

Associazione Svizzera di
Ergoterapia (a cura di)

Manuale per l'ergoterapista indipendente

Versione estate 2026

Indice

1 Introduzione	4
1.1 I passaggi per un'attività indipendente sotto il profilo legale, finanziario e personale	6
1.2 Domande guida per la creazione di uno studio professionale	6
1.2.1 Offerta dello studio professionale	6
1.3 Forme giuridiche del lavoro indipendente	7
1.3.1 Forme di impresa	7
1.3.2 Forme giuridiche	7
1.3.3 Numero di identificazione delle imprese (IDI)	9
1.3.4 Sagl – sì o no?	9
1.3.5 Contratti tra partner	10
1.4 Il futuro della attività professionale indipendente	12
1.4.1. Digitalizzazione	12
1.4. 2. Unione di piccoli studi professionali	12
1.4.3. Collaborazione interprofessionale	12
1.5 Consulenza	13
2 Fondamenti del lavoro indipendente	13
2.1 Aspetti giuridici della professione	13
2.2 Procedura di riconoscimento quale fornitore/trice di prestazioni	13
2.2.1. Titolo di studio riconosciuto	14
2.2.2. Esperienza professionale	14
2.2.2.1 Condizioni per l'ammissione quale fornitore/trice di prestazioni ai sensi dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)	14
2.2.3. Richiesta dell'autorizzazione all'esercizio della professione, dell'ammissione all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), del numero RCC e dell'adesione alle convenzioni tariffali	15
2.3 Basi legali e relative ordinanze	18
2.3.1 Basi legali	18
2.3.1.1 Assicurazione malattie obbligatoria	19
2.3.1.2 Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)	19

2.3.1.3 Assicurazione per l'invalidità (AI)	22
2.3.1.4 Assicurazione contro gli infortuni	25
2.3.1.5 Assicurazione militare (LAM)	27
2.3.1.6 Legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan)	28
2.4 Convenzioni tariffali e convenzioni di garanzia della qualità	28
2.4.1 Convenzioni sulla garanzia della qualità	29
2.4.1.1 Valutazione della qualità dei risultati	29
2.4.1.2 Circolo della qualità	31
2.5 Assicurazioni per l'esercizio dello studio professionale	31
2.5.1 Per i lavoratori e le lavoratrici indipendenti o i proprietari e le proprietarie di uno studio professionale	32
2.5.1.1 Per i lavoratori e le lavoratrici indipendenti sono obbligatorie le seguenti assicurazioni:	32
2.5.1.2 Assicurazioni non obbligatorie ma raccomandate:	34
2.5. 2 Dipendenti	37
2.5.2.1 Le lavoratrici e i lavoratori dipendenti sottostanno alle seguenti assicurazioni obbligatorie:	37
3 Gestione della qualità	40
3.1 Marketing e immagine	41
4 Procedure amministrative con le assicurazioni o procedure gestionali legate allo studio professionale	42
4.1 Dall'adesione alla fatturazione	42
4.1.1 Prescrizione di ergoterapia e richiesta di garanzia di assunzione dei costi	43
4.1.2 Accertamento o anamnesi ergoterapica	46
4.1.3 Documentazione del trattamento in corso	47
4.1.3.1 Obbligo di documentazione	47
4.1.3.2 Diritto d'accesso e di consultazione	47
4.1.3.3 Dichiarazione di consenso	48
4.1.3.4 Conservazione e archiviazione dei dati	48
4.1.3.5 Trasmissione dei dati	49

4.1.3.6 Rendicontazione	49
4.1.3.7 Modello di rapporto ASE uniformato	49
4.1. 4 Fatturazione	50
4.1.5 Copia della fattura al cliente	50
4.1.5.1 IVA	52
4.1.5.2 Obbligo di traslare gli sconti	53
4.1.5.3 Fatturazione di prestazioni fornite a pazienti da studenti/esse in ergoterapia:	53
4.1.5.4 Fatturazione nel caso di mancata presentazione della/del cliente	54
4.2 Difficoltà nella collaborazione con le assicurazioni	54
4.2.1 Problemi di procedura per la richiesta di garanzia di assunzione dei costi	54
4.2.2 Commissioni paritetiche di fiducia	56
4.2.3 Problemi con la fattura, contestazione della fattura	56
4.3 Commissione paritetica di fiducia de la CTM (CPFGQ)	58
5 Acquisire uno studio professionale già esistente	59
5.1 Valutazione dello studio di ergoterapia	60
5.2 Dati delle/dei pazienti	63
5.3 Chiusura dello studio professionale	64
6 Allegati	67

1 Introduzione

Vi diamo il benvenuto nel mondo dell'imprenditoria! In qualità di ergoterapista indipendente siete imprenditori e imprenditrici a tutti gli effetti, in particolare sotto il profilo legale, economico e personale. Lo scopo del presente manuale è di assistervi nel cammino verso il successo imprenditoriale e, pertanto, l'attenzione sarà focalizzata sulle condizioni quadro che definiscono il mondo dell'imprenditoria.

La struttura del manuale è incentrata su quattro aspetti nodali:

1. Le indicazioni sui passaggi da compiere per creare uno studio di ergoterapia di successo, utili anche all'ergoterapista che ha già scelto l'attività in proprio.
2. Le basi professionali specifiche per svolgere l'attività di ergoterapista indipendente.
3. I valori di riferimento per costruire un'immagine vincente e una comunicazione professionale.

4. Le questioni legate alla gestione economica e organizzativa di uno studio di ergoterapia.

Si è cercato di evidenziare, nei punti rilevanti, gli effetti che le grandi trasformazioni nel settore sanitario hanno prodotto sulla pratica dell'ergoterapia. Considerando che tali trasformazioni sono ancora in atto, e che il presente manuale dovrà quindi essere costantemente aggiornato, si preferisce non pubblicarne una visione cartacea. Le novità, le modifiche e le integrazioni saranno via via incluse nel rispettivo manuale pratico, in modo tale da avere sempre disponibile una versione digitale aggiornata.

Tuttavia, nonostante queste premesse, nessun manuale può avanzare una pretesa di esaustività. Se non doveste trovare la risposta a una domanda in particolare, non esitate a contattarci. Saremo lieti di rispondervi personalmente.

1.1 I passaggi per un'attività indipendente sotto il profilo legale, finanziario e personale

Il passaggio fondamentale per la creazione di un'attività indipendente è innanzitutto decidere in maniera autonoma e consapevole di mettersi in proprio. Si pongono le seguenti domande:

- Voglio assumermi il rischio e la responsabilità di gestire un'impresa? Entrambi non possono essere in alcun modo scaricati sul personale dipendente, neanche solo condivisi.
- Sono in grado, dal punto di vista finanziario, di investire l'occorrenza per avviare o acquisire uno studio professionale? Come far fronte a periodi di perdite finanziarie o di mancati guadagni?
- Sono disposto/a ad affrontare le questioni commerciali, professionali e inerenti alle assicurazioni sociali?
- Sono disposto/a ad affrontare problemi di ordine organizzativo, questioni legate alla digitalizzazione, ecc.?
- Sono disposto/a a negoziare con le assicurazioni malattie in merito all'assunzione dei costi delle mie prestazioni?
- Sono consapevole che in qualità di ergoterapista indipendente, diversamente dall'ergoterapista dipendente, dovrò impiegare gran parte del mio tempo lavorativo a risolvere questioni imprenditoriali e, dunque, non potrò dedicarmi pienamente al trattamento ergoterapeutico dei clienti?

Se le risposte sono affermativo, il passaggio verso l'attività indipendente condurrà a grandi soddisfazioni, a un trattamento di alta qualità, nonché al successo economico.

1.2 Domande guida per la creazione di uno studio professionale

Un fattore critico per chi intende avviare uno studio di successo è valutare attentamente se e in che misura le preferenze personali incontrano la domanda di mercato.

1.2.1 Offerta dello studio professionale

La creazione di uno studio implica decidere con cognizione di causa quali prestazioni offrire. Seguono alcune domande al riguardo:

- Quali sono le mie qualità/i miei ambiti specifici?
- Dispongo delle formazioni complementari, continue e dei perfezionamenti richiesti?
- Quali offerte sono già presenti nel settore in cui intendo propormi?
- Qual è il raggio geografico delle offerte esistenti (analisi della posizione)?
- Esiste una domanda effettiva che consente di inserirsi con un'ulteriore offerta?

In questo caso può essere utile cercare il colloquio con gli studi dei medici di base, le cliniche, le case di cura, ecc.

- Se l'analisi della posizione è negativa, vi sono comunque altre aree geografiche da prendere in considerazione?
- È possibile rilevare uno studio già esistente?
- Posso scegliere di inserirmi in uno studio già esistente come indipendente?
- O ancora, posso partecipare alla creazione o allo sviluppo di uno studio interprofessionale?

Le risposte vi forniscono la base per mettere a punto delle **linee guida**. Oltre a delineare brevemente l'obiettivo dello studio, le linee guida offrono una sintesi dei criteri qualitativi ed etici che si intendono applicare, nonché delle modalità per gestire pazienti, clientela e dipendenti.

Il passo successivo sarà il **piano di lavoro**: Il piano di lavoro quantifica la somma degli investimenti necessari (in CHF), le ore di lavoro e la previsione dei costi fissi; include altresì un elenco dei trattamenti terapeutici previsti in base a una curva di sviluppo di tre anni. Se lo studio professionale è di una sola persona occorre calcolare il proprio compenso, se invece impiega del personale è necessario quantificare i loro stipendi, comprensivi di tutte le assicurazioni (assicurazioni sociali, assicurazioni obbligatorie contro gli infortuni, Cassa pensioni). Trovate un esempio appropriato sul sito web [Modelli ed esempi \(admin.ch\)](http://Modelli%20ed%20esempi%20(admin.ch))

1.3 Forme giuridiche del lavoro indipendente

1.3.1 Forme di impresa

Con l'espressione «forma giuridica» si definisce la struttura giuridica di una impresa. La forma giuridica determina, tra l'altro, quanto capitale sociale versare nell'azienda e come disciplinare le questioni afferenti la responsabilità. Segue una breve descrizione delle forme giuridiche maggiormente scelte dagli studi di ergoterapia. Le forme giuridiche si dividono sostanzialmente in ditte individuali, società di persone (società semplice, società in nome collettivo, società in accomandita) e società di capitali (società anonima, società a garanzia limitata).

1.3.2 Forme giuridiche

Ditta individuale (non disciplinata separatamente nel CO): il proprietario di una ditta individuale è la singola persona che in quanto tale risponde della gestione degli affari con il proprio patrimonio privato. Gli studi di ergoterapia solitamente optano per questa forma giuridica. L'iscrizione al registro di commercio è obbligatoria se l'impresa esercita attività di natura commerciale con fatturato annuo superiore a CHF 100 000.

Società semplice (non costituisce persona giuridica) (artt. 530-551 CO): nella forma della società semplice due o più persone si uniscono per uno scopo condiviso. La costituzione di una società

semplice non richiede alcuna forma speciale. Non è possibile iscriversi al registro di commercio. In termini di responsabilità, la società semplice nasconde qualche insidia: i soci sono responsabili (anche con il proprio patrimonio privato) in maniera solidale e illimitata per gli impegni dell'intera società. È possibile disciplinare le responsabilità in misura proporzionale al grado di occupazione o alla quota di fatturato separatamente, in un contratto partner.

La responsabilità per la gestione degli affari non riguarda le azioni di responsabilità legate al trattamento di ergoterapia che, invece, sono tutelate dall'assicurazione di responsabilità civile professionale e dall'assicurazione di protezione giuridica, nel quadro delle relative Condizioni generali di assicurazione. Le stesse considerazioni si applicano, per analogia, alla garanzia limitata della Sagl.

Società in nome collettivo (non costituisce persona giuridica) (artt. 552-593 OC): una società di due o più persone naturali che si uniscono senza limitazioni di responsabilità al fine di avviare congiuntamente un'impresa di natura commerciale. Se la gestione dell'impresa non è commerciale, la società in nome collettivo si costituisce soltanto con l'iscrizione al registro di commercio. I soci stipulano un contratto sociale.

Società anonima (artt. 620-763 CO): può essere costituita da una o più persone naturali o giuridiche. Il capitale sociale costitutivo minimo è pari a CHF 100 000. La distribuzione delle quote tra i soci è regolamentata dallo Statuto. La società anonima è una persona giuridica, ossia non risponde con il proprio patrimonio privato, bensì esclusivamente con il patrimonio della società. Occorre formare un consiglio di amministrazione con almeno un delegato e, una volta all'anno, indire l'Assemblea generale dei soci. La società deve essere iscritta al registro di commercio.

Sagl (artt. 772-827 CO): dal 1° gennaio 2008 può costituire e mantenere una società a garanzia limitata (Sagl) anche soltanto un socio che sia persona fisica o giuridica. All'atto costitutivo il capitale sociale deve essere di almeno CHF 20 000, da liberare interamente versandolo su conto bancario separato; anziché versarlo è possibile anche coprirlo in natura. La società a garanzia limitata è una persona giuridica, ossia per la gestione degli affari i soci non rispondono con il proprio patrimonio privato (vedi sopra). I/le proprietari/ie dell'azienda sono al contempo soci e dipendenti. La società deve soddisfare i requisiti formali (Statuto, costituzione mediante atto notarile, contabilità, convocazione dell'Assemblea generale, rapporto di gestione e revisione). La società deve essere iscritta al registro di commercio. La Sagl risponde con l'intero patrimonio aziendale.

Trovate una panoramica dettagliata delle diverse forme giuridiche su www.gruenden.ch (solo in tedesco o inglese) oppure su startup.me.ch.

Registro di commercio: il registro di commercio è una banca dati pubblica gestita dai Cantoni a livello centrale o distrettuale. Lo scopo del registro di commercio è di rendere trasparenti e pubblici i rapporti giuridici ed effettivi delle imprese, motivo per cui ne contiene i dati più importanti.

Vantaggi di una iscrizione al registro di commercio: la protezione della ragione sociale dell'impresa indica all'esterno la prassi di una gestione degli affari coerente e basata sulle disposizioni di legge – un aspetto ancora più importante nell'era della digitalizzazione e della maggiore trasparenza nella condotta degli affari.

Condizioni: è obbligatorio conservare i documenti commerciali per dieci anni (per la conservazione e l'archiviazione della documentazione sul decorso e gli atti della clientela vedere il punto [4.1.3.4.](#)) segnalare eventuali cambiamenti nei rapporti aziendali. Vigge l'obbligo contabile, vale a dire che l'apertura dell'attività implica un inventario, un bilancio di entrata (attività e passività) e, per la fine dell'anno, sia un conto economico (costi e ricavi) che un bilancio di chiusura. Inoltre, nel caso di una Sagl o SA, si è tenuti a presentare un rapporto annuale. La società registrata è soggetta a procedura di fallimento. Il CO definisce le forme giuridiche che sottostanno all'obbligo di iscriversi al registro di commercio.

1.3.3 Numero di identificazione delle imprese (IDI)

Il numero di identificazione delle imprese (IDI) è assegnato a qualsiasi impresa attiva sul territorio svizzero al fine di garantire un processo di identificazione univoco. È necessario fornire l'IDI per l'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione, per ottenere il numero RCC e per registrarsi presso la cassa di compensazione. L'UST provvede a inviarvi l'IDI per posta o, eventualmente, può essere comunicato in loco dall'ufficio competente.

Nel caso di una società semplice, l'IDI è rilasciato sia alla società che a ogni singolo socio. Sono tenuti a fornire il proprio IDI i soci che forniscono prestazioni a nome proprio, mentre per le spese comuni si utilizza l'IDI della società semplice.

Ulteriori informazioni sul sito web dell'[Ufficio federale di statistica](#), oppure direttamente al [registro IDI](#)

1.3.4 Sagl – sì o no?

La domanda più frequente in merito alla forma giuridica è la costituzione di una Sagl in alternativa alla ditta individuale, alla società semplice o alla società in nome collettivo. Scegliere la forma giuridica correttamente è molto importante perché può comportare vantaggi o svantaggi finanziari notevoli. La scelta giusta dipende dal tipo di studio che si intende avviare e dal piano finanziario personale.

La garanzia limitata di una Sagl si riferisce soltanto alla gestione degli affari e non alle azioni di responsabilità legate al trattamento di ergoterapia.

In una Sagl, il/la proprietario/a è anche un dipendente. Non si può essere al contempo indipendenti e proprietari di una Sagl.

Alla Sagl viene rilasciato un unico numero RCC a nome della società, i numeri RCC dei/delle proprietari/e dell'impresa e di eventuali ulteriori partner non saranno dunque più validi. In quanto dipendente della propria Sagl, il/la proprietario/a sottostà alle disposizioni di legge sulla Cassa pensioni, occorre cioè stabilire un determinato salario di base per i versamenti da effettuare.

La determinazione del salario dipende dalle aspettative di profitto dell'azienda, il che riduce i margini legali per la pianificazione fiscale (l'imposta sulla società è inferiore all'imposta sul reddito).

In qualità di dipendente della propria Sagl, le possibilità di una previdenza con il terzo pilastro, esente da imposte al momento del versamento, sono limitate. L'importo massimo del versamento annuo è pari a CHF 7258 (situazione 2026). A titolo comparativo: l'importo massimo annuo di un lavoratore o una lavoratrice indipendente senza Cassa pensioni è pari a CHF 36288 (situazione 2026).

Ne consegue che la costituzione di una Sagl è opportuna sia per le imprese a partire da un fatturato annuo minimo di circa CHF 500 000 sia per le persone che, disponendo già di una buona dotazione finanziaria privata in virtù della loro pianificazione familiare e finanziaria, devono piuttosto orientarsi verso una Cassa pensioni concepita a lungo termine. Per le persone con piccole e microimprese, per chi dispone già di una buona Cassa pensioni in virtù della propria situazione familiare, nonché per gli over 50, la costituzione di una Sagl generalmente risulta essere meno conveniente.

1.3.5 Contratti tra partner

Se una persona giuridica (Sagl, SA) è gestita da più partner, questi ultimi sono tenuti a disciplinare il rapporto di collaborazione in un contratto partner che tenga conto dei seguenti contenuti minimi:

- quote di azioni sottoscritte per socio
- quote di investimento nello studio associato
- ripartizione dei costi fissi (affitto, comunicazione, informatica, attrezzatura, pulizia, ecc.)
- ripartizione dei compiti comuni
- rimando al regolamento dei soci e, nel caso di dipendenti impiegati, al regolamento del personale

In allegato trovate i seguenti modelli di contratto gratuiti:

- Studio associato organizzato sotto forma di società semplice (non costituisce persona giuridica) <https://www.schweizer-vertraege.ch/Thema/Zusammenarbeit-und-Entwicklung/64-Vertrag-Praxisgemeinschaft>
- Studio associato organizzato sotto forma di Sagl

Ulteriori modelli legalmente validi sono disponibili su «Schweizer Verträge» e possono essere [scaricati](#) (solo in tedesco) a pagamento.

Ulteriori informazioni

Internet

- [Codice delle obbligazioni](#) (per es. contratto individuale di lavoro a partire dall'art. 319)
- www.gruenden.ch (solo in tedesco o inglese)
Tabella riepilogativa delle diverse forme giuridiche, descrizione delle forme giuridiche associazione, fondazione, cooperativa
- [STARTUPS.CH | Trovate la forma giuridica migliore](#)
- ZEFIX [Indice centrale delle ditte](#), gestito dall'Ufficio federale del registro di commercio (riunisce i registri di commercio cantonali/regionali)
- [Contratti modello | Modelli di contratto gratuiti | CAP](#)

Contatti

- FIDUCIARI|SUISSE Unione Svizzera dei Fiduciari, Monbijoustrasse 20, casella postale, 3001 Berna, tel. 031 380 64 30, fax 031 380 64 31, www.treuhandsuisse.ch/it
- Federazione Svizzera degli Avvocati, Marktgasse 4, casella postale 8321, 3001 Berna, tel. 031 313 06 06, fax 031 313 06 16, www.sav-fsa.ch/it/home
- Ufficio federale del registro di commercio, Bundesrain 20, 3003 Berna, tel. 058 (0)462 21 11 00 ehra@bj.admin.ch

1.4 Il futuro della attività professionale indipendente

Gli attuali sviluppi nel settore sanitario svizzero producono degli effetti incisivi anche sulla attività professionale degli ergoterapisti e delle ergoterapiste indipendenti.

1.4.1. Digitalizzazione

Tutte le compagnie assicurative sono ormai completamente digitalizzate, tant'è che il sistema analogico è utilizzato solo in casi eccezionali e per periodi circoscritti e, anche in tal caso, deve rispondere a degli standard specifici. Pertanto, si consiglia di adottare soltanto la fatturazione elettronica munendosi di apposito software. Chi non potesse o volesse farlo, ha comunque la possibilità, attraverso MediData, di avvalersi di un sistema di fatturazione.

Segue un elenco di fornitori di software per studi professionali:

www.ergotherapie.ch/berufsausuebung/selbststaendigkeit/

Per eventuali domande si prega di contattare la segreteria.

È inoltre obbligatorio essere in possesso del Global Location Number (codice GLN). La registrazione corrente può essere verificata e modificata su www.refdata.ch (solo in tedesco o francese).

1.4. 2. Unione di piccoli studi professionali

I requisiti di qualità del trattamento, nonché di allestimento e funzionamento degli studi terapeutici sono elevati; spesso si rende quindi necessario unire gli studi individuali e i singoli ergoterapisti ed ergoterapiste che esercitano la propria attività in locali privati. Gli studi associati sono maggiormente in grado di sostenere gli investimenti, di fornire la qualità richiesta e, allo stesso tempo, di svolgere un'attività redditizia. Su tale sviluppo, l'associazione professionale non può esercitare alcun controllo.

1.4.3. Collaborazione interprofessionale

La politica sanitaria di Confederazione, Cantoni e assicurazioni è tesa a sostenere la gestione dei centri sanitari e degli studi interprofessionali, uno sviluppo che interessa anche gli ergoterapisti e le ergoterapiste poiché, sempre più di frequente, i pazienti e le pazienti chiedono un'offerta di trattamento proveniente da un'unica fonte. Gli studi interprofessionali sono in grado di fornire un trattamento adeguato composto da una serie di prestazioni correlate. L'approccio è interessante anche sotto il profilo economico-aziendale dato che permette di condividere l'aumento dei costi infrastrutturali e di organizzazione digitale.

Attualmente, qualsiasi professione svolta in uno studio interprofessionale deve fatturare separatamente con numero RCC personale. Resta da vedere se e quando la fatturazione interprofessionale delle prestazioni avrà il via libera.

1.5 Consulenza

La creazione e gestione di uno studio professionale implica in taluni casi la richiesta di consulenza professionale. Seguono dei link verso appositi servizi di consulenza.

- Per una consulenza fiscale, previdenziale e finanziaria, si consiglia di rivolgersi a un ufficio fiduciario. Trovate gli indirizzi qui: <https://www.treuhandsuisse.ch/it>.
- Per una consulenza legale, si consiglia di rivolgersi a un avvocato di vostra fiducia oppure di consultare l'avvocato di fiducia dell'ASE all'indirizzo evs-ase@ergotherapie.ch.
- Per una consulenza assicurativa, si consiglia di rivolgersi a Versicherungs-Treuhand AG VCW: contatto tramite icona sulla homepage dell'ASE www.ergotherapie.ch o su <https://vcw.ch/it/>

I consulenti dell'ASE saranno lieti di fornirvi le dovute informazioni. Potete inviare un'e-mail a evs-ase@ergotherapie.ch; la vostra richiesta sarà inoltrata alla persona di competenza.

2 Fondamenti del lavoro indipendente

2.1 Aspetti giuridici della professione

La **legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)** stabilisce gli standard per il riconoscimento degli ergoterapisti e delle ergoterapiste indipendenti e delle organizzazioni di ergoterapia quali fornitori/trici di provvedimenti sanitari per l'**assicurazione malattie**. Le disposizioni di legge sono disponibili su [Attività indipendente - Ergotherapie-Verband](#)

Le stesse disposizioni di autorizzazione sono al contempo orientative ai fini dell'**ammissione quale fornitore/trice di provvedimenti sanitari per le assicurazioni contro gli infortuni, l'assicurazione per l'invalidità e l'assicurazione militare**.

Non sono soggette alle presenti disposizioni di autorizzazione **ulteriori prestazioni** fornite dagli/dalle ergoterapisti/e, ad esempio l'assistenza domestica alle persone anziane, le prestazioni pedagogico-terapeutiche, l'integrazione professionale, la consulenza e il trattamento di persone non malate o disabili ai sensi della legge e le prestazioni senza prescrizione medica. Visto che non possono essere fatturate agli assicuratori tramite le **convenzioni tariffali di ergoterapia**, le ulteriori prestazioni devono essere finanziate in altro modo.

Ovviamente gli/le ergoterapisti/e indipendenti possono in qualsiasi momento curare pazienti che pagano il trattamento di tasca propria. In tal caso, non occorre alcuna prescrizione né indicazione medica.

2.2 Procedura di riconoscimento quale fornitore/trice di prestazioni

2.2.1. Titolo di studio riconosciuto

Diploma/bachelor presso una scuola svizzera di ergoterapia (scuole universitarie

professionali, scuole specializzate superiori): tutte le formazioni in ergoterapia conseguite in Svizzera sono registrate dalla Croce Rossa Svizzera (CRS).

Diploma conseguito presso una scuola di ergoterapia estera: la Svizzera deve riconoscere l'equipollenza dei diplomi di ergoterapia esteri.

Dal 1° gennaio 2004, l'esame di equipollenza spetta alla Croce Rossa Svizzera (CRS) su mandato della Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione (SEFRI). Le formazioni conseguite all'estero sono sottoposte a una valutazione comparativa in base al ciclo di studio svizzero Bachelor of Science in Ergoterapia. Se la formazione estera non corrisponde al livello terziario – Scuole universitarie, l'ergoterapista è sollecitato ad adottare delle misure di compensazione. Trovate le relative informazioni sul sito web della [CRS](#).

2.2.2. Esperienza professionale

2.2.2.1 Condizioni per l'ammissione quale fornitore/trice di prestazioni ai sensi dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)

Art. 48 OAMal Ergoterapisti

L'ergoterapista deve adempiere le seguenti condizioni:

- a. disporre di un'autorizzazione cantonale a esercitare la professione di ergoterapista concessa conformemente all'articolo 11 LPSan o riconosciuta conformemente all'articolo 34 capoverso 1 LPSan;
- b. avere esercitato per due anni un'attività pratica:
presso un ergoterapista autorizzato ai sensi della presente ordinanza, o in un ospedale sotto la direzione di un ergoterapista che adempie le condizioni di autorizzazione stabilite nella presente ordinanza, o all'interno di un'organizzazione di ergoterapia sotto la direzione di un ergoterapista che adempie le condizioni di autorizzazione stabilite nella presente ordinanza;
- c. esercitare a titolo indipendente e per conto proprio;
- d. dimostrare che adempiono i requisiti di qualità definiti nell'articolo 58g

Art. 52 OAMal Organizzazioni di ergoterapia

Le organizzazioni di ergoterapia sono ammesse se adempiono le seguenti condizioni:

- a. essere autorizzate ai sensi della legislazione del Cantone nel quale esercitano la loro attività;
- b. avere delimitato il loro campo d'attività in relazione al luogo e all'orario degli interventi, alle prestazioni fornite e ai pazienti ai quali forniscono le prestazioni;
- c. fornire le loro prestazioni facendo ricorso a personale che adempie le condizioni dell'articolo 48 lettere a e b;

- d. disporre delle attrezzature necessarie alla fornitura delle prestazioni;
- e. dimostrare che adempiono i requisiti di qualità definiti nell'articolo 58g.

Art. 58g OAMal Requisiti di garanzia della qualità

I fornitori di prestazioni devono adempiere i seguenti requisiti di qualità:

- a. disporre del necessario personale qualificato;
- b. disporre di un adeguato sistema di gestione della qualità;
- c. disporre di un sistema interno di rapporti e d'apprendimento appropriato e aver aderito a una rete di notifica di eventi indesiderabili uniforme a livello svizzero, per quanto tale rete esista;
- d. disporre delle attrezzature che consentono di partecipare alle misurazioni nazionali della qualità.

I due anni di attività pratica corrispondono a una occupazione a tempo pieno. L'attività pratica può essere svolta anche a tempo parziale (in media almeno il 50%) con relativa proroga della durata. Le copie degli attestati professionali o dei certificati di lavoro devono essere inoltrate all'ufficio competente della direzione cantonale della sanità.

Attività svolta sotto la supervisione di un ergoterapista: la propria esperienza professionale in qualità di ergoterapista responsabile o di unico/a ergoterapista in seno a un'istituzione non è riconosciuta. Pertanto, fate sempre firmare i certificati e attestati di lavoro dai rispettivi ergoterapisti/e vostri preposti. Se non vi è alcun/alcuna ergoterapista preposto/a, non sarà possibile conteggiare il lavoro ai fini dei due anni di esperienza professionale richiesta (spesso nel caso di attività svolta presso istituzioni di cura interprofessionali, ad esempio le case per anziani o le case di cura).

2.2.3. Richiesta dell'autorizzazione all'esercizio della professione, dell'ammissione all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), del numero RCC e dell'adesione alle convenzioni tariffali

- a. Ottenere l'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione (AEP).

I Cantoni impegnano la legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan) in vigore dal 2020.

Informazioni in merito alle regole vigenti sono fornite dalle Direzioni cantonali della sanità (differenze cantonale).

Esistono dei Cantoni che richiedono e rilasciano a tutti gli/le ergoterapisti/e

- che esercitano la professione sul territorio cantonale,
- che svolgono attività come dipendenti in strutture ambulatoriali e stazionarie,
- che esercitano a titolo indipendente

un'autorizzazione all'esercizio della professione (AEP).

L'indipendente con numero RCC personale che svolge attività come ditta individuale o ha un ruolo dirigenziale presso un'organizzazione di ergoterapia, deve obbligatoriamente essere in possesso di una AEP e dell'ammissione all'AOMS (autorizzazione all'esercizio della professione sotto la propria responsabilità professionale). Anche ciò è di competenza cantonale.

Forniscono informazioni in merito i promemoria delle Direzioni cantonali della sanità.

Nel Cantone Ticino si parla del libero esercizio, non esiste una autorizzazione all'esercizio della professione (AEP).

b. Richiesta di ammissione all'assicurazione malattie presso la SANTÉSERVICES AG.

L'ergoterapista è ammesso/a quale fornitore/trice di prestazioni coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) se soddisfa i requisiti di cui all'art. 48 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal). Si prega di considerare che solo l'Ufficio cantonale competente può rilasciare **l'autorizzazione all'esercizio della professione e l'ammissione a esercitare a carico dell'AOMS**.

Se la documentazione è stata presentata correttamente, la SANTÉSERVICES AG provvede a rilasciare un **numero RCC per lo studio individuale o l'organizzazione di ergoterapia, risp. il numero C per l'ergoterapista con funzione dirigenziale/responsabile presso un'organizzazione di ergoterapia**. Il numero rimanda al Cantone in cui è prevista l'apertura dello studio o del centro di ergoterapia e serve per la gestione delle fatture a carico delle assicurazioni malattie: le ultime due cifre indicano il Cantone, ad esempio *****.02 per il Cantone di Berna, *****.26 per il Canton Giura. **SANTÉSERVICES AG vi comunica il numero RCC per iscritto**. I numeri RCC sono assegnati al Cantone nel quale si forniscono le prestazioni. Se le prestazioni sono fornite in più Cantoni occorre richiedere un numero RCC separato per ciascun Cantone. Il requisito indispensabile è disporre dell'AEP cantonale (a pagamento solo nel primo Cantone) e dell'ammissione all'AOMS (a pagamento per ogni Cantone in più).

Chi intende fatturare a carico dell'AI deve inviare copia del rilascio del numero RCC unitamente alla prima fattura. L'ergoterapista o l'organizzazione di ergoterapia riceverà in seguito un **numéro d'identification fournisseur**, il cosiddetto **numero NIF**. Per le restanti assicurazioni (l'assicurazione contro gli infortuni e l'assicurazione militare) non è richiesta una conferma di adesione alle convenzioni tariffali.

Una volta ricevuto il numero RCC da SANTÉSERVICES AG, potrete utilizzarlo per fatturare le prestazioni.

Il registro dei numeri di SANTÉSERVICES AG contiene i seguenti dati:

Numero RCC; tipo di partenariato: indicare se si tratta di un/a ergoterapista indipendente o di un'organizzazione di ergoterapia; nome dell'ergoterapista indipendente o dell'organizzazione di

ergoterapia; indirizzo, numero di telefono, indirizzo e-mail; associazione; indicare il partner contrattuale presso il quale si è effettuata l'adesione alla convenzione tariffale.

Il **Global Location Number** (codice GLN) è rilasciato dalla fondazione Refdata. La banca dati refdatabase contiene i dati principali sui partner, oltre che articoli referenziati (farmaci e dispositivi medici identificati in modo univoco con un Global Trade Item Number GTIN) del settore sanitario svizzero. www.refdata.ch (solo in tedesco o francese).

c. Adesione alle convenzioni tariffali

D'intesa con le assicurazioni, ASE e CRS hanno stipulato due convenzioni tariffali valide in tutta la Svizzera:

- La convenzione con santésuisse per le assicurazioni malattie (convenzione ASE/CRS-santésuisse); santésuisse richiede l'adesione a questa convenzione tariffale per l'ammissione all'assicurazione malattie. L'adesione alla convenzione tariffale può avvenire tramite ASE o direttamente presso santéservices (senza affiliazione all'ASE).
- La convenzione con la Commissione delle tariffe mediche (CTM) per le assicurazioni contro gli infortuni, l'assicurazione per l'invalidità e l'assicurazione militare (convenzione tariffale CTM): l'adesione alla convenzione tariffale può avvenire unicamente tramite ASE, tuttavia anche senza l'affiliazione all'ASE.

L'adesione alle convenzioni tariffali è soggetta a una tassa di CHF 200. Per aderire alle convenzioni tariffali potete rivolgervi alla segreteria dell'ASE che vi fornirà gli appositi moduli da compilare.

Ergoterapiste/i assunte/i

Se in qualità di ergoterapista indipendente intendete assumere delle colleghe o dei colleghi, è necessario che siano in possesso di un riconoscimento CRS e in alcuni Cantoni di una AEP. Se dispongono dei due anni di esperienza professionale richiesta, possono ottenere un'ammissione all'AOMS e richiedere un numero C (numero di controllo) presso la SANTÉSERVICES AG. In questo modo, tali colleghe e colleghi possono lavorare sotto la propria responsabilità professionale. Alle/ai colleghe/i che non possiedono ancora un'esperienza professionale di due anni, non viene rilasciata l'ammissione all'AOMS e di conseguenza neanche un numero C. Lavorano sotto vigilanza professionale nel vostro studio. Pertanto, gli ergoterapisti dipendenti non hanno necessariamente bisogno di un numero C del Sasis.

Sostituzione

Rispettate le regolamentazioni sulle assenze e la durata delle sostituzioni del Cantone di ubicazione.

Trattamenti ergoterapici erogati all'estero:

si distingue tra esercizio della professione e remunerazione/fatturazione:

- esercizio della professione su suolo estero: occorre innanzitutto chiarire se ciò sia possibile analogamente all'autorizzazione all'esercizio della professione in Svizzera. Sono ivi comprese le questioni afferenti la responsabilità civile (ovvero l'obbligo di un'assicurazione di responsabilità civile quale prerequisito per l'autorizzazione all'esercizio della professione in Svizzera);
- remunerazione/fatturazione: se i requisiti di cui sopra sono verificati e soddisfatti: a nostra conoscenza, l'assicurazione malattie (prestazioni della AOMS) copre all'estero solo le prestazioni di emergenza. Le persone con una assicurazione malattie stipulata in Svizzera che, pur soggiornando all'estero, intendono farsi curare da una o da un ergoterapista svizzero, devono prima chiarire la fattispecie con il proprio assicuratore malattie.

2.3 Basi legali e relative ordinanze

2.3.1 Basi legali

Il presente capitolo contiene **una raccolta di link verso testi di legge validi a livello federale di rilevanza per l'ergoterapista indipendente.**

Informazioni fondamentali in merito alla struttura politica:

il Consiglio federale elabora le **leggi** che, una volta promulgate dal Consiglio degli Stati e dal Consiglio nazionale, sono soggette a referendum. I testi di legge, formulati in modo non definitivo, stabiliscono il quadro legale.

Le **ordinanze** sono emanate dal Consiglio federale o dal Dipartimento federale dell'interno (DFI), hanno carattere legislativo e descrivono una legge nel dettaglio.

L'art. 37a dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) prevede una **Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali (CFPF)**, ossia un comitato di esperti che affianca il Consiglio federale e il Dipartimento nella legislazione relativa all'assicurazione malattie.

Disposizioni di esecuzione: l'Ufficio federale competente emana delle disposizioni di esecuzione in merito alle ordinanze:

l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) è responsabile dell'assicurazione malattie e dell'assicurazione contro gli infortuni, mentre l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) si occupa di gestire i rapporti con l'assicurazione per l'invalidità. L'UFAS emana delle cosiddette **lettere circolari**.

Per **disposizioni di esecuzione** si intendono delle direttive interne non contenute nella raccolta sistematica delle leggi federali che si rivolgono agli assicuratori malattie o alle sedi regionali AI.

Parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA):

2.3.1.1 Assicurazione malattie obbligatoria

Le prestazioni assicurative nel caso di malattia contenute nell'assicurazione malattie obbligatoria sono disciplinate a livello federale:

- legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994;
- ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) del 27 giugno 1995;
- ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni OPre) del 29 settembre 1995;

Informazioni sulla LPGA (parte generale del [diritto delle assicurazioni sociali](#))

2.3.1.2 Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

Art. 25 LAMal Prestazioni generali nel caso di malattie

1 L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi.

2 Queste prestazioni comprendono:

- a. gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate:
 1. dal medico,
 2. dal chiropratico,
 3. da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico;
- b. i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico.

Trovate ulteriori informazioni sulla LAMal [qui](#)

Il trattamento deve soddisfare i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (criteri EAE):

art. 32 LAMal Condizioni

- 1 Le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici.

- 2 L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente.

A tal proposito, si veda la scheda informativa sul EAE sul sito web dell'EVS: [RS 220 - Legge federale del 30 marzo 1911 di complemento del Codice civile svizzero \(Libro quinto: Diritto delle obbligazioni\) | Fedlex](#)

Commento al nuovo articolo 58 segg. per la garanzia della qualità:

l'art. 58 segg. è aggiornato allo scopo di rafforzare i criteri di qualità ed economicità. Attraverso questo [link](#) accedete al testo completo della modifica di legge. Le trattative per una nuova convenzione sulla qualità sono in corso e non ancora concluse (stato estate 2026).

Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)

Trovate la OAMal su: www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/3867_3867_3867/it

Ordinanza sulle prestazioni (OPre)

Trovate la OPre su: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/it

In merito alle prestazioni assicurative:

art. 6 OPre

1 L'assicurazione assume i costi delle prestazioni effettuate previa prescrizione medica dagli ergoterapisti autorizzati ai sensi dell'articolo 48 OAMal o dalle organizzazioni di ergoterapia autorizzate ai sensi dell'articolo 52a OAMal, sempreché:

- a. in caso d'affezioni somatiche procurino all'assicurato, migliorandone le funzioni corporee, l'autonomia nel compimento degli atti ordinari della vita oppure;
- b. siano effettuate nell'ambito di una cura psichiatrica;
- c. siano effettuate nell'ambito di un esame, di una valutazione, di una consulenza, di un'istruzione, di un coordinamento o di un aumento dell'aderenza terapeutica secondo un approccio multifattoriale in caso di disturbi che comportano un moderato o alto rischio di caduta in persone a partire dai 65 anni e a condizione che le misure siano eseguite secondo il documento dell'Associazione svizzera di ergoterapia dell'8 febbraio 2021 e del 5 maggio 2021¹⁵⁴ «Manuale Procedura StopCadute, procedura per l'ergoterapia» o il documento della Lega svizzera contro il reumatismo del 28 febbraio 2025⁵⁵⁵ «Piano di valutazione e consulenza a domicilio sul rischio di caduta».

2 L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di nove sedute, fermo restando che il primo trattamento deve avvenire entro otto settimane dalla prescrizione medica.

3 Per la remunerazione di ulteriori sedute è necessaria una nuova prescrizione medica.

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 in merito alla continuazione della terapia. Il medico di fiducia la esamina e propone se, in quale misura e per quale durata fino al prossimo rapporto la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.

5 Per gli assicurati che fino al compimento dei 20 anni hanno diritto a prestazioni secondo l'articolo 13 della legge federale del 19 giugno 1959⁵⁸ su l'assicurazione per l'invalidità, i costi per la continuazione di una ergoterapia già iniziata sono assunti, dopo il compimento dei 20 anni, in virtù del capoverso 4.

Trovate la convenzione tariffale con [santésuisse_qui](#)
(solo in tedesco o francese)

2.3.1.3 Assicurazione per l'invalidità (AI)

Intorno all'assicurazione per l'invalidità gravitano diverse legislazioni, ordinanze e circolari rilevanti ai fini dell'ergoterapia:

- legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI) del 19 giugno 1959 (stato 1° gennaio 2020)
- ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità (OAI) del 17 gennaio 1961 (stato 1° gennaio 2020)
- circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione dell'assicurazione invalidità (CPSI) (stato novembre 2005)
- ordinanza sulle infermità congenite (OIC) del 9 dicembre 1985
- ordinanza sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per l'invalidità (OMAI) del 29 novembre 1976 (stato 1° luglio 2018)
- ordinanza sul riconoscimento di scuole speciali nell'assicurazione federale per l'invalidità (ORSS) dell'11 settembre 1972
- circolare sui provvedimenti di integrazione di ordine professionale (stato 1° gennaio 2020)

Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI)

Trovate la LAI [qui](#)

Condizioni per l'assunzione di prestazioni di ergoterapia da parte dell'assicurazione per l'invalidità:

art. 4 LAI Invalidità

L'invalidità (art. 8 LPGa) può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio.

art. 8 LAI Regola

- 1 Gli assicurati invalidi o minacciati da un'invalidità (art. 8 LPGa) hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto:

- a. essi siano necessari e idonei per ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete; e
- b. le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute.

Il diritto ai provvedimenti d'integrazione non dipende dall'esercizio di un'attività lucrativa prima dell'insorgere dell'invalidità. Per determinare questi provvedimenti si tiene conto della durata probabile della vita professionale.

I provvedimenti d'integrazione sono:

- a. i provvedimenti sanitari;
- b. i provvedimenti di natura professionale (orientamento, prima formazione professionale, riformazione professionale, collocamento, aiuto in capitale);
- c. la consegna di mezzi ausiliari.

Art. 12 LAI Diritto in generale

- 1 Sino all'età di 20 anni compiuti, gli assicurati hanno diritto ai provvedimenti sanitari destinati non alla cura vera e propria del male ma direttamente all'integrazione nella vita professionale o a favorire lo svolgimento delle mansioni consuete e atti a migliorare in modo duraturo e sostanziale la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete o a evitare una diminuzione notevole di tale capacità.
- 2 Il Consiglio federale ha la facoltà di delimitare i provvedimenti previsti nel capoverso 1 da quelli destinati alla cura vera e propria del male. A tale scopo, esso può segnatamente precisare la natura e l'estensione dei provvedimenti a carico dell'assicurazione e disciplinare l'inizio e la durata del diritto.

Art. 13 LAI Diritto nel caso di infermità congenita

- 1 Fino al compimento dei 20 anni gli assicurati hanno diritto a provvedimenti sanitari per la cura delle infermità congenite (art. 3 cpv. 2 LPGa).
- 2 Il Consiglio federale designa le infermità per le quali sono concessi tali provvedimenti. Esso può escludere le prestazioni, se l'infermità è di poca importanza.

Art. 16 LAI Prima formazione professionale

- 1 Gli assicurati che hanno scelto una professione ma che non hanno ancora esercitato alcuna attività lucrativa e che a cagione della loro invalidità incontrano notevoli spese suppletive per la prima formazione professionale hanno diritto alla rifusione di tali spese se la formazione si confà alle loro attitudini.
- 2 Sono parificati alla prima formazione professionale:
 - d. la preparazione a un lavoro ausiliario o a un'attività in un laboratorio protetto.

Art. 17 LAI Riformazione professionale

- 1 L'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa se la sua invalidità esige una riconversione professionale e grazie ad essa la capacità al guadagno può essere presumibilmente conservata o migliorata.

Consegna di mezzi ausiliari:

art. 21 LAI Diritto

- 1 L'assicurato ha diritto ai mezzi ausiliari, compresi in un elenco allestito dal Consiglio federale, dei quali ha bisogno per esercitare un'attività lucrativa o adempiere le sue mansioni consuete, per conservare o migliorare la sua capacità al guadagno, per studiare, per imparare una professione o seguire una formazione continua oppure a scopo di assuefazione funzionale.

L'assicurazione sopprime alle spese per protesi dentarie, occhiali e sostegni plantari solo per quanto costituiscono un complemento essenziale ai provvedimenti sanitari d'integrazione.

- 2 L'assicurato, che, a causa della sua invalidità, ha bisogno di apparecchi costosi per spostarsi, stabilire contatti nel proprio ambiente o attendere alla propria persona, ha diritto, indipendentemente dalla sua capacità al guadagno, a tali mezzi ausiliari, compresi in un elenco allestito dal Consiglio federale.

Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità (OAI)

Trovate la OAI [qui](#)

Annuncio all'AI:

art. 65 OAI Modulo di richiesta e allegati

- 1 Chiunque fa valere un diritto a prestazioni dell'assicurazione deve servirsi del modulo ufficiale di richiesta.
- 2 Il modulo può essere ottenuto gratuitamente presso gli uffici designati dall'Ufficio federale.
- 3 L'assicurato deve corredare la richiesta del certificato di assicurazione e, se è il caso, di quello della moglie, degli eventuali libretti delle marche e di una carta d'identità.

L'annuncio all'AI e la domanda per una garanzia di assunzione dei costi relativa a trattamenti ergoterapici è effettuata, al momento della prima prescrizione, dal medico assieme al paziente o ai familiari (vedi art. 66 OAI). In caso di richiesta di proroga della decisione AI, l'ergoterapista può, su richiesta dell'assicuratore, predisporre un rapporto all'attenzione dell'AI.

Circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione dell'assicurazione per l'invalidità (CPSI)

Trovate la CPSI [qui](#):

I numeri che articolano i singoli paragrafi della CPSI sono detti «numeri marginali» (N.) e sono da intendersi quale strumento di orientamento.

Obbligo dell'AI di concedere prestazioni secondo i diversi tipi di provvedimenti di ergoterapia:

1014 Per gli invalidi fisici l'ergoterapia può essere un complemento necessario alla fisioterapia come anche un provvedimento sanitario d'integrazione a sé stante. Ai sensi dell'art. 12 LAI è a carico dell'AI se non destinata né di fatto né temporalmente alla cura dell'affezione in quanto tale.

1015.1 L'ergoterapia prescritta nell'ambito di provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI va concessa in base alle direttive del N. 14. L'ergoterapia prescritta nell'ambito di provvedimenti sanitari secondo l'articolo 12 LAI va concessa in base alle direttive del N. 32. Le richieste di prolungamento dell'ergoterapia vanno esaminate sulla base dei riscontri dettagliati rilevati dal medico, delle loro

conseguenze nella vita quotidiana e di un rapporto dettagliato sullo svolgimento della terapia. In particolare, occorre verificare che la terapia sia pianificata in modo coerente e che i suoi obiettivi risultino chiari.

1015.2.1 Per l'infermità congenita N. 404 OIC valgono le disposizioni summenzionate.

1015.2.2 Per le infermità congenite non menzionate in questa sede e che necessitano di ergoterapia, come ad esempio le infermità N. 177 o 181 OIC, occorre badare a che il trattamento sia eseguito in modo economico ed efficace. Le suddette indicazioni relativamente a una prima concessione e a un primo prolungamento, e loro motivazione, si applicano per analogia.

1016 Nel caso degli infermi di mente, l'ergoterapia è una parte essenziale del piano terapeutico globale e fa parte della cura vera e propria del male, ragion per cui non costituisce un provvedimento d'integrazione dell'Al.

1017 L'ergoterapia deve essere prescritta da un medico. La terapia deve essere motivata dalla presenza di disturbi rilevabili sotto il profilo neurologico o neuropsicologico, adeguatamente documentati, che influenzano l'acquisizione di capacità e abilità. Nella richiesta di concessione dell'ergoterapia vanno indicati gli obiettivi del trattamento.

Ordinanza sulle infermità congenite (OIC)

Trovate la OIC [qui](#)

2.3.1.4 Assicurazione contro gli infortuni

- Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) del 20 marzo 1981
- Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF) del 20 dicembre 1982
- Ordinanza sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione contro gli infortuni (OMAINF) del 18 ottobre 1984

Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni LAINF

Trovate la LAINF [qui](#)

Condizioni per l'assunzione delle prestazioni:

art. 45 LAINF Notifica dell'infortunio

- 1 Il lavoratore assicurato deve notificare tempestivamente al datore di lavoro o all'assicuratore l'infortunio comportante cura medica o incapacità lavorativa. (...)

art. 48 LAINF Cura adeguata

- 1 L'assicuratore può ordinare le misure necessarie alla cura adeguata dell'assicurato, tenendo equamente conto degli interessi di quest'ultimo e dei suoi congiunti.

art. 54 LAINF Economicità del trattamento

Chi pratica per l'assicurazione contro gli infortuni deve limitarsi a quanto richiede lo scopo del trattamento quando procede a una cura, prescrive e fornisce medicinali, ordina o effettua trattamenti o analisi.

Prestazioni assicurative:

art. 10 LAINF Cura medica

- 1 L'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio, segnatamente:
 - a. alla cura ambulatoriale da parte del medico, del dentista o, previa loro prescrizione, del personale paramedico e del chiropratico, nonché alla cura ambulatoriale in un ospedale;
 - e. ai mezzi e agli apparecchi occorrenti per la sua guarigione.

art. 11 LAINF Mezzi ausiliari

- 1 L'assicurato ha diritto ai mezzi ausiliari atti a compensare un pregiudizio fisico o funzionale. Il Consiglio federale ne compila l'elenco.
- 2 I mezzi ausiliari devono essere semplici ed adeguati. Sono dati in proprietà o in prestito.

Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF): trovate la OAINF [qui](#)

Condizioni per i fornitori di prestazioni

Si applicano le disposizioni di autorizzazione secondo la LAMal

Ordinanza sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione contro gli infortuni (OMAINF) [OMAINF](#)

Art. 1 OMAINF Diritto ai mezzi ausiliari

- 1 L'assicurato ha diritto ai mezzi ausiliari figuranti nell'elenco allegato, nella misura in cui essi compensano un danno fisico o la perdita di una funzione risultanti da infortunio o malattia professionale.
- 2 Il diritto si estende ai mezzi ausiliari necessari, adatti al pregiudizio della salute, di tipo semplice e adeguato, come pure agli accessori indispensabili e agli adeguamenti esatti da detto pregiudizio. Il numero e le caratteristiche dei mezzi ausiliari devono corrispondere alle esigenze della vita, sia privata sia professionale.

Art. 2 OMAINF Partecipazione alle spese

Se l'assicurazione consegna all'assicurato un mezzo ausiliario in sostituzione di un oggetto che egli avrebbe dovuto usare anche se non avesse subito il pregiudizio alla salute causa infortunio, l'assicurato può essere tenuto a partecipare alle spese.

2.3.1.5 Assicurazione militare (LAM)

- Legge federale sull'assicurazione militare (LAM) del 19 giugno 1992 (stato 1° gennaio 2018)
- Ordinanza sull'assicurazione militare (OAM) del 10 novembre 1993

Trovate la legge federale sull'assicurazione militare [qui](#)

Prestazioni:

art. 8 LAM Prestazioni

Le prestazioni dell'assicurazione militare sono:

- a. la cura medica (art. 16);
- b. l'assunzione delle spese di viaggio e di soccorso (art. 19);
- c. le indennità per cure a domicilio o cure nonché l'assegno per grandi invalidi (art. 20);
- d. la consegna di mezzi ausiliari (art. 21);
- h. le prestazioni d'integrazione (art. 33-39);
- t. le indennità per spese di formazione professionale (art. 61);
- u. la prevenzione delle affezioni (art. 62);
- v. l'esame medico e le misure mediche di prevenzione (art. 63).

art. 16 LAM Cura medica

- 1 L'assicurato ha diritto a una cura medica appropriata ed economica per migliorare il suo stato o la sua capacità al guadagno oppure per evitare un ulteriore pregiudizio.
- 2 La cura comprende segnatamente la visita e la cura medica nonché le cure che possono essere praticate ambulatorialmente oppure a domicilio o in ospedale e include le analisi, i medicinali e gli altri mezzi e apparecchi necessari per la terapia. La visita e la cura devono essere effettuate con l'ausilio di mezzi e metodi la cui efficacia sia riconosciuta.

art. 21 LAM Mezzi ausiliari

- 1 L'assicurato ha diritto ai mezzi ausiliari per:
 - a. migliorare il proprio stato di salute;
 - b. esercitare un'attività lucrativa o svolgere la propria attività abituale;
 - c. gli studi e la formazione professionale;
 - d. l'assuefazione funzionale;
 - e. spostarsi;
 - f. sviluppare la propria autonomia;
 - g. mantenere il contatto con l'ambiente.

- 2 I mezzi ausiliari, di modello semplice e adeguato, sono forniti in proprietà o in prestito oppure finanziati con contributi d'ammortamento. L'assicurato deve sopportare qualsiasi spesa supplementare. Se un mezzo ausiliare sostituisce oggetti che devono essere acquistati indipendentemente dall'affezione, l'assicurato può essere tenuto a partecipare alle spese.
- 3 Se l'assicurato, a proprie spese, acquista un mezzo ausiliare al quale ha diritto, l'assicurazione militare gli versa un contributo.
- 4 L'assicurazione militare assegna sussidi all'assicurato che ricorre a servizi di terzi al posto di un mezzo ausiliare.
- 5 Se l'affezione assicurata richiede l'adeguamento di apparecchi e di immobili per consentire lo sviluppo dell'autonomia personale o per favorire l'esercizio dell'attività professionale, l'assicurazione militare accorda contributi.
- 6 Se l'impiego, l'allenamento all'utilizzazione e le riparazioni di un mezzo ausiliare o di una installazione secondo il capoverso 5 provocano all'assicurato notevoli spese, queste sono assunte dall'assicurazione militare.

Le richieste di adesione alle convenzioni tariffarie CTM sono disponibili qui [per i privati](#) e per le [organizzazioni](#) (Sàrl, SA).

Trovate la convenzione tariffale CTM [qui](#) (solo in tedesco e francese)

2.3.1.6 Legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan)

La legge federale sulle professioni sanitarie è in vigore dal 1° febbraio 2020. Si consiglia vivamente di farne uso al fine di consultare le disposizioni di legge sull'esercizio della professione, in particolare è d'obbligo leggere gli articoli 2c, 3-5 del capitolo 1 e, in più, tutto il capitolo 5 assieme agli articoli 23-26 del capitolo 6.

Nell'ordinanza sulle competenze professionali sanitarie (OCPSan) si evidenziano invece gli articoli 4 e 9. Trovate tutti i testi corrispondenti [qui](#).

2.4 Convenzioni tariffali e convenzioni di garanzia della qualità

Dal 1° marzo 2019 sono entrate in vigore due convenzioni tariffali, due strutture tariffali e due diverse modalità di fatturazione.

- a. **santésuisse e curafutura** (ultima elaborazione dicembre 2004)
- b. **CTM: assicurazione per l'invalidità (AI), assicurazione contro gli infortuni (SUVA), assicurazione militare**
(ultimi adeguamenti: 1° marzo 2026)

Trovate le convenzioni tariffali e i relativi documenti aggiuntivi su: [Convenzioni tariffali - Ergotherapie-Verband](#)

2.4.1 Convenzioni sulla garanzia della qualità

In base alla convenzione sulla garanzia della qualità ASE/CRS-santésuisse del 2009 e ASE/CRS/CTM del 2019, ASE e CRS hanno l'incarico di sviluppare e applicare dei parametri e strumenti di misurazione adeguati, nonché di pianificare le relative misurazioni (selezione e frequenza). A tal riguardo, nei prossimi anni si attendono delle modifiche alla revisione dell'articolo 58 segg. LAMal (stato estate 2026) conformemente alle nuove negoziazioni della convenzione sulla garanzia della qualità.

2.4.1.1 Valutazione della qualità dei risultati

Dal 2011, la valutazione della qualità dei risultati nel caso di ergoterapisti indipendenti e di organizzazioni di ergoterapia è effettuata su mandato della Commissione paritetica annualmente e tramite piattaforma online. Lo strumento a disposizione, la scala di valutazione o il Goal Attainment Scaling (GAS), consente innanzitutto di misurare la qualità dei risultati.

La Commissione paritetica qualità monitora l'evoluzione dei risultati dell'intero gruppo eseguendo dei controlli a campione sulla partecipazione. Nel caso di mancata partecipazione, spetta alla Commissione decidere sulle conseguenze da adottare in termini di procedura sanzionatoria. La Commissione predispone un rapporto annuale all'attenzione dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), a sua volta pubblicato sul sito web di santéservices e dell'ASE.

L'obiettivo della valutazione è il costante monitoraggio dei criteri qualitativi (garanzia e promozione) che gli ergoterapisti e le ergoterapiste indipendenti e le organizzazioni di ergoterapia soddisfano a livello nazionale. In base al GAS, la prova qualità è data in particolare dalla qualità degli indicatori e dei risultati.

La partecipazione è obbligatoria per:

- tutti/e gli/le ergoterapisti/e che aderiscono alla convenzione tariffale ASE/CRS-santésuisse e ASE/CRS-CTM;
- tutte/i le/gli ergoterapisti/e assunte/i che svolgono una funzione dirigenziale presso un'organizzazione di ergoterapia che aderisce alla convenzione tariffale ASE/CRS-santésuisse e ASE/CRS-CTM.

I succitati ergoterapisti/e devono partecipare alla valutazione documentando **un totale di cinque casi all'anno**. In primavera riceveranno al riguardo un invito automatico unitamente ai dati di accesso alla piattaforma online.

Istruzioni, supporto:

- i partecipanti trovano le **istruzioni dettagliate corredate di esempi e informazioni generali** sulla piattaforma elettronica. Le istruzioni sono disponibili nelle tre lingue nazionali tedesco, francese e italiano.
- Un **gruppo di accompagnamento** di ASE/CRS è a disposizione delle persone partecipanti per domande afferenti la valutazione.

Che fine fanno i dati rilevati?

- L'**ufficio di misurazione** si occupa di **analizzare** i dati somministrati su mandato della Commissione paritetica qualità ASE/CRS/santésuisse. La Commissione paritetica qualità interpreta i risultati ottenuti in forma anonima e suddivisi per gruppi.
- Gli/le ergoterapisti/e possono visualizzare sulla piattaforma elettronica il feedback dei loro risultati assieme all'indicazione della posizione raggiunta rispetto agli altri.
- Nel caso di risultati non in linea con quanto stabilito, la Commissione paritetica qualità può proporre delle azioni migliorative (Convenzione sulla garanzia della qualità, art. 5a).

2.4.1.2 Circolo della qualità

Definizione di «circolo di qualità» nel lavoro di ergoterapia:

Il rispetto delle misure di garanzia della qualità sono parte integrante del mandato professionale dell'ergoterapista indipendente. Sia nei documenti sulla qualità dell'ASE che nelle convenzioni tra gli assicuratori (santésuisse e CTM) e l'associazione professionale si stabilisce l'impegno dell'ergoterapista indipendente a svolgere la propria attività secondo dei requisiti qualitativamente elevati che egli è in grado di documentare opportunamente su richiesta.

Una misura di garanzia della qualità riconosciuta dagli assicuratori è il **circolo di qualità** (circolo Q). Un circolo Q si compone dell'unione di rappresentanti professionali con background comparabili (mono o interprofessionali), ossia idealmente da 6 a 15 soggetti interessati a uno scambio (di esperienze) aperto tra simili. I componenti del circolo, esperti aventi pari diritti, lavorano su argomenti tratti dalla propria vita professionale e definiti congiuntamente. Rispetto alla selezione degli argomenti e alla modalità di procedere, il circolo Q gode di autonomia decisionale. L'argomento può riguardare un ambito puramente specialistico o essere correlato a questioni organizzative, problemi di comunicazione, ecc. Ove possibile, il lavoro del circolo Q si basa sull'evidenza di linee guida e documenti di consenso, applica valutazioni di pratica professionale strutturate, nonché strumenti per l'elaborazione sistematica degli errori. Le modifiche raggiunte sono documentate e valutate nel lavoro di gruppo.

La cerchia dei partecipanti è fissa. È richiesta la redazione di un verbale per ogni riunione svolta, in modo tale da favorire una continuità in termini di contenuto. A fine anno, l'ASE rilascia ai partecipanti dei circoli Q un attestato (presenza alle riunioni in ore). La partecipazione a un circolo Q può essere computata nell'obbligo di formazione periodica.

Il successo delle riunioni di circolo è supportato da **moderatori/trici competenti in materia**. La formazione dei moderatori e delle moderatrici avviene in stretta collaborazione con la Società Svizzera di Medicina Interna Generale (SSMIG) e il Forum interprofessionale per i circoli di qualità: SGAIM - SSMIG - SSGIM

2.5 Assicurazioni per l'esercizio dello studio professionale

Le assicurazioni sono forme di tutela contro le conseguenze economiche di eventi che mettono in pericolo l'esistenza, la vita, la salute o gli averi di una persona. Nel caso degli ergoterapisti indipendenti, ambito professionale e privato sono spesso strettamente collegati. Pertanto, si raccomanda vivamente di predisporre un'analisi del rischio individuale, oltre che di applicare un concetto a lungo termine. L'analisi del rischio consente di identificare i rischi esistenti, di adottare misure preventive per evitarli o ridurli, nonché di limitare ogni rischio residuo attraverso la stipulazione di adeguate polizze assicurative.

Il seguente capitolo offre una panoramica delle assicurazioni obbligatorie e volontarie per le persone che lavorano a titolo indipendente e il loro personale dipendente. Vista la complessità della materia, non sarà possibile entrare nel dettaglio o esaminare i casi specifici. La consulenza approfondita di uno specialista può aiutarvi a fare chiarezza. L'Associazione Svizzera di Ergoterapia ha avviato una collaborazione con la VCW Versicherungs-Treuhand AG. Consigliamo di avvalersi dei servizi di consulenza offerti da questi specialisti e di usufruire delle condizioni agevolate.

2.5.1 Per i lavoratori e le lavoratrici indipendenti o i proprietari e le proprietarie di uno studio professionale

2.5.1.1 Per i lavoratori e le lavoratrici indipendenti sono obbligatorie le seguenti assicurazioni:

- **l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS), l'assicurazione per l'invalidità (AI), l'indennità per perdita di guadagno (IPG)**, in breve l'AVS/AI/IPG: in qualità di indipendente non si è assicurati contro la disoccupazione né obbligatoriamente contro gli infortuni. Inoltre, non si è soggetti alla previdenza professionale obbligatoria.

I contributi obbligatori AVS/AI/IPG sono calcolati in base al reddito da lavoro indipendente secondo la tassazione dell'imposta federale diretta. In quanto persona che lavora a titolo indipendente, i conteggi li effettuate direttamente con la cassa di compensazione. Avete dunque l'obbligo di registrarvi presso la cassa di compensazione del Comune nel quale si trova il vostro studio. Sarà la cassa di compensazione a valutare se siete o meno un lavoratore o una lavoratrice indipendente ai sensi dell'AVS.

Per ulteriori dettagli, informazioni aggiornate e documenti da scaricare, rivolgersi direttamente alla propria cassa di compensazione oppure visitare il sito [Centro d'informazione AVS/AI](#)

Sono assicurati obbligatoriamente nell'AVS/AI/IPG

- le donne e gli uomini che esercitano un'attività lucrativa in Svizzera, quindi anche le lavoratrici e i lavoratori frontalieri e le lavoratrici e i lavoratori stranieri,
- le persone che vivono in Svizzera, quindi anche i bambini e le altre persone che non esercitano un'attività lucrativa come studenti/esse, invalidi/e, pensionati/e, casalinghe/i.

Prestazioni dell'AVS:

sono tenute a pagare i contributi tutte le persone assoggettate all'AVS, a eccezione dei figli e delle figlie, che, benché assicurati e quindi aventi diritto a prestazioni (rendita per i figli e rendita per orfani), sono esenti dall'obbligo contributivo (cap. 6.5).

Le rendite di vecchiaia e superstiti, nonché gli assegni per grandi invalidi costituiscono la parte principale delle prestazioni dell'AVS. Prestazioni complementari dell'AVS:

- contributi per mezzi ausiliari (per es. apparecchi acustici, occhiali-lenti ecc.);
- prestazioni assistenziali alle cittadine e ai cittadini svizzeri all'estero;

- contributi a favore dello Spitex e di altre istituzioni di pubblica utilità per l'aiuto alla vecchiaia (Pro Senectute, Croce Rossa Svizzera ecc.)
- Schede informative da scaricare. <https://www.ak81.ch/it/indipendenti>

Prestazioni dell'AI:

l'assicurazione svizzera per l'invalidità (AI) ha lo scopo di garantire i mezzi esistenziali agli assicurati nel caso diventino invalidi, e questo con provvedimenti di integrazione o prestazioni pecuniarie.

Hanno diritto alle prestazioni le persone assicurate che per motivi di salute sono permanentemente o per un lungo periodo incapaci di lavorare (malattia/infortunio).

I provvedimenti di integrazione sono volti a migliorare o mantenere la capacità di guadagno in modo duraturo e sostanziale. La rendita di invalidità è corrisposta solo se i provvedimenti di integrazione sono stati fallimentari o se non hanno prodotto gli effetti desiderati. Le persone disabili che dipendono dall'assistenza di terzi hanno inoltre diritto a un assegno per grandi invalidi.

Deve continuare a versare i contributi AVS/AI e IPG fino al raggiungimento dell'età di pensionamento anche chi beneficia delle prestazioni AI.

Qui troverete ulteriori informazioni sulle prestazioni dell'AI. [Centro d'informazione AVS/AI](#)

L'indennità per perdita di guadagno di persone che prestano servizio militare o servizio civile (IPG):

L'IPG copre in linea di massima l'intera popolazione, donne e straniere/i inclusi, a prescindere dalla prestazione di servizio militare o di protezione civile. Hanno diritto alle indennità di perdita di guadagno (IPG) le persone domiciliate in Svizzera o all'estero che

- prestano servizio nell'esercito svizzero, nel servizio di protezione civile e nel servizio della Croce Rossa – per ogni giorno di servizio con diritto al soldo;
- prestano servizio civile – per ogni giorno di servizio computabile;
- prendono parte ai corsi federali o cantonali per quadri di Gioventù+Sport – per ogni giorno di corso indennizzabile;
- prendono parte ai corsi per monitori di giovani tiratori – per ogni giorno per cui ricevono il soldo di servizio.

Ulteriori informazioni sulle prestazioni previste dal regime di indennità sostitutiva del reddito da lavoro sono disponibili qui: casse di compensazione AVS oppure [Centro d'informazione AVS/AI](#)

Indennità di maternità:

L'indennità di maternità viene erogata a partire dal giorno della nascita di un bambino vitale per un massimo di 98 giorni, ovvero 14 settimane. Ogni settimana vengono corrisposte 7 indennità giornaliere. Se il bambino nasce morto o muore durante il parto, il diritto all'indennità sussiste se la gravidanza è durata almeno 23 settimane. Per il periodo precedente al parto non sussiste alcun diritto

all'indennità di maternità. Se la madre non è in grado di lavorare fino al parto, la perdita di guadagno è coperta solo se sussiste un'assicurazione di indennità giornaliera per malattia o se il datore di lavoro è ancora tenuto a continuare a versare il salario.

lo Stato copre l'80% del reddito soggetto all'AVS attraverso la IPG garantendo una indennità di maternità per 14 settimane.

Hanno diritto all'indennità di maternità le donne che al momento della nascita del bambino:

- esercitano un'attività lucrativa dipendente o
- indipendente o che
- collaborano nell'azienda appartenente al coniuge, alla famiglia o al convivente e ricevono un salario in contanti o.
- sono disoccupati e percepiscono un'indennità giornaliera dall'assicurazione contro la disoccupazione oppure hanno maturato un periodo contributivo sufficiente ai sensi della legge sulla disoccupazione.

Il diritto all'indennità di maternità nasce se l'avente diritto:

- era assicurata obbligatoriamente ai sensi della legge sull'AVS durante i nove mesi immediatamente precedenti la nascita del bambino (questo periodo è ridotto in caso di parto prematuro) e
- durante questo periodo ha esercitato un'attività lucrativa per almeno cinque mesi.

Il diritto all'indennità di maternità inizia il giorno del parto e termina al più tardi dopo 14 settimane o 98 giorni. Se, durante questo periodo, la madre riprende l'attività lucrativa a tempo pieno o parziale oppure decede, il diritto all'indennità si estingue prima.

Nel caso di lavoratrici indipendenti, la differenza tra il reddito soggetto all'AVS e quello coperto dall'indennità di maternità può essere notevole. Stipulando un'assicurazione complementare è possibile coprire la differenza e introdurre una proroga a 16 settimane di maternità.

Ulteriori informazioni sulla maternità sono disponibili in questa pagina e in questo opuscolo [informativo](#).

La stipulazione di un'assicurazione di responsabilità civile professionale è fortemente consigliata e in alcuni Cantoni addirittura obbligatoria per coloro che esercitano un'attività lucrativa indipendente. Anche in questo caso, rivolgersi alla VCW.

2.5.1.2 Assicurazioni non obbligatorie ma raccomandate:

LPP (2° pilastro)

In qualità di lavoratori autonomi, lei non è soggetta all'assicurazione obbligatoria LPP (2° pilastro).

Poiché lei deve se stessa a finanziare la sua previdenza per la vecchiaia, lei può aderire volontariamente a una cassa pensioni oppure versare i suoi risparmi nel pilastro 3a. La preghiamo di assicurarsi di pensare per tempo a una copertura previdenziale adeguata e di richiedere una

consulenza tempestiva in merito. Anche in questo ambito, la VCW offre consulenze e offerte adeguate.

Assicurazione di indennità giornaliera per malattia (perdita di guadagno per malattia nei primi due anni)

I datori di lavoro non sono obbligati a stipulare un'assicurazione di indennità giornaliera per malattia che garantisca ai/alle dipendenti la continuazione del pagamento di un determinato salario nel caso di incapacità lavorativa per malattia. Tuttavia, i datori di lavoro hanno l'obbligo legale di continuare a pagare i salari ai propri e alle proprie dipendenti. Fa fede la formulazione specifica nel contratto di lavoro. Occorre distinguere tra due casi:

1. Esiste una assicurazione di indennità giornaliera per malattia

La maggior parte delle assicurazioni di indennità giornaliera per malattia dà diritto all'80 per cento del salario per 720 o 730 giorni sull'arco di 900 giorni. Le prestazioni che devono essere versate dalle assicurazioni d'indennità giornaliera sono stabilite nella polizza assicurativa e nelle Condizioni generali di assicurazione. Si raccomanda di stipulare un'assicurazione di indennità giornaliera per malattia tramite il nostro intermediario assicurativo, la [VCW Versicherungs-Treuhand AG](#). Riguardo alla continuazione del pagamento del salario, fa fede quanto disciplinato nel contratto di lavoro.

2. Non esiste alcuna assicurazione di indennità giornaliera per malattia

La legge stabilisce che in caso di malattia il datore di lavoro deve pagare al lavoratore o alla lavoratrice il salario pieno per un certo periodo, in funzione degli anni di servizio, se il rapporto di lavoro è durato o è stato stipulato per più di tre mesi (art. 324a cpv. 1 CO).

Sono disponibili diverse scale per calcolare la durata dell'obbligo di continuazione del pagamento del salario.

Spesso si applica la «scala bernese»:

Anni di servizio	Durata della continuazione del pagamento del salario
3°-12° mese	3 settimane
2° anno di servizio	1 mese
3°– 4° anno di servizio	2 mesi
5° - 9° anno di servizio	3 mesi
10°– 14° anno di servizio	4 mesi

15°- 19° anno di servizio	5 mesi
Dal 20° anno di servizio	6 mesi

Stipulando un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera che fornisce una prestazione pari ad almeno l'80 per cento dello stipendio AVS e per la quale il datore di lavoro contribuisce per almeno il 50 per cento dei costi è possibile garantire l'obbligo legale di continuazione del pagamento del salario.

La Cassa pensioni è obbligatoria per i dipendenti che raggiungano un certo reddito minimo (cfr. SA, Sagl).

Su base volontaria è possibile stipulare delle assicurazioni complementari a quelle obbligatorie, ad esempio per quanto concerne la perdita temporanea della capacità lavorativa, l'incapacità di guadagno permanente, il decesso o la previdenza per la vecchiaia. Potete avvalervi di strumenti quali l'assicurazione di rischio, il risparmio bancario, il risparmio in fondi, l'acquisto di immobili residenziali e gli investimenti in titoli. Il nostro partner [VCW Versicherungs-Treuhand AG](#).

Assicurazione di responsabilità civile d'impresa e professionale:

L'assicurazione di responsabilità civile professionale copre la responsabilità legale del/della proprietario/a dello studio di ergoterapia, nonché il lavoro ivi svolto dal personale dipendente. Qualora, ad esempio, un paziente o una paziente subisca un danno in seguito a un trattamento sbagliato, siete tenuti al suo risarcimento. I possibili costi elevati (cure, intervento chirurgico, perdita di guadagno, indennità AI) sono assicurati nel quadro delle Condizioni generali di assicurazione della corrispondente polizza.

L'assicurazione di responsabilità civile d'impresa copre i danni causati dalla permanenza nel vostro studio (ad esempio, una caduta dovuta a una soglia mal segnalata).

Oltre all'indennità per pretese giustificate, l'assicurazione copre la difesa contro le pretese ingiustificate. Per quest'ultimo caso, si raccomanda di stipulare un'assicurazione di protezione giuridica complementare.

Decidere di non stipulare alcuna assicurazione di responsabilità civile è rischioso poiché un singolo evento potrebbe compromettere l'intero studio.

Assicurazione inventario dello studio professionale contro incendio, furto, acqua, vetri:

L'assicurazione consente di proteggere il capitale investito nello studio dalle conseguenze di incendi, furto con scasso, danni causati dall'acqua e danni ai vetri. Funge da base di calcolo dei premi il valore a nuovo di tutto l'inventario esistente.

L'assicurazione combinata cose può essere ampliata stipulando un'assicurazione per i costi supplementari o l'interruzione di servizio. Sarà in tal modo possibile coprire i costi correnti e la perdita di guadagno nel caso di una chiusura temporanea dello studio a seguito di un danno materiale assicurato.

L'assicurazione di protezione giuridica aziendale:

L'assicurazione di protezione giuridica aziendale copre la difesa degli interessi giuridici nelle controversie con le assicurazioni private e pubbliche, nonché l'esercizio al diritto per danni patrimoniali a persone e cose basati sulle disposizioni legali concernenti la responsabilità civile. Essa integra e completa l'assicurazione di responsabilità civile d'impresa.

La copertura assicurativa è prevista anche in caso di difesa dei diritti giuridici, di procedimenti della polizia, dei tribunali penali o delle autorità amministrative in seguito a un infortunio sul lavoro o a una violazione di un obbligo di diligenza professionale o di una violazione delle disposizioni della legge sul lavoro. Fanno fede la polizza assicurativa e le CG.

Vi consigliamo vivamente di stipulare un'assicurazione di tutela legale aziendale. Anche in questo caso potete rivolgervi direttamente alla VCW.

2.5. 2 Dipendenti

2.5.2.1 Le lavoratrici e i lavoratori dipendenti sottostanno alle seguenti assicurazioni obbligatorie:

AVS/AI/IPG/AD

I contributi delle e dei lavoratori dipendenti sono pagati per metà dal datore di lavoro e per metà dal lavoratore o dalla lavoratrice. La quota del lavoratore o della lavoratrice viene detratta direttamente dallo stipendio. Rispetto alla cassa di compensazione, il datore di lavoro è categoria soggetta all'obbligo di pagare tutti i contributi.

Per ulteriori informazioni e dettagli, consultare il prospetto «Contributi salariali all'AVS, all'AI e alle indennità per eventi straordinari (EO), all'assicurazione contro la disoccupazione» e i relativi prospetti disponibili all'indirizzo [Centro d'informazione AVS/AI](#)

Indennità di maternità:

Lo Stato copre l'80 per cento del reddito soggetto all'AVS attraverso la IPG garantendo una indennità di maternità per 14 settimane. Cfr. opuscolo sull'indennità di [maternità](#).

Assicurazione contro la disoccupazione (AD):

L'assicurazione contro la disoccupazione rientra tra le assicurazioni sociali svizzere obbligatorie per le i lavoratori. Tutte e tutti i lavoratori soggetti ai contributi AVS e loro datori di lavoro devono versare i contributi all'AD. I datori di lavoro e le/la lavoratrici/tori versano ciascuno la metà dei contributi.

Le poche eccezioni all'obbligo AD sono riportate nell'opuscolo informativo n. 2.08 Contributi all'assicurazione contro la disoccupazione: casse di compensazione AVS oppure [Centro d'informazione AVS/AI](#)

Previdenza professionale (Cassa pensioni):

Insieme all'assicurazione federale per l'AVS/AI/IPG/AD, le prestazioni ai sensi della legge sulla previdenza professionale intendono consentire a anziani, superstiti e invalidi una continuazione adeguata del tenore di vita abituale. La previdenza professionale obbligatoria si applica in linea di principio a tutte le persone che, in quanto salariate, sono tenute a versare i contributi AVS. I datori di lavoro che impiegano dipendenti soggetti all'assicurazione obbligatoria devono essere iscritti a un istituto di previdenza riconosciuto.

Sono esenti dalla previdenza professionale obbligatoria (soglia d'entrata LPP, stato 2022) le/i lavoratrici/tori ai cui il datore di lavoro versa un salario annuo lordo inferiore a CHF 21 510. I dati sono adeguati annualmente.

Per ulteriori dettagli, comprese le disposizioni derogatorie, si rimanda all'opuscolo informativo n. 6.06 Obbligo d'affiliazione a un istituto di previdenza secondo la LPP su [Centro d'informazione AVS/AI](#) oppure tramite la pagina Previdenza professionale (PP) | Altre assicurazioni sociali | Assicurazioni sociali | Centro informazioni AVS/AI.

La legge stabilisce che il datore di lavoro deve pagare almeno la metà di tutte le spese previdenziali (cfr. art. 66 LPP). La Cassa pensioni può erogare le seguenti prestazioni:

- Prestazioni di vecchiaia: rendite di vecchiaia, liquidazione in capitale
- Prestazioni per i superstiti: rendite per coniugi e rendite per orfani, liquidazione in capitale
- Prestazioni di invalidità: rendita di invalidità, rendite di invalidità per i figli

Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF):

Tutte e tutti i lavoratori salariati in Svizzera sottostanno all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni. Le/i lavoratrici/ori sono persone fisiche che esercitano un'attività lucrativa dipendente ai sensi dell'AVS. Lo stesso obbligo vale per le/i praticanti.

I datori di lavoro devono assicurare le/i proprie/i lavoratrici/ori presso una delle assicurazioni private contro gli infortuni. Trova le rispettive informazioni [in questa guida](#).

Le persone assicurate hanno diritto alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni in caso di infortuni professionali, infortuni non professionali e malattie professionali.

Il datore di lavoro garantisce alle/ai sue/suoi lavoratrici/ori con orario di lavoro settimanale inferiore alle otto ore solo la copertura contro gli infortuni professionali, a esclusione quindi degli infortuni non professionali. Le/i lavoratrici/ori devono pertanto mantenere la copertura contro gli infortuni nella

propria assicurazione malattie privata. Gli infortuni nel tragitto verso il lavoro sono considerati infortuni sul lavoro.

I premi per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni professionali sono a carico del datore di lavoro. Il premio per l'assicurazione contro gli infortuni non professionali può essere trasferito alla o al lavoratore. Sono riservate deroghe a favore della o del lavoratore.

I datori di lavoro versano la totalità dei premi deducendo la rispettiva quota dal salario della o del lavoratore.

Per ulteriori informazioni, consultare la pagina: Assicurazione sanitaria: l'essenziale in [breve](#)

Ulteriori informazioni

Internet

- Il portale PMI del SECO per piccole e medie imprese: [Portale PMI della SECO](#)

Contatti

- Le casse di compensazione cantonali, comunali e le casse di compensazione professionali: forniscono informazioni dettagliate sui contributi AVS/AI/IPG. Trovate gli indirizzi delle casse di compensazione cantonali sul sito web dell'AVS: [Centro d'informazione AVS/AI](#)
- Informazioni LPP: Verein unentgeltliche Auskünfte für Versicherte von Pensionskassen, Obergrundstrasse 48, 6003 Lucerna, +41 242 17 17 www.bvgauskuenfte.ch (solo in tedesco e francese)

3 Gestione della qualità

Cresce nel settore sanitario la richiesta di criteri afferenti la garanzia o la gestione della qualità, anche se l'uso del termine «qualità» può variare molto. Seguono alcune definizioni:

Garanzia della qualità: preservare lo stato effettivo ed evitare che si verifichi un peggioramento.

Sviluppo della qualità: lo sviluppo si prefigge di raggiungere una situazione ideale e, pertanto, lo si incentiva al costante ulteriore sviluppo.

Gestione della qualità: tutti gli strumenti che consentono di affrontare lo sviluppo e la garanzia della qualità con metodi professionali innescando in tal modo un processo di sviluppo sistematico e continuo.

Il sistema di gestione della qualità dell'ASE per studio / organizzazione di ergoterapia

A seguito di varie modifiche di legge, le e i titolari di studi così come le organizzazioni di ergoterapia hanno l'obbligo di introdurre e/o attuare un SGQ. Nell'ergoterapia ambulatoriale, tale obbligo si basa sui seguenti articoli di legge: art. 35 cpv. 2 lett. e, artt. 36 e 36a LAMal (fornitori di prestazioni e autorizzazione), art. 48 OAMal (ergoterapisti) e art. 52a OAMal (organizzazioni di ergoterapia) nonché art. 58, art. 58a LAMal (misure dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori per lo sviluppo della qualità). In virtù di queste norme nazionali, i Cantoni rilasciano autorizzazioni all'esercizio della professione solo se è disponibile un SGQ.

L'ASE ha elaborato il seguente SGQ sulla base della legislazione di cui sopra. Il presente SGQ può essere ripreso in questa forma oppure adeguato alle esigenze dello

studio/dell'organizzazione di ergoterapia. Indipendentemente dal fatto che il SGQ venga ripreso tal quale o modificato, ogni studio/organizzazione di ergoterapia deve designare una o un ergoterapista come responsabile del SGQ. Il SGQ definisce la funzione e i compiti della persona responsabile della qualità all'interno dello studio o dell'organizzazione di ergoterapia e disciplina la collaborazione tra la persona responsabile e tutto il personale rilevante.

Oltre al SGQ, l'ASE mette a disposizione degli studi e delle organizzazioni di ergoterapia un modello che garantisce la possibilità di adattare il SGQ-ASE e di dichiararlo come proprio SGQ.

Lei trova il SGQ e il modello per il suo studio, quale fa parte integrante del presente testo [qui](#).

Alcune circostanze rendono necessario il consenso alla divulgazione delle informazioni. Utilizzate in tal caso sempre il modulo specifico caricato sul sito web dell'ASEQ [qui](#).

Sistema di segnalazione degli incidenti critici o *Critical Incident Reporting System* (CIRS)

Il sistema di segnalazione degli incidenti critici, in breve CIRS (dall'inglese Critical Incident Reporting System), è un sistema di rapporti e d'apprendimento per la notifica di eventi indesiderati e quasi incidenti nonché una strategia diffusa per migliorare la sicurezza delle e dei pazienti. L'ASE mette a disposizione dei suoi membri una piattaforma di segnalazione. Da trovare [qui](#).

3.1 Marketing e immagine

Uno studio professionale ben attrezzato non è ancora una garanzia per il successo. Altrettanto importante:

- gli ospedali, le cliniche, gli altri studi, i medici, i pazienti, ecc. conoscono la vostra attività e l'offerta di trattamento,
- la clientela dello studio (pazienti, medici professionisti, aziende committenti, ecc.) è soddisfatta delle vostre prestazioni, tanto da raccomandarvi e rivolgersi nuovamente a voi,
- il vostro studio gode di una buona immagine.

Il concetto di marketing abbraccia un ampio spettro di misure che va dall'annuncio di prossima apertura dello studio, con la realizzazione di un apposito opuscolo o di un proprio sito web, alla presa di contatto con i medici prescrittori. Al fine di rendere tali misure efficaci è opportuno elaborare un concetto di marketing.

Concetto di marketing

La selezione dell'offerta, l'analisi dei bisogni e della posizione costituiscono la base del concetto di marketing. Oltre a essere componenti essenziali del piano di lavoro, consentono tra l'altro di analizzare criticamente la situazione sia del mercato che della concorrenza.

Il **concetto di marketing** indica quali misure (e relativi costi) assumere per raggiungere determinati obiettivi rispetto a un determinato gruppo target.

Siete voi a decidere

- in che luoghi agire e a chi rivolgervi: ospedali, cliniche, studi medici, medici professionisti, altri studi terapeutici e organizzazioni sanitarie (ad esempio Spitex), ecc.;
- quali sono i vostri gruppi target e partner di riferimento,
- quali obiettivi raggiungere complessivamente e per ciascun gruppo target, ad esempio, far conoscere la vostra offerta ai medici prescrittori perché indirizzino i propri pazienti al vostro studio;
- quali misure assumere per raggiungere gli obiettivi prefissati (vedi gli esempi sotto);
- quali costi (max.) preventivare per tali misure.

Misure di marketing

L'applicazione di apposite misure di marketing deve essere tesa a **incrementare il livello di notorietà del vostro studio, nonché a curarne l'immagine**. Le misure si rivolgono specificamente ai gruppi target identificati, contengono un messaggio chiaro e facilmente comprensibile, sono diffuse attraverso dei mezzi di comunicazione adeguati. Seguono alcuni suggerimenti:

- nome appropriato per il vostro studio
- pubblicità che annuncia l'apertura dello studio

- comunicato stampa
- logo dello studio, opuscoli, biglietti da visita, carta intestata
- sito web dello studio (v. [promemoria](#) «Realizzazione di un sito web»)
- annuncio scritto al corpo dei medici, alle cliniche, ad altri centri di terapia, ecc.
- giornata delle porte aperte, ecc.
- l'utilizzo dei social media ecc.

Si consideri in particolare il seguente passo tratto dal Codice deontologico ASE: Chi gestisce uno studio di ergoterapia si impegna a divulgarne un'immagine pubblica associata esclusivamente alle prestazioni di ergoterapia. Eventuali ulteriori prestazioni devono essere chiaramente distinte dal trattamento ergoterapeutico. Ciò vale per tutti gli strumenti di presentazione quali l'intestazione della corrispondenza, l'indirizzo e gli stampati, il sito web, le scritte sulle targhette del campanello e della cassetta delle lettere.

Annuncio/pubblicità – restrizioni legali

Le leggi cantonali sulla salute pubblica stabiliscono le regole per la pubblicità del settore sanitario. Si prega di tener conto delle disposizioni del vostro Cantone. In generale, vale il seguente **principio**: la pubblicità del settore sanitario è fortemente circoscritta, ad esempio è vietata per le prestazioni indennizzate dall'assicurazione di base. L'annuncio di apertura dello studio può essere pubblicato su internet e carta stampata. Il testo **non può contenere promesse di guarigione**, deve essere di **natura meramente fattuale e non invadente**.

È consentito inviare informative e opuscoli che presentano l'offerta di prestazioni a medici, colleghi e altri professionisti.

4 Procedure amministrative con le assicurazioni o procedure gestionali legate allo studio professionale

4.1 Dall'adesione alla fatturazione

Le procedure descritte qui di seguito si basano sulle convenzioni tariffali ASE/CRS-santésuisse e ASE/CRS-CTM.

Conoscere le convenzioni nel dettaglio è la premessa per comprendere le procedure amministrativo-gestionali e fatturare in maniera corretta.

Informazioni su www.ergotherapie.ch/berufsausuebung/tarifvertraege

Convenzione tariffale con santésuisse e le associazioni delle casse malati affiliate: in vigore dal 1° gennaio 2005.

Convenzione tariffale con CTM (assicurazione contro gli infortuni, assicurazione militare e AI): in vigore dal 1° marzo 2019 (adeguamenti al 1° marzo 2026).

4.1.1 Prescrizione di ergoterapia e richiesta di garanzia di assunzione dei costi

ASE, CRS e i partner tariffali prioswiss e CTM hanno elaborato un modulo uniforme e vincolante per la prescrizione di ergoterapia. Riguardo alla riabilitazione della mano, esiste un ulteriore testo con informazioni aggiuntive fornite dai chirurghi della mano agli/alle ergoterapisti/e. Dal 1° luglio 2026 è consentito utilizzare solo questi moduli: [Prescrizione - Ergotherapie-Verband](#)

I medici prescrittori compilano il modulo di prescrizione e gli/le ergoterapisti/e verificano la completezza dei dati. È essenziale formulare una diagnosi o indicare il motivo del trattamento. Non è necessario classificare la diagnosi con codice ICD. Tra i motivi della prescrizione vi è anche la limitazione delle attività quotidiane conseguente alla diagnosi, ad esempio l'autosufficienza ridotta nell'igiene personale a causa del diabete.

La legge prevede che **in rari casi** la diagnosi possa essere inviata direttamente ai medici di fiducia **in busta chiusa**, come nel caso di persone pubblicamente note (ad esempio, la figlia di un consigliere federale). Si tratta di una modalità da adottare solo in via eccezionale poiché rallenta i tempi della procedura di garanzia di assunzione dei costi.

Ai sensi dell'art. 6 OPre le **assicurazioni malattie** assumono i costi per un massimo di **nove sedute**. Il primo trattamento deve essere effettuato **entro due mesi dalla data di prescrizione**. Nelle **assicurazioni contro gli infortuni il termine è di cinque settimane**.

Procedura amministrativa per la richiesta di garanzia di assunzione dei costi

Le procedure, che possono variare a seconda dell'assicurazione, sono illustrate nella seguente tabella.

	Associazione delle casse malati prioswiss	Assicurazione contro gli infortuni Assicurazione militare	Assicurazione per l'invalidità
1° ciclo di trattamenti	Prima di iniziare il trattamento presentare la richiesta di garanzia di assunzione dei costi: a) tacito consenso da parte della CM dopo dieci giorni lavorativi oppure b) lettera con richiesta di ulteriore attesa oppure c) lettera di rifiuto Eccezioni: trattamento di massima urgenza (malattia acuta, dimissioni dall'ospedale/clinica e post-intervento) Gli/leergoterapisti/e possono iniziare il trattamento senza periodo di attesa, ma devono subito inoltrare all'assicuratore malattie l'adesione unitamente alla prescrizione.	Esecuzione del 1° ciclo (max. 9 trattamenti) senza precedente richiesta. Inviare la prescrizione compilata unitamente alla prima fattura.	Le prestazioni per le/i figlie/i che possono essere fatturate a carico dell'assicurazione per l'invalidità sono sostanzialmente limitate al trattamento delle infermità congenite. Esistono delle limitazioni per quanto concerne le singole infermità congenite. Le circolari sui provvedimenti di integrazione medico-terapeutici (CPSI, cap. 21.3.3) fissano le direttive AI vigenti. Prima di iniziare il trattamento: munirsi della relativa decisione. La decisione deve essere richiesta dalla/dal paziente e/o dalla sua famiglia d'intesa con il medico curante. L'AI non è tenuta a rispondere entro un termine prestabilito.

dal 2° al 4° ciclo (= 36 sedute)	Per ogni ulteriore ciclo di trattamenti di 9 sedute occorre avere una nuova richiesta di garanzia di assunzione dei costi unitamente a una nuova prescrizione.	La richiesta di garanzia di assunzione dei costi per un ulteriore ciclo di trattamenti deve essere presentata nei tempi stabiliti. All'ergoterapista viene eventualmente chiesto di redigere un rapporto (utilizzare il modello di rapporto ASE)	I tempi della terapia prescritta sono indicati sulla decisione dell'Al.
a partire dal 5° ciclo = trattamento di lunga durata	Il medico prescrittore invia un rapporto al medico di fiducia della CM e procede con un'altra prescrizione. L'ergoterapista richiede un'ulteriore garanzia di assunzione dei costi. Il rapporto dell'ergoterapista (modello di rapporto ASE), controfirmato dal rispettivo medico, è in gran parte accettato dalle CM. Il medico può effettuare delle aggiunte.	Il ciclo di trattamenti non è limitato come nel caso delle CM. Per la terapia a lungo termine è possibile accordarsi con la CM (convenzione tariffale: 6.2). Se l'assicurazione chiede un rapporto occorre redigerne uno sull'andamento dell'ergoterapia.	Il ciclo di trattamenti non è limitato come nel caso delle CM. Al fine di poter proseguire la terapia, la richiesta di proroga deve essere corredata di nuova prescrizione. Se l'assicurazione chiede un rapporto, l'ergoterapista deve redigerne uno sull'andamento della terapia.
	Se l'assicuratore rifiuta l'assunzione dei costi per l'ulteriore terapia è tenuto a comunicarlo entro dieci giorni lavorativi dal ricevimento ai rispettivi medici curanti, alle/agli ergoterapiste/i, alle/ai pazienti o alla rappresentanza legale.		

Prescrizione e procedura di garanzia di assunzione dei costi per la diagnosi F82 (pediatria) con formulario score

Nel 2003, una commissione paritetica composta da pediatri, medici di fiducia e dall'ASE ha adottato per consenso la garanzia di assunzione dei costi nel caso di diagnosi F82. La stessa procedura è

stata approvata dalle/dai mediche/medici di fiducia nel 2015 e, da lì in poi, pubblicata sul sito web della Società Svizzera dei medici Fiduciari (SSMF). Per ulteriori informazioni cliccare [qui](#) (solo in tedesco e francese).

Il modus operandi nel caso di diagnosi F82 costituisce un'eccezione nella procedura di garanzia di assunzione dei costi. Il rispettivo **formulario score** è richiesto solo nel caso di diagnosi F82, l'assicurazione malati non può solleccitarlo per le altre diagnosi.

La diagnosi F82 prevede i seguenti passaggi:

1. Prima prescrizione: dopo avere compilato la prima colonna (V1) del formulario score, il medico prescrittore lo invia all'ergoterapista unitamente al consueto modulo di prescrizione.
L'ergoterapista inoltra la documentazione con richiesta di garanzia di assunzione dei costi alla cassa malati. Il primo ciclo è approvato per 27 (3 x 9) trattamenti.
2. Prescrizione o proroga: per la richiesta di proroga, l'ergoterapista redige un rapporto in base al modello fornito dall'ASE, all'occorrenza assieme al foglio integrativo F82, da inviare al medico. Il medico compila la seconda colonna del formulario score (V2), firma il rapporto dell'ergoterapista ed effettua un'altra prescrizione. L'ergoterapista inoltra la documentazione completa alla assicurazione con la richiesta di garanzia di assunzione dei costi. I trattamenti approvati sono 18 (2 x 9).
3. Prescrizione o ulteriore proroga: con alla mano la terza prescrizione e il formulario score compilato (V3) è possibile richiedere l'ultimo ciclo di trattamenti (1 x 9).

Il rapporto finale sulle conferenze di consenso, i dettagli afferenti la procedura di garanzia di assunzione dei costi, l'acquisizione del formulario score e ulteriori raccomandazioni sono disponibili sul sito web dell'ASE alla pagina [Best Practice - Ergotherapie-Verband](#).

4.1.2 Accertamento o anamnesi ergoterapica

L'accertamento intende innanzitutto vagliare la necessità di un intervento terapeutico. Si valuta l'indicazione di un trattamento di ergoterapia. Il medico compila una prescrizione compresa di (sospetto di) diagnosi. L'ergoterapista può effettuare al massimo due sedute senza previo annuncio all'assicurazione malattie (convenzione tariffale: 6.1.c). Tuttavia, non è prevista alcuna diagnostica differenziata. Il numero di perizie e il tempo per valutarle, così come le telefonate e le conversazioni a scopo di chiarimento, devono essere ragionevolmente limitati (criteri EAE).

Fatturazione di un accertamento: il modulo di prescrizione debitamente compilato deve essere inviato alla assicurazione malattie unitamente alla fattura per l'accertamento.

4.1.3 Documentazione del trattamento in corso

È obbligatorio presentare la documentazione contenente la data e i tempi delle singole sedute, compresa la formulazione esatta degli obiettivi terapeutici.

4.1.3.1 Obbligo di documentazione

L'obbligo di documentazione dell'ergoterapista è disciplinato dal diritto di mandato e dalle leggi sanitarie cantonali. A titolo di esempio riportiamo alcune norme del Cantone di Berna e Zurigo.

Secondo l'art. 26 della legge sulla sanità pubblica del Cantone di Berna (BSG 811.01) la/il professionista della salute deve prendere regolarmente nota dei dati essenziali relativi al trattamento della/del paziente e documentarne adeguatamente lo svolgimento. La documentazione deve in particolare contenere la descrizione dei fatti constatati, la diagnosi, le forme di terapia prescritte, come pure i dettagli delle informazioni fornite alle/ai pazienti.

Secondo l'art. 13 della legge sulla sanità pubblica del Cantone di Zurigo (GesG/ZH 810.1) la documentazione delle/dei pazienti deve essere aggiornata costantemente. Nella documentazione devono risultare chiare le informazioni e il trattamento forniti alle/ai pazienti. Per trattamento si intendono in particolare visite, diagnosi, terapie e cure.

4.1.3.2 Diritto d'accesso e di consultazione

Il diritto d'accesso delle/dei pazienti si basa in primo luogo sulla LPD e la relativa ordinanza.

Ai sensi dell'art. 25 cpv. 2 lett. b LPD, la/il paziente ha accesso a tutti gli elementi oggettivi della sua cartella, ossia alle constatazioni fattuali dell'ergoterapista (diagnosi, evoluzione della malattia, ecc.) e ai dettagli del trattamento (risultati di analisi, perizie, ecc.). In linea di principio, la/il paziente può altresì chiedere di accedere a referti esterni e simili, in quanto parte integrante della cartella clinica compilata dall'ergoterapista che li ha ricevuti. È tuttavia opportuno sollecitare le/i pazienti a rivolgersi direttamente al mittente, ovvero al relativo istituto, alla/al medica/o, eccetera. La copia della cartella clinica è di regola fornita gratuitamente (art. 25 cpv. 6 LPD in combinato disposto con l'art. 19 OPDa).

Non rientrano nel diritto d'accesso le cosiddette annotazioni personali dell'ergoterapista. Il fatto che vi siano constatazioni o osservazioni scritte a mano non significa però che si tratti di «annotazioni personali». Anche le annotazioni scritte a mano fanno parte della cartella clinica e possono essere consultate. Per annotazioni personali si intendono solo quelle che l'ergoterapista redige ad uso personale e che non sono rilevanti ai fini del trattamento, ad esempio gli espedienti mnemonici oppure le annotazioni che servono esclusivamente a decidere come comportarsi nei confronti del paziente. Per contro, le annotazioni contenenti informazioni necessarie al trattamento, consultate e utilizzate tra gli altri anche dal personale ausiliario, fanno parte della cartella clinica e sono soggette al diritto d'accesso.

Tale diritto non si estende alle informazioni che riguardano altre persone e che sono coperte dal segreto professionale (interesse preponderante privato o pubblico; art. 26 cpv. 1 lett. a e b LPD),

ivi comprese le informazioni provenienti da terzi – ad esempio dai familiari – a meno che essi non abbiano espresso il consenso a che la/il paziente possa accedervi. Ad ogni modo, le informazioni rese disponibili possono essere annerite soltanto se risulta preponderante l'interesse di terzi a non rivelarle alla/al paziente.

4.1.3.3 Dichiarazione di consenso

Tutte/i le/i pazienti in trattamento o le/i loro rappresentanti sono tenute/i a firmare una dichiarazione di consenso. Trovate un corrispondente modello sul sito web: [Basi legali e protezione dei dati - Ergotherapie-Verband](#)

4.1.3.4 Conservazione e archiviazione dei dati

Dal 1° gennaio 2020, secondo l'art. 60 cpv. 1bis e 128a del Codice delle obbligazioni (CO), il termine di prescrizione assoluto in caso di danni alle persone è di 20 anni. In virtù del diritto di prescrizione si raccomanda di conservare tutta la documentazione della/del paziente (anche quella già archiviata) per 20 anni ai fini probatori. Non è soggetto alla nuova proroga del termine di prescrizione solo quanto risultava già prescritto al 1° gennaio 2020.

La decisione di conservare i documenti in forma elettronica non implica l'obbligo legale di conservare contemporaneamente anche i documenti cartacei. La maggior parte dei documenti può essere conservata solo digitalmente. Costituiscono un'eccezione i casi in cui la legge prevede il requisito formale della firma autografa e questa non è stata apposta con firma elettronica qualificata.

I dati devono essere protetti da misure tecnico-organizzative adeguate e commisurate al rischio che, oltre a corrispondere allo stato della tecnica, garantiscono la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati. Alcune leggi sanitarie cantonali prevedono ulteriori specifiche misure (ad esempio, la legge sulla sanità pubblica del Cantone di Zurigo, [GesG/ZH]: le registrazioni elettroniche relative alla documentazione della/del paziente devono essere datate, archiviate in modo non modificabile e disponibili alla consultazione in ogni momento).

Se ai fini della conservazione/archiviazione i dati sono trasmessi a una/un responsabile del trattamento, il consenso non è necessario quando ricorrono le seguenti condizioni:

- i dati personali sono elaborati in conformità con i principi inerenti al trattamento dei dati (tra cui la liceità, la buona fede, la proporzionalità, la finalità, la trasparenza, l'economia dei dati, l'esattezza, la sicurezza dei dati);
- sono stati stipulati gli accordi necessari con il fornitore di prestazioni (accordo per un trattamento di dati su incarico, all'occorrenza garanzie aggiuntive in materia di sicurezza dei dati se questi sono elaborati in un Paese la cui protezione dei dati non è riconosciuta equivalente).

Indipendentemente dal consenso, le/i pazienti devono essere informate/i sul trattamento dei dati, come pure sulle persone destinatarie degli stessi dati personali.

4.1.3.5 Trasmissione dei dati

Ai sensi dell'art. 321 CP, sono tenute/i al segreto professionale anche le collaboratrici e i collaboratori dello studio che, nel ruolo di personale ausiliario e nell'esercizio della loro funzione professionale, vengono a conoscenza di dati protetti (ad es. la segreteria).

Gli altri ausiliari che svolgono incarichi, ad esempio nell'ambito della contabilità, dell'amministrazione fiduciaria o delle pulizie, sono tenuti a firmare un accordo sulla riservatezza. Trovate un esempio al riguardo sul sito web della [FMH](#):

Il fatto che la/il terapeuta ricorra a un terzo per la fatturazione (cassa dei medici, SwisscomHealth, ecc.) non sembra a priori coperto dal consenso mediante comportamento implicito. Anche se si tratta di una prassi abbastanza corrente, non si può (ancora) ritenere che la/il paziente possa attendersi necessariamente il ricorso a terzi e che, di conseguenza, ella/egli vi acconsenta mediante un comportamento concludente (manifestazione tacita di volontà), recandosi dal suo medico. Di conseguenza, la/il terapeuta dovrebbe di principio chiedere alla/al paziente il suo esplicito consenso. In merito all'argomento si rimanda al sito web dell'[Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza \(IFPDT\)](#):

4.1.3.6 Rendicontazione

In merito alle prestazioni dell'ergoterapista, gli assicuratori hanno l'incarico di rendicontazione in base ai criteri EAE. Pertanto, gli assicuratori possono chiedere all'ergoterapista/medico di fornire una rendicontazione sui seguenti aspetti:

- misure di accertamento adottate, anamnesi ergoterapica
- misure di trattamento attuate
- misure in assenza della/del paziente
- obiettivi e loro raggiungimento
- obiettivi della terapia

I documenti richiesti dalla cassa malati sono indirizzati direttamente al servizio del medico di fiducia.

4.1.3.7 Modello di rapporto ASE uniformato

Si consiglia di utilizzare il modello di rapporto ASE uniformato per il rilascio di qualsiasi informazione. Trovate il modello [qui](#).

Il modello di rapporto fornisce le risposte a tutte le domande specifiche poste dagli assicuratori alle/agli ergoterapiste/i. L'esperienza ha dimostrato che, grazie a una buona struttura e al fattore del riconoscimento, il modello di rapporto è in grado di velocizzare il processo di garanzia di assunzione

dei costi. Il modello di rapporto si orienta in base all'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, OMS 2001).

4.1. 4 Fatturazione

Le seguenti informazioni si riferiscono soltanto agli elementi della fatturazione identici nelle due convenzioni santésuisse e CTM. Per eventuali chiarimenti si prega di consultare il nostro sito web [Convenzioni tariffali - Ergotherapie-Verband](#)

Nel quadro dello sviluppo digitale, la fatturazione avverrà sempre di più in forma elettronica, attraverso il software proprio dello studio, la piattaforma MediData (www.medidata.ch/md/web/it/) o su incarico esterno a un fornitore privato, ad esempio la cassa dei medici. Anche se ancora per poco, attualmente (stato 2026) è possibile fatturare le prestazioni a carico delle assicurazioni malattie su fatture cartacee proprie (convenzione tariffale santésuisse). Dal 1° gennaio 2020 è obbligatorio utilizzare il formato di fatturazione unitario per l'AI, per l'assicurazione contro gli infortuni e l'assicurazione militare (convenzione tariffale CTM). Potete richiedere la guida per l'applicazione della suddetta soluzione alla segreteria dell'ASE.

4.1.5 Copia della fattura al cliente

Dal 1° gennaio 2022, LAMal e LAI richiedono esplicitamente una copia della fattura per la persona assicurata. Ma dall'Ordinanza sull'assicurazione malattie si poteva desumere già prima del 1° gennaio 2022 l'obbligo di produrre una copia della fattura. Qui di seguito le indicazioni fornite dall'avvocato della nostra associazione: «Si tratta chiaramente di un obbligo. La legge non menziona esplicitamente la possibilità del cliente di rinunciare a una copia della fattura».

La LAINF non applica tale regolamentazione. Tuttavia, non tutti i trattamenti dovuti a infortunio passano per la LAINF, segnatamente non nel caso di bambini/e o (spesso) di pensionati/e o di lavoratori/trici indipendenti. In questo caso è l'assicurazione malattie ad assumere le prestazioni, con l'obbligo di consegnare copia della fattura.

L'ASE raccomanda pertanto agli/alle ergoterapiste/i **di far pervenire a tutta la clientela una copia della fattura.**

Ad oggi, anche l'assicurazione militare non prevede (ancora) l'obbligo di inviare una copia della fattura.

Trovate i fornitori di software per studi di ergoterapia sul nostro [sito web](#).

Il **valore del punto tariffale**, riportato in un allegato delle convenzioni tariffali, è valido su tutto il territorio svizzero. I valori del punto tariffale nelle convenzioni tariffali santésuisse e CTM sono al momento identici e pari a **CHF 1.10** (stato 2026).

Posizioni supplementari per le casse malati (non comprese nella convenzione santésuisse):

- 7644 Qualora si utilizzi un **veicolo a motore privato** per il viaggio di andata e ritorno viene corrisposta un'indennità di 60 centesimi/km.
- 7645 Qualora si utilizzi un **mezzo di trasporto pubblico** per il viaggio di andata e ritorno è possibile conteggiare i costi del biglietto di seconda classe.
- 7646 **Consegna di mezzi ausiliari:** le/gli ergoterapiste/i e le organizzazioni di ergoterapia sono autorizzati a consegnare stecche e ausili ergoterapici dispensati dalle/dai terapisti/i e finalizzati all'obiettivo terapeutico fino a un importo massimo annuo di CHF 250 per paziente (prezzo di costo della merce venduta, vale a dire costi di approvvigionamento e di stoccaggio inclusi) senza precedente garanzia di pagamento speciale. La fattura deve essere dettagliata. Nel caso di stecche e ausili per un importo superiore a CHF 250 annui per paziente, prima della consegna occorre munirsi di garanzia di pagamento presso l'assicuratore malattie. Ulteriori informazioni sull'argomento: [2025 Informazioni EMap](#) e [Circulaire Prise en charge des moyens auxiliaires ergothérapeutiques par les assureurs-maladie](#) (solo in francese e tedesco)

Limitazioni temporali:

Entrambe le convenzioni (santésuisse e CTM) applicano delle limitazioni temporali. Qualora si preveda di non poter rispettare la limitazione temporale, è necessario informare anticipatamente la cassa malati per telefono o per iscritto.

Se invece il superamento della limitazione temporale della terapia non può essere previsto occorrerà motivarlo alla cassa malati spontaneamente al momento della fatturazione.

Fatturazione a carico delle assicurazioni:

Il debitore dell'onorario è l'assicuratore competente (sistema del «terzo pagante») al quale l'ergoterapista invia la fattura una volta terminato il ciclo di trattamenti. La fatturazione avviene di regola dopo un ciclo di nove sedute (non si applica nell'AI, per i dettagli vedi la convenzione tariffale CTM). Se il trattamento si conclude prima, la fattura deve essere emessa subito dopo l'ultima seduta. Riguardo alle/ai pazienti che **alla fine dell'anno** sono ancora in trattamento occorre emettere una fattura parziale al 31 dicembre per tutte le assicurazioni malattie, anche se le nove sedute previste non sono ancora state effettuate (rateo contabile). Ad anno nuovo, si potrà continuare in base alla stessa prescrizione. Quanto detto non si applica nel caso dell'AI e delle assicurazioni contro gli infortuni che, a loro volta, non intendono utilizzare il rateo contabile.

A gennaio occorre accertarsi che le/i pazienti non abbiano cambiato cassa malati (assicurazione di base). In caso affermativo, si provvede a informare il nuovo assicuratore sul trattamento in corso tramite copia della prescrizione.

L'ergoterapista è tenuto a inviare **copia della fattura** alle/ai propri pazienti. Dopo avere ricevuto la fattura completa di tutti i dati, gli assicuratori malati sono obbligati a pagare l'importo dovuto entro 30 giorni.

Fatturazione a carico della/del paziente nel caso di prestazioni non obbligatorie:

L'ergoterapista ha l'obbligo di segnalare alle/ai pazienti che le cosiddette **prestazioni non obbligatorie** devono essere assunte privatamente. Le/i pazienti devono farsi carico di tali costi aggiuntivi solo se **preventivamente informati**. Queste e altre informazioni possono essere comunicate in anticipo al o alla paziente, ad esempio su un foglio informativo in occasione della prima seduta.

Cosa fare quando i clienti non si presentano all'appuntamento?

Rientrano nei costi per prestazioni non obbligatorie:

- Il rimborso dei costi di trattamento per le sedute di terapia mancate che, ai sensi della legge, il o la paziente deve assumersi. Le/i pazienti devono esserne informate/i a inizio terapia. L'ASE raccomanda una nota al riguardo sul biglietto degli appuntamenti.
- I costi materiali, ad esempio gli strumenti di lavoro o i costi alimentari.

4.1.5.1 IVA

In linea di principio, è soggetta al pagamento dell'IVA qualsiasi azienda (a partire da un fatturato di CHF 100 000). Gli studi professionali e le organizzazioni di ergoterapia rientrano tuttavia nelle categorie di aziende esenti da IVA, in quanto forniscono cure mediche.

Per l'esenzione dall'IVA devono essere comunque soddisfatte le seguenti condizioni:

- autorizzazione cantonale all'esercizio indipendente della professione di ergoterapista;
- la documentazione riporta (su prescrizioni o fatture) la natura della malattia, dell'infortunio o degli altri disturbi trattati;
- la fattura elenca separatamente le prestazioni parziali fornite;
- la descrizione delle prestazioni parziali erogate evidenzia in modo coerente se i prerequisiti per la cura medica sono soddisfatti o meno;
- sono esenti da IVA anche i servizi di ergoterapia forniti nell'ambito di un soggiorno ospedaliero, di un centro di cure mediche o di una degenza in una casa di cura (casa per anziani, strutture medico-sociali, strutture per disabili).

Trovate le informazioni sull'ordinanza concernente l'imposta sul valore aggiunto (OIVA) [qui](#)

Poiché questa normativa è molto complessa e spesso la sua lettura solleva più domande che

risposte, vi consigliamo di avvalervi fin dall'inizio della collaborazione con fiduciari e revisori professionisti. L'EVS non è in grado di fornirvi consulenza in materia di IVA.

Legge sull'IVA (LIVA)

Art. 35 Condizione per il riconoscimento come prestatore di cure mediche (art. 21 cpv. 2 cifra 3 LIVA)

1 Il prestatore dispone di un'autorizzazione all'esercizio della professione ai sensi dell'articolo 21 capoverso 2 cifra 3 LIVA se:

- a. dispone dell'autorizzazione all'esercizio indipendente della professione secondo il diritto cantonale; oppure
- b. è ammesso all'esercizio della cura medica secondo la legislazione cantonale.

2 Sono considerate professioni mediche e sanitarie ai sensi dell'articolo 21 capoverso 2 numero 3 LIVA segnatamente quelle di:

- c. ergoterapisti

In linea di massima, rimane comunque soggetta a IVA la vendita di mezzi ausiliari da parte dell'ergoterapisti alle/ai pazienti. Informazioni su www.ch.ch/it/imposte-e-finanze/tipi-d-imposta/imposta-sul-valore-aggiunto--iva-

4.1.5.2 Obbligo di traslare gli sconti

La LAMal stabilisce come principio l'obbligo di traslare integralmente gli sconti ricevuti. Il fornitore di prestazioni deve traslare le remunerazioni di sconti diretti o indiretti quali gli sconti sul prezzo e i rimborsi (art. 56 cpv. 3 LAMal) secondo il sistema del «terzo pagante» all'assicuratore malattie. I fornitori di prestazioni non possono trattenere per sé le remunerazioni ricevute. Ai fini della trasparenza, della tracciabilità e della migliore comprensibilità, l'ASE raccomanda di menzionare gli sconti ricevuti in fattura, quindi di indicare il prezzo originario e, con il codice tariffale 406, cifra tariffale 1000 «sconti», specificare la detrazione in fattura come posizione negativa.

4.1.5.3 Fatturazione di prestazioni fornite a pazienti da studenti/esse in ergoterapia:

In base alla convenzione tariffale con l'ASE o CRS, può fatturare le prestazioni agli assicuratori solo l'ergoterapista in possesso di un diploma riconosciuto o di un rispettivo bachelor. **Secondo la convenzione tariffale non possono essere fatturate** le prestazioni delle/dei praticanti.

L'ultima iniziativa interprofessionale al Consiglio nazionale inerente alla suddetta fattispecie è del 2016. L'iniziativa è stata guidata dalla Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) congiuntamente alle associazioni di levatrici, consulenza nutrizionale, fisioterapia ed ergoterapia. Purtroppo, l'intervento è stato respinto e, dunque, l'obiettivo di trovare una soluzione per

indennizzare le prestazioni erogate dalle/dai praticanti non è stato raggiunto. Ad oggi non esiste quindi alcuna possibilità di conteggiare tali prestazioni a carico degli assicuratori.

Per quanto concerne la fatturazione della prestazione, santésuisse si attiene al seguente principio: «In linea di massima, si è soggetti all'obbligo di rimborso solo se sono soddisfatte le condizioni di cui all'art. 48 OAMal, ossia se si dispone di un diploma riconosciuto o di un rispettivo bachelor. Prima di conseguire il diploma in ergoterapia, anche tutte le prestazioni fornite durante il praticantato obbligatorio non sono di principio assoggettate alla LAMal visto che, valendo come formazione, non possono essere fatturate».

4.1.5.4 Fatturazione nel caso di mancata presentazione della/del cliente

È importante comunicare alla clientela entro quanto tempo è possibile disdire un appuntamento senza costi aggiuntivi. Il nostro suggerimento: fino a 24 ore prima della data fissata. La disdetta tardiva – debitamente comunicata – è invece considerata «disdetta in tempo inopportuno», ai sensi del Codice delle obbligazioni (art. 404 CO, cpv. 2). Gli appuntamenti mancati, ossia il mancato rispetto del termine di 24 ore, possono essere fatturati alla/al cliente. Nel caso di mancata presentazione della/del cliente, non è possibile fatturare alcuna prestazione all'assicurazione.

4.2 Difficoltà nella collaborazione con le assicurazioni

4.2.1 Problemi di procedura per la richiesta di garanzia di assunzione dei costi

Se entro dieci giorni lavorativi dall'invio della richiesta di garanzia di assunzione dei costi non arriva alcuna lettera di attesa o rifiuto, **si considera tacitamente accettata la garanzia di assunzione dei costi.**

Se invece entro gli stessi dieci giorni l'assicurazione invia una richiesta di attesa, spesso è perché si stanno attendendo ulteriori informazioni, in genere dai medici prescrittori.

Il seguente grafico illustra le diverse possibilità relative alla procedura di garanzia di assunzione dei costi:

Kostengutspracheprozess bei Schwierigkeiten mit der Krankenkasse Es handelt sich hier um eine Anfrage innerhalb der ersten 4 x 9 Behandlungen

Generell:

Bei mündlicher Anfrage sind Notizen wichtig! (Name, Datum, Inhalt) Die Anfrage nach der Begründung ist noch KEINE Eröffnung der Verfügung

Kann zusätzlich gemacht werden

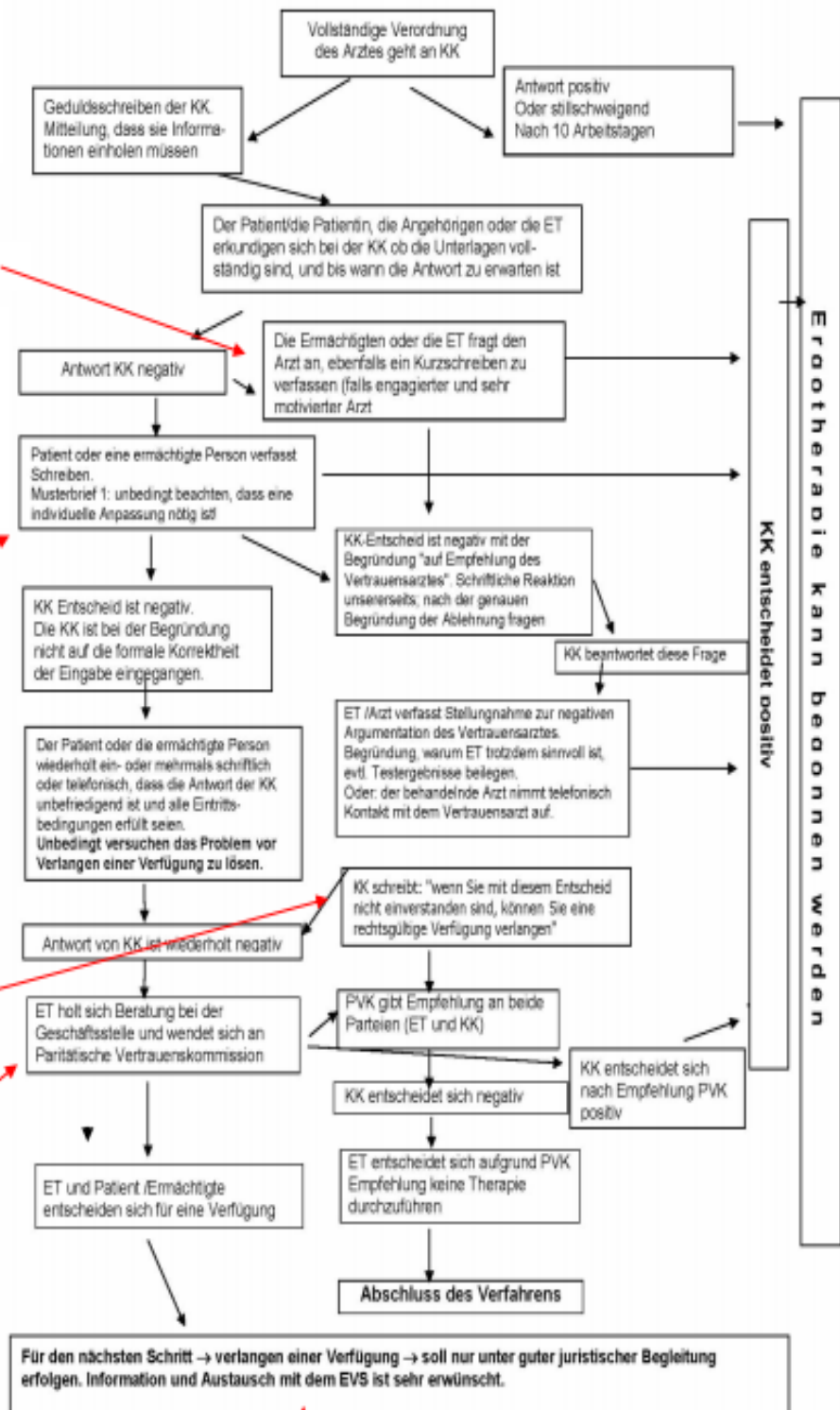
Formale Bedingungen sind:

- Patient hat eine festgestellte Krankheit
- Ergotherapie wurde von Arzt verordnet
- Die Ausführungsstelle ist eine ET mit Berufsausübungsbewilligung

Alle Parteien (KK, Patient, ET) haben ein hohes Interesse, eine Lösung zu finden, BEVOR eine Verfügung verlangt wird. Wiederholende Korrespondenz mit ähnlichem Inhalt, sowie Beständigkeit sind unabdingbar. Manchmal wird von einem Wiedererwägungsgesuch gesprochen. Dieser Wortlaut wird von Ärzten benutzt. Der Begriff verlangt juristisch keine formalen Bedingungen.

Auf diese Aufforderung der KK ist eine Verfügung nicht zwingend der nächste Schritt. Es können weitere Schreiben eingereicht werden.

Juristische Begleitung kann angefragt werden bei Patientenorganisationen, Procap, Ligen (z.B. Rheumaliga) etc.



Sobald eine Verfügung verlangt wird, besteht keine Möglichkeit mehr, den Ablauf zu kontrollieren. Die KK unterliegt keiner zeitlichen Frist. Verfahren kann sich über mehrere Jahre hinausziehen.

I modelli di lettera ai clienti sono reperibili presso la segreteria dell'ASE.

Attenzione: i modelli di lettera devono essere adeguati alla situazione specifica.

4.2.2 Commissioni paritetiche di fiducia

Prima di richiedere una decisione, l'ASE consiglia di interpellare la Commissione paritetica di fiducia. Per ulteriori informazioni sulla Commissione paritetica di fiducia e Commissione di garanzia della qualità (CPFGQ) vedi [pag. 58](#).

4.2.3 Problemi con la fattura, contestazione della fattura

In generale, l'ASE raccomanda di apporre sulla fattura la dicitura **«pagabile entro 30 giorni dalla ricezione della stessa»** (per le fatture incluse nella convenzione CTM: **«pagabile entro 60 giorni»**).

L'assicurazione non rimborsa la fattura:

Se la fattura non è saldata entro questo termine o se non viene fatta pervenire alcuna lettera di chiarimento per il ritardo, si consiglia di chiedere e solo dopo inviare una lettera di sollecito. Il **sollecito** deve indicare **un nuovo termine di pagamento** (ad esempio, «pagabile dieci giorni dopo la ricezione della stessa»). Qualora l'assicuratore continui a non rispondere è possibile far recapitare una **lettera raccomandata di sollecito** indicando che l'ulteriore mancato pagamento comporterà delle azioni legali. Per il sollecito non può essere riscosso alcun emolumento. Se l'assicuratore continua a non ottemperare, potete procedere presentando una domanda d'esecuzione:

- Fase 1: con la domanda d'esecuzione, l'ufficio competente notifica un'ingiunzione di pagamento.
- Fase 2: la parte escussa ha diritto di presentare opposizione confermando in tal modo che non intende pagare; è possibile intraprendere le vie legali.
- Fase 3: l'escutente può ora accettare la decisione della parte escussa di non pagare oppure chiedere il giudizio di rigetto (in caso di riconoscimento scritto del debito) o, ancora, presentare un'azione di riconoscimento. Il caso viene sottoposto al tribunale competente. Solo allora la procedura legale potrà dirsi avviata.
- Attenzione: sia la procedura d'esecuzione sia l'azione legale impongono l'obbligo del segreto professionale.

Mancato pagamento delle fatture dovuto a inadempienza nel pagamento dei premi:

Nel caso di mancato pagamento dei premi da parte della/del paziente, l'assicurazione malattie è tenuta a fornire le prestazioni fino a quando non sia in possesso di un **attestato di carenza di beni**. In seguito avrà l'obbligo di notificarlo al servizio sociale competente.

Solo allora l'assicurazione malattie potrà **sospendere** temporaneamente le prestazioni (art. 90 cpv. 3 e 4 OAMal). Dal momento in cui il o la paziente si fa interamente carico dei premi, delle partecipazioni ai costi, degli interessi di mora e delle spese d'esecuzione, l'assicuratore deve riprendere a fornire tutte le prestazioni con **effetto retroattivo** (art. 90 cpv. 4 OAMal).

Pertanto, la durata della sospensione dell'obbligo di prestazione è calcolata dalla ricevuta dell'attestato di carenza di beni e, quindi, dalla relativa notifica al servizio sociale fino al pagamento dei premi. Nel periodo precedente o seguente, l'assicuratore non può far valere alcuna sospensione. I fornitori di prestazioni possono richiedere all'assicurazione malattie o al servizio sociale informazioni in merito all'esistenza di un attestato di carenza di beni. Qualora l'assicuratore rifiuti di fornire le informazioni richieste, il fornitore di prestazioni può presentare una domanda d'esecuzione.

Alcuni programmi di fatturazione segnalano la solvibilità della o del paziente automaticamente alla scansione della tessera di assicurato.

Rimborsi, se il fornitore dei servizi cambia con effetto retroattivo (CM – AI e CM – AINF)

Accade spesso che per le prestazioni ergoterapiche effettuate il fornitore cambi, con effetto retroattivo, dall'assicurazione malattie all'AI o all'assicurazione contro gli infortuni oppure viceversa. In tal caso si applicano i seguenti articoli:

1. Art. 71 LPGA e, riguardo alle differenze, art. 116 OAMal.

L'ergoterapista ha l'obbligo di trascrivere l'altra tariffa sulla fattura e inviarla alla relativa assicurazione (dal 1° marzo 2019 usufruiamo di due tariffe differenti, santésuisse/curafutura e CTM). Le assicurazioni si accorderanno poi tra di loro. Nel caso di problemi (ad esempio rimborsi direttamente all'ergoterapista), le assicurazioni possono essere indirizzate ai suddetti articoli.

2. Art. 71 LPGA

L'assicuratore soggetto al versamento di prestazioni anticipate deve attenersi alle disposizioni che disciplinano la sua attività. Se il caso è assunto da un altro fornitore, egli deve rimborsare gli anticipi entro i limiti del suo obbligo di prestazione.

3. Art. 116 OAMal

Tariffe differenti

¹ Se l'assicuratore malattie ha anticipato prestazioni, gli altri assicuratori sociali devono versare ai fornitori di prestazioni l'eventuale differenza tra la loro propria tariffa e quella applicata dall'assicuratore malattie.

² Se, applicando le proprie tariffe, l'assicuratore malattie ha pagato ai fornitori di prestazioni più di quanto avrebbe dovuto se avesse applicato le tariffe valide per le altre assicurazioni, i fornitori di prestazioni devono restituirgli la differenza.

Da leggere: Cosa accade in caso di cambiamento retroattivo dell'assuntore dei costi? [Rimborsi](#)

4.3 Commissione paritetica di fiducia de la CTM (CPFGQ)

Entrambe la convenzione tariffale CTM, stabilisca l'obbligo delle parti contraenti di predisporre una **istanza di conciliazione**, ossia una Commissione paritetica di fiducia.

Trovate le informazioni (CTM) sulla Commissione paritetica di fiducia e di garanzia della qualità (CPFGQ) su [ergotherapie.ch/berufsausuebung/tarifvertraege/Rimborso di ergoterapia da parte dell'AI, dell'assicurazione contro gli infortuni e dell'assicurazione militare](http://ergotherapie.ch/berufsausuebung/tarifvertraege/Rimborso%20di%20ergoterapia%20da%20parte%20dell'AI,%20dell'assicurazione%20contro%20gli%20infortuni%20e%20dell'assicurazione%20militare)

I compiti della CPFGQ consistono nel conciliare le controversie tra ergoterapista e assicuratore in merito al trattamento dei/delle pazienti. La Commissione funge da **istanza di conciliazione** per tutte le divergenze di opinione (garanzie di assunzione dei costi, fatturazione) derivanti dalla **applicazione della tariffa di ergoterapia**.

Potete ritirare i **moduli** per segnalare i casi alla CPFGQ presso la segreteria dell'ASE o scaricarli dal sito web dell'ASE.

La convenzione tariffale santésuisse (assicurazioni malattia), ormai datato ma ancora in vigore, non prevede più la PVK.

Dopo aver consultato l'ASE, vi preghiamo di rivolgervi direttamente al tribunale arbitrale cantonale.

Ulteriori informazioni

- Imposta sul valore aggiunto ([IVA](#))
- www.ergotherapie.ch => info pratiche -> settore pediatria ([documenti](#) per F82)
- www.ergotherapie.ch => Info pratiche -> [convenzioni tariffali](#) (raccomandazioni dell'ASE le posizioni 7602, 7612, 7622 e 7632)
- www.ergotherapie.ch => info pratiche > convenzioni tariffali (documenti CPF)
- www.vertrauensaerzte.ch => manuale (solo in tedesco e francese)

Contatti

- Mediatore delle assicurazioni malattie sociali www.om-kv.ch/it
- Inclusion Handicap, servizio giuridico per persone disabili, agenzia di Berna: per i Cantoni Argovia, Berna (d), Basilea Campagna, Basilea Città, Friburgo (d), Soletta e Vallese (d).
Mühlemattstrasse 14a, 3007 Berna, 031 370 08 35
- Inclusion Handicap, servizio giuridico per persone disabili, agenzia di Zurigo: per i Cantoni di entrambi gli Appenzelli, Glarona, Grigioni, Lucerna, Obvaldo e Nidvaldo, San Gallo, Sciaffusa, Svitto, Turgovia, Uri, Zugo e Zurigo, Grütlistrasse 20, 8002 Zurigo
044 201 58 28

- Inclusion Handicap, servizio giuridico per persone disabili, agenzia di Losanna: per tutti i Cantoni della Svizzera romanda, incluse le zone francofone di Berna, Friburgo e del Vallese, Place Grd-St-Jean 1, 1003 Losanna, 021 323 33 52
- Amministrazione federale delle contribuzioni, divisione principale IVA, Schwarztorstrasse 50, 3003 Berna, [L'AFC – per le imposte e le tasse federali](#): Informazioni sull'IVA

5 Acquisire uno studio professionale già esistente

Vantaggi di una acquisizione rispetto alla costituzione ex novo di uno studio professionale:

- di regola, rispetto alla nuova apertura, è più facile sfruttare la capacità produttiva nella fase iniziale di un'acquisizione. I problemi organizzativi e di approvvigionamento si risolvono in meno tempo;
- le/i terapisti/i possono sin dall'inizio usufruire della rete di relazioni esistente e, quindi, «attingervi a piene mani» (rete di riferimento già disponibile, tra cui medici prescrittori, ulteriori servizi, partner commerciali).

Svantaggi di una acquisizione rispetto alla costituzione ex novo di uno studio professionale:

- al fine di definirne il prezzo di acquisto, lo studio deve prima essere sottoposto a valutazione;
- l'inventario deve essere rilevato interamente; potrebbero rendersi necessari ulteriori investimenti;
- i contratti con eventuali dipendenti sono da acquisire nella forma esistente oppure è necessario procedere con le disdette dovute alle modifiche del rapporto di lavoro;
- tutte le questioni che interessano i locali devono essere chiarite e, all'occorrenza, si stipulano dei contratti nuovi con le/i proprietarie/i.

Da chiarire prima dell'acquisizione:

- Qual è la reputazione dello studio (presso medici e pazienti)?
- Quale la validità del contratto di locazione dei locali?
- Come procedere nel caso di risoluzione anticipata del contratto di locazione?
- Come procedere nel caso di vendita dei locali (il contratto di locazione figura nel registro fondiario)?
- Qual è il prezzo richiesto per l'acquisizione?
- L'inventario da rilevare è in grado di soddisfare i criteri della futura offerta di trattamento?
- In attesa che gli assicuratori assumano le prestazioni, qual è la somma da preventivare per i nuovi investimenti, i costi d'esercizio e il salario mancante?
- Ho considerato tutte le domande che riguardano sia il numero RCC di santésuisse/CTM sia la autorizzazione cantonale all'apertura di uno studio?

Nel caso di acquisizione di lavoro subordinato occorre chiarire:

- Qual è il rapporto di lavoro con le/i dipendenti?
- Quali sono le qualifiche delle/dei dipendenti?
- Qual è l'atteggiamento delle/dei dipendenti nei confronti dell'acquisizione?

5.1 Valutazione dello studio di ergoterapia

La valutazione di uno studio di ergoterapia può essere necessaria per diverse ragioni, tra cui, ad esempio, l'acquisto o la vendita di uno studio. L'azienda deve essere sottoposta a valutazione anche al momento dell'entrata o della recessione di un socio.

Non è possibile stabilire in assoluto il giusto valore di una azienda, le valutazioni sono sempre soggettive. Il valore aziendale è quindi da intendersi soltanto come ordine di grandezza e base di calcolo in fase di trattativa. Nella procedura di vendita, il valore «giusto» è quello che la/il venditrice/tore il venditore ritiene tale e che l'acquirente è disposto ad accettare.

A livello pratico sono stati sviluppati diversi metodi di gestione aziendale che consentono di determinare il valore aziendale. Segue una selezione di metodi di valutazione che è possibile applicare nei rapporti di compravendita semplici. In casi specifici, lei preghiamo di rivolgersi tempestivamente al suo amministratore fiduciario. Le spiegazioni che seguono non devono essere intese come basi giuridicamente vincolanti.

Procedura: la valutazione si basa sul bilancio e sul conto economico dell'anno in corso, eventualmente anche degli anni precedenti e, se disponibili, sui bilanci e i conti economici di previsione per i successivi 3-5 anni. Nella selezione dei dati, l'obiettivo è di ottenere dei valori il più possibile rappresentativi e conseguibili in maniera durevole.

In primo luogo occorre procedere con la rettifica dei dati già esistenti. Poiché l'iscrizione a bilancio è di regola determinata dal diritto tributario, i bilanci generalmente tendono a documentare dei valori troppo bassi. Nel caso di una vendita, tuttavia, si ha tutto l'interesse a conoscere il valore effettivo, motivo per cui si rende necessario sostituire i valori dichiarati con i valori di mercato. Ma determinare il valore di mercato non è sempre cosa facile. Quando si tratta di veicoli è possibile rivolgersi a un'officina e richiedere una valutazione Eurotax, per taluni apparecchi e dispositivi esiste forse un apposito mercatino delle occasioni, nei magazzini si possono applicare gli attuali valori di acquisto delle merci. Se invece il valore di mercato non è disponibile, si procede per approssimazione e, in definitiva, lo si deve stimare. La stima approssimativa parte dal valore di acquisizione che, calcolando la durata di utilizzazione adeguata, è ammortizzato a quote costanti. In più, i beni non necessari all'esercizio aziendale devono essere rimossi e, nel conto economico, corrette le transazioni non in

linea con la situazione di mercato, ad esempio gli stipendi dell'imprenditore troppo bassi o troppo alti. Nel caso di imprese individuali, lo stipendio dei proprietari deve rispondere al valore mercato. A rettifica avvenuta, si prosegue con la valutazione vera e propria dell'azienda.

I metodi di valutazione presentati qui di seguito sono illustrati in base a un semplice esempio numerico. Poniamo che i numeri siano già stati rettificati e che le cifre del conto economico, realizzabili anche in termini di sostenibilità, si riferiscano all'andamento di un anno medio.

Bilancio al 31.12.202X

Liquidità	CHF	20 000	Impegni	CHF	15 000
Crediti	CHF	25 000	Transitori passivi	CHF	10 000
Scorte di magazzino	CHF	5000	Prestiti a lungo termine	<u>CHF</u>	<u>30 000</u>
Prestazioni di servizi non fatturate terzi	CHF		15 000		Totale capitale di
	<u>CHF</u>	<u>55 000</u>			
Transitori attivi	<u>CHF</u>	<u>5000</u>			
Totale attivo circolante	<u>CHF</u>	<u>70 000</u>	Capitale sociale	CHF	20 000
Riserve	CHF	10 000			
Investimenti finanziari	CHF	10 000	Riporti di utili	CHF	15 000
Immobilizzazioni mobili	<u>CHF</u>	<u>70 000</u>	Utile annuo	<u>CHF</u>	<u>50 000</u>
Totale immobilizzazioni	<u>CHF</u>	<u>80 000</u>	Totale capitale proprio	<u>CHF</u>	<u>95 000</u>
Totale attività	<u>CHF</u>	<u>150 000</u>	Totale passività	<u>CHF</u>	<u>150 000</u>

Conto economico 202X

Ricavi di esercizio	CHF	448 000
Diminuzione dei ricavi	- CHF	5000
Variazione di inventario prestazioni di servizi non fatturate	<u>CHF</u>	<u>7000</u>
Totale ricavo d'esercizio	CHF	450 000
Costi per acquisto di materiale	- CHF	<u>9000</u>
Utile lordo 1	CHF	441 000
Spese per il personale	- CHF	<u>336 000</u>
Utile lordo 2	CHF	105 000
Costi per l'uso di immobili	- CHF	15 000
Manutenzione e riparazioni	- CHF	2000
Emolumenti e assicurazioni	- CHF	3000
Costi energia e smaltimento	- CHF	2000
Spese amministrative e informatiche	- CHF	6000
Contributi pubblicitari	- CHF	<u>3000</u>
Utile d'esercizio 1 (EBITDA)	CHF	74 000
Ammortamenti	- CHF	<u>15 000</u>
Utile d'esercizio 2 (EBIT)	CHF	59 000
Utile finanziario	- CHF	<u>1000</u>
Utile d'esercizio 3 (EBT)	CHF	58 000

Imposte	- CHF 8000
Risultato d'esercizio	<u>CHF 50 000</u>

Metodo del valore reale: il valore reale è la somma dei valori patrimoniali necessaria all'erogazione delle prestazioni in un determinato momento. Dal totale dei beni (totale attività) si sottraggono i debiti (totale capitale di terzi).

*Nell'esempio, il valore reale è pari a **CHF 95 000** (CHF 150 000 - CHF 55 000). Di regola, il valore reale corrisponde al capitale proprio.*

Il valore reale si riferisce a una considerazione statica in un determinato momento che, di solito, riesce a cogliere solo un aspetto della valutazione aziendale. Molte volte è il valore reale a definire il prezzo minimo.

Metodo del valore di rendimento: per valore di rendimento si intende l'utile capitalizzato. Il metodo del valore di rendimento considera l'impresa come se fosse un investimento. Il valore indica il prezzo che è possibile pagare per l'azienda al fine di ottenere il rendimento previsto (tasso di capitalizzazione). Il tasso di capitalizzazione è individuale e dipende essenzialmente dal rischio dell'investimento. Nelle valutazioni di società non quotate in borsa, l'Amministrazione federale delle contribuzioni (AFC) applica un tasso di capitalizzazione unitario, attualmente pari al 7,5 % (stato 2023).

Il valore di rendimento si calcola dividendo l'utile per il tasso di capitalizzazione.

*Nell'esempio, il valore di rendimento è pari a **CHF 526 316** (CHF 50 000 : 7,5 %)*

Metodo del valore medio: il metodo del valore medio è una combinazione tra metodo del valore reale e metodo di rendimento. Al valore di rendimento è attribuita una ponderazione doppia, al valore reale una ponderazione semplice. Il metodo è spesso utilizzato nella gestione di aziende più piccole.

Nell'esempio, il valore aziendale calcolato in base al metodo del valore medio è pari a CHF 461 774 (CHF 645 161 + CHF 645 161 + CHF 95 000): 3.

Metodo dei multipli di mercato: Il metodo dei multipli, noto anche come market multiple, è un metodo orientato al mercato. Per valutare un'azienda si utilizzano dei moltiplicatori emersi dall'osservazione del mercato durante altre transazioni. Ad esempio, si può utilizzare come base di calcolo il fatturato o l'utile d'esercizio 2 (EBIT). Il moltiplicatore adeguato in base al fatturato è compreso tra 0,7 e 0,8, mentre il moltiplicatore EBIT si situa tra 5 e 7.

Nell'esempio, il valore aziendale con il moltiplicatore del fatturato è di CHF 337 500 (CHF 450 000 x 0,75), con il moltiplicatore EBIT di CHF 354 000 (CHF 59 000 x 6).

Plausibilizzazione: secondo il metodo del valore medio e il metodo dei multipli, il valore aziendale calcolato nell'esempio è compreso tra CHF 337 500 e CHF 461 774. Entrambi, il valore reale e il valore di rendimento, sono molto lontani da questi numeri. Il potenziale acquirente prende in considerazione anche un'altra ottica, ossia quella del finanziamento. L'acquirente fa una previsione degli anni che deve impiegare per generare il prezzo di acquisto da versare; l'attenzione è rivolta ai flussi di cassa in entrata (cash flow) che, in modo semplificato, possono essere determinati indirettamente sommando gli ammortamenti all'utile operativo. Sarebbe opportuno generare il prezzo di acquisto nell'arco di 5-7 anni. Il presente calcolo di controllo consente di effettuare una plausibilizzazione al fine di capire se il prezzo di acquisto calcolato o atteso sia o meno un dato realistico.

Nell'esempio, il cash flow è di CHF 65 000 (CHF 50 000 + CHF 15 000).

Supponendo che l'acquirente e il venditore si mettano d'accordo su un prezzo di acquisto pari a CHF 360 000, il venditore potrà generare il prezzo di acquisto in 5,54 anni (CHF 360 000 : CHF 65 000), muovendosi nell'arco di tempo previsto che va dai 5 ai 7 anni.

Osservazioni finali: come già menzionato all'inizio, i valori calcolati sono utili soltanto ai fini della trattativa. La situazione attuale del mercato, segnatamente il rapporto tra domanda e offerta, influenza il prezzo tanto quanto i valori determinati dalla gestione aziendale. Se la domanda di acquisizione di uno studio è bassa, si abbasserà anche il prezzo di vendita.

A un certo punto, le/i venditrici/ori e le/gli acquirenti di uno studio devono accordarsi. E sono soprattutto le/i venditrici/ori a dover mettere in conto l'ipotesi che la trattativa di vendita possa fallire. Quando uno studio viene liquidato, nella migliore delle situazioni si realizza il valore reale. In tal caso il valore è nettamente inferiore a quello definito nella valutazione dell'azienda che, invece, si inserisce nella prospettiva di una continuazione della attività. Il processo di liquidazione comporta oltretutto dei costi (ad esempio, lo smaltimento degli articoli invenduti, diverse tasse, imposte, ecc.).

5.2 Dati delle/dei pazienti

Per quanto concerne le informazioni ottenute durante la sua attività, l'ergoterapista ha l'obbligo del segreto professionale.

In assenza di una base legale (ad esempio nel caso di fatturazione a carico dell'assicurazione malattie) che richiede la trasmissione dei dati o limita l'obbligo del segreto professionale (autorizzazione dell'autorità superiore, obbligo di fornire informazioni alle autorità e obbligo di testimoniare), i dati della o del paziente possono essere trasmessi soltanto previo suo esplicito consenso. Nel quadro dell'acquisizione di uno studio sarebbe dunque opportuno chiedere alle/ai

pazienti se intendono trasferirsi allo studio nuovo e se, pertanto, acconsentono alla trasmissione dei loro dati. Due le possibilità: chiedere a tutte/i le/i pazienti il consenso esplicito al trasferimento dei dati oppure informarle/i del passaggio a uno studio nuovo offrendo loro la possibilità di ritirare la propria cartella clinica e, altresì, di opporsi alla trasmissione dei dati (il cosiddetto opt-out) qualora decidano di non passare allo studio nuovo.

Per il trattamento dei dati della/del paziente, si applica in particolare la nuova legge sulla protezione dei dati (revLPD) del 2023, allineata al regolamento generale sulla protezione dei dati UE (GDPR). La legislazione sulla protezione dei dati non prescrive dei periodi di conservazione precisi. Il principio della proporzionalità vuole che i dati che non servono più vengano cancellati o distrutti, in maniera tale da non potervi fare più in alcun modo riferimento (file cartacei tramite distruggi-documenti). Dall'adeguamento del diritto in materia di prescrizione in poi, le cartelle cliniche delle/dei pazienti devono essere conservate per 20 anni a partire dalla fine dell'anno civile nel quale è stato completato il trattamento (art. 128a CO).

Le singole **disposizioni cantonali** relative alla gestione degli studi di ergoterapia possono contenere delle deroghe alle regolamentazioni.

Ulteriori informazioni

- FIDUCIARI|SUISSE Unione Svizzera dei Fiduciari, Monbijoustrasse 20, casella postale, 3001 Berna, tel. 031 380 64 30, info@treuhandsuisse.ch, [Pagina iniziale | Unione Svizzera dei Fiduciari - Treuhand Suisse](#)

5.3 Chiusura dello studio professionale

La **forma giuridica** scelta per la costituzione dello studio sarà determinante nella procedura di chiusura dello stesso. Per chiudere uno studio in modo accorto e corretto, si consiglia di avvalersi di una/o **specialista** in materia (fiduciario, consulente fiscale) o di rivolgersi alla segreteria dell'ASE. Qui di seguito i punti principali da considerare nella chiusura di uno studio di ergoterapia:

Lo scioglimento di una **ditta individuale o società semplice** impone i seguenti passi da compiere, ammesso che le/i proprietarie/i rinuncino temporaneamente o definitivamente alla loro attività da indipendenti.

- Presentare la richiesta di recesso dalla convenzione tariffale. N.B.: il recesso prevede un termine di disdetta di sei mesi per la fine di un anno civile. Si prega di utilizzare la «dichiarazione di recesso» per [santésuisse](#), reperibile presso la segreteria dell'ASE.
- Sospensione del numero RCC: il numero di concordato personale è temporaneamente sospeso e, se necessario, può essere riattivato, in tal caso presentando i seguenti documenti:
 - attestato aggiornato di adesione alla convenzione;
 - attestato di adesione all'AVS a titolo di lavoratore indipendente;

- consenso del datore di lavoro in caso di impiego a tempo parziale.
- La sospensione avviene tramite il formulario della SANTÉSERVICES AG di Lucerna. Potete ordinare l'apposito modulo presso la segreteria dell'ASE. La riattivazione del numero RCC, pari a una nuova adesione, è a pagamento.
- Cancellazione dell'attività come indipendente presso la cassa AVS (agenzia AVS cantonale)
- Adeguamenti o cancellazioni da tutte le assicurazioni e dai regimi pensionistici obbligatori
- Disdetta del contratto di locazione per i locali dello studio
- Aggiornare o cancellare il sito web
- Aggiornamento dei dati nell'elenco telefonico o cancellazione
- Pianificare per tempo la vendita o il trasferimento di mobilio e inventario: entrambi incidono, in termini di contabilità, sulle imposte e sui costi dell'assicurazione sociale.
- Informare le autorità fiscali cantonali (adeguamento degli importi in acconto per il corrente e successivo anno d'imposta). Presentazione della dichiarazione d'imposta dopo la chiusura dello studio. Esaminare attentamente la tassazione finale.
- Comunicare la chiusura ai medici, ai partner commerciali (aziende fornitrici, aziende di mezzi ausiliari, ecc.) e ad altri servizi e centri di ergoterapia con cui si è collaborato.
- Trasferimento di pazienti ad altri centri di ergoterapia.
- Dati delle/dei pazienti: La legislazione sulla protezione dei dati non prescrive dei periodi di conservazione precisi. Verificate se le norme cantonali specificano un periodo di conservazione. Nella prassi, la regola prevede un termine di prescrizione di dieci anni. I dati che non servono più devono essere distrutti (tramite distruggi-documenti), in maniera tale da non potervi più in alcun modo fare riferimento (CO art. 127). A garanzia della protezione dei dati, la trasmissione degli atti al successore dello studio professionale deve avvenire previo consenso della/del paziente, dopodiché vale l'obbligo di conservazione di 20 anni. Per motivi di responsabilità civile, si sconsiglia di consegnare gli atti alle/ai pazienti. L'obbligo di conservazione dei dati vige anche quando la/il titolare dello studio (ditta individuale) raggiunge l'età pensionabile. Il successore dello studio professionale può continuare ad archiviare gli atti negli appositi locali (con il consenso della/del paziente) oppure la/il pensionata/o li conserva sottochiave presso di sé. I cambiamenti in merito all'affiliazione devono essere segnalati alla segreteria dell'ASE.
- In caso di morte o di incapacità decisionale della o del proprietario dello studio si applica la stessa procedura precedentemente descritta.

Qualora si proceda con lo scioglimento della **persona giuridica** (Sagl, SA) occorre altresì considerare:

- la distribuzione dell'intero capitale aziendale ai sensi del regolamento dei soci o azionisti;
- l'indicazione, in tutte le dichiarazioni d'imposta personali, dei relativi pagamenti effettuati;

- la segnalazione all'autorità fiscale;
- la cancellazione della società dal registro di commercio (solo di fronte a un notaio).

Ulteriori informazioni

- FIDUCIARI|SUISSE Unione Svizzera dei Fiduciari, Monbijoustrasse 20, casella postale, 3001 Berna, tel. 031 380 64 30, info@treuhandswisse.ch, [Pagina iniziale | Unione Svizzera dei Fiduciari - Treuhand Suisse](#)

6 Allegati

- 1 Modello contratto di lavoro– vedi esempio sul [sito web](#)
- 2 Modello descrizione impiego– vedi esempio sul [sito web](#)
- 3 Modello certificato di lavoro– vedi esempio sul [sito web](#)
- 4 Muster-Businessplan (Canvas) - s. Beispiel auf [Website](#)/
Modèle de businessplan ([site internet startbox](#))

Colophon:

EVS / ASE

Ergotherapie-Verband Schweiz EVS
Association Suisse d'Ergothérapie ASE
Associazione Svizzera di Ergoterapia ASE

T +41 31 313 88 44

evs-ase@ergotherapie.ch

www.ergotherapie.ch