



FOGLIO INFORMATIVO

sull'applicazione della tariffa per le prestazioni
di fisioterapia nell'ambito AINF/AM/AI a partire dal
1° luglio 2025

Campo di applicazione

Assicuratori responsabili	Documenti necessari per la fatturazione
✓ Assicurazione infortuni	<ul style="list-style-type: none"> • Numero dell'infortunio / numero di infortunio • Nome dell'assicurazione infortuni • Prescrizione valida per la fisioterapia
✓ Assicurazione invalidità	<ul style="list-style-type: none"> • Numero identificativo della decisione AI • Prescrizione valida per la fisioterapia
✓ Assicurazione militare	<ul style="list-style-type: none"> • Tessera d'assicurato (se disponibile) • Numero assicurato AM o numero AVS • Prescrizione valida per la fisioterapia

Nella LAMal continua ad essere applicata la struttura tariffale 312 del 2018.

Assicurazione sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Tessera d'assicurato • Numero AVS • Prescrizione valida per la fisioterapia
✗	

Struttura tariffale – Aiuto alla lettura

Tariffa per fisioterapia valida dal 01.07.2025				
Cifra	Descrizione della prestazione	Interpretazioni	Regole	Punti tariffari
	Prestazioni fisioterapiche	Nota: le designazioni di persone si applicano a tutti i sessi. Per agevolare la lettura viene utilizzata soltanto la forma maschile. In caso di dubbi interpretativi fa fede la versione tedesca.		

Posizione: cifra tariffale assegnabile in modo univoco che viene utilizzata per controllare la fatturazione. Con l'introduzione della nuova tariffa in ambito AINF, AM e AI le precedenti cifre tariffali che iniziavano con 73xx non sono più valide.

Descrizione

della prestazione: breve descrizione della posizione tariffale, riportata sulla fattura.

Interpretazione: breve spiegazione di quali prestazioni sono coperte dalla posizione tariffale.

Regole: requisiti e limitazioni (ad es. durata massima della seduta) per la fatturazione della posizione tariffale.

Punti tariffali: il numero di punti tariffali moltiplicato per il valore del punto tariffale (1 franco) determina la remunerazione della prestazione.

Valore del punto tariffale: 1 franco

Il valore del punto tariffale per AINF, AM e AI è valido a livello nazionale ed è pari a 1 franco.

Posizioni tariffali

Riportiamo di seguito una panoramica delle singole posizioni tariffali per la nuova struttura tariffale AINF, AM e AI. Le singole posizioni e le regole per la fatturazione sono spiegate nella struttura tariffale. Ulteriori informazioni di base sono reperibili nel manuale (da fine marzo 2025).

Tariffa per fisioterapia valida dal 01.07.2025		
Cifra	Descrizione della prestazione	TP
25.1	Seduta individuale	
25.110	Trattamento del paziente (seduta individuale), ogni 5 min.	10.03
25.120	Trattamento del paziente con ippoterapia (seduta individuale), ogni 5 min.	18.26
25.130	Esecuzione di accertamenti presso il domicilio o il luogo di lavoro, ogni 5 min.	10.03
25.2	Robotica	
25.210	Trattamento robot-assistito del paziente arto superiore (seduta individuale), ogni 5 min.	11.57
25.220	Trattamento robot-assistito del paziente arto inferiore (seduta individuale), ogni 5 min.	14.44
25.3	Misure terapeutiche a distanza	
25.310	Trattamento del paziente (seduta individuale) a distanza, ogni 5 minuti	10.03
25.4	Seduta di gruppo	
25.410	Trattamento di pazienti (seduta di gruppo), ogni 5 min.	10.38
25.5	Terapia medica di allenamento (MTT)	
25.510	Introduzione / rivalutazione MTT (seduta individuale), ogni 5 min.	10.23
25.520	Allenamento MTT (in autonomia)	48.47
25.6	Posizioni supplementari al trattamento di pazienti	
25.610	Supplemento per secondo fisioterapista nella seduta individuale, ogni 5 min.	9.28
25.620	Supplemento per secondo fisioterapista nella seduta di gruppo, ogni 5 min.	9.28
25.630	Supplemento per trattamento di domenica o in altro giorno festivo legale, ogni 5 min.	3.65
25.640	Supplemento per vasca di deambulazione / piscina, seduta singola	30.00
25.650	Supplemento per vasca di deambulazione / piscina, seduta di gruppo	15.00
25.7	Valutazione, comunicazione e altre prestazioni	
25.710	Valutazione, comunicazione e altre prestazioniLavoro di analisi e coordinamento in assenza del paziente, ogni 5 min.	9.72
25.720	Colloquio / consulenza in presenza o assenza del paziente, ogni 5 min.	9.72
25.730	Rapporto scritto 1 – con formulario	26.20
25.740	Rapporto scritto 2 - con o senza formulario	52.40
25.750	Rapporto scritto 3 - con o senza formulario	104.80
25.760	Realizzazione e adattamento di stecche in assenza del paziente, ogni 5 min.	9.72
25.770	Indennità di trasferta, ogni min.	2.32
25.8	Materiale per il trattamento	
25.810	Materiale per il trattamento specifico del paziente	
25.820	Supplemento per il trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico nella terapia individuale	5.00

Pianificazione del trattamento

- Si pianifica il tempo che si prevede di dedicare ai pazienti.
- La nuova pianificazione flessibile dei tempi di terapia può in alcuni casi portare a tempi morti se un trattamento non dura quanto inizialmente previsto. Durante questo tempo, è possibile svolgere in anticipo il lavoro amministrativo o altre attività legate allo studio.
- La produttività nel modello di costo include le attività necessarie per la fornitura di servizi di fisioterapia, ma che non possono essere fatturate direttamente (ad esempio, il lavaggio delle coperture dei letti, la programmazione degli appuntamenti, la comunicazione con il team, ecc.) Esse sono remunerate attraverso le voci tariffarie.
- La durata della terapia è determinata esclusivamente dal fisioterapista curante. I pazienti non hanno diritto a una terapia che superi il tempo necessario per fornire un trattamento efficace e appropriato.

Fatturazione

- Viene fatturato il tempo effettivamente impiegato.
- Il lavoro amministrativo deve essere fatturato esplicitamente, in quanto non è più coperto da una tariffa forfettaria.
- La fattura indica chiaramente quanto tempo è stato dedicato al trattamento e quando.
- La fattura viene emessa subito dopo l'ultimo trattamento, ma al massimo dopo nove trattamenti.
- Gli assicuratori si impegnano a pagare le fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse o dal ricevimento di tutti i documenti necessari per la valutazione del caso. Nel caso in cui manchino informazioni necessarie per il controllo della fattura, gli assicuratori prenderanno contatto entro dieci giorni lavorativi dal ricevimento della stessa.
- Su richiesta, il fisioterapista deve fornire all'assicuratore la motivazione delle misure terapeutiche e/o della fatturazione delle posizioni tariffali corrispondenti. La trasmissione di tali informazioni non viene rimborsata e, previo accordo con l'assicuratore, può avvenire tramite una connessione e-mail sicura.

Prescrizione

- Per l'ambito AINF/AM/AI è disponibile un nuovo formulario di prescrizione, che dovrà essere utilizzato a partire dal 1º luglio 2025 (vedi immagine) e può essere scaricato dal sito web dei partner tariffali.
- Per ogni prescrizione saranno rimborsati al massimo nove trattamenti.
- Per ogni prescrizione di MTT saranno rimborsati al massimo 36 trattamenti, comprese introduzione e rivalutazioni.
- Per i pazienti AI si applica il periodo di validità della prescrizione.
- Il primo trattamento deve essere effettuato entro cinque settimane dall'emissione della prescrizione medica. In caso contrario, la prescrizione perde di validità.
- I primi nove trattamenti vengono effettuati senza il previo consenso dell'assicuratore. Una copia della prescrizione medica deve essere presentata insieme alla fattura.



The image shows a template for a medical prescription for physiotherapy. At the top, it features the logos for physio swiss, H+, MTK/CTM, and the Swiss Federal Office of Public Health. The form is titled 'Verordnung zur Physiotherapie'. It includes sections for 'Patienten' (Patient information) and 'Physiotherapeutische Behandlung' (Physiotherapy treatment). The 'Patienten' section asks for Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, PLZ/Ort, Telefon, and Kostentragende. The 'Physiotherapeutische Behandlung' section includes checkboxes for 'Beschwerdenbeschreibung', 'Beschwerdenursache', 'Beschwerden in Gelenk, Schenkel', 'Behandlung oder Arbeitsbeschreibung (nur für UV/MV/B)', and 'Durchführung in Form und Häufigkeit Schmerzenreduzierung'. There are also sections for 'Vermerk' (Remarks), 'Behandlungsverlaufe Diagnosen / Befunde', 'Behandlungsgrund / Ziel der Behandlung', 'Unter, Versichererantritt, Konzessionär, Betriebsgeschehen', 'Bemerkungen', and 'Auf Antrag'. At the bottom, it says 'Die erste Behandlung muss innerhalb 5 Wochen nach der Ausstellung der Verordnung durchgeführt werden, ansonsten verliert sie ihre Gültigkeit.' and 'Sie kann nicht für die Versorgung für eine Ersttherapie für max. 3 Behandlungen und für die Medizinische Trainingstherapie für max. 36 Behandlungen. Für die für ggf die Verlängerung der zuerst 30 Stufen'.

- La seconda prescrizione e tutte quelle successive devono essere inviate dal fisioterapista all'assicuratore responsabile non appena ricevute.
- Ogni prescrizione di MTT deve essere inoltrata all'assicuratore responsabile non appena ricevuta dal fisioterapista.
- L'approvazione per ulteriori trattamenti o per la MTT si considera concessa se l'assicuratore non interviene presso il fornitore della prestazione entro dieci giorni lavorativi dal ricevimento del formulario di prescrizione.

Garanzia di assunzione dei costi per i trattamenti a lungo termine

- Il trattamento a lungo termine è possibile a partire dal 37° trattamento. A tal fine sono necessarie una prescrizione medica per il trattamento a lungo termine e una richiesta di garanzia di assunzione dei costi (vedi immagine).
- Il medico prescrivente compila la sezione di valutazione medica e invia il formulario di prescrizione insieme alla richiesta di garanzia di assunzione dei costi allo studio di fisioterapia.
- Lo studio di fisioterapia compila la sezione di valutazione fisioterapica e invia il modulo di prescrizione insieme alla richiesta di garanzia di assunzione dei costi all'assicuratore.
- L'assicuratore controlla i documenti presentati e rilascia una garanzia di assunzione dei costi per iscritto entro dieci giorni lavorativi, specificando il numero di trattamenti e il periodo di trattamento.
- I trattamenti erogati entro il termine indicato sono coperti dall'assicuratore.

																																																							
Kostengutsprachegesuch für Langzeitbehandlung																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Personallen</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Ärztliche Einschätzung</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Dauer (Anzahl Wochen): _____</td> <td style="padding: 5px;">Frequenz: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Empfehlung: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Arzt / Ärztin: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Physiotherapeutische Einschätzung</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Dauer (Anzahl Wochen): _____</td> <td style="padding: 5px;">Dauer pro Sitzung (Minuten): _____</td> <td style="padding: 5px;">Frequenz: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Ziel der Behandlung: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Behandlungsmethoden: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Physiotherapeut / Physiotherapeutin: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>				Personallen			Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____			Ärztliche Einschätzung			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Dauer (Anzahl Wochen): _____</td> <td style="padding: 5px;">Frequenz: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Empfehlung: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Arzt / Ärztin: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Physiotherapeutische Einschätzung</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Dauer (Anzahl Wochen): _____</td> <td style="padding: 5px;">Dauer pro Sitzung (Minuten): _____</td> <td style="padding: 5px;">Frequenz: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Ziel der Behandlung: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Behandlungsmethoden: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Physiotherapeut / Physiotherapeutin: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>			Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)			Dauer (Anzahl Wochen): _____		Frequenz: _____	Empfehlung: _____			Arzt / Ärztin: _____			GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____			Physiotherapeutische Einschätzung			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Dauer (Anzahl Wochen): _____</td> <td style="padding: 5px;">Dauer pro Sitzung (Minuten): _____</td> <td style="padding: 5px;">Frequenz: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Ziel der Behandlung: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Behandlungsmethoden: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Physiotherapeut / Physiotherapeutin: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____</td> </tr> </table>			Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)			Dauer (Anzahl Wochen): _____		Dauer pro Sitzung (Minuten): _____	Frequenz: _____	Ziel der Behandlung: _____			Behandlungsmethoden: _____			Physiotherapeut / Physiotherapeutin: _____			GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____		
Personallen																																																							
Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____																																																							
Ärztliche Einschätzung																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Dauer (Anzahl Wochen): _____</td> <td style="padding: 5px;">Frequenz: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Empfehlung: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Arzt / Ärztin: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Physiotherapeutische Einschätzung</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Dauer (Anzahl Wochen): _____</td> <td style="padding: 5px;">Dauer pro Sitzung (Minuten): _____</td> <td style="padding: 5px;">Frequenz: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Ziel der Behandlung: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Behandlungsmethoden: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Physiotherapeut / Physiotherapeutin: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>			Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)			Dauer (Anzahl Wochen): _____		Frequenz: _____	Empfehlung: _____			Arzt / Ärztin: _____			GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____			Physiotherapeutische Einschätzung			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Dauer (Anzahl Wochen): _____</td> <td style="padding: 5px;">Dauer pro Sitzung (Minuten): _____</td> <td style="padding: 5px;">Frequenz: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Ziel der Behandlung: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Behandlungsmethoden: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Physiotherapeut / Physiotherapeutin: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____</td> </tr> </table>			Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)			Dauer (Anzahl Wochen): _____		Dauer pro Sitzung (Minuten): _____	Frequenz: _____	Ziel der Behandlung: _____			Behandlungsmethoden: _____			Physiotherapeut / Physiotherapeutin: _____			GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____															
Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)																																																							
Dauer (Anzahl Wochen): _____		Frequenz: _____																																																					
Empfehlung: _____																																																							
Arzt / Ärztin: _____																																																							
GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____																																																							
Physiotherapeutische Einschätzung																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Dauer (Anzahl Wochen): _____</td> <td style="padding: 5px;">Dauer pro Sitzung (Minuten): _____</td> <td style="padding: 5px;">Frequenz: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Ziel der Behandlung: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Behandlungsmethoden: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Physiotherapeut / Physiotherapeutin: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____</td> </tr> </table>			Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)			Dauer (Anzahl Wochen): _____		Dauer pro Sitzung (Minuten): _____	Frequenz: _____	Ziel der Behandlung: _____			Behandlungsmethoden: _____			Physiotherapeut / Physiotherapeutin: _____			GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____																																				
Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)																																																							
Dauer (Anzahl Wochen): _____		Dauer pro Sitzung (Minuten): _____	Frequenz: _____																																																				
Ziel der Behandlung: _____																																																							
Behandlungsmethoden: _____																																																							
Physiotherapeut / Physiotherapeutin: _____																																																							
GLN: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____																																																							

Norme speciali

MTT

- Le posizioni tariffali possono essere fatturate solo se è garantita la supervisione permanente di un fisioterapista e se la MTT dispone per lo meno delle seguenti infrastrutture:
 - 1 apparecchio cardio (allenamento cardiovascolare)
 - 1 apparecchio per gli arti inferiori
 - 1 apparecchio per gli arti superiori
 - 1 apparecchio per il tronco
 - 2 postazioni di lavoro libere

Indennità di trasferta

- L'indennità di trasferta copre il tempo necessario per il viaggio e i costi per il mezzo di trasporto (trasporto pubblico, auto, bicicletta ecc.).
- I tempi di attesa dovuti agli ingorghi o alle coincidenze non sono fatturabili.

- I tragitti superiori a 25 km (tra studio e domicilio) sono rimborsati solo in casi eccezionali.
- I viaggi verso gli istituti possono essere fatturati, a meno che non esista un accordo di servizio con l'istituto in questione.
- Se più pazienti vengono curati nello stesso luogo, l'indennità di trasferta viene suddivisa in base al numero di pazienti (principio del divisore comune).

Principio del divisore

Nella fatturazione secondo il principio del divisore, i costi vengono suddivisi per il numero di pazienti partecipanti. Questo metodo viene utilizzato, ad esempio, per la fatturazione di terapie di gruppo o di indennità di trasferta.

Esempio:

Prezzo	Numero di pazienti	Fattura	Importo per paziente
15 x 2.31*	3	34.65 CHF / 3	11.55 CHF

* Prezzo per un viaggio di 15 minuti verso un istituto in cui vengono trattati tre pazienti.