



14 aprile 2011

---

## Lettera circolare AI n. 298

---

### Guida medica all'IC 404

Scopo della guida è l'uniformazione del livello d'informazione dei richiedenti (medici e cliniche) e dell'applicazione dei criteri di riconoscimento da parte degli uffici AI. La guida va applicata da subito su tutto il territorio nazionale.

L'interpretazione e applicazione omogenea dei criteri di riconoscimento dell'infermità congenita (IC) 404 OIC da parte degli uffici AI cantonali è una condizione indispensabile per l'uguaglianza giuridica delle decisioni. In caso di dubbi o incertezze si raccomanda la comunicazione diretta tra i Servizi medici regionali (SMR) e i medici curanti.

In generale si vogliono evitare richieste di chiarimento inutili, al fine di abbreviare la durata del trattamento degli incarti. Lo scopo dell'esame da parte del SMR della richiesta di garanzia di assunzione delle spese per provvedimenti sanitari è la determinazione del debitore delle prestazioni e non la valutazione della necessità della terapia.

La guida sarà distribuita dagli uffici AI e dai SMR ai medici specializzati in psichiatria infantile e giovanile e ai pediatri che, se possibile, la caricheranno sulle loro pagine web. Le associazioni di categoria interessate si sono dette disposte a pubblicarla sui loro siti Internet e a presentarla ai propri iscritti.

In occasione della prossima riedizione della CPSI, la guida sarà integrata nella circolare quale allegato 7.

#### **Allegati:**

- Guida medica all'IC 404
- Appendice / Supplemento alla guida medica all'IC 404 OIC

# IC 404 OIC linee guida

## 1. Parte generale

### 1.1 Determinazione del debitore delle prestazioni

L'oggetto dell'esame, da parte del SMR, della richiesta di garanzia di assunzione delle spese per provvedimenti sanitari è la determinazione del debitore delle prestazioni e non la valutazione della necessità della terapia. Fino all'emanazione della decisione AI, la copertura incombe in ogni caso all'assicurazione malattie (art. 70 LPGA). Non sarebbe né utile né etico rinviare l'attuazione di provvedimenti terapeutici indicati dal punto di vista medico fino alla concessione della garanzia di assunzione delle spese. Il rifiuto di una richiesta in tal senso da parte dell'AI non è una decisione contro il bambino o una negazione della necessità della terapia, bensì è una decisione in materia di diritto assicurativo concernente la determinazione del debitore delle prestazioni.

### 1.2 Limitazioni a seconda dell'età

Per i bambini in età prescolastica, in particolare per quelli che non vanno ancora all'asilo, è possibile – anche se non sempre facile – diagnosticare un'ADHD o un'ADD. Talvolta è difficile distinguere questa sindrome da un disturbo comportamentale eretistico. Tuttavia, in questa fascia d'età non si potranno di regola comprovare difficoltà nel percepire e nel memorizzare con procedure neuropsicologiche. Sovente i bambini in età prescolastica presentano infatti una mancanza di maturità e un atteggiamento non adeguato allo svolgimento di queste procedure; in essi prevale ancora il principio del piacere. Se questa immaturità è molto marcata, non è sicuro che si possa stabilire una diagnosi clinica di ADD o ADHD in età prescolastica. Per questi motivi la sussistenza delle condizioni richieste per riconoscere il disturbo secondo il N. 404.5 CPSI non può essere comprovata con certezza. Questo è imputabile anche al fatto che si tratta di bambini che presentano disturbi della concentrazione e della regolazione emozionale basale e che reagiscono impulsivamente, il che può potenziare gli effetti dell'immaturità evolutiva.

Nei bambini piccoli, quindi, in caso di riscontro di disturbi, i risultati degli esami rischiano di essere ingannevoli. Deficit in apparenza accertabili obiettivamente mediante test psicologici dipendono in realtà dall'aspetto motivazionale e possono indurre a diagnosticare erroneamente determinate disfunzioni. I risultati dei test che si situano nella norma, al contrario, sono più significativi anche nei bambini piccoli. I test sono concepiti in modo tale che non si possano conseguire per caso risultati in media buoni o migliori rispetto alla media, e quindi normali. Per un risultato normale di un

test di prestazioni neuropsicologico si può quindi partire dall'idea che l'ambito esaminato non presenta disturbi. Tuttavia, in caso di motivazione elevata, considerata l'eccezionalità e unicità del test ("situazione d'esame"), anche prestazioni buone non sono necessariamente rappresentative e possono nascondere un deficit. Di conseguenza, a causa dell'importanza della motivazione, ai risultati peggiori della media o fortemente patologici come anche ai risultati normali o buoni di esami neuropsicologici cui sono sottoposti bambini molto piccoli non può essere attribuita la normale affidabilità. Ne consegue che una diagnosi sicura può essere stabilita solo a partire da una certa età o maturità e che bisogna quindi attendere prima di inoltrare una richiesta all'AI. Finché non sarà formulata una diagnosi sicura, l'assicurazione malattie rimarrà tenuta a coprire i costi dei provvedimenti sanitari necessari.

### **1.3 Richieste inoltrate dopo il nono anno di età**

Per principio è possibile riconoscere per la prima volta la problematica quale IC 404 OIC dopo il compimento dei nove anni. Bisogna però comprovare che prima di quest'età sia stata stabilita una diagnosi ed eseguito un trattamento medico\*. Per la formulazione della diagnosi non è sufficiente descrivere i sintomi dell'ADD in quanto sindrome psico-organica (SPO), ma bisogna comprovare in modo chiaro i criteri di riconoscimento ai sensi del N. 404.5 CPSI mediante un esame.

### **1.4 Obbligo di eseguire il trattamento (N. 404.3 CPSI)**

Come altri disturbi psichici dei minorenni, i disturbi cerebrali congeniti curati effettivamente solo dopo il compimento dei nove anni devono essere valutati secondo l'articolo 12 LAI.

L'infermità congenita non può essere riconosciuta nel caso in cui si adduce soltanto che sarebbe stato necessario un trattamento già prima del compimento del nono anno di età.

\*Sono riconosciuti come trattamento medico il trattamento di psichiatria infantile del bambino e della sua famiglia, le terapie medicamentose, l'ergoterapia, ma non la logopedia, la psicomotricità, la pedagogia specializzata e il sostegno pedagogico, forme di promozione integrativa a livello scolastico o altri provvedimenti di sostegno. Non sono considerati come trattamento né gli accertamenti medici o di psicologia infantile né le consulenze fornite ai genitori (DTF I 569/00 del 6.7.2001). Tuttavia, poiché proprio per i bambini più piccoli il trattamento deve essere eseguito prevalentemente tramite i genitori e le persone di riferimento in quanto mediatrici e i bambini possono essere trattati da soli solo parzialmente, questo lavoro terapeutico deve essere considerato come trattamento di psichiatria infantile del bambino e della famiglia.

## 2. Parte speciale

### 2.1 Criteri di riconoscimento

Conformemente al N. 404.5 CPSI, le condizioni per il riconoscimento dell'IC 404 sono considerate adempiute se prima del compimento dei nove anni si riscontrano almeno i disturbi seguenti: disturbi del comportamento (ossia un **danno patologico dell'affettività o della capacità di socializzare**), disturbi **della regolazione emozionale basale, della percezione** (disturbi percettivi, cognitivi o sensoriali), **della capacità di concentrazione e della capacità di memorizzare**. Questi sintomi devono essere rilevati cumulativamente. Tuttavia non è necessario che si riscontrino contemporaneamente, ma possono anche, a seconda delle circostanze, apparire in tempi diversi. Se al compimento dei nove anni sono attestati solo alcuni di questi sintomi, le condizioni di cui al N. 404 OIC non sono adempiute. I SMR devono verificare in modo critico e rigoroso che i criteri richiesti siano rispettati e comprovati in modo chiaro ricorrendo, se necessario, ad esperti esterni.

#### 2.1.1 Disturbi del comportamento

I disturbi del comportamento, ossia chiari disturbi dell'affettività e/o della capacità di socializzare, vanno distinti dalle conseguenze dei disturbi della regolazione emozionale basale. Nei rapporti medici vengono sovente indicati quali disturbi del comportamento sintomi dei disturbi della concentrazione o della regolazione emozionale basale; tuttavia, questi ultimi non adempiono le condizioni poste per l'accertamento di "disturbi dell'affettività o della capacità di socializzare". L'attività fisica ridotta o potenziata, l'impulsività, la disattenzione e la distraibilità sono disturbi dell'attività e dell'attenzione, e non disturbi dell'affettività e della capacità di socializzare. Nella letteratura specializzata la nozione di affettività è utilizzata talvolta come sinonimo di altri concetti per i quali non vi è una definizione unitaria, quali i sentimenti, le emozioni, gli stati d'animo o l'umore, talvolta come qualcosa di diverso. Secondo L. Ciompi, un affetto è una disposizione d'animo psicofisica globale di qualità, durata e consapevolezza variabili provocata da stimoli interni ed esterni. Nel caso dei bambini con un'IC 404 OIC, a livello patologico l'affettività e la capacità di socializzare dipendono da un lato da fattori organici (sistema nervoso centrale), dall'altro, da reazioni inadeguate (proprie o provenienti dalla famiglia o dall'ambiente) ai deficit del bambino e dalla conseguente inadeguatezza delle strategie di comportamento adottate in relazione al disturbo. Non si tratta di disturbi affettivi secondo l'ICD-10 (decima revisione della classificazione ICD), bensì di danni patologici dell'affettività e della capacità di socializzare descritti che rientrano nelle seguenti definizioni:

Disturbi dello stato d'animo e dell'affettività: stato depressivo-tristezza, irritabilità-disforia, mancanza di fiducia in sé stessi, rassegnazione-disperazione, sensi di colpa-autoaccusa, carenza di affettività, assenza d'interessi-apatia, labilità, irrequietezza interiore-agitazione, eccesso di autostima-euforia.

Disturbi della capacità di socializzare: eccesso di conformismo, timidezza-insicurezza, ritiro sociale-isolamento, reticenza-mutismo, ostentazione, incapacità di tenere le distanze-disinibizione, carenza di empatia, mancanza di reciprocità sociale e di comunicazione.

Anche i comportamenti seguenti, in quanto comportamenti oppositivi o antisociali, adempiono i criteri richiesti: dominazione, comportamento di opposizione o rifiuto, aggressività verbale, aggressività fisica, mentire-ingannare, rubare, scappare, marinare la scuola, distruggere la proprietà, appiccare il fuoco.

Il disturbo dell'affettività e della capacità di socializzare va valutato ponendo domande mirate e osservando il comportamento. Bisogna valutare i reperti medici e i sintomi riscontrabili durante l'esame e, a prescindere da questo, stimare le dimensioni che questi sintomi possono assumere nei diversi contesti (famiglia, scuola, gruppo di coetanei).

### **2.1.2 Disturbi della regolazione emozionale basale**

La neuropsicologia definisce oggi la regolazione emozionale basale come una parte delle funzioni esecutive associate all'azione. Può in parte essere riscontrato anche mediante test psicologici. Anche se definito nel contesto giuridico-assicurativo va inteso come impulso generale all'azione e principio d'attivazione tonico sopramodale del bambino. I disturbi della regolazione emozionale basale possono apparire sotto forma di eccesso o carenza (ad es. il bambino deve essere sollecitato); sono riscontrabili clinicamente o possono risultare dall'anamnesi. In caso di iperattività emotiva, la persona, oltre alla tipica psicomotricità, lavora velocemente, fa numerosi errori, parla velocemente, ha un livello di attività molto elevato, trasgredisce sovente i limiti e prova in generale difficoltà a rispettarli. In caso di carenza dell'attivazione emozionale, invece, la persona lavora molto lentamente, prova difficoltà ad iniziare il lavoro o, se svolge un'attività indipendente, tende ad arenarsi. Poiché nella situazione testistica questo è riscontrabile soltanto in modo limitato, per poter stabilire una diagnosi non si può fare a meno delle valutazioni dei genitori e degli insegnanti.

### 2.1.3 Disturbi della percezione

Questi disturbi consistono principalmente in deficit comprovati della percezione visiva o uditiva (i deficit della percezione uditiva possono causare disturbi dello sviluppo del linguaggio). Un disturbo della percezione è dato in caso di determinate disfunzioni della percezione visiva o uditiva. In questi casi si deve richiedere un accertamento chiaramente definito e particolareggiato eseguito con tecniche di accertamento standardizzate. Vista l'importanza di questo settore per le misure di promozione pedagogiche, le procedure adeguate sono molte.

Non è sempre facile distinguere disturbi specifici della **percezione uditiva** da disturbi della capacità di memorizzare. Sulla base di un'analisi qualitativa degli errori (ad es. sillabe sbagliate, distinzione non chiara delle parole nella frase, anche nello scrivere un testo dettato, ordine delle parole sbagliato) si deve inoltre distinguere la difficoltà nella differenziazione dei suoni dalla difficoltà nel percepirne correttamente la successione. Per valutare la capacità di memorizzazione linguistico-acustica sono quindi presi in considerazione diversi test, quali ad esempio il **test di Mottier**, **memoria di cifre** (nell'ordine udito e in senso inverso), **liste di parole** e altri ancora: si tratta di descrivere anomalie qualitative quali disturbi della differenziazione che lasciano presumere una percezione acustica ridotta. Al riguardo l'osservazione clinica e l'anamnesi possono essere d'aiuto.

Per il **test di Mottier**, ad esempio, da un risultato soltanto quantitativamente inferiore alla media non si deve senz'altro desumere un disturbo della differenziazione, in quanto questo risultato può essere spiegato benissimo anche da difficoltà di memorizzazione. In questo caso bisogna eseguire ulteriori accertamenti che comprovino i disturbi della percezione uditiva, ad esempio con la differenziazione dei suoni nella procedura di scelta secondo **Monroe (test di distinzione delle parole)** o con l'**elenco di binomi secondo Nickisch**.

Moltissimi test permettono di rilevare disturbi della percezione visiva: molti test d'intelligenza comprendono appositi subtest (completamento di figure, disegno con i cubi, ricostruzione di oggetti, riconoscimento di forme, finestra magica, triangoli). Inoltre, con molti procedimenti provenienti dal settore della ricostruzione visiva, quali la **figura complessa di Rey** o il **DTVP (developmental test of visual perception)** si possono esaminare la distinzione tra forma e sfondo, la costanza della forma, la posizione nello spazio, le relazioni nello spazio e la percezione della forma a livello analitico e sintetico. È sempre importante distinguere tra disturbi della percezione e difficoltà nella riproduzione.

Sebbene le disfunzioni della **percezione propriocettiva e tattile** siano più difficili da individuare, non vanno sottovalutate, in quanto sono importanti per le funzioni esecutive ed espressive. La **graffestesia** comprende la sensibilità tattile, la localizzazione del contatto, la capacità di percepire la direzione seguita da uno stimolo tattile e l'integrazione in un modello di rappresentazione. La **ste-**

**reognosia** è un processo complesso del sentire la forma degli oggetti che comprende importanti elementi esecutivi e di espressione neuromotoria ma, da solo, non è adatto a comprovare chiaramente disturbi della percezione. Anche la percezione propriocettiva (ossia la capacità di percepire il proprio corpo e i suoi movimenti) può essere alterata e compromettere lo sviluppo del bambino. Tuttavia, con test standardizzati si possono difficilmente diagnosticare disturbi della grafestesia, della stereognosia e della percezione propriocettiva e sovente da difficoltà neuromotorie si desumono erroneamente problemi di percezione. In questi casi è importante valutare se sia plausibile un nesso tra questa disfunzione e il danno funzionale del bambino a scuola e nella vita quotidiana. Pertanto, i disturbi della percezione non dovrebbero essere comprovati unicamente con anomalie riscontrate in questi ambiti.

Riassumendo si osserva che sovente i disturbi della percezione, ossia disfunzioni percettive parziali, sono spesso del tutto comprovabili. Questo significa però anche che in mancanza di questi disturbi non è possibile riconoscere un'IC 404 e si può rinunciare ad esaminare gli altri criteri (nel quadro del riconoscimento AI).

#### **2.1.4 Disturbi della concentrazione**

In linea generale la concentrazione è definita come la capacità di focalizzare l'attenzione in una direzione particolare. Con questa nozione s'intendono il riconoscimento dello stimolo, la focalizzazione nel senso di attenzione selettiva, il mantenimento dell'attenzione quale concentrazione e lo spostamento dell'attenzione o il fatto di evitarne lo spostamento inadeguato, ovvero la distraibilità. Per valutare questi disturbi sono disponibili diversi test, p. es. **test differenziali** in entrambe le versioni standardizzate adeguate all'età: nella Svizzera tedesca, **DL-KG** (*differentieller Leistungstest zur Erfassung des Leistungsverhaltens bei konzentrierter Tätigkeit im Grundschulalter*) e **DL-KE** (*differentieller Leistungstest zur Erfassung des Leistungsverhaltens bei konzentrierter Tätigkeit der Eingangsstufe der Grundschule*), **TAP** (*Testbetterie zur Aufmerksamkeitsprüfung*) e **Ki-TAP** (*Testbetterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder*) (serie di test per valutare l'attenzione), **TEACH** (*test of every day life attention for children*) e **KT 3 – 4** (*Konzentrationstest für Dritt- und Viertklassen*), mentre il **d 2** (*Aufmerksamkeitsbelastungstest*) non è assolutamente adatto per i bambini in tenera età a causa della complicata discriminazione dei segni e della breve durata del test.

Il gruppo dei subtest “non distraibilità” del test d'intelligenza **HAWIK-IV** (“**Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder IV**”, in uso nella Svizzera tedesca) valuta indirettamente i disturbi dell'attenzione.

Se l'oggetto dell'esame è la distraibilità, taluni bambini danno buoni risultati nei test ben strutturati e sovente anche molto limitati nel tempo (in particolare nei test al computer, dove nella maggior

parte dei casi la reazione a uno stimolo è diretta). In questi casi è molto importante interpellare i genitori e gli insegnanti, in quanto per loro natura i disturbi dell'attenzione compaiono piuttosto quando il bambino vive in un contesto di gruppo, gli vengono chieste determinate prestazioni ed è soggetto a numerosi stimoli.

### 2.1.5 Disturbi della capacità di memorizzare

Nella maggior parte dei casi i disturbi della capacità di memorizzare sono definiti come un danno alla memoria a breve termine. Moltissimi test valutano la memoria acustica a breve termine (ad es. **memoria di cifre, sliste di parole, istruzioni, sillabe di Mottier**). Per la memoria visiva sono disponibili test di riconoscimento di visi o di apprendimento visivo (**Rey visual learning** o **DCS (Diagnostikum für Cerebralschädigung)**, nei quali vanno ricostruite con delle bacchette immagini complicate). Molti test permettono quindi di valutare la memoria a breve termine. Anche per la capacità di apprendimento sono disponibili diversi test (**DCS** e **VLMT (verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest)** ossia test di apprendimento visivo e di capacità di memorizzare), alcuni dei quali (la figura complessa di Rey o la *wechsler memory scale*) consentono di valutare anche la memoria a lungo termine.

### 2.1.6 Intelligenza

Una delle condizioni per riconoscere una problematica quale l'IC 404 è un'intelligenza normale, che può essere valutata con molti procedimenti (K-ABC, HAWIK IV, ids [*Intelligence and developmental scales*] ecc.).

Al riguardo vi sono diverse interpretazioni: secondo una decisione del Tribunale federale, l'"intelligenza normale" va fino al limite del lieve ritardo mentale, ossia fino a un QI di 70. Un fallimento in determinati ambiti spiegherebbe il valore basso ottenuto. In ogni caso deve essere appurato che i disturbi della percezione e della capacità di memorizzare siano disfunzioni specifiche. Per un livello di prestazioni sistematicamente basso vi saranno prestazioni inferiori alla media anche nella percezione e nella capacità di memorizzare o in ambiti diversi da quelli summenzionati. In questi casi, queste non devono essere indicate come deficit specifico, ma corrispondono al livello di prestazioni generale del bambino in questione. È quindi riscontrabile un disturbo generale dell'apprendimento o un ritardo mentale (ICD-10 F7; "ritardo mentale"), e non un disturbo specifico dell'attenzione connesso con diverse disfunzioni parziali. In questi casi il criterio dell'intelligenza normale non è adempiuto e un'IC 404 non può essere riconosciuta.

## 2.2 Diagnosi differenziale

Per l'IC 404 si tratta in sostanza di una diagnosi di esclusione. Per prima cosa deve essere escluso un danno acquisito durante la prima infanzia che potrebbe essere la causa di una sindrome psico-organica (trauma cranico, encefalite). Inoltre una molteplicità di disturbi psichiatrici infantili acquisiti o reattivi può cagionare sintomi dell'ADHD; ne fanno parte l'abbandono in tenera età, il maltrattamento, disturbi relazionali, pretese eccessive a livello emozionale e/o psichico in caso di situazioni sociali opprimenti, pretese eccessive a livello cognitivo in caso di ridotta capacità intellettuale generale o la scarsa sollecitazione nel caso dei bambini particolarmente dotati. Vi sono anche determinati o gravi disturbi dello sviluppo che cagionano sintomi simili. Se si sospetta un disturbo psichiatrico infantile, bisogna ricorrere a un medico specialista. Possono esservi comorbidità in relazione all'IC 404, che però non possono costituire la causa principale dei sintomi.

Nei rapporti medici è quindi molto importante dimostrare plausibilmente - mediante un'anamnesi esatta, una chiara descrizione dei reperti, i riscontri di test psicologici (intelligenza) e considerazioni concernenti la diagnosi differenziale - l'assenza di eziologie acquisite rilevanti, di modo che per il medico del SMR sia chiara l'esistenza di un'infermità congenita.

### **Nel rapporto medico bisogna dimostrare plausibilmente quanto segue:**

1. I criteri dell'AD(H)D (secondo il DSM-IV / ICD 10, compresa la durata dei sintomi) sono rispettati. Le funzioni esecutive concernenti i criteri ai sensi del N. 404.5 CPSI (impulso e capacità di concentrazione) sono quindi adempiute.
2. I sintomi (secondo il DSM-IV / ICD 10) sono presenti in diversi ambiti della vita.
3. Rilevanti disfunzioni parziali delle funzioni percettive (disturbi della percezione e della capacità di memorizzare; N. 404.5 CPSI) devono essere documentate mediante un esame del bambino (test psicologici).
4. Si riscontra un disturbo del comportamento, ossia dell'affettività e/o della capacità di socializzare.
5. Con una diagnosi differenziale si può escludere che altri disturbi psichiatrici infantili costituiscano le cause eziologiche principali della patologia in questione.

## 2.2 Strumenti diagnostici

Spetta a chi esegue l'esame scegliere procedimenti adatti (diversi a seconda della lingua) per rispondere alle domande che gli sono state poste e operare secondo le regole dell'arte. I molteplici test menzionati nel presente manuale vanno quindi considerati come esempi e non costituiscono un elenco esaustivo dei procedimenti riconosciuti. Va da sé che i procedimenti dovrebbero essere standardizzati e convalidati secondo i criteri in uso per gli strumenti psicometrici.

Alcuni pediatri ritengono che anche altri strumenti di esame siano adatti per eseguire procedimenti di screening. Tuttavia, per diverse considerazioni metodologiche i medici specialisti e i medici assicurativi dei SMR pur accettandoli quali esami clinici orientativi, concordano con i responsabili dei SMR nel ritenere che, da soli, questi procedimenti (non standardizzati e non convalidati) non permettono di documentare con sufficiente sicurezza i criteri di riconoscimento secondo il N. 404.5 CPSI. Se, secondo la valutazione del SMR, i reperti non adempiono in modo sufficiente i criteri di riconoscimento ai sensi del N. 404.5 CPSI, di regola la richiesta non viene respinta, ma si chiede al richiedente di comprovare in modo plausibile, più approfondito e preciso i punti documentati in modo insufficiente e di completarli con altri risultati di test neuropsicologici. Il SMR può esigere e/o ordinare l'attuazione di questi ulteriori accertamenti.

## **Appendice / Supplemento alla Guida all'IC 404 OIC**

La presente guida è stata redatta da un gruppo di lavoro (“gruppo di consenso”) composto da rappresentanti dei gruppi specializzati e delle società seguenti (elencati in ordine alfabetico):

- ASNP Associazione svizzera delle neuropsicologhe e dei neuropsicologi
- FPP Forum pediatria pratica
- SMR Servizi medici regionali
- SSNP Società svizzera di neuropediatria
- SSP Società svizzera di pediatria
- SSPPIA Società svizzera di psichiatria infantile e dell'adolescenza e psicoterapia
- SSPS Società svizzera di pediatria dello sviluppo
- UFAS Ufficio federale delle assicurazioni sociali
- VNKJ “Verein für Neuropsychologie des Kindes- und Jugendalters in der Schweiz“

Il presente manuale è distribuito dai servizi medici regionali (SMR) e dagli uffici AI agli specialisti e ai medici specialisti in psichiatria infantile e dell'adolescenza e in pediatria. Lo scopo è di uniformare le informazioni a disposizione dei richiedenti (medici con uno studio proprio e cliniche) e di armonizzare la prassi degli uffici AI per quanto riguarda i criteri di riconoscimento. Nel complesso saranno così necessarie meno richieste di chiarimento e si potrà quindi ridurre la durata di trattamento degli incarti. Il presupposto necessario per garantire l'uguaglianza giuridica delle decisioni è l'applicazione da parte degli uffici AI cantonali di una prassi unitaria per l'esame dei criteri di riconoscimento dell'infermità congenita (IC) 404 OIC. In caso di incertezze o di dubbi è opportuna la comunicazione diretta tra i SMR e i medici curanti.

## Contesto

Negli ultimi anni sono aumentate in modo considerevole le diagnosi di ADHD (“*attention-deficit-hyperactivity-disorders*” secondo il DSM-IV) o di “disturbo ipercinetico” (ICD-10 F90). Questo è riscontrabile sia nell'aumento quasi esponenziale della somministrazione di metilfenidato in Svizzera sia nel forte incremento dei costi per provvedimenti sanitari dell'AI volti a curare questi disturbi quali sindrome psico-organica (SPO) infantile (IC 404 OIC).

In questo periodo i SMR dell'AI sono stati decisamente ampliati e perfezionati con l'assunzione di specialisti e medici specialisti in psichiatria infantile e dell'adolescenza e in pediatria con specializzazione in neuropsichiatria o neurologia dello sviluppo. Nel N. 404.5 della Circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione dell'assicurazione per l'invalidità (CPSI) l'UFAS descrive il compito dei SMR riguardo all'IC 404 OIC nel modo seguente:

“Gli SMR devono verificare in modo critico e rigoroso che i criteri richiesti siano rispettati.”

L'esame critico dei rapporti medici ha però generato una frustrazione crescente presso i richiedenti. La “scientifizzazione” dello svolgimento dell'esame e le dimensioni prescritte per il rapporto medico sono state criticate come avulse dalla realtà. Sono state inoltre ritenute scandalose le differenze regionali nella prassi di riconoscimento. Il presente riassunto mira a oggettivare la discussione ed armonizzare la prassi di riconoscimento.

### **IC 404: diagnosi medica o costrutto medico-assicurativo?**

L'IC 404 OIC, che non figurava nella prima ordinanza sulle infermità congenite del 5 gennaio 1961, è stata introdotta solo in occasione della seconda revisione del 20 ottobre 1971. Ha sostituito l'IC 496 OIC (che prima della revisione dell'ordinanza sulle infermità congenite era definita come “gravi lesioni perinatali”) e doveva garantire il diritto a prestazioni per provvedimenti sanitari anche in caso di postumi psichici di una lesione perinatale del sistema nervoso centrale. Dal punto di vista medico, ossia psichiatrico infantile, neurologico e neuropsicologico, una sindrome psico-organica (SPO) corrisponde in gran parte a un “*deficit of attention, motor control and perception*” (DAMP) con ulteriori sintomi nell'ambito della psiche (DAMP +). Poiché però i disturbi neuromotori menzionati in caso di DAMP non fanno

parte dei criteri che definiscono l'IC 404 OIC, un'ADHD secondo il DSM-IV o disturbi ipercinetici (ICD-10 F90) non corrispondono a una SPO.

Per riconoscere una problematica quale IC 404 è necessaria la presenza di ulteriori disturbi del comportamento e di determinate disfunzioni specifiche. La problematica può tuttavia essere riconosciuta come infermità congenita solo se è stata diagnosticata ed effettivamente curata prima dei nove anni. Per questo motivo l'IC 404 OIC va considerata come un costrutto medico-assicurativo e non è compatibile con gli attuali sistemi di classificazione.

### **Motivazioni estranee alla patologia**

Poiché l'AI non prevede un'aliquota percentuale e copre inoltre anche le spese di trasporto, costituisce per i pazienti un'alternativa interessante alla cassa malati. Ma anche i fornitori di prestazioni, a seconda delle circostanze, apprezzano la sicurezza contro eventuali perdite per insolvenza garantita dagli assicurati AI, che consentono la dispensazione continuativa delle cure necessarie, altrimenti suscettibile di essere messa in discussione, p. es. nel caso delle famiglie socialmente svantaggiate che devono far fronte a molteplici problemi. Al di là di ogni umana comprensione, è tuttavia del tutto ovvio che per ragioni di equità assicurativa queste motivazioni estranee alla patologia non possano essere prese in considerazione nel valutare la competenza dell'AI quale garante dei costi.

### **Considerazioni del Legislatore**

Nella sua funzione di assicuratore malattie, per le infermità congenite l'AI non assume soltanto i costi per il trattamento di bambini con ADD o ADHD. Il Legislatore è infatti partito dall'idea che una combinazione di livelli di disturbo diversi e pronunciati (comportamento, regolazione emozionale basale, percezione, capacità di memorizzare e concentrazione) in caso di causa congenita rientri nelle prestazioni di cui all'articolo 13 LAI. In questa decisione, presa prima dell'introduzione dell'obbligo assicurativo nella LAMal, ha presumibilmente pesato il fatto che i diversi livelli di disturbo siano stati considerati reciproca causa di peggioramento.

Poiché la formulazione della diagnosi è impegnativa, in quanto si devono comprovare i diversi livelli ed escludere una causa reattiva, di regola non deve essere stabilita soltanto da medici generici. Al momento non è ancora chiaro

se in futuro la precisazione o la semplificazione dei criteri diagnostici agevolerà la procedura o se, nell'ambito di una revisione AI, singoli ambiti del trattamento medico delle infermità congenite rientreranno nell'assicurazione malattie.

### **Prospettive**

Il gruppo di lavoro si riunirà una volta all'anno per scambiarsi e analizzare le esperienze maturate in materia di collaborazione tra medici richiedenti e SMR nelle singole regioni e nei Cantoni. Si possono inviare osservazioni o proposte all'UFAS (oggetto: "Gruppo di consenso IC 404 OIC").