



12 dicembre 2019

Lettera circolare AI n. 394

Prestazioni Spitex per bambini giusta l'articolo 13 LAI in combinato disposto con l'articolo 14 LAI¹

La presente lettera circolare è un aggiornamento della lettera circolare AI n. 362 del 23 marzo 2017. Gli adeguamenti tengono conto delle modifiche nell'elenco delle prestazioni, comunicate nella lettera circolare AI n. 384 del 9 gennaio 2019.

Oltre alle prestazioni già presenti nell'elenco (valutazione e consulenza, esami e cure), che sono state riesaminate e in parte adeguate, è ora possibile conteggiare anche le prestazioni di sorveglianza medica, che si suddividono in sorveglianza medica di breve e di lunga durata. Le novità sono la definizione del contenuto della prestazione descritta nella lettera circolare AI n. 362 con l'espressione «situazioni in cui bisogna prevedere 24 ore su 24 eventuali interventi d'urgenza» e l'applicazione della DTF 9C_299/2016 riguardo alla limitazione del tempo computabile per la fornitura di cure mediche.

In base alla sentenza del Tribunale federale DTF 136 V 209 del 7 luglio 2010, secondo la quale (regesto) «*Le misure messe in atto per la cura a domicilio, la cui esecuzione non richiede alcuna qualifica professionale di natura sanitaria, non costituiscono dei provvedimenti sanitari ai sensi dell'art. 13 cpv. 1 in relazione con l'art. 14 cpv. 1 lett. a LAI e l'art. 2 cpv. 3 OIC, ma possono dar luogo, se del caso, a un assegno per grandi invalidi e a un supplemento per cure intensive (consid. 7 e 10)*», è stato allestito un elenco esaustivo delle prestazioni Spitex per bambini prese a carico dall'AI in quanto provvedimenti sanitari giusta gli articoli 13 e 14 LAI. Dal 1° gennaio 2020, queste saranno suddivise in quattro categorie:

1. Valutazione e consulenza
2. Esami e cure 1
3. Esami e cure 2: sorveglianza medica di breve durata
4. Sorveglianza medica di lunga durata

L'elenco dei provvedimenti sanitari comprende le prestazioni che possono essere dispensate da un'organizzazione Spitex a carico dell'AI, salvo se i genitori o altre persone di riferimento le forniscono su base volontaria nei limiti delle loro disponibilità e capacità.

La tabella seguente presenta tutte queste prestazioni con i relativi valori di tempo massimo computabile.

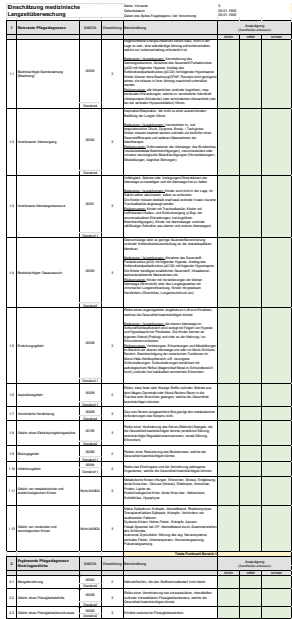
¹ Sostituisce la lettera circolare AI n. 362 del 23 marzo 2017.

Provvedimenti sanitari riconosciuti secondo gli articoli 13 e 14 LAI nell'ambito del servizio SpiteX per bambini

1. Valutazione e consulenza	Tempo massimo computabile
<p>1.1 Valutazione e documentazione del bisogno di cure e dell'ambiente in cui vive la persona assicurata e pianificazione dei provvedimenti necessari (= diagnosi infermieristiche e obiettivi) in collaborazione con il medico, la persona assicurata ed eventualmente altri servizi coinvolti (compresi valutazioni successive e consulti medici telefonici).</p>	<p>8 ore per ogni nuovo caso di cura e/o per ogni revisione</p>
<p>1.2 Consulenza e istruzione della persona assicurata e degli ausiliari non professionisti per l'esecuzione delle cure, segnatamente per quanto concerne il modo di affrontare la malattia, la somministrazione dei medicinali o l'impiego di apparecchi medici. Istruzione concernente le cure da prodigare ed esecuzione dei controlli necessari. Per quanto concerne l'istruzione, le prestazioni da fornire vanno documentate in modo dettagliato.</p>	
<p style="text-align: right;">All'inizio delle cure a casa, complessivamente</p>	<p>45 ore nei primi 3 mesi</p>
<p style="text-align: right;">In seguito</p>	<p>35 ore all'anno</p>
<p>1.3 Provvedimenti di coordinamento in situazioni di cura molto complesse e nel contempo molto instabili.</p>	<p>6 ore alla settimana</p>
<p><i>«Coordinamento» significa: contatto diretto tra chi presta le cure e il personale medico (medici o infermieri) per il coordinamento delle cure mediche.</i></p>	
<p><i>«Molto complesse» significa che, generalmente, sono coinvolti diversi medici specialisti.</i></p>	
<p><i>«Instabili» significa che l'onere di cura subisce continuamente importanti mutamenti.</i></p>	

2. Esami e cure 1	Tempo massimo computabile
Valutazione dello stato di salute generale (compreso il controllo dei segni vitali)	10 minuti per intervento
Prelievo di materiale per esame di laboratorio	20 minuti per prelievo (in caso di CVC: 40 min.)
Provvedimenti di terapia respiratoria (quali somministrazione di ossigeno, inalazioni, esercizi respiratori semplici, aspirazione)	60 minuti per intervento
Posa di sonde e/o cateteri e conseguenti provvedimenti sanitari	35 minuti per intervento
Provvedimenti sanitari per la somministrazione enterale o parenterale di soluzioni nutritive, comprese la preparazione e l'esecuzione	Enterale: 75 minuti per intervento Parenterale: 165 minuti al giorno
Provvedimenti sanitari in caso di dialisi peritoneale	120 minuti per intervento
<u>Preparazione e somministrazione di medicinali</u>	
Per via orale, sottocutanea, intramuscolare, anale, transcutanea o per sonda	45 minuti per intervento (fino a 10 medicinali differenti); oltre 45 minuti, conteggiare il tempo effettivo al giorno motivando il superamento
Per via intravenosa, perfusione breve	60 minuti per il primo medicamento, 45 minuti per ogni altro medicamento somministrato per via intravenosa
Trasfusioni, virostatici e citostatici	2 ore per intervento
<u>Problemi della pelle</u>	
Sorveglianza e valutazione in caso di prevalenti gravi problemi della pelle, comprese la medicazione di piaghe e cavità del corpo, le cure per pazienti con stoma ecc.	60 minuti per intervento
Epidermolisi bullosa	120 minuti per intervento
Provvedimenti sanitari per bagni medicinali in caso di gravi problemi della pelle	30 minuti per intervento
Provvedimenti sanitari in caso di turbe dell'evacuazione urinaria o intestinale	60 minuti per intervento
Controllo dei sintomi e provvedimenti sanitari nella fase palliativa e palliativa-terminale	Secondo richiesta del medico curante d'intesa con il personale infermieristico che assiste la persona assicurata

3. Esami e cure 2: sorveglianza medica di breve durata			Sorveglianza di breve durata (valutazione clinica)
SISTEMA DI ORGANI	Problema / Rischi	Quadro clinico; indicazione medica (esempi)	Durata in ore
SISTEMA RESPIRATORIO	Rischio di arresto respiratorio	Disturbi della regolazione della respirazione, ostruzione delle vie respiratorie, disturbi della diffusione, insufficienza della pompa respiratoria, problema alla parete toracica	0,25–1 ore al giorno
	Ostruzione acuta delle vie respiratorie		
	Insufficienza respiratoria		
	Rischio di aspirazione		
SISTEMA CARDIACO	Arresto cardiaco	Disturbi del ritmo, ipoplasia, malformazioni, paziente in attesa di trapianto od operazione	0,5–1,5 ore al giorno
	Insufficienza cardiaca		
	Aritmia		
	Condizioni ipossiche		
SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO	Stato di male epilettico	Crampi, arresto respiratorio, rabdmiolisi	0,5–1,5 ore al giorno
	Epilessia resistente alla terapia	Crampi, evitare fattori scatenanti	
	Crisi di distonia	Febbre alta, crampi, apnee	
	Spasmi focali in caso di paralisi cerebrale	Arresto respiratorio da contrazione della faringe	
	Obnubilamento	Pressione cerebrale, tumore, idrocefalia, disturbo metabolico	
SISTEMA METABOLICO	Crisi metaboliche (fame, vomito, stress)	Disturbi, crisi acute concernenti: glucosio (chetosi), elettroliti, ammoniaca, proteine, lipidi ecc.	0,5–1,5 ore al giorno
	Crisi endocrinologiche	Crisi acute concernenti: surrene, tiroide, ipofisi	
SISTEMA RENALE	Insufficienza renale acuta	Crisi relative alla concentrazione di liquidi e di elettroliti	0,5 ore al giorno
SISTEMA EPATICO	Insufficienza epatica acuta	Disturbi dell'emostasi, coma epatico	0,5 ore al giorno
SISTEMA IMMUNITARIO E SISTEMA EMATOLOGICO	Infezione acuta	Sepsi, polmonite	0,5–1,5 ore al giorno
	Rigetto acuto	Reazione di rigetto con disfunzione dell'organo	
	Emorragia acuta	Emorragia rischiosa per la vita o per gli organi	
SISTEMA DIGESTIVO	Grave reflusso resistente alla terapia	Riconoscimento del riempimento acuto dello stomaco (aria, succhi gastrici)	0,5 ore per intervento, al massimo 6 ore al giorno
	Grave intolleranza alimentare acuta, disturbi dell'assorbimento, malassorbimento	Cambiamento dell'alimentazione (passaggio parziale all'alimentazione parenterale, nutrizione clinica)	

4. Sorveglianza medica di lunga durata			Sorveglianza di lunga durata
SISTEMA DI ORGANI	Problema / Rischi	Quadro clinico; indicazione medica (esempi)	Determinazione del numero di punti per determinare l'onere di sorveglianza in base all'analisi separata dei rischi e del bisogno tenendo conto delle regole di cumulo
SISTEMA RESPIRATORIO	Rischio di arresto	Disturbi della regolazione della respirazione, ostruzione delle vie respiratorie, disturbi della diffusione, insufficienza della pompa respiratoria, problema alla parete toracica	Modulo «Valutazione del bisogno di sorveglianza medica di lunga durata» 
	Ostruzione acuta delle vie respiratorie		
	Insufficienza respiratoria		
SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO	Stato di male epilettico	Crampi, arresto respiratorio, rabdmiolisi	
	Epilessia resistente alla terapia	Crampi, evitare fattori scatenanti	
	Crisi di distonia	Febbre alta, crampi, apnee	
	Spasmi focali in caso di paralisi cerebrale	Arresto respiratorio da contrazione della faringe	
	Obnubilamento	Pressione cerebrale, tumore, idrocefalia, disturbo metabolico	
SISTEMA METABOLICO	Disfunzione autonoma	Disturbo del sistema nervoso vegetativo, febbre centrale, ipotermia, disturbi cardiovascolari (pressione sanguigna / polso)	
	Crisi metaboliche (fame, vomito, stress)	Disturbi, crisi acute concernenti: glucosio (chetosi), elettroliti, ammoniaci, proteine, lipidi ecc.	
SISTEMA CARDIACO	Crisi endocrinologiche	Crisi acute concernenti: surrene, tiroide, ipofisi	
	Arresto cardiaco Insufficienza cardiaca Aritmia Condizioni ipossiche	Disturbi del ritmo, ipoplasia, malformazioni, paziente in attesa di trapianto od operazione	

Spiegazioni concernenti le tabelle

Con l'indicazione «per intervento» si intende il periodo di presenza ininterrotta presso la persona assistita (dall'arrivo alla partenza). Se necessario da un punto di vista medico, sono possibili anche più interventi al giorno.

Durante la rilevazione del bisogno occorre determinare, con l'ausilio dell'elenco summenzionato, il tempo richiesto nel caso specifico per le prestazioni che dal punto di vista medico devono essere effettivamente fornite da Spitex. Il tempo massimo computabile per ogni prestazione è indicato come limite massimo o intervallo. Questi valori tengono già conto di situazioni molto difficili e dispendiose in termini di tempo e possono quindi essere oltrepassati solo in casi eccezionali con motivazione speciale. In massima parte il carico effettivo delle cure dovrebbe essere inferiore al limite fissato. Nei valori indicati è compreso anche il tempo necessario per completare l'incarto. In nessun caso si ha diritto al computo forfetario dei valori indicati.

Questi valori costituiscono il tempo massimo per la fornitura separata di ogni singola prestazione. Se si combinano diverse prestazioni, bisogna considerare che alcune di esse possono essere fornite parallelamente. I tempi computabili per le singole prestazioni non possono quindi essere semplicemente sommati. Il periodo di tempo in cui è necessaria la presenza di personale medico va pertanto determinato tenendo conto delle cure che possono essere prodigate parallelamente.

Gli uffici AI devono valutare il bisogno di cure con l'ausilio dell'elenco summenzionato. L'onere di cura rilevato è il tempo massimo computabile da parte di Spitex. Esso non include la parte assunta dai genitori, che viene determinata nella procedura di accertamento AI. Mutamenti nei provvedimenti sanitari assunti su base volontaria dai genitori comportano un adeguamento della decisione.

Rispetto alla lettera circolare AI n. 362 sono presenti due nuove categorie.

- **Esami e cure 2: sorveglianza medica di breve durata**

La sorveglianza medica di breve durata è una valutazione approfondita dello stato di salute generale del minorenne su un determinato periodo (giorno o settimana). L'obiettivo principale consiste nel riconoscere il prima possibile i segni di un eventuale peggioramento e nell'adottare immediatamente i provvedimenti necessari. Il diritto a una sorveglianza medica di breve durata sussiste soltanto se si presenta almeno uno dei problemi/rischi rilevanti di cui alla sezione «3. Esami e cure 2: sorveglianza medica di breve durata» della «Rilevazione del bisogno di prestazioni Spitex».

- **Sorveglianza medica di lunga durata**

Per sorveglianza medica di lunga durata si intendono le cure fornite a minorenni per i quali in qualsiasi momento può insorgere una situazione potenzialmente mortale o pericolosa per la salute che necessita dell'intervento di personale medico. Il diritto a una sorveglianza medica di lunga durata sussiste soltanto se almeno una delle diagnosi infermieristiche rilevanti con una ponderazione 3 di cui alla sezione 1 del modulo «Valutazione del bisogno di sorveglianza medica di lunga durata» è di forte intensità.

L'attuale modulo «Questionario Spitex / Prescrizione» per la valutazione del diritto alle prestazioni finora utilizzato è stato rielaborato con l'aggiunta delle nuove prestazioni di sorveglianza medica di breve e di lunga durata. La sua nuova denominazione è «Rilevazione del bisogno di prestazioni Spitex (con prescrizione medica Spitex)». Il documento contiene tutti i provvedimenti sanitari riconosciuti secondo gli articoli 13 e 14 LAI nell'ambito del servizio Spitex per bambini.

Data la complessità della rilevazione del bisogno di sorveglianza medica di breve e di lunga durata, è stato redatto quale ausilio un «Manuale per la classificazione delle prestazioni di sorveglianza medica», che spiega il nuovo modulo e la procedura per la presentazione della richiesta di prestazioni mediche Spitex. Il manuale, il modulo e le FAQ (Frequently Asked Questions) sono disponibili sul sito <https://sozialversicherungen.admin.ch/it/f/5634>.

Il modulo per la rilevazione del bisogno di prestazioni Spitex include due ulteriori moduli.

- **Modulo «Valutazione del bisogno di sorveglianza medica di lunga durata»:** se il bisogno della sorveglianza medica è comprovato, Spitex valuta con l'ausilio di questo modulo l'entità di tale bisogno e inoltra all'ufficio AI competente la richiesta di assunzione dei costi per le ore rilevate, allegando la valutazione del bisogno e il piano di cura individuale.
- **Prescrizione medica Spitex:** affinché la prescrizione di prestazioni mediche Spitex sia eseguita in modo uniforme occorre utilizzare il modulo in questione, che contiene formule con rinvii alla «Rilevazione del bisogno Spitex» e ne riprende quindi automaticamente i valori.

In caso di prima richiesta (principalmente per i minorenni durante o dopo un ricovero in ospedale), il modulo «Rilevazione del bisogno di prestazioni Spitex» va possibile dapprima inoltrato all'ufficio AI competente. L'obiettivo è di permettere ai medici e ai responsabili delle cure in ospedale di chiarire con i genitori in che misura sarà necessario attuare provvedimenti a casa e che parte sarà assunta da loro. Infine, con la firma del modulo l'organizzazione Spitex approva la relativa ripartizione dei compiti e conferma di potere coprire il bisogno di cure necessario.

Nell'ambito dell'accertamento sul posto concernente l'assegno per grandi invalidi (AGI) o il supplemento per cure intensive (SCI), in caso di richiesta di prestazioni Spitex deve essere effettuato contemporaneamente anche un sopralluogo del servizio Spitex, tenendo presente che non è ammesso conteggiare due volte una stessa prestazione. Concretamente ciò significa che le prestazioni Spitex devono essere dedotte dal tempo conteggiato per il SCI. Per i casi di lunga durata (più di tre mesi) e i casi onerosi (più di 14 ore alla settimana o di 2 ore al giorno) è sempre necessario effettuare un accertamento sul posto, a meno che la documentazione inoltrata non sia sufficientemente chiara e inequivocabile.

Calcolo del SCI in presenza di una sorveglianza medica di lunga durata.

Poiché durante una sorveglianza medica di lunga durata sono fornite anche prestazioni che altrimenti verrebbero fornite nel quadro del SCI, quest'ultimo deve essere ridotto in proporzione. Si deve procedere come segue: in primo luogo, si calcola la percentuale di sorveglianza medica di lunga durata sulla base di 24 ore (un giorno intero). Se, ad esempio, sono state assegnate 8 ore di sorveglianza medica di lunga durata, la quota è di un terzo (33,3333%). Il tempo effettivo richiesto per lo SCI viene quindi ridotto di questa proporzione (un terzo) delle ore di sorveglianza medica di lunga durata (= 2 ore e 40 minuti).

Esempio: sono state assegnate 10 ore di sorveglianza medica di lunga durata, quindi il fattore di riduzione è 10/24 (= 0,4166 o 41,66%, che corrisponde a 4 ore e 10 minuti). Il tempo effettivo richiesto per il SCI è di 7 ore e 15 minuti, meno 4 ore e 10 minuti dà 3 ore e 05 minuti. Ciò significa che l'assicurato perde il diritto al SCI.

Questa disposizione si applica solo se la persona assicurata ha diritto a prestazioni di sorveglianza a lungo termine. La sorveglianza medica di breve durata non è invece dedotta dal SCI.

Valutazione della richiesta di prestazioni Spitex da parte dell'ufficio AI

Nell'ambito della nuova «Rilevazione del bisogno di prestazioni Spitex» la richiesta è effettuata come finora da Spitex e valutata dall'ufficio AI. Il bisogno di cure deve essere documentato per permettere all'ufficio AI di verificarne la plausibilità. A tale scopo occorre compilare il campo «Descrizione» della rilevazione e/o allegare il piano di cura individuale.

L'ufficio AI verifica se:

- la richiesta è stata inoltrata tramite modulo ufficiale («Rilevazione del bisogno di prestazioni Spitex»);
- prestazioni per le quali è richiesta la copertura sono motivate in modo plausibile e, se del caso, consulta il Servizio medico regionale (SMR); in particolare, nel caso delle richieste di sorveglianza medica di lunga durata deve verificare in modo dettagliato la motivazione delle diagnosi infermieristiche valutate di «forte» intensità da Spitex e, di regola, consulta a tal fine il SMR;
- alla richiesta di sorveglianza medica di lunga durata sono stati allegati la valutazione del bisogno e il piano di cura individuale;
- sono state rispettate le regole di cumulo e, se del caso, corregge adeguatamente la richiesta;
- la richiesta ha ripercussioni sull'AGI, sul SCI o sul contributo per l'assistenza (CA).

Quando viene inoltrata una richiesta di sorveglianza medica di lunga durata, nel campo «Descrizione» della rilevazione Spitex devono essere indicate anche le necessarie prestazioni negli ambiti «Valutazione e consulenza» e «Esami e cure 1». Se è possibile eseguire queste prestazioni nel corso della sorveglianza, non va indicato il tempo richiesto per esse: se questo avviene, significa invece che le prestazioni non possono essere eseguite durante la sorveglianza. In tal caso però, affinché il tempo richiesto venga preso in considerazione separatamente, il servizio Spitex deve fornire una motivazione.

L'AI non assume i costi delle prestazioni mediche fornite dal servizio Spitex per bambini che non sono state concesse dall'ufficio AI. Tuttavia, nulla impedisce che queste prestazioni siano fornite nel quadro della sorveglianza medica di lunga durata, se questo non pregiudica l'attività di sorveglianza. Dato che le prestazioni in questione non hanno alcuna ripercussione sul tempo computabile rimborsato dall'AI, non possono essere dedotte da quest'ultimo. Se invece durante l'esecuzione della sorveglianza medica di lunga durata vengono fornite prestazioni delle cure di base che possono influenzare l'ammontare di AGI/SCI/CA, bisogna tenerne conto nel calcolo di questi ultimi (v. deduzione proporzionale di cui sopra).

Per la fatturazione del materiale medico di uso corrente sono validi gli importi massimi dell'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) figurante nell'Allegato 2 dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre) della LAMal. Le prestazioni computabili nell'ambito dell'AGI e del SCI sono elencate nella Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'AI (CIGI). Esse includono in particolare la sorveglianza personale permanente (CIGI cap. 5.2.2.2 e art. 39 cpv. 3 OAI), per la quale non occorre l'intervento di personale medico e non conta dunque come sorveglianza medica di breve o di lunga durata.

La decisione sulle prestazioni massime che possono essere coperte dall'AI nell'ambito delle prestazioni Spitex per bambini spetta unicamente all'ufficio AI competente. La richiesta di Spitex deve essere accolta solo nella misura in cui il bisogno è comprovato, documentato e motivato in modo trasparente e plausibile. Per la concessione delle prestazioni deve essere tenuto debitamente conto della situazione individuale della persona che ha bisogno di cure.

Nella decisione o comunicazione agli assicurati, l'onere assunto dall'AI per le categorie «Valutazione e consulenza» ed «Esami e cure» (inclusa la sorveglianza di breve o di lunga durata) va indicato separatamente. Per le prestazioni della categoria «Valutazione e consulenza» bisogna indicare l'onere di tempo per l'intera durata della decisione. Per tutte le altre prestazioni vanno indicati i valori a settimana (struttura delle indicazioni: v. prescrizione medica Spitex). Nel controllo delle fatture bisogna verificare che queste due categorie siano indicate separatamente e fatturate in base alla posizione tariffale corrispondente.

Posizioni tariffali per prestazioni Spitex giusta gli articoli 13 e 14 LAI

Per la fatturazione delle prestazioni mediche Spitex si applica la convenzione tariffale del 1° luglio 2018 tra Spitex – Associazione svizzera di assistenza e cura a domicilio, l'Associazione Spitex privata Svizzera, la Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM), l'assicurazione militare (AM) e l'assicurazione invalidità (AI), in vigore dal 1° gennaio 2019.

Nelle disposizioni esecutive della convenzione tariffaria, l'articolo 1, paragrafo 5, cita anche il "Questionario Spitex / Prescrizione per le cure Spitex». A partire dal 1° gennaio 2020, si utilizzerà invece il nuovo modulo «Rilevazione del bisogno di prestazioni Spitex».

Le prestazioni di valutazione e consulenza sono fatturate sotto la posizione tariffale **53301** «a) Valutazione e consulenza, assicurati AI, ogni 5 minuti».

Le prestazioni di «esami e cure 1», «esami e cure 2: sorveglianza medica di breve durata» nonché «sorveglianza medica di lunga durata» sono fatturate sotto la posizione tariffale **53303** «b) Esami e cure, assicurati AI, ogni 5 minuti».

Tutte le prescrizioni della presente lettera circolare si applicano per analogia anche alle prestazioni fornite da personale infermieristico indipendente (ad eccezione della tariffa applicabile) ai sensi della convenzione tariffale del 25 ottobre 1999 tra l'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI), la CTM, l'AM e l'AI, in vigore dal 1° gennaio 2000.

Coordinamento con l'assicurazione malattie

Il **coordinamento delle prestazioni** tra gli assicuratori sociali è disciplinato dagli articoli 63–69 LPG. Le regole di coordinamento variano in funzione del tipo di prestazione (provvedimenti sanitari, AGI/SCI).

In linea di principio nell'ambito dei provvedimenti sanitari (cure mediche) l'AI deve coprire interamente tutte le prestazioni in natura necessarie. La cassa malati può al massimo verificare se prestazioni simili siano rimborsate due volte, vale a dire sia dall'AI che dall'assicurazione malattie.

Prestazioni per le cure di base: l'AGI e il SCI² rappresentano solo un contributo ai costi per le cure di base, alle quali può dunque partecipare anche un altro finanziatore. L'AGI e il SCI sono concessi a prescindere da eventuali prestazioni AMal. Non sussistono regole di coordinamento tra l'AGI e il SCI dell'AI e le cure di base dell'AMal. Può però essere esaminata la possibilità di una riduzione delle prestazioni AMal a seguito di un sovraindennizzo (art. 69 LPGA, DTF 125 V 297, DTF 127 V 94). Spetta alla cassa malati verificare se sussiste un'eventuale sovraindennizzo, dato che è lei ad assumere, se del caso, le spese delle cure di base non coperte da AGI e SCI.

Occorre distinguere tra il coordinamento delle prestazioni e l'**obbligo di versare prestazioni anticipate**. La cassa malati è tenuta a versare prestazioni anticipate al posto dell'AI, se non è ancora stato chiarito formalmente l'obbligo contributivo (art. 70 cpv. 2 lett. A LPGA). La cassa malati deve fornire a titolo provvisorio una garanzia di pagamento per i costi della cura medico-sanitaria fino all'emanazione della decisione AI (art. 113 OAMal). Il rimborso degli anticipi avviene conformemente all'articolo 71 LPGA.

Disposizioni transitorie

1. Le nuove domande devono essere valutate conformemente alla presente lettera circolare AI, anche se le prestazioni riguardano il periodo precedente l'entrata in vigore della presente lettera circolare AI.
2. Su richiesta della persona assicurata, le decisioni in vigore vengono riesaminate secondo la presente lettera circolare AI e, se necessario, adeguate.

La presente lettera circolare entra in vigore il 1° gennaio 2020.

²In alcuni casi il SCI può coprire anche la fornitura di cure mediche: per questo occorre prevedere un coordinamento con le prestazioni Spitex.