

In seguito allo scioglimento di TARMED Suisse, dall'1.1.2019 le organizzazioni partner hanno creato una nuova base contrattuale per la **commissione paritetica per l'interpretazione CPI**. Le versioni delle decisioni CPI pubblicate vengono dunque adattate, iniziando dalla versione 2.00.

Modifiche rispetto alla versione 2.01:

Adattamenti alla decisione CPI:

Numero 05051-B: Fatturazione di prestazioni mediche secondo TARMED in combinazione con prestazioni dentarie/chirurgiche mascellari secondo tariffa SSO

Con l'integrazione delle nuove posizioni tariffarie SSO per il settore LA/AM/AI, la decisione PIK I-05051-B è sostituita dalla versione riveduta I-05051-C.

Numero 03033

**Fatturazione di supplementi per urgenze per i
procedimenti ad immagini**

Valido dal

02.02.2004

Campo di validità

00.08

Decisione

Per i procedimenti ad immagini possono pure essere fatturati i supplementi per urgenze. Per le urgenze valgono i criteri conformemente all'interpretazione medica. Esempi di tipiche urgenze in istituti di radiologia:

- sospetto di ampie fratture comminute
- emorragie endocraniche
- rottura di organi
- accertamenti ad immagini alla presenza di situazioni che presentano un pericolo per la vita e che necessitano una terapia immediata.

Numero 05028	Bendaggio degli occhi dopo un intervento per cataratta
Valido dal	14.07.2005
Campo di validità	01.0310, 08.2760
Decisione	Conformemente a l'IC-01-6, i bendaggi applicati immediatamente dopo un'operazione/intervento sono compresi nelle corrispondenti posizioni della tariffa. Ne fanno eccezione il Taping (01.02), i bendaggi indurenti (01.03) e i bendaggi speciali (01.03). La richiesta da valutare riguarda un bendaggio applicato dopo un intervento per cataratta o dopo una vitrectomia (guscio in plastica con tamponi). Qui non si tratta di un bendaggio speciale ai sensi della posizione 01.0310 della tariffa. Pertanto questo bendaggio è contenuto nella corrispondente posizione dell'operazione e non può essere fatturato separatamente.

Numero 05041	Plastica cutanea come intervento supplementare fatturabile
Valido dal	10.11.2005
Campo di validità	IG-23
Decisione	Conformemente alla IG-23, la chiusura chirurgica normale di una ferita è parte integrale di una posizione tariffaria. Per la chiusura di ferite vale quanto segue: Nel caso di una chiusura chirurgica normale di una ferita si procede alla chiusura mediante sutura risp. senza incisione cutanea supplementare (p. es. plastica con lembo ecc.) della ferita.

Numero 05048 **Fatturazione doppia inammissibile del tempo impiegato effettivo e fatturazione massima del tempo impiegato con posizioni della tariffa basate sul tempo**

Valido dal 04.01.2006

Campo di validità Intera tariffa
Tutte le posizioni della tariffa secondo la sistematica della tariffa basata sul tempo (p. es. 00.0010 seg., 00.0610, 00.1530, 36.0010)

Validità dal:
Definizioni:

Posizioni della tariffa secondo la sistematica della tariffa basata sul tempo (= posizioni basate sul tempo; per la fatturazione di prestazioni basate sul tempo impiegato):

Con questa sistematica si fattura il tempo effettivo impiegato per fornire la prestazione. Le posizioni della tariffa sono caratterizzate dal testo „i primi X minuti / per ogni X minuti / per x minuti supplementari” nella descrizione. Esempi: 00.0010, 00.1510, 02.0010, 35.0210 ecc.

Posizioni della tariffa secondo la sistematica della tariffa basata sulla prestazione (= posizioni basate sulla prestazione, per la fatturazione di attività):

Per questa sistematica non ha importanza il tempo effettivo impiegato per fornire la prestazione. A base della posizione della tariffa è stato messo un tempo medio. Esempi: 00.0410, 01.0210, 05.0100, 17.0010 ecc.

Decisione:

a) *Situazione di partenza: durante una consultazione vengono fornite diverse prestazioni basate sul tempo:*

La somma dei minuti delle posizioni basate sul tempo fatturato può superare il tempo effettivo impiegato per fornire queste prestazioni di al massimo la quota parte iniziata dell'ultima unità di tempo. Il capoverso: „Frazioni di unità di tempo o di unità di misura sono da calcolare come unità intere.” della IG-13 deve pertanto essere applicato alla somma e non alle singole posizioni indipendenti basate sul tempo, come ad esempio 00.0010 seg., 00.1510.

b) *Situazione di partenza: durante una consultazione vengono fornite sia prestazioni basate sul tempo sia prestazioni basate sull'attività:*

Il tempo effettivo impiegato per fornire la prestazione basata sull'attività non può essere fatturato doppiamente con la posizione basata sul tempo. Si tratta qui di una fatturazione doppia non ammessa.

c) *Situazione di partenza: durante una consultazione vengono fornite sia prestazioni basate sul tempo sia prestazioni basate sull'attività:*

Il tempo necessario per fornire le prestazioni può essere fatturato indipendentemente dal fatto se il tempo effettivamente impiegato per fornire la prestazione basata sull'attività è inferiore o superiore al tempo medio alla base della posizione prestazione singola.

Esempi:

a) *Il medico fornisce le seguenti prestazioni basate sul tempo:*

Consultazione 7 min., consulenza sociale 6 min. e consulenza psico-terapeutica 6 min.

Tempo totale effettivo: 19 min.

Fatturazione sbagliata: 1 x 00.0010, 1 x 00.0030, 2 x 00.0510, 2 x 00.0520

Fatturazione corretta: 1 x 00.0010, 1 x 00.0030, 1 x 00.0510, 1 x 00.0520

b) *Il medico fornisce le seguenti prestazioni basate sul tempo e sull'attività:*
Consultazione 17 min. e piccola visita 12 min.

Tempo totale effettivo: 29 min.

Fatturazione sbagliata: 1 x 00.0010, 4 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x
00.0410

Fatturazione corretta: 1 x 00.0010, 2 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0410

c) *Il medico fornisce le seguenti prestazioni basate sul tempo e sull'attività:*
Consultazione 13 min. e esame reumatologico approfondito 21 min.

Tempo totale effettivo: 34 min.

Fatturazione sbagliata: 1 x 00.0010, 1 x 00.0030, 1 x 00.0440

Calcolo sbagliato: 34 min. meno 25 min. invece di 21 (minutaggio 00.0440)
= 9 min. invece di 13 = tempo della consultazione

Fatturazione corretta: 1 x 00.0010, 1 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0440

**Numero 05051-C Fatturazione di prestazioni mediche secondo TARMED in
combinazione con prestazioni dentarie/chirurgiche
mascellari secondo tariffa SSO**

Valido dal 15.05.2025

Campo di validità 07.02, 07.03, 07.04, 07.05, 07.07, 07.08, 07.09, 07.10, 07.11,
07.12, 11.02.01, 11.02.02, 11.02.03, 35.01, 35.03
11.0710-11.0820, 28.0010-28.0160
posizioni tariffarie SSO

Questa decisione CPI sostituisce la decisione CPI I-05051-B

I cambiamenti verso la decisione CPI I-05051-B concernono le posizioni tariffarie SSO.
Le nuove posizioni tariffarie SSO valide per il settore LA/AM/AI sono state integrate nella
decisione CPI.

Principio:

La regolamentazione transitoria trova applicazione solamente se

- vengono effettuate delle prestazioni SSO in narcosi in una sala operatoria oppure
- vengono effettuate delle prestazioni SSO in combinazione con prestazioni TARMED in narcosi in una sala operatoria.

Se vengono fatturate esclusivamente prestazioni TARMED, valgono le disposizioni secondo TARMED.

A. Fatturazione di prestazioni SSO in narcosi in sala operatoria

1. Le prestazioni medico-dentistiche sono da fatturare sulla base delle cifre tariffarie della tariffa SSO.
2. Le prestazioni d'anestesia sono fatturate secondo le cifre tariffarie di TARMED e per la precisione con le corrispondenti classi di rischio secondo l'allegato:

Se nel corso di un intervento vengono fornite prestazioni appartenenti a diverse classi di rischio anestesilogico, trova applicazione per la "Presenza a carico perioperatoria" l'"Induzione e il risveglio" nonché l'"Attività dell'anestesista durante un intervento" quella classe di rischio alla quale corrisponde la prestazione con la classe di rischio anestesilogico più elevata.

Per gli interventi su bambini dell'età inferiore ai 2 anni vale di principio la classe di rischio anestesilogico III.

La base del tempo d'anestesia fatturabile durante l'intervento (28.0140, 28.0150) è il periodo taglio-sutura conformemente al protocollo d'anestesia. Il protocollo d'anestesia deve essere inviato spontaneamente e gratuitamente al garante dei costi indicando il numero di fattura.

3. Il materiale di consumo utilizzato per l'anestesia e l'anestetico sono fatturabili in aggiunta conformemente a IG-20 e IC-28-3.
4. L'assistenza medica viene fatturata con la cifra 4980 (LA/AM/AI: 4.9800) oppure 4981 (LA/AM/AI: 4.9810) della tariffa SSO.

5. L'indennizzo per l'uso della sala operatoria avviene sulla base della cifra 4983 (LA/AM/AI: 4.9830) della tariffa SSO.
6. L'indennizzo per l'utilizzazione del letto e la sorveglianza avviene sulla base delle cifre 4985 (LA/AM/AI: 4.9850) e 4986 (LA/AM/AI: nessuna posizione tariffaria) della tariffa SSO.
7. Per la fatturazione del materiale di consumo valgono le disposizioni della tariffa SSO, cifra 4983 (LA/AM/AI: 4.9830).

B Fatturazione di prestazioni SSO in abbinamento con prestazioni TARMED in narcosi in sala operatoria

1. Le prestazioni medico-dentistiche sono da fatturare sulla base delle cifre tariffarie della tariffa SSO.
2. Le prestazioni TARMED sono fatturate sulla base delle cifre tariffarie di TARMED.
3. Se le prestazioni o le prestazioni parziali figurano sia nel SSO sia in TARMED, deve essere scelta la variante più economica.
4. Le prestazioni d'anestesia sono fatturate secondo le cifre tariffarie di TARMED e per la precisione con le corrispondenti classi di rischio secondo l'allegato per le prestazioni SSO e secondo TARMED per le prestazioni TARMED:

Se nel corso di un intervento vengono fornite prestazioni appartenenti a diverse classi di rischio anestesilogico, trova applicazione per la "Presa a carico perioperatoria" l'"Induzione e il risveglio" nonché l'"Attività dell'anestesista durante un intervento" quella classe di rischio alla quale corrisponde la prestazione con la classe di rischio anestesilogico più elevata.

Per gli interventi su bambini dell'età inferiore ai 2 anni vale di principio la classe di rischio anestesilogico III.

La base del tempo d'anestesia fatturabile durante l'intervento (28.0140, 28.0150) è il periodo taglio-sutura conformemente al protocollo d'anestesia. Il protocollo d'anestesia deve essere inviato spontaneamente e gratuitamente al garante dei costi indicando il numero di fattura.

5. Il materiale di consumo utilizzato per l'anestesia e l'anestetico sono fatturabili in aggiunta conformemente a IG-20 e IC-28-3.
6. L'assistenza non medica è fatturata con le cifre del capitolo TARMED 35.03.
7. L'assistenza medica è parte integrante delle posizioni tariffarie di TARMED e quindi già indennizzata. L'assistenza medica per prestazioni medico-dentistiche della tariffa SSO è indennizzata sulla base della cifra 4980 (LA/AM/AI: 4.9800) oppure 4981 (LA/AM/AI: 4.9810) della tariffa SSO.
8. L'indennizzo per l'utilizzazione della sala operatoria avviene secondo la cifra 4983 (LA/AM/AI: 4.9830) della tariffa SSO. Può inoltre essere aggiunta la prestazione tecnica di base sala operatoria della tariffa TARMED (capitolo 35.01). Qui si dovrà però tenere conto dell'interpretazione dei capitoli IC-35.01-1 Interventi multipli.
9. La fatturazione di materiale di consumo in relazione a posizioni tariffarie SSO avviene secondo la cifra 4983 (LA/AM/AI: 4.9830) della tariffa SSO. Per la fatturazione di materiale di consumo in relazione a cifre tariffarie TARMED valgono le disposizioni di IG-20 della tariffa TARMED. Il materiale di consumo che risulta indennizzato sulla base di questa posizione della tariffa non può essere fatturato di nuovo singolarmente secondo IG-20 di TARMED.

Annesso

A) Spiegazioni sulla possibilità di fatturare la classe di rischio anestesilogico III per gli interventi di chirurgia dentaria e di chirurgia mascellare che sono conteggiate sulla base della tariffa SSO.

Nei seguenti casi è possibile fatturare la classe di rischio anestesilogico III per l'intero tempo taglio-sutura (conf. al protocollo d'anestesia) (selettivo):

- se viene fornita una prestazione del capitolo V o VI che è contrassegnata con la classe di rischio anestesilogico III (vedi parte B)
- per i bambini di età inferiore ai 2 anni
- se dal protocollo dell'anestesia risulta che il paziente non era collaborante sulla base delle sue condizioni mentali, psichiche o fisiche
- se dal protocollo dell'anestesia risulta che si tratta di un paziente della classe ASA 3 o superiore.

In tutti i casi non contemplati in alto può essere fatturata la classe di rischio anestesilogico II.

Le classi di rischio d'anestesia I e IV non sono fatturate.

B) Classe di rischio anestesilogico della tariffa SSO, capitolo V e IV

Capitolo V: Chirurgia dentaria, chirurgia orale

Capitolo VI: Chirurgia mascellare

Pos. n tariffa SSO KVG	Pos. n tariffa SSO LA/AM/AI	CR anestesilogico	Pos. n tariffa SSO KVG	Pos. n tariffa SSO LA/AM/AI	CR anestesilogico
4200 - 4211	4.2000 - 4.2130	III	4300 - 4325	4.3000 - 4.3250	III
4212	4.2120	II	4326 - 4328	4.3260 - 4.3280	Nessuna CR
4213 - 4224	4.2130 - 4.2240	III	4330 - 4334	4.3300 - 4.3340	II
4225 - 4226	4.2250 - 4.2260	II	4335 - 4337	4.3350 - 4.3370	III
4227 - 4248	4.2270 - 4.2480	III	4340 - 4342	4.3400 - 4.3420	II
4250	4.2500	Nessuna CR	4344 - 4355	4.3440 - 4.3550	III
4251 - 4269	4.2510 - 4.2690	III	4356	4.3560	Nessuna CR
4270 - 4271	4.2700 - 4.2710	II	4357 - 4361	4.3570 - 4.3610	III
4272 - 4282	4.2720 - 4.2820	III	4363 - 4365	4.3630 - 4.3650	II
4283 - 4284	4.2830 - 4.2840	II	4366	4.3660	III
4285 - 4286	4.2850 - 4.2860	III	4367 - 4368	4.3670 - 4.3680	II
4287	4.2870	II	4370 - 4394	4.3700 - 4.3940	III
4288	4.2880	III			
4290	4.2900	II			
4291 - 4295	4.2910 - 4.2950	III			
4296 - 4299	4.2970, 4.2980, 4.2290	III			

Numero 05058	Riempimento pompa morfina
Valido dal	04.01.2006
Campo di validità	00.0010, 00.0730
Decisione	Per il riempimento della pompa per la morfina non esiste una posizione specifica. Esso deve essere fatturato con le posizione della tariffa del capitolo 00 (consultazione di base, punzione/iniezione).

Numero 06013	Posizione tariffale dell'anestesia (BP-52) durante la medesima seduta dell'intervento
Valido dal	24.05.2006
Campo di validità	BP-52 28.0010, 28.0030 - 28.0180
Decisione	Le posizioni tariffarie del BP-52 possono essere conteggiate nella medesima seduta dell'intervento. Devono essere fatturate con il numero EAN dell'anestesista.

Numero 06026-B

Piani d'irradiazione

Valido dal

14.12.2006 (corretta per la versione 1.06 dello 01.03.2009)

Campo di validità

32.0240, 32.0260

Decisione

Un boost di elettroni rappresenta di regola una nuova fase d'irradiazione (di regola solo gli ultimi giorni di un trattamento della durata di diverse settimane) e deve pertanto essere pianificato separatamente. Infatti non si tratta di un volume d'irradiazione uguale, ma di uno ridefinito su base clinica o radiologica. Esso si basa per esempio sulla grandezza del tumore residuo. È anche possibile che si inizia contemporaneamente l'irradiazione di diversi volumi, p. es. un'irradiazione pianificata 3-D di un voluminoso tumore del bacino e l'irradiazione di una metastasi costale con un campo d'elettroni pianificata senza computer. Anche in questo caso si giustifica la fatturazione di ambedue le posizioni. Nei casi descritti non si tratta di una cumulazione delle due posizioni.

Per questa ragione c'è il divieto di cumulazione di piani d'irradiazione per lo stesso volume nella medesima fase d'irradiazione. Nel caso in cui un campo d'elettroni è parte di un piano di fotoni, esso può essere calcolato allo stesso momento al computer con quest'ultimo piano.

Questa decisione CPI rimpiazza la decisione CPI 06026.

Numero 06028	02.0260, Prestazione in assenza del paziente fornita dallo psicologo o psicoterapeuta delegato, ogni 5 min.
Valido dal	14.12.2006
Campo di validità	02.0260
Decisione	Le relazioni conformemente all'art. 3 OPre devono essere fatturate con le pos. 00.2285 (certificato medico, senza formulario, da 11 a 35 righe di testo) e pos. 00.2295 (+ certificato medico, senza formulario, per ogni 35 righe supplementari).

Decisione Lo studio degli atti e l'amministrazione/preparazione per l'intervento (annuncio di narcosi, valutazione del modulo di preparazione alla narcosi, prescrizioni diagnostiche e radiologiche, accertamenti specifici per pazienti a rischio o in condizioni difficili, ecc.) sono parte integrante delle prestazioni anestesilogiche e sono comprese nell'assistenza perioperatoria. Il medico specialista in anestesia non può fatturare la posizione tariffale 00.0140 «Prestazione medica in assenza del paziente (incluso lo studio degli atti)» in aggiunta a queste prestazioni.

Numero 07031	Osteodensitometria, mediante assorbimetria assiale DEXA nell'ambito di un consulto
Valido dal	07.09.2007
Campo di validità	00.2110, 39.1950
Decisione	Nell'ambito di una consulenza collegiale può anche essere eseguita un'osteodensitometria, mediante assorbimetria assiale DEXA.

Numero 07036

Operatore e anestesista la stessa persona

Valido dal

17.12.2007

Campo di validità

28.01

Decisione

IC-28-1 "Le prestazioni medicospecialistiche degli anestesisti per una anestesia fanno parte di un blocco di prestazioni e perciò non possono essere cumulate che tra di loro nel corso della stessa seduta dallo stesso medico specialista e altrimenti con nessun'altra posizione del tariffario. Fanno eccezione le posizioni tariffali di supplementi per l'urgenza, capitolo 00.08."

Ciò significa anche che le prestazioni dell'operatore e quelle dell'anestesista connesse allo stesso intervento non possono essere fornite da un'unica e stessa persona.

Numero 07039

Consultazione in occasione di esami ad immagini

Valido dal

07.01.2008

Campo di validità

00.0010, 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016

Decisione

Gli specialisti con valore intrinseco qualitativo radiologia / diagnostica radiologica non possono abbinare per la medesima seduta la consultazione di base di radiologia (39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016) con la consultazione delle prestazioni generali (00.0010 segg.) (vedi IC-39-9)

L'indennizzo per le prestazioni mediche generali fornite al paziente da parte dello specialista in radiologia medica / diagnostica radiologica in occasione di esami ad immagini e l'indennizzo del forfait per amministrazione si basa sulle posizioni 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016.

Se il paziente chiede al radiologo informazioni sul reperto risp. sulla diagnosi sulla base dell'esame ad immagini, ciò non può essere fatturato con l'aggiunta di una consultazione (00.0010 segg.).

Altri specialisti non possono fatturare le posizioni 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016.

Questa decisione CPI rimpiazza le decisioni CPI 03030 e 03034.

Numero 08014

Consulenza specialistica

Valido dal

11.06.2008

Campo di validità

00.2110

Decisione

In caso di analisi o discussione interdisciplinare di casi di pazienti ambulantanti nel quadro di un Tumor board oncologico interno all'ospedale, le prestazioni fornite dal medico ospedaliero curante non possono essere fatturate come consulto, a meno che non sia stato un medico esterno all'ospedale a richiedere esplicitamente un consulto. Se l'analisi o la discussione del caso si svolgono in assenza del paziente, il medico ospedaliero curante e altri eventuali medici specialisti dell'ospedale possono fatturare per le loro prestazioni la posizione 00.0140 «Prestazione medica in assenza del paziente».

Il resto del personale medico presente al Tumor board (ad esempio i medici assistenti) non possono fatturare prestazioni in base al TARMED. Nel caso in cui si faccia ricorso a un medico specialista esterno non stipendiato dall'ospedale per l'analisi o la discussione interdisciplinare del caso, questi può fatturare il consulto e inviare la relativa fattura direttamente all'assicuratore.

Per quanto concerne la fatturazione delle analisi o delle discussioni oncologiche interdisciplinari di casi di pazienti degenti, la CPI non può esprimersi in quanto la regolamentazione TARMED non è applicabile. In casi di questo tipo valgono, infatti, altri tipi di accordi e regolamenti.

Numero 08015

Interpretazioni tariffarie 04.03.01 e 04.03.04

Valido dal

03.07.2008

Campo di validità

04.03.01, 04.03.04

Decisione

In base al principio in vigore, l'estensione del lembo da fatturare è legata all'attività remunerata tramite la/le relativa/e posizione/i tariffaria/e.

L'indicazione della superficie in cm² che figura nel sottocapitolo 04.03.04 «Preparazione di un lembo» si riferisce all'estensione del lembo prelevato necessaria a coprire la lesione.

L'indicazione della superficie in cm² che figura nel sottocapitolo 04.03.01 «Pelle, parti molli: chiusura di ferita mediante tecnica di plastica» si riferisce all'estensione del lembo prelevato necessaria a coprire la lesione mediante tecnica di plastica.

Numero 08017-B	prestazioni in assenza del paziente (incluso studio degli atti)
Valido dal	10.07.2009
Campo di validità	00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260, 02.0360
Decisione	È considerato studio degli atti l'esame di documentazione di terzi concernente il paziente (lettura e valutazione dettagliata di documentazione di terzi ossia senza la lettura di cartelle cliniche redatte dal medico stesso) incluso lo studio della letteratura ivi citata. Sono riservate eccezioni motivate per l'aggiornamento di notevole importanza della propria documentazione. Ciò deve essere documentato e, a richiesta, messo a disposizione di colui che sopporta i costi. Non è ammessa la fatturazione automatica delle prestazioni in assenza del paziente per lo studio della propria documentazione. Questa decisione CPI rimpiazza le decisioni CPI 04043, 07012 e 08017.

Numero 08048

Relazione medica formalizzata

Valido dal

09.09.2008

Campo di validità

00.0010, 00.0140, 00.2285

Decisione

Art. 6, paragrafo 4, OPre
4 Se l'ergoterapia dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo una cura equivalente a 36 sedute, il medico curante deve informarne il medico di fiducia e trasmettergli una proposta debitamente motivata.

Una tale prescrizione può essere fatturata come consultazione o come prestazione in assenza del paziente. Se l'assicuratore richiede una relazione completa, si può fatturarla con la posizione tariffaria 00.2285 segg.

Numero 08069-B	Fatturazione di procedimenti di formazione d'immagini effettuati nel corso di un'operazione o di un intervento
Valido dal	31.08.2009
Campo di validità	IC-39-11
Decisione	<i>La decisione 08069_B rimpiazza la decisione 08069/l'unità funzionale "SET terapia del dolore" è cancellata.</i> L'interpretazione IC-39-11 precisa che tutti i procedimenti di formazione d'immagini da parte di operatore o di assistenti (ad es.: sonografia, radiografia convenzionale, radioscopia, ecc.) effettuati nel corso di un'operazione o di un intervento sono sempre parte della prestazione in senso stretto. Fanno eccezione le prestazioni che prevedono espressamente nel titolo della prestazione principale, della prestazione supplementare o nelle rispettive interpretazioni una fatturazione separata per i procedimenti di formazione d'immagini. La prima parte di tale interpretazione va precisata come segue: La disposizione secondo la quale tutti i procedimenti di formazione d'immagini effettuati nel corso di un'operazione o di un intervento sono sempre parte della prestazione in senso stretto, vale esclusivamente per le operazioni/gli interventi tariffati nelle seguenti unità funzionali: - SET con dotazione di amplificatore di brillantezza/video - Sala gessi - Sala operatoria I - Sala operatoria II - Sala operatoria III - Laboratorio di elettrofisiologia / cateterismo cardiaco - Ecocardiografia - Sala endoscopica urologica - Diagnostica funzionale urologica - Litotrissia extracorporea (ESWL) - Sala di endoscopia pneumologica - Endoscopia gastroenterologica, grande - Endoscopia gastroenterologica, ospedale - Biopsia ecoguidata vacuum-assisted - Biopsia mammaria vacuum-assisted nella sala di mammografia - Biopsia mammaria minimamente invasiva sul tavolo di stereotassia - Brachiterapia - Radiosurgery - Radiochirurgia/Radioterapia - Irradiazione total-body - Pianificazione dell'irradiazione per radiochirurgia/radioterapia

Si tratta infatti di unità funzionali nelle quali la formazione d'immagini è già inclusa.

Ciò significa quindi che un intervento effettuato in un'unità funzionale diversa da quelle indicate (ad es. SET medico di base) – purché giustificato dal punto di vista medico – può essere cumulato con prestazioni di formazione di immagini del capitolo 39.

I tre casi pratici seguenti illustrano le fattispecie in questione:

Caso pratico 1: Diagnosi e intervento terapeutico alla spalla sotto controllo ecografico

Il paziente A consulta il medico a causa di un dolore alla spalla. Questi gli fa due radiografie all'articolazione della spalla che evidenziano una calcificazione in sede bursale (bursitis calcarea). Il medico comunica la diagnosi al paziente e gli propone un'infiltrazione a base di cortisone da effettuarsi sotto controllo ecografico direttamente nella borsa sierosa della spalla interessata. Dopo aver disinfettato la pelle, posiziona la sonda dell'apparecchio ecografico sulla spalla per assicurarsi di inserire la punta dell'ago esattamente nella borsa sierosa e poter quindi iniettare il medicamento in modo mirato. Sono state quindi effettuate due radiografie seguite da un'infiltrazione alla spalla sotto controllo ecografico.

Fatturazione (una seduta):
00.0010 segg. Consultazione
39.0220 Radiografia articolazione della spalla/scapola/acromio-claveare, prima posa
39.0225 + Radiografia articolazione della spalla/scapola/acromio-claveare, pose successive
39.2000 Prestazione tecnica di base 0, sala raggi I, paziente ambulante
39.3710 Intervento terapeutico sotto controllo ecografico
39.3800 Prestazione tecnica di base 0, ecografia grande, paziente ambulante
39.0020 Tassa di base per la radiologia e la diagnostica ecografica dal medico nell'ambulatorio del medico e dal non-radiologo nell'ospedale (FAI)

Motivazione: le immagini e l'intervento hanno luogo parallelamente nell'unità funzionale prevista per l'ecografia grande.

Caso pratico 2: Diagnosi e punzione al ginocchio

Il paziente B consulta il medico a causa di un dolore al ginocchio. Le radiografie non rilevano alcuna patologia. I dolori potrebbero quindi essere provocati da un'artrosi allo stadio iniziale, da una lesione al menisco, da alterazioni degenerative o da reumatismi. Per poter fare una diagnosi il

medico procede a un esame ecografico del ginocchio che evidenzia un versamento all'interno dell'articolazione. A seguire, pratica una puntione per drenare il versamento (senza controllo ecografico simultaneo).

Fatturazione (una seduta):
00.0010 segg. Consultazione
39.0310 Radiografia del ginocchio, prima posa
39.0315 + Radiografia del ginocchio, pose successive
39.2000 Prestazione tecnica di base 0, sala raggi I, paziente ambulante
39.3402 Esame ecografico dell'articolazione del ginocchio, per lato
39.3800 Prestazione tecnica di base 0, ecografia grande, paziente ambulante
24.0130 Puntura articolare (incluso cisti sinoviali, cisti articolari), spalla, gomito, ginocchio, articolazione tibio-tarsica
39.0020 Tassa di base per la radiologia e la diagnostica ecografica dal medico nell'ambulatorio del medico e dal non-radiologo nell'ospedale (FAI)

Motivazione: Secondo la tariffa, l'intervento (puntura articolare) viene effettuato nell'unità funzionale SET medico di base. Si tratta di un'unità senza equipaggiamento per la formazione d'immagini. Per questo motivo, l'esame ecografico effettuato in precedenza può essere fatturato separatamente.

Caso pratico 3: Puntura semplice

Il paziente B (vedi caso 2) ritorna dopo una settimana per un controllo che evidenzia la necessità di una seconda puntura (versamento recidivo). In virtù della diagnosi della settimana precedente, non servono ulteriori esami radiologici o ecografici ma si procede direttamente a una nuova puntura articolare.

Fatturazione (una seduta):
00.0010 segg. Consultazione
24.0130 Puntura articolare (incluso cisti sinoviali, cisti articolari), spalla, gomito, ginocchio, articolazione tibio-tarsica

Motivazione: Nell'unità funzionale SET medico di base viene effettuata solamente una seconda puntura articolare. Non vi è necessità di un nuovo esame ecografico.

Numero 09012	Fatturazione dell'anestesia dall'operatore e/o il medico anestesista
Valido dal	16.12.2009
Campo di validità	28.0010-28.0160, 00.1260
Decisione	Si distinguono i seguenti 3 casi: 1. L'operatore applica l'anestesia regionale, il medico anestesista non era presente: in questo caso l'operatore fattura la posizione 00.1260, l'operatore non può fatturare separatamente le posizioni del capitolo 28. 2. L'operatore applica l'anestesia regionale, era inoltre presente anche un medico anestesista (standby): in questo caso l'operatore fattura la posizione 00.1260 e il medico anestesista può fatturare separatamente le posizioni MAC (28.0010/28.0070/28.0120), tuttavia non la classe di rischio I. 3. Il medico anestesista applica l'anestesia regionale: in questo caso il medico anestesista può fatturare la classe di rischio come indicato per il corrispettivo intervento effettuato (nel caso presente per la prestazione 05-2410 la classe di rischio I). La posizione 00.1260 non può essere fatturata, essendo questa posizione riservata unicamente all'operatore, il quale non ha applicato l'anestesia regionale.

Numero 09015	Permesso di fatturare l'unità di esercizio di istituto radiologico
Valido dal	27.11.2009
Campo di validità	39.0010, 39.0011, 39.0015,39.0016
Decisione	Le posizioni Consultazione di base/unità di esercizio di istituto radiologico possono essere fatturate, da parte di un ospedale o di un istituto radiologico al di fuori di un ospedale, esclusivamente se in combinazione con prestazioni di formazione d'immagini effettuate nelle seguenti unità funzionali: - Sala raggi I - Sala raggi III - Ultrasuono grande - Mammografia - Tomografia computerizzata (TAC) - Risonanza magnetica (IMR) - Angiografia/radiologia non interventistico-cardiologica L'unità di esercizio non può essere fatturata con le prestazioni delle seguenti unità funzionali: - Endoscopia gastroenterologica, ospedale - Centro di cure perinatali - Ultrasuono ginecologico/ostetrico - Biopsia ecoguidata vacuum-assisted - Biopsia mammaria vacuum-assisted nella sala di mammografia - Biopsia mammaria minimalmente invasiva sul tavolo di stereotassia - Osteodensitometria radiologica - Interventi sotto controllo angiografico - Interventi effettuati sotto sorveglianza TAC - Interventi effettuati sotto sorveglianza RMN

Numero 10002	Precisazione dell'interpretazione della posizione tariffale 35.0210
Valido dal	11.03.2010
Campo di validità	35.0210ss
Decisione	Le posizioni tariffali 35.0210ss valgono, nei limiti dell'interpretazione ammessa, anche per l'uso ambulatoriale di sale risveglio e di unità di cure intensive.

Numero 12009

Completamento dell'IG-36

Valido dal

01.10.2012

Campo di validità

IG-36

Decisione

IG-36: Prestazione obbligatoria ai sensi della assicurazione malattia di base LAMal, Lainf, AI, AMF.

I presupposti per l'assunzione dei costi sono:

- l'adempimento ai criteri indicati dalla legge federale per l'assicurazione malattia LAMal, in particolare gli articoli dal 24 al 34 sulle prestazioni e gli articoli dal 56 al 59 sull'economicità e la qualità, rispettivamente le disposizioni normative del Consiglio Federale e del Dipartimento federale degli interni(OAMal e OPre), che si basano sugli articoli di legge. La decisione dell'obbligo d'indennizzo viene effettuata per ogni singolo caso.

- rispetto delle disposizioni art. 48 e 54 Lainf, art. 26^{bis} LAI, art. 25 LAM.

Le prestazioni che in nessun caso rientrano nel gruppo delle prestazioni obbligatorie ai sensi dell'assicurazione malattia di base devono essere specificate con l'osservazione 'prestazione non obbligatoria'.

Se la LAMal, l'OAMal oppure la OPre prevedono una regolamentazione particolare dell'obbligo d'indennizzo, vi si rinvia nelle corrispondenti posizioni tariffarie con le quattro seguenti osservazioni:

OPre: Prestazione non obbligatoria

OPre: Prestazione obbligatoria

OPre: Prestazione obbligatoria a determinate condizioni

LAMal: nessuna prestazione obbligatoria oppure prestazione obbligatoria limitata

Le posizioni TARMED che possono essere fatturate unicamente all'AINF, AM oppure all'AI sono contrassegnate con 'Solo prestazioni dell'assicurazione, infortunio, invalidità o militare'.

Se esiste una contraddizione fra la legge e la versione tariffale TARMED in vigore la legge viene prima.

Numero 12015

Fitoterapia medica

Valido dal

01.10.2012

Campo di validità

00.1870, 00.1880 – 00.1900

Decisione

1. La consultazione di fitoterapia è fatturabile con le posizioni tariffali delle consultazioni di base (00.0010ff) all'unità di costo. La posizione tariffale "Pro Memoria" 00.1870 deve essere menzionata sulla fattura.
2. La consultazione di fitoterapia è fatturabile con la posizione "Consultazione telefonica di medicina complementare da parte del medico specialista "(00.1880ff) all'unità di costo.
3. Medicinali a base di erbe, sostanze incluse sono fatturabili secondo l'ES e l'EMT.

Limitazione di quantità:

- Fitoterapia da parte del medico specialista, consultazione da parte del medico specialista, primi 5 min..
Massimo 180 min. per 6 mesi (inclusi ogni 5 minuti successivi e ultimi 5 min.)

Quantità: 1 volte per seduta

- Fitoterapia da parte del medico specialista, consultazione da parte del medico specialista, ogni 5 minuti successivi

Quantità: massimo 34 volte per 6 mesi

- Fitoterapia da parte del medico specialista, consultazione da parte del medico specialista, ultimi 5 min.

Quantità: 1 volte per seduta

Numero 12016

Fatturazione del questionario di test

Valido dal

01.10.2012

Campo di validità

02.0010,02.0020,02.0090,02.0110,03.0310,03.0135

Decisione

In combinazione con le posizioni tariffali TARMED :
02.0010 Diagnostica e terapia psichiatrica, terapia individuale, prima seduta, ogni 5 min.
02.0020 Diagnostica e terapia psichiatrica, terapia individuale, ogni seduta successiva, ogni 5 min.
02.0090 Esame mediante test psicologico e psichiatrico effettuato dal medico specialista in psichiatria, ogni 5 min., come singola prestazione psichiatrica
02.0110 Diagnostica e terapia non medica in psichiatria, seduta individuale, ogni 5 min.
03.0310 ss a 03.0340 Esami della crescita del bambino
03.0135 Esame dello sviluppo del bambino, e dell'adolescente e dell'adulto fino a 18 anni da parte dello specialista in pediatria, ogni 5 min.
i sets licenziati di questionario, procurati individualmente per il paziente, sono fatturabili separatamente secondo l'IG-20 a condizione che il prezzo d'acquisto (IVA compresa) per singolo pezzo superi i CHF 3.-.

Numero 12018	Prelievo del sangue autologo con stoccaggio
Valido dal	22.07.2013
Campo di validità	00.2610, 00.0010, 00.0140, 00.1370
Decisione	La posizione 00.2610 include tutte le prestazioni paramediche nell'ambito del prelievo del sangue, comprese l'assistenza e la sorveglianza. La posizione 00.1370 indennizza l'assistenza e la sorveglianza dopo una prestazione senza nesso al prelievo del sangue secondo 00.2610. Prestazioni mediche necessarie durante il prelievo del sangue possono essere fatturate a parte. In questo caso si deve rispettare l'interpretazione generale IG-1 "principio". Per la cifra 00.0140 si deve osservare la decisione CPI I-08017-B "prestazioni in assenza del paziente (incluso studio degli atti)".

Numero 13001	Adattamento dell'IC-02.03-1 (Psicoterapia delegata effettuata nello studio medico)
Valido dal	01.04.2013
Campo di validità	02.0210-02.0260
Decisione	Cambiamento delle condizioni di fatturazione della psicoterapia delegata: "La psicoterapia delegata è limitata a massimo 100 ore settimanali per medico. Il medico delegante deve ottemperare all'obbligo di sorveglianza."

Numero 13004

IC-39.03-2 Esame comparativo

Valido dal

01.05.2013

Campo di validità

39

Decisione

Seguenti casi non valgono più come esami comparativi:

- malattie sistemiche
- nel caso in cui si sospettasse una seconda lesione
- ragioni giuristiche, legali
- pazienti più giovani che 16 anni
- anca del neonato secondo Graf (39.3408)

In questi casi un esame supplementare con la posizione tariffale corrispondente è fatturabile di nuovo. In questo caso valgono le condizioni dell'IC-39-3 Radiografia appaiata delle estremità.

Numero 13006 **Fatturazione simultanea delle posizioni TARMED 18.1550
"singola prestazione" et 18.1570**

Valido dal 22.7.2013

Campo di validità 18.1550, 18.1570

Decisione L'interpretazione generale IG-7 "singola prestazione" vale per tutte le prestazioni definite come "singola prestazione".
La CPI è consapevole che per certi casi isolati la fatturazione appropriata delle prestazioni fornite con delle posizioni tariffali "singola prestazione" può essere più complicata. Per questi casi la CPI consiglia di prendere contatto con l'assicuratore.

Numero 14001	Supplemento al valore intrinseco della posizione tariffaria 00.1325
Valido dal	15.02.2014
Campo di validità	00.1325
Decisione	Fornitore di prestazioni con la FA endocrinologia-diabetologia pediatrica possono fatturare la posizione 00.1325.

Numero 15005 Regole di arrotondamento

Valido dal 01.10.2015

Campo di validità Intera tariffa

Decisione

1. I montanti delle singole posizioni della fattura vengono arrotondati a CHF 0.01. Nel TARMED questa regola vale per ogni posizione a livello PM (prestazione medica) e a livello PT (prestazione tecnica).
2. L'importo totale della fattura sarà arrotondato ai CHF 0.05 più vicini secondo le regole di arrotondamento commerciale

(Fonte: Regole di arrotondamento del Forum
Datenaustausch, manuale di riferimento per fatture del
medico, Release 4.0, MDInvoiceRequest_400.xsd)

Numero 16007	Gestione del dossier paziente
Valido dal	29.09.2016
Campo di validità	02.0010 – 02.0060
Decisione	Conformemente all'interpretazione generale IG-14, la documentazione ed il rapporto sono parte integrante della prestazione e sono con essa remunerati. Fa parte della consultazione medica il tempo che precede o che segue la consultazione stessa, necessario a consultare gli atti e/o a farne annotazioni. Il tempo necessario a tale scopo può essere fatturato con le posizioni corrispondenti (02.0010-02.0060) e può pertanto prolungare il tempo remunerabile.

Numero 17001¹	Definizione singolo pezzo in IG-20 materiale d'uso e impianti
Valido dal	09.03.2017
Campo di validità	GI-20 Materiale d'uso e impianti
Decisione	L'IG-20 si riferisce esclusivamente a singoli pezzi. I set confezionati, disponibili in commercio, gruppi assemblati non sono considerati pezzi singoli conformemente all'IG-20.

¹ Questa decisione è stata presa senza la partecipazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri. H+ non riconosce questa decisione del CPI.

Numero 18002

IG-8 Seduta

Valido dal

22.03.2018

Campo di validità

IG-8 Seduta

Decisione

Il "preciso lasso di tempo" menzionato nella IG-8 non è un limite temporale prefissato.

Eventuali limitazioni temporali vengono sempre specificate nella rispettiva voce tariffaria.

Numero 18010	Interpretazione 00.1370, 00.1375, 00.1376
Valido dal	08.11.2018
Campo di validità	00.1370, 00.1375, 00.1376
Decisione	Nell'interpretazione medica relativa a 00.1370, 00.1375 e 00.1376, il contenuto della prestazione non è elencato in modo esaustivo. È indicato che queste posizioni tariffarie possono essere fatturate <i>«Successivo a misure diagnostiche e/o terapeutiche; durante trasfusioni, flebotomie, infusioni etc.».</i> Le posizioni tariffarie 00.1370, 00.1375 e 00.1376 non sono applicabili alle prestazioni fornite in via preliminare, come p. es. il triage.

Numero 18011²	Consultazione di base/unità di esercizio di istituto radiologico
Valido dal	08.11.2018
Campo di validità	39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016
Decisione	Se un insieme di prestazioni prevede una seduta comprendente una prestazione principale di radiologia e altre prestazioni supplementari di formazione di immagini che sono tariffate in unità funzionali diverse, le posizioni tariffarie 39.0010, 39.0011, 39.0015 e 39.0016 possono essere fatturate una sola volta. La regola quantitativa sulle posizioni tariffarie 39.0010, 39.0011, 39.0015 e 39.0016 <i>«per unità funzionale 1 volta al giorno, tuttavia in totale max. 2 volte al giorno»</i> si riferisce all'unità funzionale della prestazione principale.

² Questa decisione è stata presa senza la partecipazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri. H+ non riconosce questa decisione del CPI.

Numero 18013	Fattore di scala medico generico
Valido dal	19.06.2019
Campo di validità	Punti tariffali interessati dal fattore di scala
Decisione	Nelle FAQ concernenti il TARMED versione del 5 luglio 2019, l'Ufficio federale della sanità pubblica specifica alla domanda 12* quando applicare il fattore di scala per il medico generico. Si applica il seguente paragrafo per i medici generici che si stanno perfezionando:

*

Unica eccezione: se il medico generico si sta perfezionando presso un medico con un titolo federale di medico specialista (p.es. medicina interna generale) e se quest'ultimo ha la piena responsabilità medica per il trattamento di un paziente, il medico responsabile fattura la prestazione fornita dal medico generico utilizzando il proprio numero GLN e il proprio valore intrinseco, ossia senza applicare il fattore di scala. In questi casi la verifica del titolo di perfezionamento avviene sempre per il numero GLN del medico responsabile. Il medico generico che si sta perfezionando è pertanto trattato esattamente come un medico assistente che non dispone ancora di un titolo di perfezionamento.

Numero 202003 **Prestazione tecnica di base in SO III attivato da 00.1420 (+) assistenza medica straordinaria supplementare**

Valido dal 01.12.2020

Campo di validità GP-62

Beschluss La voce tariffaria (+) 00.1420 « assistenza medica straordinaria supplementare, per singolo minuto » non comporta interventi multipli ai sensi di IC-35.01-1 La CI-35.01-1 si riferisce alle voci tariffarie dei servizi di intervento.