

GARANZIA DI PAGAMENTO per cura ospedaliera secondo la tariffa dell'ospedale curante ai sensi dell'articolo 41 capoverso 3 LAMaL (necessità medica) in ospedali non figuranti nell'elenco ospedaliero del cantone di domicilio

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 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> 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	CHF:
		prezzo base TARPSY	CHF:

D) Assicurazione			
<input type="checkbox"/> Assicurazione malattia	Nome:		
<input type="checkbox"/> Annunciato all'assicurazione infortuni	Variante assicurativa:	<input type="checkbox"/> divisione comune	
<input type="checkbox"/> Annunciato all'assicurazione invalidità		<input type="checkbox"/> divisione semi-privata	
		<input type="checkbox"/> divisione privata	

E) Motivo della richiesta	
<input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> Prima richiesta	
<input type="checkbox"/> Richiesta di rivalutazione del caso / Ricorso (motivazione obbligatoria)	
<input type="checkbox"/> Proroga della richiesta di garanzia di pagamento	
Diagnosi / Motivazioni dell'urgenza:	
Trattamenti / Accertamenti previsti nell'ospedale di destinazione:	

GARANZIA DI PAGAMENTO per cura ospedaliera secondo la tariffa dell'ospedale curante ai sensi dell'articolo 41 capoverso 3 LAMaL (necessità medica) in ospedali non figuranti nell'elenco ospedaliero del cantone di domicilio

Decisione del Cantone di domicilio

C) Ospedale di destinazione

Nome
Indirizzo:
Reparto:
E-Mail:

A) Dati personali della/del paziente

Cognome:
Nome:
NPA/luogo:
Data di nascita:
Numero di caso:
Numero assicurato AVS (NAVS13):
Data di ammissione:

B) Medico che inoltra la richiesta (richiedente)

Cognome:
Nome:
Indirizzo:
Tel:
E-Mail:

D) Assicurazione

Nome:

a) Rilascio della garanzia di pagamento alla tariffa dell'ospedale curante

<input type="checkbox"/>	La garanzia di pagamento è rilasciata alla tariffa dell'ospedale curante.
<input type="checkbox"/>	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 pagamento LAMaL (rispettivamente rifiuto della garanzia di pagamento alla tariffa dell'ospedale curante)

<input type="checkbox"/>	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

<input type="checkbox"/>	Nessuna partecipazione finanziaria del Cantone di domicilio.
Motivo:	
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	La/Il paziente non ha il proprio domicilio civile nel Cantone.
<input type="checkbox"/>	È possibile il trattamento ambulatoriale.
<input type="checkbox"/>	Il caso è di competenza AINF/AI/AM.
<input type="checkbox"/>	Altre ragioni:

d) Restituzione a causa d'incompletezza

<input type="checkbox"/>	La richiesta di garanzia di pagamento viene respinta perché il formulario è incompleto (ad es: informazioni sull'urgenza o sull'indicazione medica insufficienti).
<input type="checkbox"/>	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

GARANZIA DI PAGAMENTO per cura ospedaliera secondo la tariffa dell'ospedale curante ai sensi dell'articolo 41 capoverso 3 LAMaL (necessità medica) in ospedali non figuranti nell'elenco ospedaliero del cantone di domicilio

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 economico¹. 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 pagamento²:

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.

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>