

Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) Modifiche del 1° gennaio 2020

Osservazioni preliminari generali

2.3 Rapporti con le prestazioni di altre assicurazioni sociali

Per i mezzi e gli apparecchi che possono essere consegnati anche nel quadro dell'obbligo di prestazione dell'assicurazione vecchiaia e superstiti (AVS), dell'assicurazione invalidità (AI), dell'assicurazione infortuni (AINF) o dell'assicurazione militare (AM) deve essere rispettato il seguente limite nei confronti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS):

~~Secondo le regole di coordinamento di cui agli articoli 64 e 65 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e all'articolo 110 OAMal, le assicurazioni sociali assumono prestazioni, ciascuna secondo le condizioni della singola legge. Se una prestazione soddisfa le condizioni di più leggi la cura medica, nei limiti legali e nel seguente ordine è a carico di: 1. AM, 2. AINF, 3. AVS/AI, 4. AOMS.~~

Per quanto riguarda il coordinamento delle prestazioni tra le diverse assicurazioni sociali, si rimanda agli articoli 63 e seguenti della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA).

Inoltre, l'articolo 27 LAMal menziona specificamente ~~la coordinazione~~ il **coordinamento** in caso d'infermità congenite secondo cui l'AOMS, per le infermità congenite che non sono coperte dall'AI, assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia (a causa dell'età dopo il 20° anno o quando un bambino affetto da un'infermità congenita non soddisfa le condizioni assicurative dell'AI).

Pertanto se sussiste un obbligo di prestazione di mezzi e apparecchi da parte di AVS, AI, AINF o AM, il rimborso si svolge secondo le prescrizioni della rispettiva assicurazione sociale (cfr. art. 110 OAMal). Per esempio, in caso di infortunio i costi per mezzi e apparecchi sono a carico dell'AINF se esiste una copertura da parte di un'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni. In particolare, l'AI assume anche i costi di mezzi ausiliari alla deambulazione, apparecchi acustici, occhiali e lenti a contatto, scarpe ortopediche prodotte in serie e su misura, ortesi e protesi. L'AVS assume anche i costi di scarpe ortopediche prodotte in serie e su misura, apparecchi acustici e occhiali ingranditori.

Se non sussiste alcuna copertura assicurativa da parte di altre assicurazioni sociali, gli assicurati ricevono rimborsi secondo le disposizioni della LAMal e le condizioni stabilite nell'EMAp.

L'AOMS non fornisce prestazioni complementari a quelle di AVS, AINF, AI o AM se una di queste assicurazioni sociali è soggetta all'obbligo di prestazione. Per i mezzi ausiliari, ad esempio, l'AOMS non assume le quote di costi non rimborsate dall'AVS.

13. Apparecchi acustici

Gli apparecchi acustici sono mezzi ausiliari atti a compensare menomazioni congenite o acquisite delle funzioni uditive alle quali non è applicabile una terapia causale.

~~In linea di principio gli apparecchi acustici e le relative batterie sono rimborsati dall'AVS o dall'AI. In linea di principio il rimborso degli apparecchi acustici e delle relative batterie avviene secondo le disposizioni (disposizioni contrattuali, tariffa, gradi d'indicazione) dell'AVS, AI o AINF (vedi anche le spiegazioni al punto 2.3).~~

Nei casi in cui l'assicurato non soddisfa le condizioni assicurative per beneficiare delle prestazioni dell'assicurazione interessata, l'AOMS assume queste prestazioni. Il rimborso avviene secondo le disposizioni (disposizioni contrattuali, tariffa, gradi d'indicazione) dell'AVS//AI. ~~Vedi anche le spiegazioni al punto 2.3.~~

21. SISTEMI PER MISURARE STATI E FUNZIONI DELL'ORGANISMO

21.05 Sistema di monitoraggio continuo del glucosio (CGM) con funzione di allarme

Limitazione:

Per i pazienti trattati con insulina alle seguenti condizioni (presenti prima dell'inizio del CGM):

- a) valore dell'HbA1C pari o superiore all'8 % e/o
 - b) grave ipoglicemia di grado II o III oppure
 - c) in caso di forme gravi di diabete instabile dopo che sono già avvenuti consulti d'urgenza e/o ricoveri in ospedale
-
- Assunzione dei costi solo previa garanzia speciale dell'assicuratore dopo la raccomandazione del medico di fiducia.
 - Prescrizione solo da parte di medici specializzati in endocrinologia / diabetologia **e-formati con esperienza documentata** nell'applicazione della tecnologia CGM
 - Se la durata di impiego del suddetto sistema supera i 6 - 12 mesi, soltanto con rinnovata garanzia dell'assunzione dei costi da parte dell'assicuratore, che verificherà l'effettivo successo della terapia nel tempo
 - Il cambiamento tra prodotti di marca/sistemi diversi non è possibile prima di 6 mesi