



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

## FAQ sul sistema tariffale globale ambulatoriale

Stato 22.01.2026

### 1 Quesiti a livello superiore

<b>Che cosa è il sistema tariffale globale?</b>	Il sistema tariffale globale consiste nei forfait ambulatoriali versione 1.1 e TARDOC versione 1.4. In data 1° gennaio 2026 esso sostituirà il TARMED quale struttura tariffale medica ambulatoriale, a condizione che il Consiglio federale lo approvi. Il sistema tariffale globale è stato sviluppato sulla base delle strutture tariffali parzialmente approvate dal Consiglio federale in data 19 giugno 2024, vale a dire forfait ambulatoriali v. 1.0 e TARDOC v1.3.2.
<b>Il nuovo sistema tariffale globale si applica pure ad AInf/ AI/ AM?</b>	Le strutture tariffali nel settore LAMal necessitano dell'approvazione da parte del Consiglio federale. Nel settore AInf/ AI/ AM tali strutture non necessitano dell'approvazione da parte del Consiglio federale. <b>H+ ha stipulato una convenzione tariffale pure con la CTM.</b>
<b>Per simulare l'applicazione del sistema tariffale globale posso utilizzare i miei casi veri?</b>	Sì. Mediante grouper di simulazione ogni fornitore di prestazioni può utilizzare i propri casi veri, che sono stati fatturati secondo TARMED, per simulare l'applicazione con i forfait ambulatoriali. Quale risultato di tale simulazione viene emesso il rispettivo raggruppamento dei casi. Singoli casi nel campo di applicazione dei forfait ambulatoriali possono essere simulati mediante <a href="#">grouper per simulazioni di singoli casi</a> . Nel campo di applicazione di TARDOC è possibile simulare i volumi di prestazioni mediante la <a href="#">transcodificazione</a> .

<p><b>Esiste una trasposizione da TARMED a TARDOC rispettivamente da TARMED all'EPTMA?</b></p>	<p>L'OTMA SA ha messo a disposizione un tool di simulazione in cui è possibile transcodificare casi TARMED in prestazioni TARDOC. Sul proprio sito web H+ ha messo a disposizione una transcodifica- zione da TARMED alle prestazioni forfettarie nell'EPTMA .</p>
--	--

## 2 Modalità di applicazione

### 2.1 Seduta, contatto con il paziente e cura ambulatoriale

<p><b>Che cos'è un fornitore di prestazioni nel contesto ambulatoriale</b></p>	<p>Un fornitore di prestazioni nel contesto ambulatoriale è un medico (art. 35 cpv. 2 lett. a LAMal) o un istituto che dispensa cure ambulatoriali ef- fettuate da medici (art. 35 cpv. 2 lett. n LAMal) e che dispone soltanto di un settore specializzato o un settore specializzato (ai sensi del rego- lamento settori specializzati compreso l'elenco dei settori specializzati) all'interno di un ospedale conformemente all'art. 35 cpv. 2 lett. h LAMal o un istituto che dispensa cure ambulatoriali effettuate da medici ai sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. n LAMal. Modalità di applicazione capitolo 2</p>
<p><b>Che cosa s'intende per seduta?</b></p>	<p>Una seduta è definita come un incontro simultaneo fisico o a distanza tramite colloquio di una/un paziente con un «<i>fornitore di prestazioni nel contesto ambulatoriale</i>». In tale ambito un fornitore di prestazioni nel contesto ambulatoriale fornisce una prestazione in favore di un pa- ziente, atta a diagnosticare o a curare una malattia. Modalità di applicazione capitolo 3.1</p>
<p><b>Che cosa è un contatto con il paziente?</b></p>	<p>Un contatto con il paziente viene costituito dalla seduta e dalle presta- zioni ad essa attribuite (prestazioni di patologia, di analisi, prestazioni in assenza, rapporti). Se alla seduta non vengono attribuite prestazioni, quest'ultima è parificata al contatto con il paziente. Modalità di applicazione capitolo 4</p>
<p><b>Che cosa è una cura ambulatoriale?</b></p>	<p>Una cura ambulatoriale ai sensi della struttura tariffale globale è un contatto con il paziente o più contatti con il paziente riassunti. Quando</p>

	<p>vengono riassunti diversi contatti con il paziente occorre osservare le regole.</p> <p>Modalità di applicazione capitolo 5</p>
<b>Perizia/consulto/tumorboard: perché queste prestazioni corrispondono a una seduta a sé stante?</b>	<p>Nelle tre situazioni di perizie, consulti di atti e immagini e tumor-board/board di esperti medici/board interdisciplinari si tratta di prestazioni che possono essere eseguite sia in presenza sia in assenza del paziente. Con la definizione quale seduta si è tenuto conto di tale situazione speciale.</p> <p>Modalità di applicazione capitolo 3.1 cpv. 2</p>
<b>Perché è necessario riassumere i contatti con il paziente?</b>	<p>Senza il riassunto di contatti con il paziente vi sarebbero grossi incentivi a ripartire la cura su diversi fornitori di prestazioni nel contesto ambulatoriale.</p>
<b>Esiste una panoramica o un elenco su cui figura in quali discipline non possono essere riassunti i contatti con il paziente?</b>	<p>I settori specializzati in cui non possono essere riassunti i contatti con il paziente sono quelli che forniscono prestazioni prescritte da medici e servizi di trasporto e di salvataggio. L'elenco corrispondente è disponibile nel Regolamento settori specializzati.</p> <p>Modalità di applicazione capitolo 5 cpv. 8; Regolamento settori specializzati allegato 1</p>
<b>Per la definizione del settore specializzato è rilevante l'indirizzo professionale del medico curante o l'indirizzo professionale in cui esso lavora?</b>	<p>L'ospedale deve attribuire ogni medico a un settore specializzato. In tal senso, è rilevante l'indirizzo professionale in cui il medico lavora e non il titolo di specialità di cui dispone.</p> <p>Nella maggior parte dei casi indirizzo professionale e titolo di specialità sono i medesimi. Può tuttavia succedere, ad esempio, che un medico che già dispone di un titolo di specialità, miri a conseguirne un altro e lavora perciò in un altro settore specializzato. In tal caso è importante che si applichi il settore specializzato e non il titolo del medico.</p> <p>Regolamento settori specializzati capitolo 2 cpv. 1</p>
<b>Perché, nel contesto ambulatoriale, la consulenza relativa allo stoma non è un fornitore di prestazioni?</b>	<p>Secondo la LAMal (art. 35 cpv. 2e) la consulenza relativa allo stoma non è un fornitore di prestazioni che può dispensare cure previa prescrizione medica.</p>
<b>I contatti con il paziente avuti da diversi fornitori di prestazioni ai sensi della LAMal vengono riassunti, se le loro diagnosi si raggruppano nel medesimo gruppo di diagnosi e le prestazioni sono</b>	<p>Esempi per l'applicazione sono elencati nella chiarificazione 8 al capitolo 5 nel documento Chiarificazioni ed esempi. Si tratta ad esempio di un'operazione effettuata da un medico accreditato in ospedale.</p>

<b>direttamente dipendenti l'una dall'altra. Che cosa significa a livello di applicazione? In quali situazioni sussiste tale dipendenza diretta?</b>	
<b>Per quale motivo le levatrici non sono elencate quale disciplina specializzata che «fornisce prestazioni su prescrizione medica»? (Modalità di applicazione pagina 5)</b>	Conformemente alla legge, le levatrici possono fornire prestazioni senza prescrizione da parte del medico. Per questo motivo per le levatrici valgono le medesime regole applicate ai chiropratici e ai medici.
<b>Infermiere e infermieri possono essere attribuiti a un settore specializzato soltanto, o possono fornire prestazioni per più settori specializzati?</b>	Infermiere e infermieri possono fornire prestazioni per più settori specializzati e dunque essere attribuiti a più settori specializzati. Nella registrazione delle prestazioni occorre garantire che venga scelto il settore specializzato corretto per il singolo caso in questione.
<b>Che cosa sono gruppi di diagnosi?</b>	Gruppi di diagnosi sono le diagnosi che si raggruppano nel medesimo capitulum.
<b>Come vanno attribuite le unità organizzative, rispettivamente i settori specializzati?</b>	<p>Le unità organizzative sono un costrutto dell'ospedale. Esse devono essere attribuite ai settori specializzati. Può darsi che in seguito più unità organizzative vengano attribuite al medesimo settore specializzato. Ad es. ortopedia spalla, ortopedia piede e ortopedia anca vengono attribuite tutte al settore specializzato ortopedia.</p> <p>È tuttavia pure possibile che all'interno di un'unità organizzativa lavorino più settori specializzati, ad esempio quando in un piccolo ospedale più specialisti offrono i propri ambulatori, ma sono sottoposti in generale alla chirurgia, e non costituiscono unità organizzative proprie. Oppure se è stata creata un'unità interdisciplinare in un ospedale maggiore (ad es. chirurgia della colonna vertebrale, costituita da neurochirurgi e ortopedici).</p> <p>L'elaborazione concreta spetta all'ospedale. Importante è che a capo di un settore specializzato vi sia un medico con un titolo di specialità corrispondente.</p> <p>Regolamento settori specializzati</p>

## 2.2 Prestazioni attribuite

<b>Per quanto tempo un rapporto deve essere imputato al contatto corrispondente con il paziente?</b>	I rapporti vanno imputati illimitatamente al contatto corrispondente con il paziente. Modalità di applicazione capitolo 4.1 cpv. 3
<b>Come fa il sistema a riconoscere a quale contatto con il paziente vanno imputate le prestazioni di laboratorio?</b>	Le prestazioni di laboratorio, ad esempio, possono essere attribuite in base alla data del mandato e al settore specializzato mandante.
<b>Che cosa succede con le prestazione in assenza dalla giornata 31?</b>	Tali prestazioni vengono fatturate tramite TARDOC.
<b>L'attribuzione di una prestazione a una seduta influisce sulla data in cui la prestazione attribuita è stata fornita?</b>	La data della prestazione corrisponde al giorno in cui la prestazione è stata effettivamente fornita.
<b>Come vanno imputate le prestazioni in assenza che hanno luogo prima del primo contatto? Ad es. studio degli atti in occasione del trasferimento di un paziente.</b>	Tali prestazioni non vengono attribuite ad alcun contatto con il paziente, ma sono fatturabili direttamente tramite TARDOC.

## 2.3 Registrazione delle prestazioni ambulatoriali

<b>L'impiego dell'elenco delle prestazioni è obbligatorio?</b>	L'elenco delle prestazioni (EPTMA) costituisce la base per l'impiego del grouper.
<b>Quali codici di diagnosi occorre applicare? ICD-10 o codice ticinese?</b>	Conformemente al capitolo 2 delle Direttive per la registrazione delle prestazioni ambulatoriali valgono le regole seguenti: <ul style="list-style-type: none"><li>• Per le sedute senza posizione trigger le diagnosi vengono registrate secondo ICD-10-GM oppure il codice ticinese.</li><li>• Per le sedute con posizione trigger (fatturazione tramite un forfait ambulatoriale) la diagnosi deve sempre essere registrata secondo ICD-10-GM.</li><li>• In caso di più sedute il medesimo giorno, di cui una seduta con posizione trigger, per tutte le sedute la diagnosi va registrata secondo ICD-10-GM.</li></ul> H+ raccomanda agli ospedali di registrare le diagnosi di tutte le sedute mediante ICD-10-GM, per garantire l'uniformità ed evitare che vengano rifiutate delle registrazioni.
<b>Sussiste una differenza tra la diagnosi impiegata in ambito medico e la diagnosi per la registrazione delle prestazioni ambulatoriali?</b>	La diagnosi per la quotidianità medico-sanitaria non è per forza formulata ai sensi di ICD-10 o del codice ticinese. La diagnosi per la registrazione delle prestazioni ambulatoriali deve essere disponibile nel formato ICD-10 o quale codice ticinese, affinché la definizione della cura ambulatoriale possa essere attuata in maniera corretta. Semmai può sussistere pure una differenza nel momento della diagnosi. La diagnosi per la registrazione delle prestazioni ambulatoriali descrive quello stato che è accertato quale diagnosi durante o immediatamente dopo il contatto con il paziente e che era il motivo principale per il trattamento e/o l'esame della/del paziente (cfr. Direttive per la registrazione delle prestazioni ambulatoriali). Può dunque capitare che la diagnosi impiegata a livello medico-sanitario venga adattata in un secondo tempo a causa di ulteriori diagnostiche. Dato che è la diagnosi al momento del trattamento ad essere determinante, questo adeguamento successivo non va considerato per la fatturazione.

<b>Come viene determinata la diagnosi rilevante per il grouper, quando per un fornitore di prestazioni nel contesto ambulatoriale sono rilevanti diverse diagnosi (ad es. il medico di famiglia che effettua una verifica più approfondita sia del dosaggio del medicamento contro l'ipertensione, sia di un neo)?</b>	Secondo le Direttive per la registrazione delle prestazioni ambulatoriali occorre scegliere la diagnosi che costituiva il motivo principale per l'esame/il trattamento. Quale motivo principale si contraddistingue il trattamento che durante il contatto con il paziente ha avuto il dispendio maggiore di mezzi medico-sanitari. Direttive per la registrazione delle prestazioni ambulatoriali, capitolo 2.1
<b>Quando viene effettuata la registrazione delle prestazioni?</b>	La registrazione delle prestazioni avviene durante o immediatamente dopo il contatto con il paziente. Direttive per la registrazione delle prestazioni ambulatoriali, capitolo 1.2
<b>Pure prestazioni attribuite necessitano di una diagnosi?</b>	No, una prestazione attribuita non deve contenere una diagnosi. L'attribuzione avviene tramite il settore specializzato, il mandante o la data. La diagnosi non è determinante in questo contesto.
<b>La diagnosi viene rilevata completamente?</b>	Sì, la diagnosi viene sempre rilevata per intero.
<b>Durante la seduta della radiologia occorre rilevare una diagnosi?</b>	Durante ogni seduta occorre rilevare una diagnosi. Non si tratta di una formulazione letterale, risulta però da quanto indicato nell'allegato C. Il motivo è che pure i contatti con il paziente della radiologia soggiacciono alla possibile riunione con altri contatti con il paziente. Se dunque non è rilevata alcuna diagnosi, tali contatti non potrebbero essere riuniti né verificati dagli enti finanziatori.  Occorre tener conto del fatto che la formulazione della diagnosi in senso medico non corrisponde obbligatoriamente al rilevamento della diagnosi.

## 2.4 Decisione struttura tariffale

<b>Quale utente, come faccio a sapere, se la cura ambulatoriale va fatturata mediante TARDOC o forfait ambulatoriale?</b>	Determinante è se vi è una posizione di trigger. Se in una cura ambulatoriale è registrata una posizione di trigger, ciò porta automaticamente e necessariamente alla fatturazione di un forfait ambulatoriale.
<b>Che cosa sono posizioni di trigger?</b>	Posizioni di trigger sono quelle posizioni dell'EPTMA che fanno scattare l'inserimento in un raggruppamento dei casi. Se in una cura

	<p>ambulatoriale è registrata una posizione di trigger, ciò porta sempre alla fatturazione di un forfait ambulatoriale.</p> <p>Nella versione introduttiva le posizioni P e PZ dell'EPTMA corrispondono alle posizioni trigger.</p>
<b>Il sistema tariffale globale viene impiegato pure nel settore ambulatoriale degli studi medici?</b>	Il sistema tariffale globale è una struttura tariffale uniforme a livello nazionale applicata sia nel settore ambulatoriale degli studi medici sia in quello ambulatoriale ospedaliero.
<b>Che cosa succede se in una cura ambulatoriale sono elencate diverse posizioni di trigger?</b>	Se sono registrate diverse posizioni di trigger, ad essere determinante è la gerarchia nell'albero decisionale o nel grouper. A seconda dell'ordine in cui vengono richieste le posizioni di trigger, una o l'altra posizione o la combinazione delle due posizioni portano al raggruppamento dei casi da fatturare.
<b>I fornitori di prestazioni possono scegliere tra fatturazione mediante forfait ambulatoriali o tariffa per singola prestazione? Quali sono le regole secondo cui viene scelta la struttura tariffale corretta?</b>	No, i fornitori di prestazioni e gli enti finanziatori non possono scegliere liberamente la struttura tariffale da applicare. Ogni cura ambulatoriale va verificata per sapere se contiene una posizione di trigger. Dalla presenza di una posizione di trigger deriva sempre una fatturazione mediante forfait ambulatoriale. Modalità di applicazione capitolo 6.1
<b>Le prestazioni nell'ambito di un appuntamento con l'anestesista alcuni giorni prima dell'intervento possono essere fatturate in una cura ambulatoriale separata?</b>	Sì. La fusione di contatti con il paziente con diagnosi nel medesimo gruppo di diagnosi - con un'eccezione - avviene unicamente per contatti con il paziente forniti il medesimo giorno. L'eccezione è una cura ambulatoriale (ad es. cure urgenti) oltre mezzanotte. Modalità di applicazione capitolo 5

### 3 Forfait ambulatoriali

#### 3.1 Meccanismo di base

<b>Quanti forfait ambulatoriali esistono?</b>	Nella versione 1.1 sono 315 forfait, di cui un raggruppamento di casi caratterizzati da errore e 3 forfait non valutati.
---	--

<b>Come faccio a sapere quale forfait va fatturato?</b>	<p>I forfait ambulatoriali vengono determinati in base alla diagnosi e alla prestazione fornita (ai sensi dell'EPTMA). La diagnosi conduce al capitulum corrispondente e la prestazione (come ulteriori caratteristiche quali ad es. l'età, il sesso) all'interno del capitulum conducono al corretto raggruppamento di casi. Tale procedura non deve essere svolta manualmente, se ne occupa il cosiddetto grouper.</p>
<b>Che cosa è un grouper e come funziona?</b>	<p>Il grouper è un diagramma di flussi completo o un albero decisionale completo. All'interno del grouper le cure ambulatoriali vengono attribuite al corretto gruppo di casi in base alla diagnosi, alle prestazioni e a ulteriori caratteristiche (ad es. età del paziente). L'albero decisionale può essere consultato nel manuale delle definizioni nel browser delle tariffe.</p>
<b>Quali prestazioni sono contenute nei forfait?</b>	<p>Ai sensi dei capitoli 6.1 e 3.2 delle Modalità di applicazione, il raggruppamento di casi e le prestazioni fatturabili separatamente raffigurano in maniera esaustiva le prestazioni fatturabili della cura ambulatoriale. Non sono possibili ulteriori fatturazioni separate.</p> <p>Prestazioni fatturabili separatamente sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- emoderivati labili e stabili</li> <li>- agenti terapeutici consegnati</li> <li>- impianti protesici in raggruppamenti dei casi corrispondentemente contrassegnati nell'elenco dei forfait ambulatoriali</li> </ul>
<b>Perché i forfait ambulatoriali sono stati allestiti sulla base di TARMED?</b>	<p>I forfait ambulatoriali sono stati allestiti sulla base di dati ambulatoriali effettivi riferiti ai costi e alle prestazioni. Ciò significa che sono stati rilevati e analizzati i dati riferiti alle prestazioni (fatturazione, posizioni TARMED e prestazioni da altre tariffe) di casi ambulatoriali fatturati di pazienti e i dati riferiti ai costi (secondo REKOLE). Posizioni tariffali (ad es. TARMED) sono state impiegate unicamente per identificare il caso fornito.</p>

**I forfait contengono unicamente prestazioni mediche? Nei forfait sono contenuti gli impianti protesici / i medicamenti / le analisi di laboratorio?**

Per principio i forfait contengono tutte le prestazioni di una cura ambulatoriale. Vi rientrano pure le prestazioni non mediche, i medicamenti, il materiale, gli impianti protesici, le prestazioni di laboratorio, ecc. Sporadicamente gli impianti protesici sono però fatturabili separatamente. Nell'elenco dei forfait ambulatoriali e nel browser delle tariffe è esposto in quali raggruppamenti di casi è possibile fatturare separatamente gli impianti protesici.

Le analisi di laboratorio sono contenute nei forfait. L'art. 59 OAMal disciplina la fatturazione delle analisi e deve essere adeguato al momento dell'introduzione dei forfait ambulatoriali.

<p><b>Le prestazioni delle infermiere/degli infermieri sono tenute in considerazione?</b></p>	<p>Sì, i forfait ambulatoriali contengono pure le prestazioni delle infermiere e degli infermieri. Queste ultime, assieme ai costi effettivi, confluiscono pure nel calcolo dei forfait ambulatoriali. Esse non soggiacciono dunque ad alcuna limitazione come sarebbe il caso in una tariffa per singola prestazione, bensì, per la tariffazione, vengono tenuti in considerazione tutti i costi generati.</p>
<p><b>Perché gli impianti protesici sono fatturabili separatamente solamente in determinati raggruppamenti dei casi?</b></p>	<p>Gli impianti protesici sono fatturabili separatamente unicamente nei raggruppamenti dei casi in cui tale regolamentazione comporta una migliore omogeneità all'interno del raggruppamento dei casi. Ciò è il caso soltanto nei raggruppamenti dei casi in cui le differenze di prezzo degli impianti protesici sono responsabili della dispersione all'interno del raggruppamento dei casi.</p>
<p><b>I medicamenti molto cari e i citostatici sono fatturabili separatamente?</b></p>	<p>Tali medicamenti vengono somministrati principalmente nell'ambito di terapie di infusioni. Non essendo queste ultime forfettizzate, non occorre dunque una regolamentazione particolare per la rimunerazione di medicamenti molto cari e citostatici.</p> <p>Il medicamento Spinraza (codice ATC M09AX07) è tariffato all'interno del forfait C01.50A (Punzione lombare o punzione suboccipitale con terapia medicamentosa complessa (M09AX07)).</p>
<p><b>Vi sono forfait specifici per il trattamento di bambini?</b></p>	<p>Durante l'elaborazione dei forfait per caso è sempre stato verificato se per i bambini vi sono costi maggiori. Nella maggior parte dei casi ne risultava che non è solamente l'età a rappresentare un criterio di splitting determinante, bensì l'anestesia aggiuntiva necessaria da parte di un anestesista. Per questo motivo l'anestesia effettuata da un anestesista è un criterio di splitting spesso impiegato e di riflesso si ritrova nell'elenco dei forfait ambulatoriali. Ciò permette inoltre che non solamente i bambini vengono remunerati in modo più adeguato, bensì pure ulteriori pazienti che per altri motivi necessitano di un'anestesia aggiuntiva, rendendo perciò la cura più dispendiosa.</p>
<p><b>I medicamenti consegnati possono essere fatturati separatamente?</b></p>	<p>Gli agenti terapeutici consegnati (medicamenti e dispositivi medici) possono essere fatturati separatamente.</p> <p>Modalità di applicazione capitolo 3.2 cpv. 2</p>

<b>La diagnosi influisce sul raggruppamento?</b>	La diagnosi è determinante per il raggruppamento nel capitulum. La diagnosi non influisce sul raggruppamento all'interno del capitulum o all'interno del raggruppamento dei casi di base.
<b>In che modo è possibile fatturare gli interventi combinati (interventi contemporanei di diversi settori specializzati durante l'anestesia)?</b>	<p>Nel caso di interventi combinati durante un'anestesia effettuata da un anestesista, il contatto dell'anestesiologia con il paziente deve rilevare la diagnosi che rappresentava il motivo principale della degenza e che presenta la maggiore intensità di mezzi medico-sanitari necessari (cfr. Direttive per la registrazione delle prestazioni ambulatoriali). In tal modo il contatto dell'anestesiologia con il paziente viene riunito in una cura ambulatoriale con quel contatto con il paziente che costituisce il motivo principale della degenza.</p> <p>Chiarificazione 11 in merito al capitolo 5</p>

## 3.2 Base dei dati

<b>Perché sono stati impiegati unicamente i dati riferiti ai costi e alle prestazioni degli ospedali?</b>	<p>L'affermata soluzione settoriale REKOLE (Revisione della contabilità dei costi e delle prestazioni, ted. Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung) garantisce l'uniformazione degli standard di contabilità analitica degli ospedali a livello svizzero. Con la certificazione REKOLE si conferma che la contabilità dei costi e delle prestazioni di tali ospedali corrisponde ai principi di economia aziendale. I dati riferiti ai costi che ne risultano sono perciò paragonabili a livello di pazienti.</p> <p>Mediante l'impiego di tali dati il sistema di forfait ambulatoriali si fonda su una base di dati completa, standardizzata e legalmente riconosciuta.</p> <p>Non esistono ancora dati analoghi riferiti ai costi provenienti dagli studi medici a livello di pazienti (cosidd. dati riferiti ai costi basati sui casi). Non appena sarà introdotta una metodologia corrispondente e saranno disponibili i dati, questi ultimi potranno essere tenuti in considerazione per i calcoli nel sistema di forfait ambulatoriali. Per ottenere l'abrogazione della neutralità dei costi dinamica occorre coinvolgere pure i dati dei medici con studio proprio.</p>
<b>Come è possibile valutare i forfait?</b>	La versione tariffale 1.1 del sistema di forfait ambulatoriali è stata sviluppata sulla base di dati degli ospedali degli anni 2019-2021. Importante: si tratta in tal caso di costi reali, effettivamente sorti e non di stime quantitative o opinioni di specialisti.
<b>Che cosa s'intende per raggruppamenti dei casi non valutati? Dove risultano questi ultimi?</b>	Raggruppamenti dei casi non valutati sorgono laddove vi sono quantità troppo esigue di dati e non è perciò possibile effettuare una valutazione appropriata. I raggruppamenti dei casi non valutati si riconoscono nell'elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali dal fatto che non sono esposti punti tariffali. Per posizioni tariffali non valutate i fornitori di prestazioni interessati devono concordare con gli enti finanziatori degli indennizzi individuali (cfr. Capitolo 8 delle Modalità di applicazione).

<b>In futuro saranno necessarie forniture di dati?</b>	Sì. I forfait ambulatoriali vengono sviluppati ulteriormente sulla base dei dati. Conformemente all'art. 47a cpv. 5 LAMal, i fornitori di prestazioni sono tenuti a fornire i dati.
--	---

### 3.3 Sviluppo dei forfait ambulatoriali

<b>Come sono stati sviluppati i forfait ambulatoriali?</b>	Gli ospedali hanno fornito i dati riferiti ai costi e alle prestazioni dei loro casi effettivamente forniti di pazienti ambulatoriali. Tali casi sono stati raggruppati in casi simili a livello medico-sanitario. Tramite un software appositamente sviluppato, i casi in questione raggruppati sono stati ripartiti ulteriormente in raggruppamenti dei casi più affinati, per permettere la creazione di raggruppamenti di casi il più omogenei possibile. L'omogeneità si riferisce da una parte alla fornitura di prestazioni medico-sanitarie e dall'altra parte ai costi dei casi in ogni raggruppamento dei casi. Nell'ambito dell'aggiornamento regolare (probabilmente annuale) della struttura tariffale, sulla base dei dati più recenti, sarà possibile verificare se il raggruppamento dei casi necessiti di essere modificato o affinato, per raggiungere un'omogeneità dei costi ancora maggiore. Per raggiungere questo, è possibile tener conto di fattori quali ad es. l'età, le procedure, i medicamenti.
--	---

## 4 TARDOC

<b>Come posso determinare a quali posizioni TARMED corrispondono quali posizioni TARDOC? (determinazione della posizione precedente)</b>	Nel browser TARDOC le posizioni precedenti sono visibili; lo stesso vale per l'allegato 2 alla Convenzione sulla struttura tariffale, l'Excel TARDOC.
<b>Gli ospedali possono pure fatturare le posizioni del capitolo AK.05 Chronic Care Management?</b>	Le posizioni del capitolo AK.05, conformemente all'interpretazione del capitolo KI-AK.05-4 sono applicabili unicamente nello studio medico. Ciò si può desumere pure dall'aggiunta B all'allegato F.

<b>Gli ospedali possono fatturare i forfait di incomodo e per urgenza (capitolo AA.30)?</b>	No, gli ospedali non possono applicare il capitolo AA.30.
<b>Nel capitolo AM.05 “sorveglianza specializzata prima/dopo infusioni”, come faccio a sapere in che modo viene determinato il tempo per ogni paziente?</b>	<p>La fatturazione avviene sull’arco di tutto il tempo in cui il paziente è degenere in reparto e viene curato/sorvegliato. Non è necessario che si tratti di un’assistenza ininterrotta 1:1.</p> <p>Per determinare l’intensità dell’assistenza l’interpretazione del capitolo AM.05-1 contiene una tabella.</p>
<b>Se nel pronto soccorso sono attivi differenti settori specializzati, tutti i settori specializzati possono applicare la posizione WG.00.0030? E come occorre applicare la limitazione?</b>	<p>Le prestazioni fornite in pronto soccorso vengono fatturate con la posizione WG.00.0030. Ciò vale pure per altri settori specializzati. Occorre osservare l’interpretazione medico-sanitaria e l’interpretazione dei capitoli, che specificano un poco le prestazioni fatturate tramite la posizione WG.00.0030.</p> <p>La limitazione vale per ogni seduta, vale a dire per ogni settore specializzato.</p>
<b>Riguardo alle posizioni non mediche del capitolo WG vi sono spiegazioni più precise, per poter scegliere la posizione corretta per la fatturazione?</b>	Non vi sono documenti di approfondimento che potete consultare. Occorre seguire le disposizioni nella tariffa (nella posizione tariffale e pure nelle interpretazioni dei capitoli).
<b>Qual è la definizione del reparto di pronto soccorso in ospedale?</b>	Il TARDOC non contiene una definizione al riguardo.
<b>E-mail sono considerate anche a distanza tramite colloquio?</b>	Il TARDOC distingue tra consultazioni di telemedicina simultanee e differite. E-mail sono consultazioni differite e non fanno perciò parte della definizione di seduta.

## 5 Argomenti processuali

### 5.1 Direzione del caso

<b>Quali sono i vantaggi di un “container” di rilevamento?</b>	Con il “container” di rilevamento viene a mancare l’apertura in parte manuale del caso. Pure la problematica del rilevamento nel caso amministrativo errato decade.
--	---

<b>Quanti "container" di rilevamento vengono allestiti?</b>	L'ospedale stesso può definire i "container" di rilevamento. È concepibile un "container" di rilevamento per ogni paziente o per ogni paziente e garante.
<b>Il container di rilevamento deve essere attuato?</b>	No, il container di rilevamento quale unità finale d'imputazione delle prestazioni è una variante opzionale.

## 5.2 Rilevamento delle prestazioni

<b>Le posizioni di dialisi dell'EPTMA (posizioni N) devono essere registrate nel settore delle dialisi?</b>	In accordo con l'OTMA vi raccomandiamo di non registrare le posizioni EPTMA. Da una parte, affinché nella registrazione delle prestazioni non sorga un doppio dispendio e dall'altra parte perché le posizioni tariffali sono nettamente più specifiche delle posizioni EPTMA.
<b>Sulle sedute comprendenti esclusivamente prestazioni non mediche devono essere pure registrate delle diagnosi?</b>	Sì, la registrazione di una diagnosi è rilevante anche in caso di sedute con mere prestazioni non mediche. Solamente in tal modo è possibile verificare se la seduta deve essere riunita con un'altra seduta.

## 5.3 Fatturazione

<b>Quando avviene la fatturazione, se le prestazioni possono ancora essere attribuite fino a 30 giorni dopo il contatto con il paziente?</b>	L'ospedale può stabilire il momento della fatturazione conformemente ai processi interni. La regolamentazione concernente le prestazioni attribuite non influisce sul momento della fatturazione. Se la cura ambulatoriale è stata fatturata tramite un forfait, le prestazioni attribuite non possono essere fatturate separatamente. Se la cura ambulatoriale è stata fatturata tramite TARDOC, le prestazioni attribuite possono essere fatturate separatamente. Entrambe le fatturazioni non hanno dunque ripercussioni su prestazioni già fatturate.
<b>Sulla fattura occorre indicare la diagnosi completa?</b>	Il codice ticinese viene sempre indicato in modo completo sulla fattura. La diagnosi ICD-10 non viene mai indicata completamente sulla fattura, dato che ciò, secondo l'attuale stato di conoscenza, sarebbe contrario

	<p>alla protezione dei dati. La convenzione stabilisce che viene indicata solamente la prima lettera della diagnosi. Affinché si possa verificare il raggruppamento di un forfait ambulatoriale, nelle fatturazioni tramite la tariffa forfettaria per paziente occorre fornire pure il Capitulum. Nell'approvazione del 30 aprile 2025 il Consiglio federale ha confermato tale regolamentazione.</p> <p>Allegato H fatturazione e lettera di approvazione del Consiglio federale del 30.4.2025.</p>
<b>Anche prestazioni TARMED possono essere trasmesse nel formato xml 5.0 per la fatturazione?</b>	Sì, è possibile.
<b>È obbligatorio passare a xml 5.0 dal 1° gennaio 2026?</b>	Per la fatturazione del sistema tariffale globale sono necessari nuovi campi presenti soltanto nell'xml 5.0.
<b>Ci sarà anche in futuro una riduzione per medici generici, come esiste attualmente in TARMED 1.09_BR?</b>	No tale riduzione non sussiste nel sistema tariffale globale.
<b>In caso di prestazioni paramediche occorre fornire anche una diagnosi?</b>	No, non è necessario.
<b>Quali medicamenti vengono consegnati su fattura al momento della fatturazione di un forfait ambulatoriale?</b>	<p>Tutti i medicamenti ES devono essere elencati sulla fattura mediante l'importo 0.00.</p> <p>Chiarimento 7 in riferimento all'allegato H</p>
<b>Assicuatori malattie possono rinviare la fattura a causa di un medicamento indicato con l'importo CHF 0.00?</b>	No, un rinvio per questo motivo non è ammesso. Tali rinvii vanno spiegati all'assicurazione malattie. Se dovesse ripetersi, occorre notificarlo all'associazione di categoria prio.swiss.
<b>Gli assicuatori malattie sono autorizzati a rinviare la fattura a causa di una limitazione dei punti ES?</b>	No, un tale rinvio non è sensato, perché l'ospedale o la clinica non può essere perseguita a causa delle prestazioni di un altro fornitore di prestazioni.
<b>XML 5.0 va applicato pure al settore stazionario?</b>	No, xml 5.0 finora è stato elaborato [soltanto] per il settore ambulatoriale.
<b>Con quale tipo di tariffa occorre fatturare i medicamenti contenuti in un forfait ambulatoriale?</b>	Medicamenti vanno sempre fatturati mediante il tipo di tariffa 402 e GTIN.

<b>Quali numeri GLN devono essere indicati sulla fattura?</b>	Sulla fattura vanno indicati i numeri GLN del medico fornitore e responsabile per ogni posizione tariffale. Dal 1° ottobre 2026 nelle posizioni EA.05 occorre inoltre elencare pure il GLN del personale non medico.
---	---

## 5.4 Valori intrinseci

<b>Per quali prestazioni è possibile richiedere la salvaguardia dei diritti acquisiti?</b>	È possibile richiedere la salvaguardia dei diritti acquisiti per prestazioni TARDOC per le cui prestazioni precedenti TARMED già sussiste un diritto acquisito o di cui era adempiuto il valore intrinseco.
<b>È sufficiente che il medico responsabile disponga di un valore intrinseco per una determinata posizione, o pure il medico esecutore necessita del valore intrinseco?</b>	Il medico responsabile deve poter dimostrare il valore intrinseco. Il medico esecutore può anche trovarsi ancora in formazione continua. Allegato F valori intrinseci.
<b>In che modo l'ospedale può verificare i valori intrinseci e i diritti acquisiti?</b>	Gli ospedali possono richiederli tramite la Sasis (via e-mail a <a href="mailto:zsr@sasis.ch">zsr@sasis.ch</a> )
<b>In che modo l'assicuratore malattia può verificare i valori intrinseci e i diritti acquisiti?</b>	I valori intrinseci sono depositati nel MedReg o nel registro LPSan. I diritti acquisiti vengono tenuti in un registro separato e così messi a disposizione degli enti finanziatori.
<b>Come vengono verificati i diversi moduli di ultrasonologia?</b>	Nel MedReg i diversi perfezionamenti professionali di ultrasonologia non vengono tenuti in modo differenziato. Il valore intrinseco è dunque definito per ogni posizione, al momento attuale non è tuttavia possibile verificarlo direttamente in questo esempio.

## 5.5 Unità funzionali

<b>Per quali unità funzionali occorre un riconoscimento dell'unità funzionale?</b>	Un riconoscimento dell'unità funzionale occorre solamente per le due unità Chronic Care Management e Prestazioni ambulatoriali non mediche in psichiatria.
--	--

**Come viene effettuata l'analisi a campione?**

Nel 2026 non sarà effettuata alcun'analisi a campione