

## FAQ Tariffe CTM a partire dal 1.3.2019

- ***Domanda: Ora abbiamo due sistemi tariffari, ciascuno con processi diversi?***

Sì, in futuro lavoreremo con due diversi sistemi tariffari. Per le assicurazioni CTM (AI, AM, SUVA, assicurazioni contro gli infortuni come da allegato) e le assicurazioni malattie private abbiamo diversi contratti e diverse tariffe. Solo il valore del punto tariffale di Fr.1.10 e il modulo di prescrizione rimangono identici per entrambi i sistemi.

- ***L'attuale modulo di prescrizione ufficiale resta ancora valido?***

No, a partire dal 1.3.2019 entrerà in vigore un nuovo modulo di prescrizione unitario per tutte le assicurazioni (LAINF, LAMal), il cui utilizzo sarà vincolante. Altri moduli non saranno più accettati.

- ***Come gestisco il passaggio per quanto riguarda le fatture?***

A fine febbraio 2019, tutti i trattamenti fatturati tramite le summenzionate assicurazioni CTM dovranno essere fatturati in base alla vecchia tariffa. A partire dal 1.3.2019 l'emissione della fattura con i restanti trattamenti avverrà in base alla nuova tariffa. Le garanzie di assunzione dei costi rimangono invariate, cambierà solo l'emissione della fattura.

- ***Posso fatturare con la nuova tariffa un rapporto inviato al medico curante con la richiesta di un'ulteriore prescrizione?***

Dobbiamo distinguere tra i rapporti richiesti dall'assicuratore affinché possa verificare il suo obbligo di prestazione e i riscontri nel senso di un colloquio inviati al medico curante.

Quando un'assicurazione richiede un rapporto, questo è soggetto a compenso forfettario in base al numero di caratteri (punti 3131 o 3132). A questo scopo compiliamo il modulo di rapporto dell'ASE e lo inviamo al medico curante. La firma del medico è utile, ma non obbligatoria. Il rapporto può essere inoltrato all'assicurazione anche senza la firma del medico. Normalmente le assicurazioni richiedono i rapporti non prima di 4x9 trattamenti e in tal caso sono assolutamente giustificati.

Nei riscontri inviati al medico curante occorre distinguere tra i casi in cui un trattamento prolungato è stabilito sin dall'inizio e i casi in cui il proseguimento del trattamento viene deciso di volta in volta in base al successo della terapia. Proprio nell'ambito del settore assicurativo CTM vi sono spesso clienti per i quali la terapia non può essere conclusa dopo 9 trattamenti.

Se avete un cliente per il quale è chiaro che avrà bisogno di più di 9 trattamenti per recuperare nella sua vita quotidiana la performance occupazionale desiderata è sufficiente una telefonata oppure un'e-mail con la richiesta di una prescrizione successiva. Aggiungere un paio di frasi per spiegare all'assistente dello studio medico o al medico perché desiderate proseguire la terapia è certamente utile. In questo caso il rapporto non è indicato. Se desiderate scrivere comunque un rapporto, questo NON potrà essere fatturato alle assicurazioni.

Nei casi in cui sia particolarmente indicato un buon accordo tra gli operatori sanitari che hanno in cura il soggetto, sono importanti i colloqui di coordinamento. Gli obiettivi si raggiungono più facilmente se tutti rimangono nella stessa direzione. Ecco perché in futuro avrete la possibilità di fatturare questi colloqui con il punto 3105. A seconda del caso e della disponibilità del medico prenderete accordi diversi su come garantire questo scambio. Ciò potrà avvenire in forma di colloquio telefonico, incontro personale, e-mail o messaggio. I messaggi e le e-mail possono essere consegnati al cliente quando questi si reca alla visita medica. In questo modo potrete

fornire informazioni sul decorso e chiarire direttamente importanti dubbi. Ovviamente, nell'ambito di queste informazioni, se necessario possiamo menzionare che occorre una nuova prescrizione.

Di norma i rapporti dettagliati inviati al medico o ad altri terapisti raramente servono. Può accadere p.e. quando è imminente un ricovero in ospedale e il decorso e gli obiettivi della terapia devono essere comunicati al terapeuta che la proseguirà. Se questo scambio interprofessionale è richiesto in forma scritta, affinché la terapia possa essere proseguita in modo ottimale da tutti i soggetti curanti, anche questo lavoro potrà essere fatturato in base al punto 3105.

Se, tuttavia, i rapporti vengono scritti solo per esporre il lavoro di un terapeuta, tale rapporto non potrà essere fatturato alle assicurazioni. In questo caso il rapporto ha soprattutto finalità di marketing e non è necessario per raggiungere gli obiettivi con il cliente.

### **Possibile base di calcolo per il centro ambulatoriale modello indicato nel manuale utente**

Come modello abbiamo scelto un centro ambulatoriale con un'occupazione degli ergoterapisti pari a 3,25 unità equivalenti a tempo pieno (incluso il/la titolare del centro). Sono stati riportati i costi precisi che si sostengono per una simile attività ambulatoriale. Tali costi devono essere coperti dalle tariffe. Dai costi e dalle ore lavorative fatturabili risulta quindi una tariffa oraria di Fr.109.83.

Per consentirvi di avere dei punti di riferimento in materia di costi per il vostro centro, vi mettiamo a disposizione i seguenti parametri di base:

#### o **Parametri Introiti – Spese di un centro di ergoterapia**

Per il calcolo si applicano, nel centro modello, i seguenti valori per quanto riguarda le ore lavorative:

Ore di lavoro	8.4 ore /giorno (settimana di 42 ore)
Tempo di lavoro annuale tempo pieno	1789.20 ore / 1 unità equivalente a

Ore fatturabili con una produttività del 75% pieno	1341,90 ore con 1 unità equivalente a tempo pieno
--	---

Ciò comprende:

23 giorni festivi previsti per legge  
10 giorni di malattia o di assenza per altro motivo  
Massimo 213 giorni di lavoro annui

Il centro modello si basa su 3,25 unità equivalenti a tempo pieno.

#### Costi salariali, incl. oneri sociali

**80% degli introiti**

I costi comprendono i salari dei titolari dei centri, degli ergoterapisti impiegati e dei tirocinanti, come pure le prestazioni sociali corrispondenti, inclusi i costi di perfezionamento professionale.

Spese di locazione per il centro incl. pulizia e costi accessori introiti	9% degli
---	----------

Esempio di introiti con 1 unità equivalente a tempo pieno (Fr.147'282.-)	Fr.13'255.- /anno
--	-------------------

Esempio di introiti con 1,5 unità equivalenti a tempo pieno (Fr.220'923.-)	Fr.19'883.-/anno
--	------------------

#### Contabilità

**0.6% degli introiti**

Spese per contabile, fiduciario, rendiconto di esercizio

### Spese amministrative

**4.5% degli introiti**

p.e. collaboratori amministrativi, spese di gestione e pubblicitarie, carta per fotocopie, cartucce per stampanti, assicurazioni, costi per la fatturazione elettronica, spese telefoniche ecc.

Esempio di introiti con 1 unità equivalente a tempo pieno (Fr.147282.-)  
-/ anno

Fr.6'627.-

Esempio di introiti con 1,5 unità equivalenti a tempo pieno (Fr.220'923.-)  
Spese per materiale

Fr.9'941.- / anno

**3% degli introiti**

Materiale non fatturabile direttamente ai pazienti (giochi, paraffina, ecc.)

### Altri costi operativi

**2.7% degli introiti**

Ammortamenti contabili e interessi su strumenti d'esercizio quali mobili, apparecchi per trattamenti, PC, stampanti, software, pubblicazioni, ecc.

#### o **Cosa sono le ore non produttive e quali sono le ore produttive?**

Con ore non produttive s'intendono tutti i lavori che non possono essere fatturati direttamente alle assicurazioni. Detti lavori sono però inclusi nella nostra tariffa e vengono retribuiti tramite le ore produttive. Le ore produttive rappresentano il 75% della giornata lavorativa, ovvero 6.3 ore. Se lavorate con o per il paziente per 6.3 ore in base al sistema tariffario con le relative voci di prestazione, su una giornata lavorativa di 8.4 ore avete a disposizione 2.1 ore di periodo non produttivo. Maggiore è la produttività, maggiori sono i benefici tariffari.

Le ore non produttive (non fatturabili) comprendono:

- o richiedere, verificare garanzie di assunzione dei costi
- o contabilità
- o riunione del team
- o acquisto / gestione del materiale
  - ➔ *scelta specifica e adeguamento di ausili o stecche per un cliente, in assenza dei quali si può fatturare in base al punto 3104*
- o lavoro d'ufficio in generale, telefono, posta, mail
  - ➔ *colloqui specialistici per telefono, mail, ecc. possono essere fatturati al cliente in base al punto 3105*
  - ➔ *L'organizzazione di riunioni interprofessionali può essere fatturata in base al punto 3103*
- o Pulizia / riordino in generale
  - ➔ *disinfezione del tavolo prima o dopo un cliente, riordino del materiale utilizzato direttamente, preparazione della postazione di lavoro per il trattamento successivo possono essere fatturati al rispettivo cliente in base al punto 3101*
  
- o Personale (salario, colloqui con i collaboratori ecc.)
- o Assistenza ai tirocinanti
- o Ricerca / ricerca bibliografica
- o Marketing / comunicazione
- o Aggiornamento / perfezionamento professionale
- o Giorni di assenza retribuiti
- o Pause / tempi di attesa
  
- o **Da cosa è composta la cartella del paziente e di conseguenza cosa è necessario fornire gratuitamente alla cassa, su richiesta?**

Questa richiesta si fonda sull'art. 54a della LAINF, secondo il quale devono essere presenti tutte le informazioni affinché sia possibile eseguire una valutazione dei diritti alle prestazioni, del

conteggio e dell'economicità delle prestazioni. Dunque non è definito con chiarezza quali documenti debbano essere presenti. Gli ergoterapisti possono perciò stabilire a propria discrezione quali siano i documenti necessari. Di norma, tuttavia, si tratta di prescrizioni, rapporti di decorso, calendario e bolle di consegna/fatture relative ai materiali.

- ***Se il paziente, per propria colpa, non si presenta a un appuntamento, gli si può emettere una fattura. Cosa significa "per colpa propria"? Si intende anche una malattia improvvisa? Finora si intendevano solo gli annullamenti con scarso preavviso, entro le 24 h.***

Anche il precedente contratto tariffario prevedeva che le sedute mancate non potessero essere addebitate alle assicurazioni. Finora neppure i suddetti annullamenti con scarso preavviso, entro le 24 h, erano previsti dal contratto tariffario. La "colpa propria" non riguarda il motivo del mancato rispetto dell'appuntamento, bensì il fatto che l'appuntamento non venga annullato. Il contratto tariffario non indica un termine entro il quale è necessario annullare l'appuntamento, quindi tale termine può essere stabilito da chi eroga la prestazione. Tale termine deve essere congruo (nella maggior parte dei casi 24 h) e deve essere comunicato all'assicurato in modo chiaro.

- ***In base all'art. 3, cpv. 1, pagina 2 del contratto tariffario, l'ergoterapista deve aderire per iscritto al contratto. Eppure a pagina 4 c'è scritto che il contratto in essere si intende accettato automaticamente dall'ergoterapista. Quale delle due disposizioni è valida?***

La Commissione delle Tariffe Mediche (CTM) ha assicurato che gli ergoterapisti con contratti tariffari in corso di validità passano automaticamente al nuovo contratto.

- ***Quali posizioni tariffarie occorre utilizzare per il conteggio in base al modulo di rapporto?***

La posizione 3131 per brevi rapporti secondo tariffa, la posizione 3132 per rapporti lunghi secondo tariffa.

- ***A cosa serve un aumento del 13% della tariffa oraria media, se i costi complessivi non possono superare il 5%?***

La tariffa oraria **media** è aumentata del 13%. Abbiamo però un sistema tariffario tutto nuovo e inoltre la cadenza di 5 minuti eliminerà anche i tempi nascosti. Quindi i costi complessivi non aumenteranno del 13%. Tuttavia è molto difficile stimare l'esatto incremento dei costi complessivi. Perciò monitoreremo l'attuazione della nuova tariffa assieme alla CTM e, in caso di aumento sproporzionato dei costi complessivi o anche di problemi inaspettati, interverremo con opportuni provvedimenti.

- ***Quali conseguenze ci sono se, secondo l'ordinanza, i trattamenti oltre i primi 9 non necessitano più di una garanzia d'assunzione dei costi? La garanzia decade?***

I primi 9 trattamenti possono essere eseguiti senza garanzia d'assunzione dei costi, ciò significa che i costi vengono assunti in automatico con il rispettivo obbligo di prestazione. L'importante, però, è che noi verifichiamo con cura - all'inizio del trattamento - qual è l'assicurazione competente per il caso in questione e se ad esempio, in caso d'incidente, la Suva riconosca l'obbligo di prestazione.

- **La formazione continua obbligatoria ammonta a 16 ore all'anno. Questo numero vale per un posto a tempo pieno (quindi un impiegato a tempo parziale dovrebbe svolgere le ore necessarie pro rata rispetto alle proprie percentuali d'impiego) oppure queste ore si intendono a persona?**

Le 16 ore valgono sia per gli impiegati a tempo pieno, sia per quelli a tempo parziale, quindi sono da intendersi a persona.

- **Come arrivare o dove trovare il GLN-No.**

Il numero GLN si trova all'indirizzo [www.refdata.ch](http://www.refdata.ch). Nella prima colonna "Refdatabase" Partner /GLN inserire il nome desiderato e viene visualizzato il numero GLN

Se si lavora regolarmente con gli stessi medici, vale la pena di salvare il numero GLN di questi medici.

- **Il numero GLN del terapeuta deve essere riportato sulla fattura?**

Il terapeuta che si occupa / impiegato riceve un numero K. Il numero K del terapeuta che si occupa del trattamento e il numero ZSR del principale terapeuta occupazionale deve essere indicato sulla fattura. Ciò sarà evidente sul nuovo modulo di fatturazione uniforme della CTM. Sono elencati il nome del terapeuta curante, con No. K. e No. GLN.; e anche il nome del terapeuta leader con No. GLN. e No. ZSR.

- **Quando apparirà il nuovo modulo di fattura?**

Il nuovo modulo di fatturazione è ancora in fase di sviluppo presso CTM. La sua pubblicazione è prevista per l'inizio di marzo. Poiché la prima fattura secondo la nuova tariffa non sarà necessaria prima di metà marzo, il modulo dovrebbe arrivare in tempo. Le basi del contenuto della fattura si trovano nei regolamenti di attuazione. Il modulo ufficiale conterrà gli elementi corrispondenti.

- **Perché nel formulario prescrizioni non esiste più la rubrica «Informazioni per l'ergoterapia»?**

Nell'attuale mondo digitale è stata deliberatamente omessa. Nel vecchio formulario si doveva tagliare con le forbici la parte inferiore per l'assicurazione. Tuttavia le prescrizioni vengono trasmesse prevalentemente in forma elettronica. Inoltre abbiamo constatato che ogni medico desidera inviare informazioni diverse a seconda della specializzazione e che quindi i campi non sono sempre adeguati. Gli ergoterapisti possono decidere con libertà di scelta quale metodo utilizzare. A seconda della specializzazione e del singolo caso, ai medici vengono richieste le informazioni più disparate. La possibilità di inviare le istruzioni più importanti insieme alla prescrizione dà ai medici la libertà di inviare i documenti che ritengono necessari. La seconda pagina può essere configurata nel modo considerato più adeguato.

- **È ammessa la firma digitale nel formulario prescrizioni?**

Sì, le firme elettroniche sono considerate legalmente valide

- **Come calcolare il prezzo di vendita del materiale per stecche e del materiale per la terapia?**

Prezzo d'acquisto + 10% + IVA

Il 10% riguarda le spese postali e doganali. È consigliato non ordinare singoli pezzi, ma acquistare secondo convenienza economica, in modo che le spese sostenute siano sempre coperte. Tuttavia nel settore terapeutico, caratterizzato da prodotti in continua evoluzione, i grandi stoccaggi di merce non sono raccomandabili.

- ***Come saranno rimborsati in futuro i vari resoconti, e quali sono necessari e quali superflui?***

Occorre distinguere tra resoconti che l'assicuratore desidera ricevere per verificare i suoi obblighi di pagamento e i riscontri in forma di discussione con il medico prescrivente. Quando un'assicurazione richiede un resoconto, questo sarà rimborsato forfettariamente in base al numero di caratteri (voci 3131 o 3132). A questo scopo si deve compilare il modulo di resoconto dell'ASE (Associazione Svizzera degli Ergoterapisti) e inviarlo al medico prescrivente. La firma del medico è utile, ma non obbligatoria. Il resoconto può essere trasmesso alla compagnia di assicurazione anche senza la firma del medico. I resoconti normalmente vengono richiesti dalle compagnie di assicurazione dopo 4x9 trattamenti e sono quindi assolutamente giustificati.

Nel riscontro al medico prescrivente si deve distinguere tra i casi in cui la necessità di un trattamento prolungato è evidente sin dall'inizio e i casi in cui la prosecuzione del trattamento viene decisa di volta in volta in base al risultato della terapia. Soprattutto nell'ambito del settore assicurativo CTM ci sono spesso clienti il cui trattamento non viene portato a termine con 9 trattamenti. Nel caso in cui sia evidente che per un cliente saranno necessari più di 9 trattamenti per ristabilire il suo normale livello di prestazioni nella vita quotidiana, basterà una telefonata o una e-mail per richiedere una prescrizione per il prolungamento del trattamento. Sarà certamente utile spiegare brevemente all'assistente medico o al medico per quale motivo si intende proseguire la terapia. In questo caso non viene richiesto il resoconto. Se tuttavia si desidera redigerne uno, NON sarà possibile addebitarlo alle compagnie di assicurazione.

Laddove è particolarmente richiesto un buon accordo tra gli operatori sanitari curanti, sono importanti le riunioni di coordinamento. Gli obiettivi si possono raggiungere più facilmente con la collaborazione di tutte le parti coinvolte. Di conseguenza, in futuro, grazie alla voce 3105, sarà possibile addebitare queste riunioni. A seconda del caso e della disponibilità del medico, verranno attuati accordi diversi per garantire questo scambio. Potrà svolgersi in forma di conversazione telefonica, di incontro personale, tramite una e-mail o una nota. Note ed e-mail possono essere lasciate al cliente per la consultazione. Si possono così fornire brevemente informazioni sul decorso della terapia e chiarire direttamente i dubbi principali.

Raramente sono necessari resoconti dettagliati per il medico o gli altri terapeuti. Questo può verificarsi ad esempio nel caso in cui sia necessaria una degenza ospedaliera e il decorso e gli obiettivi della terapia devono essere comunicati al terapeuta che tratterà successivamente il cliente. Se è richiesto uno scambio interprofessionale in forma scritta in modo che il trattamento possa essere continuato in maniera ottimale da tutte le persone coinvolte, anche questa attività potrà essere imputata alla voce 3105.

I resoconti che sono stati redatti semplicemente per descrivere il lavoro del terapeuta non potranno essere addebitati alle assicurazioni. In questo caso il resoconto ha essenzialmente un fine di marketing e non è indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi del cliente

- ***Qual è la cadenza di fatturazione nell'AI?***

La cadenza di fatturazione nell'AI può essere mantenuta invariata. Dipende dalla durata del trattamento specificata nella prescrizione e si può fatturare mensilmente o trimestralmente.

- ***Come funziona la garanzia di assunzione dei costi a lungo termine?***

Con il nuovo tariffario INSAI/AI/AM la fatturazione viene sincronizzata alla validità della prescrizione. Ciò significa che in presenza di una prescrizione di 9 trattamenti si fattura al termine dei 9 trattamenti. In questo caso non sono più possibili fatture mensili o trimestrali. Se tuttavia si fattura prima dell'effettuazione dei 9 trattamenti, la parte restante della prescrizione viene annullata e sarà immediatamente necessaria una nuova prescrizione per poter proseguire i trattamenti. In presenza di una garanzia di assunzione dei costi a lungo termine, si può continuare a fatturare anche trimestralmente.

- **Chi ha l'obbligo di assicurazione contro gli infortuni?**

Oltre alle assicurazioni INSAI/AI/AM, il nuovo contratto CTM copre esclusivamente l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni per i lavoratori dipendenti e autonomi con almeno 8 ore di lavoro fatturate al mese. Le compagnie assicurative che partecipano all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sono riportate nell'elenco riportato di seguito:

<https://www.ergotherapie.ch/download.php?id=681>. Questo elenco, redatto dal Dipartimento federale dell'interno in base alla legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20 marzo 1981, è definitivo. Le compagnie di assicurazione non incluse nell'elenco non sono riconosciute come fornitrici di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

Tutti i lavoratori occupati in Svizzera sono obbligatoriamente assicurati contro gli infortuni. Si è considerati lavoratori dipendenti nel caso in cui si eserciti un'attività lucrativa non autonoma ai sensi dell'AVS.

Hanno obbligo di assicurazione contro gli infortuni anche le seguenti categorie:

- lavoratori domestici,
- apprendisti,
- tirocinanti e stagisti,
- lavoratori volontari,
- persone occupate presso laboratori d'apprendistato o laboratori protetti,
- persone che lavorano presso un datore di lavoro per chiarirsi quale sarà la direzione della loro carriera,
- persone che soddisfano le condizioni specificate nell'articolo 8 della legge sull'assicurazione contro la disoccupazione del 25 giugno 1982 (LADI) o che ricevono indennità ai sensi dell'articolo 29 LADI (disoccupati).

Bambini e pensionati AVS nonché i lavoratori autonomi e i familiari cooperanti non hanno l'obbligo di assicurazione contro gli infortuni. Per altre informazioni: <https://www.ahv-iv.ch/p/6.05.d>

**→ Tuttavia bambini e adolescenti coperti da AI sottostanno al nuovo contratto.**

Tutte le persone non incluse in questo elenco non sono coperte da assicurazione obbligatoria contro gli infortuni. Per loro deve essere quindi applicata in ogni caso il vecchio tariffario.

Per gli assicurati compensati attraverso casse estere, in caso di incidente deve essere applicato il nuovo tariffario CTM.