



O A A T
O T M A

Organisation
ambulante Arzttarife
Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

Tariffa forfettaria per paziente
Modalità di applicazione

Modalità di applicazione

per la fatturazione della tariffa forfettaria per paziente nel sistema coerente per le prestazioni mediche ambulatoriali

Stato giugno 2023

Versione 1.0

CONTENUTO

1	BASI E DEFINIZIONI	1
1.1	Regole per la codifica ambulatoriale di diagnosi e procedure.....	1
1.2	Delimitazione stazionario/ ambulatoriale.....	1
1.3	Definizione di <i>fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale</i>	3
1.4	Contatto con il paziente / il caso tariffale	4
1.5	Contenuto della tariffa forfettaria per paziente	6
1.6	Attribuzione di <i>contatti fatturabili con il paziente</i> a un raggruppamento dei casi	6
2	SETTORE DI APPLICAZIONE E DELIMITAZIONI.....	8
	ALLEGATO 1: ELENCO DEI SETTORI SPECIALIZZATI.....	9
	ALLEGATO 2: CHIARIMENTI ED ESEMPI.....	11

1 Basi e definizioni

Per l'applicazione della tariffa forfettaria per paziente nel sistema coerente per le prestazioni mediche ambulatoriali il presente scritto definisce quanto segue:

- ⇒ Aspetti fondamentali (capitolo 1);
- ⇒ Le regole sulla fatturazione (capitolo 1);
- ⇒ Il settore di applicazione e l'interazione con la tariffa per singola prestazione (capitolo 2);
- ⇒ Esempi di applicazione per il chiarimento (allegato 2).

Il consiglio d'amministrazione della solutions tarifaires suisses SA o il consiglio d'amministrazione dell'organizzazione ai sensi dell'art. 47a LAMal o un collegio da essa incaricato ai sensi delle presenti regole e osservando le prescrizioni di legge stabilisce gli adattamenti e i dettagli necessari oltre le definizioni disciplinate nel presente scritto.

Laddove necessario ai fini di un'applicazione inequivocabile, le presenti modalità di applicazione vengono coordinate con modalità di applicazione di altre strutture tariffali.

1.1 Regole per la codifica ambulatoriale di diagnosi e procedure

La codifica ambulatoriale dei contatti con il paziente (cfr. capitolo 1.4) si orienta alle prescrizioni definite, unitarie a livello svizzero e che si basano sulle classificazioni di procedure e di diagnosi di volta in volta vigenti e sulle direttive per la codifica ambulatoriale. Tali regole si applicano a tutti i fornitori di prestazioni ambulatoriali che possono fatturare contatti con il paziente secondo la tariffa forfettaria per paziente.

La solutions tarifaires suisses SA o l'organizzazione ai sensi dell'art. 47a LAMal pubblica delle direttive per la codifica ambulatoriale ai sensi della convenzione sulla struttura tariffale come pure codifiche per analogia vincolanti.

In caso di dubbi o divergenze nell'interpretazione delle direttive per la codifica ambulatoriale è intenzione delle organizzazioni responsabili della solutions tarifaires suisses SA o l'organizzazione ai sensi dell'art. 47a LAMal pubblicare delle chiarificazioni.

1.2 Delimitazione stazionario/ ambulatoriale

La distinzione tra cura ospedaliera e ambulatoriale si orienta all'Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre).

Al fine di garantire un'attuazione unitaria, i partner del sistema sanitario si sono accordati sulle seguenti interpretazioni delle definizioni:

Art. 3 OCPre Cura ospedaliera

Sono considerate cure ospedaliere ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 della legge le degenze relative a esami, terapie e cure in ospedale o in case per partorienti:

- a. di una durata di almeno 24 ore;
- b. di una durata inferiore a 24 ore, nel corso delle quali un letto viene occupato durante una notte;
- c. in ospedale in caso di trasferimento in un altro ospedale
- d. in una casa per partorienti in caso di trasferimento in ospedale

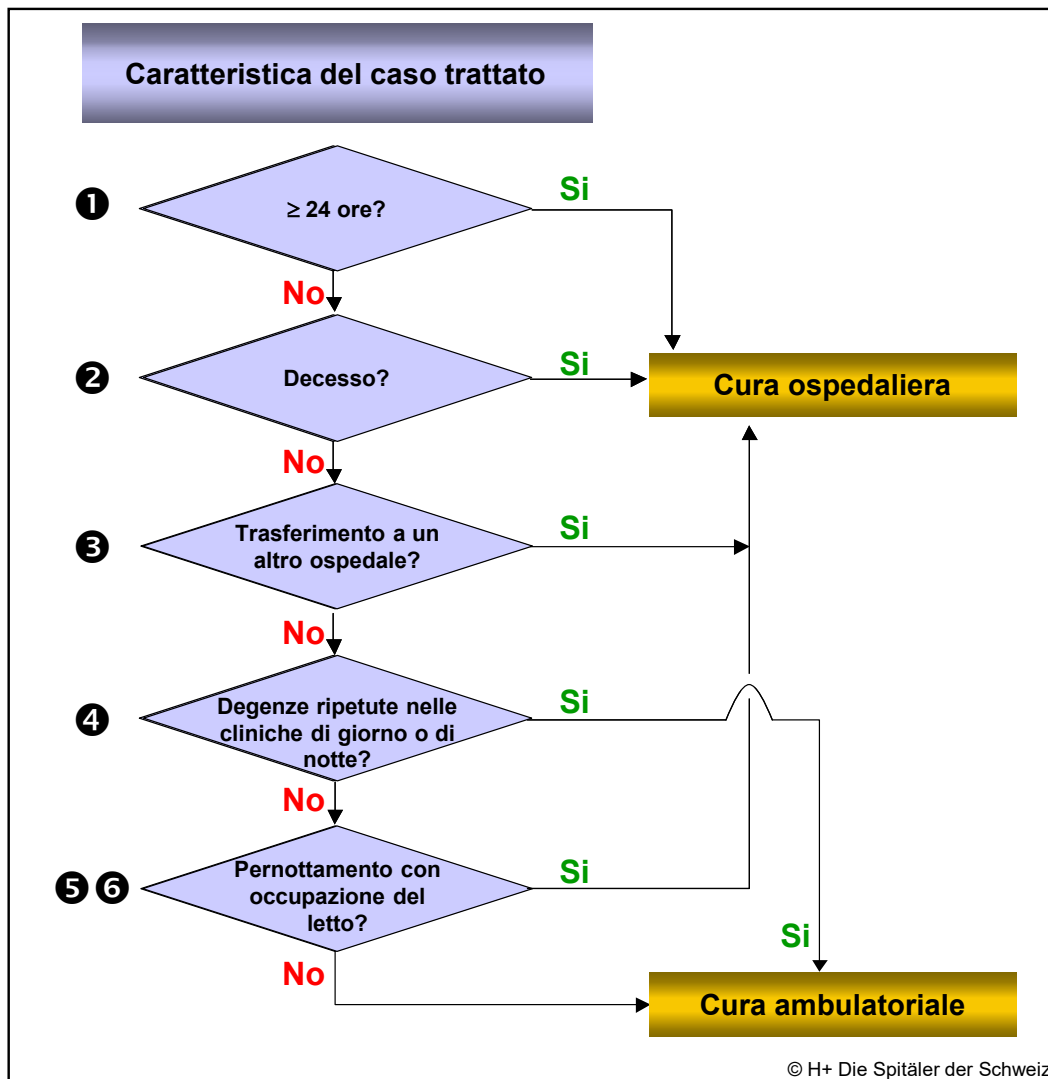


e. in caso di decesso.

Art. 5 OCPre Cura ambulatoriale

Sono considerate ambulatoriali ai sensi dell'articolo 49 capoverso 6 della legge le cure che non sono considerate ospedaliere. Sono pure considerate cure ambulatoriali le degenze ripetute in cliniche di giorno o di notte.

• Diagramma di flusso



• Spiegazioni inerenti ai criteri di delimitazione

Il criterio ① "≥ 24 ore" significa che il paziente rimane in ospedale almeno 24 ore.

Il criterio ② "decesso" chiarisce se il paziente è deceduto.

Il criterio ③ "trasferimento in un altro ospedale" chiarisce se il paziente è stato trasferito in un altro ospedale o da una casa per partorienti in un ospedale.



Il criterio ④ “degenze ripetute in cliniche di giorno o di notte” è una decisione medica e fa parte del piano terapeutico di un paziente. Sono considerate cure ambulatoriali: Degenze ripetute in cliniche di giorno o di notte nel settore della psichiatria e degenze ripetute nell’ambito di altri settori di prestazioni medico-sanitari e terapeutici quali ad esempio chemio- o radioterapie, dialisi, terapie del dolore basate sugli ospedali o fisioterapia.

Il criterio ⑤ "notte" viene misurato e rilevato mediante la regola della mezzanotte. Il criterio è dunque adempiuto, se un paziente si trova in ospedale o nella casa per partorienti a mezzanotte (00:00).

Il criterio ⑥ “occupazione di un letto” è adempiuto se un paziente occupa un letto che è un letto di un reparto di cure. Sono parificati a un letto di un reparto di cure i letti nel reparto di medicina intensiva, nel reparto di intermediate care e il letto per le puerpere. I trattamenti di pazienti che fanno capo esclusivamente al reparto pronto soccorso, al laboratorio del sonno o alla sala parto (sia di giorno che di notte) sono considerati ambulatoriali.

I criteri ⑤ "notte" e ⑥ "occupazione di un letto" non possono essere scissi. Altrimenti detto il trattamento di durata inferiore a 24 ore deve adempiere i criteri "notte" e "occupazione di un letto" per poter essere registrato e fatturato quale trattamento stazionario.

1.3 Definizione di *fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale*

Un *fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale* si definisce quale

medico ai sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. a LAMal

oppure

istituto che dispensa cure ambulatoriali effettuate da medici ai sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. n LAMal e che non applica il concetto dei settori specializzati

oppure

il settore specializzato (ai sensi dell'allegato 1) all'interno di un ospedale ai sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. h LAMal o di un istituto che dispensa cure ambulatoriali effettuate da medici ai sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. n LAMal.

Un settore specializzato è:

un'unità, sotto direzione e responsabilità medica

oppure

un'unità delle levatrici o delle chiropratiche/dei chiropratici

oppure

un'unità di una disciplina che effettua prestazioni previa prescrizione di un medico (ai sensi dell'art. 25 cpv. 2 lett. a punto 3 LAMal oppure art. 35 cpv. 2 lett. e LAMal) ad es. fisioterapia, ergoterapia (elenco non esaustivo).

oppure

un'unità che effettua trasporti di pazienti ai sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. m LAMal.

Per ulteriori informazioni rinviamo al regolamento concernente i settori specializzati.

1.4 Contatto con il paziente / il caso tariffale

1.4.1 Definizione generale di contatto con il paziente

Un contatto con il paziente è definito come un incontro simultaneo fisico o a distanza tramite colloquio di un paziente con un *fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale* (ai sensi del capitolo 1.3). In tale ambito un *fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale* fornisce una prestazione in favore di un paziente, atta a diagnosticare o a curare una malattia (art. 25 cpv. 1 LAMal).

Una prestazione a un campione o un preparato non corrisponde a un contatto con un paziente (capitolo 1.4.2).

Perizie, consultazioni di atti e di immagini e tumorboard/board di esperti medici/board interdisciplinari vengono tenuti quali contatti con il paziente pure in assenza dell'incontro fisico del paziente con il *fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale*.

Ogni neonato (indipendentemente se malato o sano) viene considerato come paziente a sé stante e dunque tenuto quale contatto a sé stante con il paziente.

Nel settore specializzato radio-oncologia / radioterapia tutte le prestazioni in preparazione dell'irradiazione (TAC di pianificazione, simulazione ecc.) del settore specializzato radiooncologia sono considerate contatti con il paziente.

1.4.2 Prestazioni attribuite

Il contatto con il paziente comprende pure le prestazioni che vi si riferiscono in assenza del paziente, quali prestazioni di patologia e laboratorio, rapporti e altre prestazioni in assenza del paziente, quali ad es.: lo studio degli atti, gli accordi con altri fornitori di prestazioni.

Prestazioni di patologia e di laboratorio al preparato o al campione vengono attribuite al contatto con il paziente a cui è stato prelevato il campione o dato il mandato per l'analisi, ciò vale pure se l'analisi viene effettuata in un secondo momento.

Rapporti vengono attribuiti all'ultimo contatto con il paziente descritto nel rapporto, indipendentemente dalla data di stesura del rapporto.



Ulteriori prestazioni in assenza del paziente fino al giorno precedente il prossimo contatto con il paziente con il medesimo *fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale* o al massimo fino a 30 giorni vengono attribuite al contatto precedente con il paziente. Fanno eccezione le prestazioni richieste dagli assicuratori (richieste in merito a garanzie dell'assunzione delle spese, informazioni scritte e orali in merito a questioni medico-sanitarie, studio degli atti).

1.4.3 Il contatto fatturabile con il paziente

Per determinare il *contatto fatturabile con il paziente* la cerchia dei contatti con il paziente per cui secondo le direttive per la codifica ambulatoriale deve essere registrata una diagnosi è definita come segue:

tutti i contatti con il paziente di fornitori di prestazioni che fatturano unicamente contatti con il paziente secondo la tariffa forfettaria per paziente per prestazioni mediche ambulatoriali,

tutti i contatti con il paziente di fornitori di prestazioni che fatturano contatti con il paziente secondo la tariffa forfettaria per paziente e la tariffa per singola prestazione per le prestazioni mediche ambulatoriali.

Più contatti con il paziente del medesimo fornitore di prestazioni (ai sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. h oppure art. 35 cpv. 2 lett. n LAMal) in un giorno civile con diagnosi differenti o identiche che sono attribuite al medesimo capitulum dell'elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali, vengono riuniti in un *contatto fatturabile con il paziente*.

Più contatti con il paziente del medesimo fornitore di prestazioni due giorni di seguito con diagnosi differenti o identiche che sono attribuite al medesimo capitulum dell'elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali vengono riuniti in un *contatto fatturabile con il paziente*, nella misura in cui quest'ultimo adempie il criterio 5 della logica di delimitazione del caso stazionario, ma non adempie il criterio 6.

Più contatti con il paziente di diversi fornitori di prestazioni in un giorno civile con diagnosi differenti o identiche che sono attribuite al medesimo capitulum dell'elenco dei raggruppamenti di casi ambulatoriali e la cui fornitura di prestazioni è direttamente interdipendente, vengono riuniti in un *contatto fatturabile con il paziente*.

Nel settore specializzato della radio-oncologia / radioterapia il contatto con il paziente è riunito con le prestazioni preparatorie per l'irradiazione (TAC di pianificazione, simulazione, ecc.) del settore specializzato radiooncologia con il contatto con il paziente della prima irradiazione.

Fanno eccezione per questa unione di contatti con il paziente quei contatti con il paziente fatturati a differenti assicurazioni sociali. Non rientrano neppure in tale unione i contatti con il paziente di *fornitori di prestazioni nell'ambito ambulatoriale* che forniscono prestazioni previa prescrizione di un medico o di *fornitori di prestazioni nell'ambito ambulatoriale* che effettuano trasporti di pazienti (capitolo 1.3). Se un contatto con il paziente raffigura una prestazione di pazienti che pagano di tasca propria, neppure questo contatto può essere riunito.

1.4.4 Definizione del caso tariffale

La definizione del caso tariffale nel settore di applicazione della tariffa forfettaria per paziente corrisponde al *contatto fatturabile con il paziente*.

1.4.5 Fatturazione del *contatto fatturabile con il paziente*

Ogni *contatto fatturabile con il paziente* nel settore di applicazione della tariffa per singola prestazione o della tariffa forfettaria per paziente viene fatturato dal fornitore di prestazioni mediante la tariffa forfettaria per paziente o mediante la tariffa per singola prestazione (ai sensi dell'art. 43 cpv. 5 e cpv. 5ter LAMal). È esclusa qualsiasi combinazione della tariffa forfettaria per paziente con altre tariffe per prestazioni mediche ambulatoriali (in particolare tariffa per singola prestazione o forfait concordati a livello nazionale o bilaterale) all'interno di un *contatto fatturabile con il paziente*.

In aggiunta al raggruppamento dei casi è possibile fatturare separatamente ulteriori prestazioni definite (capitolo 1.5).

1.5 Contenuto della tariffa forfettaria per paziente

Il raggruppamento dei casi e le prestazioni fatturabili separatamente costituiscono infine le prestazioni fatturabili di tutto il *contatto fatturabile con il paziente*.

Le prestazioni fatturabili separatamente sono le seguenti:

- emoderivati labili e stabili;
- agenti terapeutici consegnati;
- impianti protesici in raggruppamenti dei casi corrispondentemente contrassegnati nell'elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali.

1.6 Attribuzione di *contatti fatturabili con il paziente* a un raggruppamento dei casi

Età del paziente

Per il raggruppamento del *contatto fatturabile con il paziente* vale l'età del paziente il giorno del trattamento.

Sesso del paziente

Per il raggruppamento del *contatto fatturabile con il paziente* vale il sesso del paziente secondo il diritto civile, il giorno del trattamento.

Per la fatturazione di un trattamento di pazienti intersessuali il sesso trattato è determinante per la fatturazione.



Forzatura manuale

Non è ammessa una forzatura manuale del raggruppamento. Spetta unicamente al grouper definire l'attribuzione del *contatto fatturabile con il paziente* a un raggruppamento dei casi.

Obbligo di remunerazione

Dall'inserimento dei *contatti fatturabili con il paziente* in un raggruppamento dei casi ed eventuali prestazioni fatturabili separatamente non è possibile dedurre un obbligo di prestazioni da parte delle assicurazioni sociali (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, risp. assicurazione infortuni, invalidità o militare).

Raggruppamenti dei casi non valutati

Per raggruppamenti dei casi non valutati (cfr. Elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali) sulla base dei costi per caso determinati mediante la contabilità per unità finali d'imputazione, esposti in maniera trasparente, i partner tariffali concordano remunerazioni individuali appropriate, nella misura in cui queste ultime possono essere fornite nelle cure ambulatoriali a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o dell'assicurazione infortuni, invalidità o militare.

2 Settore di applicazione e delimitazioni

Il settore di applicazione della tariffa forfettaria per paziente comprende la remunerazione definitiva di tutti i contatti ambulatoriali con il paziente nel settore ambulatoriale ospedaliero e degli studi medici, con prestazioni fornite per le quali ai sensi del rispettivo manuale delle definizioni attuale sussiste un raggruppamento dei casi.

I contatti con il paziente con prestazioni mediche ambulatoriali che non rientrano nel settore di applicazione della tariffa forfettaria per paziente vengono fatturati tramite la tariffa per singola prestazione oppure tramite forfait esistenti concordati a livello nazionale e bilaterale.

Per determinare il settore di applicazione è determinante il risultato del raggruppamento. Il manuale delle definizioni definisce il settore di applicazione della tariffa forfettaria per paziente per le prestazioni mediche ambulatoriali.

Allegato 1: Elenco dei settori specializzati

Elenco dei titoli di medico specialista ai sensi dell'ISFM, comprese le aggiunte

Medicina intensiva	Medicina intensiva	M050.00
Medicina interna	Allergologia e immunologia clinica	M100.01
	Medicina interna generale	M100.02
	Angiologia	M100.03
	Endocrinologia / diabetologia	M100.04
	Gastroenterologia	M100.05
	Ematologia	M100.06
	Infettivologia	M100.07
	Cardiologia	M100.08
	Nefrologia	M100.09
	Neurologia	M100.10
	Pneumologia	M100.11
	Medicina tropicale e di viaggio	M100.12
	Oncologia medica	M100.13
Chirurgia	Chirurgia	M200.01
	Chirurgia vascolare	M200.02
	Chirurgia della mano	M200.03
	Chirurgia cardiaca e vascolare toracica	M200.04
	Chirurgia maxillo-facciale	M200.05
	Neurochirurgia	M200.06
	Chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore	M200.07
	Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica	M200.08
	Chirurgia toracica	M200.09
	Urologia	M200.10
Ginecologia	Ginecologia e ostetricia	M300.01
Pediatria	Chirurgia pediatrica	M400.01
	Pediatria	M400.02
Psichiatria	Psichiatria e psicoterapia infantile e adolescenziale	M500.01
	Psichiatria e psicoterapia	M500.02
Oftalmologia	Oftalmologia	M600.01
ORL	Otorinolaringoiatria	M700.01
Dermatologia e venereologia	Dermatologia e venereologia	M800.01
Radiologia medica	Radiologia	M850.01
	Medicina nucleare	M850.02
	Radio-oncologia / radioterapia	M850.03

Riabilitazione	Reumatologia	M950.01
	Medicina fisica e riabilitativa	M950.02
Ulteriori settori di attività	Anestesiologia	M990.01
	Medicina del lavoro	M990.02
	Farmacologia e tossicologia clinica	M990.03
	Genetica medica	M990.04
	Patologia	M990.05
	Medicina farmaceutica	M990.06
	Prevenzione e sanità pubblica (Public Health)	M990.07
	Medicina legale	M990.08
Medicina d'urgenza		N100.01
Laboratorio		L100.01
Levatrici		H100.01
Chiropratici		C100.01
Medicina dentaria		Z100.01
Unità che forniscono prestazioni previa prescrizione medica	Fisioterapia	P100.01
	Ergoterapia	P100.02
	Consulenza nutrizionale	P100.03
	Consulenza diabetologica	P100.04
	Logopedia	P100.05
	Neuropsicologia	P100.06
	Psicoterapia psicologica	P100.07
	Podologia	P100.08
Servizi di trasporto/salvataggio		T100.01

Allegato 2: Chiarimenti ed esempi

Chiarimento 1 in merito al capitolo 1.2 – contatto ambulatoriale con il paziente durante la giornata di ammissione o di dimissione ospedaliera

Se un paziente durante la giornata di ammissione o di dimissione di una degenza ospedaliera ha un contatto ambulatoriale con il paziente, occorre rispettare le regole della degenza stazionaria.

Chiarimento 2 in merito al capitolo 1.3 – definizione di *fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale*

Medici impiegati presso un ospedale o un istituto che dispensa cure ambulatoriali effettuate da medici sono attribuiti ai settori specializzati di tali ospedali/istituti. Essi non possono dunque fatturare alle assicurazioni sociali le prestazioni che forniscono per tali ospedali/istituti quali *fornitori di prestazioni in ambito ambulatoriale*.

Chiarimento 3 in merito al capitolo 1.3 – cure infermieristiche

Le cure infermieristiche sono attribuite al settore medico specializzato all'origine delle richieste di prestazione. Esse corrispondono dunque alla definizione di un *fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale* e possono avere contatti propri con il paziente. Per quanto riguarda la definizione e l'applicazione del contatto con il paziente, ai contatti delle cure infermieristiche con il paziente si applicano le medesime regole vigenti per i contatti con il paziente dei settori medici specializzati.

Esempio 1 per Chiarimento 3

La paziente con ulcera crurale si presenta all'infermiere dipl. per sostituire la medicazione.

→ Si tratta di un *contatto fatturabile con il paziente* chirurgia, dato che le cure infermieristiche rientrano nel settore specializzato chirurgia.



Chiarimento 4 in merito al capitolo 1.4.1– incontro simultaneo

Un contatto con il paziente risulta da un incontro simultaneo fisico o a distanza tramite colloquio tra paziente e *fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale*. Per simultaneo a distanza tramite colloquio s'intende per telefono o video. Il contatto scritto (ad es. via e-mail o invio di immagini) non è considerato simultaneo e non corrisponde dunque alla definizione del contatto con il paziente.



Chiarimento 5 in merito al capitolo 1.4.1 – definizione contatto con il paziente al giorno

Dall'incontro tra paziente e *fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale* in giorni diversi risultano contatti differenti con il paziente, indipendentemente dai settori specializzati.

Esempio 1 per Chiarimento 5

Il paziente durante la giornata 1 ha un appuntamento presso il reumatologo. A causa della sintomatologia acuta viene concordato un appuntamento durante la giornata 3.

→ Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché in due giorni diversi.



Esempio 2 per Chiarimento 5

Il reumatologo annuncia una paziente con dolori alla schiena per una RMI. Tale RMI viene effettuata 3 giorni dopo.

→ Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché in giorni diversi: reumatologia, radiologia.





Esempio 3 per Chiarimento 5

Cinque giorni prima di un'operazione all'ernia una paziente si reca all'appuntamento con l'anestesista.

→ Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché in giorni diversi: anestesia, chirurgia.

Giornata 1



Giornata 6



Esempio 4 per Chiarimento 5

Il reumatologo chiede un consulto a un neurochirurgo. Tale consulto ha luogo cinque giorni dopo.

→ Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché il consulto non ha luogo il medesimo giorno: reumatologia, neurochirurgia.

Giornata 1



Giornata 6





Chiarimento 6 in merito al capitolo 1.4.1 – due settori specializzati durante la medesima giornata

Se un paziente in una giornata ha contatti con due settori specializzati, vale a dire due *fornitori di prestazioni in ambito ambulatoriale*, ciò corrisponde a due *contatti fatturabili con il paziente*.

Esempio 1 per Chiarimento 6

Durante la mattinata il paziente si reca in pneumologia per il controllo della BPCO. Nel pomeriggio il paziente è nel reparto di allergologia per un accertamento delle allergie.

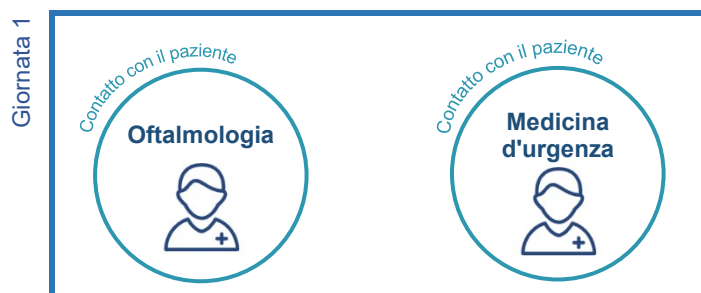
→ Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché due settori specializzati diversi: pneumologia e allergologia.



Esempio 2 per Chiarimento 6

Durante la mattinata la paziente si reca in oftalmologia per un'iniezione intravitreale. Alla sera deve farsi ricoverare d'urgenza in ospedale a causa di una caduta con una ferita lacero-contusa alla testa.

→ Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché due settori specializzati diversi: oftalmologia e medicina d'urgenza.

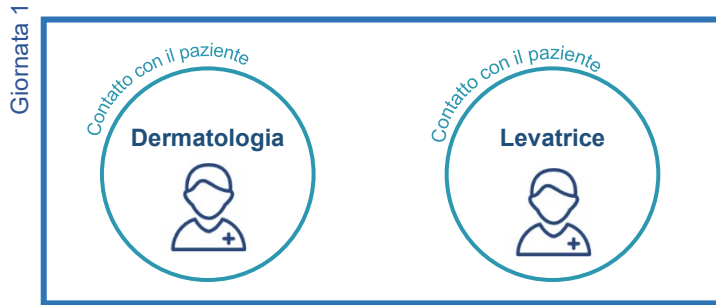




Esempio 3 per Chiarimento 6

Durante la mattinata la paziente si reca al controllo annuale in dermatologia e nel pomeriggio si sottopone al controllo di gravidanza presso la levatrice.

- ➔ Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché due settori specializzati diversi: dermatologia e levatrici.



Esempio 4 per Chiarimento 6

Durante la mattinata il paziente si reca nel reparto di medicina interna per un colloquio in merito ai sintomi di vertigini e nel pomeriggio è in patologia per la puntura della tiroide con ago fine.

- ➔ Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché sia la medicina interna sia la patologia forniscono le prestazioni direttamente al paziente: medicina, patologia.



Esempio 5 per Chiarimento 6

Il paziente è stato sottoposto a un intervento chirurgico della mascella, con coinvolgimento dei denti (prestazione AOMS) e il controllo successivo presso il dentista. In seguito si reca alla consultazione presso il reumatologo.

- ➔ Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché due settori specializzati diversi: dentista e reumatologia.

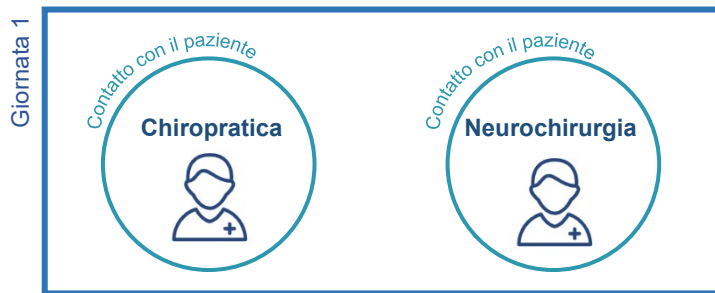




Esempio 6 per Chiarimento 6

La paziente ha una seduta di terapia presso il chiropratico e in seguito un controllo presso il neurochirurgo.

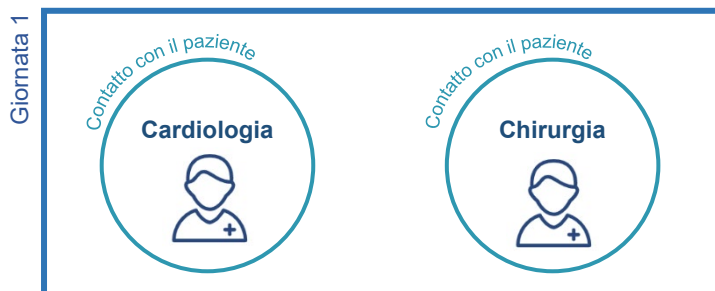
- Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché due settori specializzati diversi: chiropratica e neurochirurgia.



Esempio 7 per Chiarimento 6

Il paziente si sottopone a un'ergospirometria presso il cardiologo e in seguito si reca pure nell'ambulatorio per le ferite del reparto di chirurgia per la medicazione della sua ferita aperta alla gamba, eseguita da un'infermiera.

- Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché due settori specializzati diversi: cardiologia e chirurgia.





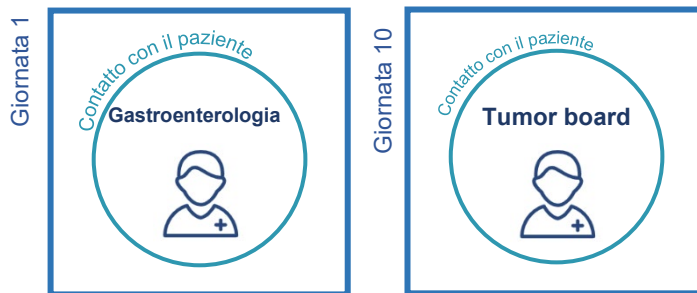
Chiarimento 7 in merito al capitolo 1.4.1 – contatto con il paziente senza incontro fisico

Perizie, consultazioni degli atti e delle immagini e tumorboard/board di esperti medici/board interdisciplinari sono considerati contatti con il paziente, anche se vengono eseguiti in assenza del paziente.

Esempio 1 per Chiarimento 7

Dopo la biopsia effettuata dal reparto di gastroenterologia ha luogo il tumorboard per discutere dell'esito e della procedura ulteriore. La paziente non è presente durante il tumorboard.

→ Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché il tumorboard (in presenza o in assenza del paziente) è tenuto quale contatto separato con il paziente.



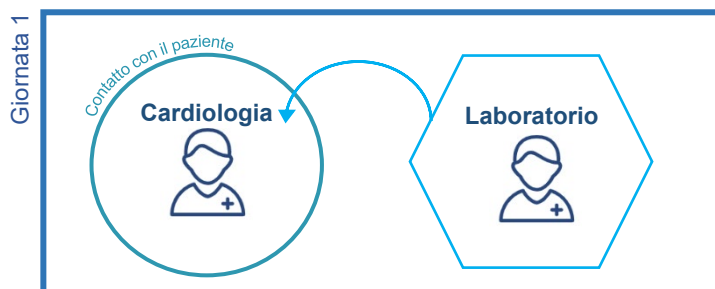
Chiarimento 8 in merito al capitolo 1.4.2 – prestazioni attribuite

Prestazioni di laboratorio e di patologia al preparato o al campione vengono attribuite al contatto con il paziente all'origine della richiesta di prestazione, anche se tali prestazioni vengono fornite in un altro giorno.

Esempio 1 per Chiarimento 8

Vengono svolte analisi di laboratorio su un paziente con sospetto infarto miocardico.

→ Un *contatto fatturabile con il paziente*, perché il laboratorio fornisce le prestazioni al campione e dunque vengono attribuite al contatto con il paziente all'origine della richiesta di prestazione.

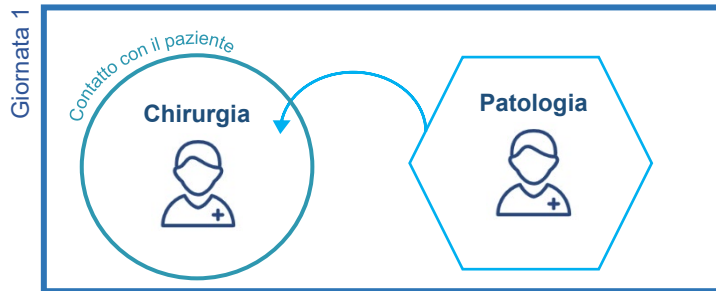




Esempio 2 per Chiarimento 8

La patologia riceve un campione di tessuti della biopsia ai reni effettuata in chirurgia. L'analisi viene effettuata il giorno medesimo.

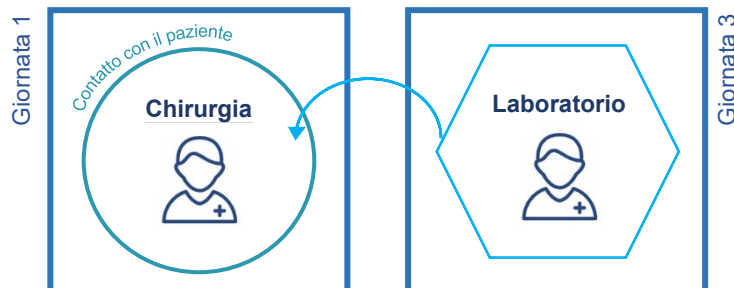
- Un *contatto fatturabile con il paziente*, perché la patologia fornisce le prestazioni al campione e dunque vengono attribuite al contatto con il paziente all'origine della richiesta di prestazione.



Esempio 3 per Chiarimento 8

Le analisi di laboratorio del campione di sangue vengono effettuate soltanto due giorni dopo.

- Un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le prestazioni fornite dal laboratorio vengono attribuite al contatto con il paziente all'origine della richiesta di prestazione.

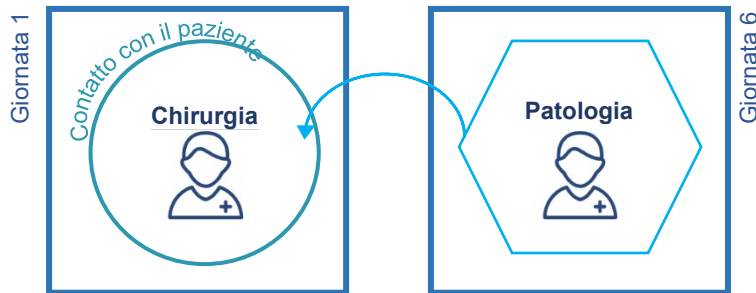




Esempio 4 per Chiarimento 8

La patologia riceve un campione di tessuti della biopsia ai reni. L'analisi e la diagnosi hanno luogo cinque giorni dopo.

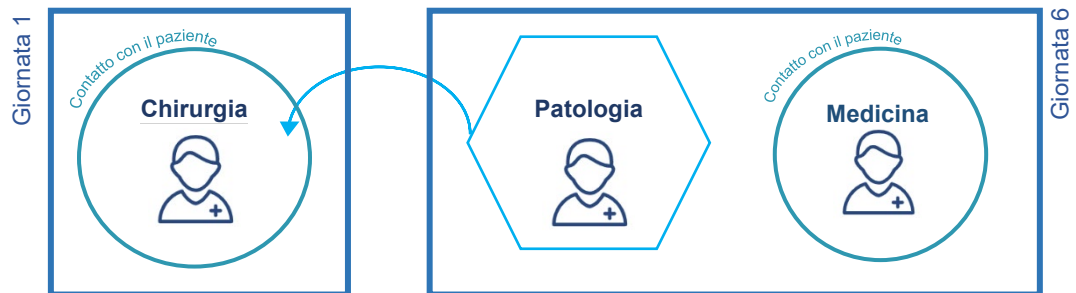
- Un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le prestazioni fornite dalla patologia vengono attribuite al contatto con il paziente all'origine della richiesta di prestazione.



Esempio 5 per Chiarimento 8

Nella mattinata il paziente è nel reparto di medicina interna per un colloquio in merito ai sintomi di vertigini e il giorno medesimo la patologia analizza il campione della punzione con ago fine della tiroide. La punzione è stata effettuata cinque giorni prima.

- Le prestazioni della patologia vengono attribuite al *contatto fatturabile con il paziente* della punzione con ago fine.



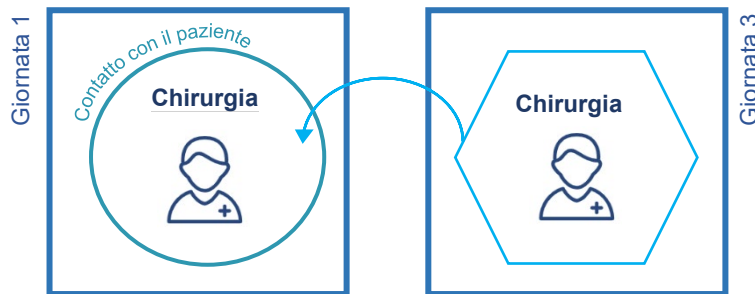
Chiarimento 9 in merito al capitolo 1.4.2 – prestazioni attribuite

Ulteriori prestazioni in assenza del paziente vengono attribuite al precedente contatto con il paziente. Non è possibile attribuire le prestazioni a un contatto successivo con il paziente.

Esempio 1 per Chiarimento 9

Cinque giorni dopo l'intervento chirurgico, via e-mail il chirurgo invia al paziente alcune risposte in relazione al trattamento successivo.

→ Un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le prestazioni nell'ambito dell'e-mail vengono attribuite al contatto precedente con il paziente.

**Chiarimento 10 in merito al capitolo 1.4.3 – unione di contatti con il paziente**

Due contatti con il paziente in settori specializzati differenti del medesimo fornitore di prestazioni ai sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. h o art. 35 cpv. 2 lett. n LAMal il medesimo giorno vengono riuniti se le rispettive diagnosi si raggruppano nello stesso capitulum.

Si applica l'attribuzione al raggruppamento della diagnosi nel capitulum, non l'eventuale attribuzione divergente al raggruppamento sulla base della procedura.

Esempio 1 per Chiarimento 10

L'anestesia per una circoncisione è parte costitutiva del contatto chirurgico con il paziente.

→ Si tratta di un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le diagnosi di entrambi i settori specializzati conducono al medesimo capitulum.

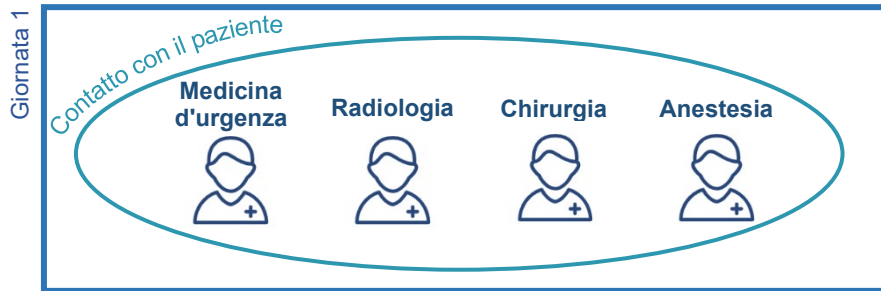




Esempio 2 per Chiarimento 10

La paziente si presenta al pronto soccorso con una frattura dell'avambraccio. Dopo la formazione d'immagini l'ortopedico inserisce un filo metallico.

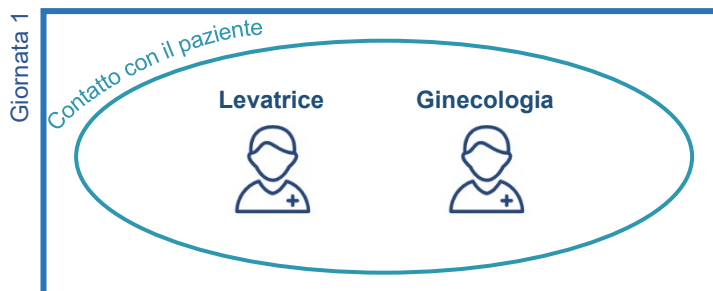
- Si tratta di un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le diagnosi di tutt'e quattro i settori specializzati conducono al medesimo capitulum.



Esempio 3 per Chiarimento 10

La paziente si reca al controllo di gravidanza presso la levatrice e in seguito dal ginecologo per il controllo con l'ecografia.

- Si tratta di un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le diagnosi di entrambi i settori specializzati conducono al medesimo capitulum.

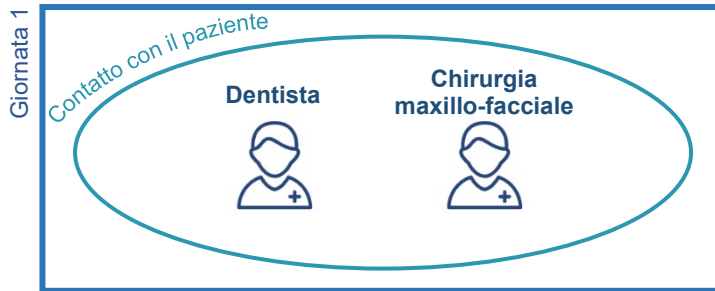




Esempio 4 per Chiarimento 10

Il controllo successivo dopo l'operazione della mascella è ripartito tra il dentista e il chirurgo maxillofacciale.

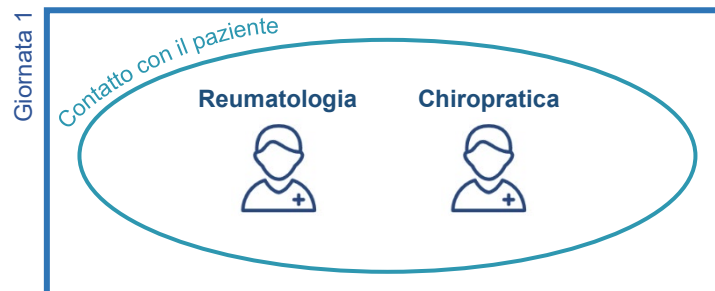
- ➔ Si tratta di un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le diagnosi di entrambi i settori specializzati conducono al medesimo capitulum.



Esempio 5 per Chiarimento 10

Il paziente ha un trattamento presso il reumatologo e il medesimo giorno un trattamento presso il chiropratico.

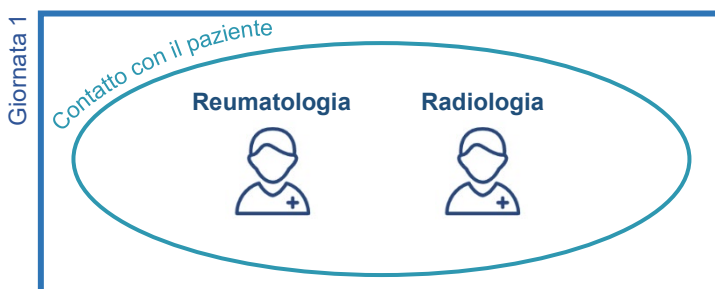
- ➔ Si tratta di un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le diagnosi di entrambi i settori specializzati conducono al medesimo capitulum.



Esempio 6 per Chiarimento 10

Il reumatologo annuncia una paziente con dolori alla schiena per una RMI che viene effettuata ancora il medesimo giorno, per il sospetto di una sindrome della cauda equina.

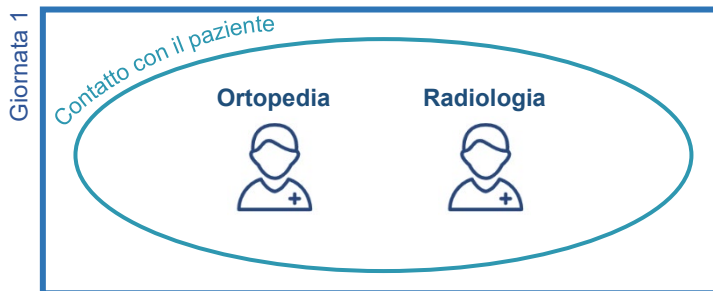
- ➔ Si tratta di un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le diagnosi di entrambi i settori specializzati conducono al medesimo capitulum.



Esempio 7 per Chiarimento 10

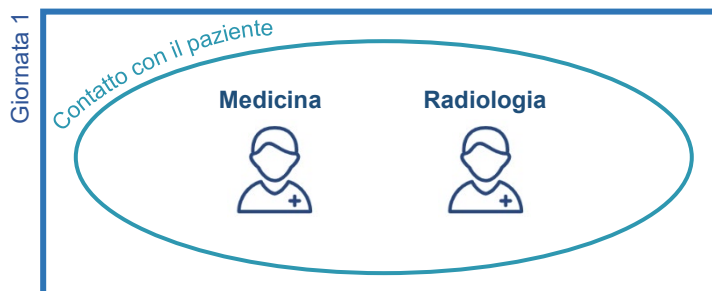
Il paziente ha un'osteosintesi di una frattura. Dato che si tratta di un'impostazione complessa, in fase intraoperatoria vengono effettuate radiografie di controllo da parte di un radiologo.

- ➔ Si tratta di un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le diagnosi di entrambi i settori specializzati conducono al medesimo capitulum.

**Esempio 8 per Chiarimento 10**

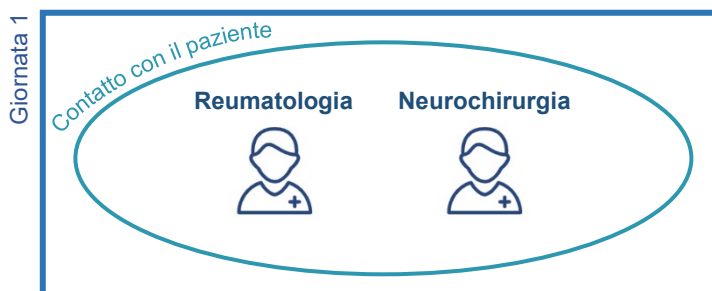
Un paziente del reparto di medicina interna viene sottoposto a una radiografia al torace (per sospetta polmonite).

- ➔ Si tratta di un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le diagnosi di entrambi i settori specializzati conducono al medesimo capitulum.

**Esempio 9 per Chiarimento 10**

Il reumatologo chiede un consulto a un neurochirurgo. Il consulto viene effettuato ancora il giorno medesimo (vista la necessità immediata per decidere in merito al trattamento ulteriore).

- ➔ Si tratta di un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le diagnosi di entrambi i settori specializzati conducono al medesimo capitulum.





Chiarimento 11 in merito al capitolo 1.4.3 – interventi combinati durante un'anestesia effettuata da un anestesista

Nel caso di interventi combinati durante un'anestesia effettuata da un anestesista, il contatto dell'anestesiologia con il paziente deve codificare la diagnosi che rappresentava il motivo principale della degenza e che presenta la maggiore intensità di mezzi medico-sanitari necessari (cfr. Direttive per la codifica ambulatoriale). In tal modo il contatto dell'anestesiologia con il paziente viene riunito con quello che costituisce il motivo principale della degenza.

Esempio 1 per Chiarimento 11

A un bambino durante l'anestesia effettuata dall'anestesista viene sia rimosso il materiale di osteosintesi sia effettuata una circoncisione. Il contatto del settore specializzato anestesiologia con il paziente codifica la diagnosi che costituiva il motivo principale della degenza e che presenta la maggiore intensità di mezzi medico-sanitari necessari.

- Due contatti fatturabili con il paziente, visto che le diagnosi dei due settori operatori specializzati portano a capitola differenti e che il settore specializzato anestesiologia presenta la medesima diagnosi del contatto con il paziente del settore specializzato chirurgia della mano.





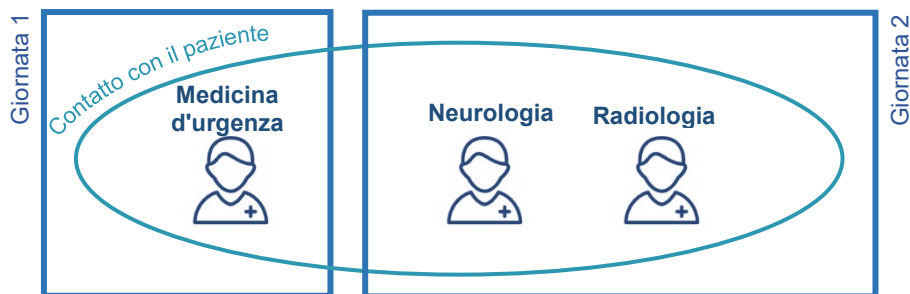
Chiarimento 12 in merito al capitolo 1.4.3 – cure ambulatoriali oltre mezzanotte

Se una paziente è in cure ambulatoriali oltre mezzanotte, non adempie dunque il criterio dell'«occupazione di un letto», i contatti con il paziente di due giorni successivi vengono riuniti. Quale data di fatturazione vale la data della dimissione.

Esempio 1 per Chiarimento 12

La paziente giunge al pronto soccorso prima di mezzanotte, in seguito a una caduta sulla testa. Dopo l'esame da parte di un medico d'urgenza, dopo mezzanotte viene consultato un neurologo ed effettuata una TAC del cranio.

- Un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le diagnosi di tutt'e tre i settori specializzati portano al medesimo capitulum e si tratta di cure ambulatoriali oltre mezzanotte senza occupazione di un letto.



Chiarimento 13 in merito al capitolo 1.4.3 – differenti fornitori di prestazioni in una giornata

I contatti con il paziente con differenti fornitori di prestazioni (ai sensi della LAMaI) avuti durante la medesima giornata non vengono riuniti e dunque saranno fatturati separatamente da ogni fornitore di prestazioni.

Fanno eccezione i contatti con il paziente con diagnosi raggruppate nel medesimo capitulum e la cui fornitura di prestazioni è immediatamente interdependente. Le prestazioni dei due contatti con il paziente non possono essere fornite in modo indipendente.

Esempio 1 per Chiarimento 13

In una giornata il paziente si reca a un controllo presso il cardiologo nello studio medico e a un controllo presso l'infettivologo all'ospedale.

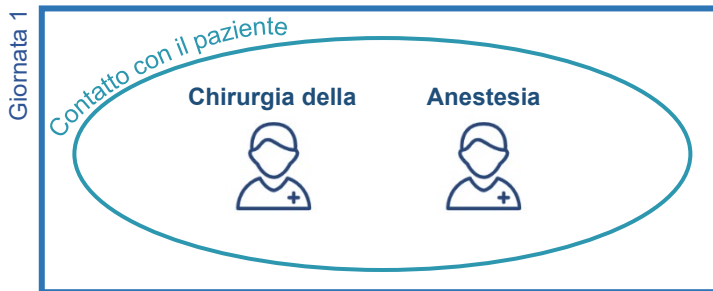
- Due *contatti fatturabili con il paziente*, dato che si tratta di due *fornitori di prestazioni differenti in ambito ambulatoriale*.



Esempio 2 per Chiarimento 13

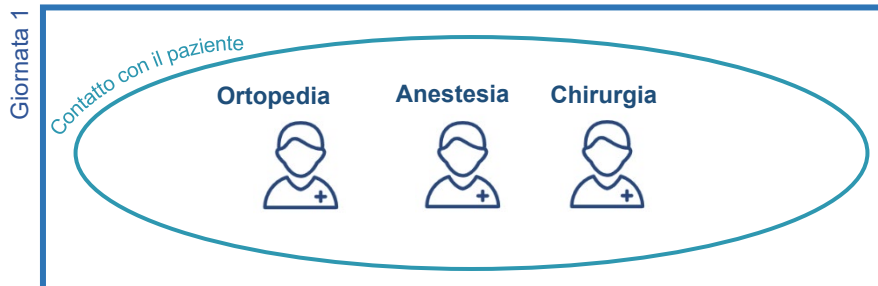
Per un intervento con anestesia il chirurgo della mano con studio proprio chiede la collaborazione di un anestesista con studio proprio.

- Un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le diagnosi di entrambi i settori specializzati conducono al medesimo capitulum e le prestazioni dei due contatti con il paziente sono immediatamente interdipendenti.

**Esempio 3 per Chiarimento 13**

In un ospedale l'ortopedico esegue un'operazione per una protesi parziale all'anca in qualità di medico accreditato. L'anestesista e gli infermieri del reparto di chirurgia assistono il paziente prima, durante e dopo l'operazione.

- Un *contatto fatturabile con il paziente*, perché le diagnosi di tutti i settori specializzati conducono al medesimo capitulum e le prestazioni dei contatti con il paziente sono immediatamente interdipendenti. L'operazione non sarebbe fattibile senza l'anestesia e le cure infermieristiche.





Chiarimento 14 in merito al capitolo 1.4.3 – assicurazioni sociali differenti

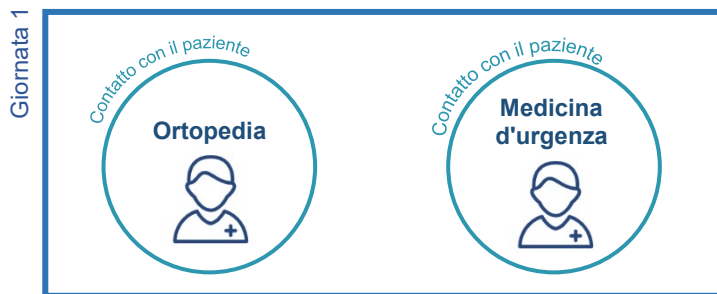
Nell'unione di diagnosi che portano al medesimo capitulum fanno eccezione i contatti con il paziente con differenti unità finali d'imputazione.

Se all'interno di un contatto con il paziente presso un fornitore di prestazioni nell'ambito ambulatoriale vengono fornite prestazioni per due unità finali d'imputazione differenti, queste sono considerate due contatti con il paziente.

Esempio 1 per Chiarimento 14

In mattinata il paziente giunge nel reparto di ortopedia per il controllo successivo in seguito all'operazione con protesi parziale all'anca, e nel pomeriggio si reca al pronto soccorso perché si è slogato il piede.

- ➔ Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché si tratta di due unità finali d'imputazione differenti, nonostante le diagnosi si raggruppino nel medesimo capitulum.



Indicazione: Entrambi i *contatti fatturabili con il paziente* vengono fatturati al rispettivo assicuratore sociale competente.



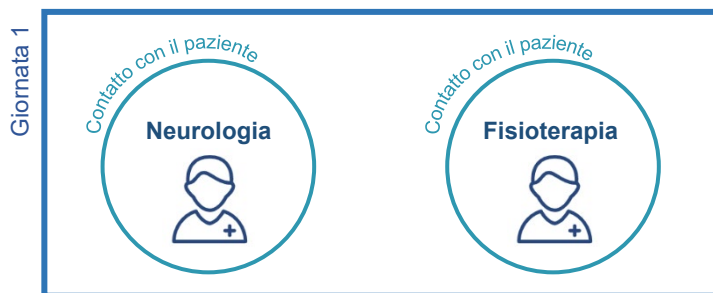
Chiarimento 15 in merito al capitolo 1.4.3 – nessuna unione per paramedicina e trasporto

Per l'unione in caso di medesima diagnosi fanno eccezione i settori specializzati che forniscono prestazioni previa prescrizione medica.

Esempio 1 per Chiarimento 15

In mattinata ha luogo il controllo semestrale della sclerosi multipla presso il neurologo. Nel pomeriggio il paziente ha una seduta di fisioterapia dovuta alla frattura della mano.

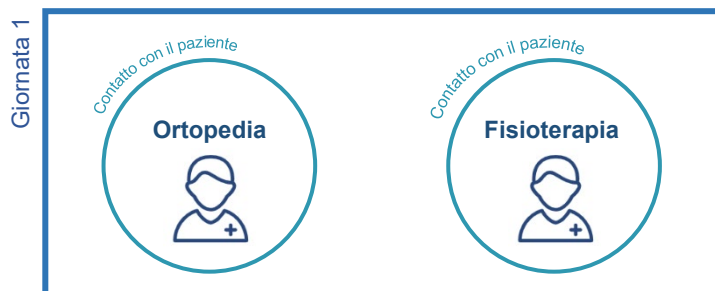
→ Due *contatti fatturabili con il paziente*, perché due settori specializzati diversi: neurologia e fisioterapia.



Esempio 2 per Chiarimento 15

La paziente si sottopone a un'artroscopia al ginocchio e in seguito, ancora presso l'ospedale di giorno, a un primo trattamento di fisioterapia.

→ I due *contatti fatturabili con il paziente* non vengono riuniti, nonostante presentino la medesima diagnosi, perché la fisioterapia è un settore specializzato che fornisce prestazioni previa prescrizione medica.



Indicazione: per il trattamento di fisioterapia è necessaria una prescrizione ambulatoriale.



Esempio 3 per Chiarimento 15

Il servizio di soccorso viene a prendere il paziente a domicilio che in seguito viene sottoposto a cure presso il pronto soccorso.

→ I due *contatti fatturabili con il paziente* non vengono uniti nonostante presentino la medesima diagnosi, perché si tratta di un trasporto di pazienti.



Chiarimento 16 in merito al capitolo 1.4.4 – definizione del caso tariffale

Nella contabilità analitica REKOLE® il *contatto fatturabile con il paziente* corrisponde al caso amministrativo. Il caso amministrativo e quello tariffale sono dunque equiparati.

Chiarimento 17 in merito al capitolo 2 – ulteriori forfait nel settore ambulatoriale

L'organizzazione ai sensi dell'art. 47a LAMal determina in che misura ulteriori forfait concordati a livello nazionale e bilaterale nel settore ambulatoriale possono essere fatturati in aggiunta ai forfait ambulatoriali qui definiti.