



santésuisse



curafutura
Die innovativen Krankensversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Modalità di applicazione

Allegato B alla Convenzione tariffale

Validità: 01 gennaio 2026

Stato: approvato da parte del Consiglio d'amministrazione dell'OTMA SA in data 22 ottobre 2024,
approvato dal Consiglio federale il 30 aprile 2025

1. Delimitazione stazionario/ ambulatoriale

- ¹ 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).
- ² Al fine di garantire un'attuazione unitaria, i partner del sistema sanitario si sono accordati sulle seguenti interpretazioni delle definizioni:

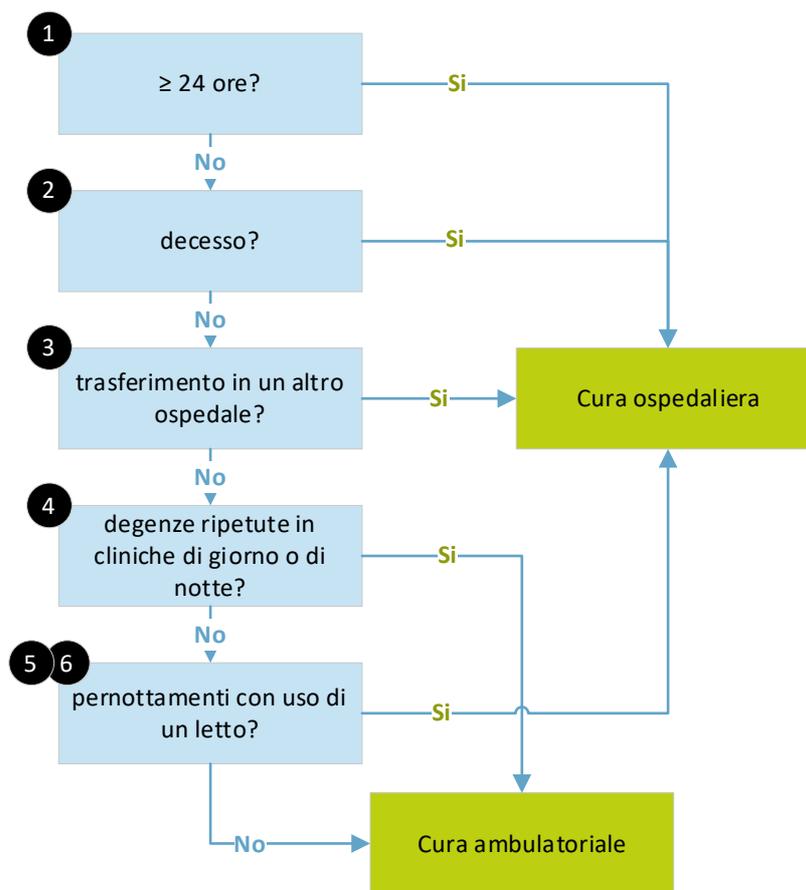
1.1. Art. 3 OCPre Cura ospedaliera

- ¹ 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.

1.2. Art. 5 OCPre Cura ambulatoriale

- ¹ Sono considerate ambulatoriali ai sensi dell'articolo 49 capoverso 6 della legge tutte le cure che non sono ospedaliere. Sono pure considerate cure ambulatoriali le degenze ripetute in cliniche di giorno o di notte.

1.3. Diagramma di flusso



1.4. Spiegazioni inerenti ai criteri di delimitazione

- 1 Il criterio ① “≥24 ore” significa che il paziente rimane in ospedale o nella casa per partorienti almeno 24 ore.
- 2 Il criterio ② “decesso” chiarisce se il paziente è deceduto.
- 3 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.
- 4 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.
- 5 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).
- 6 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.

- ⁷ 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 cura ospedaliera.

2. Fornitori di prestazioni nel contesto ambulatoriale

- ¹ Un *fornitore di prestazioni nel contesto 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 dispone di un solo settore specializzato;

oppure

il settore specializzato (ai sensi del Regolamento settori specializzati compreso l'elenco dei settori specializzati) 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.

3. Seduta

3.1. Definizione

- ¹ Una seduta è definita come un incontro simultaneo fisico o a distanza tramite colloquio di un paziente con un *fornitore di prestazioni nel contesto ambulatoriale* (capitolo 2 Fornitori di prestazioni nel contesto ambulatoriale). In tale ambito un *fornitore di prestazioni nel contesto ambulatoriale* fornisce una prestazione in favore di un paziente, atta a diagnosticare o a curare una malattia (art. 25 cpv. 1 LAMal).
- ² Perizie, consultazioni di atti e di immagini e tumorboard/board di esperti medici/board interdisciplinari vengono tenuti quali sedute pure in assenza dell'incontro fisico del paziente con il *fornitore di prestazioni nel contesto ambulatoriale*.
- ³ Ogni neonato (indipendentemente se malato o sano) viene considerato come paziente a sé stante e dunque tenuto quale seduta a sé stante.

3.2. Estensione delle prestazioni

- ¹ Rientrano nell'estensione delle prestazioni tutti i medicinali che vengono consumati durante la seduta (medicamenti applicati e iniettati, materiale di consumo e impianti protesici), come pure emoderivati labili e stabili.
- ² Non rientrano nell'estensione delle prestazioni i medicinali dispensati (medicamenti dispensati e dispositivi medici ai sensi dell'elenco dei mezzi e degli apparecchi).

4. Contatto con il paziente

- ¹ Un contatto con il paziente è costituito dalla seduta e dalle prestazioni ad essa attribuite (prestazioni di patologia, di analisi, prestazioni in assenza, rilevamento di rapporti). Se alla seduta non vengono attribuite prestazioni, quest'ultima è parificata al contatto con il paziente.

4.1. Prestazioni attribuite al contatto con il paziente

- ¹ Il contatto con il paziente comprende pure le prestazioni che si riferiscono a tale seduta 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.
- ² Prestazioni di patologia e di laboratorio svolte sul preparato o sul campione vengono attribuite al contatto con il paziente durante il quale è stata disposta la seduta per il prelievo del campione o conferito il mandato per l'analisi, indipendentemente dal fatto se vengono fornite dal medesimo o da un altro fornitore di prestazioni. Se fino al giorno precedente la prossima seduta con il *medesimo fornitore di prestazioni nel contesto ambulatoriale* o al massimo entro 30 giorni viene conferito il mandato successivo al laboratorio / alla patologia, per il quale non è necessario un prelievo di campione, le prestazioni di laboratorio / di patologia vengono attribuite al medesimo contatto con il paziente. Se il giorno del secondo mandato ha luogo una seduta (ad es. consulto), le prestazioni di laboratorio/di patologia vengono attribuite a tale contatto con il paziente con la seconda data di mandato, anche se non è stato effettuato alcun prelievo.

- ³ Rapporti vengono attribuiti al contatto con il paziente con l'ultima seduta descritta nel rapporto, indipendentemente dalla data di stesura del rapporto.
- ⁴ Ulteriori prestazioni in assenza del paziente fino al giorno precedente la prossima seduta con il medesimo *fornitore di prestazioni nel contesto ambulatoriale* o al massimo entro 30 giorni vengono attribuite al contatto precedente con il paziente. Fanno eccezione le prestazioni richieste dagli assicuratori (cfr. TARDOC: AA.15.0090, CA.15.0140 e EA.00.0210).

5. Cura ambulatoriale

- ¹ I contatti con i pazienti vengono riassunti in cure ambulatoriali secondo le regolamentazioni seguenti:
- ² Per principio più contatti con il paziente riferiti al **medesimo paziente** ^a, se vi sono **garanti differenti** coinvolti, ^b, sono considerati **almeno due cure ambulatoriali**.
- ³ Più contatti con il **medesimo paziente** ^a, presso il **medesimo garante** ^b in **giornate diverse** ^c vengono tenuti quali **almeno due cure ambulatoriali**.

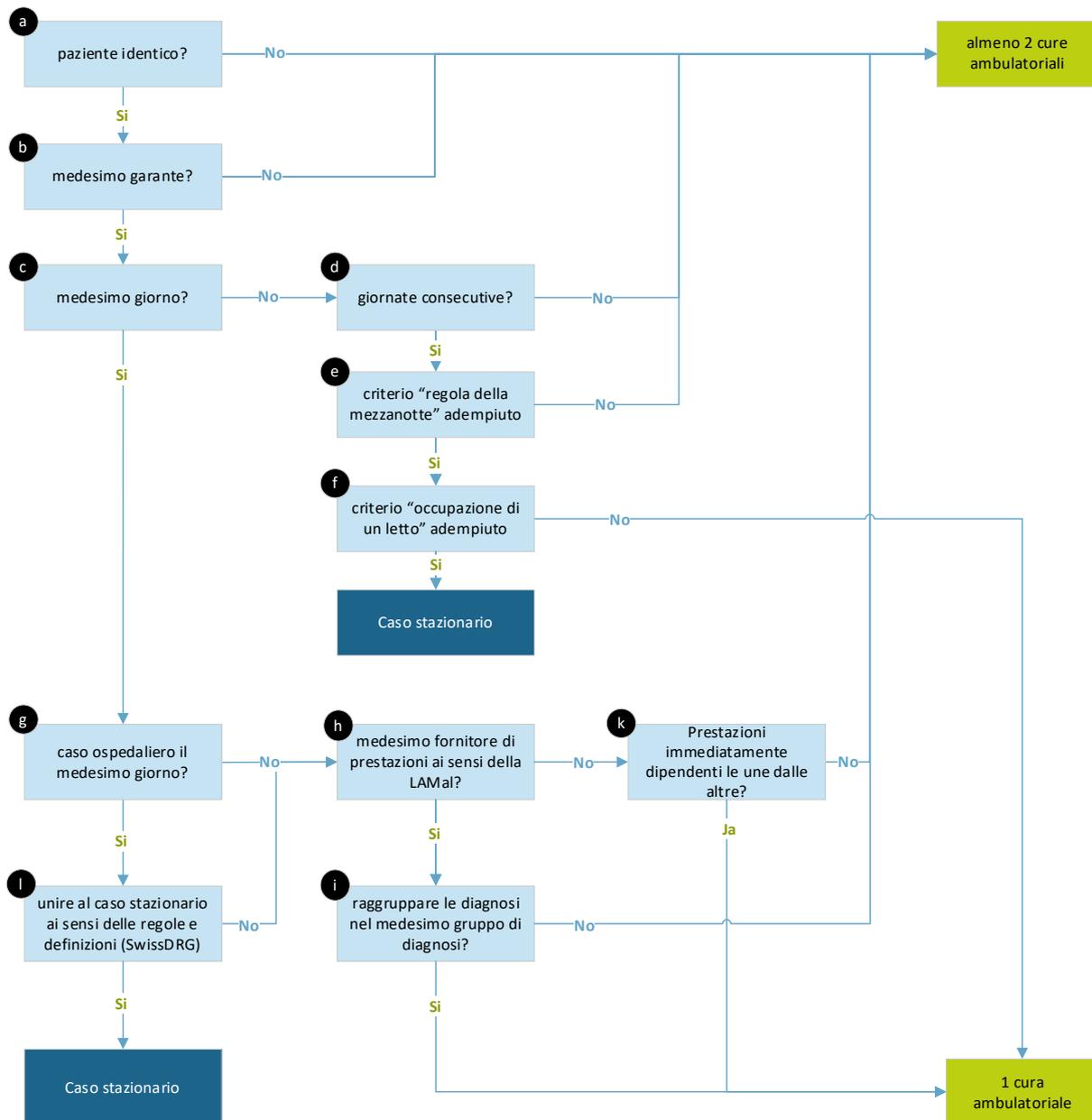
Eccezioni:

- Se i contatti con il paziente hanno luogo in **giornate consecutive** ^d e adempiono i due criteri «**regola della mezzanotte**» ^e e «**occupazione di un letto**» ^f (capitolo 1 Delimitazione stazionario/ ambulatoriale, ai sensi dell'art. 3 OCPre Cura ospedaliera), queste ultime vengono rilevate e fatturate quale **cura ospedaliera**.
- ⁴ Se i contatti con il paziente hanno luogo in **giornate consecutive** ^d e il criterio «**regola della mezzanotte**» ^e è adempiuto, mentre quello dell'«**occupazione di un letto**» ^f **no**, i contatti con il paziente vengono riassunti in **una sola cura ospedaliera**.
- ⁵ Se durante il **medesimo giorno** ha luogo un **caso stazionario** ^g, e sono adempiuti i criteri ai sensi delle **Regole e definizioni di SwissDRG** ⁱ, i contatti con il paziente vengono uniti al **caso stazionario**.
- ⁶ Più contatti con il paziente del **medesimo paziente** ^a con il **medesimo garante** ^b, il **medesimo giorno** ^c presso il **medesimo fornitore di prestazioni ai sensi della LAMal** ^h vengono riassunti in **una sola cura ambulatoriale**, a condizione che le diagnosi si raggruppino nel **medesimo gruppo di diagnosi** ¹ ⁱ.
- ⁷ Più contatti con il paziente del **medesimo paziente** ^a con il **medesimo garante** ^b, il **medesimo giorno** ^c presso **fornitori di prestazioni differenti ai sensi della LAMal** ^h vengono riassunti in **una sola cura ambulatoriale**, a condizione che le prestazioni siano **immediatamente dipendenti** ^k le une dalle altre. Se le prestazioni dei contatti con il paziente non sono immediatamente dipendenti le une dalle altre ^k, vengono tenuti quali **almeno due cure ambulatoriali**.
- ⁸ Eccezioni:

¹ L'attribuzione di diagnosi al gruppo di diagnosi va desunta dal manuale delle definizioni per ICD-10 GM o dal capitolo (ad es. A. sistema cardio-circolatorio) per quanto riguarda il codice ticinese.

Fanno **eccezione** dal congiungimento dei contatti con il paziente i fornitori di prestazioni nel contesto ambulatoriale che forniscono prestazioni su prescrizione medica (ergoterapia, consulenza alimentare, consulenza diabetologica, logopedia, neuropsicologia, podologia, psicoterapia psicologica, o fisioterapia) oppure i fornitori di prestazioni nel contesto ambulatoriale che effettuano trasporti di pazienti.

Nel settore specializzato della radio-oncologia **tutti** i contatti con il paziente assieme alle prestazioni preparatorie per l'irradiazione (TAC di pianificazione, simulazione ecc.) vengono riuniti in una sola cura ambulatoriale. Nel caso di un'irradiazione, tutti i contatti con il paziente, assieme alle prestazioni preparatorie per l'irradiazione, vengono riuniti nel contatto con il paziente della prima irradiazione.



6. Fatturazione di una cura ambulatoriale

6.1. Tariffa forfettaria per paziente - forfait ambulatoriali

- ¹ Le cure ambulatoriali che contengono prestazioni con posizioni trigger nell'elenco delle prestazioni per tariffe mediche ambulatoriali (di seguito EPTMA) vengono fatturate esclusivamente tramite la tariffa forfettaria per paziente. È esclusa qualsiasi combinazione della tariffa forfettaria per paziente con la tariffa per singola prestazione e altre tariffe ambulatoriali mediche nell'ambito di una cura ambulatoriale.
- ² La posizione tariffale e le prestazioni fatturabili separatamente raffigurano infine / in maniera esaustiva le prestazioni fatturabili di tutta la cura ambulatoriale. (in maniera esaustiva = dt. abschliessend i.S. von abschliessende Aufzählung z.B.)
- ³ Le prestazioni fatturabili separatamente sono le seguenti:
 - emoderivati labili e stabili secondo il prezzo di costo, l'elenco dei medicinali con tariffa (EMT) o l'elenco delle specialità (ES);
 - Impianti protesici in posizioni tariffali con contrassegno corrispondente nell'elenco della tariffa forfettaria per paziente secondo il prezzo di costo e ai sensi della definizione generale AD-07.

6.2. Tariffa per singola prestazione - TARDOC

- ¹ Le cure ambulatoriali che contengono esclusivamente singole prestazioni nell'EPTMA vengono fatturate tramite TARDOC.
- ² Le posizioni tariffali e le prestazioni fatturabili separatamente raffigurano infine / in maniera esaustiva le prestazioni fatturabili di tutta la cura ambulatoriale. (s.o.)
- ³ Sono prestazioni fatturabili separatamente, se non diversamente disciplinato nelle interpretazioni dei capitoli o nelle interpretazioni medico-sanitarie:
 - emoderivati labili e stabili secondo il prezzo di costo, l'elenco dei medicinali con tariffa (EMT) o l'elenco delle specialità (ES);
 - medicinali applicati o iniettati ai sensi dell'elenco delle specialità (EL);
 - analisi di laboratorio effettuate nel laboratorio dello studio medico o dell'ospedale ai sensi dell'elenco delle analisi (EA);
 - singoli strumenti o strumenti collegati tra di loro, apparecchi, dispositivi, materiali, sostanze e impianti protesici al prezzo di costo e ai sensi della definizione generale AD-07.

6.3. Altre tariffe mediche ambulatoriali

- ¹ Cure ambulatoriali, con prestazioni raffigurate mediante un'altra tariffa medica ambulatoriale (ad es. trattamenti di dialisi, trapianto di organi solidi, trapianto di cellule staminali emopoietiche, radioterapia con protoni) e che non presentano alcuna posizione trigger, vengono fatturate ai sensi dell'altra tariffa ambulatoriale. L'applicazione della tariffa per singola prestazione TARDOC (ai sensi del punto 6.2) dipende dalle modalità di applicazione della corrispondente tariffa medica ambulatoriale.

7. Indicazioni dell'età

- ¹ Le indicazioni dell'età sono visibili di volta in volta sulla posizione tariffale corrispondente. Valgono le disposizioni ai sensi della definizione generale AD-06 e ciò si applica sia al TARDOC sia alla tariffa forfettaria per paziente.

Modalità di applicazione specifiche per la tariffa forfettaria per paziente

8. Attribuzione di una cura ambulatoriale a una posizione tariffale

- ¹ **Età del paziente**
Per il raggruppamento della cura ambulatoriale vale l'età del paziente il giorno del trattamento.
- ² **Sesso del paziente**
Per il raggruppamento della cura ambulatoriale vale il sesso del paziente secondo il diritto civile, il giorno del trattamento.
- ³ **Forzatura manuale**
Non è ammessa una forzatura manuale del raggruppamento. Spetta unicamente al grouper definire l'attribuzione della cura ambulatoriale a una posizione tariffale.
- ⁴ **Obbligo di remunerazione**
Dal fatto che la cura ambulatoriale sia inserita in una posizione tariffale e che sussistono eventuali prestazioni fatturabili separatamente non si può dedurre un obbligo di prestazioni da parte delle assicurazioni sociali (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, risp. assicurazione infortuni, invalidità o militare).
- ⁵ **Posizioni tariffali non valutate**
Per posizioni tariffali non valutate (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 fornitori di prestazioni interessati, assieme agli enti finanziatori, 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.