



## Contratto amministrativo AOC

N° contratto: IP-203.060

(Valevole dal 01.04.2021)

tra

**Associazione svizzera infermiere e infermieri SBK-ASI**

Choisystrasse 1

3008 Berna

(Indirizzo postale: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner  
SBK-ASI, Postfach, 3001 Bern)

(di seguito denominata "**ASI**")

e

**1. CSS Assicurazione malattie SA**, Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerna

Compresi i seguenti assicuratori LAMal del Gruppo CSS:

**2. INTRAS Assicurazione malattie SA**, Avenue de Valmont 41, 1000 Losanna 10

**3. Arcosana SA**, Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerna

**4. Sanagate SA**, Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerna

(di seguito denominata "**CSS**")

Collettivamente denominate "**parti contraenti**"

concernente

**l'indennizzo di prestazioni obbligatoriamente a carico dell'assicurazione malattie secondo la LAMal, erogate nel quadro delle cure medico-sanitarie ambulatoriali da parte di infermiere e infermieri.**

## **Indice**

<b>1. Parti contraenti</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Adesione alla convenzione</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Adesione e recesso dalla convenzione da parte dei fornitori di prestazioni</b> .....	<b>3</b>
<b>4. Campo d'applicazione ed entità delle prestazioni</b> .....	<b>3</b>
<b>5. Obblighi del fornitore di prestazioni e degli assicuratori</b> .....	<b>4</b>
<b>6. Condizioni per le prestazioni</b> .....	<b>4</b>
<b>7. Prescrizione del medico, valutazione, segnalazione e modifica dei bisogni</b> .....	<b>4</b>
<b>8. Remunerazione delle prestazioni incl. mezzi e apparecchi</b> .....	<b>6</b>
<b>9. Fatturazione e modalità di pagamento</b> .....	<b>6</b>
<b>10. Scambio elettronico dei dati (EDI)</b> .....	<b>8</b>
<b>11. Economicità e garanzia della qualità, esecuzione dei controlli</b> .....	<b>8</b>
<b>12. Validità delle versioni linguistiche</b> .....	<b>8</b>
<b>13. Inizio, durata e disdetta della convenzione</b> .....	<b>8</b>
<b>14. Allegati alla convenzione</b> .....	<b>8</b>
<b>15. Riserva della forma scritta</b> .....	<b>8</b>
<b>16. Clausola liberatoria</b> .....	<b>8</b>
<b>17. Diritto applicabile / Istanza di conciliazione</b> .....	<b>9</b>
<b>18. Disposizioni finali</b> .....	<b>9</b>
<b>19. Disposizioni transitorie</b> .....	<b>9</b>
<b>Allegato 1 – Assicuratori affiliati</b> .....	<b>11</b>
<b>Allegato 2 – Formulario di segnalazione dei bisogni / Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni</b> .....	<b>12</b>
<b>Allegato 3 – Convenzione sui controlli degli assicuratori malattie</b> .....	<b>15</b>
<b>Allegato 4 – Remunerazione di mezzi e apparecchi</b> .....	<b>17</b>

## **1. Parti contraenti**

Parti della presente convenzione sono l'Associazione svizzera infermiere e infermieri SBK-ASI, di seguito denominata "ASI", nonché la CSS Assicurazione malattie SA e il Gruppo CSS risp. gli assicuratori LAMal menzionati nell'allegato 1, di seguito denominati "CSS".

## **2. Adesione alla convenzione**

- 2.1 Questa convenzione vale per la CSS risp. per gli assicuratori definiti nell'allegato 1.
- 2.2 La CSS è autorizzata ad intraprendere tutte le azioni in relazione alla presente convenzione in nome e per conto di tali assicuratori.

## **3. Adesione e recesso dalla convenzione da parte dei fornitori di prestazioni**

- 3.1 Alla presente convenzione possono aderire tutti i fornitori di prestazioni che soddisfano i requisiti di cui all'art. 49 OAMal e dispongono di un'autorizzazione in virtù del diritto cantonale.
- 3.2 I fornitori di prestazioni possono aderire alla presente convenzione con una dichiarazione scritta nei confronti dell'ASI. L'adesione alla convenzione è gratuita per i membri dell'ASI.
- 3.3 I fornitori di prestazioni che non sono membri dell'ASI possono aderire alla presente convenzione. La procedura (ad es. quota di adesione, ecc.) si basa sulle condizioni dell'ASI.
- 3.4 I fornitori di prestazioni che hanno aderito accettano senza riserve tutte le disposizioni della presente convenzione e dei suoi allegati.
- 3.5 L'ASI fa pervenire alla CSS tramite e-mail: [tarifvertraege@css.ch](mailto:tarifvertraege@css.ch) la lista aggiornata delle adesioni. Informa la CSS in merito a qualsiasi modifica. Ai fornitori di prestazioni che hanno aderito alla precedente convenzione amministrativa n° 31.500.0001S con tarifsuisse entro il 31.03.2021, si applica la disposizione transitoria di cui alla cifra 19.
- 3.6 Il recesso dalla convenzione, compresi gli allegati, da parte di un fornitore di prestazioni è possibile con un termine di disdetta di 6 mesi sempre con effetto al 30.06/31.12, la prima volta il 31.12.2021. Il recesso dev'essere comunicato per iscritto all'ASI. L'ASI informa ogni trimestre per iscritto la CSS in merito alle dimissioni.

## **4. Campo d'applicazione ed entità delle prestazioni**

- 4.1 La presente convenzione disciplina la gestione amministrativa delle prestazioni di cura ambulatoriali ai sensi dell'art. 25a LAMal, dell'art. 49 OAMal e degli artt. 7 segg. OPre. Le prestazioni che non sono disciplinate dagli artt. 7 segg. OPre, ma che possono anche essere erogate da infermiere/i (ad es. consulenza per l'allattamento ai sensi dell'art. 15 OPre, ecc.), sono disciplinate da un contratto separato.
- 4.2 La convenzione vale per gli assicurati aventi diritto a prestazioni che dispongono di un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOC) presso un assicuratore secondo l'allegato 1.
- 4.3 La LAMal e il presente contratto operano una distinzione tra cure ambulatoriali fornite da infermiere e infermieri al domicilio del paziente o nello studio dell'infermiere diplomato e cure ambulatoriali fornite in una struttura diurna o notturna. Il presente contratto si applica a entrambe le forme di cure ambulatoriali.
- 4.4 La remunerazione delle cure ambulatoriali, fornite al domicilio del paziente o nello studio dell'infermiere diplomato è disciplinata dall'art. 7a cpv. 1 OPre.
- 4.5 I servizi di cura ambulatoriali in strutture diurne o notturne si riferiscono a istituti come Foyer de jour, Centro diurno, CAT, UAT-VD e altri servizi analoghi. Il / La paziente vive al proprio domicilio e vi fa ritorno. Nell'arco di 24 ore è possibile avvalersi della struttura diurna o di quella notturna. È escluso il cumulo. La remunerazione è disciplinata dall'art. 7a cpv. 4 OPre.
- 4.6 L'assicuratore è tenuto a corrispondere prestazioni solo e nella misura in cui altri assuntori dei costi, in particolare secondo la LAINF, la LAI o la LAM, non devono assumere i relativi costi. L'obbligo di anticipare le prestazioni secondo le disposizioni di legge (art. 70 LPGa) prevale sul presente contratto.

## **5. Obblighi del fornitore di prestazioni e degli assicuratori**

- 5.1 Le parti contraenti sono tenute ad indicare in tutta la corrispondenza che intercorre tra il fornitore e i singoli assicuratori:
- i dati della persona assicurata: cognome, nome, indirizzo, data di nascita, sesso, numero d'assicurato e/o numero d'assicurazione sociale;
  - nome dell'assicuratore;
  - dati del fornitore di prestazioni: numero RCC / numero GLN.
- 5.2 Nell'ambito dello scambio elettronico di dati possono essere definite ulteriori informazioni che devono essere indicate o trasmesse, nella misura in cui siano conformi alle prescrizioni di legge.
- 5.3 Il fornitore di prestazioni ha l'obbligo di informare i propri pazienti, prima della fruizione di prestazioni, circa le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e anche, in modo particolare, circa i costi non assunti dalla stessa.
- 5.4 Il fornitore di prestazioni si impegna a rispettare la protezione tariffale secondo l'art. 44 LAMal.

## **6. Condizioni per le prestazioni**

- 6.1 Gli assicuratori si assumono i costi delle prestazioni che vengono effettivamente fornite per cure medico-sanitarie ambulatoriali ai sensi dell'art. 7 cpv. 2, dell'art. 8 e dell'art. 8a OPre sulla base della valutazione dei bisogni, dietro prescrizione del medico o su mandato di quest'ultimo, da infermiere e infermieri che soddisfano le condizioni di cui all'art. 49 OAMal.
- 6.2 Sono rimborsate le prestazioni ai sensi dell'art. 7 OPre a condizione che siano state fornite personalmente, in regime ambulatoriale, a domicilio, nello studio dell'infermiere diplomato o in una struttura diurna o notturna e a condizione che il fornitore di prestazioni disponga di un'autorizzazione cantonale per il luogo della fornitura di prestazioni.
- 6.3 Per le strutture diurne o notturne occorre un numero RCC separato per strutture diurne o notturne e valgono i seguenti requisiti, nella misura in cui sono previsti dalla legge o dalle autorità:
- a. disporre di un'autorizzazione per strutture diurne o notturne;
  - b. avere un mandato di prestazione per strutture diurne o notturne.

## **7. Prescrizione del medico, valutazione, segnalazione e modifica dei bisogni**

- 7.1 Prescrizione del medico, valutazione dei bisogni
- 7.1.1 La fruizione di prestazioni di cura presuppone un mandato firmato dal medico o una prescrizione firmata dal medico e una valutazione dei bisogni ai sensi dell'art. 8 e dell'art. 8a OPre. I fornitori di prestazioni possono scegliere quale strumento riconosciuto, per la valutazione dei bisogni, vogliono utilizzare.
- 7.1.2 Il personale infermieristico che ha una formazione inerente al sistema è responsabile della registrazione della valutazione dei bisogni.
- 7.1.3 La valutazione scritta dei bisogni comprende l'analisi dello stato generale del paziente nonché dell'ambiente in cui vive e del bisogno individuale di cura e di aiuto (cfr. art. 8a OPre).
- 7.1.4 La valutazione dei bisogni viene svolta con il paziente all'inizio della prestazione e si deve concludere al più tardi entro 14 giorni civili dall'inizio dell'intervento.
- 7.1.5 I fornitori di prestazioni devono coordinare i loro servizi presso i pazienti che hanno in comune e concordare il budget orario.
- 7.1.6 Qualora un fornitore di prestazioni sia regolarmente sostituito da altri fornitori di prestazioni, il loro nome e il loro numero RCC devono essere indicati nel formulario per la definizione dei bisogni. In caso di cambio di supplente, deve essere inoltrata all'assicuratore una copia dell'attuale formulario per la definizione dei bisogni corredata del nome e del numero RCC del nuovo supplente.

7.1.7 In ogni caso, per il trasferimento di un caso è necessaria una nuova e completa valutazione e segnalazione dei bisogni all'assicuratore in cui è chiaramente riportato chi gestisce il caso e quali sono tutti i sostituti.

## 7.2 Segnalazione dei bisogni agli assicuratori

7.2.1 La segnalazione dei bisogni indica il bisogno previsto di prestazioni di cura. Nella segnalazione dei bisogni l'infermiere qualificato di competenza riporta il tempo necessario previsto giusta l'art. 8a cpv. 4 OPre. Vengono conteggiate le prestazioni effettivamente fornite tenendo conto della cifra 7.3.

7.2.2 Il risultato deve essere annotato sul formulario per la definizione dei bisogni di cui alla cifra 7.2 e agli allegati 2a e 2b.

a. Nella misura in cui si tratta di prestazioni di cure ambulatoriali giusta la cifra 4.4, l'esito della valutazione va riportato nel formulario per la definizione dei bisogni in conformità all'allegato 2a.

b. Nella misura in cui si tratta di prestazioni in strutture diurne e notturne giusta la cifra 4.5, l'esito della valutazione va riportato nel formulario per la definizione dei bisogni in conformità all'allegato 2b.

7.2.3 Il formulario di segnalazione dei bisogni deve essere compilato in ogni sua parte e recapitato all'assicuratore il più presto possibile dalla presa di conoscenza (per prestazioni OPre-a e OPre-c) oppure dall'approvazione esplicita scritta (per prestazioni OPre-b) da parte del medico e la sottoscrizione dell'infermiere/a che gestisce il caso, ma in ogni caso con la prima fattura mensile. In assenza di una segnalazione dei bisogni valida, l'assicuratore non remunera alcuna prestazione. Non sono ammesse prescrizioni retroattive.

7.2.4 La segnalazione dei bisogni può essere trasmessa all'assicuratore anche per via elettronica secondo le prescrizioni del Forum Datenaustausch. Il fornitore di prestazioni ha la responsabilità di sottoporre all'assicuratore, all'occorrenza, la segnalazione dei bisogni firmata dal medico.

7.2.5 I controlli degli assicuratori sono regolamentati nell'allegato 2.

7.2.6 La segnalazione dei bisogni contiene i seguenti dati:

a. generalità e dati assicurativi (cognome / nome / data di nascita / domicilio / numero d'assicurato e/o numero d'assicurazione sociale);

b. motivo del trattamento malattia, infortunio o maternità);

c. nome dell'assicuratore;

d. numero RCC e numero GLN del fornitore di prestazioni (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);

e. numero RCC e numero GLN dell'intero personale infermieristico coinvolto (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);

f. numero RCC e numero GLN del medico prescrivente (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);

g. grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi lieve/medio/elevato), se noto;

h. inizio e durata della prescrizione medica;

i. bisogno previsto di prodotti EMap incl. numero a due cifre del gruppo di prodotti fatturato dalle infermiere e dagli infermieri.

In aggiunta, per le cure ambulatoriali di cui alla cifra 4.4 (esempio nell'appendice all'allegato 2a):

j. numero previsto di minuti per tipo di prestazione secondo l'art. 7 cpv. 2 lett. a)–c) OPre al mese e in totale per la durata di validità della prescrizione. Per la segnalazione elettronica dei bisogni valgono le prescrizioni del Forum Datenaustausch.

k. Elenco delle prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 Opre con indicazione del numero previsto di interventi per ogni prestazione per giorno, settimana, mese o trimestre.

In aggiunta, per prestazioni in strutture diurne e notturne di cui alla cifra 4.5 (esempio nell'appendice all'allegato 2b):

l. stima dell'autonomia;

m. numero previsto di attività di cura e minuti al giorno, nonché gradi risultanti giusta l'art. 7a cpv. 3 OPre.

### 7.3 Variazione del bisogno di cure

7.3.1 Se il bisogno di prestazioni di cura cambia stabilmente, va eseguita una nuova valutazione dei bisogni.

7.3.2 Se il bisogno di prestazioni di cura cambia temporaneamente per diversi giorni, nel corso dell'intervento ed eccede significativamente il numero di minuti prescritti, questa variazione deve essere comunicata per iscritto.

## 8. Remunerazione delle prestazioni incl. mezzi e apparecchi

### 8.1 Dalla natura personale del numero RCC risulta che

- che ogni infermiera/e che partecipa alle cure deve essere autorizzata/o, vale a dire disporre di un proprio numero RCC.
- un'infermiera, un infermiere può fatturare esclusivamente le prestazioni fornite da lei/lui personalmente.

8.2 Gli assicuratori erogano contributi di cui all'art. 7a OPre per i costi delle misure di analisi, consulenza e coordinamento, esame e trattamento nonché cure di base.

8.3 Il fornitore di prestazioni fattura il contributo corrispondente alle cure erogate secondo l'art. 7a OPre. Sono escluse fatturazioni anticipate.

### 8.4 Con il pagamento dei contributi:

- a) di cui all'art. 7a cpvv. 1 e 2 OPre sono remunerate tutte le prestazioni previste dal diritto delle assicurazioni malattie per misure di cura dei singoli fornitori di prestazioni di cui alla cifra 4.4 giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre;
- b) di cui all'art. 7a cpv. 3 OPre sono remunerate tutte le prestazioni previste dal diritto delle assicurazioni malattie per misure di cura in strutture diurne o notturne secondo l'art. 7a cpv. 4 OPre e la cifra 4.5 per misure di cura giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre.

8.5 Il fornitore di prestazioni non può conteggiare prestazioni giusta l'art. 7 OPre mentre il paziente / la paziente si trova in ospedale o in casa di cura (incl. cure acute e transitorie stazionarie). Questo non vale per il giorno di ammissione e di dimissione nonché per le valutazioni dei bisogni e le prestazioni di coordinamento, che devono avvenire già durante una degenza ospedaliera per garantire un percorso di trattamento ottimale. Inoltre, il fornitore di prestazioni non può conteggiare prestazioni ambulatoriali di cure e assistenza di lunga durata giusta l'art. 7 OPre mentre il paziente riceve prestazioni ambulatoriali di cure acute e transitorie. In singoli casi, previo accordo con l'assicuratore, può essere concordata una fatturazione contemporanea di prestazioni di cura ambulatoriali giusta l'art. 7 OPre e di prestazioni CAT.

8.6 I mezzi e gli apparecchi prescritti dal medico, ai sensi dell'allegato 2 OPre, che vengono consegnati e fatturati dal fornitore di prestazioni, in base alle vigenti premesse legali, sono riportati nell'allegato 4.

8.7 Ai sensi della presente convenzione, non possono essere conteggiate a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie prestazioni non menzionate in questa sede (ad es. medicinali, ecc.).

## 9. Fatturazione e modalità di pagamento

### 9.1 Fatturazione

9.1.1 La fatturazione avviene mensilmente.

9.1.2 In caso di trattamenti che si protraggono oltre la fine dell'anno, deve essere emessa una fattura intermedia in data 31.12. Qualora l'assicurato cambi l'assicuratore al 30.6., il fornitore di prestazioni, su richiesta dell'assicuratore precedente, emette una fattura intermedia al 30.6. entro e non oltre il 15.8. dell'anno civile in questione.

9.1.3 Il fornitore di prestazioni è tenuto a trasmettere la fattura in conformità agli standard e alle direttive del Forum Datenaustausch, nel quadro delle disposizioni di legge.

9.1.4 Qualora singoli fornitori di prestazioni non effettuino lo scambio di dati per via elettronica, i moduli di fatturazione contenenti i dati di cui alla cifra 9.1.5 e altri documenti possono essere trasmessi in formato cartaceo.

9.1.5 La fattura contiene i seguenti dati:

- a. data e numero della fattura;
- b. generalità e dati assicurativi (cognome / nome / data di nascita / domicilio / numero d'assicurato e/o numero d'assicurazione sociale);
- c. motivo del trattamento malattia, infortunio o maternità);
- d. nome dell'assicuratore;
- e. numero RCC e numero GLN del fornitore di prestazioni (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);
- f. numero RCC e numero GLN del medico prescrivente (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);
- g. grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi lieve/medio/elevato), se noto;
- h. durata della/e prescrizione/i del medico per il periodo di fatturazione;
- i. Per l'EMAp: codice tariffario, numero completo della posizione EMap e quantità (dettagli vedi allegato 4).

per le prestazioni fornite a domicilio o nello studio dell'infermiera/e, giusta la cifra 4.4:

- j. minuti erogati (decimali) per tipo di prestazione secondo l'art. 7 cpv. 2 lett. a)–c) OPre, calendario.

Per prestazioni in strutture diurne e notturne giusta la cifra 4.5:

- k. calendario con il rispettivo livello contributivo ai sensi dell'art. 7a cpv. 4 OPre in relazione all'art. 7a cpv. 3 OPre.

## 9.2 Modalità di pagamento

9.2.1 Le parti contraenti convengono che la remunerazione giusta l'art. 7a OPre è dovuta dall'assicuratore (sistema del terzo pagante).

9.2.2 In deroga alla cifra 9.2.1, il fornitore di prestazioni può scegliere che per tutte le persone assicurate presso la CSS la remunerazione della prestazione sia dovuta nel sistema del terzo garante. Il fornitore di prestazioni informa tempestivamente la persona assicurata prima della fruizione di prestazioni. La scelta deve avvenire con l'adesione alla convenzione e può essere modificata a decorrere dall'inizio di un anno civile, rispettando un termine di preavviso di 6 mesi. Non è ammesso un cambio per singoli assicurati.

9.2.3 L'assicuratore rimborsa al fornitore di prestazioni i costi delle prestazioni da questi fornite in base ai contributi ai sensi dell'OPre e al bisogno di cure notificato.

9.2.4 L'assicuratore remunera solo le fatture conformi alla presente convenzione e alla legge. In caso contrario, l'assicuratore richiede al fornitore di prestazioni di emettere una fattura conforme alla convenzione e alla legge.

9.2.5 L'assicuratore corrisponde al fornitore di prestazioni il rimborso dovuto entro trenta giorni. In caso di fatturazione elettronica il termine è di venticinque giorni.

9.2.6 Il termine decorre dal momento in cui l'assicuratore dispone di tutti i documenti necessari per il controllo della fattura conforme alla convenzione e alla legge.

9.2.7 In caso di contestazioni motivate i termini di pagamento vengono interrotti ai sensi della cifra 9.2.5. L'assicuratore rimane debitore della parte non contestata.

9.2.8 I fornitori di prestazioni fatturano agli assicuratori soltanto le prestazioni obbligatorie menzionate nella presente convenzione. In particolare, le prestazioni non obbligatorie di cui all'art. 59 cpv. 2 OAMal devono essere conteggiate separatamente dalle prestazioni AOC.

## **10. Scambio elettronico dei dati (EDI)**

- 10.1 Tenendo conto della Legge sulla protezione dei dati, le parti contraenti intendono realizzare lo scambio elettronico dei dati tra fornitori di prestazioni e assicuratori.
- 10.2 Le parti contraenti mirano alla fatturazione elettronica mediante il modulo di fatturazione del Forum Datenaustausch al più tardi entro il 31.12.2022.

## **11. Economicità e garanzia della qualità, esecuzione dei controlli**

- 11.1 Il fornitore di prestazioni si impegna a dispensare le prestazioni in modo efficace, appropriato ed economico, rispettando in tale contesto gli standard di qualità in vigore.
- 11.2 Gli assicuratori hanno il mandato legale di verificare l'obbligo e l'economicità (EAE) delle prestazioni fatturate. La relativa procedura è pattuita e disciplinata in dettaglio nell'allegato 3.
- 11.3 Le condizioni per lo sviluppo della qualità valevoli in tutta la Svizzera (accordo contrattuale per la promozione della qualità) vengono stipulate in un accordo separato tra l'ASI e l'associazione mantello degli assicuratori malattie (Curafutura).

## **12. Validità delle versioni linguistiche**

La presente convenzione è redatta e sottoscritta in lingua tedesca. La convenzione è tradotta in francese e italiano. In caso d'incongruenze è definitivamente determinante la versione in lingua tedesca.

## **13. Inizio, durata e disdetta della convenzione**

- 13.1 La presente convenzione entra in vigore in data 01.04.2021 e ha validità indeterminata.
- 13.2 La convenzione può essere disdetta da ciascuna parte contraente con un termine di disdetta di 6 mesi alla fine di ogni anno civile, la prima volta il 31.12.2022.
- 13.3 Il presente contratto amministrativo sostituisce tutte le convenzioni risp. gli accordi con lo stesso oggetto di regolamentazione per i fornitori di prestazioni, gli assicuratori e l'associazione che sottostanno alla presente convenzione. Il contratto amministrativo tra l'ASI e gli assicuratori rappresentati da tarifsuisse – numero di contratto 31.500.0001S, valevole dal 01.04.2011 – è quindi sostituito per la CSS.

## **14. Allegati alla convenzione**

I seguenti allegati costituiscono parte integrante della convenzione e non possono essere disdetti separatamente:

**Allegato 1:** Assicuratori aderenti

**Allegato 2:** Formulario di segnalazione dei bisogni / Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni

**Allegato 3:** Accordo sui controlli degli assicuratori malattie

**Allegato 4:** Remunerazione di mezzi e apparecchi

## **15. Riserva della forma scritta**

Tutte le modifiche e le integrazioni alla presente convenzione e ai suoi allegati devono avvenire in forma scritta ed essere debitamente sottoscritte dalle parti contraenti con firma giuridicamente vincolante.

## **16. Clausola liberatoria**

Se determinate condizioni alla base del contratto dovessero cambiare, oppure l'una o l'altra disposizione del presente contratto dovesse essere considerata o dovesse divenire nulla o parzialmente nulla, la validità delle rimanenti disposizioni non ne sarà intaccata. In un caso del genere, le parti sono tenute ad adeguare il contratto alle condizioni mutate risp. a sostituire la disposizione nulla o parzialmente nulla con un'altra disposizione, affinché lo scopo voluto dal contratto possa essere raggiunto in modo legalmente ammesso.



## **17. Diritto applicabile / Istanza di conciliazione**

- 18.1 Di principio, le controversie tra assicuratori e fornitori di prestazioni devono essere risolte direttamente dagli interessati. Prima della procedura arbitrale ai sensi dell'art. 89 LAMal, con l'accordo di entrambe le parti, si effettua un tentativo di conciliazione con la partecipazione dell'assicuratore interessato e dell'ASI.
- 18.2 In singoli casi gravi e/o qualora si accumulino problematiche simili, le parti contraenti possono essere coinvolte per giungere a una soluzione.
- 18.3 Si applica il diritto svizzero.
- 18.4 La procedura in caso di controversie si basa sull'art. 89 LAMal.

## **18. Disposizioni finali**

Il presente contratto è predisposto e firmato in 2 esemplari. A ciascuna delle parti contraenti è consegnata una copia della convenzione.

## **19. Disposizioni transitorie**

Il presente contratto ha pienamente effetto per i fornitori di prestazioni che hanno aderito alla precedente convenzione amministrativa con tarifsuisse (numero contratto 31.500.0001S). I fornitori di prestazioni che non lo desiderano devono comunicare il loro recesso in forma scritta all'ASI entro 90 giorni dalla sottoscrizione della presente nuova convenzione.

La versione tedesca è autorevole

Berna, il .....

**Associazione svizzera infermiere e infermieri SBK-ASI**

.....  
Sophie Ley  
Presidente

.....  
Yvonne Ribl  
Amministratrice

Lucerna, il .....

**CSS Assicurazione malattie SA**

(incl. gli assicuratori LAMal del Gruppo CSS, come in copertina)

.....  
Sanjay Singh  
Direttore divisione del Gruppo Prestazioni e Prodotti  
Membro della Direzione generale del Gruppo

.....  
Luca Emmanuele  
Capo Management acquisto prestazioni  
Membro della Direzione

La versione tedesca è autorevole

## **Allegato 1 – Assicuratori affiliati**

---

I seguenti assicuratori sono affiliati al contratto:

**CSS Assicurazione malattie SA**

Tribschenstrasse 21  
6005 Lucerna

Compresi i seguenti assicuratori LAMal del Gruppo CSS:

**INTRAS Assicurazione malattie SA**, Avenue de Valmont 41, 1000 Losanna 10

**Arcosana SA**, Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerna

**Sanagate SA**, Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerna

La versione tedesca è autorevole

## Allegato 2 – Formulario di segnalazione dei bisogni / Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni

Un esempio del formulario attuale si trova su internet

[www.sbk.ch/dienstleistungen-sbk/freiberufliche-pflege/formulare-und-dokumente](http://www.sbk.ch/dienstleistungen-sbk/freiberufliche-pflege/formulare-und-dokumente)

**2a: Esempio** – Formulario di segnalazione dei bisogni per prestazioni ambulatoriali di cui alla cifra 4.4 incl. appendice “Elenco delle prestazioni secondo l’art. 7 cpv. 2 OPre”.

<b>Coordinate cliente</b>		<b>Nome e indirizzo dell'assicurazione</b>	
Cognome			
Nome			
Indirizzo			
CAP/Luogo			
Data di nascita			
Telefono privato			
Datore di lavoro		att. médecin-conseil	
CAP/Luogo		Diagnostic:	
Telefono ufficio			
Assicuratore			
No ass./incidente			
<input type="checkbox"/> Incidente <input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Invalidità <input type="checkbox"/> Infermità congenita <input type="checkbox"/> Maternità <input type="checkbox"/> Assegno per grandi invalidi			
<b>Prescrizione medica</b>		<input type="checkbox"/> <b>Prima prescrizione</b> <input type="checkbox"/> <b>Rivalutazione</b>	
(da riempire dal medico per misure medico-delegate esclusivamente, p.e. iniezioni, medicinali)			
Prescrizione valida dal: _____ al: _____			
<b>Soins infirmiers (à remplir par l'infirmière)</b>			
OPre 7 / pos. tariffaria	Prestazioni	Frequenza	Durata in minuti al trimestre
Totale a			
Totale b			
Totale c			
<b>Somma</b>			
Medico (timbro) no RCC :		Infirmiera/infermiere no RCC :	
		Nome/RCC ulteriori fornitori di prestazioni:	
Data:	Firma medico:	Data:	Firma infermiera/infermiere:

Versión aprile 2011

La lista delle prestazioni è disponibile soltanto in francese o in tedesco

Cocher lorsqu'une prestation est prévue	OPAS art. 7 al. 2	Description détaillée de la prestation (selon article 7, al. 2 OPAS )	Nombre: combien de fois la prestation doit-elle être assurée	Fréquence : Unité de la prestation prévue
	let. a ch. 1	Evaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier; planification, en collaboration avec le médecin et le patient, des mesures nécessaires,		
	let. a ch. 2	conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier quant à la manière de gérer les symptômes de la maladie, pour l'administration des médicaments ou pour coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables		
	let. a ch. 3	contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),		
	let. b ch. 1	test simple du glucose dans le sang ou l'urine,		
	let. b ch. 2	prélèvement pour examen de laboratoire,		
	let. b ch. 3	mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),		
	let. b ch. 4	pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,		
	let. b ch. 5	soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale,		
	let. b ch. 6	préparation et administration de médicaments ainsi que documentation des activités qui leur sont associées,		
	let. b ch. 7	administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,		
	let. b ch. 8	surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,		
	let. b ch. 9	rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,		
	let. b ch. 10	soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence		
	let. b ch. 11	assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos		
	let. b ch. 12	soins destinés à la mise en oeuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques,		
	let. b ch. 13	soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui;		
	let. b ch. 14	soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et		
	let. c ch. 1	mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité.		
	let. c ch. 2			

Version septembre 2017

**2b: Esempio** – Formulario di segnalazione dei bisogni per strutture diurne o notturne di cui alla cifra 4.5 della presente convenzione (soltanto disponibile in tedesco).

**Ärztliche Anordnung /Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten**

Name ..... Krankenversicherer.....  
 Vorname..... Versicherten-Nr.....  
 Strasse.....  
 PLZ/Ort..... falls Leistungen nach LVG:  
 Geburtsdatum..... Unfallversicherer.....  
 Geschlecht  weiblich  männlich

---

Aufenthalt wegen:  Krankheit  Invalidität  Unfall  .....  
 Hilflosenentschädigung:  keine  leicht  mittel  schwer  
 Anordnung:  1. Anordnung  Fortsetzungsanordnung  
 Dauer (Art. 8 KLV) gültig für:  3 Monate  6 Monate von ..... bis .....  
 Zusätzlicher Bezug von Pflegeleistungen:  nein  ja  
 wenn ja, durch (Name & ZSR.Nr.) .....

	Selbstständigkeit				Bemerkungen
	---	-	+	++	
Verstehen und sich ausdrücken					
Sich orientieren					
Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence					
					<b>Pflegertätigkeiten</b>
					einmal
					mehrmals
					<b>Total Minuten pro Tag</b>
Sich bewegen / Mobilität					
Essen und trinken					
Sich waschen und kleiden					
Ausscheiden					
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV					
Andere Leistungen (beschreiben):					
<b>Total Minuten</b>					
<b>Stufe gemäss Art. 7a KLV</b>					

Aufenthaltsstage in der Tages- / Nachtstätte	pro Woche	pro Monat
Dauer pro Aufenthaltstag von ..... bis ..... Uhr		
Dauer pro Aufenthaltstag von ..... bis ..... Uhr		

Besonderes: .....

Name der Organisation: ..... **Ärztin/Arzt:** .....

ZSR Nummer: ..... **ZSR Nummer:** .....

Datum: ..... **Datum:** .....

Unterschrift: ..... **Unterschrift:** .....

Das Bedarfsmeldeformular muss spätestens 34 Kalendertage nach Pflegebeginn zusammen mit der Ärztin/dem Arzt ausgefüllt werden. Die Tagesstätte sendet das vollständige Original an den Versicherer und informiert involvierte Spitex-Organisationen oder selbstständig Pflegenden über den Aufenthalt.

## **Allegato 3 – Convenzione sui controlli degli assicuratori malattie**

---

Gli assicuratori hanno il mandato legale di verificare per mezzo di procedure di controllo l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità (EAE) delle prestazioni fatturate (secondo l'art. 32 LAMal, art. 8c OPre).

Se dalla verifica dell'assicuratore risulta che nelle prestazioni fatturate non sono stati rispettati i criteri EAE e gli assicuratori sono in grado di fornire una motivazione specialistica (ad esempio motivi inerenti alla limitazione o alla modifica, al collegamento con la documentazione inviata concernente le cure, a lettere e numeri delle prestazioni di cui all'art. 7, cpv. 2, Opre, alla durata della prestazione), le prestazioni da fornire devono essere modificate.

La modifica deve avvenire:

- in caso di verifica presso l'assicuratore (cfr. cifra 1 di questo allegato), qualora i termini siano stati rispettati: il giorno in cui l'assicuratore comunica il risultato;
- in caso di verifica presso il fornitore di prestazioni o l'assicurato (cfr. cifre 2 e 3 di questo allegato): il giorno del controllo.

Le modifiche retroattive sono limitate ai singoli casi in cui gli assicuratori, al termine della verifica, sono in grado di dimostrare e motivare gravi violazioni dei criteri EAE da parte dei fornitori di prestazioni.

### **1. Verifica presso l'assicuratore**

Gli assicuratori effettuano i seguenti controlli:

#### **1.1 Verifica della documentazione presentata dalle infermiere o dagli infermieri giusta le cifre 7.2.2 e 7.2.5.**

Il fornitore di prestazioni mette sistematicamente a disposizione dell'assicuratore i seguenti documenti:

- segnalazione dei bisogni giusta l'art. 7.2 (esempio nell'allegato 2a);
- fattura giusta la cifra 9.1;
- quale allegato alla definizione dei bisogni: lista delle prestazioni giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre (giusta la cifra 7.2.5, allegato 2a).

#### **1.2 Verifica della documentazione richiesta dall'assicuratore e inoltrata dall'infermiera/e all'assicuratore.**

1.2.1 In caso di dubbi sulla documentazione presentata sistematicamente, l'assicuratore può, di regola entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione e conformemente all'art. 42 cpv. 5 LAMal, richiedere all'infermiera/e ulteriori documenti rilevanti per la valutazione (ad es. documento originale della prescrizione del medico, valutazione dei bisogni, pianificazione delle cure, decorso delle cure, documentazione della ferita, ecc.).

1.2.2 L'infermiera/e spedisce la documentazione di cura all'assicuratore di regola entro 15 giorni lavorativi.

1.2.3 Ricevuta la documentazione, l'assicuratore ha di regola altri 15 giorni lavorativi di tempo per esaminarla e comunicare la decisione all'infermiera/e. Il rapporto fa riferimento alla documentazione recapitata all'assicuratore fino al momento del controllo.

1.2.4 In caso di contestazione, fornitore di prestazioni e assicuratore si impegnano a trovare una soluzione il più rapidamente possibile.

### **2. Verifica presso il fornitore di prestazioni**

Gli assicuratori eseguono verifiche puntuali sulla base di dossier dei pazienti aperti selezionati presso il fornitore di prestazioni.

#### **2.1 L'assicuratore annuncia la visita di controllo presso il fornitore di prestazioni. Il controllo viene effettuato entro 30 giorni civili dall'annuncio. In casi eccezionali, d'intesa reciproca, si può derogare da questo termine.**

- 2.2 In considerazione dell'art. 42 cpv. 5 LAMal, nonché del principio di proporzionalità, il fornitore di prestazioni prepara nei locali aziendali tutte le informazioni rilevanti relative agli incarti richiesti affinché la persona incaricata del controllo da parte dell'assicuratore le possa visionare. L'infermiera/e garantisce di essere a disposizione della persona incaricata del controllo per eventuali domande.
- 2.3 Dopo aver visionato la documentazione, lo stesso giorno ha luogo uno scambio a voce sul budget orario attuale tra l'infermiera/e e la persona incaricata del controllo dall'assicuratore.
- 2.4 A controllo effettuato, il fornitore di prestazioni riceve entro 15 giorni lavorativi un riscontro scritto dell'assicuratore.

### **3. Verifica di singoli casi presso l'assicurato**

Gli assicuratori eseguono verifiche puntuali nell'ambito di un intervento di cura presso l'assicurato.

- 3.1 L'assicuratore informa l'assicurato sullo scopo della visita e fissa direttamente un appuntamento. La visita di controllo può essere effettuata durante un intervento regolare del fornitore di prestazioni. In questo caso l'assicuratore informa il fornitore di prestazioni almeno 10 giorni lavorativi prima della visita programmata.
- 3.2 A visita di controllo effettuata, l'assicuratore deve dare entro 15 giorni lavorativi un riscontro scritto al fornitore di prestazioni.

La versione tedesca è autorevole



## **Allegato 4 – Remunerazione di mezzi e apparecchi**

---

### **1. Campo d'applicazione**

- 1.1 L'oggetto del presente allegato è la dispensazione e la fatturazione di mezzi e apparecchi di cui all'allegato 2 OPre dei capitoli
- 01.01 Le pompe tiralatte nel quadro di un puerperio secondo l'art. 7 OPre (indipendentemente dalla consulenza per l'allattamento di cui all'art. 15 OPre, che non è oggetto della presente convenzione)
  - 03.04 Materiale per terapia mediante perfusione
  - 03.05 Apparecchi per iniezione
  - 15 Mezzi ausiliari per l'incontinenza
  - 17 Mezzi per la terapia compressiva
  - 21.03 Diagnostica in vitro; reagenti e materiale di consumo per analisi ematiche
  - 29 Articoli per stomia
  - 35 Materiale di medicazione
  - 99 Diversi
- da parte di infermiere e infermieri secondo i requisiti legali e giuridici.
- 1.2 A condizione che il fornitore di prestazioni adempia alle premesse di art. 55 OAMal, nell'ambito della sua attività esso viene riconosciuto quale centro di consegna per i capitoli elencati alla cifra 1.1 del presente allegato. All'occorrenza, la CSS ha il diritto di richiedere a un fornitore di prestazioni una copia della relativa autorizzazione.
- 1.3 La consegna di mezzi e apparecchi da altri capitoli è esclusa e all'occorrenza deve essere regolamentata con la CSS tramite un contratto di consegna di mezzi e apparecchi separato.

### **2. Remunerazione di mezzi e apparecchi**

- 2.1 Mezzi e apparecchi prescritti dal medico di cui alla cifra 1.1 del presente allegato possono essere fatturati al massimo con l'importo massimo rimborsabile figurante nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi e nel rispetto dell'art. 56 LAMal e dell'Ordinanza concernente l'integrità e la trasparenza nel settore degli agenti terapeutici (OITAT).
- 2.2 A titolo di disposizione transitoria (fino all'entrata in vigore delle nuove disposizioni di legge EMAP), le parti contraenti convengono di attenersi alla regolamentazione preesistente giusta l'art. 8 cpv. 6 del contratto amministrativo tra SBK-ASI e tarifsuisse valevole dal 01.04.2011 (31.500.0001S).
- 2.3 La fatturazione avviene in modo dettagliato, con specificazione del numero di posizione EMAP e del calendario. Alla prima fattura deve essere tassativamente allegata la prescrizione medica.
- 2.4 All'occorrenza, la CSS può richiedere una fattura originale della fase del commercio precedente per verificare il rispetto della cifra 2.1 del presente allegato.