

Il Consiglio di Stato

Signor
Massimiliano Robbiani
Deputato al Gran Consiglio

Interrogazione 27 gennaio 2019 10.19

L'arroganza delle nostre casse malati è inaccettabile. Il Governo sta a guardare?

Signor deputato,

riprendendo una situazione denunciata attraverso un organo di stampa, con l'atto parlamentare sopraccitato pone la questione del mancato rimborso da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) di un'operazione alla cornea, poiché il trattamento non figura nell'elenco delle prestazioni riconosciute.

Prima di entrare nel merito delle domande poste si ritiene opportuno precisare alcuni concetti, rinviano anche alla risposta fornita all'interrogazione n. 118.18, relativa ad una fattispecie parzialmente analoga.

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) mira a garantire a tutta la popolazione, l'accesso a un'assistenza medica di alta qualità, per mezzo di un finanziamento solidale, garantendo a tutti gli assicurati lo stesso ventaglio di prestazioni. In conformità all'art. 32 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), le prestazioni devono essere efficaci, appropriate ed economiche e l'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. Questi criteri sono riesaminati periodicamente.

Da diversi anni si dibatte a livello parlamentare federale sulla necessità di definire un catalogo positivo delle prestazioni riconosciute, ma finora si è valutato che stilare un tale elenco, nonché aggiornarlo periodicamente, comporterebbe un eccessivo carico di lavoro, ragione per cui si è optato per un catalogo aperto, nel senso che l'AOMS remunera di norma i costi di tutti gli esami e le terapie dispensati da un medico, nella misura in cui non sono contestati. Nell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre) sono definite le prestazioni mediche i cui costi non sono assunti o sono assunti soltanto a determinate condizioni. La prestazione di "cross linking della cornea in caso di cheratocono" oggetto dell'interrogazione a margine, figura tra quelle non riconosciute.

Il Consiglio federale, così come previsto dall'art. 33 cpv. 4 LAMal, si avvale di commissioni speciali ai fini della determinazione delle prestazioni da non porre o porre a determinate condizioni a carico dell'AOMS. Tra queste, l'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal), istituisce la Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali (art. 37a lett. a) e le attribuisce il compito di consigliare il Dipartimento federale degli interni riguardo alla designazione delle prestazioni e alla valutazione di questioni fondamentali nell'assicurazione malattie tenendo conto degli aspetti etici (art. 37d). La Commissione federale si compone di 18 membri, di cui:

medici 4 (uno rappresentante della medicina complementare); farmacisti 1; periti scientifici 1 e rappresentanti di: ospedali 1; assicuratori 2; medici di fiducia 2; assicurati 2; Cantoni 1; Commissione delle analisi, dei mezzi e degli apparecchi 1; etica medica 2, industria e tecnica medica 1.

Da quanto precede si comprende in primo luogo che l'ambito toccato dall'interrogazione è prettamente federale e che i margini di intervento cantonale sono praticamente inesistenti, ma pure che alla base della definizione del catalogo di prestazioni rimborsate dall'AOMS vi sono gremi qualificati ed ampiamente rappresentativi di tutte le categorie di portatori di interesse.

Formulata questa debita introduzione, si risponde come segue alle domande poste.

1. Come si sta muovendo il Dipartimento di Beltraminelli affinché si trovi al più presto una soluzione "umana" per questi casi sempre più in continuo aumento?

Il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) non è implicato nel rimborso delle prestazioni dell'assicurazione malattia, che si innesta sulla relazione tra paziente e assicuratore, con la facoltà di adire le autorità giudiziarie in caso di contenzioso. Tuttavia se contattato direttamente dal paziente, può cercare di capire quali spazi ci sono per intervenire presso l'assicurazione malattia dello stesso e presso enti e associazioni che hanno possibilità concrete di sostenere finanziariamente la spesa del medicamento o dell'intervento non riconosciuto.

Ribadito che nel caso concreto il mancato rimborso da parte dell'AOMS era conforme al quadro legale, si osserva altresì che nelle risposte fornite lo scorso mese di novembre ad alcune interrogazioni presentate in relazione ad un caso analogo (segnatamente risposta all'interrogazione n. 18.1064), il Consiglio federale ha affermato di non aver riscontrato un aumento dei conflitti tra pazienti e assicuratori malattia, in particolare per quanto concerne il rimborso di medicinali non omologati. Non risulta quindi che questi casi siano in continuo aumento, si tratta piuttosto di eccezioni amplificate dal clamore suscitato nei media.

È opportuno anche ricordare che qualsiasi ampliamento delle prestazioni riconosciute ricade finanziariamente sui premi dell'assicurazione malattie di tutti.

2. Il Consiglio di Stato si attiva concretamente con le casse malati affinché questi spiacevoli inconvenienti si possano risolvere a favore dell'assicurato?

Come rilevato in precedenza, la decisione di non includere una determinata prestazione tra quelle rimborsabili è frutto di analisi scientifiche approfondite ed è adottata su preavviso di Commissioni federali rappresentative di tutti gli interessi e le sensibilità in gioco. Non dipende quindi dalla volontà della cassa malati. Parlare di risolvere spiacevoli inconvenienti ci sembra, pertanto, inappropriato.

3. Il Consiglio di Stato non ritiene opportuno anticipare le prestazioni non pagate dalle casse malati, fino a quando tutto l'iter burocratico di ogni singolo caso si possa risolvere, come logico che sia, a favore dell'assicurato?

In relazione a quanto soprammenzionato, la proposta non appare sostenibile perché la copertura di interventi come quello oggetto dell'interrogazione, ammessa l'istituzione di una base legale cantonale, estenderebbe di fatto il rimborso a prestazioni che sono state esaminate dalla Commissione delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali, ma escluse dal catalogo delle terapie riconosciute dall'AOMS generalmente perché non conformi ai principi generali di efficacia, appropriatezza ed economicità (art. 32 cpv. 1 LAMal). Queste prestazioni non rientrano ovviamente nemmeno tra quelle assistenziali. Inoltre l'anticipo auspicato creerebbe pericolosi precedenti nonché potenziali disparità di trattamento e non appare proponibile nemmeno perché l'iter burocratico e giudiziario, anche in riferimento ad altre prestazioni, non necessariamente si concluderebbe a favore dell'assicurato.

4. Quanti casi di prestazioni non pagate da parte delle casse malati ci sono stati nel 2018? Quanti di questi, per forza di cose, è dovuto intervenire lo Stato?

Non esistono statistiche al riguardo. Ci risulta il caso del medicamento non riconosciuto al paziente oncologico dell'estate scorsa, rimborsato dalla sua assicurazione complementare. Lo Stato in questo caso era intervenuto solo per chiarire la fattispecie, emanando anche un comunicato stampa. In generale è bene ribadire che il rimborso delle prestazioni non è ovviamente lasciato alla discrezionalità degli assicuratori malattia, ritenuto che le relative decisioni possono essere impugnate in sede giudiziaria.

Il tempo impiegato per l'elaborazione della presente risposta ammonta complessivamente a circa due ore lavorative.

Vogliate gradire, signore e signori deputati, l'espressione della nostra stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:



Christian Vitta

Il Cancelliere:



Arnoldo Coduri

Copia:

- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Area di gestione sanitaria (dss-ags@ti.ch)
- Ufficio del farmacista cantonale (dss-ufc@ti.ch)