



Contratto amministrativo AOMS

N° contratto: IP-210.354

(valevole dal 01.04.2023)

fra

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

qui di seguito denominata «**CSS**» o «**assicuratore**»

collettivamente denominate "**parti contraenti**"

concernente

la remunerazione 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)

Sommario

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

1. Parti contraenti

Le parti del presente contratto sono Spitex Svizzera e l'Association Spitex privée Suisse (ASPS), di seguito denominate «associazioni», nonché la CSS Assicurazione Malattie SA, qui di seguito denominata «CSS».

2. Adesione alla convenzione e recesso dalla stessa da parte dei fornitori di prestazioni

2.1 A questo contratto possono aderire tutti i fornitori di prestazioni, qui di seguito denominati «fornitori di prestazioni», che:

- soddisfano le condizioni secondo l'art. 51 OAMal;
- dispongono di un'autorizzazione secondo il diritto cantonale.

Se un fornitore di prestazioni è titolare di più di un numero RCC attivo (ad es. in cantoni diversi) deve aderire al contratto separatamente con ogni numero.

2.2 La procedura di adesione sarà avviata dalle associazioni dopo la firma completa del presente contratto amministrativo. Sono applicabili le disposizioni della legge sull'assicurazione malattie (LAMal). È esclusivamente di competenza delle associazioni disciplinare più dettagliatamente le adesioni e i recessi. La CSS non assume alcun compito e responsabilità a tale riguardo.

2.3 All'occorrenza, la CSS ha il diritto di richiedere a Spitex Svizzera e ASPS una copia del formulario di adesione di un fornitore di prestazioni.

2.4 I fornitori di prestazioni che non sono membri delle associazioni possono aderire al presente contratto. La procedura (ad es. quota di adesione ecc.) si basa sulle condizioni delle associazioni.

2.5 I fornitori di prestazioni che hanno aderito al presente contratto accettano senza riserve tutte le sue disposizioni, inclusi i relativi allegati.

2.6 Le associazioni fanno pervenire alla CSS l'elenco aggiornato delle adesioni tramite e-mail: tarifvertraege@css.ch. Informano la CSS in merito a qualsiasi modifica tempestivamente, in ogni caso almeno con cadenza semestrale. Ai fornitori di prestazioni che hanno aderito al precedente contratto amministrativo con la CSS entro il 31.04.2023 (n° contratto IP-206.299) si applica la disposizione transitoria di cui alla cifra 19 del presente contratto.

2.7 Singoli fornitori di prestazioni possono dichiarare il recesso dal contratto per la fine di un anno civile rispettando un termine di disdetta di 6 mesi. Non è possibile recedere da singole parti del contratto o da determinati allegati, I fornitori di prestazioni presentano per iscritto all'associazione la loro dichiarazione di recesso. L'associazione informa tempestivamente la CSS tramite e-mail: tarifvertraege@css.ch. Il contratto resta integralmente applicabile per tutte le parti contraenti e i fornitori di prestazioni restanti.

3. Campo di applicazione ed estensione delle prestazioni

3.1 Il presente contratto 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.

3.2 Vighe per le persone assicurate aventi diritto a prestazioni che dispongono di un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) presso la CSS.

3.3 La LAMal e il presente contratto 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 (vedi cifra 7 del presente contratto).

3.4 I fornitori di prestazioni necessitano di un numero RCC separato per ognuno dei seguenti ambiti: cure e assistenza di lunga durata, cure acute e transitorie nonché strutture diurne o notturne.

3.5 Le prestazioni di cura ambulatoriali sono dispensate in modo puntale e perlopiù presso il domicilio del paziente. La remunerazione è disciplinata dall'art. 7a cpv. 1 OPre.

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

4. Obblighi del fornitore di prestazioni e dell'assicuratore

- 4.1. In tutta la corrispondenza tra il fornitore di prestazioni e la CSS occorre indicare:
- 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
- 4.2. 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 particolare, in merito ai costi non assunti da quest'ultima.
- 4.3. Il fornitore di prestazioni si impegna a rispettare la protezione tariffale secondo l'art. 44 LAMal.

5 Condizioni per le prestazioni

- 5.1. La CSS assume i costi delle prestazioni effettivamente fornite per cure medico-sanitarie ambulatoriali ai sensi dell'art. 7 cpv. 2, dell'art. 8 e dell'art. 8a OPre sulla base della valutazione dei bisogni, previa 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.
- 5.2. La CSS è tenuta ad assumere le prestazioni solo e nella misura in cui altre istanze preposte all'assunzione dei costi, in particolare secondo la LAINF, la LAI o la LAM, non debbano prenderli a loro carico. L'obbligo di anticipare le prestazioni secondo le disposizioni di legge (art. 70 LPG) prevale sulla presente convenzione.

6 Prescrizione del medico, nonché valutazione, segnalazione e modifica dei bisogni

- 6.1. Prescrizione del medico, valutazione dei bisogni
- 6.1.1. 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 vogliono utilizzare per la valutazione dei bisogni.
- 6.1.2. 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).
- 6.1.3. Il risultato va annotato in un formulario di segnalazione dei bisogni (cfr. esempi nell'allegato 1a e b).
- 6.1.4. La valutazione dei bisogni viene effettuata all'inizio della prestazione e si deve concludere al più tardi entro 14 giorni civili dall'inizio dell'intervento.
- 6.1.5. In caso di intervento contemporaneo presso un paziente, i fornitori di prestazioni devono coordinare i loro servizi e concordare il budget orario. È escluso un accumulo delle stesse prestazioni (p. es. doppia valutazione dei bisogni, consulenza, istruzioni).
- 6.2. Segnalazione dei bisogni all'assicuratore
- 6.2.1. La segnalazione dei bisogni indica il probabile bisogno di prestazioni di cura. La pianificazione delle prestazioni di cura avviene sulla base del «catalogo delle prestazioni Spitex», nel quale sono descritte e precisate le prestazioni in conformità all'art. 7 cpv. 2 OPre (riferimento: sito web Spitex Svizzera; rubrica Basi dei dati/Qualità / Qualità degli strumenti: <https://www.spitex.ch/Grundlagen/Qualitaet/Instrumente-Qualitaet/PouRP/>). Nella segnalazione dei bisogni, le organizzazioni Spitex riportano il tempo necessario previsto ai sensi dell'art. 8a cpv. 4 OPre. Vengono conteggiate le prestazioni effettivamente fornite tenendo conto della cifra 6.3 della presente convenzione.
- 6.2.2. Il formulario di segnalazione dei bisogni interamente compilato va inviato alla CSS entro una settimana, al più tardi con la prima fattura mensile, dalla presa di conoscenza (per prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 lett. a, c OPre) oppure dalla firma (per prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre) da parte del medico prescrivente e dell'infermiere

qualificato responsabile. In assenza di una segnalazione dei bisogni valida, la CSS non rimborserà alcuna prestazione. Non sono ammesse prescrizioni retroattive.

6.2.3 La segnalazione dei bisogni standardizzata pattuita tra le parti contraenti può essere trasmessa all'assicuratore anche in formato elettronico e strutturato. Il fornitore di prestazioni ha la responsabilità di sottoporre alla CSS, su richiesta di quest'ultima, la segnalazione dei bisogni firmata dal medico per le prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre.

6.2.4 Se la CSS non si oppone entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione della segnalazione, l'obbligo di prestazione è considerato riconosciuto con riserva della cifra 5 della presente convenzione e delle procedure di controllo disciplinate nell'allegato 3.

6.2.5 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. nome, n° RCC e, se disponibile, n° GLN del fornitore di prestazioni (n° GLN obbligatorio in caso di segnalazione elettronica)
- e. nome, n° RCC e, se disponibile, n° GLN del medico prescrivente (n° GLN obbligatorio in caso di segnalazione elettronica)
- f. grado della grande invalidità (assegno per grandi invalidi lieve/medio/elevato), se noto
- g. inizio e durata della prescrizione medica

In aggiunta, per prestazioni di cura ambulatoriali di cui alla cifra 3.5 del presente contratto:

- 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

quale informazione supplementare alla segnalazione dei bisogni, va allegato un elenco delle prestazioni secondo l'art. 7 cpv. 2 OPre, basato sul 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'allegato 1a).

In aggiunta, per prestazioni in strutture diurne e notturne di cui alla cifra 3.6 del presente contratto:

- i. stima dell'autonomia
- j. numero previsto di attività di cura e minuti al giorno (formulario come da allegato 1b) nonché gradi risultanti ai sensi dell'art. 7a cpv. 3 OPre.

6.3 Modifica del bisogno di cure

6.3.1 Se il bisogno di prestazioni di cura cambia durevolmente, va eseguita una nuova valutazione dei bisogni.

6.3.2 Se il bisogno di prestazioni di cura nel corso dell'intervento cambia temporaneamente per diversi giorni ed eccede notevolmente il numero di minuti prescritti, questa variazione deve essere comunicata per iscritto alla CSS.

7 Remunerazione delle prestazioni incl. mezzi e apparecchi

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

7.2 Il fornitore di prestazioni conteggia le prestazioni di cura effettivamente fornite tenendo conto della cifra 6.3 della presente convenzione.

7.3 Con il pagamento dei contributi:

- a) di cui all'art. 7a cpv. 1 e 2 OPre sono remunerate tutte le prestazioni previste dal diritto dell'assicurazione malattie per misure di cura dei singoli fornitori di prestazioni di cui alla cifra 3.5 del presente contratto, ai sensi dell'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 3.6 del presente contratto per misure di cura ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 OPre.

- 7.4 Il fornitore di prestazioni non può conteggiare prestazioni ai sensi dell'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 ai sensi dell'art. 7 OPre mentre il paziente riceve prestazioni ambulatoriali di cure acute e transitorie (nessuna fatturazione contemporanea).
- 7.5 La modalità di fatturazione dei mezzi e apparecchi prescritti dal medico (EMAp) (ai sensi dell'«Elenco dei mezzi e degli apparecchi – allegato 2 OPre [EMAp]») è disciplinata nell'allegato 4.
- 7.6 Nell'ambito della presente convenzione non possono essere conteggiate a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie prestazioni non menzionate in questa sede (p. es. medicinali, ecc.).

8 Fatturazione e modalità di pagamento

8.1 Fatturazione

- 8.1.1 La fatturazione avviene mensilmente e per via elettronica secondo gli attuali standard del Forum Datenaustausch.
- 8.1.2 Qualora il singolo fornitore di prestazioni non possa effettuare lo scambio di dati elettronico, in deroga alla cifra 8.1.1, i formulari per la fatturazione e gli ulteriori documenti devono essere trasmessi in forma cartacea (fattura secondo standard del Forum Datenaustausch).
- 8.1.3 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., entro e non oltre il 15.8. dell'anno civile il fornitore di prestazioni, su richiesta dell'assicuratore, emette una fattura intermedia per le prestazioni sino al 30.6.
- 8.1.4 Il «Manuale per la fatturazione di prestazioni di cura» (<https://www.sasis.ch>) funge da direttiva per l'attuazione concreta del conteggio.
- 8.1.5 La fattura contiene i seguenti dati:
- data e numero della fattura;
 - generalità e dati assicurativi (cognome / nome / data di nascita / domicilio / numero d'assicurato e/o numero d'assicurazione sociale)
 - motivo del trattamento: malattia, infortunio o maternità
 - nome dell'assicuratore
 - nome, numero RCC e numero GLN del fornitore di prestazioni (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);
 - nome, numero RCC e numero GLN del medico prescrivente (GLN obbligatorio solo in caso di segnalazione elettronica, altrimenti solo se disponibile);
 - Per l'EMAp: tariffa 454. n° completo posizione EMap e quantità; Al massimo «IMR cure» secondo l'EMAp per prodotto.

In aggiunta, per prestazioni di cura ambulatoriali di cui alla cifra 3.5 del presente contratto:

- 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 3.6 della presente convenzione:

- calendario con il relativo grado di contributo.

8.2 Modalità di pagamento

- 8.2.1 Le parti contraenti convengono che l'assicuratore è il debitore della remunerazione secondo l'art. 7a OPre (sistema del terzo pagante).

- 8.2.2 In deroga alla cifra 8.2.1 del presente contratto, 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 al momento dell'adesione alla convenzione e può essere modificata con effetto all'inizio di un anno civile, rispettando un termine di preavviso di 6 mesi. Non è ammesso un cambio per singoli pazienti.
- 8.2.3 La CSS remunera solo le fatture conformi al presente contratto e alla legge.
- 8.2.4 I fornitori di prestazioni fatturano alla CSS soltanto le prestazioni obbligatorie menzionate nel presente contratto. In particolare, le prestazioni non obbligatorie di cui all'art. 59 cpv. 2 OAMal devono essere conteggiate separatamente dalle prestazioni AOMS.
- 8.2.5 La CSS corrisponde al fornitore di prestazioni il rimborso dovuto entro 30 giorni.
- 8.2.6 Il termine di pagamento decorre dal momento in cui la CSS dispone di tutti i documenti necessari per il controllo della fattura conforme al contratto e alla legge.
- 8.2.7 In caso di contestazioni motivate i termini di pagamento vengono interrotti ai sensi della cifra 8.2.5 del presente contratto. La CSS rimane debitrice della parte non contestata.

9 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.

10 Economicità e garanzia della qualità, effettuazione dei controlli

- 10.1 Il fornitore di prestazioni si impegna a dispensare le prestazioni in modo efficace, appropriato ed economico (art. 32 e 56 LAMal)
- 10.2 Il fornitore di prestazioni si impegna a partecipare a misure di garanzia e controllo della qualità delle sue prestazioni secondo la convenzione attualmente in vigore, ai sensi dell'art. 58a LAMal.
- 10.3 Gli assicuratori hanno il mandato legale di verificare l'obbligo di erogare prestazioni e l'economicità (EAE) delle prestazioni fatturate. La procedura relativa alla verifica EAE nel quadro dell'art. 32 LAMal è concordata e disciplinata nel dettaglio nell'allegato 3.
- 10.4 L'attuazione dei controlli dell'economicità secondo l'art. 56 LAMal non è oggetto della presente convenzione.

11 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 2 e 5.

- a) Se sono interessate le prestazioni di cura ambulatoriali di cui alla cifra 3.5 del presente contratto si applica l'allegato 2a).
- b) Se sono interessate le prestazioni di cura ambulatoriali di cui alla cifra 3.6 del presente contratto, si applica l'allegato 2b).
- c) Nella misura in cui le prestazioni di cura ambulatoriali siano fornite da un familiare che presta cure, impiegato dal fornitore di prestazioni, si applica l'allegato 5.

12 Validità delle versioni linguistiche

Il presente contratto è redatto e sottoscritto in lingua tedesca. Se questo contratto viene tradotto, in caso di eventuali differenze è definitivamente determinante la versione in lingua tedesca.

13 Inizio, durata e disdetta del contratto

- 13.1 Il presente contratto entra in vigore in data 01.04.2023 e ha validità indeterminata.
- 13.2 Il contratto può essere disdetto da ciascuna parte contraente per la fine di un anno civile, la prima volta il 31.12.2024, rispettando un termine di disdetta di 6 mesi.
- 13.3 Il presente contratto sostituisce tutti i contratti risp. le convenzioni aventi lo stesso oggetto di regolamentazione per i fornitori di prestazioni e le associazioni che sottostanno al presente contratto nonché per la CSS.

14 Allegati al contratto

I seguenti allegati costituiscono parte integrante del contratto e non possono essere disdetti separatamente:

Allegato 1: Formulario di segnalazione dei bisogni / Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni

Allegato 2: Personale specializzato

Allegato 3: Accordo sui controlli degli assicuratori malattie

Allegato 4: Remunerazione di mezzi e apparecchi

Allegato 5: Congiunti curanti

15 Riserva della forma scritta

Tutte le modifiche e le integrazioni al presente contratto e ai suoi allegati devono avvenire in forma scritta ed essere debitamente sottoscritte dalle parti contraenti con firma giuridicamente vincolante.

16 Clausola salvatoria

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 dalla convenzione possa essere raggiunto in modo legalmente ammesso.

17 Diritto applicabile / Istanza di conciliazione

17.1 In linea di principio, le controversie tra assicuratori e fornitori di prestazioni devono essere risolte direttamente dagli interessati.

17.2 Nei singoli casi gravi o qualora si accumulino problematiche simili, le parti contraenti possono essere coinvolte per giungere a una soluzione

17.3 Trova applicazione il diritto svizzero.

17.4 La procedura in caso di controversie si basa sull'art. 89 LAMal.

18 Disposizioni finali

Il presente contratto è redatto e firmato in triplice copia. A ciascuna delle parti contraenti è consegnata una copia del contratto.

19 Disposizioni transitorie

Il presente contratto ha pienamente effetto per i fornitori di prestazioni che hanno aderito al precedente contratto amministrativo con la CSS (numero contratto IP-206.299). 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 del presente nuovo contratto.

[La pagina successiva è quella delle firme].

Berna, il

Spitex Svizzera

.....
Thomas Heiniger
Presidente

.....
Cornelis Kooijman
Co-direttore

Berna, il

Association Spitex privée Suisse (ASPS)

.....
Pirmin Bischof
Presidente

.....
Marcel Durst
Direttore

Lucerna, il

CSS Assicurazione malattie SA

.....
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 – Formulario di segnalazione dei bisogni / Appendici al formulario di segnalazione dei bisogni

1a: 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)

1b: Formulario di segnalazione dei bisogni per strutture diurne e notturne di cui alla cifra 3.6 del presente contratto

Allegato 1a: Elenco delle prestazioni di cui all'art. 7 cpv. 2 OPre (esempio)

Cognome _____ Nome _____

Numero =	Numero di prestazioni
Frequenza =	Unità: <ul style="list-style-type: none"> • g2, g3...g7 = 2,3...7 giorni alla 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 alla settimana	Numero 2	Frequenza g 7
Assistenza per bagni medicali 2 volte alla settimana	2	s

Selezionare se la prestazione è prevista	Descrizione dettagliata della prestazione (ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 OPre)	Numero: quante volte deve essere erogata la prestazione	Frequenza: unità della prestazione pianificata
	Valutazione del bisogno di cure ecc.		
	Consulenza 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 alla terapia respiratoria ecc.		
	Posa di sonde e di cateteri ecc.		
	Provvedimenti in caso di emodialisi o di dialisi peritoneale		
	Somministrazione di medicinali ecc.		
	Somministrazione enterale e parenterale di soluzioni nutritive		
	Provvedimenti per 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 medicali parziali o completi ecc.		
	Misure di assistenza per l'attuazione di terapie mediche nella prassi quotidiana ecc.		
	Sostegno alle persone con malattie psichiche in situazioni di crisi ecc.		
	Cure di base generali per i pazienti non indipendenti quali: bendare le gambe ecc.		
	Provvedimenti volti a sorvegliare e assistere persone con malattie psichiche nel quadro delle attività fondamentali quotidiane, quali: l'elaborazione e l'attuazione di un ritmo di vita strutturato adeguato ecc.		

Allegato 1a: 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 se nel catalogo delle prestazioni è indicato s.n.

N°	Descrizione della prestazione (facoltativa)	C	T	Num.	Unità	Orario	Q. min.	OPre
10104	Igiene parziale al lavandino (incl. igiene intima)							c
10115	Calze compressive/bendaggio compressivo							c
10601	Somministrazione di 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 del bisogno di cure							a
10907	Consulto medico-Spitex per la valutazione dei bisogni							a
10909	Istruzione per la cura/consulenza al paziente o ai fami-							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					
- alla settimana					
- al mese					
Intero periodo della prescrizione (da/a)					
Adeguamento a seguito di doppia registrazione del tempo per prestazioni erogate simultaneamente					
Totale					

C, CHI: S=organizzazione Spitex / T = Training / Num. = Numero

Unità = g2, g3...g7: 2, 3 ...7 giorni a settimana / s = alla 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 1b: 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		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 Pflegenden über den Aufenthalt.

Allegato 2 – Personale specializzato

2a) Prestazioni di cura ambulatoriali di cui alla cifra 3.5				
	Formazione / denominazione della professione	Valutazione, consulenza 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. II, Inf. dipl. Personale sanitario professionale)	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'assistenza di medicamenti 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.		
2b) Prestazioni di cura ambulatoriali di cui alla cifra 3.6				
Nelle strutture diurne e notturne, la responsabilità complessiva spetta a un infermiere diplomato; quest'ultimo o una sostituzione adeguata è presente sul posto.				

Allegato 3 – Accordo 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 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 adeguate.

La modifica deve avvenire:

- in caso di verifica presso l'assicuratore (cfr. cifra 1 di questo allegato), qualora i termini siano stati rispettati (come da cifre 1.2.2 e 1.2.3 qui di seguito): 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 inoltrata dalla Spitex ai sensi della cifra 6.2 del contratto.

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

- segnalazione dei bisogni ai sensi della cifra 6.2 del contratto.
- fattura ai sensi della cifra 8.1 del contratto
- quale allegato alla segnalazione dei bisogni: elenco delle prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 OPre o foglio di pianificazione delle prestazioni secondo interRAI (ai sensi della cifra 6.2.5 del contratto)

1.2 Verifica della documentazione richiesta dall'assicuratore e inoltrata dalla Spitex all'assicuratore

1.2.1 Se vi sono dei dubbi sulla documentazione presentata sistematicamente, l'assicuratore può richiedere alla Spitex ulteriori documenti rilevanti per la valutazione, di regola entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione e conformemente all'art. 42 cpv. 5 LAMal (ad es. documento originale della prescrizione del medico, valutazione dei bisogni (ad es. MDS), pianificazione delle cure, decorso delle cure, documentazione delle ferite, ecc.).

1.2.2 La Spitex spedisce la documentazione di cura all'assicuratore di regola entro 15 giorni lavorativi.

1.2.3 Ricevuta la documentazione, l'assicuratore ha di regola ulteriori 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 selezionati dossier dei pazienti aperti 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 di calendario dall'annuncio. In casi eccezionali, d'intesa reciproca si può derogare a 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 ai dossier richiesti affinché la persona incaricata del controllo da parte dell'assicuratore li 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 fornire entro 15 giorni lavorativi un riscontro scritto al fornitore di prestazioni.

Allegato 4 - Remunerazione di mezzi e apparecchi

In questo allegato è disciplinata la modalità della fatturazione dei mezzi e apparecchi (EMAp) ai sensi dell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) che vengono utilizzati nell'ambito della fornitura delle prestazioni di cura.

1. Rimunerazione di mezzi e apparecchi

- 1.1 La CSS assume i costi esclusivamente per mezzi e apparecchi EMap prescritti dal medico, ai sensi dell'allegato 2 OPre.
- 1.2 La prescrizione medica viene inviata all'assicuratore al più tardi insieme alla prima fattura.
- 1.3 Tenendo conto dell'art. 56 LAMal e dell'ordinanza concernente l'integrità e la trasparenza nel settore degli agenti terapeutici (OITAT), i mezzi e gli apparecchi sono fatturati alla CSS al prezzo di costo, al massimo al prezzo «IMR cure».
- 1.4 All'occorrenza, la CSS può richiedere una fattura originale della fase commerciale precedente per verificare il rispetto di quanto alla cifra 1.3.
- 1.5 Si deve tenere conto delle limitazioni dell'EMAp.
- 1.6 Secondo l'art. 24 cpv. 3 OPre, l'assicurazione assume i costi solo fino al raggiungimento dell'importo massimo di rimborso applicabile. Se il prezzo di un prodotto supera tale importo, la differenza è a carico dell'assicurato.
- 1.7 La fatturazione avviene in dettaglio, riportando le seguenti indicazioni:
 - RCC – Spitex
 - Tariffa 454 «IMR cure»
 - numero completo della posizione EMap
 - date delle prestazioni fornite
 - quantità e prezzo
 - importo complessivo

Allegato 5 – 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.