Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

L'assicurazione malattie obbligatoria

Guida

Indice

Terminologia	2
Premessa	3
Copertura assicurativa	4
Prestazioni	5
Premi / Partecipazione ai costi	13
Possibilità di risparmio	15
Cosa fare in caso di disaccordo	19
Indirizzi	20
Lettere modello	25
Altri documenti informativi	27
Indice analitico / Parole chiave	28

Terminologia

Casse malati o assicuratori-malattie: organizzazioni che esercitano l'assicurazione malattie obbligatoria. Gli assicuratori-malattie non hanno scopo di lucro e devono essere riconosciuti dal Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Oltre all'assicurazione di base possono offrire assicurazioni complementari

Assicurazione malattie obbligatoria (LAMal): detta anche assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) o assicurazione di base, garantisce a tutti l'accesso a cure di qualità e a un'ampia gamma di prestazioni uguale per tutti gli assicurati. È l'oggetto del presente opuscolo.

Assicurazione complementare: le assicurazioni complementari sono facoltative, coprono esigenze maggiori (p. es. la degenza ospedaliera in un reparto privato o semiprivato) o prestazioni supplementari (p. es. quelle offerte da naturoterapisti, osteopati, cure dentarie ordinarie, ecc.). Per principio, i premi sono stabiliti in funzione del rischio che l'assicurato rappresenta per l'assicuratore. Quest'ultimo può rifiutarsi di assicurare una determinata persona o imporle riserve in base al suo stato di salute.

Gentili lettrici e lettori,

questo opuscolo risponde alle domande più frequenti e offre una panoramica delle disposizioni legali in vigore dal 1° gennaio 2026. Per i casi particolari, vogliate rivolgervi al vostro assicuratore.

Devo assicurarmi?

→ Sì, in Svizzera l'assicurazione malattie è obbligatoria

Dovete quindi assicurarvi se:
- siete domiciliati in Svizzera (indipendentemente dalla vostra nazionalità). La copertura assicurativa è individuale sia per gli adulti sia per i figli (non esiste un'assicurazione familiare);
- avete un permesso di dimora valido per almeno tre mesi;
- lavorate in Svizzera per un breve periodo (meno di tre mesi) e la vostra copertura assicurativa non è equivalente a quella dell'assicurazione malattie svizzera;
- vi siete appena stabiliti in Svizzera;
- quale cittadino svizzero, dell'UE o dell'AELS oppure del Regno Unito esercitate un'attività lucrativa in Svizzera e siete domiciliati in uno degli Stati membri dell'UE, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito; lo stesso vale per i vostri familiari senza attività lucrativa;
- quale cittadino svizzero, dell'UE o dell'AELS oppure del Regno Unito percepite esclusivamente una rendita svizzera o un'indennità di disoccupazione e siete domiciliati in uno degli Stati membri dell'UE, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito; lo stesso vale per i vostri familiari senza attività lucrativa;
- in qualità di impiegati di un datore di lavoro svizzero, siete stati distaccati temporaneamente all'estero; lo stesso vale per i vostri familiari senza attività lucrativa.

→ No, in casi eccezionali non siete soggetti all'obbligo di assicurazione o potete chiederne l'esenzione

In determinati casi, anche se risiedete in Svizzera non siete soggetti all'obbligo di assicurazione. Ad esempio, se:
- esercitate un'attività lucrativa in un Paese dell'UE o dell'AELS oppure nel Regno Unito;
- percepite una rendita esclusivamente da uno di questi Paesi;
- siete membri di una missione diplomatica o consolare oppure impiegati di un'organizzazione internazionale che beneficia di privilegi secondo il diritto internazionale.

Inoltre, alcune persone possono chiedere l'esenzione dall'obbligo di assicurazione se dispongono di una copertura assicurativa equivalente, ad esempio:
- gli studenti che soggiornano temporaneamente in Svizzera;
- i frontalieri e i pensionati che dispongono di un diritto di opzione per l'assicurazione malattie per il fatto di essere domiciliati in Austria, Francia, Germania o Italia.

Le domande di esenzione devono essere inoltrate all'autorità cantonale competente *(cfr. pag. 22)* entro tre mesi dall'inizio dell'obbligo di assicurazione o, per i pensionati domiciliati in uno Stato dell'UE o dell'AELS oppure nel Regno Unito, all'Istituzione comune LAMal (kvg.org). (Cfr. anche opuscolo «Le assicurazioni sociali», consultabile all'indirizzo Internet bsv.admin.ch/it/opuscoli-guide.

Dove devo assicurarmi?

Rivolgetevi a uno dei circa 35 assicuratori-malattie. Chi è domiciliato in uno Stato dell'UE, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito può assicurarsi soltanto presso determinate casse malati. Per ulteriori informazioni concernenti l'obbligo di assicurazione o la relativa possibilità di esenzione vogliate contattare gli uffici cantonali competenti *(cfr. indirizzi a pag. 22)*.

Quando devo assicurarmi?

Se stipulate un'assicurazione malattie entro tre mesi dal trasferimento del vostro domicilio in Svizzera o dalla nascita di vostro figlio, l'assicurazione malattie vi rimborserà retroattivamente le eventuali spese sostenute dalla sua data d'inizio e voi dovrete pagare retroattivamente i premi dovuti a partire da quella data.
In caso d'inosservanza del termine di tre mesi dal trasferimento del domicilio o dalla nascita di vostro figlio in Svizzera, vi verrà applicato un supplemento di premio e le spese già sostenute non vi saranno rimborsate.

Cosa mi viene rimborsato?

⟶ il medico

In linea di massima tutte le cure dispensate da un medico sono rimunerate dall'AOMS. Il medico curante deve tuttavia indicare al paziente se la prestazione fornita è rimunerata.
Inoltre, sono rimborsate anche le prestazioni fornite su prescrizione medica da altri specialisti del settore sanitario (fisioterapia, cure infermieristiche [organizzazione SPITEX per le cure a domicilio] o in una casa di cura, consulenza nutrizionale, consulenza per diabetici, logopedia, ergoterapia, neuropsicologia, podologia), nonché le misure prescritte dal medico curante (p. es. analisi o esami radiologici). Il rimborso delle prestazioni di psicoterapia medica e di psicoterapia praticata da psicologi prescritta dal medico è soggetto a determinate condizioni. Per verificare se un trattamento è rimborsato dall'assicurazione malattie, vogliate informarvi presso il vostro medico o il vostro assicuratore.

→ la medicina complementare

- l'agopuntura
- la medicina antroposofica
- la terapia medicamentosa della medicina tradizionale cinese (MTC)
- l'omeopatia unicista (classica)
- la fitoterapia

Le terapie summenzionate sono rimunerate solo se dispensate da un medico specialista titolare di un attestato di perfezionamento riconosciuto nella relativa disciplina.
Il registro delle professioni mediche (MedReg) contiene un elenco dei medici in possesso di un tale titolo (medregom.admin.ch/IT).
I medicamenti prescritti sono rimborsati se figurano nell'elenco delle specialità o nell'elenco dei medicamenti con tariffa (*cfr. pag. 7*). Per maggiori informazioni in merito vogliate consultare l'indirizzo seguente: bag.admin.ch/it/prestazioni-mediche-della-medicina-complementare.

→ l'ospedale

In caso di cura ospedaliera avete la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del vostro Cantone di domicilio o in quello del Cantone dove desiderate essere curati (ospedale figurante nell'elenco). L'elenco degli ospedali può essere richiesto alla vostra cassa malati o al dipartimento della sanità del vostro Cantone. Qualora decidiate di farvi curare in un ospedale che non figura nell'elenco del vostro Cantone di domicilio, la casa malati si farà carico dei costi per le cure e per la degenza in reparto comune al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del vostro Cantone di domicilio. Se invece, per motivi medici (urgenza, cure specialistiche), le cure dovessero essere dispensate in un ospedale che non figura nell'elenco del vostro Cantone di domicilio, i costi per le cure e la degenza nel reparto comune di tale struttura saranno interamente rimunerati dall'AOMS.
I costi supplementari cagionati per la degenza in un reparto privato o semiprivato sono a carico vostro o di un'eventuale assicurazione complementare (di diritto privato) che copre questa prestazione.

→ i medicamenti

L'assicurazione di base assume i costi di tutti i medicamenti prescritti da un medico purché figurino nell'«**elenco delle specialità**» *(cfr. pag. 27)*, che al momento comprende circa 3000 preparati originali e generici, ma è costantemente aggiornato. L'assicurazione di base rimunera anche i medicamenti prodotti secondo la formula magistralis (di norma elaborati in farmacia), a condizione che i suoi componenti figurino nell'elenco dei medicamenti con tariffa *(cfr. pag. 27)*.
Il farmacista può sostituire un medicamento originale con un generico, a meno che il medico non abbia esplicitamente prescritto il preparato originale. Dal punto di vista qualitativo, i medicamenti generici sono la copia di quelli originali; contengono lo stesso principio attivo (*cfr. pag. 27*) e sono di norma meno costosi.

→ la prevenzione

L'assicurazione di base rimborsa i costi delle misure di prevenzione seguenti:

- **varie vaccinazioni**, elencate all'articolo 12a dell'ordinanza sulle prestazioni e omologate da Swissmedic. Si raccomanda di discutere delle raccomandazioni di vaccinazione del calendario vaccinale svizzero con il proprio medico. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi secondo le indicazioni di vaccinazione, gli schemi di vaccinazione e le limitazioni supplementari specifiche menzionate nel documento di riferimento dell'UFSP «Vaccinazioni profilattiche». Per le vaccinazioni profilattiche e le consulenze vaccinali non è riscossa nessuna franchigia se le prestazioni sono effettuate nel quadro di programmi di prevenzione su scala nazionale.
  - Non sono invece rimunerate le vaccinazioni e le prestazioni di profilassi medica raccomandate in caso di viaggi all'estero, come la vaccinazione contro la febbre gialla o la profilassi antimalarica.
- Otto **controlli dello stato di salute** e dello sviluppo dei bambini in età prescolare.
- **Esame ginecologico**: nei primi due anni è rimunerato un esame annuale, dopodiché uno ogni tre anni, se i risultati dei primi due controlli annuali sono normali (compreso lo striscio per la diagnosi precoce del cancro al collo dell'utero). Altrimenti sono rimunerati tutti gli esami necessari dal punto di vista medico.
- **Screening mammografico** per la diagnosi precoce del cancro del seno:
  - mammografia digitale, RMN mammaria, per le donne con un rischio familiare di cancro del seno medio o elevato o con rischio individuale comparabile.
  - Screening mammografico ogni due anni per le donne a partire dai 50 anni compiuti, a condizione che venga effettuato nel quadro di un programma cantonale o regionale per la diagnosi precoce del cancro al seno che soddisfi i criteri di garanzia di qualità sanciti dalla legge. Per maggiori informazioni rivolgetevi

al vostro medico curante o consultate il sito Internet swisscancerscreening.ch/it. Per lo screening mammografico non è riscossa nessuna franchigia.
- **Diagnosi precoce del cancro del colon** per le persone di età compresa tra i 50 e i 74 anni. Analisi per l'identificazione del sangue occulto nelle feci, ogni due anni (colonoscopia in caso di esisto positivo) oppure una colonoscopia ogni dieci anni. Se l'analisi viene effettuata nel quadro dei programmi cantonali di riconoscimento precoce per la prestazione non è riscossa nessuna franchigia.

Importante
Si tratta di misure volte alla prevenzione e pertanto rimborsate dall'AOMS. Tuttavia, non appena ci fosse il sospetto di una malattia, il medico può eseguire i relativi esami senza doversi attenere alle limitazioni e alle condizioni summenzionate. Queste prestazioni saranno rimunerate dall'assicurazione malattie.

→ in caso di maternità

- **Durante la gravidanza** l'assicurazione di base rimborsa i costi di sette controlli di routine e due ecografie (una tra la 12ª e la 14ª settimana e un'altra tra la 20ª e la 23ª) effettuati presso un medico o una levatrice; in caso di gravidanza a rischio, sono rimunerati tutti gli esami necessari (ecografie incluse).
- È rimunerato il test prenatale del primo trimestre finalizzato a valutare il rischio di trisomie 21, 18 e 13 mediante la misurazione della translucenza nucale nell'ecografia (tra la 12ª e la 14ª settimana), il dosaggio di determinati fattori nel sangue della madre e in base ad altri fattori materni e/o fetali (p. es. l'età della madre).
- L'assicurazione di base rimborsa un test genetico prenatale non invasivo (NIPT) per individuare una trisomia 21, 18 o 13 a partire dalla 12ª settimana di gravidanza, quando sussiste un rischio pari o superiore a 1:1000 che il feto ne sia affetto. Un risultato positivo di un NIPT deve essere confermato da un'amniocentesi.
- **Preparazione al parto**: l'assicurazione di base versa un contributo di 150 franchi per la partecipazione a un corso di preparazione al parto, tenuto individualmente o in gruppo da una levatrice o un'organizzazione di levatrici, o per un colloquio di consulenza con la levatrice o un'organizzazione di levatrici.
- **Parto**: l'AOMS rimunera i costi del parto a domicilio, in un ospedale o in una casa per partorienti a condizione che gli ultimi due stabilimenti figurino in un elenco degli ospedali del Cantone di domicilio (*a tal proposito cfr. pag. 6 riguardo alla degenza ospedaliera*). L'assistenza di un medico o di una levatrice è compresa nella prestazione.
- **Dopo il parto** l'AOMS rimunera:
  - un **esame di controllo post-partum** effettuato da un medico o da una levatrice tra la 6a e la 10a settimana dopo il parto;
  - tre **consulenze per l'allattamento** dispensate da levatrici, organizzazioni di levatrici o da personale infermieristico appositamente formato;

– l'assistenza della levatrice o delle organizzazioni di levatrici consiste in visite a domicilio per sorvegliare lo stato di salute della madre e del bambino e per curarli. Nei 56 giorni successivi a un parto prematuro, a un parto plurigemellare, al primo parto o a un taglio cesareo, l'AOMS assume i costi al massimo di 16 visite a domicilio. In tutti gli altri casi il massimo è di 10 visite. Nei 10 giorni successivi al parto la levatrice o l'organizzazione di levatrici può effettuare, nel quadro delle visite a domicilio, una seconda visita nello stesso giorno al massimo per cinque volte. Per le visite supplementari nei 56 giorni successivi al parto o necessarie dopo questo periodo, è richiesta una prescrizione medica.
– Un esame dopo un aborto spontaneo o un'interruzione di gravidanza medicalmente indicata dalla 13a alla 23a settimana di gravidanza.

⟶ le spese di degenza ospedaliera per il neonato

La degenza e le cure normali dispensate al neonato per il periodo trascorso all'ospedale con la madre costituiscono prestazioni di maternità a carico dell'assicuratore della madre (senza partecipazione ai costi). Se però il neonato non è in buona salute, le spese sono rimborsate dal suo assicuratore (con partecipazione ai costi).

⟶ la fisioterapia

Le sedute di fisioterapia sono rimunerate se prescritte da un medico ed eseguite da un fisioterapista autorizzato. Possono essere prescritte nove sedute al massimo. Il primo trattamento deve avvenire entro cinque settimane dalla prescrizione medica. Se necessario, il medico può prescrivere il prolungamento della cura.
Le prestazioni di **un chiropratico**, invece, possono essere dispensate anche senza prescrizione medica.

⟶ gli occhiali e le lenti a contatto

L'AOMS partecipa ai costi per l'acquisto di lenti per occhiali e lenti a contatto con un importo di 180 franchi all'anno per bambini e adolescenti fino ai 18 anni compiuti, su prescrizione dell'oftalmologo. Un contributo è versato anche in presenza di gravi difetti della vista o di determinate patologie, come ad esempio alterazioni della rifrazione dovute a malattie, correzioni postoperatorie o malattie della cornea, indipendentemente dall'età dell'assicurato (per informazioni, rivolgetevi alla vostra cassa malati oppure al vostro oftalmologo).
Analogamente ai rimborsi di tutte le altre prestazioni dell'assicurazione malattie, anche questi sono soggetti alla partecipazione ai costi *(cfr. pag. 13)*.

→ i mezzi e gli apparecchi

I costi dei mezzi e degli apparecchi prescritti da un medico, come bendaggi, medicazioni, apparecchi per l'inalazione, mezzi ausiliari per l'incontinenza ecc., menzionati nell'elenco dei mezzi e degli apparecchi («*EMAp», cfr. pag. 27*), sono rimunerati fino a un determinato importo massimo. Analogamente ai rimborsi di tutte le altre prestazioni, quello dei mezzi e degli apparecchi è soggetto alla partecipazione ai costi (*cfr. pag. 13*).

→ le cure dentarie

Le cure dentarie generali quali otturazione di denti cariati o correzioni della posizione dei denti (p. es. mediante apparecchi ortodontici) non sono rimunerate. L'assicurazione malattie obbligatoria copre le spese delle cure dentarie soltanto se causate da una grave affezione dell'apparato masticatorio o dovute ad altre affezioni (es. leucemia, sostituzione delle valvole del cuore ecc.) che necessitano cure, oppure in caso di lesioni dell'apparato masticatorio in seguito a un infortunio e le cui cure non sono coperte da nessun'altra as-sicurazione.

→ in caso d'infortunio

- Se lavorate almeno otto ore la settimana per lo stesso datore di lavoro, siete assicurati presso tale datore di lavoro contro gli infortuni professionali e non professionali secondo la legge sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). In caso d'infortunio beneficiate delle prestazioni di questa assicurazione.
- Se non avete un'assicurazione contro gli infortuni obbligatoria (secondo la LAINF), dovete assicurarvi presso il vostro assicuratore-malattie; il vostro premio sarà quindi leggermente più elevato.
  In caso d'infortunio, la cassa malati vi rimborserà le stesse prestazioni come in caso di malattia.

→ le cure balneari

Per una cura balneare prescritta dal vostro medico e fornita in una stazione termale autorizzata, sono rimborsati 10 franchi al giorno per 21 giorni all'anno (vogliate informarvi presso il vostro assicuratore).
Le eventuali spese per il medico, la fisioterapia o i medicamenti sono rimborsate separatamente.

→ le cure a domicilio o in una casa di cura

Se in seguito a un intervento chirurgico o a una malattia necessitate di cure a domicilio o in una casa di cura, l'assicurazione di base versa un contributo ai costi per le cure prescritte dal vostro medico (p. es. iniezioni, cambio della medicazione, lavaggio, pulitura delle piaghe,

controllo dei segni vitali come la misurazione del polso o della pressione sanguigna, consulenza per l'assunzione di medicamenti e l'impiego di apparecchi medici, pedicure per diabetici).
Di norma, a voi resta da pagare una parte limitata dei costi di cura, mentre la quota residua è rimunerata dal vostro Cantone/Comune di domicilio. Per maggiori informazioni rivolgetevi al vostro Comune di do-micilio, a un servizio Spitex per cure a domicilio o a una casa di cura. Analogamente ai rimborsi per le altre prestazioni dell'assicurazione malattie, anche quelli per le cure a domicilio o in una casa di cura sono soggetti alla partecipazione ai costi *(cfr. pag. 13)*.
L'assicurazione di base non rimborsa tuttavia né i costi di aiuto domestico (p. es. per cucinare, pulire e fare la spesa) né quelli di soggiorno e trattamento in una casa di cura, che sono a carico dell'assicurato.
I beneficiari di rendite con un reddito modesto possono fare domanda per ottenere prestazioni complementari all'AVS/AI (cfr. opuscoli 5.01 e 5.02 pubblicati dal Centro d'informazione AVS/AI e disponibili presso la vostra cassa di compensazione o sul sito Internet ahv-iv.ch/it/Opuscoli/Prestazioni-complementari-allAVS-e-allAI).

→ i trasporti e i salvataggi

- Può succedere che per recarsi sul luogo in cui viene dispensata la cura sia necessario un mezzo di trasporto speciale (ambulanza, taxi). Questi trasporti sono rimunerati dall'AOMS nella misura del 50 per cento, con un contributo massimo di 500 franchi per anno civile.
- L'AOMS rimunera il 50 per cento dei costi di salvataggio in Svizzera di persone la cui vita è in pericolo (p. es. infortunio in montagna o infarto), con un contributo massimo di 5000 franchi per anno civile (solo in Svizzera).

→ le cure necessarie dispensate in uno Stato dell'UE o dell'AELS e nel Regno Unito

Nei Paesi dell'UE o dell'AELS e nel Regno Unito avete diritto, su presentazione della tessera europea d'assicurazione malattie, a tutte le prestazioni materiali che risultano necessarie sotto il profilo medico, tenendo conto del tipo di prestazione e della durata prevista del soggiorno. Avete anche diritto al rimborso delle medesime prestazioni degli assicurati nel Paese in questione (p. es. medici, ospedali, trasporto).
A seconda del Paese, i costi di trattamento sono pagati o dall'istituzione di assistenza locale, che li fatturerà successivamente all'assicuratore-malattie svizzero, o dallo stesso assicurato che potrà in seguito richiederne il rimborso (bag.admin.ch/it/cure-allestero-per-gli-assicurati-che-vivono-in-svizzera).
Gli assicurati domiciliati in uno Stato dell'UE, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito possono trovare ulteriori informazioni all'indirizzo Internet bsv.admin.ch/it/situazioni-transfrontaliere

→ le cure urgenti dispensate in uno Stato non appartenente all'UE o all'AELS e al di fuori del Regno

Unito

In caso di prestazione di cure urgenti in uno Stato non appartenente all'UE o all'AELS e al di fuori del Regno Unito, per esempio in caso di malattia durante le vacanze, l'assicurazione malattie obbligatoria assume i costi fino a un importo pari al doppio di quello che verrebbe versato per lo stesso trattamento in Svizzera. Per i trattamenti stazionari, ciò significa che l'assicuratore assume al massimo il 90 per cento dei costi del medesimo ricovero ospedaliero in Svizzera (motivo: per i trattamenti ospedalieri in Svizzera i Cantoni assumono una quota dei costi almeno del 55 %, il che non avviene per i ricoveri all'estero). Per alcuni Paesi (p. es. Stati Uniti, Australia, alcuni Paesi asiatici) in cui i costi del sistema sanitario e le spese di trasporto sono più elevati, è necessario concludere un'assicurazione viaggi complementare. Informatevi presso il vostro assicuratore.
L'assicurazione malattie rimunera il 50 per cento delle spese di trasporto necessario per motivi medici, fino a un importo massimo di 1000 franchi per anno civile.

→ se sono domiciliato in uno Stato dell'UE o dell'AELS oppure nel Regno Unito

Se siete assicurati in Svizzera e domiciliati in uno Stato dell'UE o dell'AELS oppure nel Regno Unito avete diritto alla libera scelta del trattamento, cioè potete farvi curare a scelta nel vostro Paese di domicilio o in Svizzera.

Importante
Per tutti gli esempi summenzionati vale quanto segue: le cure sono rimunerate dall'assicurazione malattie obbligatoria e non è quindi necessario avere un'assicurazione complementare. Questa descrizione delle prestazioni e dei fornitori di prestazioni non è esaustiva. Se avete dubbi riguardo alla rimunerazione di una cura non menzionata nel presente opuscolo, vogliate rivolgervi al vostro assicuratore.

Cosa è a mio carico?

→ Il premio

Il premio è individuale e non dipende dal reddito. Deve essere pagato anticipatamente e di principio mensilmente. Secondo la decisione del Tribunale federale del 3 dicembre 2015, per stabilire l'inizio e la fine della copertura assicurativa i premi sono calcolati su base giornaliera e non più mensile.
I bambini e gli adolescenti (fino al compimento del 18° anno d'età) nonché i giovani adulti (dai 19 fino ai 25 anni compiuti) beneficiano di premi meno elevati. I premi, fissati indipendentemente dal reddito, possono variare a seconda dell'assicuratore, del Cantone o del Paese

(nel caso in cui siate domiciliati in uno Stato dell'UE, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito). All'interno di un Cantone, di uno Stato dell'UE/AELS o del Regno Unito le casse malati possono fissare al massimo tre regioni di premio. La suddivisione uniforme in regioni di premio stabilita dall'UFSP si applica a tutti gli assicuratori. Se siete di condizioni economiche modeste, la Confederazione e i Cantoni coprono interamente o in parte i vostri premi dell'assicurazione malattie obbligatoria *(cfr. pag. 20)*.

→ Ulteriori costi a carico dell'assicurato

Una parte dei costi delle cure mediche è a carico dell'assicurato. La partecipazione ai costi è composta da:

- la franchigia ordinaria pari a 300 franchi annui (esclusi i bambini e i giovani fino ai 18 anni, che non la pagano);
- l'aliquota percentuale pari al 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia, ma al massimo 700 franchi all'anno per gli adulti e 350 per i bambini e gli adolescenti. Eccezione: per i medicamenti che possono essere sostituiti con altri più convenienti in base a determinati criteri, l'aliquota percentuale ammonta al 40 per cento dei costi eccedenti la franchigia. Tale aliquota può essere aumentata sia per i preparati originali sia per i generici. Al riguardo, il vostro medico o farmacista potrà fornirvi informazioni più dettagliate.

La partecipazione ai costi ordinaria ammonta quindi al massimo a 1000 franchi all'anno per gli adulti e a 350 franchi per i bambini e gli adolescenti.

Attenzione
Questo importo varia a seconda della franchigia scelta.

Esempio
Nel caso in cui i vostri costi di cura annui (medico, ospedale, ecc.) ammontassero a 2000 franchi, voi paghereste 300 franchi di franchigia più il 10 per cento di aliquota percentuale dell'importo eccedente la franchigia, ossia in totale 470 franchi (300 franchi + 10 % di 1700 franchi = 470 franchi). La vostra assicurazione malattie vi rimborserà l'importo residuo di 1530 franchi.

Maternità
In caso di maternità *(cfr. pag. 8)* non vi è alcuna partecipazione a costi per prestazioni specifiche. Inoltre, a partire dalla 13a settimana di gravidanza e fino a otto settimane dopo il parto, le donne non devono più partecipare ai costi delle prestazioni mediche generali, che comprendono i costi per le cure mediche di malattie senza alcun nesso con il parto.

Mammografia
Per mammografie eseguite nel quadro di campagne cantonali o regionali di diagnosi precoce del cancro al seno (*cfr. pag. 8*) non è

riscossa nessuna franchigia. Per informazioni vogliate rivolgervi al vostro assicuratore-malattie o al vostro medico.

Diagnosi precoce del cancro del colon
Se l'esame si svolge nel quadro di programmi cantonali di diagnosi precoce (*cfr. pag. 8*), per la prestazione non è riscossa nessuna franchigia.

In caso di degenza ospedaliera
Il contributo giornaliero ai costi di degenza ospedaliera ammonta a 15 franchi. Dal 1° gennaio 2022 non è più dovuto per il giorno di uscita e per i giorni di congedo. Non sono tenuti a versare tale contributo i minorenni che non hanno ancora compiuto i 18 anni, i giovani adulti che non hanno ancora compiuto i 25 anni e sono in formazione, nonché le donne per prestazioni di maternità. A questo contributo giornaliero non è applicata una quota massima.

Attenzione
Alle prestazioni fornite in un Paese dell'UE, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito si applica la normativa in vigore nel Paese in questione.

In che modo posso risparmiare sui premi?

→ confrontate le offerte

Le prestazioni dell'assicurazione malattie obbligatoria sono le stesse per tutti gli assicuratori. Un cambiamento d'assicuratore non incide pertanto sulla vostra copertura assicurativa obbligatoria. Vi possono eventualmente essere differenze nella qualità del «servizio», per esempio nella rapidità dei rimborsi e nella consulenza agli assicurati. Inoltre, alcuni assicuratori chiedono ai loro affiliati di pagare direttamente i medicamenti per poi rimborsarglieli. Ma nessun assicuratore può rifiutare di affiliare una persona soggetta all'obbligo di assicurazione.

Panoramica dei premi
Ogni anno, in ottobre, l'UFSP pubblica una panoramica dei premi dell'assicurazione di base di ogni singolo Cantone degli Stati dell'UE, dell'Islanda e della Norvegia. Questo documento è disponibile gratuitamente presso l'UFSP e può essere scaricato dal suo sito Internet *(cfr. pag. 27)*.

Termini di disdetta
- Se avete stipulato un'assicurazione di base con una franchigia ordinaria (di 300 franchi), **potete disdire** la vostra assicurazione due volte all'anno: per il 30 giugno la vostra disdetta deve essere comunicata entro il 31 marzo e per il 31 dicembre entro il 30 settembre (*cfr. lettera modello 1, pag. 26*).
- Se avete stipulato un'assicurazione malattie con una franchigia più elevata o con una scelta limitata dei fornitori di prestazioni (rete sanitaria, modello HMO, medico di famiglia), potete disdirla solo per la fine dell'anno civile, di regola con un preavviso di tre mesi. Questo significa che il vostro assicuratore deve ricevere la disdetta entro il 30 settembre (*cfr. lettera modello 1, pag. 26*).
- Se avete stipulato un'assicurazione senza scelta limitata dei fornitori di prestazioni, dal 1° gennaio 2025 avete la possibilità, rimanendo presso la stessa cassa malati, di passare in qualsiasi momento a un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni (p. es. modello HMO, modello basato sul medico di famiglia o modello con teleconsulenza medica).
- Dopo l'annuncio di nuovi premi, potete disdire il vostro contratto e cambiare l'assicuratore entro la fine del mese precedente l'entrata in vigore del nuovo premio, sia che i nuovi premi approvati dall'UFSP siano aumentati, sia che abbiate stipulato forme particolari d'assicurazione (modello HMO, modello basato sul medico di famiglia, modello con teleconsulenza medica o con franchigia opzionale). L'assicuratore-malattie è inoltre tenuto ad annunciarvi il nuovo premio almeno due mesi prima della sua applicazione, rendendovi attenti sul vostro diritto di disdetta (*cfr. lettera modello 1, pag. 26*).
- Il cambiamento di franchigia il passaggio a Il cambiamento di franchigia o il passaggio a un'assicurazione con bonus possono avvenire possono avvenire solo per l'inizio dell'anno civile (*cfr. letteramodello 2, pag. 26*).

– Il passaggio da una franchigia opzionale alla franchigia ordinaria (di 300 franchi) o a una franchigia opzionale più bassa deve essere comunicato all'assicuratore al più tardi il 30 novembre. Il passaggio a una franchigia più elevata può invece essere comunicato entro la fine di dicembre. Il cambiamento del modello assicurativo deve essere richiesto entro il 30 novembre.

Esempio
Se desiderate cambiare l'attuale assicuratore-malattie per il 1° gennaio dell'anno successivo, quest'ultimo deve aver ricevuto la disdetta del vostro contratto entro e non oltre il 30 novembre; questo indipendentemente dal fatto che il premio sia aumentato o che voi abbiate stipulato una forma particolare d'assicurazione (rete sanitaria, modello HMO, modello di medico di famiglia, teleconsulenza medica, franchigia opzionale, assicurazione con bonus). È determinante che l'assicuratore-malattie vi comunichi il nuovo premio, approvato dall'UFSP, prima del 31 ottobre.

Attenzione
La disdetta va inoltrata entro il termine stabilito (*cfr. lettera modello 1, pag. 26*). Il vostro assicuratore-malattie deve riceverla imperativamente entro la scadenza del termine. Per la disdetta non fa fede il timbro postale, bensì la data in cui l'assicuratore riceve la comunicazione scritta della disdetta. È pertanto consigliato d'inviare tale comunicazione per lettera raccomandata, rispettivamente a metà marzo o a metà novembre. Sbrigate immediatamente tutte le pratiche presso il nuovo assicuratore affinché quest'ultimo possa comunicare al vostro assicuratore attuale che non v'è interruzione della copertura assicurativa. Senza questa informazione il cambiamento non può avvenire.

→ Controllate le vostre assicurazioni complementari

L'assicurazione malattie obbligatoria garantisce a tutti una vasta gamma di prestazioni mediche di qualità. Confrontate perciò le prestazioni offerte dalle vostre assicurazioni complementari con quelle coperte dall'assicurazione malattie obbligatoria.

Importante
Per quanto riguarda l'assicurazione complementare non cambiate assicuratore prima di esservi informati esattamente sulle condizioni d'ammissione del nuovo assicuratore: quest'ultimo può infatti rifiutare delle persone, fissare il premio in base all'età e al sesso o imporre riserve in base allo stato di salute delle stesse. Confrontate il catalogo delle prestazioni: vi sono notevoli differenze tra le prestazioni offerte dai diversi assicuratori.

Termine di disdetta
Riferirsi assolutamente alle condizioni d'assicurazione del vostro assicuratore. Normalmente il termine di disdetta dell'assicurazione complementare differisce da quello dell'assicurazione malattie obbligatoria.

→ Scegliete una forma particolare d'assicurazione

Se scegliete una delle seguenti forme particolari d'assicurazione pagate un premio più basso (*cfr. «Panoramica dei premi»,UFSP, pag. 27*):

Scelta limitata del medico e dell'ospedale
Uno sconto sui premi è concesso se vi fate curare in un centro «HMO - Health Maintenance Organization» o se consultate dapprima il vostro medico di famiglia che stabilirà se dovrete essere curati da uno specialista o, in caso di necessità, ricoverati in ospedale. Ciò significa tuttavia che rinunciate alla libera scelta del medico (eccetto in casi urgenti). Leggete attentamente le condizioni di assicurazione (*cfr. «Panoramica dei premi», UFSP, pag. 28/ «Elenco degli assicuratori-malattie», pag. 24*). Questi sconti si riferiscono al premio dell'assicurazione ordinaria con copertura infortuni. In caso di combinazione con una franchigia opzionale, questi sconti non sono concessi a causa delle disposizioni relative ai premi minimi (*cfr. qui di seguito*).

Franchigia opzionale
L'assicuratore vi concede uno sconto sul premio se scegliete una franchigia superiore ai 300 franchi (franchigia ordinaria) per l'inizio dell'anno civile. Questo è possibile solo per l'inizio dell'anno civile e per un periodo di almeno un anno. Lo sconto ottenuto dipende dall'ammontare della franchigia ma soggiace a un limite previsto dalla legge.
Gli importi delle franchigie opzionali sono di 500, 1000, 1500, 2000 e 2500 franchi per gli adulti e di 100, 200, 300, 400, 500 e 600 franchi per i minorenni. Le casse malati non sono tenute a offrire tutte le franchigie opzionali e possono prevederne di differenti per i giovani adulti (dai 19 anni fino ai 25 anni compiuti) rispetto a quelle per gli adulti.

Sconti sulle franchigie opzionali
- L'assicuratore deve riscuotere un premio minimo pari al 50 per cento del premio ordinario (con copertura infortuni) previsto per il gruppo d'età e la regione di premio della persona in questione. Il premio non può essere inferiore a questo importo, anche nel caso di un'assicurazione senza copertura infortuni o di una combinazione di assicurazioni che limitano la scelta dei fornitori di prestazioni.
- Può essere inoltre concessa una riduzione di premio massima pari al 70 per cento del rischio supplementare assunto dall'assicurato. L'importo corrispondente (in franchi) è riportato nella tabella seguente. Lo sconto è concesso solo se il premio ridotto non è inferiore al premio minimo.

	Adulti					Minorenni					
Franchigia	500	1000	1500	2000	2500	100	200	300	400	500	600
Sconto annuale massimo	140	490	840	1190	1540	70	140	210	280	350	420

Assicurazione con bonus
Il premio è ridotto in rapporto ad ogni anno in cui non richiede alcun rimborso di prestazioni. Il premio iniziale supera del 10 % il premio ordinario e non vi è la possibilità di aumentare la franchigia. Il premio può però diminuire fino a 55 % del premio iniziale.

Altri modelli d'assicurazione
Diversi assicuratori offrono altri modelli d'assicurazione (p. es. modelli con teleconsulenza medica o combinati). Per maggiori informazioni, vogliate rivolgervi a un assicuratore che offre tali modelli.

Attenzione
Le forme particolari d'assicurazione non sono applicabili agli assicurati domiciliati in uno Stato dell'UE, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito.

→ sospendete la vostra copertura infortuni

Se lavorate almeno 8 ore alla settimana e siete assicurati tramite il vostro datore di lavoro contro gli infortuni professionali e non professionali secondo la LAINF, potete chiedere l'interruzione della vostra copertura infortuni (*cfr. lettera modello 3, pag. 26*).

→ chiedete il rimborso dei premi in caso di servizio militare di lunga durata

Se prestate servizio militare per più di 60 giorni consecutivi nell'esercito, nel servizio civile o nella protezione civile, l'assicurazione malattie potrà essere sospesa poiché per quel periodo il rischio di malattia sarà coperto dall'assicurazione militare.

Che cosa posso fare se non sono d'accordo con l'assicuratore?

⟶ chiedete spiegazioni

Gli assicuratori hanno l'obbligo legale di fornire informazioni se avete domande. Dopo di che, se non siete d'accordo …

⟶ rivolgetevi all'organo di mediazione (ombudsman)

L'organo di mediazione dell'assicurazione sociale malattie (ombudsman) o a un'organizzazione di consulenza (*cfr. indirizzi a pag. 24*) possono aiutarvi. Se non siete soddisfatti…

⟶ richiedete una decisione formale

Potete richiedere al vostro assicuratore di trasmettervi una decisione formale che comprenda, oltre ai motivi della decisione, anche informazioni sui mezzi giuridici per fare opposizione (*cfr. lettera modello 4, pag. 26*). Se non siete ancora soddisfatti…

⟶ considerate la possibilità di fare opposizione

Contro la decisione formale potete fare opposizione (*scritta od orale: cfr. lettera modello 5, pag. 26*) presso il vostro assicuratore entro 30 giorni. Dopodiché quest'ultimo deve notificarvi una «decisione su opposizione» motivata e contenente informazioni sui mezzi giuridici per interporre ricorso. E se non siete ancora soddisfatti…

⟶ considerate la possibilità d'interporre ricorso

Contro la decisione su opposizione del vostro assicuratore potete interporre ricorso presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni entro 30 giorni. Potete interporre ricorso anche ove l'assicuratore ometta di notificarvi la decisione formale o la decisione su opposizione richiesta.

Importante
Per le controversie legali in materia di prestazioni, la procedura è gratuita. Potete interporre ricorso presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni solo se precedentemente avete fatto opposizione (scritta od orale) presso il vostro assicuratore.

⟶ Infine…

Se non siete d'accordo con la sentenza emessa dal Tribunale cantonale delle assicurazioni potete interporre un ulteriore ricorso scritto presso la Corte di diritto sociale del Tribunale federale a Lucerna entro 30 giorni. La sentenza del Tribunale federale è definitiva e non può più essere impugnata.

Indirizzi

Uffici competenti per la riduzione dei premi

1. Uffici cantonali

Cantone	Indirizzo	contatto
AG Argovia	SVA Aargau Kyburgstrasse 15 5001 Aarau	**T** 062 836 81 81 info@sva-ag.ch www.sva-ag.ch/pv
AI Appenzello Interno	Gesundheitsamt Hoferbad 2 9050 Appenzell	**T** 071 788 92 50 info@gsd.ai.ch www.ai.ch
AR Appenzello Esterno	Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden Neue Steig 15 9102 Herisau	**T** 071 354 51 51 info@sovar.ch www.sovar.ch
BE Berna	Office des assurances sociales Service de la réduction des primes Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	**T** 031 636 45 00 asv.pvo@be.ch www.asv.dij.be.ch
BL Basilea Campagna	SVA Basel-Landschaft Hauptstrasse 109 4102 Binningen	**T** 061 425 24 00 **F** 061 425 25 00 ipv@sva-bl.ch www.sva-bl.ch
BS Basilea Città	Kanton Basel-Stadt Amt für Sozialbeiträge Prämienverbilligung Grenzacherstrasse 62 4058 Basel	**T** 061 267 87 11 asb-pv@bs.ch www.asb.bs.ch
FR Friburgo	Caisse de compensation du canton de Fribourg Impasse de la Colline 1 Case postale 1762 Givisiez	**T** 026 426 77 00 www.ecasfr.ch
GE Ginevra	Service de l'assurance-maladie Route de Frontenex 62 1207 Genève	**T** 022 546 19 00 sam@etat.ge.ch www.ge.ch
GL Glarona	Kantonale Steuerverwaltung Fachstelle IPV Hauptstrasse 11 8750 Glarus	**T** 055 646 61 55 ipv@gl.ch www.gl.ch
GR Grigioni	SVA Graubünden Ottostrasse 24 Postfach 7001 Chur	**T** 081 257 41 11 **F** 081 257 42 22 ipv@sva.gr.ch www.sva.gr.ch
JU Giura	Caisse de compensation du canton du Jura Case postale 2350 Saignelégier	**T** 032 952 11 11 amal@ecasju.ch www.ecasjura.ch
LU Lucerna	WAS Wirtschaft Arbeit Soziales Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	**T** 041 209 01 51 ipv@was-luzern.ch www.was-luzern.ch/ak
NE Neuchâtel	Service de l'action sociale Rue de Tivoli 28 Case postale 1 2002 Neuchâtel 2	**T** 032 889 85 02 **F** 032 889 60 89 Service.ActionSociale@ne.ch www.ne.ch
NW Nidvaldo	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 88 Postfach 6371 Stans	**T** 041 618 51 00 info@aknw.ch www.aknw.ch
OW Obvaldo	Ausgleichskasse Obwalden Brünigstrasse 144 6060 Sarnen	**T** 041 666 27 50 info@akow.ch www.akow.ch/ipv

SG San Gallo	SVA St. Gallen Brauerstrasse 54 9016 St. Gallen	**T** 071 282 61 91 www.svasg.ch/ipv
SH Sciaffusa	SVA Schaffhausen Oberstadt 9 8200 Schaffhausen	**T** 052 632 61 11 www.svash.ch
SO Soletta	Ausgleichskasse des Kantons Solothurn Allmendweg 6 4528 Zuchwil	**T** 032 686 22 00 info@akso.ch www.akso.ch
SZ Svitto	Ausgleichskasse Schwyz Rubiswilstrasse 8 Postfach 53 6431 Schwyz	**T** 041 819 04 25 info@aksz.ch www.aksz.ch
TG Turgovia	Ufficio di controllo della comune del luogo di domicilio o Amt für Gesundheit Promenadenstrasse 16 8510 Frauenfeld	**T** 058 345 68 40 gesundheit@tg.ch gesundheit.tg.ch
TI Ticino	Ufficio delle prestazioni Servizio sussidi assicurazione malattia Viale Stazione 28a 6500 Bellinzona	**T** 091 821 93 11 sussidi@ias.ti.ch www.ti.ch
UR Uri	Sozialversicherungsstelle Uri Dätwylerstrasse 11 6460 Altdorf	**T** 041 874 50 47 ipv@svsuri.ch www.ur.ch/praemienverbilligung
VD Vaud	Office vaudois de l'assurance-maladie Rte des Plaintes-du-Loup 1 1014 Lausanne	**T** 021 557 47 47 www.vd.ch/ovam
VS Vallese	Caisse de compensation du canton du Valais Av. Pratifori 22 Case postale 180 1951 Sion	**T** 027 324 91 11 subvention@avs.vs.ch www.avs.vs.ch
ZG Zugo	Ausgleichskasse Zug Baarerstrasse 11 Postfach 6304 Zug	**T** 041 560 47 00 info@akzug.ch www.akzug.ch/ipv
ZH Zurigo	SVA Zürich Röntgenstrasse 17 Postfach 8087 Zürich	**T** 044 448 53 75 svazurich.ch/ipv

2. Istituzione comune

L'Istituzione comune LAMal ha la competenza di accordare riduzioni dei premi agli assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda Norvegia o nel Regno Unito e che beneficiano di una rendita svizzera; la riduzione è accordata anche ai loro familiari assicurati in Svizzera (art. 66a LAMal).

Istituzione	Indirizzo	contatto
Istituzione comune LAMal	Industriestrasse 78 4609 Olten	**T** 032 625 30 30 pv@kvg.org www.kvg.org

Uffici cantonali competenti per le richieste d'esenzione

Cantone	Indirizzo	Contatto
AG Argovia	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	**T** 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
AI Appenzello Interno	Gesundheits- und Sozialdepartement Hoferbad 2 9050 Appenzell	**T** 071 788 92 50 info@gsd.ai.ch www.ai.ch
AR Appenzello Esterno	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	**T** 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
BE Berna	Office des assurances sociales Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	**T** 031 636 45 00 asv.vp@be.ch www.asv.dij.be.ch
BL Basilea Campagna	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	**T** 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
BS Basilea Città	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	**T** 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
FR Friburgo	Comune del luogo di domicilio, di residenza o di lavoro (frontalieri) Frontalieri: Service de la Santé publique Chemin des Mazots 2 1700 Fribourg	**T** 026 305 29 13 **F** www.fr.ch/ssp
GE Ginevra	Service de l'assurance maladie Route de Frontenex 62 1207 Genève	**T** 022 546 19 00 sam@etat.ge.ch www.ge.ch
GL Glarona	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	**T** 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
GR Grigioni	Comune del luogo di domicilio, di residenza o di lavoro (frontalieri)	
JU Giura	Caisse de compensation du Jura Case postale 2350 Saignelégier	**T** 032 952 11 11 www.caisseavsjura.ch
LU Lucerna	WAS Wirtschaft Arbeit Soziales Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	**T** 041 375 05 05 kv@was-luzern.ch www.was-luzern.ch/ak
NE Neuchâtel	Office de l'assurance maladie Rue de Tivoli 28 Case postale 1 2002 Neuchâtel 2	**T** 032 889 66 30 **F** 032 722 03 66 ocab@ne.ch www.ne.ch
NW Nidvaldo	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 88 Postfach 6371 Stans	**T** 041 618 51 00 info@aknw.ch www.aknw.ch
OW Obvaldo	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	**T** 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
SG San Gallo	Comune del luogo di domicilio, di residenza o di lavoro (frontalieri)	
SH Sciaffusa	SVA Schaffhausen Oberstadt 9 8200 Schaffhausen	**T** 052 632 61 11 www.svash.ch
SO Soletta	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	**T** 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org

SZ Svitto	Ausgleichskasse Schwyz Rubiswilstrasse 8 Postfach 53 6431 Schwyz	**T** 041 819 04 25 info@aksz.ch www.aksz.ch
TG Turgovia	Comune del luogo di domicilio, di residenza o di lavoro (frontalieri) Amt für Gesundheit Promenadenstrasse 16 8510 Frauenfeld	**T** 058 345 68 40 gesundheit@tg.ch gesundheit.tg.ch
TI Ticino	Ufficio dei contributi Settore obbligo assicurativo Via Ghiringhelli 15a 6501 Bellinzona	**T** 091 821 91 11 obbligo@ias.ti.ch www.ti.ch
UR Uri	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
VD Vaud	Office vaudois de l'assurance-maladie Rte des Plaintes-du-Loup 1 1014 Lausanne	**T** 021 557 47 47 www.vd.ch
VS Vallese	Comune del luogo di domicilio, di residenza o di lavoro (frontalieri)	
ZG Zugo	Comuni Risch Rotkreuz, Steinhausen e città di Zugo: Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten Comune del luogo di domicilio, di residenza o di lavoro (frontalieri)	**T** 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
ZH Zurigo	SVA Zürich Röntgenstrasse 17 Postfach 8087 Zürich	**T** 044 448 88 90 svazurich.ch

Elenco degli assicuratori-malattie

Troverete l'elenco degli assicuratori-malattie autorizzati a esercitare l'assicurazione sociale malattie nel documento «Panoramica dei premi» pubblicato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (*cfr. pag. 27*) e all'indirizzo Internet: priminfo.ch (rubrica: «Downloads»).

Elenco dei centri HMO / reti sanitarie

Troverete l'elenco degli assicuratori-malattie che offrono centri HMO e modelli «medici di famiglia» nel documento «Panoramica dei premi» pubblicato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (*cfr. pag. 27)*.

Altri indirizzi

- **Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie**, casella postale 519, 6002 Lucerna, tel. 041 226 10 12 (consulenza e mediazione in caso di controversie; nessuna consulenza assicurativa in generale), om-kv.ch/it.
- **Organizzazione svizzera dei pazienti OSP,** Casella postale 1077, 6501 Bellinzona, tel. 091 826 11 28, spo.ch.
- **Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (ACSI)**, Strada di Pregassona 33, 6963 Pregassona, tel. 091 922 97 55, acsi.ch.

Lettere modello

1 Clara Esempio
Via Ospedale 5
6500 Bellinzona

2 Numero d'assicurato 12.3456789.0

Raccomandata

3 Cassa malati Sanissima
Casella postale
6500 Bellinzona

Bellinzona, 5 ottobre *(anno)*

Richiesta di sospensione della copertura dell'infortunio (art. 8 LAMal)

4 Gentili signore, egregi signori,
Vi prego di voler sospendere la copertura dell'infortunio della mia assicurazione obbligatoria delle cure medico–sanitarie. Troverete in allegato una conferma del mio datore di lavoro secondo la quale sono assicurato contro gli infortuni professionali e non professionali ai sensi della LAINF.

Distinti saluti

Clara Esempio

Allegati: conferma del datore di lavoro

1 Nome, cognome e indirizzo

2 Numero d'assicurato (secondo il vostro contratto d'assicurazione)

3 Nome e indirizzo del vostro assicuratore

4 Testo a scelta, da 1 a 5

Testo a scelta, da 1 a 5, secondo la situazione

1 Assicurazione obbligatoria delle cure medico–sanitarie: cambiamento d'assicuratore

Con la presente vi comunico di disdire la mia assicurazione obbligatoria delle cure medico–sanitarie per *[data]*, poiché ho deciso di assicurarmi presso un altro assicuratore LAMal.

2 Assicurazione obbligatoria delle cure medico–sanitarie: modifica della franchigia

Vi prego d'intraprendere i passi necessari affinché dal 1° gennaio *[anno]* la franchigia della mia assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sia fissata a *[importo]* franchi.

3 Richiesta di sospensione della copertura dell'infortunio (art. 8 LAMal)

Vi prego di sospendere la copertura infortuni della mia assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Troverete in allegato una conferma del mio datore di lavoro secondo la quale sono assicurato contro gli infortuni professionali e non professionali ai sensi della LAINF.
Allegato: conferma del datore di lavoro

4 Richiesta di una decisione formale

Con riferimento al vostro parere del [data], vi prego di farmene pervenire una copia per scritto ai sensi dell'articolo 51 capoverso 2 LPGA.
Allegato: fotocopia del vostro parere [facoltativo]

5 Opposizione

Con la presente faccio opposizione, ai sensi dell'articolo 52 capoverso 1 LPGA, contro la vostra decisione formale del *[data]*, per i seguenti motivi:
Allegati:
– fotocopia della vostra decisione formale *[facoltativo]*
– *[se possibile: documenti che giustificano i motivi]*

Informazioni complementari

Panoramica dei premi

A ottobre di ogni anno l'UFSP pubblica la «Panoramica dei premi». Si tratta di una guida contenente i premi che saranno applicati l'anno seguente dagli assicuratori-malattie più importanti in ogni Cantone. Potete ricevere questa pubblicazione gratuitamente inviando un'etichetta autoadesiva (p.f. non inviare buste) con il vostro indirizzo a:

Ufficio federale della sanità pubblica
«Panoramica dei premi»
3003 Berna

La panoramica è disponibile all'indirizzo Internet: priminfo.ch.

Legge federale sull'assicurazione malattie

La legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e le relative ordinanze sono disponibili all'indirizzo Internet: bag.admin.ch/it/legge-federale-sullassicurazione-malattie-lamal o possono essere ordinate presso l'Ufficio federale delle costruzioni e della logistica UFCL (numero d'ordinazione 832.10.i): UFCL, Distribuzione pubblicazioni, 3003 Berna. Indirizzo Internet: pubblicazionifederali.admin.ch.

Elenco delle specialità con l'elenco dei generici e l'elenco dei medicamenti con tariffa

Gli elenchi dei medicamenti rimunerati dagli assicuratori («elencodellespecialità.ch/default.aspx» incl. l'elenco dei generici e l'elenco dei medicamenti con tariffa) sono disponibili all'indirizzo Internet (bag.admin.ch/it/medicamenti)

Elenco dei mezzi e degli apparecchi («EMAp»)

L'elenco dei mezzi e degli apparecchi («EMAp») è disponibile all'indirizzo Internet bag.admin.ch/it/elenco-dei-mezzi-e-degli-apparecchi-emap

Indice analitico / Parole chiave

Aliquota percentuale 13
Assicurazione complementare 6, 12, 16
Assicurazione con bonus 16, 18
Assicurazione di base 7, 8, 11, 15
Assicurazione malattie obbligatoria 10, 12, 13, 15, 16

Casa di cura 5, 11
Chiropratico 9
Copertura infortuni 17, 18, 26
Cure a domicilio 5, 11
Cure balneari 11
Cure dentarie 10

Decisione 19, 26
Disdetta 15, 16

Elenco dei mezzi e degli apparecchi 10, 27
Elenco delle specialità 6, 7, 27
Esame di controllo post-partum 9
Estero 4, 7, 12

Fisioterapia 5, 9, 11
Franchigia 7, 8, 13, 15, 17

Generici 7, 13, 27

HMO 15, 17, 24

Infortuni 10, 17, 18

Lenti a contatto 10

Mammografia 8, 14
Maternità 8, 9, 14
Medicamenti 6, 11, 13, 15, 17, 27
Medico 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17
Medico di famiglia 15, 17
Mezzi e apparecchi 10, 27

Neonato 9

Obbligo di assicurazione 4, 5, 15
Occhiali 10
Opposizione 19, 26
Ospedale 6, 9, 12, 17

Partecipazione ai costi 13
Parto 8, 9
Premi 5, 10, 13, 15, 16, 17
Panoramica dei premi 15, 24, 27

Riduzione dei premi 20
Rimborso dei premi 18

Sconto sui premi 17

Prevenzione 7,8

Reti sanitarie 24
Ricorso 19

Salvataggi 11
SPITEX 5, 11

Trasporti 11

UE/AELS/UK 4, 5, 11, 12, 13
Urgenza 6, 12

Sigla editoriale

Editore
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Divisione Vigilanza delle assicurazioni

Contatto
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Casella postale
CH-3003 Berna
anfragen-aufsicht@bag.admin.ch
bag.admin.ch/it/assicurazione-malattie

Data di pubblicazione
febbraio 2026

Indirizzo per l'ordine
UFCL, Vendita delle pubblicazioni federali, CH-3003 Berna
www.pubblicazionifederali.admin.ch
Numero d'ordinazione: 316.950.i

Versioni linguistiche
La presente pubblicazione è disponibile in francese, inglese, italiano e tedesco

Versione digitale
Tutte le versioni linguistiche di questa pubblicazione sono disponibili in formato PDF su
bag.admin.ch/it/assicurazione-malattie-lessenziale-in-breve