

Factsheet Diabete mellito e assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie

1. Obbligo di assicurazione e scelta della cassa malati

In Svizzera l'assicurazione di cure medico-sanitarie è obbligatoria: Ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera.

Le persone tenute ad assicurarsi possono scegliere liberamente la cassa malati fra quelle riconosciute: nei limiti del loro raggio di attività territoriale, le casse malati devono accettare ogni persona tenuta ad assicurarsi, senza riserve.

Inoltre vige il principio della piena libertà di passaggio: rispettando un preavviso di 3 mesi, gli assicurati possono cambiare l'assicuratore per la fine di ogni semestre civile. Se la cassa malati comunica alla persona assicurata un nuovo premio, l'assicurato può cambiare la cassa addirittura con 1 solo mese di preavviso (per fine anno) e questo indipendentemente dal fatto che il nuovo premio sia più alto, uguale o più basso di quello precedente. Il cambiamento per il 30 giugno di un anno è possibile solo se l'assicurato ha la franchigia ordinaria (Fr. 300.-).

2. I rischi assicurati

L'assicurazione obbligatoria copre i rischi di malattia e maternità. Il rischio infortunio è pure coperto, se non esiste una copertura degli infortuni professionali e non professionali tramite il datore di lavoro.

L'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie copre i rischi assicurati per tutta la durata del contratto. È irrilevante se la manifestazione della malattia, l'infortunio o l'inizio di una gravidanza si sono già verificati prima che iniziasse la copertura assicurativa.

Nell'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie vale il principio territoriale. Essenzialmente sono coperti solo i costi che si sono avuti in Svizzera. Un'eccezione è data dalle cure di urgenza durante un soggiorno temporaneo all'estero. In questo caso anche tali costi devono essere assunti dalla cassa malati.

3. Franchigia e aliquota percentuale

Gli assicurati maggiorenni devono partecipare personalmente ai costi delle cure mediche ricevute con un contributo fisso, valido per un anno civile (franchigia, attualmente Fr. 300.- all'anno). Inoltre devono pagare, sulla quota dei costi delle cure che supera la franchigia, un'aliquota percentuale del 10%, al massimo però Fr. 700.- all'anno. Nel caso degli assicurati fino ai 18 anni compiuti l'aliquota percentuale è pure il 10% dei costi, ma arriva al massimo a Fr. 350.- all'anno.

Per ottenere una riduzione adeguata dei premi, gli assicurati possono scegliere un modello con una franchigia maggiore.

4. Cure ed esami medici

Le casse malati devono assumersi i costi delle prestazioni atte a diagnosticare e a curare una malattia. Questo comprende anche le prestazioni di personale medico (come p.es. fisioterapisti, psicoterapeuti, consulenti per il diabete o l'alimentazione) che effettuano prestazioni sotto la sorveglianza diretta o nei locali dello studio di un medico.

I costi di tali cure ed esami sono coperti soltanto se soddisfano i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità. Nel caso di alcune prestazioni controverse, la commissione medica competente ha deciso quanto segue:

- la terapia con pompa insulinica deve essere pagata dalla cassa malati come prestazione obbligatoria, se il paziente è un diabetico estremamente labile, non può essere stabilizzato nemmeno con il metodo dell'iniezione multipla, sussiste l'indicazione per l'impiego di una pompa insulinica e il paziente viene assistito in un centro qualificato. Previa consultazione del medico di fiducia, tale assistenza può anche essere prestata da un medico indipendente con adeguata esperienza.
- Un intervento chirurgico per la cura delle adiposità deve essere pagato dalla cassa malati se il paziente ha un Body Mass Index di oltre 35 e una terapia adeguata della durata di 2 anni non ha permesso di ottenere una diminuzione di peso. L'indicazione viene formulata in base alle linee guida dello "Swiss Study Group for Morbid Obesity" (SMOB) per il trattamento chirurgico dell'obesità.
- L'ossigenoterapia iperbarica è un trattamento a carico delle casse malati in caso di sindrome del piede diabetico in stadio avanzato.
- I costi di una riabilitazione ambulatoriale per i pazienti con diabete mellito tipo 2 devono essere pagati dagli assicuratori come prestazione obbligatoria (al massimo una volta ogni tre anni), a condizione che vi sia una previa garanzia di assunzione dei costi con esplicita autorizzazione del medico di fiducia e la riabilitazione soddisfi i requisiti fissati dalla Società svizzera di endocrinologia e diabetologia.

5. Consulenza specialistica per il diabete

Gli assicuratori malattie devono pagare i costi di una consulenza specialistica per il diabete, se viene prestata da infermiere o infermieri in diabetologia o da consultori di diabetologia riconosciuti dell'Associazione svizzera per il diabete. La consulenza comprende sia la consulenza sul diabete mellito sia la formazione per affrontare adeguatamente la malattia. Nei consultori diabetologici, oltre alle consulenti specializzate, possono operare a carico della cassa malati, nel quadro di un'offerta interdisciplinare, anche le dietiste.

6. Medicamenti

Nel quadro dell'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie le casse malati devono assumersi i costi dei medicamenti prescritti dal medico, se tali preparati figurano nell'Elenco dei medicamenti con tariffa (EMT) o nell'Elenco delle specialità (ES).

Se una persona assicurata sceglie come medicamento un preparato originale, malgrado nell'Elenco delle specialità vi siano preparati generici che lo possono sostituire e costano almeno il 20% in meno del preparato originale, e il medico non prescrive espressamente il preparato originale per ragioni terapeutiche, l'aliquota percentuale aumenta dal 10% al 20%. L'importo massimo di Fr. 700.- per gli adulti e Fr. 350.- per i minorenni resta però invariato.

7. Apparecchi terapeutici

Nel quadro dell'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie le casse malati devono assumersi i costi degli apparecchi terapeutici che figurano nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp). Tale elenco descrive i presupposti per l'assunzione dei costi e le tariffe. Per le persone affette da diabete mellito sono interessanti le voci seguenti:

- **Pompa insulinica:** se sussiste l'indicazione per una terapia insulinica con una pompa da perfusione, le casse malati devono assumersi i costi del noleggio di un sistema di pompa insulinica.
- **Apparecchio per misurare la glicemia:** nel caso di un paziente diabetico la cassa malati deve sempre assumersi i costi di un apparecchio per misurare la glicemia (indipendentemente dal fatto che il paziente sia o meno sotto insulina), con o senza pungidito integrato. I diabetici ciechi o con forti menomazioni alla vista e insulino-dipendenti hanno diritto al rimborso dei costi di un apparecchio con indicazioni acustiche.
- **Strisce reattive per il controllo della glicemia:** le casse malati devono assumersi anche i costi delle strisce reattive necessarie, come pure dei consumabili (lancette per il pungidito e tamponi imbevuti di alcool). Per i diabetici non insulino-dipendenti il numero di strisce reattive è limitato a 400 strisce all'anno.

- Se sussistono determinati presupposti, nel caso dei pazienti con pompa insulinica le casse malati devono assumersi anche i costi per i sistemi di monitoraggio continuo della glicemia: deve esserci una grave ipoglicemia di grado II o III o una forma grave di diabete instabile, dopo che sono già avvenuti consulti d'urgenza e/o ricoveri in ospedale, il valore dell'HbA1C deve essere pari o superiore all'8% e il sistema deve essere prescritto da un medico specializzato in endocrinologia o diabetologia. Le prestazioni comprendono l'acquisto o il noleggio del sistema di monitoraggio della glicemia e l'acquisto dei sensori glicemici.

8. Mezzi ausiliari

Di per sé l'assunzione dei costi dei mezzi ausiliari non rientra fra le prestazioni obbligatorie delle casse malati nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Peraltro, nell'"Elenco dei mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici" figurano anche alcuni mezzi ausiliari (come p.es. stampelle, ortesi, protesi delle estremità, esoprotesi del seno, protesi dell'occhio, come pure occhiali e lenti a contatto). Se l'AI non paga questi mezzi ausiliari, essi sono a carico delle casse malati.

Un contributo per occhiali e lenti a contatto viene pagato solo in casi speciali (p.es. alterazioni patologiche della refrazione in caso di cataratta, diabete, malattie della macula, disturbi dei muscoli oculari o ambliopia). Di regola ammonta a 180 franchi all'anno.

9. Cure ambulatoriali

Le casse malati devono assumersi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie una parte dei costi delle cure ambulatoriali (accertamenti, consulenza e coordinamento, cure mediche, cure di base, compr. aiuto per la cura del corpo, vestirsi e svestirsi, mangiare e bere, non però aiuto domestico), se tali prestazioni sono fornite su prescrizione medica da personale infermieristico autorizzato od organizzazioni Spitex. Secondo il Cantone, gli assicurati devono a loro volta finanziare una parte dei costi.

Un/a pedicure, che si prende cura dei piedi dei diabetici, può operare a carico dell'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie soltanto se ha un rapporto di impiego con un'organizzazione Spitex riconosciuta o se ha un titolo riconosciuto di infermiere/a.

10. Trattamento in degenza

Nel quadro dell'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie le casse malati devono farsi carico, insieme con il Cantone di domicilio, dei costi del ricovero nel reparto comune di un ospedale, se sussistono i presupposti seguenti:

- L'ospedale deve figurare nell'elenco cantonale degli ospedali. Pertanto adesso non ha più importanza il fatto che si tratti di un ospedale pubblico piuttosto che privato.
- Il ricovero della persona assicurata deve essere necessario, ossia a parere dei medici le cure richiedono una degenza in ambiente ospedaliero.



Schweizerische Diabetes-Gesellschaft
Association Suisse du Diabète
Associazione Svizzera per il Diabete

- Il trattamento deve soddisfare i criteri di efficacia, adeguatezza ed economicità.

Un trattamento in ospedale deve essere pagato anche se effettuato in un ospedale al di fuori del Cantone di domicilio, ma in questo caso la cassa malati fornisce le proprie prestazioni secondo la tariffa vigente nel Cantone di domicilio. Devono invece essere pagati integralmente i trattamenti al di fuori del Cantone di domicilio in caso di urgenza o se il trattamento in questione non viene offerto da nessun ospedale del Cantone di domicilio.

(Fonti: "Chronisch krank - was leisten die Sozialversicherungen? / Maladie chronique? - prestations des assurances sociales" Leitfaden 2013 / Guide pratique 2013, Lega svizzera contro il cancro / Lega polmonare Svizzera / Associazione svizzera per il diabete", disponibile solo d/f. Con il cortese sostegno del signor G. Pestalozzi-Seger, Integration Handicap)