

# Convenzione amministrativa Spitex

Numero convenzione: 42.500.2053D

del 1° gennaio 2022

concernente la

## remunerazione delle prestazioni soggette all'assicurazione malattie nel settore Spitex

secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

tra

**Spitex Svizzera**  
Effingerstrasse 33  
3008 Berna

e

**Association Spitex privée Suisse (ASPS)**  
Uferweg 15  
3013 Berna

denominate qui di seguito come: **associazioni**

e

- |     |             |   |
|-----|-------------|---|
| 1.  | N. UFSP 32  | <b>Aquilana Versicherungen</b>                                    |
| 2.  | N. UFSP 57  | <b>Moove Sympany AG</b>   |
| 3.  | N. UFSP 62  | <b>SUPRA-1846 SA</b>  |
| 4.  | N. UFSP 134 | <b>Einsiedler Krankenkasse</b>                                    |
| 5.  | N. UFSP 182 | <b>PROVITA Gesundheitsversicherung AG</b>                         |
| 6.  | N. UFSP 194 | <b>Sumiswalder Krankenkasse</b>                                   |
| 7.  | N. UFSP 246 | <b>Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg</b>                    |
| 8.  | N. UFSP 290 | <b>CONCORDIA Schweizerische Kranken- u. Unfallversicherung AG</b> |
| 9.  | N. UFSP 312 | <b>Atupri Gesundheitsversicherung</b>                             |
| 10. | N. UFSP 343 | <b>Avenir Assurance Maladie SA</b>                                |
| 11. | N. UFSP 360 | <b>Krankenkasse Luzerner Hinterland</b>                           |
| 12. | N. UFSP 455 | <b>ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG</b>                   |
| 13. | N. UFSP 509 | <b>Vivao Sympany AG</b>   |
| 14. | N. UFSP 762 | <b>Kolping Krankenkasse AG</b>                                    |
| 15. | N. UFSP 774 | <b>Easy Sana Assurance Maladie SA</b>                             |
| 16. | N. UFSP 780 | <b>Genossenschaft Glarner Krankenversicherung</b>                 |
| 17. | N. UFSP 820 | <b>Cassa da malsauns LUMNEZIANA</b>                               |
| 18. | N. UFSP 829 | <b>KLuG Krankenversicherung</b>                                   |
| 19. | N. UFSP 881 | <b>EGK Grundversicherungen AG</b>                                 |
| 20. | N. UFSP 901 | <b>sanavals Gesundheitskasse</b>                                  |

21.	N. UFSP 923	<b>Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK</b>
22.	N. UFSP 941	<b>sodalis gesundheitsgruppe</b>
23.	N. UFSP 966	<b>vita surselva</b>
24.	N. UFSP 1040	<b>Verein Krankenkasse Visperterminen</b>
25.	N. UFSP 1113	<b>Caisse-maladie de la vallée d'Entremont société coopérative</b>
26.	N. UFSP 1142	<b>Krankenkasse Institut Ingenbohl</b>
27.	N. UFSP 1318	<b>Stiftung Krankenkasse Wädenswil</b>
28.	N. UFSP 1322	<b>Krankenkasse Birchmeier</b>
29.	N. UFSP 1331	<b>Krankenkasse Stoffel, Mels</b>
30.	N. UFSP 1384	<b>SWICA Krankenversicherung AG</b>
31.	N. UFSP 1386	<b>Galenos AG</b>
32.	N. UFSP 1401	<b>rhenusana</b>
33.	N. UFSP 1479	<b>Mutuel Assurance Maladie SA</b>
34.	N. UFSP 1507	<b>AMB Assurance SA</b>
35.	N. UFSP 1535	<b>Philos Assurance Maladie SA</b>
36.	N. UFSP 1542	<b>Assura-Basis SA</b>
37.	N. UFSP 1555	<b>Visana AG</b>
38.	N. UFSP 1560	<b>Agrisano Krankenkasse AG</b>
39.	N. UFSP 1568	<b>sana24 AG</b>
40.	N. UFSP 1570	<b>vivacare AG</b>
41.		<b>Istituzione comune LAMal</b>

Industriestrasse 78, 4600 Olten, nella sua funzione di assistenza reciproca giusta l'art. 19 cpv. 1 OAMal

denominati qui di seguito come: **assicuratori**

rappresentati come da procura da

**tarifsuisse sa**  
Römerstrasse 20  
4502 Soletta

Le associazioni e gli assicuratori sono denominati collettivamente come **parti contraenti**

## **I. Disposizioni generali**

---

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

La presente convenzione si applica a:

- i fornitori di prestazioni che hanno aderito alla presente convenzione amministrativa (denominati qui di seguito „fornitori di prestazioni“)
- ciascun assicuratore contraente
- ciascun assicuratore malattia autorizzato ai sensi della LAMal che ha stipulato la presente convenzione secondo l'art. 5
- Spitex Svizzera e Association Spitex privée Suisse ASPS, nella misura in cui si assumono esplicitamente i diritti e obblighi in conformità alla presente convenzione
- tarifsuisse sa, nella misura in cui si assume esplicitamente i diritti e obblighi in conformità alla presente convenzione.

### **Art. 2 Campo di applicazione territoriale e materiale**

<sup>1</sup> La presente convenzione amministrativa concerne la remunerazione delle prestazioni a favore di persone assicurate presso un assicuratore contraente secondo la legge sull'assicurazione malattia (LAMal).

<sup>2</sup> La presente convenzione amministrativa disciplina l'applicazione degli importi fissati per legge e la gestione amministrativa delle prestazioni di cura ai sensi dell'art. 25a LAMal e art. 7 segg. OPre dispensate dalle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio di cui all'art. 51 OAMal.

<sup>3</sup> La LAMal e la convenzione amministrativa distinguono tra le prestazioni di cura fornite perlopiù al domicilio del paziente e quelle dispensate in strutture diurne o notturne. Il contratto amministrativo si applica a entrambe le predette forme di prestazioni di cura ambulatoriali. Si pratica una differenza nella remunerazione (vedi art. 10 della presente convenzione).

<sup>4</sup> I fornitori di prestazioni necessitano di un numero RCC separato per ognuna delle seguenti categorie: cure e assistenza di lunga durata, cure acute e transitorie nonché strutture diurne o notturne.

<sup>5</sup> **Le prestazioni di cura ambulatoriali** sono dispensate in modo puntuale e perlopiù al domicilio del paziente. La remunerazione delle prestazioni di cura è disciplinata all'art. 7a cpv. 1 OPre.

<sup>6</sup> Le prestazioni di cura ambulatoriali nelle **strutture diurne o notturne** si riferiscono a 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'art. 7a cpv. 4 OPre.

<sup>7</sup> Per le **cure acute e transitorie** si applica una convenzione separata.

## **II. Adesione e recesso dei fornitori di prestazioni**

---

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

<sup>1</sup> Alla presente convenzione possono aderire tutti i fornitori di prestazioni che adempiono i requisiti di cui all'art. 51 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> La procedura di adesione viene avviata da Spitex Svizzera e ASPS dopo la sottoscrizione integrale della convenzione amministrativa. Devono essere rispettate le disposizioni della legge sull'assicurazione malattie. Le associazioni disciplinano le modalità delle adesioni e dei recessi e ne assumono integralmente la relativa responsabilità. Gli assicuratori e tarifsuisse sa non assumono alcun ruolo o responsabilità in merito.

<sup>4</sup> All'occorrenza tarifsuisse sa ha il diritto di richiedere a Spitex Svizzera o ASPS una copia del formulario di adesione di un fornitore di prestazioni.

<sup>5</sup> Se avviene al più tardi entro il 31 marzo 2022, l'adesione ha effetto retroattivo al 1° gennaio 2022. Se avviene dopo tale data, fa stato il giorno in cui la dichiarazione di adesione è stata recapitata a Spitex Svizzera / ASPS.

<sup>6</sup> Spitex Svizzera / ASPS fanno pervenire mensilmente a tarifsuisse sa la lista aggiornata dei fornitori di prestazioni che hanno aderito o hanno dichiarato il recesso dalla convenzione ai sensi del capoverso 7. Spitex Svizzera e ASPS possono pubblicare le loro liste in Internet.

<sup>7</sup> Spitex Svizzera / ASPS comunicano le avvenute adesioni a tarifsuisse sa (all'att. del *Management Adesione alla Convenzione VAM*, e-mail: vam@tarifsuisse.ch) esclusivamente con una tabella Excel in conformità al modello nell'allegato 2. La lista con le dichiarazioni di adesione o recesso alla convenzione dei fornitori di prestazioni ha valore vincolante per gli assicuratori. Il VAM respinge alle associazioni, 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 dalla convenzione da parte del fornitore di prestazioni**

<sup>1</sup> Il fornitore di prestazioni dichiara per iscritto di recedere dalla convenzione. La dichiarazione di recesso, debitamente firmata, va inviata alla rispettiva associazione competente, la quale a sua volta informa tarifsuisse sa tramite la lista di adesione e recesso di cui all'art. 3 cpv. 6.

<sup>2</sup> Si può dichiarare il recesso dalla convenzione per la fine dell'anno civile rispettando un termine di disdetta di 6 mesi. Si applica il principio della ricezione, ossia fa stato la data in cui tarifsuisse sa ha ricevuto la lista di adesione e recesso di cui all'art. 3 cpv. 6.

<sup>3</sup> La revoca dell'autorizzazione cantonale all'esercizio comporta automaticamente il recesso immediato dalla convenzione senza invio della dichiarazione di recesso per la fine dell'anno.

<sup>4</sup> Anche il cambio nel numero RCC, ad esempio a seguito di un cambio di proprietario, comporta automaticamente il recesso dalla convenzione. L'adesione alla convenzione va dichiarata ex novo con il nuovo numero RCC. Sia la nuova adesione che il recesso con il vecchio numero RCC vanno comunicati a tarifsuisse sa con la lista di adesione e recesso di cui all'art. 3 cpv. 6.

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

<sup>1</sup> 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 il fornitore di prestazioni (diritto di opzione).

<sup>2</sup> La convenzione basata sul diritto di opzione tra il nuovo assicuratore contraente e il fornitore di prestazioni 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.

<sup>3</sup> 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. Condizioni per le prestazioni**

---

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

Gli assicuratori si assumono i costi delle cure ambulatoriali dispensate - in virtù della valutazione dei bisogni, della prescrizione o del mandato medico - secondo l'art. 7 cpv. 2 nonché art. 8 e art. 8a OPre dalle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio che soddisfano le condizioni di cui all'art. 51 OAMal.

### **IV. Prescrizione medica, valutazione e segnalazione dei bisogni**

---

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

<sup>1</sup> La fruizione di prestazioni di cura presuppone un mandato medico o una prescrizione del medico ai sensi dell'art. 8 OPre.

<sup>2</sup> La valutazione dei bisogni secondo l'art. 8a OPre viene effettuata da un infermiere qualificato (vedi art. 8a cpv. 1 OPre). I fornitori di prestazioni possono scegliere quale strumento standardizzato impiegare per la valutazione dei bisogni (interRAI HC o altri).

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> Il risultato va annotato sul formulario di segnalazione dei bisogni come da appendici 3.1 e 3.2.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> In caso di intervento contemporaneo presso un paziente, 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).

#### **Art. 8 Segnalazione dei bisogni all'assicuratore**

<sup>1</sup> La segnalazione dei bisogni indica il bisogno previsto di prestazioni di cura. La segnalazione viene fatta esclusivamente in conformità agli esempi nell'allegato 3. Nella segnalazione dei bisogni, i fornitori di prestazioni indicano il tempo necessario previsto giusta l'art. 8a cpv. 4 OPre. Vengono conteggiate le prestazioni effettivamente fornite tenendo conto dell'art. 9 della presente convenzione.

<sup>2</sup> Il formulario di segnalazione dei bisogni va compilato in ogni sua parte e recapitato all'assicuratore entro 14 giorni, ma in ogni caso con la prima fattura mensile, dalla presa di conoscenza (per le prestazioni giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. a/c OPre) oppure dalla sottoscrizione (per le prestazioni giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre) da parte del medico prescrivente e dell'infermiere responsabile del fornitore di prestazioni. In assenza di una segnalazione dei bisogni valida, l'assicuratore non remunera alcuna prestazione.

<sup>3</sup> La segnalazione 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 segnalazione dei bisogni sottoscritta dal medico per prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Se l'assicuratore non si oppone entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della segnalazione, l'obbligo di prestazione è considerato riconosciuto con riserva dell'art. 6 della presente convenzione e delle procedure di controllo disciplinate nell'allegato 5.

<sup>6</sup> La segnalazione 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) GLN dell'infermiere che ha compilato la valutazione dei bisogni (in caso di trasmissione della valutazione dei bisogni tramite SHIP)
- f) nome, numero RCC e 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

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

- 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
- k) 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 (esempi nell'allegato 3.1 e 3.2).

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

- j) stima dell'autonomia
- k) numero di attività di cura e minuti al giorno (come da formulario nell'allegato 3) nonché gradi risultanti giusta l'art. 7a cpv. 3 OPre

## **Art. 9 Variazione del bisogno di cure**

<sup>1</sup> Se il bisogno di prestazioni di cura cambia stabilmente, va eseguita una nuova valutazione dei bisogni.

<sup>2</sup> Se il bisogno di prestazioni di cura cambia temporaneamente nel corso dell'intervento, eccedendo significativamente il numero di minuti prescritti, questa variazione deve essere comunicata subito per iscritto all'assicuratore, in ogni caso al più tardi entro 14 giorni dal verificarsi della variazione del bisogno di cure.

## V. Remunerazione delle prestazioni

### Art. 10 Remunerazione delle prestazioni di cura

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Il fornitore di prestazioni conteggia le prestazioni di cura effettivamente dispensate. Non sono ammesse fatture anticipate.

<sup>3</sup> 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 all'art. 2 cpv. 5 della presente convenzione giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre.
- b) di cui all'art. 7a cpv. 4 OPre sono remunerate tutte le prestazioni previste dal diritto delle assicurazioni malattie per misure di cura in strutture diurne o notturne secondo l'art. 2 cpv. 6 della presente convenzione per misure di cura giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre.

<sup>4</sup> Il fornitore di prestazioni non può conteggiare prestazioni giusta l'art. 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 nonché 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'art. 7 OPre mentre il paziente riceve prestazioni ambulatoriali di cure acute e transitorie.

<sup>5</sup> 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. medicinali ecc.).

### Art. 11 Remunerazione dei mezzi e apparecchi

<sup>1</sup> 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). 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 mezzi e gli apparecchi che vengono consegnati o utilizzati dalla persona assicurata o da persone non professioniste delle cure o da infermieri, vengono fatturati dai fornitori di prestazioni al massimo all'importo massimo ridotto Cure secondo l'EMAp (Elenco dei Mezzi e degli Apparecchi).

#### 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.

<sup>2</sup> La fatturazione elettronica avviene tramite la tariffa separata 454 per mezzi e apparecchi nelle cure.

<sup>3</sup> Come disposto all'art. 56 cpv. 3 LAMal, il fornitore di prestazioni deve fare usufruire il debitore della remunerazione dei ribassi concessi dai fornitori.

<sup>4</sup> Occorre osservare le limitazioni specificate nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi.

<sup>5</sup> 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 malattia, 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**

<sup>1</sup> La fatturazione avviene mensilmente.

<sup>2</sup> Sulla fattura figurano comprende 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 (GLN obbligatorio solo in caso di fattura elettronica o se disponibile)
- g) grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi lieve/medio//elevato), se noto
- h) durata della/e prescrizione/i mediche per il periodo di fatturazione
- i) 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'art. 2 cpv. 5 della presente convenzione:

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

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

- j) classificazione secondo l'appendice all'allegato 3.3 con calendario
- k) livello di contributo giusta l'art. 7a cpv. 4 risp. 3 OPre



<sup>3</sup> La fatturazione avviene per le prestazioni prescritte dal medico a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le prestazioni non obbligatorie vanno fatturate separatamente.

### **Art. 13      Modalità di pagamento**

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

<sup>2</sup> In deroga al capoverso 1, a partire dal 1° gennaio 2023 si applica il sistema del terzo garante per tutte le fatture non trasmesse elettronicamente.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> L'assicuratore remunera solo le fatture conformi alla convenzione e alla legge.

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

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> In caso di contestazioni motivate, i termini di pagamento vengono interrotti ai sensi dell'art. 13 cpv. 5.

<sup>8</sup> L'assicuratore sospende l'assunzione dei costi se sono soddisfatte le condizioni per la sospensione delle prestazioni giusta l'art. 64a cpv. 7 LAMal. I costi vengono assunti integralmente non appena sono stati saldati i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese di esecuzione.

### **Art. 14      Scambio elettronico dei dati**

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

- al più tardi dal 1° gennaio 2023, la **fatturazione** avviene elettronicamente sulla base dei vigenti standard XML e direttive del Forum Datenausgleich.
- la **segnalazione dei bisogni** viene recapitata tramite il sistema di notifica bidirezionale SHIP secondo lo standard di processo eCH 0237 „Cure“, una volta che esso sarà utilizzato nella prassi.

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

## **Art. 15 Obbligo di informare**

<sup>1</sup> 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 malattia di base e sugli eventuali costi non a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

<sup>2</sup> L'obbligo di informare riguarda in particolare l'informazione concernente le norme di legge e gli effetti concreti in merito alla sospensione delle prestazioni secondo l'art. 64a cpv. 7 LAMal in caso di inadempienze nei pagamenti dei premi e delle partecipazioni ai costi.

## **Art. 16 Protezione tariffale**

Il fornitore di prestazioni si impegna a rispettare la protezione tariffale secondo l'art. 44 LAMal.

## **VII. Economicità e garanzia della qualità**

---

### **Art. 17 Economicità / garanzia della qualità**

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> Il fornitore di prestazioni si impegna a prendere parte alle misure di garanzia e controllo della qualità relative alle sue prestazioni come da vigente convenzione ai sensi dell'art. 58a LAMal.

### **Art. 18 Qualifiche minime del personale**

I criteri che il personale specializzato deve soddisfare sono descritti nell'allegato 4.

- a) Alle prestazioni di cura ambulatoriali secondo l'art. 2 cpv. 5 della presente convenzione si applica l'allegato 4a.
- b) Alle prestazioni di cura ambulatoriali secondo l'art. 2 cpv. 6 della presente convenzione si applica l'allegato 4b.

### **Art. 19 Obbligo di informare da parte dei fornitori di prestazioni**

<sup>1</sup> 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 dalla Spitex come da art. 8 cpv. 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> La procedura applicata è disciplinata all'allegato 5.

## **VIII. Aspetti formali**

---

### **Art. 20 Procedura in caso di disaccordo**

<sup>1</sup> Le parti procedono per principio a comporre direttamente l'eventuale disaccordo tra assicuratori e fornitori di prestazioni.

<sup>2</sup> I fornitori di prestazioni e gli assicuratori possono adire il tribunale arbitrale cantonale come specificato all'art. 89 LAMal.

### **Art. 21 Entrata in vigore, durata della convenzione**

La presente convenzione, allegati compresi, entra in vigore il 1° gennaio 2022 ed è valida a tempo indeterminato.

### **Art. 22 Clausola liberatoria**

<sup>1</sup> Le parti possono modificare in ogni momento e senza disdetta formale la presente convenzione o parti di essa per mezzo di una dichiarazione concorde scritta.

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 simile caso le parti sono obbligate a adeguare la convenzione alle mutate condizioni, ovvero a sostituire le eventuali disposizioni del tutto o parzialmente nulle con altre in modo da raggiungere in modo lecito lo scopo inteso della convenzione (clausola liberatoria).

### **Art. 23 Disdetta**

<sup>1</sup> 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 2023.

<sup>2</sup> Gli assicuratori malattia 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.

<sup>3</sup> Spitex Svizzera e Association Spitex privée Suisse possono inviare la disdetta a tarifsuisse sa con effetto giuridicamente vincolante, all'attenzione delle parti contraenti, qualora intendano 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. 24 Allegati**

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

### **Allegato 1:**

Assicuratori aderenti

### **Allegato 2**

Modello per la lista di adesione e recesso dei fornitori di prestazioni

### **Allegato 3:**

Prescrizione del medico / segnalazione dei bisogni con appendici

### **Allegato 4**

Personale specializzato

### **Allegato 5**

Accordo sui controlli degli assicuratori malattia

## **Art. 25 Disposizioni finali**

<sup>1</sup> La presente convenzione è redatta e firmata in triplice copia. A Spitex Svizzera, ad ASPS e a tarifsuisse sa è consegnata una copia ciascuno.

<sup>2</sup> 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. Le parti contraenti assumono ciascuna la metà dei costi di traduzione.

Berna, il.....

## **Spitex Svizzera**

Thomas Heiniger  
Presidente

Marianne Pfister  
Amministratrice

Berna, il.....

## **Association Spitex privée Suisse (ASPS)**

Pirmin Bischof  
Presidente

Marcel Durst  
Direttore

Soletta, il.....

A nome degli assicuratori indicati come parti contraenti nonché – in relazione alle regolamentazioni che definiscono i diritti e gli obblighi di tarifsuisse – per sé stessa:

## **tarifsuisse sa**

Dr. Renato Laffranchi  
Responsabile acquisto prestazioni  
Membro della Direzione

Marc Berger  
Responsabile negoziati

## **Allegato 1**

---

### **Lista dei fornitori di prestazioni aderenti**

Dove consultare la lista aggiornata dei fornitori di prestazioni aderenti:

*Assicuratori:*

Registro centrale delle convenzioni (RCCo) di SASIS SA

*Fornitori di prestazioni e altri soggetti interessati:*

Presso Spitex Svizzera oppure presso la Association Spitex privée Suisse ASPS

## Allegato 2 Modello per la lista di adesione e recesso dei fornitori di prestazioni giusta l'art. 3 cpv. 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 rispediti 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.

<b>Lista delle adesioni Spitex Svizzera / ASPS</b>							
N. convenzione: 42.500.2053D Aggiornata il: 01.01.2022							
I seguenti fornitori di prestazioni aderiscono in modo giuridicamente valido ai sensi dell'art. 3 cpv. 5 della convenzione amministrativa Spitex del 01.01.2022 stipulata tra Spitex Svizzera / ASPS e tarifsuisse sa.							
Adesione dal	Nome organizzazione	Luogo	Cantone	N. RCC	N. RCC	GLN	Recesso dal
				Lunga durata	SDON		
01.01.2022	Spitex .....	Stadel	ZH	A123401		7601002123456	
01.01.2022	Spitex .....	Stäfa	ZH	B345601		7601002789123	
01.01.2022	Spitex .....	Stans	NW		D123407	7601002345678	
01.01.2022	Spitex .....	Steffisburg	BE	C789102		7601002901234	31.03.2022
01.01.2022	Spitex .....	Steffisburg	BE	D567802		7601002456789	
01.01.2022	Spitex .....	Stein	AG	A123419		7601002234567	
08.01.2022	Spitex .....	Steinmaur	ZH	X012301		7601002567890	
09.01.2022	Spitex .....	Stettlen	BE	K789002		7601002678901	
<i>Ordina per data di adesione (adesione più recente per ultimo).</i>				<i>Numero RCC tassativamente non formattato, cioè senza spazi o punti</i>	<i>Numero RCC tassativamente non formattato, cioè senza spazi o punti</i>	<i>GLN tassativamente non formattato, cioè senza spazi</i>	

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

Le nuove adesioni e recessi vanno evidenziate con un colore.

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

### Allegato 3 Formulario di segnalazione dei bisogni / appendice al formulario

Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni:

#### Appendice 3.1 Elenco delle prestazioni di cui all'art. 7 cpv. 2 OPre

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

<b>Numero</b>	=	Numero di prestazioni	
<b>Frequenza</b>	=	Unità: <ul style="list-style-type: none"> <li>• g2, g3...g7 = 2, 3...7 giorni a settimana</li> <li>• s = settimanalmente</li> <li>• m = mensilmente      a = annualmente</li> <li>• u = una tantum</li> </ul>	
<b>Esempi</b>			
<b>Test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina 2 volte al giorno per 7 giorni a settimana</b>	=	Numero 2	Frequenza g7
<b>Assistenza per bagni medicinali 2 volta a settimana</b>		2	s
<b>Selezionare se la prestazione è prevista</b>		<b>Descrizione dettagliata prestazione (giusta l'art cpv. 2 OPre)</b>	<b>Numero: con che frequenza deve essere fornita la prestazione</b>
		Valutazione die bisogni del paziente ecc.	
		Consigli al paziente ecc.	
		Coordinamento dei provvedimenti	
		Controllo dei segni vitali	
		Test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina	
		Prelievo di materiale per esame di laboratorio	
		Provvedimenti inerenti la terapia respiratoria ecc.	
		Posa di sonde e di cateteri ecc.	
		Cura in caso di emodialisi o di dialisi peritoneale	
		Preparazione e somministrazione di medicinali ecc.	
		Somministrazione enterale e parenterale di soluzioni nutritive	
		Sorveglianza delle perfusioni e delle trasfusioni ecc.	
		Lavaggio, pulitura e medicazione di piaghe ecc.	
		Cure in caso di turbe dell'evacuazione urinaria o intestinale ecc.	
		Assistenza per bagni medicinali parziali o completi ecc.	
		Assistenza per l'applicazione di terapie mediche nella prassi quotidiana ecc.	
		Sostegno alle persone malate psichicamente in situazioni di crisi ecc.	
		Cure die base generali per i pazienti dipendenti quali: bendare le gambe ecc.	
		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 ecc.	



### Appendice 3.2 Formulario di segnalazione dei bisogni interRAI HC (esempio)

Tutti i fornitori di prestazioni che lavorano con interRAI possono inviare il foglio di pianificazione delle prestazioni interRAI. Maggiori informazioni su interRAI sono disponibili sul sito web <https://www.spitex-bedarfsabklaerung.ch/>.

Bernasconi	Maria
Cognome	Nome
Numero d'assicurato	Numero del caso

Inserire il numero dal catalogo delle prestazioni, compilare le colonne C e T. Inserire numero, unità e tempo, se diversi dallo standard o nel catalogo delle prestazioni è indicato s.n.

N.	Descrizione della prestazione (facoltativa)	C	T	N.	Unità	Tempo	Q. min	OPre
10104	Igiene parziale al lavandino (incl. igiene intima)							c
10115	Calze compressive/bendaggio compressivo							c
10601	Preparazione dei medicinali							b
10702	Medicazione media							b
10902	Rivalutazione							a
10904	Pianificazione delle cure nel quadro della valutazione dei bisogni (per la prima volta)							a
10906	Determinazione e valutazione dei bisogni di cure							a
10907	Consulto con il medico / SACD per la valutazione							a
10909	Istruzione per la cura/consulenza all'utente o ai familiari							a
20012	Pulizia settimanale appartamento di 4 locali							Nein
20014	Pulire cucina/bagno							

Descrivere nella colonna 2 le prestazioni di cura e assistenza non elencate n. 10999

Descrivere nella colonna 2 le prestazioni di economica domestica non elencate n. 20099

Descrivere nella colonna 2 le prestazioni di psichiatriche non elencate n. 10099

Bisogno netto prestazione Spitex	Prestazioni OPre in minuti			OPre totale	Non OPre
	a	b	c		
- Prestazioni una tantum					
- Prestazioni periodiche					
- al giorno					
- a settimana					
- al mese					
<b>Intero periodo della prescrizione (da/a)</b>					
<b>Adeguamento a seguito di doppio rilevamento del tempo per prestazioni fornite in simultanea</b>					
<b>Totale</b>					

C = CHI: S = organizzazione Spitex / T = Training / N. = numero

Unità = g2, g3...g7: 2, 3 ...7 giorni a settimana / s = a settimana / m = al mese / u = una tantum / s.n. = secondo necessità

Q min. = qualificazione minima: basata preferibilmente sulle denominazioni di funzioni e formazioni utilizzate nelle statistiche Spitex

### Appendice 3.3 Prescrizione medica / formulario di segnalazione dei bisogni per strutture diurne o notturne (Esempio di modulo di transizione)

#### Prescrizione medica / formulario di segnalazione dei bisogni per strutture diurne o notturne

Cognome..... Assicuratore.....  
 Nome ..... N. d'assicurato.....  
 Via.....  
 NPA/Località ..... In caso di prestazioni ai sensi LAINF, indicare assicuratore  
 Data di nascita ..... contro gli infortuni .....  
 Sesso  femminile  maschile

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		Totale minuti al giorno	Osservazioni
					Una volta	Più volte		
Muoversi / mobilità								
Mangiare e bere								
Lavarsi e vestirsi								
Evacuare								
Cure di trattamento di cui all' art 7 cpv. 2b OPre								
Altre prestazioni (descrizione):								
<b>Totale minuti</b>								
<b>Livello giusta l'art. 7° cpv. 3 OPre</b>								

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: ..... Medico: .....  
 Numero RCC: ..... Numero RCC: .....  
 Data: ..... Data: .....  
 Firma: ..... 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 Personale specializzato

4 a) Prestazioni di cura ambulatoriali giusta l'art. 4 cpv. 4				
	Formazione / denominazione professionale	Valutazione bisogni / consulenza / coordinamento	Cure di base	Esami, cure di trattamento
Livello terziario	Personale infermieristico con formazione di perlomeno di terzo livello: cure generali, domicilio, psichiatria, igiene materna e pediatria, DL I, DL II, infermiera/e diplomata/o DL I con almeno 2 anni di esperienza professionale Infermiera/e SUP + SSS	Si	Si	Si
	DL I, infermiera/e con esperienza professionale fino a 2 anni	No	Si	Si
	EP assistente specializzata/o in cure di lunga durata e di accompagnamento	No	Si	Si
Livello secondario II	PKP (AFC CRS)	No	Si	Si
	Aiuto familiare con AFC oppure diploma con modulo supplementare cure di trattamento Operatrice/ operatore sociosanitaria/o	No	Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Controllo dei segni vitali</li> <li>◆ Somministrazione di medicinali e altre misure di cure di trattamento <sup>1)</sup></li> </ul>
	Assistente geriatrica/o Operatrice/operatore socioassistenziale	No	Si	No
	Assistente di studio medico	No	Limitatamente all'aiuto	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Controllo dei segni vitali</li> <li>◆ Somministrazione di medicinali <sup>1)</sup></li> <li>◆ Prelievi di sangue</li> </ul>
	Addetta/addetto alle cure sociosanitarie	No	Nessuna cura di base completa con case management	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Controllo dei segni vitali</li> <li>◆ Assistenza nell'assunzione di medicinali <sup>1)</sup></li> </ul>
Assistente di cura Ausiliaria/o sanitaria/o <sup>2)</sup> Aiuto domestico con corso per ausiliaria/o sanitaria/o <sup>2)</sup>	No	Nessuna cura di base completa con case management	No	
<sup>1)</sup> Conformemente alle disposizioni in materia di formazione e all'esperienza professionale <sup>2)</sup> Riconoscimento del percorso di formazione conformemente alla procedura di riconoscimento delle associazioni Spitex		In singoli casi viene verificata l'equivalenza di diplomi professionali diversi ed esteri. Tutti i diplomati del livello secondario II e DL I con esperienza professionale inferiore a 2 anni lavorano sotto la sorveglianza, le istruzioni e la responsabilità di una persona con diploma di livello terziario.		

### 4 b) Prestazioni di cura ambulatoriali giusta l'art. 4 cpv. 5

*Nelle strutture diurne e notturne, la responsabilità complessiva spetta a un/a infermiere diplomato/a; quest'ultimo/a o una sostituzione adeguata è presente.*

Le parti contraenti intendono rivedere e concretizzare nel primo semestre 2022 quanto disciplinato nel presente allegato 4 (Personale specializzato e congiunti che prestano cure).

## **Allegato 5 Accordo sui controlli degli assicuratori malattia**

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 secondo OPre non sono documentate
- le prestazioni non sono di fatto prestazioni obbligatorie (economia domestica, assistenza ecc.)
- le prestazioni vengono fatturate in modo standard e forfettario secondo il foglio di pianificazione e non secondo i minuti erogati giusta l'art. 12 cpv. 2 lett. j della presente convenzione
- non viene rispettata la qualifica del personale impiegato come da allegato 5 della presente convenzione

e se gli assicuratori sono in grado di fornire una motivazione specialistica, le prestazioni da fornire devono essere adeguate.

La riduzione retroattiva non è consentita qualora dalla verifica risulti che non sono state violate le disposizioni elencate sopra.

L'adeguamento deve avvenire:

- in caso di verifica presso l'assicuratore (vedi punto 1), qualora i termini siano stati rispettati: da quando ha inizio la prescrizione medica.
- in caso di verifica presso il fornitore di prestazioni o l'assicurato (vedi artt. 2 e 3): il giorno del controllo.

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

Gli assicuratori effettuano i seguenti controlli:

#### *1.1 Verifica della documentazione presentata dalla Spitex giusta l'art. 8 cpv. 6 del presente contratto*

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

- segnalazione dei bisogni giusta l'art. 8
- fattura secondo l'art. 12
- quale allegato alla segnalazione dei bisogni: lista delle prestazioni giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre o foglio di pianificazione delle prestazioni secondo interRAI (giusta l'art. 8 cpv. 6)

#### *1.2 Verifica dei documenti richiesti dall'assicuratore e trasmessi all'assicuratore dalla Spitex*

1.2.1 In caso di dubbi sulla documentazione presentata sistematicamente, l'assicuratore può richiedere alla Spitex 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 La Spitex 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 alla Spitex. 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'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. Il fornitore di prestazioni assicura che alla persona incaricata del controllo sia messa a disposizione una persona qualificata che abbia familiarità con i dossier per eventuali domande.
- 2.3 Dopo aver visionato la documentazione, lo stesso giorno ha luogo uno scambio a voce incl. budget orario attuale tra la persona qualificata del fornitore di prestazioni 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 almeno 10 giorni lavorativi prima della visita programmata. Non è necessario il consenso del fornitore di prestazioni.

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