

Diritti dei pazienti in caso di rifiuto di presa a carico delle prestazioni di fisioterapia

Contenuto

1. Le patient contacte l’Ombudsman de l’assurance-maladie.....	2
2. Le patient demande une décision	3
2.1. Il paziente richiede una decisione formale in merito	3
2.2. Lettera tipo «Opposizione a una decisione».....	3
2.3. Procedura successiva	3
3. Allegato : Articoli di legge.....	6
3.1. Art. 49 Decisione.....	6
3.2. Art. 52 Opposizione	6
3.3. Art. 56 Diritto di ricorso.....	6
3.4. Art. 57 Tribunale cantonale delle assicurazioni	6
3.5. Art. 61 Regole di procedura	7
3.6. Art. 62 Tribunale federale.....	7

In breve:

Quando una serie di sedute di fisioterapia prescritta dal medico non viene presa a carico – totalmente o parzialmente – dalle varie assicurazioni (casce malati, assicurazioni LAINF, AI, AM), il paziente possono intervenire.

Il paziente ha due possibilità:

- 1. Il paziente contatta l’Ombudsman dell’assicurazione malattia**
- 2. Il paziente richiede una decisione formale in merito**

1. Le patient contacte l'Ombudsman de l'assurance-maladie

Gli assicurati che si trovano confrontati con delle difficoltà con le loro casse malati non sono più allo sbando, in quanto possono far ricorso ai servizi dell' Ombudsman dell'assicurazione malattia. Quest'ultimo si occupa di tutte le problematiche che sorgono tra pazienti e casse malati. Egli ha facoltà d'intervenire nelle questioni riguardanti l'assicurazione di base, le assicurazioni complementari, come pure le assicurazioni per le indennità giornaliere praticate dalle casse malati e dai loro partners, ma può farlo solo se non sono state avviate altre pratiche contro la cassa malati (ad esempio, l'inoltro di una richiesta decisionale). L'Ombudsman non è competente per altri settori dell'assicurazione sociale : egli si occupa solo dell'assicurazione malattia. Di conseguenza, non entrerà in merito per problemi riguardanti l'assicurazione invalidità, l'assicurazione infortuni obbligatoria secondo la LAINF e neppure nell'ambito dell'assicurazione militare.

L'Ombudsman può essere interpellato dagli assicurati, dai loro rappresentanti, dai servizi sociali e dalle autorità. Gli assicurati possono presentare i loro problemi per iscritto, per telefono o via posta elettronica.

Contatto

Telefono tedesco	041 226 10 10	09.00 – 11.30 Uhr
Telefono francese	041 226 10 11	09.00 – 11.30 Uhr
Telefono italiano	041 226 10 12	09.00 – 11.30 Uhr
Fax	041 226 10 13	
E-mail	info@om-kv.ch	
Internet	www.secure.om-kv.ch	
Indirizzo	Ombudsstelle Krankenversicherung Morgartenstrasse 9 Postfach 3565 6002 Luzern	

L'Ombudsman è all'ascolto degli assicurati. Basandosi sempre sulle norme legali o contrattuali in vigore, egli esamina, in maniera obiettiva e neutra, i diritti e le pretese che si possono far valere e definisce anche a quali obblighi è soggetto l'assicurato. In una prima fase, l'Ombudsman definisce i fatti determinanti richiedendo informazioni alle parti in causa e, eventualmente, a terze persone. Esamina poi se la decisione resa dalla cassa malati corrisponde alle disposizioni giuridiche in vigore e se la cassa ha emesso la propria decisione secondo criteri fondati. L'Ombudsman elimina i malintesi e ricerca una soluzione corretta al conflitto.

L'Ombudsman interviene presso le casse malati quando le pretese dell'assicurato sono fondate, chiedendo alle casse di dare seguito alla richiesta. Quando la rivendicazione dell'assicurato non sottostà alle norme legali o contrattuali, l'Ombudsman gli consiglia di accettare la decisione della cassa fornendogli, nel contempo, le motivazioni per iscritto o oralmente.

L'Ombudsman non può annullare o modificare le decisioni degli assicuratori. Egli può solo formulare delle raccomandazioni per gli assicurati o gli assicuratori. L'invito dell'Ombudsman non può interrompere o sospendere le scadenze in atto nel caso in cui un ricorso sia stato inoltrato ad un Tribunale.

Per coloro che ne faranno richiesta, i servizi dell'Ombudsman sono gratuiti.

2. Le patient demande une décision

2.1. Il paziente richiede una decisione formale in merito

Se il paziente non accetta la decisione dell'assicurazione, ha il diritto, conformemente all'Art. 49 della Legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), di esigere una decisione formale indicante le motivazioni e i relativi rimedi giuridici, e questo nei 30 giorni dall'invio della richiesta.

accetta la decisione dell'assicurazione, ha il diritto, conformemente all'Art. 49 della Legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), di esigere una decisione formale indicante le motivazioni e i relativi rimedi giuridici, e questo nei 30 giorni dall'invio della richiesta.

Vedere la lettera tipo «Richiesta di decisione formale»

2.2. Lettera tipo «Opposizione a una decisione»

Conformemente all'Art. 52 della LPGA, la decisione può essere impugnata entro 30 giorni dalla data di emissione, facendo opposizione scritta presso l'assicurazione che l'ha notificata. Le decisioni su opposizione vanno pronunciate entro un termine adeguato (santésuisse raccomanda agli assicuratori di emettere una decisione entro 30 giorni anche se non esiste nessun lasso di tempo definito legalmente), e la stessa deve sottostare alle norme legali.

La procedura d'opposizione è gratuita ; di regola non sono accordate ripetibili.

Vedere la lettera tipo «Opposizione a una decisione»

2.3. Procedura successiva

Nel caso in cui un assicuratore malattia non emana la decisione su opposizione entro i 30 giorni prestabiliti (si calcherà comunque qualche giorno supplementare per l'invio della lettera), o se la decisione su opposizione è sfavorevole, dopo il deposito di un ricorso, il contenzioso può condurre al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Art. 56ff LPGA). Il Tribunale federale delle assicurazioni costituisce l'ultima istanza di ricorso. La procedura davanti ai Tribunali cantonali e la procedura davanti al Tribunale federale delle assicurazioni sono, salvo eccezioni, gratuite. Un indennizzo di CHF 2'500 viene attribuito alla parte vincitrice davanti le due istanze. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può aver diritto al gratuito patrocinio (Vedere art. 61 e 62 LPGA).

Lettera tipo « Richiesta decisione formale »

Indirizzo del/della paziente

Indirizzo dell'assicurazione

Luogo, data

Decisione

Numero dell'assicurato: xx

Egregi signori,

Con la presente vi rendo partecipi del mio disaccordo concernente la vostra lettera /resoconto del ..., riguardante le sedute di fisioterapia prescritte. Richiedo la presa a carico integrale dei costi, nel caso contrario di farmi pervenire, entro 30 giorni, una vostra decisione negativa sotto forma di decisione impugnabile per vie legali, riservandomi il diritto di esaminare gli ulteriori passi da intraprendere.

Vi sono grato in una celere risposta a questo mio scritto.

Cordiali saluti

(Nome / Cognome)

Allegati

Cpc a :

Lettera tipo « Opposizione a una decisione »

Indirizzo del/della paziente

Inscrit

Indirizzo dell'assicurazione

Luogo, data

Opposizione alla decisione no. xx

Numero d'assicurato: xx

Egregi signori,

Con la presente inoltro la mia opposizione, nei termini stabiliti, alla vostra decisione no. **xx** del (**da-**
ta).

Motivazione

(secondo il caso) Le sedute di fisioterapia prescritte costituiscono una prestazione obbligatoria secondo la LAMal e devono, di conseguenza, essere prese a carico dall'organismo assicurativo competente.

Per questa ragione, vi chiedo di rivedere la vostra posizione e di prendere a carico i costi delle sedute di fisioterapia conformemente alla prescrizione medica.

Cordiali saluti

(Nome / cognome)

Annexes

Copies à :

3. Allegato: Articoli di legge

3.1. Art. 49 Decisione

¹ L'assicuratore deve emanare per scritto le decisioni in materia di prestazioni, crediti o ingiunzioni con le quali l'interessato si trova in disaccordo.

² Una domanda relativa a una decisione di accertamento deve essere soddisfatta se il richiedente fa valere un interesse degno di protezione.

³ Le decisioni sono accompagnate da un avvertimento relativo ai rimedi giuridici. Devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. La notificazione irregolare di una decisione non deve provocare pregiudizi per l'interessato.

⁴ Se prende una decisione che concerne l'obbligo di un altro assicuratore di fornire prestazioni, l'assicuratore deve comunicare anche a lui la decisione. Quest'ultimo dispone dei medesimi rimedi giuridici dell'assicurato.

3.2. Art. 52 Opposizione

¹ Le decisioni possono essere impugnate entro trenta giorni facendo opposizione presso il servizio che le ha notificate; fanno eccezione le decisioni processuali e pregiudiziali.

² Le decisioni su opposizione vanno pronunciate entro un termine adeguato. Sono motivate e contengono un avvertimento relativo ai rimedi giuridici.

³ La procedura d'opposizione è gratuita. Di regola non sono accordate ripetibili.

3.3. Art. 56 Diritto di ricorso

¹ Le decisioni su opposizione e quelle contro cui un'opposizione è esclusa possono essere impugnate mediante ricorso.

² Il ricorso può essere interposto anche se l'assicuratore, nonostante la domanda dell'assicurato, non emana una decisione o una decisione su opposizione.

3.4. Art. 57 Tribunale cantonale delle assicurazioni

Ogni Cantone istituisce un tribunale delle assicurazioni per giudicare come istanza unica i ricorsi in materia di assicurazioni sociali.

3.5. Art. 61 Regole di procedura

Fatto salvo l'articolo 1 capoverso 3 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa, la procedura dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è retta dal diritto cantonale. Essa deve soddisfare le seguenti esigenze:

- a. deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato;
- b. il ricorso deve contenere, oltre alle conclusioni, una succinta relazione dei fatti e dei motivi invocati. Se l'atto non è conforme a queste regole, il tribunale delle assicurazioni accorda un termine adeguato all'autore per colmare le lacune, avvertendolo che in caso di inosservanza non si entrerà nel merito del ricorso;
- c. il tribunale delle assicurazioni, con la collaborazione delle parti, stabilisce i fatti determinanti per la soluzione della controversia; raccoglie le necessarie prove e le valuta liberamente;
- d. il tribunale delle assicurazioni non è legato alle conclusioni delle parti. Può cambiare una decisione o una decisione su opposizione a sfavore del ricorrente o accordargli più di quanto abbia chiesto; deve comunque dare alle parti la possibilità di esprimersi e di ritirare il ricorso;
- e. se le circostanze lo giustificano le parti possono essere convocate all'udienza;
- f. deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio;
- g. il ricorrente che vince la causa ha diritto al rimborso delle ripetibili secondo quanto stabilito dal tribunale delle assicurazioni. L'importo è determinato senza tener conto del valore litigioso, ma secondo l'importanza della lite e la complessità del procedimento;
- h. le decisioni, accompagnate da una motivazione, dall'indicazione dei rimedi giuridici e dai nomi dei membri del tribunale delle assicurazioni, sono comunicate per scritto;
- i. le decisioni devono essere sottoposte a revisione se sono stati scoperti nuovi fatti o mezzi di prova oppure se il giudizio è stato influenzato da un crimine o da un delitto.

3.6. Art. 62 Tribunale federale

¹ Contro le decisioni emanate dai tribunali cantonali delle assicurazioni è ammissibile il ricorso al Tribunale federale secondo la legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale federale.

^{1bis} Il Consiglio federale disciplina il diritto degli organi d'esecuzione delle singole assicurazioni sociali di ricorrere al Tribunale federale.

² Per l'esecuzione delle decisioni su ricorso di prima istanza è applicabile per analogia l'articolo 54.