

Allegato alla Convenzione concernente lo svolgimento di esami e trattamenti psicoterapeutici a carico dell'assicurazione invalidità (FSP-ASP-SBAP-UFAS) del 1° aprile 2007

Versione 1/2025 / Nuova versione del 1° aprile 2025

I rimborsi dell'assicurazione invalidità (AI) si basano sulle tariffe e sulle disposizioni menzionate di seguito. Queste si applicano indipendentemente dal fatto che il trattamento sia effettuato individualmente o in gruppo. In caso di trattamento di gruppo, le tariffe di cui ai punti 1.1 e 1.2 dell'Allegato devono essere divise in parti uguali tra gli assicurati sottoposti al trattamento. Per motivi di leggibilità, la forma maschile si riferisce a entrambi i sessi.

1. Rimborso delle spese per lo svolgimento di esami e trattamenti

1.1 Tariffe

Per le prestazioni di psicoterapia non medica ordinate l'AI rimborsa quanto segue:

Posizione tariffale	Descrizione	Rimborso in franchi
582.1	Esami	38.70 per ogni quarto d'ora
582.2	Trattamenti	38.70 per ogni quarto d'ora
582.3	Trattamenti di gruppo	38.70 per ogni quarto d'ora, divisi per il numero di partecipanti

1.2 Interpretazione

- Esami: 38.70 franchi per ogni quarto d'ora o 154.80 franchi all'ora. Per ogni assicurato vengono rimborsate al massimo 2 ore e mezza al giorno per un massimo di 3 giorni, vale a dire per un esame al massimo 7 ore e mezza o 1161.00 franchi.
- Trattamenti: 38.70 franchi per ogni quarto d'ora o 154.80 franchi all'ora. È possibile fatturare al massimo 2 ore al giorno per ogni assicurato, vale a dire al massimo 309.60 franchi al giorno.
- Trattamenti di gruppo: il rimborso per ogni partecipante è calcolato in base alla tariffa summenzionata, divisa per il numero di partecipanti.

1.3 Onere computabile

L'onere computabile comprende:

- il lavoro con i pazienti e le loro persone di riferimento (familiari, educatori, medici curanti e altri terapisti), nella misura in cui è necessario per garantire il successo del trattamento.

Tutte le altre spese sono incluse nelle tariffe e non possono quindi essere fatturate ulteriormente, in particolare quelle per:

- preparativi tecnici, valutazioni formali di test, rapporti fino a 10 righe di testo, sedute mancate, tempo di percorrenza, tempo dedicato ai lavori amministrativi.

2. Rimborso delle spese per la redazione di rapporti richiesti

2.1 Tariffe

Per la redazione di rapporti psicoterapeutici l'Al rimborsa quanto segue:

Posizione tariffale	Volume	Importo forfettario in franchi
582.5	11-35 righe di testo	38.70
582.6	36-69 righe di testo	77.40
582.7	70-105 righe di testo	116.10
582.8	Oltre 105 righe di testo	154.80

2.2 Interpretazione

- L'ufficio Al competente deve sempre conferire per iscritto il mandato di redigere un rapporto. I rapporti redatti senza essere stati richiesti non sono rimborsati. L'onere della prova che un rapporto è stato richiesto dall'assicuratore incombe al fornitore di prestazioni che emette la fattura.
- Al momento dell'attribuzione del mandato, l'ufficio Al competente deve precisare di quali informazioni necessita, se possibile mediante domande chiare e incarichi concreti.
- Se, dal punto di vista dello psicoterapeuta, vi sono motivi per non redigere un rapporto nell'ambito del mandato, egli contatta l'ufficio Al e concorda il seguito della procedura.
- I rapporti incompleti in cui mancano informazioni importanti o in cui le risposte alle domande sono lacunose devono essere completati o migliorati gratuitamente.
- Per «riga» si intende il testo di una riga di una pagina A4 (formato verticale) con caratteri da 10 punti e margini di circa 2 cm. Una riga incompleta alla fine di un paragrafo viene contata come una riga intera. I rapporti devono essere redatti a macchina o al computer (non a mano).

2.3 Onere computabile / Fatturazione

- Per i rapporti fino a 10 righe di testo l'Al non effettua alcun rimborso.
- Sono rilevanti per la tariffa soltanto le righe del rapporto in cui si presentano i fatti (anamnesi/decorso, obiettivi terapeutici e prognosi) e si risponde alle domande poste.
- Le posizioni tariffali definite nel presente Allegato devono imperativamente figurare sulla fattura. Le fatture senza indicazione completa delle posizioni tariffali possono essere rifiutate.

3. Rimborso delle prestazioni fornite da persone in corso di perfezionamento nel campo della psicoterapia

3.1 Condizioni

Sono considerate in corso di perfezionamento tutte le persone che svolgono un perfezionamento in psicoterapia psicologica riconosciuto secondo la legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal).

Le persone in corso di perfezionamento devono (cumulativamente):

- disporre di un numero GLN personale;
- fornire prestazioni nel quadro di un rapporto di lavoro;
- fornire prestazioni sotto la responsabilità e la vigilanza di psicologi psicoterapeuti autorizzati (specialista responsabile);

- essere iscritti a un centro di perfezionamento accreditato secondo la LAMal fino all'ottenimento del diploma riconosciuto a livello federale.

Gli specialisti responsabili devono (cumulativamente):

- disporre di un numero GLN personale;
- essere partner contrattuali della Convenzione concernente lo svolgimento di esami e trattamenti psicoterapeutici a carico dell'assicurazione invalidità (FSP-ASP-SBAP-UFAS) del 1° aprile 2007;
- in qualità di responsabile per la vigilanza e il perfezionamento, provvedere a che la persona in corso di perfezionamento fornisca prestazioni nella qualità richiesta;
- adempiere i requisiti secondo l'ordinanza del DFI del 25 novembre 2013 sull'entità e l'accreditamento dei cicli di perfezionamento delle professioni psicologiche (OEAc-LPPsi).

Viene allestito un registro in cui sono elencate le persone in corso di perfezionamento con il relativo numero GLN. Le associazioni professionali annunciano le persone in corso di perfezionamento con il relativo numero GLN all'UFAS e al Servizio centrale delle tariffe mediche LAINF (SCTM). L'UFAS e il SCTM sono responsabili dell'allestimento e del regolare aggiornamento del registro. Sono computabili soltanto le prestazioni fornite da persone in corso di formazione incluse in questo elenco.

3.2 Prestazioni computabili / Tariffe

Le prestazioni computabili sono rette dalle disposizioni ai punti 1.3 e 2.3 del presente Allegato. Le prestazioni computabili fornite da persone in corso di perfezionamento vengono fatturate dallo specialista responsabile. Quando lo specialista responsabile è impiegato presso un'istituzione, le prestazioni fornite vengono fatturate da quest'ultima. In questo caso, su ogni fattura – alla voce «Fornitore di prestazioni» – vanno indicati esplicitamente il nome dello specialista interessato e il suo numero GLN. L'istituzione deve essere invece indicata quale emittente della fattura.

I documenti rilevanti per l'assicurazione redatti da persone in corso di perfezionamento devono essere convalidati dallo specialista responsabile.

La fatturazione, esclusivamente elettronica, deve essere eseguita in conformità con le prescrizioni del Forum Datentausch. Sulla fattura vanno indicati i nomi di tutti gli specialisti coinvolti con relativo numero GLN. Per ciascuna prestazione fatturata, alla voce «GLN med» deve essere indicato il numero GLN della persona che ha effettivamente fornito la prestazione. Questa regola sostituisce il punto 4.2, primo e secondo periodo della convenzione tariffale del 1° aprile 2007.

L'onere per la supervisione non è a carico dell'assicurazione sociale. Se nel quadro della supervisione vengono fornite prestazioni mediche che possono essere conteggiate a carico dell'AI, queste devono essere considerate come fornite dalla persona in corso di perfezionamento e fatturate di conseguenza dallo specialista responsabile.

Alle prestazioni fornite da persone in corso di perfezionamento secondo il punto 3.1 del presente Allegato viene applicata una riduzione del 10 per cento sulle tariffe regolari secondo i punti 1.1 e 2.1 del presente Allegato. Il valore del punto tariffario rimane invariato. Nel file XML, per l'«external_factor» viene inserito un valore di 0,9.

La tabella seguente serve quale aiuto per il calcolo delle riduzioni:

Importo	
Tariffe secondo i punti 1.1 e 2.1	Tariffe per prestazioni di psicoterapia fornite da assistenti
38.70	34.83
77.40	69.66
116.10	104.49
154.80	139.32
309.60	278.64

1'161.00	1'044.90
----------	----------

3.3 Sanzioni / Decisioni in materia di prestazioni

L'AI può verificare in qualsiasi momento il rispetto delle presenti disposizioni. Qualora venga rilevato un abuso, lo specialista responsabile può essere escluso dalla convenzione tariffale in base al punto 6.2 della stessa.

Ai sensi del punto 1.3 della convenzione tariffale del 1° aprile 2007, l'ufficio AI e/o l'UFAS hanno espressamente la possibilità di definire in dettaglio, nella decisione o nelle direttive, le condizioni per la fornitura delle prestazioni. Hanno inoltre la facoltà di subordinare la fornitura di prestazioni a carico dell'AI a una determinata qualifica del fornitore di servizi.

4. Entrata in vigore e disdetta del presente allegato

Il presente Allegato entra in vigore il 1° aprile 2025 e sostituisce quello valido dal 1° luglio 2023.

Esso costituisce parte integrante della convenzione tariffale del 1° aprile 2007. Una disdetta della convenzione tariffale ai sensi dell'articolo 7.1 della medesima include il presente Allegato.

Il presente allegato non ha alcun effetto pregiudiziale. Eventuali adeguamenti di singole disposizioni in seguito a sviluppi nelle trattative tra le associazioni professionali con gli assicuratori malattia saranno apportati di comune accordo, idealmente senza disdetta dell'Allegato. Il presente Allegato è stato redatto con indicazione della versione, al fine di documentare sistematicamente i relativi adeguamenti.

Date queste premesse, il presente Allegato può essere disdetto separatamente, senza bisogno di disdire la convenzione tariffale del 1° aprile 2007. In questo caso la disdetta può avvenire alla fine di ogni mese con un termine di disdetta di almeno tre mesi.