Le sezioni da A a F devono essere compilate in maniera completa e leggibile dal medico che inoltra la richiesta.

**I formulari illeggibili e/o incompleti saranno respinti!**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A) | Dati personali della/del paziente | | | | |
| Cognome: | |  | Data di ammissione: |  | |
| Nome: | |  | Numero di caso: |  | |
| Indirizzo: | |  | Numero assicurato AVS (NAVS13): |  | |
| NPA/luogo: | |  | Data di nascita: |  | |
| Cantone: | |  | Sesso | m | f |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| B) | Medico che inoltra la richiesta (richiedente) | | | |
| Cognome: | |  | Timbro e firma del medico: |  |
| Nome: | |  |
| Indirizzo: | |  |
| Data della richiesta: | |  |
| Tel: | |  |
| E-Mail: | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C) | Ospedale di destinazione | | | | |
| Nome dell’ospedale: | |  | Tel: |  | |
| Indirizzo: | |  | E-Mail: |  | |
| Numero RCC: |  | |
| Reparto: | |  | Tariffa: | prezzo base SwissDRG | CHF: |
| Medico responsabile: | |  | forfait giornaliero riabilitazione | CHF: |
| prezzo base TARPSY | CHF: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| D) | Assicurazione | | | |
|  | **Assicurazione malattia** | Nome: |  | |
|  | Annunciato all’assicurazione infortuni | Variante assicurativa: |  | divisione comune |
|  | Annunciato all’assicurazione invalidità |  |  | divisione semi-privata |
|  |  |  |  | divisione privata |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| E) | Motivo della richiesta | |
|  | **Necessità medica:** secondo il medico richiedente, la prestazione **non è disponibile** in un ospedale figurante nell’elenco ospedaliero del Cantone di domicilio | |
|  | Durata presumibile del ricovero: |  |
|  | Spiegazione dettagliata riguardo alla non disponibilità della prestazione nel Cantone di domicilio: |  |
|  | **Urgenza** (serve per l’accertamento a posteriori dell’urgenza) | |
|  | Luogo, data e ora dell’urgenza: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| F) | Dati medici  (STRETTAMENTE CONFIDENZIALE: sezione riservata ai medici interessati e al servizio cantonale competente) | |
|  | Prima richiesta | |
|  | Richiesta di rivalutazione del caso / Ricorso (motivazione obbligatoria) | |
|  | Proroga della richiesta di garanzia di pagamento | |
| Diagnosi / Motivazioni dell’urgenza: | |  |
| Trattamenti / Accertamenti previsti nell’ospedale di destinazione: | |  |

|  |
| --- |
| Decisione del Cantone di domicilio |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C) | Ospedale di destinazione | |  | A) | Dati personali della/del paziente | |
| Nome dell’ospedale: | |  |  | Cognome: | |  |
| Indirizzo: | |  |  | Nome: | |  |
|  | NPA/luogo: | |  |
| Reparto: | |  |  | Data di nascita: | |  |
| E-Mail: | |  |  | Numero di caso: | |  |
|  | Numero assicurato AVS (NAVS13): | |  |
|  | Data di ammissione: | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| B) | Medico che inoltra la richiesta (richiedente) | |  | D) | Assicurazione | |
| Cognome: | |  |  | Nome: | |  |
| Nome: | |  |  |  | |  |
| Indirizzo: | |  |  |  | |  |
| Tel: | |  |  |  | |  |
| E-Mail: | |  |  |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| a) | Rilascio della garanzia di pagamento alla tariffa dell’ospedale curante |
|  | La garanzia di pagamento è rilasciata alla tariffa dell’ospedale curante. |
|  | La sua validità limitata a giorni. |
|  | La garanzia di pagamento si riferisce unicamente alla quota parte cantonale della tariffa sopra menzionata.  La garanzia è valida solo per le cure indicate e non pregiudica ulteriori degenze in ospedali non figuranti nell’elenco del Cantone di domicilio. |

|  |  |
| --- | --- |
| b) | Partecipazione alle spese fino a un massimo corrispondente alla tariffa di riferimento secondo l’obbligo di paga-mento LAMal (rispettivamente rifiuto della garanzia di pagamento alla tariffa dell’ospedale curante) |
|  | La partecipazione finanziaria massima è limitata alla tariffa di riferimento di CHF . |
|  | Motivo: gli accertamenti/le cure sono somministrabili in un ospedale figurante nell’elenco del Cantone di domicilio e non si tratta di un’urgenza. |

|  |  |
| --- | --- |
| c) | Rifiuto dell’obbligo di pagamento |
|  | Nessuna partecipazione finanziaria del Cantone di domicilio. |
| Motivo: | |
|  | L’ospedale di destinazione non figura né nell’elenco del Cantone di domicilio, né in quello del Cantone in cui è ubicato e non si tratta di un’urgenza. |
|  | La/Il paziente non ha il proprio domicilio civile nel Cantone. |
|  | È possibile il trattamento ambulatoriale. |
|  | Il caso è di competenza AINF/AI/AM. |
|  | Altre ragioni: |

|  |  |
| --- | --- |
| d) | Restituzione a causa d’incompletezza |
|  | La richiesta di garanzia di pagamento viene respinta perché il formulario è incompleto (ad es: informazioni sull’urgenza o sull’indicazione medica insufficienti). |
|  | La richiesta è già stata evasa. |

|  |
| --- |
| Osservazioni / Riserve |
| Riserva: in caso di obbligo di prestazione anticipata LAMal ai sensi dell’art. 70 LPGA è fatta salva la competenza delle altre assicurazioni sociali coinvolte (AINF/AI/AM). La garanzia di pagamento è valida solo se, al momento del ricovero, la/il paziente ha il domicilio nel Cantone che la rilascia. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo/data | Timbro e firma del servizio cantonale competente |
|  |  |

|  |
| --- |
| Indicazioni per i richiedenti |
| Impiego del presente formulario  La garanzia di pagamento rilasciata sulla base del presente formulario costituisce un’«autorizzazione» ai sensi dell’articolo 41 capoverso 3 LAMal.  Il formulario va inoltrato unicamente se la/il paziente è ammessa/o **per motivi di ordine medico** in un ospedale che non figura nell’elenco ospedaliero del suo Cantone di domicilio, ma in quello del Cantone in cui è ubicato.  Sussistono motivi di ordine medico qualora le cure non possano essere somministrate presso uno degli ospedali dell’elenco ospedaliero del Cantone di domicilio o in situazioni d’urgenza. In quest’ultimo caso, la garanzia di pagamento non è necessaria. Il formulario può tuttavia essere impiegato per l’accertamento a posteriori dell’urgenza. Sussiste **urgenza** ogni qualvolta le condizioni cliniche della/del paziente non consentano il suo trasporto in un ospedale figurante nell’elenco del Cantone di domicilio autorizzato ad erogare la prestazione in questione. L’urgenza si protrae fintantoché il trasferimento della/del paziente in un ospedale adeguato figurante nell’elenco del Cantone di domicilio sia inopportuno dal punto di vista medico o economico[[1]](#footnote-1). Non si configura invece un’urgenza ai sensi del presente formulario nel caso in cui la situazione si verifichi a distanza ragionevole da un ospedale adeguato figurante nell’elenco del Cantone di domicilio o se il trasferimento verso un ospedale figurante nell’elenco del Cantone di domicilio sia diventato inopportuno solo dopo che la/il paziente si sia recata/o in un ospedale non figurante nell’elenco del suo Cantone di domicilio per la prestazione in questione, senza chiari motivi di ordine medico.  Requisiti per il rilascio della garanzia di pagamento[[2]](#footnote-2):  In base all’articolo 41 capoverso 3 LAMal, il **Cantone di domicilio** può essere chiamato a partecipare al finanziamento di cure **ospedaliere stazionarie** extracantonali quando **sono soddisfatte** **cumulativamente le seguenti condizioni**:   1. per le cure sussiste un **obbligo di prestazione a carico dell’assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie** (assicurazione di base); 2. le cure sono somministrate in un ospedale autorizzato a esercitare a carico della LAMal che per la prestazione in questione **non figura nell’elenco del Cantone di domicilio** della persona assicurata; 3. l’ospedale curante **figura nell’elenco del Cantone in cui è ubicato** per la prestazione in questione.   Competenza in materia di richiesta della garanzia di pagamento  La competenza della richiesta di rilascio della garanzia di pagamento spetta al **medico curante** o al **medico dell’ospedale**.  Obbligo d’informazione  Il medico che inoltra la richiesta **informa la/il paziente sulle possibili conseguenze finanziarie** delle cure.  Compilazione del formulario e procedura  a) Le **sezioni da A a F** devono essere compilate dal richiedente.  b) Il **formulario di richiesta** **compilato in maniera completa e leggibile** va **inviato** a cura del richiedente, **prima** della data di ricovero prevista, al **servizio competente del Cantone di domicilio della/del paziente**.  Rimedi giuridici  **La/Il paziente nonché il** medico **richiedente hanno diritto** di ottenere dal servizio cantonale una decisione contro la quale sia possibile interporre ricorso.  Validità  La garanzia di pagamento è valida solo se, al momento del ricovero, la/il paziente ha il domicilio civile nel Cantone che la rilascia. |

1. Nei casi somatici acuti fatturati tramite forfait per caso di tipo DRG, il trasferimento nel Cantone di domicilio sulla base di considerazioni economiche in generale non è opportuno. [↑](#footnote-ref-1)
2. Secondo la raccomandazione 1 delle Raccomandazioni della Conferenza dei direttori della sanità (CDS) concernente la procedura relativa alle sovvenzioni dei Cantoni in caso di cure ospedaliere fuori Cantone ai sensi dell’art. 41 cpv. 3 LAMal del 14.02.2019: <http://www.gdk-cds.ch> [↑](#footnote-ref-2)