

# **Direttive per la codifica ambulatoriale**

**Stato giugno 2023**

**Versione 1.0**

## Contenuto

<b>1</b>	<b>DIRETTIVE FONDAMENTALI .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>Momento della codifica.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2</b>	<b>Diagnosi .....</b>	<b>1</b>
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, neoplasmi, malattie di base.....	6
<b>1.3</b>	<b>Procedure .....</b>	<b>7</b>
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
<b>2</b>	<b>DIRETTIVE PARTICOLARI PER LA CODIFICA .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>Codifiche per analogia .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2</b>	<b>Codici CHOP «...sotto anestesia».....</b>	<b>12</b>
<b>2.3</b>	<b>Ostetricia.....</b>	<b>12</b>

# 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 stazionario<sup>1</sup>.

La tariffa forfettaria per paziente fa capo agli «Strumenti di codifica medica» attualmente validi<sup>2</sup>. 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.

---

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

<sup>2</sup> <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 SA<sup>3</sup> 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*.

<sup>3</sup> [www.solutions-tarifaires.ch](http://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