

Convenzione amministrativa

tra

Spitex Svizzera
Effingerstrasse 33
3008 Berna

Association Spitex privée Suisse (ASPS)
Uferweg 15
3013 Berna

di seguito denominate **«associazioni»**

e

Comunità di acquisti HSK SA
Zürichstrasse 130
8600 Dübendorf

di seguito denominata **«HSK»**

(**Indirizzo postale:** Comunità di acquisti HSK SA, Casella postale, 8081 Zurigo)

– collettivamente denominate **«parti contraenti»** –

concernente

la remunerazione delle prestazioni obbligatorie LAMal fornite nell'ambito di cure medico-sanitarie ambulatoriali da parte di organizzazioni di cura e d'aiuto a domicilio.

Valida dal 01.01.2025

Indice

Art. 1	Parti contraenti.....	4
Art. 2	Adesione e recesso dalla convenzione da parte degli assicuratori	4
Art. 3	Adesione e recesso dalla convenzione da parte dei fornitori di prestazioni.....	4
Art. 4	Campo di applicazione ed entità delle prestazioni	5
Art. 5	Obblighi del fornitore di prestazioni e degli assicuratori	5
Art. 5.1	Obblighi del fornitore di prestazioni	5
Art. 5.2	Obblighi degli assicuratori	6
Art. 6	Condizioni per le prestazioni.....	6
Art. 7	Prescrizione del medico, valutazione, segnalazione e modifica dei bisogni.....	6
Art. 7.1	Prescrizione del medico, valutazione dei bisogni.....	6
Art. 7.2	Segnalazione dei bisogni agli assicuratori.....	7
Art. 7.3	Variazione del bisogno di cure	8
Art. 8	Remunerazione delle prestazioni incl. mezzi e apparecchi	8
Art. 9	Fatturazione e modalità di pagamento.....	9
Art. 9.1	Fatturazione.....	9
Art. 9.2	Modalità di pagamento	10
Art. 10	Scambio elettronico dei dati (EDI)	10
Art. 11	Economicità e garanzia della qualità, esecuzione dei controlli	10
Art. 12	Qualifiche minime del personale.....	10
Art. 13	Validità delle versioni linguistiche.....	11
Art. 14	Inizio, durata e disdetta della convenzione.....	11
Art. 15	Allegati alla convenzione.....	11
Art. 16	Riserva della forma scritta	11
Art. 17	Clausola liberatoria.....	12
Art. 18	Diritto applicabile / Istanza di conciliazione	12
Art. 19	Disposizioni finali	12
Art. 20	Disposizioni transitorie	12
Anhang 1	- Assicuratori aderenti	14
Anhang 2	- Formulario di segnalazione dei bisogni / Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni	15

Anhang 3 - Personale specializzato	19
Anhang 4 - Accordo sui controlli degli assicuratori	20
Anhang 5 - Remunerazione di mezzi e apparecchi	22
Anhang 6 - Congiunti curanti.....	23

Art. 1 Parti contraenti

Parti della presente convenzione sono Spitex Svizzera e l'Association Spitex Privée Suisse (ASPS), di seguito denominate «associazioni», nonché la Comunità di acquisti HSK SA, di seguito denominata «HSK».

Art. 2 Adesione e recesso dalla convenzione da parte degli assicuratori

- 1 La presente convenzione si applica a tutti gli assicuratori partecipanti alla Comunità di acquisti HSK nella misura in cui entro 14 giorni dopo la sottoscrizione della convenzione non comunichino per iscritto ad HSK di non volervi aderire.
- 2 Gli assicuratori aderenti alla presente convenzione figurano nell'allegato 1. In caso di modifiche, HSK informa le associazioni e tutti gli assicuratori aderenti.
- 3 Gli assicuratori che non hanno aderito ad HSK possono aderire alla presente convenzione mediante dichiarazione scritta ad HSK. Essi devono corrispondere una quota di adesione e un contributo annuale alle spese. I dettagli sono disciplinati al di fuori della presente convenzione.
- 4 Gli assicuratori aderenti alla presente convenzione, di seguito denominati «assicuratori», accettano senza riserve tutte le disposizioni della medesima, inclusi i relativi allegati.
- 5 Singoli assicuratori possono recedere dalla convenzione nel rispetto di un termine di sei mesi rispettivamente al 31.12., per la prima volta in data 31.12.2025. La dichiarazione di recesso deve essere inoltrata ad HSK per iscritto entro il termine previsto. La convenzione resta integralmente applicabile per gli altri assicuratori.

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

- 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.
- 2 La procedura di adesione è avviata dalle associazioni dopo che la presente convenzione amministrativa è stata firmata in ogni sua parte. Si applicano le disposizioni della Legge sull'assicurazione malattie. L'ulteriore regolamentazione di adesioni e recessi è di esclusiva competenza delle associazioni. HSK non si assume alcun compito o responsabilità in merito.
- 3 Qualora necessario, HSK ha il diritto di richiedere a Spitex Svizzera o ASPS una copia del modulo di adesione di un fornitore di prestazioni.
- 4 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.
- 5 I fornitori di prestazioni che hanno aderito accettano senza riserve tutte le disposizioni della presente convenzione e dei suoi allegati.

- 6 Le associazioni fanno pervenire ad HSK tramite e-mail: mail@ecc-hsk.info la lista aggiornata delle adesioni. Esse informano HSK in merito a qualsiasi modifica, in ogni caso almeno con cadenza semestrale. Ai fornitori di prestazioni che hanno aderito alla precedente convenzione amministrativa con HSK entro il 31.03.2024 si applica la disposizione transitoria di cui all'art. 20 della presente convenzione.
- 7 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 HSK. La convenzione resta integralmente applicabile per tutte le parti contraenti restanti e i fornitori di prestazioni.

Art. 4 Campo di applicazione ed entità delle prestazioni

- 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.
- 2 La convenzione vale per gli assicurati aventi diritto a prestazioni che dispongono di un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) presso un assicuratore secondo l'allegato 1.
- 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. La presente convenzione si applica a entrambe le suddette forme di prestazioni di cura ambulatoriali. Vi è una differenza nella remunerazione (v. art. 8 della presente convenzione).
- 4 I fornitori di prestazioni necessitano di un numero RCC separato per cure e assistenza di lunga durata (tipo tariffa 532), cure acute e transitorie (tipo tariffa 966) nonché strutture diurne o notturne (tipo tariffa 963).
- 5 La grande maggioranza delle prestazioni di cura ambulatoriali viene fornita al domicilio del paziente in maniera puntuale. La remunerazione è disciplinata dall'art. 7a cpv. 1 OPre.
- 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.

Art. 5 Obblighi del fornitore di prestazioni e degli assicuratori

Art. 5.1 Obblighi del fornitore di prestazioni

- 1 In tutta la corrispondenza che intercorre tra il fornitore di prestazioni e i singoli assicuratori occorre indicare:

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

Art. 5.2 Obblighi degli assicuratori

- 1 La disposizione di cui all'art. 5.1 cpv. 1 si applica anche all'assicuratore.
- 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.

Art. 6 Condizioni per le prestazioni

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, da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio che soddisfano le condizioni di cui all'art. 51 OAMal.

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

Art. 7.1 Prescrizione del medico, valutazione dei bisogni

- 1 Se vengono erogate prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2, lett. b, OPre, è necessario un mandato medico o una prescrizione medica ai sensi dell'art. 8 OPre. Le prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 lett. A e/o c OPre possono essere erogate anche senza mandato o prescrizione medica. Inoltre, occorre tenere conto dell'art. 8° cpv. 8 OPre.
- 2 La fruizione delle prestazioni di cura secondo l'art. 7 cpv. 2 OPre richiede sempre una valutazione dei bisogni secondo l'art. 8° OPre
- 3 La valutazione dei bisogni secondo l'art. 8a OPre viene effettuata da un infermiere qualificato. I fornitori di prestazioni possono scegliere quale strumento riconosciuto utilizzare per la valutazione dei bisogni.
- 4 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).
- 5 Il risultato va annotato in un formulario di segnalazione dei bisogni (v. esempi all'allegato 2a e b).

- 6 La valutazione dei bisogni viene svolta sul paziente all'inizio della prestazione e si deve concludere al più tardi entro 14 giorni civili dall'inizio dell'intervento. Il risultato della valutazione dei bisogni di cui a capoverso 3 deve essere immediatamente trasmesso per conoscenza al medico curante.
- 7 In caso di intervento contemporaneo presso un paziente, i fornitori di prestazioni devono coordinare i loro servizi e concordare il budget orario.

Art. 7.2 Segnalazione dei bisogni agli assicuratori

- 1 La segnalazione dei bisogni indica il bisogno previsto di prestazioni di cura. Le prestazioni di cura vengono pianificate sulla base del «Catalogo delle prestazioni Spitex», in cui sono descritte e specificate le prestazioni di cui all'art. 7 cpv. 2 OPre (sito web Spitex Schweiz disponibile in tedesco e francese: alla voce Grundlagen / Qualität / Instrumente Qualität: <https://www.spitex.ch/Grundlagen/Qualitaet/Instrumente-Qualitaet/PouRP/>). 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 dell'art. 7.3 della presente convenzione.
- 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 dalla sottoscrizione (per prestazioni OPre-B) da parte del medico curante e dalla 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.
- 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.
- 4 Se l'assicuratore non si oppone entro 15 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 4.
- 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, se disponibile, numero GLN del fornitore di prestazioni;
 - e) numero RCC e, se disponibile, numero GLN del medico curante;
 - f) grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi lieve/medio/elevato), se noto;
 - g) inizio e durata della segnalazione dei bisogni;

In aggiunta, per prestazioni di cura ambulatoriali di cui all'art. 4 cpv. 5 della presente convenzione:

- h) 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;
- i) quale informazione supplementare per la segnalazione dei bisogni, va allegato un elenco delle prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 OPre ai sensi del Catalogo delle prestazioni Spitex (il cosiddetto foglio di pianificazione delle prestazioni) 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 all'art. 4 cpv. 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.

Art. 7.3 Variazione del bisogno di cure

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

Art. 8 Remunerazione delle prestazioni incl. mezzi e apparecchi

- 1 Gli assicuratori erogano contributi di cui all'art. 7a OPre per i costi delle misure di accertamento, consulenza e coordinamento, esame e trattamento nonché cure di base.
- 2 Il fornitore di prestazioni conteggia le prestazioni di cura effettivamente fornite tenendo conto dell'art. 7.3 della presente convenzione.
- 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 all'art. 4 cpv. 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 l'art. 4 cpv. 6 della presente convenzione per misure di cura giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre.
- 4 Il fornitore di prestazioni non può conteggiare prestazioni giusta l'art. 7 OPre mentre il/la 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 o in una casa di cura 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/la paziente riceve prestazioni ambulatoriali di cure acute e transitorie.

- 5 La modalità di fatturazione dei mezzi e apparecchi prescritti dal medico è disciplinata nell'allegato 5.
- 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.).

Art. 9 Fatturazione e modalità di pagamento

Art. 9.1 Fatturazione

- 1 La fatturazione avviene mensilmente e in modalità elettronica secondo gli standard aggiornati e le direttive del Forum Datenaustausch.
- 2 Se, in deroga al capoverso 1, il singolo fornitore di prestazioni non è in grado di effettuare lo scambio elettronico dei dati, i modelli di fattura e gli altri documenti vanno trasmessi in formato cartaceo (fattura secondo lo standard del Forum Datenaustausch).
- 3 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 curante (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);
 - g) per l'EMAp: tariffa 454, numero completo della posizione EMap e quantità, al massimo l'importo massimo rimborsabile cure secondo l'EMAp, per ciascun prodotto.

In aggiunta, per prestazioni di cura ambulatoriali di cui all'art. 4 cpv. 5 della presente convenzione:

- h) 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 all'art. 4 cpv. 6 della presente convenzione:

- i) calendario con il relativo grado di contributo.

Art. 9.2 Modalità di pagamento

- 1 Le parti contraenti convengono che l'assicuratore è il debitore della remunerazione giusta l'art. 7a OPre (sistema del terzo pagante).
- 2 In deroga al capoverso 1, 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, nel rispetto di un termine di preavviso di 6 mesi. Non è ammesso un cambio per singoli pazienti.
- 3 L'assicuratore remunera solo le fatture conformi alla presente convenzione e alla legge.
- 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 AOMS.
- 5 L'assicuratore corrisponde al fornitore di prestazioni il rimborso dovuto entro 30 giorni.
- 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.
- 7 In caso di contestazioni motivate i termini di pagamento vengono interrotti ai sensi dell'art. 9.2 cpv. 5. L'assicuratore rimane debitore della parte non contestata.

Art. 10 Scambio elettronico dei dati (EDI)

Le parti contraenti intendono promuovere ulteriormente lo scambio elettronico dei dati tra fornitori di prestazioni e assicuratori.

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

- 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.
- 2 Gli assicuratori hanno il mandato legale di verificare l'obbligo e l'economicità (EAE) delle prestazioni fatturate. La procedura di verifica dei criteri EAE nell'ambito dell'art. 32 LAMal è pattuita e disciplinata in dettaglio nell'allegato 4.
- 3 L'applicazione dei controlli di economicità ai sensi dell'art. 56 LAMal non è oggetto della presente convenzione.

Art. 12 Qualifiche minime del personale

I criteri di cui all'art. 51 lett. c OAMal che il personale deve soddisfare sono descritti negli allegati 3a, 3b e 6.

- a) Alle prestazioni di cura ambulatoriali di cui all'art. 4 cpv. 5 della presente convenzione si applica l'allegato 3a).
- b) Alle prestazioni di cura ambulatoriali di cui all'art. 4 cpv. 6 della presente convenzione si applica l'allegato 3b).
- c) Alle prestazioni di cura ambulatoriali fornite da familiari curanti assunti dal fornitore di prestazioni si applica l'allegato 6.

Art. 13 Validità delle versioni linguistiche

La presente convenzione è redatta e sottoscritta in lingua tedesca. La convenzione viene tradotta. In caso d'incongruenze fa esaurivamente fede la versione in lingua tedesca.

Art. 14 Inizio, durata e disdetta della convenzione

- 1 La presente convenzione entra in vigore in data 01.01.2025 e ha validità indeterminata.
- 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 31.12.2026
- 3 La presente convenzione sostituisce tutte le convenzioni risp. gli accordi con lo stesso oggetto di regolamentazione per i fornitori di prestazioni, gli assicuratori e le associazioni che sottostanno alla presente convenzione e HSK. Ciò riguarda anche le convenzioni / gli accordi convenuti con eventuali organizzazioni precedenti.

Art. 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: Mezzi e apparecchi

Allegato 6: Familiari curanti

Art. 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.

Art. 17 Clausola liberatoria

Qualora una o più disposizioni della presente convenzione dovessero essere o diventare inefficaci, non valide o nulle, ciò non inficia la validità delle altre disposizioni. Eventuali disposizioni inefficaci, non valide o nulle devono essere sostituite da disposizioni che corrispondano il più possibile al senso e allo scopo economico di quanto inteso dalle parti contraenti. Se una modifica rientra nell'ambito di controllo relativo all'art. 46 cpv. 4 LAMal, è fatta salva l'approvazione costitutiva da parte dal governo cantonale competente.

Art. 18 Diritto applicabile / Istanza di conciliazione

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

Art. 19 Disposizioni finali

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

Art. 20 Disposizioni transitorie

La presente convenzione ha pienamente effetto per i fornitori di prestazioni che hanno aderito alla precedente convenzione amministrativa con HSK. 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.

Per **Spitex Svizzera:**

Berna,

.....

Thomas Heiniger
Presidente

.....

Cornelis Kooijman
Co-amministratore

Per l'**Association Spitex Privée Suisse (ASPS):**

Berna,

.....

Pirmin Bischof
Presidente

.....

Marcel Durst
Direttore

Per la **Comunità di acquisti HSK SA:**

Dübendorf,

.....

Eliane Kreuzer
Amministratrice

.....

Manuela Schär
Responsabile delle trattative/Manager tariffale Cura

Allegato 1 - Assicuratori aderenti

(Al 1.1.2025)

I seguenti assicuratori aderiscono al contratto:

- **Helsana Assicurazioni SA**
- **Sanitas Assicurazioni base SA**
- **KPT Cassa malati SA**

Allegato 2 - Formulario di segnalazione dei bisogni / Appendici al formulario di segnalazione dei biso- gni

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 (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 _____

Numero	=	Numero di prestazioni	
Frequenza	=	Unità: g2, g3....g7 = 2,3...7 giorni a settimana s = settimanalmente m = mensilmente a = annualmente u = una tantum	
Esempi			
Test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina 2 volte al giorno per 7 giorni a setti-	=	Numero	Frequenza
		2	g7
Assistenza per bagni medicinali 2 volte a settimana		2	s
Selezionare se la prestazione è prevista	Descrizione dettagliata prestazione (giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre)		Numero: con che frequenza deve essere fornita la pre-
			stazione prevista
	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 (esempio)

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							a
10907	Consulto con il medico / SADC per la valuta-							a
10909	Istruzione per la cura/consulenza all'utente o ai							a
20012	Pulizia settimanale appartamento di 4 locali							No
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 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					
Intero periodo della prescrizione (da/a)					
Adeguamento a seguito di doppio rilevamento del tempo per prestazioni fornite in simultanea					
Totale					

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

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

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																																											
					<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Pflegetätigkeiten</th> <th rowspan="2">Total Minuten pro Tag</th> <th rowspan="2">Bemerkungen</th> </tr> <tr> <th>einmal</th> <th>mehrmals</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sich bewegen / Mobilität</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Essen und trinken</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sich waschen und kleiden</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ausscheiden</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Andere Leistungen (beschreiben):</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total Minuten</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Stufe gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV</td> </tr> </tbody> </table>	Pflegetätigkeiten		Total Minuten pro Tag	Bemerkungen	einmal	mehrmals	Sich bewegen / Mobilität				Essen und trinken				Sich waschen und kleiden				Ausscheiden				Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV				Andere Leistungen (beschreiben):				Total Minuten				Stufe gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV			
Pflegetätigkeiten		Total Minuten pro Tag	Bemerkungen																																								
einmal	mehrmals																																										
Sich bewegen / Mobilität																																											
Essen und trinken																																											
Sich waschen und kleiden																																											
Ausscheiden																																											
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV																																											
Andere Leistungen (beschreiben):																																											
Total Minuten																																											
Stufe gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV																																											

Aufenthaltstage in der Tages- / Nachtstätte	pro Woche	pro Monat
Dauer pro Aufenthaltstag von bis Uhr		
Dauer pro Aufenthaltstag von bis Uhr		

Besonderes:
Name der Organisation: Ärztin/Arzt:
ZSR Nummer: ZSR Nummer:
Datum: Datum:
Unterschrift: Unterschrift:

Das Bedarfsmeldeformular muss spätestens 14 Kalendertage nach Pflegebeginn zusammen mit der Ärztin/dem Arzt ausgefüllt werden. Die Tagesstätte sendet das vollständige Original an den Versicherer und informiert involvierte Spitex-Organisationen oder selbstständig Pflegende über den Aufenthalt.

Allegato 3 - Personale specializzato

a) Prestazioni di cura ambulatoriali giusta l'art. 4 cpv. 5				
	Formazione / denominazione professionale	Valutazione, consigli e coordinamento	Cure di base	Esami e cure
Livello terziario	Infermiera/e SUP / SSS (diplomi vecchio ordinamento: cure generali, domicilio, psichiatria, igiene materna e pediatria, Inf. livello I, Inf. livello II, Inf. dipl.)	Sì	Sì	Sì
	Assistente specializzata/o in cure di lunga durata e di accompagnamento APF (esame professionale)	No	Sì	Sì
Livello secondario II	Operatrice/tore sociosanitaria/o AFC (diplomi vecchio ordinamento: PKP (APF CRS; Aiuto familiare AFC o con diploma, con modulo supplementare Cure di trattamento))	No	Sì	Sì ¹⁾
	Operatrice/tore socioassistenziale AFC, indirizzo anziani o persone con disabilità (diplomi vecchio ordinamento: assistente geriatrica/o CDAS)	No	Sì	Sì ¹⁾ , solo con modulo supplementare Cure di trattamento
	Assistente di studio medico AFC	No	Limitatamente all'aiuto	Sì ¹⁾
	Addetta/o alle cure sociosanitarie CPF	No	Nessuna cura di base completa con case management	Assistenza all'assunzione di medicinali ¹⁾
Al di fuori del sistema di formazione	Assistente di cura	No	Nessuna cura di base completa con case management	No
	Ausiliaria/o sanitaria/o²⁾	No	Nessuna cura di base completa con case management	No
¹⁾ Conformemente alle disposizioni in materia di formazione e all'esperienza professionale ²⁾ 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 l'art. 4 cpv. 6				
Nelle strutture diurne e notturne, la responsabilità complessiva è in capo a un infermiere diplomato; quest'ultimo o una sostituzione adeguata è presente.				

Allegato 4 - Accordo sui controlli degli assicuratori

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:

- le prestazioni secondo Opre non sono comprovate
- è comprovato che si tratta di prestazioni non obbligatorie (economia domestica, assistenza ecc.)
- vengono fatturate prestazioni di cura secondo il foglio di pianificazione delle prestazioni come standard e come forfait e non come secondo i minuti forniti ai sensi dell'art. 9.1, cpv. 3, lett. h della presente convenzione
- non viene rispettata la qualifica del personale impiegato ai sensi degli allegati 3 e 6 della presente convenzione

e se 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 (v. punto 1 del presente 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 (v. artt. 2 e 3 del presente allegato): il giorno del controllo.

Se la verifica risulta che non è stata violata alcuna delle disposizioni sopra menzionata, non è ammessa una riduzione retroattiva.

1. Verifica presso l'assicuratore

Gli assicuratori effettuano i seguenti controlli:

1.1 Verifica della documentazione presentata dalla Spitex giusta l'art. 7.2 cpv. 2 e 5

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

- segnalazione dei bisogni giusta l'art. 7.2;
- fattura giusta l'art. 9.1;
- quale allegato alla definizione dei bisogni: lista delle prestazioni giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre o foglio di pianificazione delle prestazioni (giusta l'art. 7.2 cpv. 5).

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 sforzano di 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.

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 fatturazione di mezzi e apparecchi di cui all'allegato 2 OPre da parte delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio secondo i requisiti legali e giuridici.

2. Remunerazione di mezzi e apparecchi

- 2.1 Le organizzazioni Spitex che forniscono prestazioni di cura alla persona assicurata fatturano il prezzo effettivo dei mezzi e degli apparecchi prescritti dal medico, entro l'«importo massimo rimborsabile cure» ai sensi della tariffa 454 e nel rispetto dell'articolo 56 LAMal.
- 2.2 Le organizzazioni Spitex possono fungere da centro di consegna per mezzi e apparecchi se soddisfano i requisiti per i centri di consegna di cui all'art. 55 OAMal, hanno un numero RCC separato per il centro di consegna e **non** forniscono prestazioni di cura alla persona assicurata. In questo caso, fatturano i mezzi e gli apparecchi per l'IMR utilizzazione propria. Le prestazioni devono essere tassativamente fatturate con il numero RCC separato.
- 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, l'assicuratore può richiedere una fattura originale della fase del commercio precedente per verificare il rispetto dell'art. 2.1.

Allegato 6 - Congiunti curanti

Per le organizzazioni Spitex che desiderano assumere familiari curanti vigono le seguenti disposizioni supplementari.

1. Congiunti curanti

- 1.1 Per congiunti curanti si intendono le persone in linea ascendente o decrescente rispetto alla persona che deve essere assistita, tutti i parenti collaterali (fratelli e sorelle, coniugi) e le persone che non sono parenti ma che fanno parte della cerchia ristretta dei conoscenti. Non è determinante il grado di parentela del familiare che presta le cure, bensì piuttosto il sostegno regolare e sostanziale nonché la responsabilità e l'impegno nei confronti della persona da assistere.
- 1.2 Le prestazioni di congiunti curanti vengono remunerate solo in presenza di un contratto di lavoro (art. 319 segg. CO) tra il fornitore di prestazioni e la persona addetta alle cure (congiunto che presta cure).
- 1.3 Qualora i congiunti curanti ai sensi della cifra 1.1 non soddisfino in modo comprovato le condizioni di autorizzazione per il personale infermieristico ai sensi dell'art. 49 OAMal oppure abbiano frequentato un'altra formazione professionale nell'ambito delle cure e dell'assistenza medica ai sensi dell'allegato Personale specialistico, essi possono effettuare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie esclusivamente cure di base ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lettera c cifra 1 OPre.
- 1.4 Devono essere rispettate le prescrizioni applicabili del diritto del lavoro federale e cantonale. Occorre in particolare accertarsi che i congiunti curanti siano fisicamente e mentalmente in grado di garantire le prestazioni di assistenza sanitaria in termini quantitativi e qualitativi.

2. Istruzione e sorveglianza dei congiunti curanti

- 2.1 L'istruzione e l'accompagnamento specialistico da parte di congiunti che non hanno una formazione professionale infermieristica devono aver luogo costantemente. Inizialmente vengono istruiti in modo completo dall'infermiere responsabile del caso.
- 2.2 I congiunti curanti vengono istruiti su come fornire e documentare le prestazioni sanitarie. In particolare, viene loro segnalato che devono notificare immediatamente all'infermiere responsabile del caso una deroga dalle misure di cura previste o un cambiamento essenziale della situazione di cura.
- 2.3 I congiunti curanti sono sorvegliati periodicamente da un infermiere ed eventualmente accompagnati a titolo integrativo. La cadenza del monitoraggio si basa sulla situazione di cura. In ogni caso si deve avere un contatto telefonico ogni due settimane e la visita sul posto di un infermiere deve avvenire almeno una volta al mese.

3. Formazione per i congiunti curanti

- 3.1 L'organizzazione Spitex è responsabile affinché i congiunti curanti possano acquisire le conoscenze necessarie per fornire le prestazioni di cura. Come requisito minimo è necessario un corso di assistenza sanitaria (ai sensi dell'allegato personale specializzato) o un'altra formazione equivalente. La rispettiva formazione deve essere effettuata entro un anno dall'inizio dell'impiego.
- 3.2 Se necessario, l'organizzazione Spitex aiuta i congiunti che prestano cure a svolgere ulteriori formazioni e perfezionamenti specifici.