

Modifiche verso la versione 1.48 / Release 11.03.2010:

Decisioni annullate:

- 05037.0 Esame ginecologico preventivo e esame delle mammelle.
- 08011.0 Cambio di un sistema ICD, controllo delle funzioni in conformità alle direttive
- 08044.0 15.0190, Interpretazione delle curve spirometriche
- 08049.0 Interpretazione 00.0840
- 08051.B Limitazione della quantità della Consultazione di base/unità di esercizio di istituto radiologico in ospedale e in istituto radiologico al di fuori di un ospedale

Decisioni corrette:

- 05048.0 Fatturazione doppia inammissibile del tempo impiegato effettivo e fatturazione massima del tempo impiegato con posizioni della tariffa basate sul tempo
- 06028.0 02.0260 Prestazione in assenza del paziente fornita dallo psicologo o psicoterapeuta delegato, ogni 5 min.
- 09012.0 Fatturazione dell'anestesia dall'operatore e/o il medico anestesista (in francese)

Decisione rimpiazzata:

- 08069 Fatturazione di procedimenti di formazione d'immagini effettuati nel corso di un'operazione o di un intervento con 08069_B

•

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	<p>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:</p> <p>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.</p>

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 posizioni prestazione singola.

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

Consultazione 7 min., consulenza sociale 6 min. e consulenza psicoterapeutica 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 consultazi

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

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

Valido dal 15.11.2006

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

I cambiamenti verso la decisione CPI I-05051 concernono il capitolo A, punto 2, parte 4, e il capitolo B, punto 4, parte 4: la definizione "tempo d'anestesia effettivo " è cancellata.

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 oppure 4981 della tariffa SSO.
5. L'indennizzo per l'uso della sala operatoria avviene sulla base della cifra 4983 della tariffa SSO.
6. L'indennizzo per l'utilizzazione del letto e la sorveglianza avviene sulla base delle cifre

4985 e 4986 della tariffa SSO.

7. Per la fatturazione del materiale di consumo valgono le disposizioni della tariffa SSO, cifra 4983.

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

1. Le prestazioni medico-dentistiche sono da fatturate 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 oppure 4981 della tariffa SSO.
8. L'indennizzo per l'utilizzazione della sala operatoria avviene secondo la cifra 4983 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 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 anestesiologicalo 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 anestesiologicalo 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 anestesiologicalo 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 anestesiologicalo II.

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

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

Capitolo V:

Capitolo VI:

Chirurgia dentaria, chirurgia orale

Chirurgia mascellare

Pos. n. tariffa SSO	CR anestesiologicalo	Pos. n. tariffa SSO	CR anestesiologicalo
4200 - 4211	III	4300 - 4325	III
4212	II	4326 - 4328	Nessuna CR
4213 - 4224	III	4330 - 4334	II
4225 - 4226	II	4335 - 4337	III
4227 - 4248	III	4340 - 4342	II
4250	Nessuna CR	4344 - 4355	III
4251 - 4269	III	4356	Nessuna CR
4270 - 4271	II	4357 - 4361	III
4272 - 4282	III	4363 - 4365	II
4283 - 4284	II	4366	III
4285 - 4286	III	4367 - 4368	II
4287	II	4370 - 4394	III
4288	III		
4290	II		
4291 - 4295	III		
4296 - 4299	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 06010 **Diagnostica psicologica**

Valido dal 01.04.2006

Campo di validità Nessun campo di riferimento

Decisione Le persone che attuano la neuropsicologia in modo indipendente e per proprio conto, non sono dei fornitori di prestazioni autorizzati secondo LaMal. La neuropsicologia non è tariffata nella versione attualmente valida di TARMED.
In ambito AInf/AI/AM, la neuropsicologia è regolata da convenzioni bilaterali.

Questa decisione CPI sostituisce la decisione CPI 05040.

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 base per esempio sulla grandezza del tumore residuo. È anche possibile che si inizia contemporaneamente l'irradiazioni 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).

Numero 07002 **Presa a carico perioperatoria e prestazioni supplementari**

Valido dal 19.06.2007

Campo di validità 00.0010, 00.0050, 00.0110, 00.0140, 28.0010, 28.0030, 28.0040,
28.0050, 28.0060

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 07038 **Visite a domicilio e presso lo stabilimento medico-sociale da parte dei medici del servizio sociopsichiatrico**

Valido dal 03.07.2008

Campo di validità 02.0010, 02.0020

Decisione La CPI prende atto che anche il medico specialista in psichiatria e psicoterapia nonché lo psichiatra infantile e dell'adolescenza devono, se opportuno dal punto di vista medico, visitare il paziente presso il suo domicilio e ciò a prescindere dalla criticità della situazione. Nel caso in cui a fornire questa prestazione a domicilio o presso lo stabilimento medico-sociale sia un medico dipendente di un ospedale o di un'istituzione analoga, non possono essere fatturate né le posizioni relative alle visite né l'indennità di trasferta quale prestazione supplementare.

Per le trasferte considerate opportune dal punto di vista medico, la CPI raccomanda, quale soluzione transitoria, di fatturare i primi 5 minuti di visita con la posizione 00.0060. Ciò rende possibile la fatturazione della posizione tariffaria 00.0095. Non ne può tuttavia derivare alcun diritto per una futura tariffazione.

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	<p>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.</p> <p>Non è ammessa la fatturazione automatica delle prestazioni in assenza del paziente per lo studio della propria documentazione.</p> <p>Questa decisione CPI rimpiazza le decisioni CPI 04043, 07012 e 08017.</p>

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 **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 *La decisione 08069_B rimpiazza la decisione 08069l'unità funzionale "SET terapia del dolore" è cancellata.*

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 delle 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 Puntione 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 (puntione 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: Puntione semplice

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

Fatturazione (una seduta):
00.0010 segg. Consultazione
24.0130 Puntione 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 puntione 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** 28.0030, 28.0130, 28.0080**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.