

---

## Contratto amministrativo

tra

**Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio**  
**Effingerstrasse 33**  
**3008 Berna**

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

di seguito denominate «**associazioni**»

e

**Cooperativa di acquisti HSK SA**  
**Zürichstrasse 130**  
**8600 Dübendorf**

di seguito denominata «**HSK**»

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

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

**Valido dal 1.4.2021**

## Indice

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

## Art. 1 Parti contraenti

Parti della presente convenzione sono l'Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio e l'Association Spitex Privée Suisse (ASPS), di seguito denominate «associazioni», nonché la Cooperativa 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 affiliati alla Cooperativa di acquisti HSK nella misura in cui entro 14 giorni dopo la sottoscrizione del contratto 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 al presente contratto 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 rispettando un termine di sei mesi rispettivamente al 31.12., per la prima volta in data 31.12.2022. 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 I fornitori di prestazioni possono aderire alla presente convenzione con una dichiarazione scritta nei confronti dell'Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio o ASPS. L'adesione alla convenzione è gratuita per i membri attivi di un'associazione cantonale Spitex e dell'ASPS.
- 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.
- 4 I fornitori di prestazioni che hanno aderito accettano senza riserve tutte le disposizioni della presente convenzione e dei suoi allegati.
- 5 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 31.03.2021 si applica la disposizione transitoria di cui all'art. 20 del presente contratto.
- 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 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. Il presente contratto 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 ognuna delle seguenti categorie: per cure e assistenza di lunga durata, cure acute e transitorie nonché strutture diurne o notturne.
- 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.
- 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 LPG) 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, 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.

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

### **Art. 7.1 Prescrizione del medico, valutazione dei bisogni**

- 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.
- 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).
- 3 Il risultato va annotato in un formulario di segnalazione dei bisogni (cfr. esempi all'allegato 2a e b).
- 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.
- 5 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. 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 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.
- 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 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 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 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 prescrivente (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 all'art. 4 cpv. 5 del presente contratto:

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

- k) stima dell'autonomia;
- l) 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, per diversi giorni, 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 valutazione, consulenza e coordinamento, esame e trattamento nonché cure di base.

- 2 Il fornitore di prestazioni contegge 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 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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) numero completo della posizione EMaP e quantità.

In aggiunta, per prestazioni di cura ambulatoriali di cui all'art. 4 cpv. 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 all'art. 4 cpv. 6 della presente convenzione:

- k) 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, rispettando 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 OAMaI devono essere conteggiate separatamente dalle prestazioni AOMS.
- 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.
- 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 relativa procedura è pattuita e disciplinata in dettaglio nell'allegato 4.

## Art. 12 Qualifiche minime del personale

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

- 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).

## Art. 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.

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

- 1 La presente convenzione entra in vigore in data 01.04.2021 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 31.12.2022.
- 3 Il presente contratto 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:** Remunerazione di mezzi e apparecchi

## **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**

Il presente contratto 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 all'Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio o all'ASPS entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente nuova convenzione.

Per l'**Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio:**

Berna, ....

.....

Thomas Heiniger  
Presidente

.....

Marianne Pfister  
Amministratrice

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

Berna, ....

.....

Pirmin Bischof  
Presidente

.....

Marcel Durst  
Direttore

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

Dübendorf, .....

.....

Eliane Kreuzer  
Amministratrice

.....

Manuela Schär  
Responsabile delle trattative

---

## Allegato 1 - Assicuratori aderenti

(Al 1.1.2021)

I seguenti assicuratori aderiscono al contratto:

### Gruppo Helsana:

- Helsana Assicurazioni SA
- Progrès Assicurazioni SA

### Gruppo Sanitas:

- Sanitas Assicurazioni base SA
- Compact Assicurazioni base SA

### KPT Cassa malati SA

---

## **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: g2, g3....g7 = 2,3...7 giorni a settimana <ul style="list-style-type: none"> <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 volte a settimana</b>		2	s
<b>Selezio- nare se la presta- zione è prevista</b>		<b>Descrizione dettagliata prestazione (giusta l'art. 7 cpv. 2 OPre)</b>	<b>Numero: con che frequenza deve essere for- nita la presta- zione</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 HC<sub>Svizzera</sub> (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							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					
<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

### Allegato 2b: Prescrizione del medico / Formulario di segnalazione dei bisogni per strutture diurne o notturne (esempio formulario transitorio – Versione 1)

Cognome .....

Assicuratore malattia .....



Nome .....  
Via .....  
NPA/Località .....

N. d'assicurato .....

In caso di prestazioni ai sensi LAINF, indicare assicuratore contro gli infortuni .....

Data di nascita .....

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  6 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. 7a cpv. 3 OPre</b>								

<b>Giorni di degenza nella struttura diurna/notturna</b>	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 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	<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.)	Si	Si	Si
	<b>Assistente specializzata/o in cure di lunga durata e di accompagnamento APF (esame professionale)</b>	No	Si	Si
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	Si	Si <sup>1)</sup>
	<b>Operatrice/tore socioassistenziale AFC, indirizzo anziani o persone con disabilità</b> (diplomi vecchio ordinamento: assistente geriatrica/o CDAS)	No	Si	Si <sup>1)</sup> , solo con modulo supplementare Cure di trattamento
	<b>Assistente di studio medico AFC</b>	No	Limitatamente all'aiuto	Si <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 si-	<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 l'art. 4 cpv. 6				
Nelle strutture diurne e notturne, la responsabilità complessiva spetta 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 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. punto 1), 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. artt. 2 e 3): 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 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 secondo interRAI (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 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.

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 da parte delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio secondo i requisiti legali e giuridici.
- 1.2 Nell'ambito della sua attività, il fornitore di prestazioni viene riconosciuto quale centro di consegna giusta l'art. 55 OAMal, con riserva delle disposizioni cantonali. All'occorrenza, l'assicuratore ha il diritto di richiedere a un fornitore di prestazioni una copia della relativa autorizzazione.

### 2. Remunerazione di mezzi e apparecchi

- 2.1 Mezzi e apparecchi prescritti dal medico 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. A titolo di disposizione transitoria, le parti contraenti convengono di attenersi alla prassi attualmente in vigore fino all'entrata in vigore delle nuove disposizioni di legge EMAP.
- 2.2 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.
- 2.3 All'occorrenza, l'assicuratore può richiedere una fattura originale della fase del commercio precedente per verificare il rispetto dell'art. 2.1.