# Convenzione amministrativa cure ambulatoriali

**Numero di convenzione:** 31.500.2702W

del 1° gennaio 2025

concernente la

## remunerazione delle prestazioni di cura ambulatoriali previste dell'assicurazione malattia obbligatoria

secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

tra

**l'Associazione svizzera**
**delle infermiere e degli infermieri ASI**
Choisystrasse 1
3008 Berna

in seguito: **ASI**

e

| | | |
|---|---|---|
| 1. | N. UFSP 32 | **Aquilana Versicherungen** |
| 2. | N. UFSP 134 | **Einsiedler Krankenkasse** |
| 3. | N. UFSP 194 | **Sumiswalder Krankenkasse** |
| 4. | N. UFSP 246 | **Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg** |
| 5. | N. UFSP 290 | **CONCORDIA Schweizerische Kranken- u. Unfallversicherung AG** |
| 6. | N. UFSP 312 | **Atupri Gesundheitsversicherung** |
| 7. | N. UFSP 343 | **Avenir Assurance Maladie SA** |
| 8. | N. UFSP 360 | **Krankenkasse Luzerner Hinterland** |
| 9. | N. UFSP 455 | **ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG** |
| 10. | N. UFSP 509 | **Vivao Sympany AG** |
| 11. | N. UFSP 780 | **Genossenschaft Glarner Krankenversicherung** |
| 12. | N. UFSP 820 | **Cassa da malsauns LUMNEZIANA** |
| 13. | N. UFSP 829 | **KLuG Krankenversicherung** |
| 14. | N. UFSP 881 | **EGK Grundversicherungen AG** |
| 15. | N. UFSP 901 | **sanavals Gesundheitskasse** |
| 16. | N. UFSP 923 | **Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK** |
| 17. | N. UFSP 941 | **sodalis gesundheitsgruppe** |
| 18. | N. UFSP 966 | **vita surselva** |
| 19. | N. UFSP 1040 | **Verein Krankenkasse Visperterminen** |
| 20. | N. UFSP 1113 | **Caisse-maladie de la vallée d'Entremont société coopérative** |
| 21. | N. UFSP 1318 | **Stiftung Krankenkasse Wädenswil** |
| 22. | N. UFSP 1322 | **Krankenkasse Birchmeier** |
| 23. | N. UFSP 1384 | **SWICA Krankenversicherung AG** |

**© tarifsuisse ag 2025**
Qualsiasi copia o utilizzazione – anche parziale – del presente documento o di suoi documenti è consentito solo dopo esplicito consenso di tarifsuisse ag (art. 23 LCSI).

| | | |
|---|---|---|
| 24. | N. UFSP 1386 | **Galenos AG** |
| 25. | N. UFSP 1401 | **rhenusana** |
| 26. | N. UFSP 1479 | **Mutuel Assurance Maladie SA** |
| 27. | N. UFSP 1507 | **AMB Assurance SA** |
| 28. | N. UFSP 1535 | **Philos Assurance Maladie SA** |
| 29. | N. UFSP 1542 | **Assura-Basis SA** |
| 30. | N. UFSP 1555 | **Visana AG** |
| 31. | N. UFSP 1560 | **Agrisano Krankenkasse AG** |
| 32. | N. UFSP 1568 | **sana24 AG** |
| 33. | N. UFSP 1570 | **vivacare AG** |
| 34. | | **Istituzione comune LAMal**<br>Industriestrasse 78, 4600 Olten, nella sua funzione di assistenza reciproca giusta l'articolo 19 capoverso 1 OAMal |

in seguito: **assicuratori**

rappresentati come da procura da

**tarifsuisse sa**
Römerstrasse 20
4502 Soletta

L'ASI e gli assicuratori sono denominati insieme come **parti contraenti**

# I. Disposizioni generali

## Art. 1 Parti contraenti

La presente convenzione si applica:

a) alle infermiere e agli infermieri che hanno aderito alla presente convenzione amministrativa (di seguito „fornitori di prestazioni “);
b) a ciascun assicuratore malattie contraente;
c) a ciascun assicuratore malattie autorizzato ai sensi della LAMal che ha stipulato la presente convenzione secondo l’articolo 5;
d) all’ASI, nella misura in cui si assume esplicitamente diritti e obblighi in conformità alla presente convenzione;
e) a tarifsuisse sa, nella misura in cui si assume esplicitamente diritti e obblighi in conformità alla presente convenzione.

## Art. 2 Campo di applicazione

[1] La presente convenzione amministrativa concerne la remunerazione delle cure a favore di persone assicurate presso un assicuratore contraente secondo la legge sull’assicurazione malattie (LAMal).

[2] La presente convenzione amministrativa disciplina l’applicazione degli importi fissati per legge e la gestione amministrativa delle prestazioni di cura secondo l’articolo 25a LAMal e l’articolo 7 e seguenti OPre dispensate da infermiere e infermieri ai sensi dell’articolo 49 OAMal. Le prestazioni non disciplinate dall’articolo 7 e seguenti Opre che possono essere fornite anche da infermieri (ad es. consulenza per l’allattamento) sono regolamentate in contratti separati.

[3] La LAMal e la presente convenzione amministrativa distinguono tra le cure ambulatoriali fornite da infermieri al domicilio del paziente o nei locali degli infermieri (studio medico) e quelle dispensate in strutture diurne o notturne. La presente convenzione si applica a entrambe le predette forme di cure ambulatoriali. Si pratica una differenza nella remunerazione (vedi art. 10 cpv. 4 della presente convenzione).

[4] I fornitori di prestazioni necessitano di un numero RCC separato per le seguenti categorie: cure e assistenza di lunga durata nonché strutture diurne o notturne.

[5] La remunerazione delle **prestazioni di cure ambulatoriali** fornite al domicilio del paziente o nei locali dell’infermiere (studio medico) è disciplinata all’articolo 7a capoverso 1 OPre.

[6] Nelle cure ambulatoriali in **strutture diurne o notturne** (quali Foyer de jour, Centro diurno, UAT-VD e altre offerte analoghe) il paziente o la paziente vive al proprio domicilio e vi fa ritorno. Nell’arco delle 24 ore ci si può avvalere della struttura diurna o notturna. Non è possibile cumulare le offerte. La remunerazione delle prestazioni di cura è disciplinata all’articolo 7a capoverso 4 OPre.

# II. Adesione e recesso dei fornitori di prestazioni

## Art. 3 Adesione da parte del fornitore di prestazioni

[1] Alla presente convenzione possono aderire tutti i fornitori di prestazioni che adempiono i requisiti di cui all’art. 49 OAMal e che dispongono di una autorizzazione in virtù del diritto cantonale. Se un fornitore di prestazioni è titolare di più di un numero RCC attivo (ad es. in Cantoni diversi), deve aderire alla convenzione separatamente con ciascun numero.

[2] Il fornitore di prestazioni che aderisce alla presente convenzione accetta senza riserve tutte le disposizioni della convenzione e dei suoi allegati. Questi ultimi sono parte integrante della presente convenzione.

[3] La procedura di adesione viene avviata dall'ASI dopo la sottoscrizione integrale della convenzione amministrativa. Devono essere rispettate le disposizioni della legge sull'assicurazione malattie. La data di adesione è quella della ricezione della domanda di adesione da parte dell'ASI. L'ASI disciplina le modalità delle adesioni e dei recessi e ne assume integralmente la relativa responsabilità. In particolare, è responsabile che alla presente convenzione aderiscano esclusivamente fornitori di prestazioni che soddisfino interamente le condizioni di cui all'articolo 3 capoverso 1 della presente convenzione. Gli assicuratori e tarifsuisse sa non assumono alcun ruolo o responsabilità in merito.

[4] All'occorrenza, tarifsuisse sa ha il diritto di richiedere all'ASI una copia del formulario di adesione di un fornitore di prestazioni.

[5] Se l'adesione avviene al più tardi entro il 31 luglio 2025, ha effetto retroattivo al 1° gennaio 2025. Se avviene dopo tale data, fa stato il giorno in cui la dichiarazione di adesione è stata recapitata all'ASI.

[6] L'ASI fa pervenire mensilmente a tarifsuisse sa la lista aggiornata dei fornitori di prestazioni che hanno aderito ai sensi del capoverso 7. Per i fornitori di prestazioni che hanno aderito alla precedente convenzione amministrativa con numero 31.500.2120G entro il 31 dicembre 2024 si applica la disposizione transitoria di cui all'articolo 26 della presente convenzione amministrativa.

[7] L'ASI comunica a tarifsuisse sa (all'att. del reparto *Vertragsanschluss-Management VAM*, e-mail: vam@tarifsuisse.ch) le adesioni e recessioni avvenute, esclusivamente con una tabella Excel sulla base del modello nell'allegato 2. Per gli assicuratori, la lista vale come dichiarazione di adesione o di recesso vincolante alla convenzione da parte dei fornitori di prestazioni che vi figurano. Il VAM respinge all'ASI, senza trattarle, le liste non conformi al modello o che contengono dati non corretti oppure che elencano fornitori di prestazioni che non soddisfano le condizioni di cui al capoverso 1.

## Art. 4 Recesso o esclusione dalla convenzione da parte del fornitore di prestazioni

[1] La recessione dalla convenzione avviene mediante dichiarazione scritta e firmata da parte del fornitore di prestazioni all'attenzione dell'ASI, che a sua volta informa tarifsuisse sa tramite la lista di adesione e recesso di cui all'articolo 3 capoversi 6 e 7.

[2] Si può dichiarare il recesso dalla convenzione per la fine dell'anno civile rispettando un termine di disdetta di 6 mesi, la prima volta per il 31 dicembre 2025. Si applica il principio della ricezione, ossia fa stato la data in cui l'ASI ha ricevuto la lista di recesso.

[3] I fornitori di prestazioni possono essere esclusi dalla presente convenzione amministrativa dall'ASI per motivi importanti. Tra i motivi importanti si annoverano, tra l'altro, gravi violazioni contrattuali, la revoca dell'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione o il mancato pagamento delle tasse.

## Art. 5 Stipulazione della convenzione da parte di altri assicuratori (diritto di opzione)

[1] A tarifsuisse sa si accorda il diritto di dichiarare applicabili unilateralmente i diritti e gli obblighi della presente convenzione anche per altri assicuratori autorizzati e, di conseguenza, di concludere una nuova convenzione dello stesso contenuto tra il nuovo assicuratore contraente e l'ASI (diritto di opzione).

[2] La convenzione basata sul diritto di opzione tra il nuovo assicuratore contraente e l'ASI è considerata come conclusa – fatta riserva per l'approvazione da parte dell'autorità competente (art. 46 cpv. 4 LAMal) – nel momento in cui tarifsuisse sa comunica al fornitore di prestazioni il numero UFSP, il nome e l'indirizzo dell'assicuratore unitamente alla dichiarazione che anche l'assicuratore stipula la presente convenzione. La convenzione basata sul diritto d'opzione perde automaticamente efficacia non appena la presente convenzione tariffale viene a cessare.

[3] L'esercizio del diritto d'opzione è valido soltanto se viene praticato da tarifsuisse sa e se tarifsuisse sa è in possesso di una relativa procura che la autorizza a stipulare convenzioni con il nuovo assicuratore contraente.

# III. Presupposti per l'erogazione di prestazioni

## Art. 6 Condizioni per le prestazioni

[1] Gli assicuratori si assumono i costi delle cure ambulatoriali dispensate - in virtù della valutazione dei bisogni - secondo l'articolo 7 capoverso 2 nonché gli articoli 8 e 8a OPre dagli infermieri che soddisfano le condizioni di cui all'articolo 49 OAMal.

[2] Sono remunerate le prestazioni secondo l'articolo 7 OPre, sempre che siano fornite personalmente al domicilio del paziente o ambulatorialmente e che il fornitore di prestazioni per il luogo in cui fornisce le prestazioni disponga di un numero di codice creditore (n. RCC) valido.

# IV. Prescrizione medica, valutazione e definizione dei bisogni

## Art. 7 Prescrizione del medico / valutazione dei bisogni

[1] La fruizione di prestazioni di cura ai sensi dell'articolo 7 capoverso 2 lettera b Opre (esami e cure) presuppone un mandato medico o una prescrizione del medico e une valutazione dei bisogni ai sensi degli articoli 8 e 8a OPre.

[2] La fruizione di prestazioni di cura ai sensi dell'articolo 7 capoverso 2 lettere a e c OPre (valutazione, consigli e coordinamento nonché cure di base) presuppone una valutazione dei bisogni ai sensi dell'articolo 8a OPre.

[3] La valutazione dei bisogni secondo l'articolo 8a OPre viene effettuata da un infermiere qualificato in collaborazione con il paziente o la paziente o suo congiunto (vedi art. 8a cpv. 1 OPre). I fornitori di prestazioni possono scegliere quale strumento standardizzato impiegare per la valutazione dei bisogni.

[4] La valutazione scritta dei bisogni comprende l'analisi dello stato generale del paziente e dell'ambiente in cui vive, l'analisi del bisogno individuale di cura e di aiuto nonché dei mezzi e apparecchi. (vedi art. 8a cpv. 3 OPre).

[5] Il risultato deve essere inserito, unitamente ai dati del medico curante, sul formulario di segnalazione dei bisogni secondo gli allegati 3 o 4.

[6] La valutazione dei bisogni viene svolta sul paziente all'inizio della prestazione e si deve concludere al più tardi entro 14 giorni civili dall'inizio dell'intervento. In caso di prestazioni di cura su un mandato medico o una prescrizione del medico, il risultato della valutazione dei bisogni deve essere comunicato immediatamente al medico prescrittore. Il suo consenso è necessario solo

per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b. Se il consenso viene negato, è necessario procedere a una nuova valutazione dei bisogni. Questa viene effettuata in collaborazione con il medico, se questi lo ritiene necessario.

Per le prestazioni di cura fornite senza mandato medico o una prescrizione del medico, il risultato della valutazione dei bisogni deve essere immediatamente comunicato al medico curante per conoscenza. Nella valutazione dei bisogni devono essere riportate le indicazioni del medico al quale è stata inviata una copia per conoscenza.

[7] Per le prestazioni di cura fornite senza mandato medico o una prescrizione del medico, è necessario effettuare una nuova valutazione dei bisogni al più tardi nove mesi dopo la prima valutazione. Indipendentemente dalla frequenza con cui è stata rinnovata la valutazione dei bisogni, dopo 27 mesi il fornitore delle prestazioni deve presentare al medico curante, entro un termine di un mese, un rapporto che descriva in particolare il tipo, l'andamento e i risultati delle prestazioni di cura. Contemporaneamente, una copia del rapporto viene inviata all'assicuratore.

[8] In caso di proroga o rinnovo di un mandato medico o una prescrizione del medico è necessaria una nuova valutazione dei bisogni.

[9] In caso di intervento contemporaneo presso un assicurato, i fornitori di prestazioni devono coordinare i loro servizi e concordare il budget orario comune. Si esclude il cumulo della medesima prestazione (per es. doppia valutazione dei bisogni, consulenza e istruzione). Nella misura in cui un fornitore di prestazioni si faccia rappresentare regolarmente da altri fornitori di prestazioni, i nomi e i numeri RCC di questi ultimi devono essere indicati sul formulario di segnalazione dei bisogni.

[10] In caso di modifica della sostituzione, all’assicuratore può essere inoltrata una copia con l’aggiunta del nome e del n. RCC del nuovo sostituto.

[11] La cessione di un caso richiede sempre una nuova valutazione dei bisogni completa e una notifica all’assicuratore, dalla quale deve risultare chiaramente a chi è affidato il caso. Lo stesso vale anche per tutte le sostituzioni.

## Art. 8 Definizione dei bisogni all’assicuratore

[1] La definizione dei bisogni indica il bisogno previsto di prestazioni di cura. La definizione viene fatta esclusivamente in conformità agli esempi nell’allegato 3. Nella definizione dei bisogni, i fornitori di prestazioni indicano il tempo necessario previsto giusta l’articolo 8a capoverso 4 OPre.

[2] Il formulario di definizione dei bisogni va compilato in ogni sua parte e recapitato all’assicuratore entro 14 giorni. Le prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. a e c OPre devono essere firmate dal personale infermieristico responsabile del caso. Le prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b devono essere firmate sia dal medico prescrittore che dall'infermiere responsabile del caso. Se la definizione dei bisogni comprende prestazioni di entrambi i tipi, la firma del medico è valida esclusivamente per le prestazioni da lui prescritte (ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre). In assenza di una definizione dei bisogni valida, l’assicuratore non remunera alcuna prestazione.

[3] La definizione dei bisogni standardizzata pattuita tra le parti contraenti può essere trasmessa all’assicuratore anche in formato elettronico e strutturato. È responsabilità del fornitore di prestazioni sottoporre all’assicuratore, qualora necessario, la definizione dei bisogni sottoscritta dal medico per prestazioni ai sensi dell’articolo 7 capoverso 2 lettera b OPre.

[4] La data in cui ha effettivamente inizio il trattamento deve coincidere con la data nella quale la prescrizione diventa efficace. Non sono ammesse prescrizioni retroattive.

[5] I controlli dell’assicuratore sono disciplinati nell’allegato 5.

[6] La definizione dei bisogni contiene i seguenti dati:

a) dati relativi alla persona assicurata:
   - cognome e nome
   - data di nascita
   - sesso
   - domicilio
   - numero della tessera di assicurato
   - numero d'assicurazione sociale e /o numero d'assicurato;
b) motivo del trattamento: malattia, infortunio o maternità;
c) nome dell'assicuratore;
d) numero RCC e GLN del fornitore di prestazioni (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);
e) nome, numero RCC e GLN del medico prescrivente o curante;
f) grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi lieve/medio/elevato), se noto;
g) inizio e durata della prescrizione medica per prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre;
h) Inizio e durata della definizione dei bisogni;
i) Indicare se la prestazione è fornita con o senza prescrizione medica;
j) bisogno previsto di prodotti EMAp incl. numero a due cifre del gruppo di prodotti.

In aggiunta, per prestazioni di cura ambulatoriali di cui all'art. 2 cpv. 5 della presente convenzione:

k) 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;
l) a titolo di informazione supplementare per la segnalazione dei bisogni va allegato un elenco delle prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 OPre o il foglio di pianificazione delle prestazioni di interRAI con indicazione del numero previsto di interventi per ciascuna prestazione per giorno, settimana o trimestre (esempio nell'allegato 3).

In aggiunta, per prestazioni in strutture diurne e notturne di cui all'art. 2 cpv. 6 della presente convenzione:

m) stima dell'autonomia;
n) numero previsto di attività di cura e minuti al giorno (come da formulario nell'allegato 3) nonché gradi risultanti giusta l'articolo 7a capoverso 3 OPre.

### Art. 9 Variazione del bisogno di cure

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

[2] Se il bisogno di prestazioni di cura cambia temporaneamente nel corso dell'intervento, eccedendo significativamente il numero di ore prescritte, questa variazione deve essere comunicata subito per iscritto all'assicuratore.

## V. Remunerazione delle prestazioni

### Art. 10 Remunerazione delle prestazioni di cura

[1] Dalla caratteristica personale del n. RCC risulta che

- ogni persona qualificata che collabora alle cure deve essere autorizzata, ossia disporre di un proprio n. RCC,

- l'infermiere qualificato può fatturare esclusivamente le prestazioni che ha fornito personalmente,
- la convenzione amministrativa vieta in particolare agli infermieri di fatturare all'assicurazione malattie obbligatoria le prestazioni fornite da un infermiere qualificato da essi assunto, anche se dispone di un n. RCC.

[2] Gli assicuratori assumono contributi di cui all'art. 7a OPre per i costi delle misure di valutazione, consulenza e coordinamento, esame e trattamento nonché cure di base.

[3] Il fornitore di prestazioni conteggia le prestazioni di cura effettivamente dispensate. Non sono ammesse fatture anticipate.

[4] Con il pagamento dei contributi:

a) di cui all'articolo 7a capoversi 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 all'articolo 2 capoverso 5 della presente convenzione giusta l'articolo 7 capoverso 2 OPre;

b) di cui all'articolo 7a capoverso 4 OPre sono remunerate tutte le prestazioni previste dal diritto delle assicurazioni malattie per misure di cura in strutture diurne o notturne secondo l'articolo 4 capoverso 6 della presente convenzione giusta l'articolo 7 capoverso 2 OPre.

[5] Il fornitore di prestazioni non può conteggiare prestazioni giusta l'articolo 7 OPre mentre il 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 né per la valutazione dei bisogni e le prestazioni di coordinamento, che devono avvenire già durante la 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'articolo 7 OPre mentre il paziente riceve prestazioni ambulatoriali di cure acute e transitorie.

[6] Ai sensi della presente convenzione non possono essere conteggiate a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie le prestazioni non menzionate in questa sede (ad es. medicamenti ecc.).

## Art. 11 Remunerazione dei mezzi e apparecchi

[1] Gli assicuratori assumono come elencato qui di seguito i costi esclusivamente per i mezzi e gli apparecchi prescritti dal medico che figurano sull'elenco dei mezzi e apparecchi (allegato 2 OPre):

### a) Mezzi e apparecchi della categoria A

Non è consentito fatturare separatamente i materiali di consumo semplici direttamente connessi con le prestazioni di cura (per es. guanti, garza, disinfettanti, mascherina e abiti di protezione) nonché i mezzi e apparecchi riutilizzabili per vari pazienti (per es. sfigmomanometri, stetoscopi, termometri, cuscini ergonomici speciali, strumenti riutilizzabili come forbici o pinzette), dal momento che sono inclusi nei contributi degli assicuratori secondo l'articolo 7a capoverso 1. Ciò vale anche nel caso in cui tali mezzi e apparecchi vengano forniti da centri di consegna EMAp (per es. farmacie).

### b) Mezzi e apparecchi della categoria B

I fornitori di prestazioni fatturano al massimo l'importo massimo Cure figurante nell'EMAp per i mezzi e gli apparecchi consegnati o utilizzati sia dalle persone assicurate sia dalle persone non professioniste che collaborano alle cure o dagli infermieri.

### c) Mezzi e apparecchi della categoria C

I mezzi e gli apparecchi che possono essere utilizzati esclusivamente da infermieri vengono conteggiati analogamente ai mezzi e apparecchi della categoria B.

[2] La fatturazione elettronica avviene tramite la tariffa separata 454 per mezzi e apparecchi nelle cure.

[3] Come disposto all'articolo 56 capoverso 3 LAMal, il fornitore di prestazioni deve fare usufruire il debitore della remunerazione dei ribassi concessi dai fornitori.

[4] Occorre osservare le limitazioni specificate nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi.

[5] Se i materiali fatturati superano l'importo massimo rimborsabile secondo EMAp, la quota che supera l'importo massimo va addebitata direttamente alla persona assicurata. Per gli importi massimi rimborsabili annuali si fattura all'assicuratore malattie, con cadenza mensile, al massimo il rispettivo importo pro rata (importo massimo rimborsabile annuale diviso 12 mesi).

## VI. Fatturazione e modalità di pagamento

### Art. 12 Fatturazione

[1] La fatturazione avviene elettronicamente e mensilmente.

[2] Sulla fattura figurano i seguenti dati:

a) dati relativi alla persona assicurata
   - cognome e nome
   - data di nascita
   - sesso
   - domicilio
   - numero della tessera di assicurato
   - numero d'assicurazione sociale e /o numero d'assicurato;
b) motivo del trattamento: malattia, infortunio o maternità;
c) nome dell'assicuratore;
d) numero di fattura completo del fornitore di prestazioni per la persona assicurata in questione compresa la data della fattura;
e) numero RCC e GLN del fornitore di prestazioni (GLN obbligatorio solo in caso di fattura elettronica o se disponibile);
f) nome, numero RCC e GLN del medico prescrivente o curante;
g) grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi lieve/medio//elevato), se noto;
h) durata della/e prescrizione/i mediche per prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre per il periodo di fatturazione;
i) Non appena possibile, tramite l'attributo di servizio o in base alle indicazioni del Forum Datenaustausch, è necessario specificare se la prestazione è stata fornita con o senza prescrizione medica;
j) numero completo della posizione EMAp e quantità; tutt'al più importo massimo rimborsabile C come da EMAp, per prodotto.

In aggiunta, per prestazioni di cura ambulatoriali di cui all'articolo 2 capoverso 5 della presente convenzione:

k) minuti erogati (decimali) per genere di prestazione secondo l'articolo 7 capoverso 2 lett. a-c OPre, calendario.

In aggiunta, per prestazioni in strutture diurne e notturne di cui all'articolo 2 capoverso 6 della presente convenzione:

l) classificazione secondo l'allegato 4;
m) calendario con il relativo livello di contributo.

3 Il fornitore di prestazioni fattura all'assicuratore esclusivamente le prestazioni obbligatorie indicate nella presente convenzione. Le prestazioni non obbligatorie vanno fatturate separatamente.

## Art. 13 Modalità di pagamento

1 In conformità alla presente convenzione amministrativa, l'assicuratore è il debitore della remunerazione (sistema del terzo pagante, art. 42 cpv. 2 LAMal).

2 In deroga al capoverso 1 si applica il sistema del terzo garante per tutte le fatture non trasmesse elettronicamente.

3 In deroga al capoverso 1, singoli assicuratori e fornitori di prestazioni possono convenire il sistema del terzo garante. Il fornitore di prestazioni informa tempestivamente la persona assicurata prima della fruizione delle prestazioni.

4 L'assicuratore remunera solo le fatture conformi alla convenzione e alla legge.

5 L'assicuratore corrisponde al fornitore di prestazioni il rimborso dovuto entro trenta giorni.

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

7 In caso di contestazioni motivate, i termini di pagamento vengono interrotti ai sensi dell'articolo 13 capoverso 5.

## Art. 14 Scambio elettronico dei dati

Le parti contraenti disciplinano lo scambio elettronico dei dati come indicato qui di seguito:

- La **fatturazione** avviene elettronicamente sulla base dei vigenti standard XML e direttive del Forum *Datenaustausch*.

- Le parti contraenti intendono introdurre lo scambio elettronico dei dati tramite SHIP, non appena lo standard «Cure» sarà utilizzato nella prassi dagli infermieri indipendenti.

Per singoli fornitori di prestazioni o assicuratori che, al momento dell'introduzione di SHIP nosono in grado di segnalare i bisogni con SHIP, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 8 della presente convenzione.

## Art. 15 Obbligo di informare

I fornitori di prestazioni riconoscono di essere tenuti per legge (in specie mandato secondo il codice delle obbligazioni) a informare il paziente sulle prestazioni a carico dell'assicurazione malattie di base e sugli eventuali costi non a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

# VII. Economicità e garanzia della qualità

### Art. 16 Economicità / garanzia della qualità

[1] Il fornitore di prestazioni è tenuto a dispensare i propri servizi e impiegare il materiale utilizzato in modo economico, appropriato ed efficace (artt. 32 e 56 LAMal).

[2] Il fornitore di prestazioni si impegna a prendere parte alle misure di garanzia e controllo della qualità delle sue prestazioni come dalla relativa convenzione in vigore ai sensi dell'articolo 58a LAMal.

### Art. 17 Obbligo di informare da parte dei fornitori di prestazioni

[1] Gli assicuratori sono obbligati per legge a verificare l'obbligo di prestazione e l'economicità (EAE) delle prestazioni fatturate. A tale scopo attuano i seguenti controlli:
1.1 verifica dei documenti trasmessi dall'infermiere come da articolo 8 capoverso 2;
1.2 verifica dei documenti richiesti dall'assicuratore e trasmessi all'assicuratore dalla Spitex;
2. verifica dei dossier clienti presso il fornitore di prestazioni;
3. verifica di singoli casi presso l'assicurato.

[2] L'obbligo di informare gli assicuratori da parte dei fornitori di prestazioni è soggetto al principio della proporzionalità. Le parti interessate osservano la normativa in materia di protezione dei dati. Per questa ragione, la maggior parte dei casi viene verificata in conformità al primo controllo menzionato al capoverso 1.

[3] La procedura applicata è disciplinata nell'allegato 5.

# VIII. Aspetti formali

### Art. 18 Procedura in caso di controversie

[1] Le parti cercano una soluzione concordata per l'eventuale disaccordo tra assicuratori e fornitori di prestazioni.

[2] I fornitori di prestazioni e gli assicuratori possono adire il tribunale arbitrale cantonale come specificato all'articolo 89 LAMal.

[3] Prima della procedura d'arbitrato secondo l'articolo 89 LAMal, su consenso di entrambe le parti viene effettuato un tentativo di conciliazione di concerto con l'assicuratore interessato e l'ASI.

### Art. 19 Entrata in vigore, durata della convenzione

La presente convenzione, allegati compresi, entra in vigore il 1° gennaio 2025 ed è valida a tempo indeterminato.

### Art. 20 Clausola liberatoria

Qualora dovessero mutare le condizioni alla base della presente convenzione o qualora una o più disposizioni della presente convenzione dovessero essere o diventare del tutto o in parte nulle, ciò non inficia la validità delle restanti disposizioni. In un caso del genere, le parti hanno l'obbligo di adeguare il contratto alle condizioni mutate oppure di sostituire la disposizione nulla o

parzialmente nulla con un'altra disposizione, così che lo scopo contrattuale previsto possa essere raggiunto in modo giuridicamente ammissibile.

## Art. 21 Disdetta

[1] La presente convenzione può essere disdetta rispettando il termine di preavviso di 6 mesi per la fine dell'anno, la prima volta per il 31 dicembre 2025.

[2] Gli assicuratori malattie contraenti non costituiscono una società semplice tra di loro, ma ciascun assicuratore stipula separatamente la presente convenzione. La presente convenzione non costituisce diritti e obblighi nel rapporto tra gli stessi assicuratori. La disdetta della convenzione da parte di un assicuratore non incide quindi sulla continuità della convenzione tra i restanti assicuratori e il fornitore di prestazioni.

[3] L'ASI può inviare la disdetta a tarifsuisse sa con effetto giuridicamente vincolante, all'attenzione delle parti contraenti, qualora intenda disdire la presente convenzione nei confronti di tutti gli assicuratori per i quali tarifsuisse sa ha stipulato la convenzione. La lettera di disdetta specifica in modo chiaro e inequivocabile la convenzione da disdire unitamente a una dichiarazione in cui specifica in modo inequivocabile che la convenzione viene disdetta per tutti gli assicuratori. La disdetta ai singoli assicuratori non è possibile.

## Art. 22 Allegati

Gli allegati indicati qui di seguito costituiscono parte integrante della presente convenzione giusta l'articolo 3 capoverso 2.

**Allegato 1**
Disposizioni per la lista di adesione e recesso dei fornitori di prestazioni

**Allegato 2**
Formulari Prescrizione del medico / definizione dei bisogni con allegati

**Allegato 3**
Formulari Prescrizione del medico / definizione dei bisogni per strutture diurne o notturne

**Allegato 4**
Accordo sui controlli degli assicuratori malattie

## Art. 23 Disposizioni finali

[1] La presente convenzione è redatta e firmata in triplice copia. L'ASI e a tarifsuisse sa ricevono una copia ciascuno.

[2] La versione in lingua tedesca è definitivamente determinante qualora la presente venga tradotta in un'altra lingua e ne insorgano incongruenze tra le varie versioni linguistiche.

## Art. 24 Disposizione transitoria

La presente convenzione amministrativa ha piena efficacia per i fornitori di prestazioni che hanno aderito alla precedente convenzione amministrativa con tarifsuisse ag (numero 31.500.2120G). I fornitori di prestazioni che non desiderano aderire devono comunicare per iscritto all'ASI la loro rinuncia entro il 30 giugno 2025 (data del timbro postale) dopo l'entrata in vigore della presente nuova convenzione amministrativa. L'ASI informa sul proprio sito web in merito alla nuova convenzione amministrativa e alla possibilità di rinuncia scritta.

Berna,

**Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri ASI**

Sophie Ley
Presidente

Yvonne Ribi
Amministratrice

Soletta,

**tarifsuisse sa**

Lukas Heri
Responsabile acquisto prestazioni
Membro della Direzione

Marc Berger
Responsabile negoziati
Acquisto prestazioni Centro

## Allegato 1 Disposizioni per la lista di adesione e recesso dei fornitori di prestazioni giusta l'articolo 3 capoverso 6 della convenzione

Il modello è vincolante per comunicare le adesioni o i recessi. Le liste non conformi al presente modello non potranno essere trattate e verranno rispedite al mittente. Se necessario, tarifsuisse sa potrà modificare il modello e comunicare tempestivamente le modifiche alle associazioni.

Su richiesta, tarifsuisse sa mette a disposizione un modello Excel.

**Lista delle adesioni ASI**

N. convenzione: 31.500.2702W
Stato: 1° gennaio 2025

I seguenti fornitori di prestazioni aderiscono in modo giuridicamente valido ai sensi dell'articolo 3 capoverso 5 della convenzione amministrativa Spitex del 1° gennaio 2025 stipulata tra l'ASI e tarifsuisse sa.

| Adesione dal | Cognome / Nome | Località | Cantone | N. RCC Lunga durata | N. RCC SDON | GLN | Recesso dal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1° gennaio 2022 | Cognome / Nome | Stadel | ZH | A123401 | | 7601002123456 | |
| 1° gennaio 2022 | Cognome / Nome | Stäfa | ZH | B345601 | | 7601002789123 | |
| 1° gennaio 2022 | Cognome / Nome | Stans | NW | | D123407 | 7601002345678 | |
| 1° gennaio 2022 | Cognome / Nome | Steffisburg | BE | C789102 | | 7601002901234 | 31 marzo 2024 |
| 1° gennaio 2022 | Cognome / Nome | Steffisburg | BE | D567802 | | 7601002456789 | |
| 1° gennaio 2022 | Cognome / Nome | Stein | AG | A123419 | | 7601002234567 | |
| 8 gennaio 2025 | Cognome / Nome | Steinmaur | ZH | X012301 | | 7601002567890 | |
| 9 gennaio 2025 | Cognome / Nome | Stettlen | BE | K789002 | | 7601002678901 | |
| | | | | | | | |
| *Per data di adesione (adesione più recente per ultimo).* | | | | *Numero RCC tassativamente non formattato, cioè senza spazi o punti* | *Numero RCC tassativamente non formattato, cioè senza spazi o punti* | *GLN tassativamente non formattato, cioè senza spazi* | |

Le adesioni devono essere ordinate per data di adesione (la più recente per ultimo).

Le adesioni e i recessi nuovi vanno evidenziati con un colore.

I fornitori comunicano direttamente a SASIS SA (Divisione RCC) i cambiamenti di nome o indirizzo (che non possono avvenire tramite la lista delle adesioni).

## Allegato 2 Prescrizione del medico / definizione dei bisogni con allegati

Un esempio attuale di questi formulati è disponibile al seguente link:

https://sbk-asi.ch/it/cura-lavoro/freiberufliche-pflege/soins-independants

Esempio di formulario di definizione dei bisogni per prestazioni ambulatoriali, incl. elenco delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 OPre

SBK ASI

### Ärztliche Verordnung der Pflege ambulant oder zu Hause

| **Personalien Kunde/in** | **Namen und Adresse Versicherung** |
|---|---|
| Name | |
| Vorname | |
| Strasse | |
| PLZ/Ort | |
| Geburtsdatum | |
| Telefon Privat | |
| Arbeitgeber | an Vertrauensarzt |
| PLZ/Ort | Diagnose: |
| Telefon Geschäft | |
| Versicherer | |
| Vers./Unfall-Nr. | |

[ ] Unfall [ ] Krankheit [ ] Invalidität [ ] Geburtsgebrechen [ ] Mutterschaft [ ] Hilflosenentschädigung

**Ärztliche Verordnung** **[ ] Erstabklärung** **[ ] Neuevalutation**

(nur bei ärztl. verordneter Massnahme, z.B. Injektion Medikamente durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

Zeitdauer von: bis:

**Krankenpflege** (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen)

| Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer | Leistungen | Häufigkeit | Dauer in Minuten pro Quartal |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Total a 53201 | | | |
| Total b 53202 | | | |
| Total c 53203 | | | |
| **Total** | | | |

| Arzt/Ärztin (Stempel) ZSR-Nr.: | Pflegefachfrau/-mann ZSR-Nr.: |
|---|---|
| | Name/ZSR-Nr. von weiteren an dieser Pflege Beteiligten: |
| Datum: Unterschrift Arzt/Ärztin: | Datum: Unterschrift Pflegefachfrau/-mann: |

Version September 2017

## Allegato: Elenco delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 OPre

Cognome _____ Nome _____

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Numero** | = | Numero di prestazioni | |
| **Frequenza** | = | Unità:<br>• **g2**, **g3…g7**= 2, 3…7 giorni a settimana<br>• **s** = settimanalmente<br>• **m** = mensilmente **a** = annualmente<br>• **u** = una tantum | |
| **Esempi** | | | |
| **Test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina 2 volte al giorno per 7 giorni a settimana** | = | Numero<br>2 | Frequenza<br>g7 |
| **Assistenza per bagni medicinali 2 volte a settimana** | | 2 | s |

| **Selezionare se la prestazione è prevista** | **OPre art. 7 cpv. 2** | **Descrizione dettagliata prestazione (giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre )** | **un mandato medico o una prescrizione del medico disponibile (barrare se sì)** | **Numero: con che frequenza deve essere fornita la prestazione** | **Frequenza: unità della prestazione prevista** |
|---|---|---|---|---|---|
| | lett. a punto 1 | Valutazione dei bisogni del paziente e dell'ambiente in cui vive e piano dei provvedimenti necessari con medico e paziente | | | |
| | lett. a punto 2 | Consigli al paziente ed eventualmente agli ausiliari non professionisti per l'effettuazione delle cure, segnatamente per il riconoscimento dei sintomi della malattia, la somministrazione dei medicamenti o l'impiego d'apparecchi medici come pure i controlli necessari | | | |
| | lett. b punto 1 | Controllo dei segni vitali (polso, pressione sanguigna, temperatura, respirazione, peso) | | | |
| | lett. b punto 2 | Test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina | | | |
| | lett. b punto 3 | Prelievo di materiale per esame di laboratorio | | | |
| | lett. b punto 4 | Provvedimenti inerenti la terapia respiratoria (quali somministrazione di ossigeno, inalazioni, esercizi respiratori semplici, aspirazione) | | | |
| | lett. b punto 5 | Posa di sonde e di cateteri come pure le cure corrispettive | | | |
| | lett. b punto 6 | Cure in caso di emodialisi o di dialisi peritoneale | | | |
| | lett. b punto 7 | Somministrazione di medicinali (in particolare per iniezione o per infusione) | | | |
| | lett. b punto 8 | Somministrazione enterale e parenterale di soluzioni nutritive | | | |
| | lett. b punto 9 | Sorveglianza delle perfusioni e delle trasfusioni come pure d'apparecchi che servono al controllo e al mantenimento delle funzioni vitali o di uso terapeutico | | | |
| | lett. b punto 10 | Lavaggio, pulitura e medicazione di piaghe (compresi decubiti e ulcere) e delle cavità del corpo (comprese cure per pazienti con stoma o tracheo-stoma) come pure la pedicure per diabetici | | | |
| | lett. b punto 11 | Cure in caso di turbe dell'evacuazione urinaria o intestinale, compresa la ginnastica di riabilitazione in caso d'incontinenza | | | |
| | lett. b punto 12 | Assistenza per bagni medicinali parziali o completi; applicazione d'impacchi, cataplasmi e fango | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | lett. b punto 13 | Assistenza per l'applicazione di terapie mediche nella prassi quotidiana, quali l'esercizio di strategie d'intervento e le istruzioni comportamentali per i casi di aggressione, paura e psicosi deliranti | | | |
| | lett. b punto 14 | Sostegno alle persone malate psichicamente in situazioni di crisi, volto segnatamente a impedire attacchi acuti pericolosi per loro stesse e per gli altri | | | |
| | lett. c punto 1 | Cure di base generali per i pazienti dipendenti quali: bendare le gambe, infilare le calze compressive, rifacimento del letto, installazione del paziente, esercizi di mobilizzazione, prevenzione antidecubito, preven-zione e cure delle lesioni cutanee conseguenti a una terapia; aiuto alle cure d'igiene corporale e della bocca, a vestire e svestire il paziente e a nutrirlo | | | |
| | lett. c punto 2 | Provvedimenti volti a sorvegliare e assistere persone malate psichica-mente nel quadro delle attività fondamentali quotidiane, quali: l'elaborazione e l'attuazione di un ritmo di vita strutturato adeguato, una pratica mirata alla creazione e all'incoraggiamento di contatti sociali e l'assistenza nell'ambito dell'aiuto all'orientamento e dell'applicazione di misure di sicurezza | | | |

## Allegato 3 Prescrizione del medico / formulario di definizione dei bisogni per strutture diurne o notturne (esempio)

# Prescrizione del medico / formulario di definizione dei bisogni per strutture diurne o notturne

Cognome.....
Nome .....
Via.....
NPA/Località .....
Data di nascita .....
Sesso ☐ femminile ☐ maschile

Assicuratore malattie.....
N. d'assicurato .....

In caso di prestazioni ai sensi LAINF:
assicuratore infortuni .....

Degenza per: ☐ Malattia ☐ Invalidità ☐ Infortunio ☐ .....
Assegno per grandi invalidi: ☐ Nessuno ☐ Lieve ☐ Medio ☐ Elevato ☐ Non noto
Durata (art. 8 OPre) valida per: ☐ 3 mesi ☐ 9 mesi Dal ..... Al .....
Sono coinvolti ulteriori fornitori di prestazioni? ☐ Sì ☐ No ☐ Non noto
In caso affermativo, nome e n. RCC .....

| | **Autonomia** -- | - | + | ++ | **Osservazioni** |
|---|---|---|---|---|---|
| Comprendere ed esprimersi | | | | | |
| Orientarsi | | | | | |
| Capacità di partecipazione / Compliance / Adherence | | | | | |

| | **Attività di cura** una volta | più volte | **Totale minuti al giorno** | **Osservazioni** |
|---|---|---|---|---|
| Muoversi/mobilità | | | | |
| Mangiare e bere | | | | |
| Lavarsi e vestirsi | | | | |
| Evacuare | | | | |
| Cure di trattamento art. 7 cpv. 2b OPre | | | | |
| Altre prestazioni (descrizione): | | | | |
| **Totale minuti** | | | | |
| **Livello giusta l'art. 7a cpv. 3 OPre** | | | | |

| **Giorni di degenza nella struttura diurna/notturna** | alla settimana | al mese |
|---|---|---|
| Durata per giorno di degenza dalle ..... alle ..... | | |
| Durata per giorno di degenza dalle ..... alle ..... | | |

Particolarità: .....

Nome dell'organizzazione: .....
Numero RCC: .....
Data: .....
Firma:

**Medico:** .....
Numero RCC: .....
Data: .....
Firma:

Il formulario di segnalazione dei bisogni deve essere compilato assieme al medico entro e non oltre 14 giorni civili dall'inizio delle cure. La struttura invia l'originale completo all'assicuratore e informa le organizzazioni Spitex o il personale medico indipendente interessati in merito alla degenza.

## Allegato 4 Accordo 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 (art. 32 LAMal, art. 8c OPre).

Se, dalla verifica dell'assicuratore, risulta che le prestazioni fatturate non soddisfano i criteri EAE e se gli assicuratori sono in grado di fornire una motivazione specialistica (ad es. motivi della limitazione o della modifica, correlazione con la documentazione di cura inviata, lettere e numeri delle prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 Opre, durata della prestazione), le prestazioni da fornire devono essere adeguate.

L'adeguamento deve avvenire:

- in caso di verifica presso l'assicuratore (vedi punto 1), qualora i termini siano stati rispettati: a partire dal giorno in cui l'assicuratore comunica l'esito.
- in caso di verifica presso il fornitore di prestazioni o l'assicurato (vedi punti 2 e 3): il giorno del controllo.

In entrambi i casi restano riservate modifiche retroattive per i 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 dei documenti trasmessi dall'infermiere come da art. 8 cpv. 6*

Il fornitore di prestazioni mette sistematicamente a disposizione dell'assicuratore i seguenti documenti:
- segnalazione dei bisogni giusta l'articolo 8
- fattura secondo l'articolo 12
- quale allegato alla segnalazione dei bisogni: lista delle prestazioni giusta l'articolo 7 capoverso 2 OPre o foglio di pianificazione delle prestazioni secondo interRAI

*1.2 Verifica dei documenti richiesti dall'assicuratore e trasmessi dall'infermiere all'assicuratore*

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

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

1.2.3 Alla ricezione della documentazione, l'assicuratore ha di regola altri 15 giorni lavorativi di tempo per esaminarla e comunicare la decisione all'infermiere. 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 si può derogare da questo termine di reciproca intesa.

2.2 Nel rispetto dell'articolo 42 capoverso 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.

2.3 Dopo aver visionato la documentazione, lo stesso giorno ha luogo uno scambio a voce incl. budget orario attuale tra l'infermiere 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 dall'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 o un di lui congiunto sullo scopo della visita e fissa direttamente un appuntamento. La visita di controllo può essere effettuata durante un intervento regolare del fornitore di prestazioni, ma solo con il consenso dell'assicurato o di un suo congiunto. In questo caso l'assicuratore informa il fornitore di prestazioni prima della visita programmata. Non è necessario il consenso del fornitore di prestazioni.

3.2 A visita di controllo effettuata, l'assicuratore deve fornire un riscontro scritto al fornitore di prestazioni entro 15 giorni lavorativi.