

**Info terapie tossicodipendenti 2005/03**  
(a medici e farmacisti con pazienti in cura sostitutiva)

**Pagamento fatture metadone**

Gentili colleghe, egregi colleghi

La questione inerente il pagamento delle fatture – da parte dei pazienti tossicodipendenti – per le cure sostitutive con metadone ha sempre fatto correre fiumi d'inchiostro. Di sicuro rileviamo come già nel progetto MeTiTox 2001-2003, ma anche nell'attuale progetto AMTiTox 2004-2006, questo tema rappresenti un tormentone.

Ed è comprensibile: da un lato i medici curanti, oltre ad accettare di prendere in cura pazienti spesso di difficile gestione, emettono fatture in parte mai pagate. Dall'altro spiace constatare che gli assicuratori rimborsano queste fatture a pazienti, che utilizzano i soldi per acquistare droga e restare dipendenti. Anche per lo Stato si pone così un problema etico: risorse collettive raccolte con l'obbligo assicurativo finiscono col finanziare il mercato nero.

L'ampiezza del fenomeno è sconosciuta, non ci sono al proposito dati ufficiali. Dal racconto di diversi medici si tratterebbe di entrate mancate nell'ordine di grandezza fino al 30%.

Come porre rimedio al problema, ritenuto che i medici del Cantone Ticino hanno sottoscritto una convenzione con Santésuisse, che prevede il regime del terzo garante? La questione è stata approfondita da un apposito gruppo di lavoro nel quadro del progetto AMTiTox, coordinato dal dr med. Markus Weimann. Tramite un incontro con il Segretario Generale di Santésuisse per il Ticino, signor Gianpaolo deNeri, è stata trovata la soluzione: farsi rilasciare dal paziente una dichiarazione di **Cessione di credito**.

Tale dichiarazione è sottoscritta dal paziente all'indirizzo della propria cassa malati: **ha lo scopo di autorizzare la cassa a pagare direttamente al medico le prestazioni LAMal fatturate**. Gli assicuratori interpellati (Cosama, CPT, CSS, Groupe Mutuel, Helsana, Intras, OeKK, Sanitas, Swica, Visana, Wincare) si sono dichiarati d'accordo di rispettare queste cessioni di credito. Ovviamente l'assicuratore corrisponderà al medico solamente quanto di sua competenza: dovrà perciò dedurre dalla fattura la franchigia e la partecipazione ai costi.

Segnaliamo a questo proposito l'articolo della Segretaria Generale dell'OMCT, avv. Francesca Gemnetti (Tribuna Medica no 3 del 2000), che riporta il commento alla sentenza del Tribunale Federale delle assicurazioni. Nelle conclusioni tra l'altro si legge " (... ) *L'assicuratore è quindi tenuto al rimborso della fattura sulla base della relativa cessione scritta. Il principio del terzo garante risulta salvaguardato anche in caso di cessione. Infatti l'assicurazione è tenuta a pagare al fornitore di prestazioni solo quanto dovrebbe a sua volta rimborsare all'assicurato: in caso di franchigia assicurativa, quindi, è sempre l'assicurato che resta debitore, nei confronti del fornitore di prestazioni, della differenza non pagata a quest'ultimo dall'assicurazione*".

Il contratto di cessione può essere quindi **usato da subito** (modello allegato): il suo riconoscimento è subordinato alla presenza, insieme con la prima fattura, di copia del **contratto terapeutico** firmato da paziente e farmacista. Se il contratto terapeutico cessa, è imperativo comunicarlo subito all'assicuratore.

Con i migliori saluti.

Il Medico cantonale  
Dott. I. Cassis

Bellinzona, 9 giugno 2005

<b>Dichiarazione sulla CESSIONE DI CREDITO</b>
--

Con la presente dichiarazione e nella mia veste di paziente (A) cedo al medico curante indicato sotto (B) tutte le mie pretese al rimborso delle prestazioni sanitarie da parte del mio assicuratore malattia.

Autorizzo perciò la mia cassa-malati a versare direttamente a questo medico l'importo della o delle fatture in questione secondo il sistema del terzo pagante, dopo deduzione della mia partecipazione legale o concordata.

**A. Il/la paziente**

Nome		Cognome	
Data nascita		Domicilio	
Assicurazione		No polizza	

**B. Il medico curante**

Timbro		Firma	
--------	--	-------	--

**Questa cessione ha valore unicamente per i rimborsi a carico della mia assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.**

**In fede,**

**Luogo e data:**

**Firma:**