



santésuisse



curafutura

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

Direttive per la registrazione delle prestazioni ambulatoriali

Allegato C alla Convenzione tariffale

Validità: 01 gennaio 2026

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

1. Direttive fondamentali

- ¹ Il presente scritto definisce quanto segue per l'applicazione della tariffa per singola prestazione e della tariffa forfettaria per paziente:
 - le Direttive per la registrazione ambulatoriale delle prestazioni;
 - gli Strumenti per la registrazione ambulatoriale delle prestazioni.
- ² Gli esempi per l'applicazione e i chiarimenti saranno regolarmente aggiornati nel documento «Chiarimenti ed esempi in merito alla registrazione delle prestazioni ambulatoriali» e pubblicati sul sito web dell'OTMA.
- ³ La formulazione della diagnosi e la documentazione di diagnosi e/o prestazioni durante una seduta rientrano nella responsabilità del medico curante.

1.1. Strumenti per la registrazione delle prestazioni

- ¹ Alla registrazione di prestazioni si applica l'Elenco delle prestazioni per tariffe mediche ambulatoriali (di seguito EPTMA) nella versione 2026 per il TARDOC e per gli importi forfettari ambulatoriali.
- ² Le diagnosi vengono rilevate mediante ICD-10-GM o codice ticinese. L'ICD-10-GM viene impiegato nella versione valida per l'anno di fatturazione, ai sensi dell'UST. La classificazione codice ticinese non viene né pubblicata né sviluppata ulteriormente dall'OTMA.
- ³ Il Consiglio d'amministrazione dell'OTMA, all'occorrenza, può stabilire altri strumenti per la registrazione delle prestazioni.

1.2. Momento della registrazione delle prestazioni

- ¹ La registrazione delle prestazioni avviene durante o immediatamente dopo la seduta. Non è necessario attendere i risultati di esami mancanti per precisare la diagnosi (patologia, laboratorio ecc.).

2. Registrazione della diagnosi

- ¹ I fornitori di prestazioni ai sensi dell'allegato B, punto 2 registrano sempre una diagnosi mediante ICD-10-GM oppure il codice ticinese. Tutti i fornitori di prestazioni devono obbligatoriamente rispettare le seguenti direttive:
 - Per le sedute senza posizione trigger le diagnosi vengono registrate secondo ICD-10-GM oppure il codice ticinese.
 - Per le sedute con posizione trigger le diagnosi vengono registrate secondo ICD-10-GM.
 - Se per un fornitore di prestazioni per il medesimo paziente lo stesso giorno viene registrata almeno una seduta con una posizione trigger, per tutte le altre sedute del paziente durante tale giornata vengono documentate diagnosi secondo ICD-10-GM.
- ² Fanno eccezione i settori specializzati esplicitamente menzionati nella «documentazione sulla rilevazione dei dati» pubblicata sul sito web dell'OTMA. Per tali settori specializzati, indipendentemente dal punto 1 occorre sempre rilevare una (1) diagnosi secondo ICD-10-GM.

2.1. Rilevamento della diagnosi

- ¹ Viene rilevato lo stato che durante o immediatamente dopo la seduta è certo in quanto diagnosi e che costituiva il motivo principale per la seduta della o del paziente. Per motivo principale s'intende quella prestazione che durante la seduta ha richiesto il maggior dispendio di mezzi medico-sanitari (prestazioni mediche & infermieristiche, operazioni, prodotti medici ecc.). In tale contesto si applica la diagnosi più vicina al riferimento a organi o a una regione del corpo.

2.1.1. Più prestazioni o sedute

- ¹ Se durante una seduta vengono eseguite più prestazioni, viene registrata la diagnosi che genera il maggior dispendio di cure.

2.1.2. Sintomi

- ¹ Le diagnosi vengono registrate con riferimento specifico agli organi. I codici di sintomi vengono registrati soltanto se al momento della fornitura di prestazione non è disponibile una diagnosi riferita a organi (cfr. pure cpv. 2.1.3 Diagnosi di probabilità).

2.1.3. Diagnosi di probabilità

- ¹ La diagnosi di probabilità si conferma o viene precisata: la diagnosi avviene secondo lo stato attuale delle conoscenze al momento della fornitura di prestazioni.
- ² Non vi è nessuna formulazione definitiva della diagnosi o la diagnosi di probabilità viene esclusa: viene registrata la diagnosi che costituiva il motivo per la seduta della o del paziente.

2.1.4. Acuto versus cronico

- ¹ Se un paziente è affetto nel contempo dalla forma cronica e da quella acuta della medesima malattia, come ad esempio un'esacerbazione acuta di una malattia cronica, viene rilevata la diagnosi acuta della malattia.
- ² Se un codice combinato raffigura entrambe le forme, sarà quest'ultimo a essere registrato.

2.1.5. Malattie in seguito a misure medico-sanitarie

- ¹ Malattie e complicazioni in seguito a misure medico-sanitarie vengono registrate se descritte come tali dal medico curante. Deve essere registrata la diagnosi che descrive in maniera più specifica il motivo della seduta per quanto riguarda il riferimento a organi, la patologia e la regione del corpo.

2.1.6. Sindromi, neoplasmi, malattie di base

- ¹ In caso di affezioni nell'ambito di malattie di base viene data priorità alla manifestazione specifica degli organi di tale malattia (nella misura in cui quest'ultima si differenzia dalla malattia di base o specifica la medesima).

2.1.7. Ostetricia

- ¹ Per la diagnosi in caso di parti ci si orienta al tipo di parto: In caso di sedute in ostetricia senza parto, la diagnosi avviene secondo il maggiore dispendio delle cure.

3. Registrazione delle prestazioni ambulatoriali

- ¹ Occorre registrare tutte le prestazioni durante una seduta. Ciò comprende prestazioni diagnostiche, terapeutiche e delle cure. Viene sempre registrata almeno una (1) prestazione principale.
- ² Per un'attribuzione a un raggruppamento di casi (oltre alla diagnosi) occorre almeno una (1) prestazione principale. Se necessario, per la differenziazione del raggruppamento di casi, è possibile tener conto di prestazioni supplementari.
- ³ Vengono registrate esclusivamente prestazioni effettivamente eseguite:
- Viene sempre registrata almeno una (1) prestazione principale.
 - Se un trattamento previsto non viene eseguito, non vengono registrate le rispettive prestazioni.
 - Nel caso di trattamenti interrotti, viene registrata unicamente la parte di trattamento eseguita.
- ⁴ Per ogni prestazione rilevata, laddove sensato dal punto di vista del contenuto, occorre indicare la (bi-)lateralità. Vengono rilevate le seguenti indicazioni:

B = bilaterale

L = sinistra

R = destra

- ⁵ Le prestazioni vanno registrate tante volte quante sono state eseguite durante la seduta.

4. Ulteriori disposizioni

4.1. Codici per analogia e codici di riserva

- ¹ Se un codice esistente dell'EPTMA viene impiegato diversamente da quanto indicato, si tratta di una «prestazione per analogia». Prestazioni per analogia servono per fatturare delle prestazioni non ancora raffigurate nell'EPTMA attuale. Per sostituire le prestazioni per analogia, mediante una procedura di proposta, vengono richiesti codici corrispondenti nell'EPTMA. Le codifiche per analogia sono ammesse esclusivamente secondo le direttive dell'OTMA.
- ² L'EPTMA contiene codici di riserva senza descrizione medica, che durante l'anno possono essere giustificate dall'OTMA con una descrizione medico-sanitaria. Codici di riserva servono per documentare delle prestazioni non ancora raffigurate nell'EPTMA attuale.
- ³ Una panoramica dei codici per analogia e di riserva attualmente validi e passati può essere consultata sul sito web dell'OTMA ed è vincolante per la registrazione delle prestazioni.