

Promemoria rimborso medicinali per pazienti affetti da FC

Medicamenti fino al compimento del 20° anno di età

In base alla decisione dell'AI sui provvedimenti sanitari, l'AI copre i costi di tutti i medicinali delle persone affette da FC fino al compimento del 20° anno di età. L'AI si attiene fondamentalmente – così come le assicurazioni malattie – all'elenco delle specialità (ES) contenuto nella Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Sono **possibili** delle eccezioni previa motivazione medica.

Medicamenti dopo il compimento del 20° anno di età

Dopo i 20 anni, i costi per i provvedimenti sanitari – quindi anche per i medicinali – vengono coperti dalle assicurazioni malattie (vedi Legge federale sull'assicurazione malattie, LAMal). La LAMal definisce le prestazioni che devono essere pagate dall'assicurazione base. L'attuale elenco delle specialità è pubblicato all'indirizzo www.spezialitätenliste.ch.

Il link «Indice elenco delle specialità (ES)» offre varie possibilità di ricerca: per nome, per azienda, per principio attivo, ecc. Solo i preparati elencati nell'ES devono essere rimborsati dall'assicurazione base. **Attenzione: osservare anche la dimensione della confezione!**

Per le persone affette da FC, oltre all'elenco delle specialità, vengono rimborsati dall'assicurazione di base **anche i medicinali che l'assicurazione invalidità (AI) ha pagato all'assicurato a causa dell'infermità congenita fino al compimento dei 20 anni di età e dei quali l'assicurato, a partire da tale data, necessita ancora**. Questi medicinali sono catalogati in allegato all'elenco delle specialità nell'**elenco dei farmaci per infermità congenite (EFIC)**.

Purtroppo è difficoltoso ottenere il rimborso dei medicinali che figurano nell'elenco dei farmaci per infermità congenite. Cosa potete fare? **Onde evitare disguidi** procuratevi al più presto, prima o poco dopo i 20 anni di età, un elenco di tutti i medicinali che l'AI rimborsava (rivolgetevi alla vostra farmacia). Inviare l'elenco all'assicurazione malattie, unitamente alla decisione dell'AI riguardo ai provvedimenti sanitari fino al 20° anno di età. L'assicurazione potrà così prendere nota che i medicinali contenuti nell'elenco dei farmaci per infermità congenite (EFIC) devono essere rimborsati dall'assicurazione base. Attenzione: Il processo di acquisizione di questo elenco è gestito in modo differente a seconda dei Cantoni; alcuni Cantoni addirittura non redigono più nessuno elenco di questo tipo.

Quando ricevete la fattura dell'assicurazione malattie

- **Controllate se sulla fattura vi è stato addebitato un importo non pagato dalla LAMal.**
- Se è il caso, informatevi presso l'assicurazione di quale medicamento si tratta. In alcuni casi, è possibile richiedere un conteggio dettagliato delle prestazioni.
- Se il medicamento è registrato nell'EFIC, informate il consulente assicurativo in merito all'EFIC e alla vostra infermità congenita, allegando eventualmente la «prova», cioè l'elenco dei farmaci finora usati e coperti dall'Al.
- Se l'assicurazione malattie continua a rifiutarsi di rimborsare i medicinali obbligatori, richiedete per iscritto una decisione formale (opponibile). La normativa stabilisce che la cassa malati deve rilasciare la decisione formale entro 30 giorni (vedi lettera tipo «ricorso cassa malati», che dovrete adattare alla vostra situazione personale). Per eventuali domande vi potete rivolgere al servizio di consulenza sociale FC.
- Se alla lettera non giunge risposta o giunge una risposta negativa, richiedete la consulenza degli assistenti sociali presso un centro FC.
- Altri argomenti da far valere nei confronti della cassa malati potrebbero essere: la *parità di trattamento* dei pazienti (Legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie LVAMal, art. 5 lettera f); i materiali e i mezzi ausiliari che rientrano tra le prestazioni obbligatorie perché impiegati nel quadro di un *complesso terapeutico*; la *garanzia dei diritti acquisiti* per i pazienti; alcuni medicinali possono essere considerati *medicamenti vitali* (Ordinanza sull'assicurazione malattie OAMal, art. 71a e 71b).

Talvolta, le **fatturazioni dei medicinali per i pazienti che hanno un'assicurazione complementare** possono creare dei problemi. In ogni caso, l'assicurazione di base deve garantire la copertura totale dei medicinali obbligatori (dopo deduzione della partecipazione ai costi). Soltanto i medicinali che non sono elencati nell'ES e nell'EFIC possono essere conteggiati nell'assicurazione complementare.

Esiste inoltre una pertinente [decisione del Tribunale federale 142 V 425](#), che precisa l'obbligo di prestazione dell'assicurazione malattie in caso di infermità congenita. A tale proposito è importante il considerando n. 8 alla fine del documento.

I fondamenti giuridici si trovano nell'articolo 52 capoverso 2 LAMal:

in materia di infermità congenite (Parte generale del diritto delle assicurazioni sociali LPGA, art. 3 cpv. 2), le terapie che figurano nel catalogo delle prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità sono riprese nelle disposizioni e negli elenchi allestiti secondo il capoverso 1.



Gli elenchi secondo il capoverso 1 sono i seguenti:

- un elenco delle analisi con tariffa;
- un elenco, con tariffa, dei preparati e delle sostanze attive e ausiliarie impiegati per la prescrizione magistrale; la tariffa comprende anche le prestazioni del farmacista;
- disposizioni sull'obbligo d'assunzione delle prestazioni e sull'entità della remunerazione di mezzi e d'apparecchi diagnostici e terapeutici;
- un elenco delle specialità farmaceutiche e dei medicinali confezionati, con l'indicazione dei prezzi (elenco delle specialità). Tale elenco deve contenere anche i prodotti generici a prezzi più vantaggiosi che possono sostituire i preparati originali.

Se qualcosa non è riportato in questi elenchi, è possibile ricorrere al considerando n. 8 della decisione del Tribunale federale sopra menzionata«[...] *Il catalogo delle prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità è ripreso nel catalogo delle prestazioni dell'assicurazione malattie. Non è pertanto chiaro il motivo per cui i due alimenti speciali in questione, riportati esplicitamente nel catalogo legale delle prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità, non siano stati ripresi negli elenchi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per le misure terapeutiche. Finché mancano nelle direttive della SSNC, tali direttive risultano incomplete.*»

