

Modalità di applicazione

Allegato B alla Convenzione tariffale

Valido dal 1° gennaio 2027

Stato: Approvato dal gruppo di lavoro per le modalità di applicazione e interpretazione tecnico-regolamentare della tariffa il 27 gennaio 2026, approvato dal Consiglio d'amministrazione della OTMA SA il 17 aprile 2026, non ancora approvato dal Consiglio federale.

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:

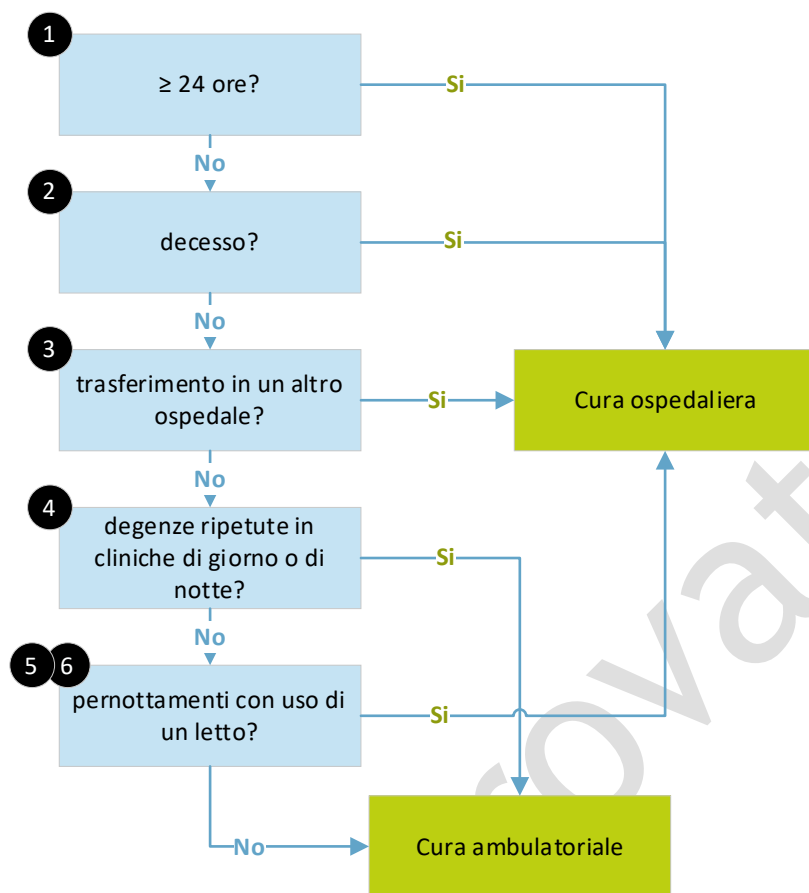
1.1. Art. 3 OCPre Cura ospedaliera

- 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.

1.5 Seduta durante la giornata di ammissione o di dimissione ospedaliera

- ¹ Se un paziente durante la giornata di ammissione o di dimissione di una degenza ospedaliera ha una seduta, occorre rispettare le regole della degenza stazionaria.

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 specialistico;

oppure

il settore specialistico (ai sensi del Regolamento settori specialistici compreso l'elenco dei settori specialistici) 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.

- ² Medici impiegati presso un ospedale o un istituto che dispensa cure ambulatoriali effettuate da medici sono attribuiti ai settori specialistici di tali ospedali o istituti. Essi non possono dunque fatturare quali fornitori di prestazioni autonomi nel contesto ambulatoriale alle assicurazioni sociali le prestazioni che forniscono per tali ospedali o istituti.
- ³ Le cure infermieristiche sono attribuite al settore medico specialistico all'origine delle richieste di prestazione. Esse corrispondono dunque alla definizione di un fornitore di prestazioni nel contesto ambulatoriale e possono avere sedute proprie con il paziente. Per quanto riguarda la definizione e l'applicazione della seduta, alle sedute delle cure infermieristiche si applicano le medesime regole vigenti per le sedute dei settori medici specialistico.

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 La seduta termina quando l'incontro tra il paziente e il fornitore di prestazioni nel contesto ambulatoriale si conclude (ad es. lascia l'ambulatorio del fornitore di prestazioni nel contesto ambulatoriale). L'incontro immediato con un altro fornitore di prestazioni nel contesto

ambulatoriale (per es. valutazione da parte di un altro specialista) rappresenta un'interruzione e non la conclusione della seduta.

- ³ Se le prestazioni riguardano due garanti diversi o si è in presenza di due motivi diversi del trattamento, si tratta di due sedute. Sono considerati motivo del trattamento malattia, malattia congenita, infortunio, maternità, prevenzione.
- ⁴ 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*.
- ⁵ 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 che le sono assegnate (prestazioni di patologia, di analisi e in assenza, redazione di rapporti), anche quando queste prestazioni sono erogate un altro giorno in un secondo tempo. Non è possibile assegnarle alla seduta successiva. Se alla seduta non vengono attribuite prestazioni, quest'ultima è parificata al contatto con il paziente.
- ² Le prestazioni assegnate (secondo l'allegato B capitolo 4.1) sono contrassegnate nell'EPTMA e nel catalogo TARDOC. Anche tutte le prestazioni dell'Elenco delle analisi sono considerate prestazioni assegnate. Non ci sono ulteriori prestazioni considerate come prestazioni assegnate.

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 (incluso oppure, OR) al massimo entro 30 giorni dal contatto con il paziente nel quale è stato effettuato il prelievo del campione risp. è stato conferito il mandato per l'analisi 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 (incluso oppure, OR) 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** ¹, 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

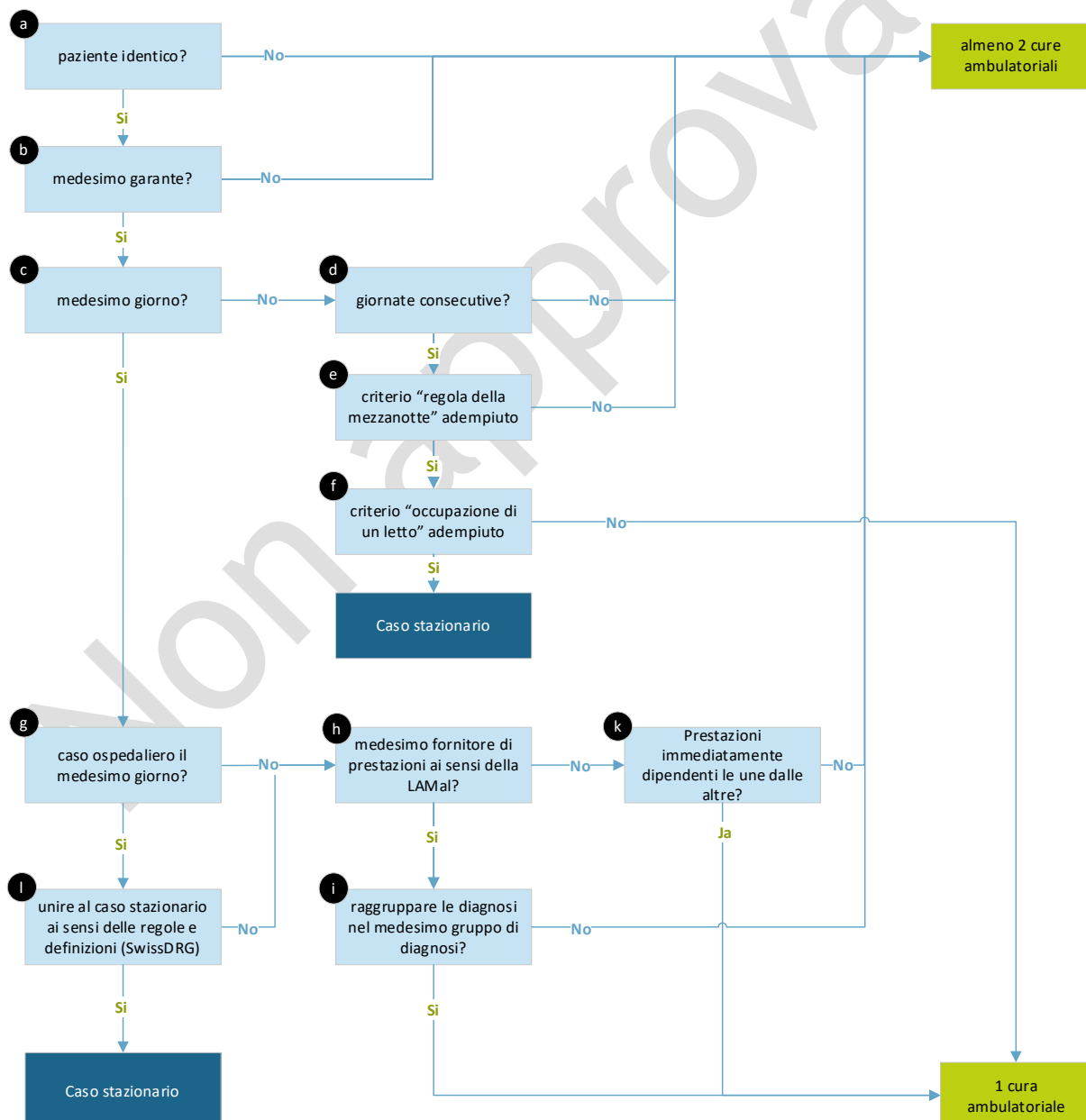
¹ Si tratta degli stessi gruppi di diagnosi quando le diagnosi raggruppano nello stesso capitolo del catalogo dei forfait ambulatoriali. Nel codice ticinese il capitolo (per es. A. Sistema cardiovascolare) è considerato gruppo di diagnosi.

immediatamente dipendenti ⑫ le une dalle altre. Se le prestazioni dei contatti con il paziente non sono immediatamente dipendenti le une dalle altre ⑫, vengono tenuti quali almeno due cure ambulatoriali.

8 Eccezioni:

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 specialistico 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. 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 i forfait ambulatoriali. È esclusa qualsiasi combinazione dei forfait ambulatoriali con la tariffa per singola prestazione e altre tariffe ambulatoriali mediche nell'ambito di una cura ambulatoriale.
- ² La posizione tariffaria e le prestazioni fatturabili separatamente raffigurano in maniera esaustiva le prestazioni fatturabili di tutta la cura ambulatoriale.
- 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);
 - **farmaci applicati e iniettati** nelle posizioni tariffarie contrassegnate in modo corrispondente nel catalogo dei forfait ambulatoriali al prezzo di costo, al massimo al prezzo pubblico conformemente all'Elenco delle specialità (ES);
 - **impianti protesici** in posizioni tariffarie con contrassegno corrispondente nel catalogo dei forfait ambulatoriali 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 tariffarie 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 tariffaria corrispondente. Valgono le disposizioni ai sensi della definizione generale AD-06 sia per la TARDOC sia per i forfait ambulatoriali.

Modalità di applicazione specifiche per i forfait ambulatoriali

8. Attribuzione di una cura ambulatoriale a una posizione tariffaria

- 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 tariffaria.
- ⁴ **Obbligo di remunerazione**
Dal fatto che la cura ambulatoriale sia inserita in una posizione tariffaria 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 tariffarie non valutate**
Per posizioni tariffarie 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.