

Pretese finanziarie legate alla demenza

La demenza comporta non solo situazioni di forte stress, ma ha anche conseguenze finanziarie. Gli accertamenti, i trattamenti medici, ma soprattutto le spese di cura e di assistenza possono causare costi ingenti, e le casse malati e le altre assicurazioni sociali ne coprono solo una parte. Spesso si creano lacune che devono essere finanziate in altro modo. Il foglio informativo fornisce una panoramica delle prestazioni finanziarie che spettano al paziente e ai suoi familiari.

Tutti possono trovarsi in difficoltà finanziarie a causa di una situazione sfortunata. Un incidente grave può impedirvi di lavorare oppure una malattia cronica può gravarvi con elevati costi di trattamento e di cura. Per non essere lasciati in balia delle conseguenze negative di una situazione del genere, in Svizzera ci sono le assicurazioni sociali e prestazioni assistenziali di altro tipo, di cui tutti possono usufruire purché siano soddisfatte determinate condizioni. Tutte queste prestazioni sono un contributo alle spese finanziarie o alle perdite di guadagno causate dalla malattia e non vanno confuse con le prestazioni dell'assistenza o dell'aiuto sociale.

Chi vuole far valere pretese finanziarie in caso di demenza deve innanzitutto farsi un quadro preciso della situazione. Le assicurazioni o altri enti responsabili di fornire un aiuto cambiano a seconda della situazione personale. Taluni costi vengono assunti, altri no. È necessario investire un po' di tempo ed energia, prima di poter ottenere l'aiuto che spetta al malato.

Chi paga che cosa? Nel presente foglio informativo viene fornita una panoramica delle voci di spesa nel caso di demenza e vi diciamo chi le copre e in che misura. Nell'allegato sono indicati i principali enti della nostra sicurezza sociale. Si tratta di informazioni di carattere generale, per cui vi consigliamo in ogni caso di parlare della vostra situazione perso-

nale con un esperto in materia. Alla fine del presente foglio informativo, troverete alcuni indirizzi utili.

Visite mediche

Di norma, l'assicurazione malattie obbligatoria (assicurazione di base) si assume tutte le prestazioni. Sono inclusi anche accertamenti diagnostici per immagini come la tomografia a risonanza magnetica (MRI) o la tomografia computerizzata a emissione di fotoni singoli (SPECT). Anche gli esami PET (tomografia a emissione di positroni) vengono assunti dall'assicurazione di base, ma solo a determinate condizioni.

Altre prestazioni mediche e farmaci

Le casse malati (assicurazione di base) pagano le visite e le cure mediche, a condizione che – come cita la legge – siano efficaci, opportune ed economiche. Vengono assunti anche i costi dei farmaci prescritti dal medico, che sono elencati nella cosiddetta lista di specialità medicinali. Tutti i farmaci Alzheimer figurano in tale lista e, a determinate condizioni, vengono pagati dall'assicurazione di base (ad es. quando il risultato dell'MMSE, Mini-Mental State Examination, rientra entro determinati valori limite). Il medico che prescrive un farmaco non rimborsabile dalla cassa malati deve informarne il paziente.

Terapie prescritte dal medico

L'assicurazione di base si assume i costi di fisioterapia, ergoterapia e logopedia se tali cure vengono prestate da terapisti diplomati su prescrizione medica.

Se il paziente ha stipulato un'assicurazione complementare, vale la pena verificare se eventualmente vengono assunte anche altre terapie (ad es. allenamento della memoria, musicoterapia).

Cure a domicilio tramite Spitex o altri enti

L'assicurazione di base si assume i costi di esami, trattamenti e cure di base (ad es. aiuto per l'igiene del corpo), erogati su prescrizione medica dalle organizzazioni Spitex o da altro personale infermieristico riconosciuto. La partecipazione ai costi da parte dei pazienti (a parte la franchigia e l'aliquota percentuale) dipende dalle norme cantonali (da 0 fino a un massimo di 15.95 franchi al giorno). La cassa malati paga però solo se le cure Spitex sono ritenute efficaci, opportune ed economiche. Così può capitare che le cure prestate dallo Spitex non vengano assunte integralmente se sono più care di quelle prestate in istituto.

L'aiuto domestico non rientra fra gli obblighi dell'assicurazione malattie obbligatoria, ma è compreso in determinate assicurazioni complementari delle casse malati.

Ulteriori costi per le cure e l'assistenza a domicilio

L'assicurazione malattie non si assume tutti i costi. Esistono però altre assicurazioni che coprono in parte queste prestazioni.

– Assegno per grandi invalidi: si assume una parte dei costi causati da una cosiddetta grande invalidità. Una persona è considerata grande invalida se, a causa dello stato precario di salute, necessita dell'aiuto regolare e notevole di terzi per compiere gli atti ordinari della vita. Se le condizioni per usufruirne sono soddisfatte, le persone interessate percepiscono un certo importo che varia a seconda del grado d'invalidità. Per le persone che

vivono in casa prima dell'età di pensionamento, nell'ambito degli assegni per grandi invalidi è possibile percepire anche un contributo dell'assicurazione d'invalidità (AI) che copre i costi di assunzione di una persona ausiliaria.

– Prestazioni complementari: chi percepisce prestazioni complementari all'AVS o all'AI, ha anche diritto al rimborso delle cosiddette spese di malattia e disabilità. Fra le prestazioni computabili rientrano anche i costi per l'aiuto, le cure e l'assistenza a domicilio o in strutture diurne, a condizione, però, che tali costi non siano già coperti da un'altra assicurazione. I costi di malattia e disabilità non possono essere rimborsati illimitatamente: esiste un tetto massimo.

Cure e aiuto prestati dai familiari

– Contributi per le cure: alcuni Cantoni (o Comuni) pagano ai familiari che assistono il malato contributi per le cure purché siano soddisfatte determinate condizioni. Si possono richiedere informazioni all'amministrazione comunale o alla direzione cantonale della sanità.

– Prestazioni complementari: nell'ambito del rimborso dei costi di malattia e disabilità (v. sopra), a seconda delle norme cantonali chi beneficia di prestazioni complementari può richiedere anche un indennizzo per i familiari che assistono il malato. Condizione indispensabile, tuttavia, è che i familiari che assistono il malato subiscano un'importante e prolungata riduzione del reddito a causa delle cure prestate, e che non usufruiscano di prestazioni complementari e neanche di una rendita AVS.

– Accrediti per compiti assistenziali AVS: se una persona, non ancora in età pensionabile AVS, assiste un familiare malato (almeno un grande invalido di grado medio) nella stessa (o limitrofa) economia domestica, ottiene accrediti per compiti assisten-

ziali AVS. Nel calcolo della sua rendita di vecchiaia, dunque, a un eventuale reddito da attività lucrativa viene aggiunto un importo supplementare per ogni anno in cui è stata presentata la relativa domanda. Il diritto deve essere notificato ogni anno alla cassa di compensazione cantonale.

Mezzi ausiliari, adeguamenti all'abitazione

- AI/AVS: per coloro che non hanno ancora raggiunto l'età pensionabile AVS valgono le regole dell'assicurazione invalidità che si assume i costi ad esempio di sedie a rotelle, letti elettrici, ma anche le modifiche da apportare all'abitazione (v. elenco dei mezzi ausiliari dell'AI). Questo diritto permane anche quando le persone aventi diritto raggiungono l'età pensionabile AVS. A coloro che necessitano per la prima volta di un mezzo ausiliario in età pensionabile AVS si applica la lista dei mezzi ausiliari dell'AVS, che è meno completa. Contributi vengono versati anche per gli apparecchi auricolari e le sedie a rotelle meccaniche.
- Prestazioni complementari: chi percepisce una prestazione complementare annuale ha diritto al rimborso dei costi dei mezzi ausiliari per le cure a domicilio (ad es. per impianti sanitari, letti elettrici). I dettagli sono disciplinati nelle disposizioni cantonali.
- Assicurazione malattie obbligatoria: si fa carico di singoli mezzi ausiliari. Se il medico diagnostica un'incontinenza moderata, grave o totale ed esiste una prescrizione medica, questa assicurazione ne rimborsa i costi fino a un importo massimo. Vale la pena di verificare le prestazioni delle assicurazioni complementari.

Soggiorno nei centri diurni

L'assicurazione malattie obbligatoria si assume una parte dei costi di cura (non però i costi di assistenza né altri costi). I beneficiari di prestazioni comple-

mentari possono eventualmente farsi rimborsare i costi. È consigliabile informarsi presso la propria cassa malati e l'autorità cantonale competente.

Servizi di presa a carico individuali

I servizi di presa a carico per i familiari, come ad es. quelli offerti da alcune sezioni di Alzheimer Svizzera, non sono coperti direttamente da alcuna assicurazione. Devono dunque essere pagati di tasca propria, con il proprio reddito, con gli assegni per grandi invalidi ecc.

Spese di viaggio e di trasporto

- L'assicurazione malattie obbligatoria si assume fino al 50 per cento dei costi dei trasporti sanitari necessari dal punto di vista medico (al massimo 500 franchi all'anno). Se il malato ha stipulato un'assicurazione complementare, è possibile che vengano erogate anche altre prestazioni.
- Si può richiedere alle FFS una carta di legittimazione per viaggiatori disabili, ossia per le persone che per ragioni di salute non possono viaggiare da sole. Grazie a questa carta, l'accompagnatore (o in casi speciali la persona disabile) viaggia gratis.

Trattamento e cure acute in ospedale

Se è necessario un trattamento in un ospedale per cure acute, anche in una clinica psichiatrica, l'assicurazione malattie obbligatoria si assume i costi del trattamento e della degenza nel reparto comune. Oltre alla franchigia e all'aliquota percentuale, ai pazienti viene detratto anche un contributo per compensare i costi di vitto risparmiati durante la degenza ospedaliera. Anche alla degenza ospedaliera, tuttavia, si applicano i criteri dell'efficacia, dell'opportunità e dell'economicità. Possono sorgere problemi quando una persona non ha più bisogno di cure o terapie in un ospedale per cure acute, ma ciononostante vi resta forse perché non c'è posto in un altro istituto adeguato. In tal caso, la cassa malati spesso non si assume i costi per intero.

Breve degenza in casa di cura

Di solito, se il paziente è ricoverato in una casa di cura riconosciuta, le casse malati versano dei contributi in base al livello di necessità delle cure da parte del paziente.

Se sono soddisfatte determinate condizioni, anche i beneficiari di prestazioni complementari possono ottenere un contributo alle spese. Per saperne di più sulle prestazioni, rivolgetevi alla vostra cassa malati e all'associazione degli istituti del vostro Cantone.

Cure di lunga durata in istituto

– Assicurazione malattie obbligatoria: a differenza di quanto accade per la degenza in un ospedale per cure acute, questa assicurazione si assume solo una parte dei costi in funzione dei livelli di necessità delle cure. I degenti devono accollarsi i restanti costi delle cure fino a un tetto massimo, che attualmente è di 21.60 franchi al giorno, oppure è lo Stato (Cantone o Comune) a doversi assumere tali costi. Il vitto, l'alloggio e i costi dell'assistenza non rientrano nell'obbligo di prestazioni delle casse malati. Ciò significa che molte persone affette da demenza devono sborsare i costi dell'assistenza di tasca propria, anche se tali costano causati dalla malattia.

– I costi di degenza in istituto non coperti dalla cassa malati devono essere finanziati dunque con fondi propri, ad es. rendite AVS/AI, assegno per grandi invalidi, prestazioni della previdenza professionale, eventuali assicurazioni complementari e, infine, con il proprio patrimonio. Se i mezzi finanziari disponibili non dovessero bastare, si può inoltrare una domanda di prestazioni complementari alle rendite AVS/AI ed eventualmente di sovvenzioni comunali o cantonali a fronte delle spese delle cure medico-sanitarie.

Per ulteriori informazioni:

Pro Senectute: in caso di domande in merito all'AVS/AI, alle prestazioni complementari e agli assegni per grandi invalidi (troverete gli indirizzi sul sito: prosenectute.ch)

Pro Infirmis (per le persone colpite prima dell'età pensionabile): proinfirmis.ch

Procap (per persone con disabilità): procap.ch

Ombudsman dell'assicurazione malattie: in caso di problemi con le prestazioni dell'assicurazione malattie obbligatorie o delle assicurazioni complementari. Morgartenstrasse 9, 6003 Lucerna, tel. 041 226 10 12 (mattino). om-kv.ch

Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS): vari pro-memoria, si consultino anche i siti ahv-iv.ch e bsv.admin.ch

Avete bisogno di una consulenza personale per la vostra situazione individuale?

I consulenti specializzati del Telefono Alzheimer rispondono a tutte le vostre domande sulla demenza.

Telefono Alzheimer: 058 058 80 00

Dal lunedì al venerdì: ore 8–12 e 13:30–17

Anche le 21 sezioni cantonali di Alzheimer Svizzera sono a vostra disposizione nella vostra zona. Contattateci su alz.ch.

Colophon

Editrice:

Alzheimer Svizzera

Redazione:

Marianne Wolfensberger, lic. iur.

Pretese finanziarie legate alla demenza: chi paga cosa?

Prestazioni	Fonti di finanziamento					
	Assicurazione malattie obbligatoria	Assicurazione per l'invalidità (AI)	Assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (AVS)	Assegno per grandi invalidi (AGI) dell'AVS / AI	Prestazioni complementari (PC) all'AVS / AI	Cantoni e Comuni
Prestazioni in caso di incapacità al lavoro prima dell'età pensionabile		Misure di intervento tempestivo, rendita AI			Diritto alle PC, se le spese riconosciute superano le entrate	
Prestazioni mediche (cure mediche di base) domiciliari	Assunzione dei costi di valutazione, esami, trattamenti, medicinali (LAMaI, OPre, elenco delle specialità)				Spese di malattia e spese dovute all'invalidità: assunzione dei costi non coperti (massimali)	Ev. riduzione dei premi
Terapie non medicamentose	Assunzione dei costi di determinate terapie [fisioterapia, ergoterapia, logopedia ecc. come da LAMaI, OPre]	[Ev. reddito conseguito sotto forma di rendita necessario per sopperire a problemi finanziari]	[Ev. reddito conseguito sotto forma di rendita necessario per sopperire a problemi finanziari]	[Ev. per sopperire a problemi finanziari]	Spese di malattia e spese dovute all'invalidità: assunzione dei costi non coperti (massimali)	
Cure domiciliari (ad opera del servizio Spitex o di altri operatori sanitari riconosciuti)	Assunzione parziale dei costi come da finanziamento delle cure medico-sanitarie (LAMaI, OPre)	[Ev. reddito conseguito sotto forma di rendita necessario per sopperire a problemi finanziari]	[Ev. reddito conseguito sotto forma di rendita necessario per sopperire a problemi finanziari]	[Ev. per sopperire a problemi finanziari]	Spese di malattia e spese dovute all'invalidità: assunzione dei costi non coperti per aiuto, cura e assistenza domiciliare	[Finanziamento residuo dei costi come da finanziamento delle cure medico-sanitarie]
Presa a carico e assistenza a domicilio da parte di terzi	Nessuna prestazione in virtù dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ed ev. dell'assicurazione complementare)	Reddito conseguito sotto forma di rendita per sopperire a problemi finanziari	Reddito conseguito sotto forma di rendita per sopperire a problemi finanziari	Contributo AGI scaglionato in base al grado di invalidità. Solo AI: contributo di assistenza per l'assunzione di una persona ausiliaria	Spese di malattia e spese dovute all'invalidità: assunzione dei costi non coperti per aiuto, cura e assistenza domiciliare	Ev. finanziamento supplementare
Cure e aiuto prestati dai familiari	Nessuna prestazione in virtù dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (fanno eccezione i familiari impiegati presso il servizio Spitex)		Accrediti AVS per compiti assistenziali in favore dei familiari curanti	Ev. impiego di assegni per grandi invalidi AVS, AI. Nessun contributo di assistenza in caso di aiuto da parte di familiari	Spese di malattia e spese dovute all'invalidità: ev. assunzione di un'indennità in favore dei familiari curanti	Alcuni Cantoni o Comuni pagano ai familiari contributi per le cure medico-sanitarie
Ausili, adattamento dell'abitazione alle nuove esigenze	Assunzione dei costi di determinati mezzi ausiliari come da EMap	Finanziamento come da elenco dei mezzi ausiliari AI	Finanziamento come da elenco dei mezzi ausiliari AVS	Ev. impiego di assegni per grandi invalidi AVS, AI.	Spese di malattia e spese dovute all'invalidità: rimborso del costo dei mezzi ausiliari	
Soggiorno in centri diurni	Assunzione parziale dei costi come da finanziamento delle cure medico-sanitarie (LAMaI, OPre)	[Ev. reddito conseguito sotto forma di rendita necessario per sopperire a problemi finanziari]	[Ev. reddito conseguito sotto forma di rendita necessario per sopperire a problemi finanziari]	[Ev. per sopperire a problemi finanziari]	Spese di malattia e spese dovute all'invalidità: assunzione dei costi non coperti per il soggiorno in centri diurni	Ev. finanziamento supplementare
Cure di lunga durata in istituto	Assunzione parziale dei costi come da finanziamento delle cure medico-sanitarie (LAMaI, OPre). Non sono assunti i costi di assistenza e soggiorno alberghiero	Reddito conseguito sotto forma di rendita per sopperire a problemi finanziari	Reddito conseguito sotto forma di rendita per sopperire a problemi finanziari	Impiego di assegni per grandi invalidi (ma prestazioni ridotte in caso di soggiorno in istituto)	Diritto alle PC, se le spese riconosciute superano le entrate	Ev. finanziamento supplementare

Glossario del foglio «Pretese finanziarie legate alla demenza»

Assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (AVS)	La rendita di questa assicurazione obbligatoria deve garantire il fabbisogno vitale nella vecchiaia o in caso di decesso.
Accrediti per compiti assistenziali	Offrono alle persone che prestano assistenza a parenti bisognosi di cure la possibilità di farsi accreditare importi supplementari sul proprio conto AVS per ogni anno in cui hanno prestato assistenza.
Assegni per grandi invalidi (AGI) dell'AVS o dell'AI	Finanziano aiuti per compiere gli atti quotidiani della vita. L'importo varia a seconda del grado d'invalidità (ma non dipende dal reddito né dal patrimonio).
Assicurazione malattie obbligatoria (assicurazione di base) Termine ufficiale: assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS)	Si assume i costi delle visite mediche, dei trattamenti, dei medicinali o di determinate terapie e contribuisce alle spese di cura e ai costi di determinati mezzi ausiliari.
Assicurazione per l'invalidità (AI)	Finanzia provvedimenti o prestazioni pecuniarie per le persone che non possono (più) esercitare un'attività lucrativa a causa di un danno alla salute.
Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)	Questo elenco dell'Ufficio federale della sanità pubblica contiene i mezzi ausiliari i cui costi sono assunti dall'assicurazione malattie obbligatoria.
Elenco delle specialità (ES)	Contiene i medicinali il cui costo viene rimborsato dall'assicurazione malattie obbligatoria.
Finanziamento delle cure	Regolamenta la ripartizione dei costi delle cure medico-sanitarie fra assicurazione malattie obbligatoria, paziente e Cantone (Comune).
Legge sull'assicurazione malattie (LAMaI)	Contiene le disposizioni di base dell'assicurazione malattie obbligatoria.
Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre)	Contiene disposizioni in materia di prestazioni assunte dall'assicurazione malattie obbligatoria.
Prestazioni complementari (PC) all'AVS o all'AI	Si tratta di una prestazione finanziaria supplementare per le situazioni in cui le rendite e altri redditi (compresa la quota patrimoniale computata) non siano sufficienti a coprire il minimo vitale. Inoltre è possibile richiedere il rimborso dei costi di malattia e di disabilità.