

Assistenza sanitaria in Svizzera

Vademecum per persone che soggiornano temporaneamente in Svizzera e che sono assicurate in forma pubblica in uno stato UE* o AELS (Islanda, Liechtenstein, Norvegia).

Questo vademecum si rivolge a

- turisti
- studenti
- lavoratori distaccati
- persone in viaggio d'affari
- lavoratori subordinati addetti ai trasporti internazionali
- persone alla ricerca di lavoro e
- persone che si recano solo temporaneamente in Svizzera al fine di seguire un trattamento al termine del quale intendono fare ritorno in patria.

*



Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Olanda, Polonia, Portogallo, Repubblica ceca, Romania, Svezia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Ungheria.

Indice

	Seite
1. Informazioni generali	3
2. Prestazioni coperte	3
3. Registrazione ai fini dell'assistenza sanitaria transfrontaliera	3
4. Quadro riassuntivo delle prestazioni secondo la LAMal	4
5. Scelta del prestatore di cure	6
6. Cure in forma ambulatoriale presso un medico	6
7. Cure mediche in day hospital presso un ospedale	6
8. Cure in degenza ospedaliera	7
9. Rimborso dei costi	7
10. Partecipazione ai costi	7
11. Obbligo di collaborazione, richiesta di informazioni, obbligo del segreto professionale, protezione dei dati	8
12. Domande, ombudsman, vie legali	8

Avvertenze:

Tutte le espressioni usate nel testo si riferiscono in egual misura a entrambi i sessi (per es. "medico").

Tutti i dati contenuti nel presente vademecum non costituiscono alcun elemento fondante di diritto. Giuridicamente vincolanti sono gli specifici atti legislativi in materia (la legge federale svizzera sull'assicurazione malattia e le relative ordinanze d'esecuzione nonché la giurisprudenza).

1. Informazioni generali

Le persone che rientrano nel sistema pubblico di assicurazione malattia di uno stato UE o dell'Islanda, della Norvegia o del Liechtenstein hanno diritto all'assistenza sanitaria transfrontaliera se durante un soggiorno in Svizzera hanno bisogno di prestazioni mediche in seguito a malattia, infortunio non professionale o maternità. I costi che ne derivano sono assunti in via sussidiaria per tutta la Svizzera dall'Istituzione comune LAMal (IC LAMal), con sede a Soletta.

Le persone assicurate all'estero hanno diritto alle stesse prestazioni medico-sanitarie di cui godono le persone assicurate in Svizzera. Le prestazioni in denaro (indennità giornaliera), invece, non sono versate tramite l'assistenza transfrontaliera bensì direttamente dall'assicurazione malattia competente.

L'IC LAMal paga le spese delle prestazioni mediche erogate in Svizzera secondo il diritto svizzero. In un secondo momento queste spese sono addebitate all'assicurazione malattia competente tramite l'organo di collegamento straniero.

2. Prestazioni coperte

La portata delle prestazioni dipende dalla finalità del soggiorno e dalla durata prevista dello stesso. Chi intende avvalersi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, deve presentare un'attestazione di diritto alle prestazioni valida rilasciata dalla sua assicurazione malattia. Attestazioni di diritto sono per esempio la tessera europea di assicurazione malattia (in inglese, *European Health Insurance Card EHIC*), il certificato sostitutivo provvisorio della EHIC oppure il formulario E 112.

Turisti, studenti, lavoratori distaccati, persone in viaggio d'affari, lavoratori subordinati addetti ai trasporti internazionali e persone in cerca di occupazione con soggiorno temporaneo in Svizzera hanno diritto a tutte le prestazioni contemplate dal sistema svizzero di assicurazione malattia che si rendano necessarie da un punto di vista medico e che non possano essere rimandate fino al momento previsto di ritorno nel paese di residenza.

Per le persone che si recano in Svizzera al solo fine di sottoporsi a un trattamento le prestazioni coperte nell'ambito dell'assistenza sanitaria transfrontaliera devono essere definite preventivamente (cfr. paragrafo 3).

3. Registrazione ai fini dell'assistenza sanitaria transfrontaliera

In linea di massima è sufficiente presentare la tessera europea di assicurazione malattia per attestare il diritto all'assistenza sanitaria in Svizzera. Ciononostante, l'IC LAMal può fare accertamenti circa la durata del soggiorno se il ricorso a prestazioni sanitarie in Svizzera è prolungato oppure nel caso in cui la natura e l'entità delle prestazioni ricevute esuli dalle prestazioni a cui si ha accesso durante un soggiorno temporaneo. In tal caso, l'IC LAMal procede a verificare se la persona si è recata in Svizzera al solo scopo di farsi curare.

Chi intende recarsi in Svizzera allo scopo di farsi curare deve ottenere preventivamente l'autorizzazione dalla sua assicurazione malattia sotto forma di modello E 112. Il paziente ha diritto alle prestazioni specificate sul modello.

4. Quadro riassuntivo delle prestazioni sanitarie secondo la legge svizzera sull'assicurazione malattie (LAMal)

Nella tabella qui di sotto sono riassunte a grandi linee le prestazioni sanitarie coperte dall'assicurazione malattie obbligatoria. L'elenco non è esaustivo ed è riportato solo a titolo indicativo.

Prestazione	Osservazioni
Trattamento ambulatoriale secondo i metodi della medicina classica	Assunzione delle spese per medici abilitati, chiropratici, levatrici, nonché, dietro prescrizione medica, per logopedisti, fisioterapeuti ed ergoterapeuti, per personale infermieristico o organizzazioni per le cure a domicilio e per consulenti nutrizionali.
Trattamento ambulatoriale secondo metodi di cura alternativi (medicina complementare)	Agopuntura presso medici con specializzazione riconosciuta FMH nella corrispondente disciplina di trattamento.
Medicinali	Medicamenti consegnati o prescritti dal medico, a condizione che siano elencati nella lista dei medicinali o nella lista delle specialità per l'indicazione data (altri medicinali non vengono presi a carico, neanche parzialmente).
Mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici	Mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici prescritti dal medico come, p. es., collari, stampelle, iniezioni di insulina, mezzi ausiliari contro l'incontinenza, apparecchi per inalazioni, etc. secondo l'elenco ufficiale dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)
Occhiali e lenti a contatto	Fino al 18° anno d'età compiuto: CHF 180.-- all'anno; a partire dal 19° anno d'età: CHF 180.-- ogni 5 anni. La prescrizione medica è necessaria solo per il primo paio d'occhiali / lenti a contatto. In casi clinici speciali, sono possibili prestazioni più elevate.
Trattamenti dentari (solo in casi particolari)	Assunzione delle spese in caso d'infortunio ai denti (solo se nessun'altra assicurazione contro gli infortuni si assume le spese), in caso di gravi patologie dell'apparato masticatorio oppure quando si rende necessario un trattamento a causa di una grave malattia generica quale nei casi definiti nell'ordinanza sulle prestazioni delle cure medico-sanitarie (Opre). Su richiesta Le inviamo un elenco di tali casi. È esclusa l'assunzione di spese per correzioni della posizione dei denti.
Infermità congenite	Assunzione delle spese per le stesse prestazioni come in caso di malattia, nella misura in cui non sia tenuta a fornire queste prestazioni l'assicurazione svizzera per l'invalidità.

Psicoterapia	Assunzione delle spese per trattamenti dispensati da un medico abilitato o per trattamenti delegati a psicologi/psicoterapeuti non medici, ma solo sotto sorveglianza e nello studio del medico che delega il trattamento.
Analisi di laboratorio	Analisi su prescrizione medica secondo l'elenco ufficiale delle analisi.
Trattamento ospedaliero in degenza	Assunzione delle spese di degenza per trattamenti indicati in reparto comune (camera a più letti) di un ospedale compreso nell'elenco ufficiale degli ospedali del cantone di domicilio/di soggiorno. In caso d'emergenza o ricovero disposto dal medico, anche in un ospedale fuori cantone.
Riabilitazione	Assunzione delle spese per terapie riabilitative dispensate in forma ambulatoriale o in degenza, dietro prescrizione medica. La riabilitazione in degenza è ammessa nel reparto comune di un ospedale compreso nell'elenco ufficiale e previo consenso del medico di fiducia.
Degenza in casa di cura	Assunzione delle spese per cure e e altri interventi ambulatoriali (trattamento medico, fisioterapia, etc.) come pure per medicinali e analisi di laboratorio.
Cure termali prescritte dal medico	CHF 10.-- per giorno (forfait) per un massimo di 21 giorni per anno civile come pure le spese per medico, medicinali e fisioterapie in un bagno termale ammesso.
Cure di convalescenza (p. es. dopo una degenza ospedaliera)	Nessuna prestazione in degenza (non è una prestazione a carico dell'assicuratore); assunzione delle spese unicamente per consulto medico, medicinali e terapie.
Assistenza e cure a domicilio (Spitex)	Cure dispensate a domicilio tramite organizzazioni di assistenza domiciliare riconosciute e personale sanitario professionale.
Maternità	<p>le visite di controllo effettuate da medici e levatrici (7 visite di controllo in caso di normale decorso della gravidanza più 1 visita di controllo dopo il parto)</p> <ul style="list-style-type: none"> • i controlli con ultrasuoni effettuati dai medici (in caso di normale decorso della gravidanza, 2 controlli) • le spese del parto a domicilio, in un ospedale (in camera a più letti) o in una struttura apposita per il parto e l'assistenza al porta fornita da medici e/o levatrici • 3 consulenze per l'allattamento da parte di levatrici o infermiere con formazione ad hoc • preparazione al parto con levatrice: max. CHF100.-- <p>Ginnastica pre-parto: nessuna assunzione di spese.</p>
Misure di medicina preventiva ordinate dal medico	Assunzione delle spese per determinati esami volti all'individuazione precoce di malattie e misure di prevenzione a favore di persone ad alto rischio:

	<ul style="list-style-type: none"> • profilassi per neonati • 8 esami preventivi per bambini • esame della pelle in caso di elevato rischio familiare di melanoma (melanoma riscontrato in un familiare di primo grado) • mammografia per le donne a partire dai 50 anni d'età ogni due anni; secondo parere clinico, fino ad un esame preventivo all'anno in caso di cancro al seno riscontrato nella madre, figlia o sorella. • vaccinazioni per bambini e adulti in conformità a quanto previsto dall'art. 12 dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre).
Esami ginecologici incl. pap-test	I primi due esami e poi un controllo ogni tre anni in casi normali. In caso di sospetta ereditarietà esami periodici secondo valutazione clinica.
Contributo per il trasporto medicalmente necessario di malati in strutture sanitarie convenzionate	50% delle spese, max. CHF 500.00- per anno civile se non è possibile effettuare il trasporto con mezzi pubblici o privati.
Contributo alle spese di salvataggio	50% delle spese, max. CHF 5'000.00 per anno civile. Nessun contributo per spese di ricerca e di recupero.

5. Scelta del prestatore di cure

La legge svizzera sull'assicurazione malattie permette in linea di massima agli assicurati di scegliere liberamente tra i prestatori di cura atti a fornire il trattamento, purché rientrino tra quelli autorizzati.

6. Trattamento ambulatoriale

Se ha bisogno di un trattamento medico, si rivolga a un medico autorizzato nelle sue vicinanze e esibisca il suo attestato di diritto all'assistenza sanitaria (tessera europea di assicurazione malattia o certificato provvisorio). Il suo attestato le garantisce la cosiddetta protezione tariffale. Il medico curante di norma emette direttamente la fattura a Suo carico. Una volta saldata, per ottenere il rimborso invii la fattura quietanzata al suo assicuratore malattie diretto o all'IC LAMal (cfr. paragrafo 10).

L'IC LAMal controlla le fatture dal punto di vista della conformità alle disposizioni normative della LAMal e alle relative ordinanze nonché alle tariffe vigenti. In casi dubbi, l'IC LAMal si riserva di chiedere ulteriori informazioni cliniche al fornitore di prestazioni da sottoporre all'esame del medico di fiducia.

7. Trattamento ospedaliero in day-hospital

Vale quanto detto per il trattamento ambulatoriale.

8. Trattamento in degenza

Se la gravità della malattia è tale che non può essere trattata solamente in forma ambulatoriale, (la persona in possesso dell'attestato di diritto all'assistenza) può recarsi in un ospedale. Al momento della registrazione del ricovero presenti il suo attestato di diritto all'assistenza (tessera europea di assicurazione malattia o certificato provvisorio). L'attestato le garantisce la cosiddetta protezione tariffale. Sulla base del Suo attestato l'ospedale provvede a chiedere all'IC LAMal la garanzia di assunzione delle spese nell'ambito dell'assistenza reciproca. L'IC LAMal dà la garanzia di assunzione delle spese nella misura delle prestazioni obbligatorie regolate per legge dall'assicurazione malattia in Svizzera. In quanto istituzione competente nel luogo di dimora, l'IC LAMal assume le spese dei trattamenti clinici e della degenza nel reparto comune (camera a più letti) secondo le tariffe ufficiali in vigore. Se Lei sceglie la degenza in una clinica privata oppure in camera a due letti (in regime semiprivato) o camera singola (in regime privato) di un ospedale pubblico, i maggiori costi che ne derivano sono a Suo carico.

Gli ospedali pubblici e gli ospedali privati emettono la fattura direttamente a carico dell'IC LAMal. Quest'ultima procede al controllo della fattura e al pagamento dell'importo dovuto all'ospedale. Successivamente l'IC LAMal addebita al paziente la partecipazione alle spese (cfr. par. 10).

9. Rimborso delle spese

Se non convenuto altrimenti, il prestatore delle cure (in Svizzera denominato fornitore di prestazioni) fattura le prestazioni all'assistito in conformità alla legge svizzera sull'assicurazione malattie. In questi casi gli assicurati ottengono dalla loro assicurazione malattia il rimborso delle spese mediche, al netto della partecipazione alle spese applicate secondo le tariffe svizzere (cfr. par. 6 e 7).

Non appena riceve una fattura per delle cure, dopo averla pagata deve inviarla alla sua assicurazione malattie per chiederne il rimborso. Questa le rimborserà le spese secondo la legislazione interna vigente in materia oppure effettuerà il rimborso secondo le aliquote svizzere, al netto della partecipazione alle spese.

In alternativa può anche chiedere il rimborso all'IC LAMal inviando la fattura pagata e la ricevuta di pagamento. Tenga presente che deve inviare la fattura originale (giustificativo per la richiesta di rimborso).

Per il rimborso voglia indicare le sue coordinate bancarie complete:

- **IBAN (International Bank Account Number)**
- **BIC (Bank Identifier Code)**
- **Nome e indirizzo e della banca**
- **Intestatario del conto e indirizzo**

Solo se l'IC LAMal è in possesso di questi dati può garantirle un trasferimento rapido e gratuito dell'importo dovuto.

10. Partecipazione alle spese

Le persone assicurate in Svizzera contribuiscono alle spese per le cure dispensate (partecipazione alle spese). Ciò vale anche per le persone che fanno ricorso alla assistenza in Svizzera nell'ambito della mobilità sanitaria transfrontaliera.

Per persone che soggiornano solo temporaneamente in Svizzera la partecipazione alle spese viene applicata sotto forma di un importo forfettario. Attualmente è fissato in CHF 92.00 per gli adulti e CHF 33.00 per i bambini (ma al massimo l'importo del fattura fino al forfait) fino al compimento del 18mo anno d'età per un periodo di 30 giorni. L'arco dei 30 giorni decorre a partire dal primo giorno del trattamento.

Le prestazioni dovute a gravidanza sono esenti dalla partecipazione alle spese.

11. Obbligo di collaborazione, richiesta di informazioni, obbligo del segreto professionale, protezione dei dati

L'IC LAMal è soggetta alle norme della legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e della legge sull'assicurazione malattie (LAMal) in materia di segreto professionale e protezione dei dati. Lei è tenuto/a a fornire le informazioni conformi al vero che si rendano necessarie per fare chiarezza sulle sue richieste. Al proposito l'IC LAMal è autorizzata a richiedere una diagnosi precisa al Suo medico curante e ad esigere ulteriori informazioni di natura medica da sottoporre al suo medico di fiducia. Le collaboratrici e i collaboratori dell'IC LAMAL sono tenuti al segreto professionale.

12. Domande, ombudsman, vie legali

Se ha delle domande in merito ai temi sopra esposti, può rivolgersi all'IC LAMal:

Telefono: +41 (0)32 625 30 30
(dal lunedì al venerdì: 8:00 – 11:30 e 14:00 – 16:00 Uhr)
Telefax: +41 (0)32 625 30 29
Indirizzo: Gibelinstrasse 25, casella postale, CH-4503 Solothurn
E-Mail: info@kvg.org
Internet: www.kvg.org

Per problemi non immediatamente risolvibili può rivolgersi all'ombudsman dell'assicurazione malattie. Può esporre le sue richieste per iscritto o per telefono a:

Ombudsman dell'assicurazione malattie
Morgartenstr. 9
CH - 6003 Lucerna

Telefono tedesco: +41 (0)41 226 10 10
Telefono francese: +41 (0)41 226 10 11
Telefono italiano: +41 (0)41 226 10 12
Telefax: +41 (0)41 226 10 13
E-Mail: info@om-kv.ch
Internet: <https://secure.om-kv.ch/>

Inoltre, può adire le **vie legali**. In caso di controversie inerenti prestazioni è prevista una procedura di opposizione e successivamente una procedura amministrativa.

Può esigere dall'IC LAMal una decisione impugnabile e inoltrare opposizione contro quest'ultima. Le decisioni sulle opposizioni sono impugnabili mediante ricorso di diritto amministrativo presso il Tribunale delle assicurazioni del Canton Soletta.
L'IC LAMal è tenuta a dare ogni delucidazione sui mezzi legali e sulle vie legali.

Le auguriamo buona salute, un piacevole soggiorno in Svizzera e un buon rientro nel suo paese.