

Convenzione tariffale

tra

l'Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI)

e

**la Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM),
l'assicurazione militare (AM)**

rappresentate

**dall'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (Suva),
Divisione assicurazione militare,**

l'assicurazione per l'invalidità (AI)

rappresentata

dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS)

(di seguito insieme «assicuatori»)

Nota: le designazioni di persone si applicano a tutti i sessi. Per favorire la lettura è utilizzata soltanto la forma maschile. I richiami ad articoli (art.) e capoversi (cpv.) si riferiscono alla presente Convenzione, salvo ove indicato espressamente in modo diverso. In caso di dubbi interpretativi fa fede la versione tedesca.

Art. 1 Campo di applicazione

¹ La Convenzione tariffale disciplina la rimunerazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali a persone che sono assicurate ai sensi della LAINF, della LAI o della LAM.

² Altri elementi della Convenzione tariffale sono la Struttura tariffaria e la Convenzione sulla Commissione paritetica di fiducia (CPF) del 25 ottobre 1999.

³ Per le prestazioni a favore degli assicurati dell'assicurazione per l'invalidità (AI) sono determinanti le disposizioni di legge della LAI, dell'OAI e le relative istruzioni dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS). La LAINF, l'OAINF e l'OMAINF costituiscono le basi per la Convenzione tariffale nel settore dell'assicurazione contro gli infortuni. La LAM e l'OAM costituiscono le basi per la Convenzione tariffale nel settore dell'assicurazione militare.

Art. 2 Condizioni di ammissione

¹ Gli infermieri possono aderire alla Convenzione tariffale se possiedono le necessarie qualifiche professionali e personali (ai sensi dell'art. 49 OAMal) e dispongono di un'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione.

² La procedura di adesione è avviata dall'ASI dopo la sottoscrizione completa della presente Convenzione tariffale. Si applicano le disposizioni della Legge sull'assicurazione malattie (ai sensi dell'art. 49 OAMal). L'ASI disciplina le modalità di adesione e recesso, assumendone la completa responsabilità. In particolare, è responsabile di garantire che aderiscano alla Convenzione solo i fornitori di prestazioni che soddisfano pienamente le condizioni di cui all'art. 2 cpv. 2 della presente Convenzione. Al riguardo, gli assicuratori non svolgono alcun ruolo e non si assumono alcuna responsabilità. Per recedere dalla presente Convenzione, il fornitore di prestazioni presenta all'ASI una sua dichiarazione scritta e firmata. Il recesso è possibile alla fine di ogni anno, nel rispetto di un preavviso di sei mesi. La prima data possibile per il recesso è il 31 dicembre 2025.

³ L'ASI gestisce un elenco degli infermieri che possono emettere fatture a carico degli assicuratori conformemente alle condizioni dell'art. 2 cpv. 1 e cpv. 3. L'ASI invia questo elenco ogni mese agli assicuratori.

Art. 3 Rifiuto ed esclusione

¹ L'inserimento nell'elenco degli infermieri autorizzati a fatturare è possibile solo se sono soddisfatte le condizioni professionali e di esercizio di cui all'art. 49 OAMal.

² La revoca dell'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione (AEP) determina il recesso immediato e automatico dalla Convenzione.

Art. 4 Prescrizione medica

¹ Per poter essere fatturate agli assicuratori in base alla Convenzione tariffale, le prestazioni degli infermieri devono essere indicate dal punto di vista medico ed essere prescritte da un medico. Se una delle parti manifesta un dubbio riguardo alla prescrizione medica deve rivolgersi per chiarimenti al medico prescrivente.

² Con riserva del cpv. 3, le prescrizioni mediche sono accettate soltanto se figurano su un formulario per la segnalazione dei bisogni valido.

³ Se la prescrizione è rilasciata in un'altra forma, devono essere presenti tutti i dati riportati sui relativi moduli ufficiali validi e sulla sintesi delle prestazioni; se non è il caso, occorre segnalare al medico la necessità di utilizzare il modulo valido.

⁴ Se i bisogni segnalati devono essere adeguati, gli infermieri indipendenti consultano il medico competente. Se del caso deve essere rilasciata una nuova prescrizione e formulata una nuova definizione dei bisogni.

⁵ In deroga a quanto stabilito ai cpv. da 1 a 4, per l'AI occorre compilare il modulo «Questionario Spitex / Prescrizione per le cure Spitex» in base all'attuale lettera circolare AI.

Art. 5 Materiale

¹ Gli infermieri possono fatturare il materiale di consumo separatamente. Fa stato il prezzo di acquisto. Gli eventuali sconti vanno trasferiti a favore dell'assicuratore. Per i materiali di consumo riportati nell'EMAp fanno stato gli importi massimi rimunerabili (IMR). In casi giustificati dal punto di vista medico e su richiesta sono possibili deroghe rispetto all'importo massimo rimunerabile e alle limitazioni quantitative.

² Gli articoli devono riportare il prezzo e la data di consegna (data della seduta).

³ Gli strumenti riutilizzabili che sono di proprietà degli infermieri non vengono rimunerati.

Art. 6 Forfait in caso di ospedalizzazione imprevista / urgente

¹ Il forfait è un'indennità per l'onere che il fornitore di prestazioni deve comunque sostenere allorquando un impiego previsto viene disdetto a breve termine. È applicabile unicamente per gli assicurati non ospedalizzati che, nelle 48 ore prima di un impiego già concordato con un infermiere, vengono ospedalizzati in modo imprevisto o d'urgenza.

² Il forfait viene fatturato il giorno in cui il previsto impiego non ha avuto luogo a causa dell'ospedalizzazione.

Art. 7 Garanzia della qualità

I fornitori di prestazioni sono tenuti ad attuare il sistema di gestione della qualità dell'Associazione svizzera specializzata per gli infermieri indipendenti Curacasa (www.curacasa.ch).

Art. 8 Criteri EAE

L'infermiere sottopone all'assicuratore competente un formulario per la definizione dei bisogni e una sintesi delle prestazioni. Deve proporre una cura efficace, appropriata ed economica (artt. 48 e 54 LAINF e art. 1 cpv. 2 OMAINF; art. 21 cpv. 3 LAI e art. 2 cpv. 4 OMAI; artt. 16 e 25 LAM).

Art. 9 Disposizioni particolari per l'assicurazione per l'invalidità

¹ Presupposto per la rimunerazione delle prestazioni da parte dell'assicurazione per l'invalidità è una decisione nel singolo caso del competente ufficio AI. Le misure vanno attuate nel quadro di questa decisione e la loro entità deve essere limitata all'obiettivo della cura (CPSI, n. marg. 14 e 32).

² Se l'obiettivo della cura e/o il fabbisogno di prestazioni subisce una modifica, il piano

terapeutico deve essere adeguato d'intesa con il competente ufficio AI. In proposito bisogna tenere adeguatamente conto della proposta del medico curante e delle condizioni personali dell'assicurato.

³ Agli organi dell'AI (uffici AI cantonali, Ufficio centrale di compensazione, Ufficio federale delle assicurazioni sociali) devono essere forniti senza ritardo le informazioni e i documenti richiesti per accordare o versare le prestazioni.

Art. 10 Garanzia della prestazione, fatturazione e rimunerazione

¹ Per le cure prestate agli assicurati dell'AI sono determinanti le disposizioni di legge secondo la LAI e le rispettive ordinanze e istruzioni dell'UFAS.

² Per le cure prestate agli assicurati dell'assicurazione infortuni sono determinanti le pertinenti disposizioni di legge degli assicuratori secondo la LAINF nonché le rispettive norme e istruzioni dell'assicurazione infortuni.

³ Per le cure prestate agli assicurati dell'assicurazione militare sono determinanti le pertinenti disposizioni di legge secondo la LAM nonché le rispettive norme e istruzioni dell'assicurazione militare.

⁴ La fattura deve essere indirizzata, dopo che la prestazione è stata effettivamente fornita, direttamente all'assicuratore competente. È possibile emettere una fattura intermedia a cadenza mensile.

⁵ La fatturazione ha luogo in forma elettronica dal 1° gennaio 2025.

⁶ La fattura deve contenere i seguenti dati:

1. cognome, nome, indirizzo, data di nascita e numero di assicurato del paziente, numero della decisione dell'AI

2. cognome, nome, indirizzo del fornitore della prestazione con numero RCC (solo AI) e GLN

3. cognome, nome, indirizzo e GLN del medico prescrivente esterno o cognome e nome del medico prescrivente dell'ospedale

4. motivo del trattamento, se possibile (malattia, infortunio, infermità congenita)

5. data dell'infortunio, se disponibile

6. calendario delle prestazioni con i dati seguenti:

- I cifre tariffarie e importi in franchi delle prestazioni fornite

- Il importo totale delle prestazioni in franchi

7. importo totale della fattura e coordinate di pagamento

8. data della fattura

⁷ Le prestazioni che non sono disciplinate in questa Convenzione tariffale vengono rimunerate unicamente se in precedenza sono state concordate con l'assicuratore competente.

Art. 11 Regolamentazione delle rimunerazioni

Gli assicuratori si impegnano a saldare le fatture entro 30 giorni dalla loro entrata, a condizione che le prestazioni concordate siano state effettivamente fornite, che tutti i documenti necessari siano disponibili nella qualità richiesta e che l'obbligo alle prestazioni sia stato

sufficientemente accertato. Se non è possibile rispettare questo termine, il fornitore della prestazione deve essere informato sulla causa.

Art. 12 Protezione tariffale

Non è ammesso chiedere rimunerazioni supplementari all'assicurato per prestazioni derivate da questa Convenzione tariffale. Non sono consentiti pagamenti supplementari da parte dell'assicurato. Se una persona assicurata ai sensi della LAINF percepisce un assegno per grandi invalidi, occorre applicare la procedura descritta nel foglio informativo separato «Assicurati con assegno per grandi invalidi LAINF».

Art. 13 Diritti e doveri degli infermieri

¹ I fornitori di prestazioni si impegnano a fare in modo che i pazienti ricevano le cure necessarie secondo la presente Convenzione tariffale.

² I fornitori di prestazioni si impegnano a fatturare esclusivamente le prestazioni da loro erogate personalmente.

³ I fornitori di prestazioni possono scegliere a propria discrezione le misure diagnostiche e terapeutiche nell'ambito delle disposizioni di legge, della prescrizione medica, delle istruzioni dell'assicuratore competente (art. 14 cpv. 1), delle loro competenze specialistiche e delle regole dell'arte («state of the art»).

⁴ Le prestazioni erogate devono essere efficaci, appropriate ed economiche. Il trattamento deve limitarsi a quanto esige lo scopo della cura.

⁵ Le valutazioni e le cure eseguite devono essere documentate per ogni persona in modo tale che l'assicurazione possa rintracciare e verificare la data, l'ampiezza e il contenuto. Il documento «Documentare le cure» dell'ASI serve da riferimento.

⁶ L'assicuratore è debitore della prestazione (principio delle prestazioni in natura); con la fatturazione delle prestazioni in conformità della tariffa e il pagamento delle fatture, sono rimunerate tutte le prestazioni che sono state fornite per gli assicuratori AINF / AM o secondo la decisione dell'AI. I fornitori di prestazioni indirizzano le fatture agli assicuratori («terzo pagante»).

Art. 14 Diritti e doveri degli assicuatori

¹ Gli assicuatori possono impartire ai fornitori di prestazioni istruzioni in merito al trattamento appropriato del paziente, a cui i fornitori di prestazioni devono attenersi (con riserva delle disposizioni di legge e delle regole dell'arte).

² Gli assicuatori si impegnano ad applicare uniformemente la presente Convenzione a tutti gli infermieri contrattualmente vincolati e, nella misura in cui le disposizioni di legge lo consentano, a non rimunerare le prestazioni coperte dalla presente Convenzione fornite da infermieri non contrattualmente vincolati.

³ Si impegnano a non accordare condizioni divergenti da quelle previste dalla presente Convenzione agli infermieri operanti in Svizzera che non hanno dichiarato di aderire alla presente Convenzione tariffale.

Art. 15 Commissione paritetica di fiducia (CPF)

Le parti contraenti istituiscono una Commissione paritetica di fiducia (CPF) che funge da organo di conciliazione per le controversie derivanti dalla Convenzione tariffale e si occupa della rivalutazione e rielaborazione della struttura tariffaria. La composizione, i compiti, le competenze e le modalità della Commissione sono disciplinati in una convenzione separata.

Art. 16 Collezione e convalida dei dati nonché adeguamento della tariffa

¹ L'ASI si impegna ad acquisire e creare basi di dati rappresentative e omogenee, in modo da supportare il modello dei costi con valori di riferimento validi. La responsabilità per la definizione dei dati da collezionare e per la collezione dei dati incombe all'ASI.

² Le parti contraenti si impegnano a verificare i valori di riferimento del modello dei costi e a rinegoziare la tariffa oraria non appena le basi dei dati di due anni completi sono disponibili, con la dovuta adeguatezza in termini di qualità e rappresentatività, e sono state trasmesse dall'ASI agli assicuratori. Sono rappresentati tutti i costi inseriti. L'attuale modello dei costi riconosciuto continuerà a costituire la base delle trattative.

³ Vige il principio secondo cui devono essere determinati i costi standard che coprono gli oneri di un'azienda che lavora in modo efficiente. Non si tratta necessariamente dei costi totali di un singolo infermiere.

⁴ Prima di collezionare i dati, l'ASI si impegna a informare gli assicuratori in merito alla rappresentatività e all'estensione della collezione dei dati. Le parti contraenti procedono a un regolare scambio di informazioni.

⁵ Gli assicuratori prendono posizione nei confronti dell'ASI in merito alla rappresentatività e all'estensione della collezione dei dati e danno il loro consenso scritto alla procedura concordata. Nei limiti delle loro possibilità, gli assicuratori sostengono l'ASI nel collezionare i dati. Al più tardi un anno dopo l'entrata in vigore della presente Convenzione, l'ASI organizza un incontro fra le parti contraenti affinché insieme possano fare il punto della situazione e concordare la procedura nel secondo anno di collezione dei dati.

⁶ Funge da base il seguente valore dell'indice nazionale dei prezzi al consumo (IPC): aprile 1999: 104,7 punti / aprile 2024: 122,6 punti (fonte: indice nazionale dei prezzi al consumo, maggio 2024).

⁷ Le parti contraenti verificano almeno ogni tre anni, o su proposta motivata di una delle parti, se devono essere avviate trattative per adeguare la tariffa o rideterminare la tariffa oraria. La prima data possibile per l'avvio di tali trattative è il 1° gennaio 2027.

Nei limiti del possibile, i citati adeguamenti devono aver luogo tramite la struttura tariffaria.

Le parti contraenti avviano le trattative sulla rideterminazione della tariffa oraria non appena il valore dell'IPC subisce una modifica del 5 per cento verso l'alto o verso il basso rispetto al livello indicato al cpv. 6; ciò avviene al più presto il 1° gennaio 2027.

Nell'ambito delle trattative bisogna tenere conto dei seguenti criteri:

- a) condizioni quadro economiche, socio-politiche e legali;

- b) evoluzione delle prestazioni sanitarie fatturate basata su analisi mirate; al riguardo le parti sviluppano un adeguato monitoraggio dei costi concordato separatamente;
- c) parametri del modello dei costi concordato in base al punto 4 della Convenzione sul monitoraggio dei costi.

Art. 17 Protezione dei dati

¹ Nell'ambito di questa Convenzione bisogna tenere conto delle disposizioni sulla protezione dei dati conformemente alla Legge federale del 25 settembre 2020 sulla protezione dei dati (LPD), alla Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), alla Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), alla Legge federale del 19 giugno 1992 sull'assicurazione militare (LAM) e alla Legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI) nonché alle rispettive ordinanze.

² Le parti contraenti confermano in particolare che il trattamento dei dati personali nell'esecuzione della presente Convenzione è in ogni momento conforme al principio della buona fede e della proporzionalità e che non avviene per altri scopi. Garantiscono inoltre, tramite misure adeguate, che vengano svolte unicamente le operazioni di trattamento dei dati convenute.

³ Le parti contraenti devono garantire che i dati oggetto del trattamento non siano accessibili a persone non autorizzate adottando adeguate misure tecniche e organizzative. Informazioni e dati non più necessari devono essere immediatamente restituiti oppure cancellati o irrevocabilmente distrutti conformemente allo stato della tecnica.

⁴ Indipendentemente dall'esistenza di una cartella informatizzata del paziente in base alla legge, i fornitori di prestazioni sono tenuti a trasmettere all'assicuratore i dati necessari conformemente all'art. 54a LAINF, all'art. 25a LAM e alla LAI.

⁵ Le parti contraenti sono tenute a mantenere segreti, anche dopo la risoluzione della Convenzione, l'esistenza e il contenuto della Convenzione così come le informazioni e i dati resi disponibili in relazione alla Convenzione nonché le informazioni e i dati loro forniti o di cui sono venuti a conoscenza nell'ambito dell'esecuzione della Convenzione pertinenti alle relazioni d'affari delle parti contraenti, alle operazioni delle singole parti contraenti o di altre società e persone o di altri aventi diritto e clienti, o qualsiasi altra informazione che debba essere considerata riservata o protetta.

Art. 18 Trasmissione elettronica dei dati

¹ Le parti concordano di supportare e integrare la trasmissione elettronica dei dati non appena saranno soddisfatte le condizioni per una trasmissione sicura e veloce dei documenti rilevanti per il trattamento.

² Previo accordo, lo scambio di informazioni può aver luogo via e-mail attraverso connessioni HIN protette. L'abbonamento HIN non deve essere sottoscritto singolarmente poiché è compreso nell'adesione a curacasa.

Art. 19 Controversie

¹ Le controversie derivanti da questa Convenzione tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori vengono valutate dalla Commissione paritetica di fiducia conformemente all'art. 15.

² Se non si raggiunge un accordo si procede come previsto dall'art. 57 LAINF, dall'art. 27 LAM e dall'art. 27^{quinquies} LAI.

³ Per qualsiasi controversia tra le parti della presente Convenzione è eletto il foro di Lucerna. Fa stato il diritto svizzero.

Art. 20 Entrata in vigore e disdetta

¹ La Convenzione entra in vigore il 1° gennaio 2025.

² La Convenzione può essere disdetta nel rispetto di un preavviso di sei mesi al 30 giugno o al 31 dicembre di ogni anno; la prima data possibile è il 31 dicembre 2026.

³ Dopo la disdetta della Convenzione tariffale, le parti contraenti si impegnano ad avviare senza indugi nuove trattative. Se non si raggiunge un accordo durante il preavviso, la Convenzione tariffale resta in vigore fino al perfezionamento di una nuova convenzione, tuttavia per altri 12 mesi al massimo.

⁴ La disdetta della presente Convenzione non incide sulla validità dei suoi elementi di cui all'art. 1 cpv. 2, i quali devono essere disdetti separatamente.

⁵ La disdetta di singoli elementi della Convenzione di cui all'art. 1 cpv. 2 non incide sulla validità della presente Convenzione.

⁶ Se una disposizione di questa Convenzione o dei suoi elementi di cui all'art. 1 cpv. 2 è o diventa inefficace o nulla, l'efficacia delle rimanenti disposizioni rimane invariata. Le parti si impegnano a sostituire la disposizione inefficace o nulla con una normativa efficace o valida possibilmente vicina a tale disposizione.

⁷ La Convenzione tariffale o i suoi elementi possono essere modificati di comune accordo in ogni momento per iscritto senza precedente disdetta.

Art. 21 Disposizione transitoria

La Convenzione si applica a tutte le prestazioni che vengono fornite dopo la sua entrata in vigore, indipendentemente dalla data della decisione dell'AI. I membri della Convenzione tariffale tra l'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) e la Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM), l'assicurazione invalidità (AI), rappresentata dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), e l'Ufficio federale dell'assicurazione militare del 25 ottobre 1999 sono automaticamente vincolati dalla presente Convenzione dal momento della sua entrata in vigore e sono ritenuti aderenti alla presente Convenzione.

Berna e Lucerna, 1° gennaio 2025

**Associazione Svizzera
infermiere e infermieri**

Presidente

Sophie Ley

Direttrice

Yvonne Ribi

Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM)

Presidente

Daniel Roscher

**Istituto nazionale svizzero di as-
sicurazione contro gli infortuni
(Suva)**

Divisione assicurazione militare

Direttore

Martin Rüfenacht

Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Ambito Assicurazione invalidità (AI)

Vicedirettore

Florian Steinbacher

La presente Convenzione è redatta in sei esemplari.