

Domande frequenti sulla prescrizione della fisioterapia nell'ambito della LAMal

Le risposte alle dodici domande più importanti riguardanti la prescrizione della fisioterapia

Destinatari: personale medico e fisioterapisti

Stato: agosto 2022, a cura di Physioswiss

1. Come deve essere prescritta la fisioterapia?

La prescrizione della fisioterapia avviene usando un apposito formulario, che può essere richiesto al segretariato centrale dell'Associazione Svizzera di Fisioterapia o può essere scaricato dal [sito web](#) di [Physioswiss](#).

La prescrizione può essere rilasciata anche in altra forma, è sufficiente che siano incluse tutte le informazioni richieste nel formulario ufficiale. Sono importanti i dati del paziente, la diagnosi, il tipo di prescrizione (prima, seconda, terza o quarta prescrizione, prescrizione a lungo termine) e gli eventuali obiettivi terapeutici. Inoltre, devono esserci firma, numero GLN e RCC, data e timbro/indirizzo dello studio del medico che fa la prescrizione. Sulla prescrizione va esplicitamente indicato se è previsto un trattamento domiciliare o se sono previsti due trattamenti al giorno, altrimenti questi trattamenti non possono essere fatturati. [Qui](#) troverete istruzioni dettagliate su come compilare la prescrizione, messe gentilmente a disposizione dall'associazione regionale di Zurigo-Glarona.

La prescrizione è il documento con cui al fisioterapista viene conferito l'incarico di trattamento. Se nella prescrizione mancano le informazioni menzionate sopra, i medici devono rilasciarne una nuova prima dell'inizio del trattamento. I dati inseriti dal medico non possono essere modificati o integrati dai fisioterapisti. Se necessario, i terapeuti che eseguono il trattamento possono inserire ulteriori informazioni alla voce «osservazioni», ove possibile in forma abbreviata.

2. Chi può prescrivere la fisioterapia?

La fisioterapia può essere prescritta da medici di tutte le specialità, compresi i dentisti. Anche i chiropratici possono prescrivere la fisioterapia a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS).

3. Per quanto tempo è valida una prescrizione di fisioterapia?

Una prescrizione di fisioterapia è valida per un massimo di nove sedute. Il primo trattamento deve essere effettuato entro cinque settimane dalla prescrizione medica. Se questo termine non viene rispettato, il fisioterapista non inizierà il trattamento perché non potrà fatturare la prestazione all'assicurazione malattie. Affinché la terapia possa iniziare, il medico dovrà quindi rilasciare una nuova prescrizione. Questo dispendio inutile di energie può essere evitato se i

medici comunicano espressamente ai loro pazienti che il periodo di validità della prima prescrizione è limitato e consigliano loro di contattare subito il fisioterapista per fissare, entro cinque settimane, la data del primo trattamento. Il termine di cinque settimane si applica esclusivamente alla fase iniziale della fisioterapia (prima prescrizione). Questa restrizione non si applica alle prescrizioni successive.

Base giuridica: art. 5 cpv. 2 OPre: «L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di nove sedute, fermo restando che il primo trattamento deve avvenire entro cinque settimane dalla prescrizione medica».

4. I medici devono indicare una diagnosi sulla prescrizione di fisioterapia?

Sì, è obbligatorio indicare la diagnosi. Sulla prescrizione è richiesta almeno una (breve) diagnosi medica. Queste informazioni sono necessarie sia per la pianificazione della terapia sia per la corretta fatturazione delle prestazioni. Al momento della verifica della fattura, gli assicuratori si basano sulla prescrizione medica e sulle diagnosi indicate per compensare le prestazioni.

5. Quanto deve essere precisa la diagnosi?

La diagnosi deve essere sufficientemente precisa da consentire al paziente o all'assicuratore di verificare la necessità e l'economicità delle misure di fisioterapia. Spesso, per giustificare la necessità di un trattamento fisioterapico basta una diagnosi globale non specifica. Più diagnosi, diagnosi secondarie ed eventuali diagnosi differenziali possono invece comportare un trattamento di fisioterapia complessa e devono quindi essere specificate nella prescrizione. Questo vale in particolare per i seguenti casi:

- Disturbi/malattie del sistema nervoso
- Disturbi della ventilazione polmonare
- Disturbi del sistema linfatico
- Cure palliative
- Rallentamento sensoriale o deficit cognitivo
- Trattamento di più articolazioni o regioni del corpo
- Malattie che richiedono un'assistenza onerosa

A fronte di una o più di queste situazioni, le stesse devono essere esplicitamente indicate sulla prescrizione.

Motivazione: il fornitore di servizi (fisioterapista) deve fornire al debitore (paziente o assicurazione malattie o sociale) tutte le indicazioni necessarie affinché possa verificare il calcolo della remunerazione e l'economicità della prestazione (art. 42 cpv. 3 LAMal), inclusa la motivazione concreta della voce di fatturazione per mezzo di diagnosi medica, ad esempio «7311: fisioterapia complessa».

Nota sulla protezione dei dati: lo scambio di dati medici tra due fornitori di servizi coinvolti nel trattamento è legalmente soggetto al consenso esplicito, tacito o anche solo presunto fornito dal paziente. Non è necessario un consenso esplicito per comunicare la diagnosi al fornitore di

servizi curante, ma si consiglia comunque di informare il paziente (dettagli: Guida FMH «Basi legali per l'attività quotidiana del medico», capitolo 6, pag. 14 [Basi legali per l'attività quotidiana del medico | FMH](#)).

6. L'assicuratore può richiedere ai medici una motivazione scritta per la prosecuzione del trattamento fisioterapico?

Le prime quattro serie di trattamenti di nove sedute ciascuna possono essere prescritte liberamente dal medico. Per la prosecuzione del trattamento dopo 36 sedute, il medico curante deve presentare al servizio dei medici di fiducia una richiesta scritta accompagnata da una relazione per l'approvazione dei costi. I fisioterapisti non sono autorizzati a presentare alle assicurazioni sanitarie richieste di terapie a lungo termine al posto dei medici.

Motivazione: a causa dei limiti della prescrizione (nove sedute) i medici verificano le necessità del paziente regolarmente. Solo dopo è necessario un referto medico. Art. 5 cpv. 4 OPre: «Se la fisioterapia 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». (grassetto di Physioswiss). Se l'assicuratore malattie mette in dubbio l'economicità (cfr. criteri di economicità, efficacia e convenienza) già prima della scadenza delle 36 sedute, può richiedere ulteriori informazioni utili per la verifica del calcolo (art. 42 cpv. 3 LAMal). In questo caso, devono essere fornite anche le informazioni richieste prima dell'inizio delle 36 sedute.

7. L'assicuratore può richiedere ai fisioterapisti una relazione sul trattamento/una relazione sul decorso/una relazione sulla terapia?

La legge sull'assicurazione malattie non prevede che i fisioterapisti curanti presentino relazioni relative a diagnosi, successo della terapia, decorso del trattamento o valutazione delle terapie a lungo termine (cfr. sotto), se lo scopo di tali relazioni è quello di essere usate per l'approvazione dei costi. Se richieste dalle assicurazioni malattie, tali relazioni devono essere redatte dal medico curante e inviate al servizio dei medici di fiducia delle assicurazioni malattie.

Tuttavia, l'assicuratore malattie può richiedere ulteriori informazioni di natura medica ai fini **della verifica della fattura** (art. 42 cpv. 4 LAMal), che il terapeuta è tenuto a fornire gratuitamente. Tali informazioni riguarderanno le sedute di terapia che si sono già svolte e che sono già state compensate. Per motivi di protezione dei dati, tutti i dati medici devono essere inviati al medico di fiducia dell'assicurazione malattie.

8. Come si fa a prescrivere una terapia a lungo termine dopo 36 sedute?

La richiesta viene presentata dai medici curanti sulla base di una relazione che deve esplicitare durata, entità o frequenza della cura. La frequenza dei trattamenti deve essere adeguata alla situazione del paziente. Prerequisito per la fatturazione di trattamenti a lungo termine (a partire dalla 37^a seduta) è l'approvazione esplicita dei costi da parte dell'assicuratore.

Motivazione: secondo l'art. 5 cpv. 4 OPre, «se la fisioterapia 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 (grassetto di Physioswiss).

9. Vale ancora il «consenso presunto» se a fronte di una richiesta di terapia a lungo termine l'assicuratore malattie non risponde ai medici?

Il cosiddetto «consenso presunto» dopo dieci giorni è stato abolito nel 2018 con l'entrata in vigore della struttura tariffale contestualmente alla legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) del Consiglio federale. Dal 2018, prima dell'inizio del trattamento l'assicuratore è tenuto a presentare un'approvazione esplicita dei costi. Attualmente non esiste un termine entro il quale l'assicuratore è tenuto a rispondere alla richiesta di approvazione dei costi. Per quanto riguarda la LAINF, il consenso presunto è ancora valido.

10. L'assicurazione sanitaria può limitare il numero di sedute per paziente o la relativa frequenza?

Per le prime quattro prescrizioni (i primi 36 trattamenti) no. Né la LAMal, né la struttura tariffale prevedono restrizioni. Le prescrizioni per la fisioterapia vengono effettuate esclusivamente sulla base di criteri valutati dal medico curante prima di ogni prescrizione. Per il proseguimento della fisioterapia dopo 36 trattamenti (prescrizione a lungo termine) in linea di principio sì.

Motivazione: esiste un limite legale di quattro serie di trattamenti, ma per il resto non ci sono restrizioni per quanto riguarda i pazienti, l'anno civile o determinate diagnosi. Ai sensi dell'art. 5 cpv. 4 OPre, i medici di fiducia possono presentare all'assicuratore malattie una proposta relativa all'entità e alla durata della prescrizione a lungo termine.

11. Come vengono conteggiate le prescrizioni/serie?

Le prescrizioni o le serie si riferiscono a un quadro clinico o a un «caso». Il numero di sedute per ogni terapia continuativa viene sommato, a meno che il trattamento iniziale non sia stato completato e il quadro clinico non sia radicalmente cambiato. L'anno civile è irrilevante: se una terapia prosegue anche dopo la fine di un anno, la numerazione delle prescrizioni continuerà ad essere progressiva.

12. Si possono prescrivere più trattamenti al giorno?

Sono consentiti due trattamenti al giorno per la stessa diagnosi. Questi trattamenti devono però essere giustificati dal punto di vista medico e devono essere espressamente indicati dal medico sulla prescrizione. I due trattamenti devono essere effettuati nello stesso giorno in orari diversi, ma non possono essere effettuati in successione uno dopo l'altro.

Motivazione: la cifra 2 delle osservazioni introduttive alla struttura tariffale prevede una prescrizione medica formale nel caso di due trattamenti al giorno.

Agosto 2022, Physioswiss