



## Contratto amministrativo AOC

N° contratto: IP-206.299

Valevole dal 01.04.2021

tra

**Spitex Svizzera**  
Effingerstrasse 33  
3008 Berna

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

qui di seguito denominate "**associazioni**"

e

**CSS Assicurazione malattie SA**  
Tribtschenstrasse 21  
6005 Lucerna

compresi i seguenti assicuratori LAMal del Gruppo CSS:

**INTRAS Assicurazione malattie SA**, Avenue de Valmont 41, 1000 Losanna 10  
**Arcosana SA**, Tribtschenstrasse 21, 6005 Lucerna  
**Sanagate SA**, Tribtschenstrasse 21, 6005 Lucerna

di seguito denominata "**CSS**"

collettivamente denominate "**parti contraenti**"

concernente

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

(tutti i riferimenti a persone valgono per ambedue i sessi.)

## **Indice**

<b>1. Parti contraenti .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Adesione alla convenzione .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Adesione e recesso dalla convenzione da parte dei fornitori di prestazioni.....</b>	<b>3</b>
<b>4. Campo di applicazione ed entità delle prestazioni .....</b>	<b>3</b>
<b>5. Obblighi del fornitore di prestazioni e degli assicuratori.....</b>	<b>4</b>
<b>6. Condizioni per le prestazioni .....</b>	<b>4</b>
<b>7. Prescrizione del medico, valutazione, segnalazione e modifica dei bisogni.....</b>	<b>4</b>
<b>8. Remunerazione delle prestazioni incl. mezzi e apparecchi .....</b>	<b>5</b>
<b>9. Fatturazione e modalità di pagamento .....</b>	<b>6</b>
<b>10. Scambio elettronico dei dati (EDI) .....</b>	<b>7</b>
<b>11. Economicità e garanzia della qualità, esecuzione dei controlli .....</b>	<b>7</b>
<b>12. Qualifiche minime del personale.....</b>	<b>7</b>
<b>13. Validità delle versioni linguistiche .....</b>	<b>7</b>
<b>14. Inizio, durata e disdetta della convenzione .....</b>	<b>8</b>
<b>15. Allegati alla convenzione.....</b>	<b>8</b>
<b>16. Riserva della forma scritta.....</b>	<b>8</b>
<b>17. Clausola liberatoria.....</b>	<b>8</b>
<b>18. Diritto applicabile / Istanza di conciliazione.....</b>	<b>8</b>
<b>19. Disposizioni finali.....</b>	<b>8</b>
<b>20. Disposizioni transitorie.....</b>	<b>8</b>
<b>Allegato 1 – Assicuratori affiliati.....</b>	<b>10</b>
<b>Allegato 2 – Formulario di segnalazione dei bisogni / Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni.....</b>	<b>11</b>
<b>Allegato 3 – Personale specializzato.....</b>	<b>15</b>
<b>Allegato 4 – Convenzione sui controlli degli assicuratori malattie .....</b>	<b>16</b>
<b>Allegato 5 - Remunerazione di mezzi e apparecchi.....</b>	<b>18</b>

## **1. Parti contraenti**

Parti della presente convenzione sono Spitex Svizzera e l'Association Spitex privée Suisse (ASPS), di seguito denominate "associazioni", nonché la CSS Assicurazione malattie SA e il Gruppo CSS risp. gli assicuratori LAMal menzionati nell'allegato 1, di seguito denominati "CSS".

## **2. Adesione alla convenzione**

- 2.1 Questa convenzione vale per la CSS risp. per gli assicuratori definiti nell'allegato 1.
- 2.2 La CSS è autorizzata ad intraprendere tutte le azioni in relazione alla presente convenzione in nome e per conto di tali assicuratori.
- 2.3 Gli assicuratori aderenti alla presente convenzione accettano senza riserve tutte le disposizioni della medesima e i relativi allegati.

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

- 3.1 Alla presente convenzione possono aderire tutti i fornitori di prestazioni che soddisfano i requisiti di cui all'art. 51 OAMal e dispongono di un'autorizzazione in virtù del diritto cantonale. Se un'organizzazione è titolare di più di un numero RCC attivo (ad es. in cantoni diversi), deve aderire alla convenzione separatamente con ogni numero.
- 3.2 I fornitori di prestazioni possono aderire alla presente convenzione con una dichiarazione scritta nei confronti di Spitex Svizzera o ASPS. L'adesione alla convenzione è gratuita per i membri attivi di un'associazione cantonale Spitex e dell'ASPS.
- 3.3 I fornitori di prestazioni che non sono membri delle associazioni possono aderire alla presente convenzione. La procedura (ad es. quota di adesione, ecc.) si basa sulle condizioni delle associazioni.
- 3.4 I fornitori di prestazioni che hanno aderito accettano senza riserve tutte le disposizioni della presente convenzione e dei suoi allegati.
- 3.5 Le associazioni fanno pervenire alla CSS tramite e-mail: [tarifvertraege@css.ch](mailto:tarifvertraege@css.ch) la lista aggiornata delle adesioni. Esse informano la CSS in merito a qualsiasi modifica, in ogni caso almeno con cadenza semestrale. Ai fornitori di prestazioni che hanno aderito alla precedente convenzione amministrativa con la CSS entro il 31.03.2021, si applica la disposizione transitoria di cui alla cifra 20 del presente contratto.
- 3.6 Singoli fornitori di prestazioni possono dichiarare il recesso dalla convenzione per la fine dell'anno civile rispettando un termine di disdetta di 6 mesi. Non è possibile recedere da singole parti della convenzione o da singoli allegati o nei confronti di singoli assicuratori. I fornitori di prestazioni presentano per iscritto all'associazione la loro dichiarazione di recesso. L'associazione informa immediatamente la CSS. La convenzione resta integralmente applicabile per tutte le parti contraenti restanti e i fornitori di prestazioni.

## **4. Campo di applicazione ed entità delle prestazioni**

- 4.1 La presente convenzione disciplina la gestione amministrativa delle prestazioni di cura ambulatoriali ai sensi dell'art. 25a LAMal, dell'art. 51 OAMal e degli artt. 7 segg. OPre.
- 4.2 La convenzione vale per gli assicurati aventi diritto a prestazioni che dispongono di un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOC) presso un assicuratore secondo l'allegato 1.
- 4.3 La LAMal e la presente convenzione distinguono tra le prestazioni di cura fornite perlopiù al domicilio del paziente e quelle fornite in strutture diurne o notturne. Il presente contratto si applica a entrambe le suddette forme di prestazioni di cura ambulatoriali. Vi è una differenza nella remunerazione (v. cifra 8 della presente convenzione).
- 4.4 I fornitori di prestazioni necessitano di un numero RCC separato per ognuna delle seguenti categorie: per cure e assistenza di lunga durata, cure acute e transitorie nonché strutture diurne o notturne.
- 4.5 La grande maggioranza delle prestazioni di cure ambulatoriali viene fornita al domicilio del paziente in maniera puntuale. La remunerazione è disciplinata dall'art. 7a cpv. 1 OPre.

4.6 Le prestazioni di cura ambulatoriali in strutture diurne e notturne si riferiscono a istituti come Foyer de jour, Centro diurno, CAT, UAT-VD e altre offerte analoghe. Il / La paziente vive al proprio domicilio e vi fa ritorno. Nell'arco di 24 ore è possibile avvalersi della struttura diurna o di quella notturna. È escluso il cumulo. La remunerazione è disciplinata dall'art. 7a cpv. 4 OPre.

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

5.1 Le parti contraenti sono tenute ad indicare in tutta la corrispondenza che intercorre tra il fornitore di prestazioni e i singoli assicuratori:

- i dati della persona assicurata: cognome, nome, indirizzo, data di nascita, sesso, numero d'assicurato e/o numero d'assicurazione sociale;
- nome dell'assicuratore;
- dati del fornitore di prestazioni: numero RCC / numero GLN

5.2 Il fornitore di prestazioni ha l'obbligo di informare i propri pazienti, prima della fruizione di prestazioni, circa le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e anche, in modo particolare, circa i costi non assunti dalla stessa.

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

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

6.1 Gli assicuratori si assumono i costi delle prestazioni che vengono effettivamente fornite per cure medico-sanitarie ambulatoriali ai sensi dell'art. 7 cpv. 2, art. 8 e art. 8a OPre sulla base della valutazione dei bisogni, dietro prescrizione del medico o su mandato di quest'ultimo, da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio che soddisfano le condizioni di cui all'art. 51 OAMaL.

6.2 L'assicuratore è tenuto a corrispondere prestazioni solo e nella misura in cui altri assuntori dei costi, in particolare secondo la LAINF, la LAI o la LAM, non devono assumere i relativi costi. L'obbligo di anticipare le prestazioni secondo le disposizioni di legge (art. 70 LPGa) prevale sul presente contratto.

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

7.1 Prescrizione del medico, valutazione dei bisogni

7.1.1 La fruizione di prestazioni di cura presuppone un mandato medico o una prescrizione del medico ai sensi dell'art. 8 OPre. La valutazione dei bisogni secondo l'art. 8a OPre viene effettuata da un infermiere qualificato. I fornitori di prestazioni possono scegliere quale strumento riconosciuto, per la valutazione dei bisogni, vogliono utilizzare.

7.1.2 La valutazione scritta dei bisogni comprende l'analisi dello stato generale del paziente nonché dell'ambiente in cui vive e del bisogno individuale di cura e di aiuto (cfr. art. 8a cpv. 3 OPre).

7.1.3 Il risultato va annotato in un formulario di segnalazione dei bisogni (cfr. esempi all'allegato 2a e b).

7.1.4 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.

7.1.5 In caso di intervento contemporaneo presso un paziente, i fornitori di prestazioni devono coordinare i loro servizi e concordare il budget orario.

7.2 Segnalazione dei bisogni agli assicuratori

7.2.1 La segnalazione dei bisogni indica il bisogno previsto di prestazioni di cura. Nella segnalazione dei bisogni, le organizzazioni Spitex riportano il tempo necessario previsto giusta l'art. 8a cpv. 4 OPre. Vengono conteggiate le prestazioni effettivamente fornite tenendo conto della cifra 7.3 della presente convenzione.

7.2.2 Il formulario di segnalazione dei bisogni deve essere compilato in ogni sua parte e recapitato all'assicuratore entro una settimana dalla presa di conoscenza (per prestazioni OPre-a e OPre-c) oppure la sottoscrizione (per prestazioni OPre-b) da parte

del medico e la sottoscrizione della persona responsabile del fornitore di prestazioni, ma in ogni caso con la prima fattura mensile. In assenza di una segnalazione dei bisogni valida, l'assicuratore non remunera alcuna prestazione. Non sono ammesse prescrizioni retroattive.

- 7.2.3 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 OPre-b.
- 7.2.4 Se l'assicuratore non si oppone entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della segnalazione, l'obbligo di prestazione è considerato riconosciuto con riserva della cifra 6 della presente convenzione e delle procedure di controllo disciplinate nell'allegato 4.
- 7.2.5 La segnalazione dei bisogni contiene i seguenti dati:
- a. generalità e dati assicurativi (cognome / nome / data di nascita / domicilio / numero d'assicurato e/o numero d'assicurazione sociale);
  - b. motivo del trattamento: malattia, infortunio o maternità;
  - c. nome dell'assicuratore;
  - d. numero RCC e numero GLN del fornitore di prestazioni (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);
  - e. numero RCC e numero GLN del medico prescrittore (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);
  - f. grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi lieve/medio/elevato), se noto;
  - g. inizio e durata della prescrizione medica;
  - h. bisogno previsto di prodotti EMap incl. numero a due cifre del gruppo di prodotti fatturato dall'organizzazione Spitex.

In aggiunta, per prestazioni di cura ambulatoriali di cui alla cifra 4.5 della presente convenzione:

- 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;

quale 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 ogni prestazione per giorno, settimana, mese o trimestre (esempi nell'appendice all'allegato 2).

In aggiunta, per prestazioni in strutture diurne e notturne di cui alla cifra 4.6 della presente convenzione:

- j. stima dell'autonomia;
- k. numero previsto di attività di cura e minuti al giorno, nonché gradi risultanti giusta l'art. 7a cpv. 3 OPre.

### 7.3 Variazione del bisogno di cure

- 7.3.1 Se il bisogno di prestazioni di cura cambia stabilmente, va eseguita una nuova valutazione dei bisogni.
- 7.3.2 Se il bisogno di prestazioni di cura cambia temporaneamente per diversi giorni, nel corso dell'intervento ed eccede significativamente il numero di minuti prescritti, questa variazione deve essere comunicata per iscritto.

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

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

- 8.2 Il fornitore di prestazioni conteggia le prestazioni di cura effettivamente fornite tenendo conto della cifra 7.3 della presente convenzione.
- 8.3 Con il pagamento dei contributi:
- a) di cui all'art. 7a cpv. 1 e 2 OPre sono remunerate tutte le prestazioni previste dal diritto delle assicurazioni malattie per misure di cura dei singoli fornitori di prestazioni di cui alla cifra 4.5 della presente convenzione giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre;
  - b) di cui all'art. 7a cpv. 3 OPre sono remunerate tutte le prestazioni previste dal diritto delle assicurazioni malattie per misure di cura in strutture diurne o notturne secondo l'art. 7a cpv. 4 OPre e la cifra 4.6 della presente convenzione per misure di cura giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre.
- 8.4 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 le valutazioni dei bisogni e le prestazioni di coordinamento, che devono avvenire già durante una degenza ospedaliera per garantire un percorso di trattamento ottimale. Inoltre, il fornitore di prestazioni non può conteggiare prestazioni ambulatoriali di cure e assistenza di lunga durata giusta l'art. 7 OPre mentre il paziente riceve prestazioni ambulatoriali di cure acute e transitorie.
- 8.5 I mezzi e gli apparecchi prescritti dal medico, ai sensi dell'allegato 2 OPre, che vengono consegnati e fatturati dal fornitore di prestazioni, in base alle vigenti premesse legali, sono riportati nell'allegato 5.
- 8.6 Ai sensi della presente convenzione, non possono essere conteggiate a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie prestazioni non menzionate in questa sede (ad es. medicinali, ecc.).

## **9. Fatturazione e modalità di pagamento**

### **9.1 Fatturazione**

- 9.1.1 La fatturazione avviene mensilmente.
- 9.1.2 In caso di trattamenti che si protraggono oltre la fine dell'anno, deve essere emessa una fattura intermedia in data 31.12. Qualora l'assicurato cambi l'assicuratore al 30.6., il fornitore di prestazioni, su richiesta dell'assicuratore, emette una fattura intermedia al 30.6. entro e non oltre il 15.8. dell'anno civile.
- 9.1.3 Il fornitore di prestazioni si impegna a trasmettere la fattura in formato cartaceo o elettronico standardizzato nel rispetto delle disposizioni di legge e delle regole aggiornate del Forum Datenaustausch.
- 9.1.4 La fattura contiene i seguenti dati:
- a. data e numero della fattura;
  - b. generalità e dati assicurativi (cognome / nome / data di nascita / domicilio / numero d'assicurato e/o numero d'assicurazione sociale);
  - c. motivo del trattamento: malattia, infortunio o maternità;
  - d. nome dell'assicuratore;
  - e. numero RCC e numero GLN del fornitore di prestazioni (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);
  - f. numero RCC e numero GLN del medico prescrivente (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);
  - g. grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi lieve/medio/elevato), se noto;
  - h. durata della/e prescrizione/i del medico per il periodo di fatturazione;
  - i. n° completo posizione EMAP e quantità;
- In aggiunta, per prestazioni di cura ambulatoriali di cui alla cifra 4.5 della presente convenzione:

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

In aggiunta, per prestazioni in strutture diurne e notturne di cui alla cifra 4.6 della presente convenzione:

- k. calendario con il relativo grado di contributo.

## 9.2 Modalità di pagamento

- 9.2.1 Le parti contraenti convengono che l'assicuratore è il debitore della remunerazione giusta l'art. 7a OPre (sistema del terzo pagante).
- 9.2.2 In deroga alla cifra 9.2.1 della presente convenzione, il singolo fornitore di prestazioni può scegliere che la remunerazione della prestazione sia dovuta dalla persona assicurata (sistema del terzo garante). Il fornitore di prestazioni informa tempestivamente la persona assicurata prima della fruizione di prestazioni. La scelta deve avvenire con l'adesione alla convenzione e può essere modificata a decorrere dall'inizio di un anno civile, rispettando un termine di preavviso di 6 mesi. Non è ammesso un cambio per singoli pazienti.
- 9.2.3 L'assicuratore remunera solo le fatture conformi alla presente convenzione e alla legge.
- 9.2.4 I fornitori di prestazioni fatturano agli assicuratori soltanto le prestazioni obbligatorie menzionate nella presente convenzione. In particolare, le prestazioni non obbligatorie di cui all'art. 59 cpv. 2 OAMal devono essere conteggiate separatamente dalle prestazioni AOC.
- 9.2.5 L'assicuratore corrisponde al fornitore di prestazioni il rimborso dovuto entro trenta giorni. In caso di fatturazione elettronica il termine è di venticinque giorni.
- 9.2.6 Il termine decorre dal momento in cui l'assicuratore dispone di tutti i documenti necessari per il controllo della fattura conforme alla convenzione e alla legge.
- 9.2.7 In caso di contestazioni motivate i termini di pagamento vengono interrotti ai sensi della cifra 9.2.5 di questa convenzione. L'assicuratore rimane debitore della parte non contestata.

## 10. Scambio elettronico dei dati (EDI)

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

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

- 11.1 Il fornitore di prestazioni si impegna a dispensare le prestazioni in modo efficace, appropriato ed economico, rispettando in tale contesto gli standard di qualità di volta in volta in vigore.
- 11.2 Gli assicuratori hanno il mandato legale di verificare l'obbligo e l'economicità (EAE) delle prestazioni fatturate. La relativa procedura è pattuita e disciplinata in dettaglio nell'allegato 4.

## 12. Qualifiche minime del personale

Nell'ottica della garanzia della qualità, i criteri di cui all'art. 51 lett. c OAMal che il personale specializzato deve soddisfare sono descritti negli allegati 3a e b.

- a) Alle prestazioni di cura ambulatoriali di cui alla cifra 4.5 della presente convenzione si applica l'allegato 3a).
- b) Alle prestazioni di cura ambulatoriali di cui alla cifra 4.6 della presente convenzione si applica l'allegato 3b).

## 13. Validità delle versioni linguistiche

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

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

- 14.1 La presente convenzione entra in vigore in data 01.04.2021 e ha validità indeterminata.
- 14.2 La convenzione può essere disdetta da ciascuna parte contraente con un termine di disdetta di 12 mesi alla fine di ogni anno civile, la prima volta il 31.12.2022.

#### **15. Allegati alla convenzione**

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

**Allegato 1:** Assicuratori aderenti

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

**Allegato 3:** Personale specializzato

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

**Allegato 5:** Remunerazione di mezzi e apparecchi

#### **16. 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.

#### **17. Clausola liberatoria**

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

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

- 18.1 Di principio, le controversie tra assicuratori e fornitori di prestazioni devono essere risolte direttamente dagli interessati.
- 18.2 Nei singoli casi gravi o qualora si accumulino problematiche simili, le parti contraenti possono essere coinvolte per giungere a una soluzione.
- 18.3 Trova applicazione il diritto svizzero.
- 18.4 La procedura in caso di controversie si basa sull'art. 89 LAMal.

#### **19. Disposizioni finali**

La presente convenzione è redatta e firmata in triplice copia. A ciascuna delle parti contraenti è consegnata una copia della convenzione.

#### **20. Disposizioni transitorie**

Il presente contratto ha pienamente effetto per i fornitori di prestazioni che hanno aderito alla precedente convenzione amministrativa con la CSS. I fornitori di prestazioni che non lo desiderano, devono comunicare il loro recesso in forma scritta a Spitex Svizzera o all'ASPS entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente nuova convenzione.



Berna, il .....

**Spitex Svizzera**

.....  
Thomas Heiniger  
Presidente

.....  
Marianne Pfister  
Amministratrice

Berna, il .....

**Association Spitex privée Suisse (ASPS)**

.....  
Pirmin Bischof  
Presidente

.....  
Marcel Durst  
Direttore

Lucerna, il.....

**CSS Assicurazione malattie SA**

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

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

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

## **Allegato 1 – Assicuratori affiliati**

---

I seguenti assicuratori aderiscono al contratto:

**CSS Assicurazione malattie SA**

Tribschenstrasse 21  
6005 Lucerna

compresi i seguenti assicuratori LAMal del Gruppo CSS:

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

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

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

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

---

2a: Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni

- Elenco delle prestazioni di cui all'art. 7 cpv. 2 OPre (esempio)
- Foglio di pianificazione delle prestazioni interRAI (esempio)

2b: Formulario di segnalazione dei bisogni per strutture diurne o notturne di cui all'art. 4 cpv. 6 della presente convenzione

## Allegato 2a: Elenco delle prestazioni di cui all'art. 7 cpv. 2 OPre (esempio)

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

<b>Numero</b> =	Numero di prestazioni
<b>Frequenza</b> =	Unità:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>g2, g3...g7</b> = 2,3...7 giorni a settimana</li> <li>• <b>s</b> = settimanalmente</li> <li>• <b>m</b> = mensilmente    <b>a</b> = annualmente</li> <li>• <b>u</b> = una tantum</li> </ul>

### Esempi

<b>Test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina 2 volte al giorno per 7 giorni a settimana</b>	=	Numero 2	Frequenza g 7
<b>Assistenza per bagni medicinali 2 volte a settimana</b>		2	s

<b>Selezionare se la prestazione OPre è prevista</b>	<b>Descrizione dettagliata prestazione (giusta l'art. 7 cpv. 2)</b>	<b>Numero: quante volte deve essere erogata la prestazione</b>	<b>Frequenza: unità della prestazione pianificata</b>
	Valutazione dei 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.		
	Cure 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 di 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.		

## Allegato 2a: Foglio di pianificazione delle prestazioni interRAI HCSvizzera (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/>.

Müller	Doris
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
	10104Igiene parziale al lavandino (incl. igiene intima)							c
	10115Calze compressive/bendaggio compressivo							c
	10601Preparazione dei medicinali							b
	10702Medicazione media							b
	10902Rivalutazione							a
	10904Pianificazione delle cure nel quadro della valutazione dei bisogni (per la prima volta)							a
	10906Determinazione e valutazione dei bisogni di cure							a
	10907Consulto con il medico / SACD per la valutazione dei							a
	10909Istruzione per la cura/consulenza all'utente o ai famigliari							a
	20012Pulizia settimanale appartamento di 4 locali							No
	20014Pulire cucina/bagno							

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

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

Descrivere nella colonna 2 le prestazioni 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>Adattamento a causa registrazione doppia del tempo per prestazioni erogate simultaneamente</b>					
Totale					

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

## Allegato 2b: Prescrizione del medico / Formulario di segnalazione dei bisogni per strutture diurne o notturne (esempio)

### Übergangsformular – Version 1

#### 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  Unfall  .....

Hilflosenentschädigung:  keine  leicht  mittel  schwer  nicht bekannt

Dauer (Art. 8 KLV) gültig für:  3 Monate  6 Monate von ..... bis .....

Sind weitere Leistungserbringer involviert  ja  nein  nicht bekannt

wenn ja, 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):								
<b>Total Minuten</b>								
<b>Stufe gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV</b>								

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 Pflegenden über den Aufenthalt.

## Allegato 3 – Personale specializzato

a) Prestazioni di cura ambulatoriali giusta la cifra 4.5				
	Formazione / denominazione professionale	Valutazione, consigli e coordinamento	Cure di base	Esami e cure
Livello terziario	<b>Infermiera/e SUP / SSS</b>  (diplomi vecchio ordinamento: cure generali, domicilio, psichiatria, igiene materna e pediatria, Inf. livello I, Inf. livello II, Inf. dipl.)	Sì	Sì	Sì
	<b>Assistente specializzata/o in cure di lunga durata e di accompagnamento APF (esame professionale)</b>	No	Sì	Sì
Livello secondario II	<b>Operatrice/tore sociosanitaria/o AFC</b>  (diplomi vecchio ordinamento: PKP (APF CRS; Aiuto familiare AFC o con diploma, con modulo supplementare Cure di trattamento)	No	Sì	Sì <sup>1)</sup>
	<b>Operatrice/tore socioassistenziale AFC, indirizzo anziani o persone con disabilità</b>  (diplomi vecchio ordinamento: assistente geriatrica/o CDAS)	No	Sì	Sì <sup>1)</sup> , solo con modulo supplementare Cure di trattamento
	<b>Assistente di studio medico AFC</b>	No	Limitatamente all'aiuto	Sì <sup>1)</sup>
	<b>Addetta/o alle cure sociosanitarie CPF</b>	No	Nessuna cura di base completa con case management	Assistenza all'assunzione di medicinali <sup>1)</sup>
Al di fuori del sistema di formazione	<b>Assistente di cura</b>	No	Nessuna cura di base completa con case management	No
	<b>Ausiliaria/o sanitaria/o<sup>2)</sup></b>	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 lavorano sotto la sorveglianza, le istruzioni e la responsabilità di un diplomato di livello terziario. Vanno osservate eventuali regole diverse nei singoli cantoni.		
b) Prestazioni di cura ambulatoriali giusta la cifra 4.6				
Nelle strutture diurne e notturne, la responsabilità complessiva spetta a un infermiere diplomato; quest'ultimo o una sostituzione adeguata è presente.				

## **Allegato 4 – Convenzione sui controlli degli assicuratori malattie**

---

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

Se dalla verifica dell'assicuratore risulta che nelle prestazioni fatturate non sono stati rispettati i criteri EAE e gli assicuratori sono in grado di fornire una motivazione specialistica, le prestazioni da fornire devono essere modificate.

La modifica deve avvenire:

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

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

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

Gli assicuratori effettuano i seguenti controlli:

#### **1.1 Verifica della documentazione presentata dalla Spitex giusta le cifre 7.2.2 e 7.2.5 del contratto**

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

- segnalazione dei bisogni giusta la cifra 7.2 del contratto
- fattura giusta la cifra 9.1 del contratto
- Quale allegato alla definizione dei bisogni: lista delle prestazioni giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre o foglio di pianificazione delle prestazioni secondo interRAI (giusta la cifra 7.2.5 del contratto)

#### **1.2 Verifica della documentazione richiesta dall'assicuratore e inoltrata dalla Spitex 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 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.).

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, d'intesa reciproca, si può derogare da questo termine.

2.2 In considerazione dell'art. 42 cpv. 5 LAMal, nonché del principio di proporzionalità, il fornitore di prestazioni prepara nei locali aziendali tutte le informazioni rilevanti relative agli incarti richiesti affinché la persona incaricata del controllo da parte dell'assicuratore le possa



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

## **Allegato 5 - Remunerazione di mezzi e apparecchi**

---

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

1.1 L'oggetto del presente allegato è la dispensazione e la fatturazione di mezzi e apparecchi di cui all'allegato 2 OPre dei capitoli

03.04 Materiale per terapia mediante perfusione

03.05 Apparecchi per iniezione

15 Mezzi ausiliari per l'incontinenza

17 Mezzi per la terapia compressiva

21.03 Diagnostica in vitro; reagenti e materiale di consumo per analisi ematiche

29 Articoli per stomia

35 Materiale di medicazione

99 Diversi

da parte delle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio secondo i requisiti legali e giuridici.

1.2 A condizione che il fornitore di prestazioni adempia alle premesse di art. 55 OAMal, nell'ambito della sua attività esso viene riconosciuto quale centro di consegna per i capitoli elencati alla cifra 1.1 del presente allegato. All'occorrenza, la CSS ha il diritto di richiedere a un fornitore di prestazioni una copia della relativa autorizzazione.

1.3 La consegna di mezzi e apparecchi da altri capitoli è esclusa e all'occorrenza deve essere regolamentata con la CSS tramite un contratto di consegna di mezzi e apparecchi separato.

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

2.1 Mezzi e apparecchi prescritti dal medico di cui alla cifra 1.1 del presente allegato possono essere fatturati al massimo con l'importo massimo rimborsabile figurante nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi e nel rispetto dell'art. 56 LAMal e dell'Ordinanza concernente l'integrità e la trasparenza nel settore degli agenti terapeutici (OITAT).

2.2 A titolo di disposizione transitoria (fino all'entrata in vigore delle nuove disposizioni di legge EMAP), le parti contraenti convengono di attenersi alla regolamentazione preesistente giusta l'art. 8 cpv. 5 del contratto amministrativo valevole dal 01.01.2017 (IP-200.600).

2.3 La fatturazione avviene in modo dettagliato, con specificazione del numero di posizione EMAP e del calendario. Alla prima fattura deve essere tassativamente allegata la prescrizione medica.

2.4 All'occorrenza, la CSS può richiedere una fattura originale della fase del commercio precedente per verificare il rispetto della cifra 2.1 del presente allegato.