

# Convenzione sul monitoraggio

## **Allegato 6 alla Convenzione tariffale del 1° luglio 2025 tra Physioswiss, H+ Gli Ospedali Svizzeri, la Commissione delle tariffe mediche LAINF, l'assicurazione militare e l'assicurazione per l'invalidità.**

Nota: le designazioni di persone si applicano a tutti i sessi. Per favorire la lettura viene utilizzata soltanto la forma maschile. In caso di dubbi interpretativi fa fede la versione tedesca.

### **Ingresso**

<sup>1</sup> In virtù della Convenzione tariffale del 1° luglio 2025 tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, si conviene quanto segue:

<sup>2</sup> Nel quadro dell'introduzione della presente tariffa di fisioterapia, i partner tariffali hanno convenuto di sviluppare e introdurre congiuntamente un'attività di monitoraggio.

<sup>3</sup> La presente Convenzione obbliga i partner tariffali, con la firma della nuova Convenzione tariffale, a eseguire le rispettive misure preparatorie e attuative.

### **Art. 1 Obiettivi**

<sup>1</sup> L'obiettivo della presente Convenzione è evitare una variazione inaspettata verso l'alto o verso il basso della remunerazione delle prestazioni di fisioterapia.

<sup>2</sup> I partner tariffali concordano un processo definito congiuntamente (di seguito «monitoraggio»), con l'obiettivo di osservare le prestazioni di fisioterapia conteggiate o fatturate agli assicuratori dai fisioterapisti, analizzare e valutare i dati rilevati e attuare eventuali misure.

### **Art. 22 Definizione**

<sup>1</sup> In seguito all'introduzione di una nuova struttura tariffale e un nuovo sistema tariffale, la determinazione di un valore di riferimento significativo per la variazione dei costi è possibile solo in maniera limitata. Ciononostante, in una prima fase si dovrà osservare l'andamento dei costi in base a un corridoio conformemente all'art. 3 della presente Convenzione e se del caso adeguare la tariffa. Nella seconda fase, i costi verranno osservati in base a un corridoio più stretto e corretti se usciranno dal corridoio.

<sup>2</sup> Sono previste le due fasi seguenti:

#### **1. Fase 1**

Osservazione dell'andamento dei costi tenendo conto del corridoio della fase 1. Se secondo le condizioni descritte in questa Convenzione i costi si trovano al di fuori del corridoio, sarà necessario definire e attuare misure adeguate; durata: almeno 18 mesi dall'introduzione della tariffa

#### **2. Fase 2**

Monitoraggio dell'andamento dei costi tenendo conto del corridoio della fase 2 e, al verificarsi delle condizioni definite nella presente Convenzione, definizione e attuazione di misure idonee; durata: 24 mesi dall'introduzione della fase 2

## Art. 3 Descrizione e organizzazione

<sup>1</sup> Valori chiave

Fonte dei dati per il rilevamento dei dati dei costi: cockpit CTM

Base

Spese di cura medie su tre mesi (= spese di cura per trimestre) per caso. Vengono prese in considerazione unicamente le fatture per le quali la tariffa è stata applicata almeno una volta. La somma delle spese di cura per trimestre viene divisa per il numero di casi per trimestre. Il trimestre è determinato in base alla data in cui sono state fornite le prestazioni. Considerato il ritardo che talvolta si verifica nella fatturazione e nel trattamento delle fatture, il monitoraggio va valutato in modo differito. Questo ritardo perdurerà fintanto che la copertura della valutazione trimestrale secondo la fonte dei dati sarà di almeno il 90 per cento. Tale valore si basa sul volume dell'anno precedente. Non appena nel trimestre viene raggiunto il volume di fatturazione che nell'anno precedente equivaleva al 90 per cento del volume totale, si procede alla valutazione del trimestre. Sulla base delle esperienze acquisite finora, ciò avviene dopo tre mesi. Bisogna presumere che in futuro si verificheranno ritardi simili nel trattamento delle fatture e quindi nella messa a disposizione dei dati. Nella fase introduttiva viene verificata la correttezza di questa ipotesi anche confrontando il numero delle fatture consegnate e dei casi per trimestre con le cifre dello stesso trimestre nell'anno precedente. Se si constata differenze sostanziali, il trimestre non viene ancora sottoposto a valutazione.

Valori di riferimento fase 1: valori trimestrali medi delle spese di cura per caso

Anno di riferimento fase 1: ultimi 12 mesi prima dell'introduzione della tariffa

Valore per fase 2: il 120 per cento del valore medio delle spese di cura per caso degli ultimi 12 mesi prima dell'introduzione della tariffa costituisce il valore medio della fase 2.

### a) Fase 1

Dopo l'introduzione della nuova tariffa vengono eseguite ogni mese le valutazioni trimestrali delle spese di cura mensili medie per caso. Tali valutazioni vengono trasmesse alla Commissione tariffe.

La valutazione volta a determinare se i costi rientrano o meno nel corridoio della fase 1 avviene non appena la quantità di fatture e casi consegnati per ogni trimestre coincide con i valori precedenti e di conseguenza è da attendersi una copertura di almeno il 90 per cento.

Se i costi di due trimestri consecutivi dovessero superare un valore pari al 125 per cento dei trimestri corrispondenti nell'anno di riferimento o essere inferiori al 115 per cento (corridoio fase 1), la Commissione tariffe effettuerà una valutazione sulle cause dell'andamento dei costi e proporrà agli organi decisionali dei partner tariffali delle misure volte a invertire tale tendenza. Le misure dovranno avere l'obiettivo di riportare i costi al centro del corridoio della fase 1. Gli organi decisionali decideranno in merito alle misure proposte. Un adeguamento della tariffa sarà possibile all'inizio di ogni trimestre. Se i trimestri 5 e 6 dopo l'introduzione rientrano nel corridoio, la fase 1 terminerà dopo 18 mesi. In caso contrario la fase 1 proseguirà finché due trimestri consecutivi non rientrano nel corridoio previsto della fase 1. In caso di unanimità tra i partner tariffali, la fase 1 può anche essere conclusa in caso di mancato rispetto dei criteri di cui sopra.

### b) Fase 2

L'inizio della fase 2 coincide con la conclusione della fase 1. Qui si applicherà un nuovo corridoio pari a +/-1,5 per cento, partendo dal valore della fase 2 (v. sopra). Se all'inizio della fase 2 i costi non rientrano in questo corridoio, sarà necessario attuare misure idonee per correggerli in tal senso. Tali misure vengono proposte dalla Commissione tariffe entro tre mesi dall'inizio della fase 2 e saranno presentate agli organi decisionali per la decisione finale.

Su base semestrale vengono eseguite valutazioni del valore medio mobile a 12 mesi delle spese di cura per caso, le quali vengono analizzate dalla Commissione tariffe. Se nella fase 2 il corridoio viene superato o non viene raggiunto, la Commissione tariffe effettuerà una valutazione delle cause dell'andamento dei costi e proporrà agli organi decisionali dei partner tariffali delle misure per invertire la tendenza. Gli organi decisionali decideranno in merito alle misure proposte.

La fase di mantenimento dura 24 mesi a partire dall'introduzione del corridoio di mantenimento.

## <sup>2</sup> Competenze

Calcolo delle spese di cura medie per trimestre per caso, determinazione dei valori chiave: Servizio centrale delle tariffe mediche LAINF (SCTM)

Analisi dei dati incl. consultazione del calcolo delle spese di cura medie per trimestre per caso, proposte di correzione e definizione del catalogo di misure: Commissione tariffe (CT)

Approvazione del catalogo di misure, adozione di misure: organi dei partner tariffali (CTM, Consigli di amministrazione dei fornitori di prestazioni)

## **Art. 4 Campo di applicazione**

<sup>1</sup> In linea di principio si applica quanto statuito nella Convenzione tariffale del 1° luglio 2025.

<sup>2</sup> La presente Convenzione non instaura alcun vincolo societario tra le parti e altri partecipanti alla Convenzione tariffale. Di conseguenza, nessuna delle parti è autorizzata ad agire e stipulare convenzioni a nome delle altre parti o a rappresentarle.

## **Art. 5 Durata**

I partner tariffali possono concordare una proroga delle fasi di monitoraggio.

## **Art. 6 Entrata in vigore e disdetta**

<sup>1</sup> La presente Convenzione entra in vigore il 1° luglio 2025.

<sup>2</sup> Può essere disdetta con un preavviso di nove mesi per il 30 giugno o il 31 dicembre di ogni anno, al più presto il 31 dicembre 2027.

<sup>3</sup> Dopo la disdetta della Convenzione, i partner tariffali si impegnano ad avviare senza indugi nuove trattative. Se non viene raggiunto un accordo durante il preavviso, la Convenzione resta in vigore fino al perfezionamento di una nuova convenzione, tuttavia per una durata massima di altri 12 mesi.

<sup>4</sup> La disdetta della Convenzione non ha alcun influsso sulla validità ed esistenza della Convenzione tariffale o dei suoi altri elementi.

<sup>5</sup> L'eventuale invalidità di singole disposizioni o clausole della presente Convenzione non ha alcun influsso sulla validità dei restanti elementi della stessa.

<sup>6</sup> La presente Convenzione può essere modificata in qualsiasi momento per iscritto con il comune accordo delle parti.

Berna e Lucerna, 15 marzo 2025

**Physioswiss**

La presidente

L'amministratore

---

Mirjam Stauffer

---

Osman Bešić

**H+ Gli Ospedali Svizzeri**

La presidente

La direttrice

---

Dott.ssa Regine Sauter

---

Anne-Geneviève Bütikofer

**Commissione delle tariffe mediche LAINF  
(CTM)**

Il presidente

**Istituto nazionale svizzero di assicurazione  
contro gli infortuni (Suva)  
Divisione assicurazione militare**

Il direttore

---

Daniel Roscher

---

Martin Rüfenacht

**Ufficio federale delle assicurazioni sociali  
Ambito Assicurazione invalidità (AI)**

Il vicedirettore

---

Florian Steinbacher