per Interventi combinati

Ammissione per tonsillectomia e adenoidectomia sotto anestesia totale

Diagnosi

J35.0 Tonsillite cronica

Trattamenti

28.3.- Tonsillectomia **con** adenoidectomia [L]

93.92.10 Anestesia per via endovenosa

Esempio 2 per Interventi combinati

Ammissione per l'operazione per alluce valgo con contemporanea artrodesi con anestesia spinale.

Diagnosi

M20.1 Alluce valgo (acquisito)

Trattamento

77.52 Correzione di alluce valgo e rigido con asportazione di esostosi, correzione dei tessuti molli e artrodesi [L]

03.91.21 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per anestesia durante esami e interventi



1.3.5 Procedure eseguite più volte

Le procedure vanno codificate tante volte quante sono state eseguite durante il contatto con il paziente.

Esempio 1 per Procedure eseguite più volte

Ammissione per angioplastica in caso di aterosclerosi delle arterie femorali. Vengono effettuate 3 dilatazioni con palloncino.

Diagnosi

170.22 Aterosclerosi delle arterie degli arti: bacino-gamba, con dolore ischemico indotto da sforzo, tratto percorso meno di 200 m

Trattamenti

39.50.11 Angioplastica o aterectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i), con palloncino semplice

39.50.11 Angioplastica o aterectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i), con palloncino semplice

39.50.11 Angioplastica o aterectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i), con palloncino semplice

00.40 Intervento su un vaso

00.4B.18 PCI di arterie della coscia e dell'a. poplitea [L]

1.3.6 Endoscopie

Per interventi endoscopici vi sono codici specifici:

Esempio 1 per Endoscopie

29.32.10 Diverticolostomia endoscopica di diverticolo di Zenker

Se viene eseguito un intervento per cui non esiste un codice che include l'endoscopia, l'intervento convenzionale (aperto) viene codificato per primo, seguito dal codice corrispondente per l'endoscopia.

Endoscopie di più localizzazioni vanno codificate secondo la localizzazione maggiormente visionata per settore esaminato con l'endoscopia.

Si distinguono in tale contesto i seguenti settori esaminati con l'endoscopia:

- (Epi-)faringo- & laringoscopia (escl. specchio & torcia frontale)
- Esofago-, gastro- & duodenoscopia
- Tracheo- & broncoscopia
- Ano-, retto-, sigmoido- & colonscopia



Esempio 2 per Endoscopie

Ammissione per esofagogastroduodenoscopia con biopsie in uno o più punti di esofago, stomaco e duodeno:

Trattamenti

45.16	Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia chiusa
93.92.10	Anestesia per via endovenosa

Esempio 3 per Endoscopie

Ammissione per laringofaringo-tracheo-broncoscopia:

Trattamenti

33.22	Tracheobroncoscopia flessibile
31.42.10	Laringoscopia
93.92.10	Anestesia per via endovenosa

Esempio 4 per Endoscopie

Ammissione per accertamento di un carcinoma dell'ipofaringe mediante bronco- & esofagoscopia:

Trattamenti

33.22	Tracheobroncoscopia flessibile
42.23	Altra esofagoscopia
93.92.10	Anestesia per via endovenosa



2 Direttive particolari per la codifica

2.1 Codifiche per analogia

Se un codice CHOP esistente viene impiegato altrimenti nella tariffa forfettaria per paziente rispetto a quanto indicato nella CHOP, si tratta di «codifiche per analogia». Codifiche per analogia servono per identificare delle procedure che non sono ancora raffigurate nella classificazione CHOP attuale. Per sostituire le codifiche per analogia, mediante una procedura di proposta, vengono richiesti codici CHOP corrispondenti.

Sul sito web dell'Organizzazione tariffe mediche ambulatoriali SA è consultabile una panoramica delle codifiche per analogia attualmente vigenti nella tariffa forfettaria per paziente ed è considerata vincolante per la codifica nella tariffa forfettaria per paziente.

2.2 Codici CHOP «...sotto anestesia»

Nei codici CHOP che terminano con «...sotto anestesia» il criterio «sotto anestesia» non deve essere tenuto in considerazione per la codifica. Il codice viene impiegato come se non ci fosse stata anestesia. Se l'intervento è avvenuto sotto anestesia, il tipo di anestesia deve essere codificato in aggiunta.

Esempio 1 per codici CHOP «...sotto anestesia»

64.98.10	Riposizionamento di parafimosi sotto anestesia
----------	--

2.3 Ostetricia

Per la codifica dei parti ci si orienta al tipo di parto: I parti vengono codificati con i codici O80 - O82.

Esempio 1 per Ostetricia

Ammissione per il parto pianificato. Parto senza alcun problema di un neonato sano sotto APD.

Diagnosi

O80	Parto singolo spontaneo
-----	-------------------------

Trattamenti

73.59	Assistenza manuale al parto, altro
-------	------------------------------------

03.91.31	Iniezione di anestetico e analgesico nel canale vertebrale al momento del parto
----------	---



Esempio 2 per Ostetricia

Ammissione per il parto pianificato. Parto di un neonato sano con estrazione mediante ventosa ed episiotomia sotto APD. Una ritenzione della placenta viene rimossa manualmente e riparata l'episiotomia

Diagnosi

O81 Parto singolo con applicazione di forcipe o ventosa ostetrica

Trattamenti

72.71 Estrazione mediante ventosa con episiotomia

03.91.31 Iniezione di anestetico e analgesico nel canale vertebrale al momento del parto

75.4 Rimozione manuale di placenta ritenuta

Esempio 3 per Ostetricia

Ammissione per parto cesareo pianificato sotto APD.

Diagnosi

O82 Parto singolo con taglio cesareo [sectio caesarea]

Trattamenti

74.1X.10 Taglio cesareo cervicale basso, primario

03.91.31 Iniezione di anestetico e analgesico nel canale vertebrale al momento del parto

In caso di contatti con pazienti in ostetricia senza parto la codifica avviene a seconda della diagnosi trattata.

Esempio 4 per Ostetricia

Ammissione dopo parto a domicilio per emorragia secondaria post parto in caso di ritenzione di placenta. Viene effettuato un raschiamento sotto anestesia totale.

Diagnosi

O72.0 Emorragia del terzo periodo

Trattamenti

69.52 Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di parto o aborto

93.92.12 Anestesia bilanciata



Esempio 5 per Ostetricia

Ammissione per interruzione elettiva della gravidanza sotto anestesia totale.

Diagnosi

O04.9 Aborto terapeutico (indotto): completo o non precisato, senza complicazioni

Trattamenti

69.01 Dilatazione e raschiamento per interruzione di gravidanza

93.92.12 Anestesia bilanciata