Convenzione amministrativa AOMS

N° convenzione: IP-212.692

(valevole dal 1° gennaio 2025)

fra

Associazione svizzera infermiere e infermieri SBK-ASI
Choisystrasse 1
3008 Berna
(Indirizzo postale: Associazione svizzera infermiere e infermieri SBK-ASI, 3008 Berna)

(qui di seguito **ASI)**

e

CSS Assicurazione malattie SA
Tribschenstrasse 21
6005 Lucerna

(qui di seguito **CSS** o **assicuratore**)

collettivamente denominate **parti contraenti**

concernente

la remunerazione 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 (qui di seguito indicati al plurale come personale infermieristico).

Indice

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

1. Adesione, recesso ed esclusione dalla convenzione dei fornitori di prestazioni

1.1 Alla presente convenzione può aderire tutto il personale infermieristico che soddisfa i requisiti di cui all'art. 49 OAMal e che dispone di un'autorizzazione in virtù del diritto cantonale.

1.2 Il personale infermieristico può aderire alla presente convenzione con una dichiarazione scritta nei confronti dell'ASI. L'adesione alla convenzione è gratuita per i membri dell'ASI.

1.3 Il personale infermieristico che non è membro dell'ASI può aderire alla presente convenzione. La procedura (ad es. quota di adesione ecc.) si basa sulle condizioni dell'ASI.

1.4 Il personale infermieristico che aderisce accetta senza riserve tutte le disposizioni della presente convenzione e dei suoi allegati.

1.5 L'ASI fa pervenire alla CSS tramite e-mail (tarifvertraege@css.ch) l'elenco aggiornato delle adesioni. Informa la CSS in merito a qualsiasi modifica. Al personale infermieristico che entro il 31.12.2024 aveva aderito alla precedente convenzione amministrativa n° IP-203.060 si applica la disposizione transitoria di cui alla cifra 17.

1.6 Il recesso dalla convenzione, compresi gli allegati, da parte di un'infermiera/un infermiere è possibile con un termine di disdetta di 6 mesi, sempre con effetto al 31.12, la prima volta il 31.12.2025. Il recesso dev'essere comunicato per iscritto all'ASI. L'ASI informa ogni trimestre per iscritto la CSS in merito ai recessi.

1.7 L'ASI può escludere i fornitori di prestazioni dalla presente convenzione per motivi importanti. Tra i motivi importanti figurano, tra l'altro, gravi violazioni contrattuali, il ritiro dell'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione o il mancato pagamento di tasse scadute.

2. Campo di applicazione ed estensione delle prestazioni

2.1 La presente convenzione disciplina la gestione amministrativa delle prestazioni di cura ambulatoriali ai sensi dell'art. 25*a* LAMal, dell'art. 49 OAMal e degli artt. 7 segg. OPre. Le prestazioni che non sono disciplinate negli artt. 7 segg. OPre, ma che possono anche essere erogate dal personale infermieristico (ad es. consulenza per l'allattamento ai sensi dell'art. 15 OPre ecc. e consulenza per il diabete ai sensi dell'art. 9*c* OPre), sono disciplinate da convenzioni separate.

2.2 Questa convenzione si applica alle persone assicurate aventi diritto a prestazioni che dispongono di un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) presso la CSS.

2.3 La LAMal e la presente convenzione operano una distinzione tra cure ambulatoriali fornite da personale infermieristico che opera al domicilio della/del paziente o nei locali dell'infermiera/dell'infermiere (studio medico) e cure ambulatoriali fornite in una struttura diurna o notturna. La presente convenzione si applica a entrambe le forme di cure ambulatoriali.

2.4 La remunerazione delle cure ambulatoriali fornite al domicilio della/del paziente o nei locali dell'infermiera/dell'infermiere (studio medico) è disciplinata dall'art. 7*a* cpv. 1 OPre.

2.5 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. La/il paziente vive al proprio domicilio e vi fa ritorno. Nell'arco di 24 ore può avvalersi della struttura diurna o di quella notturna. È esclusa una cumulazione. La remunerazione è disciplinata dall'art. 7*a* cpv. 4 OPre.

2.6 La CSS è tenuta a corrispondere prestazioni solo e nella misura in cui altre istanze che sostengono costi, in particolare secondo la LAINF, la LAI o la LAM, non devono assumere i costi in questione. L'obbligo di anticipare le prestazioni secondo le disposizioni di legge (art. 70 LPGA) prevale sulla presente convenzione.

3. Obblighi del fornitore di prestazioni e della CSS

3.1 Le parti contraenti sono tenute a indicare quanto segue in tutta la corrispondenza che intercorre tra l'infermiera/l'infermiere e la CSS.

- Dati della persona assicurata: cognome, nome, indirizzo, data di nascita, sesso, numero d'assicurato e/o numero d'assicurazione sociale
- Denominazione dell'assicuratore
- Dati dell'infermiera/dell'infermiere: numero RCC / numero GLN

3.2 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.

3.3. L'infermiera/l'infermiere ha l'obbligo di informare le proprie e i propri pazienti, prima della fruizione di prestazioni, circa le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e anche, in particolare, circa i costi non assunti da quest'ultima.

3.4 L'infermiera/l'infermiere si impegna a rispettare la protezione tariffale ai sensi dell'art. 44 LAMal.

4. Condizioni per l'erogazione di prestazioni

4.1 La CSS assume i costi delle prestazioni effettivamente erogate da personale infermieristico ai sensi dell'art. 49 OAMal per cure medico-sanitarie ambulatoriali ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 OPre, basandosi eventualmente sulla prescrizione del medico ai sensi dell'art. 8 e sulla valutazione dei bisogni ai sensi dell'art. 8a OPre.

4.2 Sono remunerate le prestazioni ai sensi dell'art. 7 OPre a condizione che siano state erogate personalmente, in regime ambulatoriale, a domicilio, nei locali dell'infermiera/dell'infermiere (studio medico) o in una struttura diurna o notturna e a condizione che l'infermiera/l'infermiere disponga di un'autorizzazione cantonale per il luogo della fornitura di prestazioni.

4.3 Per le strutture diurne o notturne valgono i seguenti requisiti:

a. un'autorizzazione per strutture diurne o notturne, se il Cantone lo prevede

b. un mandato di prestazione per strutture diurne o notturne, se il Cantone lo prevede

c. un numero RCC separato per strutture diurne o notturne.

5. Prescrizione del medico, valutazione, segnalazione e modifica dei bisogni

5.1 Prescrizione del medico, valutazione dei bisogni

5.1.1 Se vengono erogate prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre, sono necessari un mandato firmato da un medico o una prescrizione firmata da un medico ai sensi dell'art. 8 OPre e una valutazione dei bisogni ai sensi dell'art. 8*a* OPre. Le prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. a e/o c OPre possono essere erogate senza mandato o prescrizione medica, ma richiedono comunque una valutazione dei bisogni ai sensi dell'art. *8a* OPre.

5.1.2 Il personale infermieristico che ha una formazione inerente al sistema è responsabile della registrazione della valutazione dei bisogni. I fornitori di prestazioni possono scegliere quale strumento riconosciuto vogliono utilizzare per la valutazione dei bisogni.

5.1.3 Il risultato della valutazione dei bisogni di cui alla cifra 1 deve essere immediatamente trasmesso per conoscenza al medico curante. Il consenso medico è necessario solo per le prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre.

5.1.4 La valutazione scritta dei bisogni comprende l'analisi dello stato di salute generale della/del paziente nonché dell'ambiente in cui vive e del bisogno individuale di cura e di aiuto (cfr. art. 8*a* OPre).

5.1.5 La valutazione dei bisogni viene effettuata con la/il paziente all'inizio della prestazione e si deve concludere al più tardi entro 14 giorni civili dall'inizio dell'intervento.

5.1.6. Per le prestazioni di cura fornite senza prescrizione o mandato del medico, una nuova valutazione dei bisogni deve essere effettuata al più tardi 9 mesi dopo la prima valutazione dei bisogni. Dopo 27 mesi, l'infermiera/l'infermiere deve presentare al medico curante, entro un termine di un mese, un rapporto che descriva in particolare il tipo, il decorso e i risultati delle prestazioni di cura.

5.1.7 In caso di proroga o rinnovo di un mandato o di una prescrizione medica occorre una nuova valutazione dei bisogni.

5.1.8 Il personale infermieristico deve coordinare i suoi servizi presso le/i pazienti in comune e concordare il tempo preventivato.

5.1.9 Qualora un'infermiera/un infermiere sia regolarmente sostituita/o da altri fornitori di prestazioni, il nome e il numero RCC di questi ultimi devono essere indicati nel formulario di segnalazione dei bisogni. In caso di cambio di supplenza, deve essere inoltrata all'assicuratore una copia dell'attuale formulario per la definizione dei bisogni corredata del nome e del numero RCC della nuova persona supplente.

5.1.10 In ogni caso, per il trasferimento di un caso è necessario inviare all'assicuratore una nuova e completa valutazione e segnalazione dei bisogni, in cui sia chiaramente riportato chi gestisce il caso e chi sono le/i supplenti.

5.2 Segnalazione dei bisogni alla CSS

5.2.1 La segnalazione dei bisogni indica il bisogno previsto di prestazioni di cura. Nella segnalazione dei bisogni l'infermiera/l'infermiere di competenza riporta il tempo necessario previsto (art. 8*a* cpv. 4 OPre). Vengono conteggiate le prestazioni effettivamente fornite tenendo conto della cifra 5.3.

5.2.2 L'esito della valutazione deve essere annotato sul formulario per la definizione dei bisogni in conformità agli allegati 1a e 1b.

a. Nella misura in cui si tratta di prestazioni di cure ambulatoriali secondo la cifra 2.4, l'esito della valutazione va riportato nel formulario per la definizione dei bisogni in conformità all'allegato 1a.

b. Nella misura in cui si tratta di prestazioni in strutture diurne e notturne secondo la cifra 2.5, l'esito della valutazione va riportato nel formulario per la definizione dei bisogni, in conformità all'allegato 1b.

5.2.3 Il formulario di segnalazione dei bisogni deve essere debitamente compilato e inviato alla CSS in occasione della prima fattura mensile.

a. Per le prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. a e c OPre, il formulario deve essere firmato dall'infermiera/dall'infermiere che gestisce il caso.

b. Per le prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre, il formulario deve essere firmato dal medico che ha emesso la prescrizione e dall'infermiera/dall'infermiere che gestisce il caso.

In assenza di una segnalazione dei bisogni valida, la CSS non remunera alcuna prestazione. Non sono ammissibili segnalazioni dei bisogni emesse con effetto retroattivo.

5.2.4 La segnalazione dei bisogni può essere trasmessa alla CSS anche per via elettronica, secondo le prescrizioni del Forum Datenaustausch. L'infermiera/l'infermiere ha la responsabilità di sottoporre all'assicuratore, all'occorrenza, la segnalazione dei bisogni firmata dal medico.

5.2.5 La segnalazione dei bisogni contiene i seguenti dati:

a. generalità e dati assicurativi (cognome / nome / data di nascita / indirizzo / 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 dell'infermiera/dell'infermiere (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);

e. numero RCC e numero GLN di tutti i fornitori di prestazioni coinvolti (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);

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

g. grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi a seguito di invalidità lieve/media/elevata), se noto

h. inizio e durata della segnalazione dei bisogni

In aggiunta, per le cure ambulatoriali di cui alla cifra 2.4 (esempio nell'allegato 1a):

i. 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 vigono le prescrizioni del Forum Datenaustausch.

j. Elenco delle prestazioni ai sensi dell'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 2.5 (esempio nell'allegato 1b):

k. stima dell'autonomia

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

5.3 Variazione del bisogno di cure

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

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

6. Remunerazione delle prestazioni incl. mezzi e apparecchi

6.1 Dalla caratteristica personale del numero RCC risulta che

- ogni infermiera/infermiere 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 che ha fornito personalmente.

6.2. La CSS eroga contributi ai sensi dell'art. 7*a* OPre per i costi delle misure di valutazione, consulenza e coordinamento, esame e trattamento nonché cure di base.

6.3 L'infermiera/l'infermiere fattura il contributo corrispondente alle prestazioni di cura erogate ai sensi dell'art. 7*a* OPre. Non sono ammesse fatturazioni anticipate.

6.4 Con il pagamento dei contributi

a) di cui all'art. 7*a* 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 2.4, ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 OPre;

b) di cui all'art. 7*a* cpv. 3 OPre sono remunerate tutte le prestazioni previste dal diritto delle assicurazioni malattie per misure di cura in strutture diurne o notturne ai sensi dell'art. 7*a* cpv. 4 OPre e della cifra 2.5 per misure di cura ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 OPre.

L'infermiera/l'infermiere non può conteggiare prestazioni ai sensi dell'art. 7 OPre mentre la/il paziente si trova in ospedale o in casa di cura (incl. cure acute e transitorie stazionarie). Questo non vale per il giorno di ricovero 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, l'infermiera/l'infermiere non può conteggiare prestazioni ambulatoriali di cure e assistenza di lunga durata ai sensi dell'art. 7 OPre mentre la/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 ai sensi dell'art. 7 OPre e di prestazioni CAT.

6.6 I mezzi e gli apparecchi prescritti dal medico, ai sensi dell'allegato 2 dell'OPre, che vengono consegnati e fatturati dal fornitore di prestazioni, in base alle vigenti premesse legali, sono riportati nell'allegato 3.

6.7 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. medicamenti, ecc.).

7. Fatturazione e modalità di pagamento

7.1 Fatturazione

7.1.1 La fatturazione avviene mensilmente e per via elettronica.

7.1.2 L'infermiera/l'infermiere è tenuta/o a trasmettere la fattura in conformità agli standard e alle direttive del Forum Datenaustausch, nel quadro delle disposizioni di legge. Il «Manuale per la fatturazione di prestazioni di cura» (https://www.sasis.ch) funge da direttiva per l'attuazione concreta del conteggio.

7.1.3 Qualora singole infermiere/singoli infermieri non effettuino lo scambio di dati per via elettronica, i moduli di fatturazione contenenti i dati di cui alla cifra 7.1.4 e altri documenti possono essere trasmessi in formato cartaceo.

7.1.4 La fattura contiene i seguenti dati:

a. data e numero della fattura;

b. generalità e dati assicurativi (cognome / nome / data di nascita / indirizzo / 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 dell'infermiera diplomata/infermiere diplomato (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);

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

g. grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi a seguito di invalidità lieve/media/elevata), 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 3).

Per le prestazioni fornite a domicilio o nei locali dell'infermiera/dell'infermiere (studio medico), secondo la cifra 2.4:

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 di cui alla cifra 2.5:

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

7.2 Modalità di pagamento

7.2.1 Le parti contraenti convengono che la remunerazione secondo l'art. 7*a* OPre è dovuta dalla CSS (sistema del terzo pagante).

7.2.2 In deroga alla cifra 7.2.1, l'infermiera/l'infermiere può scegliere che per tutte le persone assicurate presso la CSS la remunerazione della prestazione sia dovuta nel sistema del terzo garante. L'infermiera/l'infermiere informa tempestivamente la persona assicurata prima della fruizione di prestazioni. La scelta deve avvenire al momento dell'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 singole persone assicurate.

7.2.3 La CSS remunera all'infermiera/all'infermiere i costi delle prestazioni da questi fornite in base ai contributi ai sensi dell'OPre e al bisogno di cure notificato.

7.2.4 La CSS remunera solo le fatture conformi alla presente convenzione e alla legge. In caso contrario, la CSS richiede all'infermiera/all'infermiere di emettere una fattura conforme alla convenzione e alla legge.

7.2.5 La CSS corrisponde all'infermiera/all'infermiere la remunerazione dovuta entro 30 giorni. In caso di fatturazione elettronica il termine è di 25 giorni.

7.2.6 Il termine decorre dal momento in cui la CSS dispone di tutti i documenti necessari per la verifica della fattura conforme alla convenzione e alla legge.

7.2.7 In caso di contestazioni motivate i termini di pagamento vengono interrotti ai sensi della cifra 7.2.5. La CSS rimane debitrice della parte non contestata.

7.2.8 Il personale infermieristico fattura alla CSS 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 AOMS.

8. Scambio elettronico dei dati (EDI)

Tenendo conto della Legge sulla protezione dei dati, le parti contraenti intendono realizzare lo scambio elettronico dei dati tra fornitori di prestazioni e assicuratori.

9. Economicità e garanzia della qualità, effettuazione dei controlli

9.1 Il personale infermieristico si impegna a dispensare le prestazioni in modo efficace, appropriato ed economico, rispettando in tale contesto gli standard di qualità in vigore.

9.2 Gli assicuratori hanno il mandato legale di verificare l'obbligo di assunzione delle prestazioni nonché l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità (EAE) delle prestazioni fatturate. La relativa procedura è pattuita e disciplinata in dettaglio nell'allegato 2.

9.3 Le condizioni per lo sviluppo della qualità valevoli in tutta la Svizzera (accordo contrattuale per la promozione della qualità) vengono stipulate in una convenzione separata tra l'ASI e l'associazione mantello degli assicuratori malattie.

10. Validità delle versioni linguistiche

La presente convenzione è redatta e sottoscritta in lingua tedesca. Se questa convenzione viene tradotta, in caso di eventuali differenze è definitivamente determinante la versione in lingua tedesca.

11. Inizio, durata e disdetta della convenzione

11.1 La presente convenzione entra in vigore in data 01.01.2025 ed è valida a tempo indeterminato.

11.2 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 31.12.2026.

11.3 La presente convenzione amministrativa 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. La convenzione amministrativa tra l'ASI e la CSS – numero di contratto IP-203.060, valida dal 01.04.2021 – viene sostituita.

12. Allegati alla convenzione

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

Allegato 1: Formulario di segnalazione dei bisogni / Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni

Allegato 2: Accordo sui controlli da parte degli assicuratori malattie

Allegato 3: Remunerazione di mezzi e apparecchi

13. 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.

14. Clausola liberatoria

Se determinate condizioni alla base della convenzione dovessero cambiare oppure l'una o l'altra disposizione della presente convenzione 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 la convenzione alle condizioni mutate risp. a sostituire la disposizione nulla o parzialmente nulla con un'altra disposizione, affinché lo scopo voluto dalla convenzione possa essere raggiunto in modo legalmente ammesso.

15. Diritto applicabile / Istanza di conciliazione

15.1 In linea di principio, le controversie tra assicuratori e personale infermieristico 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.

15.2 In singoli casi gravi e/o qualora si accumulino problematiche simili, le parti contraenti possono essere coinvolte per giungere a una soluzione.

15.3 Si applica il diritto svizzero.

15.4 La procedura in caso di controversie si basa sull'art. 89 LAMal.

16. Disposizioni finali

La presente convenzione è predisposta e firmata in 2 esemplari. A ciascuna delle parti contraenti è consegnata una copia della convenzione.

17. Disposizioni transitorie

La presente convenzione ha pieno effetto per il personale infermieristico che ha aderito alla precedente convenzione amministrativa con la CSS (numero contratto IP-203.060) senza che sia necessaria un'ulteriore azione. Il personale infermieristico che non lo desidera deve comunicare per iscritto all'ASI il recesso entro il 30 giugno 2025. L'ASI informa sul suo sito web sulla nuova convenzione amministrativa e sulla possibilità di recesso per iscritto.

[La pagina successiva è quella delle firme].

Berna, il ……

Associazione svizzera infermiere e infermieri SBK-ASI

……	……
Sophie Ley	Yvonne Ribi
Presidente	Amministratrice

Lucerna, il ……

CSS Assicurazione malattie SA

……	……
Sanjay Singh	Luca Emmanuele
Direttore divisione del Gruppo Prestazioni, Prodotti & Health services	Responsabile Management acquisto prestazioni
Membro della Direzione generale del Gruppo	Membro della Direzione

Allegato 1 – Formulario di segnalazione dei bisogni / Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni

Un esempio attuale di tali formulari è disponibile su

www.sbk.ch/dienstleistungen-sbk/freiberufliche-pflege/formulare-und-dokumente

1a: Esempio – formulario di segnalazione dei bisogni per prestazioni ambulatoriali di cui alla cifra 2.4 incl. allegato «Elenco delle prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 OPre».

SBK ASI

Prescrizione medica per cure a domicilio

Coordonate cliente	**Nome e indirizzo dell'assicurazione**
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	

[ ] Incidente [ ] Malattia [ ] Invalidità [ ] Infermità congenita [ ] Maternità [ ] Assegno per grandi invalic

Prescrizione medica **[ ] Prima prescrizione** **[ ] Rivalutazion**

(da riempire dal medico per misure medico-delegate esclusivamente, p.e. iniezioni, medicamenti)

Prescrizione valida dal: al:

Soins infirmiers (à remplir par l'infirmière)

OPre ? / pos. tariffaria	Prestazioni	Frequenza	Durata in minuti al trimestre
Totale a			
Totale b			
Totale c			
Somma			

Medico (timbro) no RCC :	Infirmiera/infirmiere no RCC :
	Nome/RCC ulteriori fornitori di prestazioni:
Data: Firma medico:	Data: Firma infirmiera/infirmiere:

Versione aprile 2011

Allegato: elenco delle prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 OPre

Cognome _____ Nome _____

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

Segnare con una crocetta se la prestazione è prevista	**OPre art. 7 cpv. 2**	**Descrizione dettagliata della prestazione (secondo l'art. 7 cpv. 2 OPre)**	**Si è in presenza di un mandato medico o di una prescrizione medica (segnare con una crocetta se sì)**	**Quantità: con che frequenza deve essere fornita la prestazione**	**Frequenza: unità della prestazione pianificata**
	lett. a cifra 1	Valutazione dei bisogni della/del paziente e dell'ambiente in cui vive e piano dei provvedimenti necessari, assieme al medico e alla/al paziente			
	lett. a cifra 2	Consigli alla/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 cifra 1	Controllo dei segni vitali (polso, pressione arteriosa, temperatura, respiro, peso)			
	lett. b cifra 2	Test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina			
	lett. b cifra 3	Prelievo di materiale per esame di laboratorio			
	lett. b cifra 4	Provvedimenti inerenti alla terapia respiratoria (quali somministrazione di ossigeno, inalazioni, esercizi respiratori semplici, aspirazione)			
	lett. b cifra 5	Posa di sonde e di cateteri come pure le cure corrispettive			
	lett. b cifra 6	Cure in caso di emodialisi o di dialisi peritoneale			
	lett. b cifra 7	Somministrazione di medicamenti, in particolare mediante iniezione o infusione			
	lett. b cifra 8	Somministrazione enterale e parenterale di soluzioni nutritive			
	lett. b cifra 9	Sorveglianza delle perfusioni, delle trasfusioni e degli apparecchi che servono al controllo e al mantenimento delle funzioni vitali o di uso terapeutico			
	lett. b cifra 10	Lavaggio, pulitura e medicazione di piaghe (compresi decubiti e ulcere) e delle cavità del corpo (comprese cure per pazienti con stoma o tracheostoma) come pure la pedicure per diabetici			
	lett. b cifra 11	Cure in caso di turbe dell'evacuazione urinaria o intestinale, compresa la ginnastica di riabilitazione in caso di incontinenza			
	lett. b cifra 12	Assistenza per bagni medicinali parziali o completi; applicazione d'impacchi, cataplasmi e fang			
	lett. b cifra 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 cifra 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 cifra 1	Cure di base generali per le/i pazienti dipendenti quali: bendare le gambe, infilare le calze compressive, rifacimento del letto, installazione della/del paziente, esercizi di mobilizzazione, prevenzione antidecubito, prevenzione e cure delle lesioni cutanee conseguenti a una terapia; aiuto alle cure d'igiene corporale e della bocca, a vestire e svestire la/il paziente e a nutrirla/o			
	lett. c cifra 2	Provvedimenti volti a sorvegliare e assistere persone malate psichicamente 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			

1b: Esempio – formulario di segnalazione dei bisogni per strutture diurne e notturne di cui alla cifra 2.5

Ärztliche Anordnung /Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten

Name ..... Krankenversicherer .....

Vorname ..... Versicherten-Nr. .....

Strasse .....

PLZ/Ort ..... falls Leistungen nach UVG:

Geburtsdatum ..... Unfallversicherer .....

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich

Aufenthalt wegen: ☐ Krankheit ☐ Invalidität ☐ Urfall ☐ .....

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					

					Pflegetätigkeiten		Total Minuten pro Tag	Bemerkungen
					einmal	mehrmals		
Sich bewegen / Mobilität								
Essen und trinken								
Sich waschen und kleiden								
Ausscheiden								
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV								
Andere Leistungen (beschreiben):								
Total Minuten								
Stufe gemäss Art. 7a KLV								

Aufenthaltstage 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 14 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 Pflegende über den Aufenthalt.

Allegato 2 – Accordo sui controlli da parte 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 art. 32 LAMal, art. 8*c* 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 l'infermiera/l'infermiere o la persona assicurata (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 inoltrata dal personale infermieristico.

Il personale infermieristico mette sistematicamente a disposizione dell'assicuratore i seguenti documenti:

- segnalazione dei bisogni secondo l'art. 5.2 (esempio nell'allegato 1a);
- fattura secondo la cifra 7.1;
- quale allegato alla segnalazione dei bisogni: lista delle prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 OPre (secondo la cifra 5.2.5, allegato 1a)

1.2 Verifica della documentazione richiesta dall'assicuratore e inoltrata dal personale infermieristico 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/all'infermiere ulteriori documenti rilevanti per la valutazione (ad es. documento originale della prescrizione del medico, valutazione dei bisogni, pianificazione delle cure, decorso delle cure, documentazione delle ferite ecc.).

1.2.2 L'infermiera/l'infermiere inoltra 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/all'infermiere. Il rapporto fa riferimento alla documentazione recapitata all'assicuratore fino al momento del controllo.

1.2.4 In caso di contestazione, l'infermiera/l'infermiere e l'assicuratore si impegnano a trovare una soluzione il più rapidamente possibile.

2. Verifica presso l'infermiera/l'infermiere

Gli assicuratori effettuano verifiche puntuali sulla base di dossier dei pazienti aperti selezionati presso l'infermiera/l'infermiere.

2.1 L'assicuratore annuncia la visita di controllo presso l'infermiera/l'infermiere. Il controllo viene effettuato entro 30 giorni di calendario dall'annuncio. In casi eccezionali, d'intesa reciproca, si può derogare da questo termine.

2.2 Nel rispetto dell'articolo 42 capoverso 5 LAMal, nonché del principio di proporzionalità, l'infermiera/l'infermiere 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/l'infermiere 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 sull'attuale tempo preventivato tra l'infermiera/l'infermiere e la persona incaricata del controllo dall'assicuratore.

2.4 A controllo effettuato, l'infermiera/l'infermiere riceve entro 15 giorni lavorativi un riscontro scritto dell'assicuratore.

3. Verifica di singoli casi presso la persona assicurata

Gli assicuratori eseguono verifiche puntuali nell'ambito di un intervento di cura presso la persona assicurata.

3.1 L'assicuratore informa la persona assicurata sullo scopo della visita e fissa direttamente un appuntamento. La visita di controllo può essere effettuata durante un intervento regolare dell'infermiera/dell'infermiere. In questo caso l'assicuratore informa l'infermiera/l'infermiere 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 all'infermiera/all'infermiere.

Allegato 3 - Remunerazione di mezzi e apparecchi

In questo allegato è disciplinata la modalità della fatturazione dei mezzi e apparecchi (EMAp) ai sensi dell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) che vengono utilizzati nel quadro della fornitura delle prestazioni di cura.

1. Rimunerazione di mezzi e apparecchi

1.1 La CSS assume i costi esclusivamente per mezzi e apparecchi EMAp prescritti dal medico, ai sensi dell'allegato 2 OPre.

1.2 La prescrizione medica viene inviata all'assicuratore al più tardi insieme alla prima fattura.

1.3 Tenendo conto dell'art. 56 LAMal e dell'ordinanza concernente l'integrità e la trasparenza nel settore degli agenti terapeutici (OITAT), i mezzi e gli apparecchi sono fatturati alla CSS al prezzo di costo, al massimo al prezzo «IMR cure».

1.4 All'occorrenza, la CSS può richiedere una fattura originale della fase del commercio precedente per verificare il rispetto della cifra 1.3 del presente allegato.

1.5 Si deve tenere conto delle limitazioni dell'EMAp .

1.6 Secondo l'art. 24 cpv. 3 OPre, l'assicurazione assume i costi solo fino al raggiungimento dell'importo massimo di rimborso applicabile. Se il prezzo di un prodotto supera tale importo, la differenza è a carico dell'assicurato.

1.7 La fatturazione è dettagliata e riporta le seguenti indicazioni:

- RCC dell'infermiera/dell'infermiere
- tariffa 454 «IMR cure»
- numero completo della posizione EMAp
- date delle prestazioni fornite
- quantità e prezzo
- importo complessivo