



27 febbraio 2012

Lettera circolare AI n. 308

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

Gli effetti della lettera circolare AI n. 297 del 1° febbraio 2011, analizzati e discussi con le organizzazioni interessate, hanno portato all'adeguamento del suo contenuto. Questa la nuova lettera circolare:

L'esperienza mostra che, nell'ambito dell'accertamento concernente l'assegno per grandi invalidi (AGI) o il supplemento per cure intensive (SCI), è sovente difficile fare una distinzione tra i provvedimenti sanitari giusta l'articolo 13 LAI (in combinato disposto con l'articolo 14 LAI) e le prestazioni in contanti in questione. Ne sono risultate numerose cause giudiziarie. La sentenza del Tribunale federale 8C_81/2010 del 7 luglio 2010 ha permesso di chiarire la situazione giuridica. Questo il regesto della sentenza: *“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).”*

La sentenza del Tribunale federale dà l'opportunità di allestire un elenco esaustivo delle prestazioni del servizio spitex per bambini prese a carico dall'AI in quanto provvedimenti sanitari giusta gli articoli 13 e 14 LAI.

Provvedimenti sanitari nell'ambito del servizio spitex per bambini che rientrano negli articoli 13 e 14 LAI

Valutazione e consulenza	Tempo massimo computabile ²
Valutazione e documentazione del bisogno di cure e dell'ambiente in cui vive l'assicurato e piano dei provvedimenti necessari (= diagnosi e obiettivi) redatto con il medico, l'assicurato ed eventualmente altri servizi coinvolti (compresi la seconda valutazione e il consulto medico telefonico).	5 ore per ogni nuovo caso di cura e/o per ogni revisione
Consulenza e istruzione dell'assicurato e degli ausiliari non professionisti per l'esecuzione delle cure, segnatamente per quanto concerne la malattia, la somministrazione dei medicinali o	

¹ Sostituisce la lettera circolare AI n. 177 del 1° maggio 2003 e la lettera circolare AI n. 297 del 1° febbraio 2011.

² V. le spiegazioni concernenti la tabella

<p>l'impiego di apparecchi medici. Istruzione concernente le cure da prodigare ed esecuzione dei controlli necessari. Le prestazioni concernenti l'istruzione vanno documentate in modo dettagliato.</p> <p style="text-align: center;">All'inizio delle cure a casa complessivamente</p> <p style="text-align: right;">In seguito</p> <p style="text-align: center;">Provvedimenti di coordinamento in situazioni di cura molto complesse e nel contempo molto instabili</p> <p style="text-align: right;">Nella fase terminale</p>	<p>45 ore nei primi 3 mesi</p> <p>35 ore all'anno</p> <p>6 ore alla settimana</p> <p>Secondo richiesta del medico curante d'intesa con l'infermiere/a che assiste l'assicurato</p>
--	--

Esami e cure	Tempo massimo computabile
Valutazione dello stato di salute generale (compreso il controllo dei segni vitali)	10 minuti per intervento ³
Prelievo di materiale per esame di laboratorio	20 minuti per prelievo
Provvedimenti inerenti la terapia respiratoria (quali somministrazione di ossigeno, inalazioni, esercizi respiratori semplici, aspirazione), a condizione che non siano prescritti provvedimenti fisioterapeutici	120 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	120 minuti al giorno
Provvedimenti sanitari in caso di dialisi peritoneale	120 minuti per intervento, al massimo 12 ore alla settimana
Preparazione e somministrazione di medicinali: <ul style="list-style-type: none"> - per via orale, sottocutanea, intramuscolare, anale, transcutanea o per sonda - per via intravenosa, perfusione breve - trasfusioni, virostatici e citostatici 	<p>45 minuti per intervento</p> <p>60 minuti per medicamento, 45 minuti per ogni altro medicamento somministrato per via intravenosa</p> <p>2 ore per intervento</p>
- Sorveglianza e valutazione in caso di gravi problemi della pelle, comprese la medicazione di piaghe e cavità del corpo, le cure per pazienti con stoma ecc.	60 minuti per intervento

³ Con l'espressione "per intervento" s'intende la presenza ininterrotta presso l'assicurato (dall'arrivo alla partenza). Se necessario dal punto di vista medico, sono possibili anche più interventi al giorno.

<ul style="list-style-type: none"> - Epidermolisi bullosa - Provvedimenti sanitari per bagni medicinali in caso di gravi problemi della pelle 	<p>120 minuti per intervento</p> <p>30 minuti per intervento</p>
Provvedimenti sanitari in caso di turbe dell'evacuazione urinaria o intestinale	60 minuti per intervento
Controllo dei sintomi e provvedimenti sanitari nella fase terminale	Secondo richiesta del medico curante d'intesa con l'infermiere/a che assiste l'assicurato
Nelle situazioni in cui bisogna prevedere 24 ore su 24 eventuali interventi d'urgenza da parte di personale infermieristico diplomato (da considerare come unica prestazione che non può essere aggiunta ad altre prestazioni della categoria "Esami e cure").	Al massimo 8 ore al giorno (quale unica prestazione)

Spiegazioni concernenti la tabella:

L'elenco dei provvedimenti sanitari figurante nella lettera circolare comprende le prestazioni che possono essere dispensate da un'organizzazione spitex a carico dell'AI, a meno che i genitori o altre persone di riferimento le forniscano su base volontaria nell'ambito delle loro capacità.

Durante l'accertamento sul posto bisogna determinare, con l'ausilio dell'elenco summenzionato, il tempo effettivo richiesto per fornire le prestazioni necessarie dal punto di vista medico nel caso specifico. Nella colonna di sinistra sono elencate in modo esaustivo le prestazioni considerate provvedimenti sanitari spitex giusta l'articolo 13 LAI in combinato disposto con l'articolo 14 LAI. Il tempo massimo computabile per ogni prestazione indicato nella colonna di destra tiene già conto di situazioni di cura molto difficili e dispendiose in termini di tempo. Nella maggior parte dei casi il carico effettivo delle cure dovrebbe quindi essere inferiore al limite fissato. Nei valori indicati è compreso il tempo necessario per completare l'incarto. In nessun caso vi è diritto al computo forfetario del tempo indicato.

I valori indicati costituiscono il tempo massimo per ogni prestazione fornita come prestazione unica. Se si combinano diverse prestazioni, bisogna considerare che alcune di esse possono essere fornite parallelamente. I tempi computabili per ogni prestazione non possono quindi essere semplicemente sommati. Bisogna determinare il periodo di tempo in cui è necessaria la presenza di un/una infermiere/a tenendo conto delle cure che possono essere prodigate parallelamente.

Se in casi eccezionali, a causa di una situazione particolare, si può dimostrare che il tempo necessario è notevolmente superiore al limite massimo computabile, il medico curante, in collaborazione con l'infermiere/a che assiste l'assicurato, può inoltrare una richiesta motivata all'ufficio AI competente affinché il bisogno supplementare sia preso a carico.

L'ultima voce elencata – "Nelle situazioni in cui bisogna prevedere 24 ore su 24 eventuali interventi d'urgenza da parte di personale infermieristico diplomato" – va considerata come unica prestazione e non può quindi essere aggiunta ad altre prestazioni della categoria "Esami e cure". Si considera infatti che la presenza di un/una infermiere/a durante più ore al giorno dovrebbe bastare per eseguire anche tutti gli altri provvedimenti sanitari necessari summenzionati. La prestazione non può servire unicamente a sgravare i genitori.

Gli uffici AI devono valutare il bisogno di cure con l'ausilio dell'elenco summenzionato.

Per aiutare gli uffici AI nei loro accertamenti, accelerare la procedura e trovare un consenso con i medici responsabili, i genitori e le organizzazioni spitex per l'attuazione dei provvedimenti previsti, è

stato allestito un modulo di richiesta sotto forma di prescrizione medica. In caso di prima richiesta (principalmente per i bambini durante o dopo il ricovero in ospedale), il modulo va dapprima inoltrato all'ufficio AI competente. L'obiettivo della prescrizione è di permettere ai medici/responsabili delle cure in ospedale di chiarire con i genitori in che misura saranno necessari provvedimenti da attuare a casa e che parte sarà assunta dai genitori. Firmando il modulo l'organizzazione spitex accetta la ripartizione dei compiti prevista e conferma di potere coprire il bisogno di cure necessario (si vedano anche le spiegazioni concernenti la compilazione della prescrizione).

Per lasciare sufficiente libertà nella considerazione delle situazioni di cura individuali, si è rinunciato intenzionalmente a emanare una regolamentazione dettagliata. Per le cure di lunga durata o in casi molto dispendiosi in termini di tempo bisogna chiarire se si debba eseguire un accertamento sul posto con uno specialista dell'organizzazione spitex coinvolta. La decisione di concedere le prestazioni massime coperte dall'AI nell'ambito del servizio spitex per bambini spetta unicamente all'ufficio AI competente.

Tutte le altre prestazioni mediche non concesse dall'AI e fornite dal servizio spitex per bambini non sono a carico dell'AI. 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). Ne fa parte in particolare la sorveglianza permanente dell'assicurato (capitolo 5.2.2.2 CIGI e art. 39 cpv. 3 OAI).

Nella decisione agli assicurati l'onere assunto dall'AI per le categorie "Valutazione e consulenza" e "Esami e cure" va indicato separatamente. Nel controllo della fattura bisogna verificare che queste due categorie siano indicate separatamente e fatturate con la tariffa corrispondente.

Tariffa per prestazioni spitex giusta gli articoli 13 e 14 LAI:

Il 1° gennaio 2011 è entrata in vigore la legge federale sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure nell'assicurazione malattie. La normativa introduce tariffe unitarie a livello nazionale per le prestazioni spitex, per le quali erano previste tariffe cantonali. Le nuove tariffe orarie ammontano a 79.80 franchi per la categoria "Valutazione e consulenza", a 65.40 franchi per la categoria "Esami e cure" e a 54.60 franchi per la categoria "Cure di base".

L'UFAS dichiara applicabili le tariffe per le categorie "Valutazione e consulenza" (79.80 franchi l'ora) e "Esami e cure" (65.40 franchi l'ora) per le prestazioni spitex fornite dal 1° gennaio 2011 a carico dell'AI. La tariffa per la categoria "Cure di base" (54.60 franchi l'ora) non è applicabile, in quanto le prestazioni per le cure di base sono già rimborsate mediante l'AGI o il SCI.

Durante un periodo transitorio di tre anni, ossia fino alla fine del 2013, le tariffe spitex cantonali potranno continuare ad essere applicate al posto di quelle nuove valide a livello federale. Al riguardo, l'Ufficio federale della sanità pubblica ha indicato che, giusta il capoverso 2 della disposizione transitoria della legge federale del 13 giugno 2008 sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, le tariffe e i contratti tariffali attualmente in vigore dovranno essere adeguati ai contributi alle prestazioni di cura stabiliti dal Consiglio federale entro tre anni dall'entrata in vigore del nuovo finanziamento delle cure. L'adeguamento delle tariffe attualmente in vigore ai contributi fissati dal Consiglio federale giusta l'articolo 7a OPre è di competenza cantonale e dovrà essere effettuato entro il 31 dicembre 2013.

Tutto quanto precede è applicabile per analogia anche alle prestazioni dispensate e fatturate da infermieri/e indipendenti che forniscono prestazioni conformemente al contratto tariffale concluso con l'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) del 25 ottobre 1999. A partire dal 2011 il contratto sarà riveduto e adeguato.

Disposizioni transitorie:

1. Le nuove richieste devono essere valutate secondo la presente lettera circolare, anche se riguardano prestazioni fornite prima della sua entrata in vigore.
2. Le prestazioni già concesse per un periodo limitato vanno valutate secondo la presente lettera circolare solo alla scadenza del termine, a meno che vi sia un motivo di revisione.
3. Le prestazioni già concesse per un periodo illimitato vanno valutate secondo la presente lettera circolare solo se vi è un motivo di revisione o in occasione della prossima revisione ordinaria.
4. Se richiesto dall'assicurato, i casi che sono già stati adeguati secondo la lettera circolare Al n. 297 sono riesaminati secondo la presente lettera circolare. Se ne risulta un diritto più elevato per l'assicurato, essi vengono adeguati, anche se non vi è alcun motivo di revisione. L'adeguamento si applica dal 1° marzo 2012.

La presente lettera circolare entra in vigore il 1° marzo 2012.

Allegato: modulo "Prescrizione per le cure spitex"