Spiegazioni relative alle modifiche rilevanti apportate alle convenzioni amministrative tra l'ASI e le assicurazioni malattia (tarifsuisse AG, HSK e CSS)

Le spiegazioni che seguono illustrano i settori in cui sono state apportate modifiche o innovazioni e le relative modalità. Si rinuncia a un elenco delle correzioni puramente linguistiche e alle spiegazioni relative ai singoli contratti.

L'ASI si aspetta che tutti gli infermieri indipendenti consultino attentamente le nuove convenzioni amministrative, le leggano con attenzione e applichino in modo coerente le loro disposizioni.

Adesione al contratto di un fornitore di prestazioni (adeguamento) e disposizioni transitorie (nuove)

Come data di adesione fa fede la data di ricezione della domanda di adesione da parte dell'ASI.

Gli infermieri indipendenti che hanno aderito alle convenzioni precedenti vengono automaticamente trasferiti alle nuove convenzioni.

Chi non lo desidera, deve comunicare all'ASI la propria rinuncia per iscritto entro e non oltre il 30 giugno 2025 (data del timbro postale).

Recesso dal contratto o esclusione di un fornitore di prestazioni (nuovo)

Armonizzazione delle disdette alla fine dell'anno, con rispetto del termine di preavviso di sei mesi.

L'esclusione consente all'ASI di escludere dalle convenzioni gli operatori sanitari indipendenti per motivi importanti. Sono considerati motivi importanti, tra l'altro, gravi violazioni della convenzione, la revoca dell'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione o il mancato pagamento delle tasse dovute.

Requisiti per la prestazione (adeguamento)

Il requisito «su prescrizione medica o su incarico medico» non si applica alle prestazioni di cura «**a**» e «**c**», che richiedono tuttavia sempre una valutazione del fabbisogno.

Prescrizione medica / segnalazione del fabbisogno (adeguamento)

Questo articolo disciplina la procedura per le prestazioni di cura fornite con o senza prescrizione o ordine medico (art. 8 e 8a OPre).

La valutazione del fabbisogno (art. 8a OPre) comprende la valutazione congiunta della situazione complessiva con il paziente o i suoi familiari in merito alle prestazioni di cura ai sensi dell'art. 7 OPre.

- Le prestazioni di cura ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. «**a**» e «**c**» (misure di accertamento, consulenza, coordinamento e cure di base) possono essere fornite senza prescrizione o ordine medico.

- Il risultato della determinazione del fabbisogno deve essere comunicato immediatamente al medico curante.
- La valutazione del fabbisogno deve essere rinnovata al più tardi dopo nove mesi.
- Sono possibili al massimo due proroghe di nove mesi ciascuna, per un totale di 27 mesi. I 27 mesi valgono indipendentemente dal numero di proroghe.
- Dopo 27 mesi, entro un mese deve essere presentato al medico un rapporto sul tipo, l'andamento e il risultato delle prestazioni di cura.
- Successivamente ha inizio un nuovo ciclo di 27 mesi.

Le prestazioni di cura ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. «**b**» (misure di esame e trattamento) richiedono l'esplicito consenso del medico curante (art. 8 OPre).

- Queste prestazioni possono essere prescritte per un massimo di nove mesi.
- In caso di proroga o rinnovo della prescrizione o della disposizione medica, è necessaria una nuova valutazione del fabbisogno.

Notifica del fabbisogno all'assicuratore (adeguamento)
Se la notifica del fabbisogno comprende prestazioni di tutte le categorie, la firma del medico è valida esclusivamente per le prestazioni da lui prescritte (art. 7 cpv. 2 lett. b OAM)

Nella lista allegata al modulo **«Prescrizione medica / Dichiarazione del fabbisogno»** è stata quindi inserita una rubrica supplementare che consente di indicare tutte le prestazioni su un unico modulo, chiarendo tuttavia che solo le prestazioni contrassegnate con «**b**» sono state prescritte dal medico.

L'ASI sta informando i medici tramite gli organi competenti.

Fatturazione (adeguamento)
Sulla fattura è richiesta solo la durata di validità della prescrizione medica o della ricetta per le prestazioni «**b**».

La legge prescrive che la fattura deve indicare quali prestazioni sono state fornite con o senza prescrizione medica. Se i requisiti tecnici sono soddisfatti nel «Forum Datenaustausch» (forum sullo scambio di dati), spetta ai fornitori di software integrare le specifiche nei loro sistemi affinché gli infermieri liberi professionisti possano emettere fatture conformi alla legge.

Modalità di pagamento (adeguamento)
Per le fatture non trasmesse elettronicamente si applica il sistema del Tiers garant (TG).