

**GARANZIA DI PAGAMENTO PER OSPEDALIZZAZIONI EXTRACANTONALI
SECONDO LA TARIFFA DELL'OSPEDALE CURANTE (ART. 41.3 LAMAL)**

Le sezioni da A a F devono essere compilate in maniera completa e leggibile dal medico che presenta la domanda.
I formulari illeggibili e/o incompleti saranno ritornati!

A Medico che inoltra la domanda

Cognome/nome: _____ Tel: _____
Indirizzo: _____ Fax: _____
Data della domanda: _____ Timbro e firma del medico:

B Ospedale di destinazione

Nome dell'ospedale: _____
Indirizzo: _____
Tel: _____ Fax: _____ Reparto : _____
Data entrata: _____ Medico responsabile: _____
Tariffa: prezzo base CHF (*base rate*): _____
tariffa giornaliera in CHF: _____

C Dati personali del/la paziente

Cognome: _____
Nome: _____
Data di nascita: _____ Sesso: m f
Indirizzo: _____ Numero assicurato AVS (NAVS13): _____
NAP/luogo: _____ Cantone: _____

D Conferma che il trattamento non sarà preso a carico dall'assicurazione infortuni / invalidità / militare

- Esiste un obbligo di prestazione secondo l'assicurazione infortuni (AINF)
 Esiste un obbligo di prestazione secondo l'assicurazione invalidità (AI)
 Esiste un obbligo di prestazione secondo l'assicurazione militare (AM)
 Esiste un obbligo di prestazione secondo l'assicurazione malattia (AMal)

Assicurazione malattia

Nome: _____

Copertura assicurativa:

- Base Complementare:
 Comune in tutta la CH
 Semi-privata in tutta la CH
 Privata in tutta la CH

E Motivi di ordine medico

Secondo la valutazione del medico che inoltra la domanda, la prestazione **non è disponibile** in un ospedale figurante sull'elenco ospedaliero del Cantone di domicilio¹.
Durata probabile dell'ospedalizzazione in giorni: _____

Urgenza (vi invitiamo a inviare il formulario debitamente compilato, immediatamente dopo l'ammissione d'urgenza, all'Ufficio del Medico cantonale Servizio ospedalizzazioni extra-cantonali del Cantone di domicilio, di seguito Servizio Hospext)

Luogo e ora dell'urgenza: _____

Idoneità al trasporto/rimpatrio: _____

F Dati medici (strettamente riservato ai medici interessati e al Servizio Hospext)

STRETTAMENTE CONFIDENZIALE

- Prima domanda**
 Domanda di rivalutazione del caso (è richiesta la motivazione)
 Prolungo della domanda di rilascio della garanzia di pagamento (solo per i casi di riabilitazione e di psichiatria):

Diagnosi / motivazioni dell'urgenza (max. 400 caratteri):

Trattamenti / accertamenti previsti nell'ospedale di destinazione (max. 400 caratteri):

Medico di riferimento in Ticino:

¹ Per Cantone di domicilio si intende il Cantone di domicilio legale del/la paziente

OSSERVAZIONI

Requisiti per il rilascio della garanzia di pagamento⁴:

La garanzia di pagamento è rilasciata in caso di cura ospedaliera per **motivi di ordine medico** in un ospedale che non figura sull'elenco del Cantone di domicilio. Sono considerati motivi di ordine medico i casi d'urgenza e quelli in cui le prestazioni richieste non possono essere dispensate in un ospedale che figura sull'elenco del Cantone di domicilio.

** Si tratta d'**urgenza** ogni qualvolta lo stato del/la paziente non permette il trasporto nel suo Cantone di domicilio. L'urgenza si protrae fino a quando non è possibile né adeguato il trasferimento in un ospedale figurante sull'elenco del Cantone di domicilio. Non è definita urgenza ai fini della garanzia di pagamento quell'ospedalizzazione che si è verificata nel Cantone di domicilio o a seguito di un trasferimento secondario, senza motivi di ordine medico, da un ospedale figurante sull'elenco del Cantone di domicilio legale del/la paziente a uno che non figura sull'elenco del Cantone di domicilio. Restano riservati eventuali accordi intercantionali.*

In base all'articolo 41.3 LAMal, il **Cantone di domicilio** può partecipare al finanziamento di un **trattamento ospedaliero** extracantone quando **le seguenti condizioni sono adempite**:

- 1 La prestazione in oggetto è a carico dell'**assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS)**;
- 2 la prestazione è offerta in un ospedale autorizzato a esercitare a carico della LAMal che **non figura sull'elenco del Cantone di domicilio**;
- 3 l'ospedale curante **figura sull'elenco del Cantone di ubicazione** dell'ospedale per la prestazione in oggetto.

La garanzia di pagamento per prestazioni erogate in ospedali che non figurano sull'elenco del Cantone di domicilio alla **tariffa dell'ospedale curante**, secondo l'art. 41.3 LAMal, permette di riconoscere l'eventuale differenza tra la tariffa dell'ospedale curante e la tariffa di riferimento pertinente fissata e pubblicata dal Cantone. Quest'ultima è sempre applicata in caso di libera scelta dell'ospedale.

Qualora la prestazione richiesta è erogata in un ospedale che non figura né sull'elenco del Cantone di domicilio, né sull'elenco del Cantone d'ubicazione dell'ospedale, il Cantone di domicilio non partecipa finanziariamente ai costi della prestazione.

In caso di **trattamento ambulatoriale** in un ospedale che non figura sull'elenco del Cantone di domicilio ai sensi della sentenza del Tribunale Federale delle Assicurazioni del dicembre 2001 (in particolare in caso d'urgenza), ma in un ospedale che figura sull'elenco del Cantone d'ubicazione dello stesso, esiste l'obbligo del Cantone di domicilio di riconoscere la tariffa dell'ospedale curante anche senza aver ricevuto la richiesta di garanzia di pagamento (protezione tariffale integrale).

Sono responsabili a richiedere la garanzia di pagamento:

- Il **medico curante** che ordina un'**ospedalizzazione elettiva** fuori Cantone;
- Il **medico dell'ospedale** che **accoglie** il/la paziente in **caso d'urgenza**;
- Il **medico dell'ospedale** che ordina il **trasferimento** del/la paziente in **un altro ospedale**;
- Il **medico dell'ospedale** che richiede un **prolungo** della garanzia di pagamento.

Compilazione del formulario

La **sezione G** è compilata dal **Servizio Hospext del Cantone di domicilio**.

Le **sezioni da A a F** devono essere compilate da chi sottopone la domanda.

Procedura e invio del formulario di garanzia di pagamento:

(a) **Prima** di un'ospedalizzazione elettiva, o **appena possibile in caso d'urgenza**, il medico richiedente invia il formulario debitamente compilato **per posta, per fax o elettronicamente (eKOGU)**, al Servizio Hospext del Cantone di domicilio.

(b) Il **Servizio Hospext** del Cantone di domicilio ritorna al **medico richiedente l'originale cartaceo** con il preavviso compilato (sezione G). **Questi** trasmette l'originale, come documento di legittimazione per il ricovero al servizio medico dell'ospedale di destinazione, ne conserva una copia per i suoi atti e ne consegna una al paziente, se richiesto. **Il medico richiedente informa il paziente sulle possibili conseguenze finanziarie di un trattamento fuori Cantone.**

(c) Il Servizio Hospext trasmette una **copia** della garanzia, senza i dati medici (sezione F) **all'amministrazione dell'ospedale** di destinazione e una **all'assicuratore malattia** del/la paziente.

Indicazioni delle vie di diritto: In caso di disaccordo con il preavviso è data la facoltà di richiedere una decisione formale con i rimedi di diritto a: Il Medico cantonale, via Dogana 16, 6501 Bellinzona.

Ulteriori informazioni da richiedere (lun-ven dalle 14:00 alle 15:00) a:

Ufficio del medico cantonale
Servizio Hospext
6501 Bellinzona

Fax **+41 (0) 91 / 814 46 09**

Tel. **+41 (0) 91 / 814 46 01**

e-mail: dss-umc@ti.ch

web site: www.ti.ch/med

⁴ In base alla raccomandazione 1 delle "Raccomandazioni della Conferenza dei direttori della sanità (CDS) concernente la procedura relativa alle sovvenzioni dei Cantoni in caso di trattamento ospedaliero fuori Cantone secondo l'art. 41.3 LAMal" del 2 settembre 2011.
(Rif.: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Tarife/AusserkHosp/Kogu-Empf_2012_V4.3_f.pdf)