



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS

Circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione dell'assicurazione per l'invalidità (CPSI)

Valide dal 1° gennaio 2022

Stato: 1° gennaio 2025

318.507.06 it CPSI

01/25

Premessa

Per agevolare la lettura, nel presente documento viene utilizzata soltanto la forma maschile. Tutte le denominazioni delle professioni sono da intendersi sia al maschile che al femminile.

Con effetto dal 1° gennaio 2025 i numeri marginali seguenti sono stati modificati, completati o introdotti:

N.	Motivazione
104.2	Precisazione
195.1	Precisazione
278.1	Precisazione
282.2	Precisazione
292	Correzione
322.1	Nuovo
352.1	Precisazione
404.7	Espunto
462.2	Adeguamento
465 – 465.1	Precisazione
494.6	Precisazione
1017	Precisazione
1027	Pompa tiralatte
1040.1	Modifica
1040.3	Soppresso

1040.5.2	Adeguamento
1205.1 – 1205.2	Precisazione
1218.1	Nuovo (Mollii Suit)
1222.1	Precisazione
Allegato 1	Soppressione o riferimento a un link

Indice

Abbreviazioni.....	10
1ª parte 14	
Diritto ai provvedimenti sanitari dell'AI in caso d'infermità congenite secondo l'articolo 13 LAI	14
Capitolo 1	14
Diritto ai provvedimenti sanitari secondo l'articolo 3 LPGA e l'articolo 13 LAI	14
1.1 Definizione e principio	14
1.2 Delimitazioni.....	16
1.3 Inizio e durata del diritto	18
1.4 Coordinamento con l'assicurazione malattie	20
1.5 Controlli medici.....	20
1.6 Casi particolari	21
1.7 Prestazioni Spitex per bambini secondo l'articolo 13 LAI in combinato disposto con l'articolo 14 capoverso 1 lettera b LAI	21
1.8 Modifiche nell'OIC-DFI	34
Capitolo 2.....	34
Particolarità di singole infermità congenite	34
2.1 Pelle.....	34
2.2 Scheletro.....	35
2.3 Articolazioni, muscoli e tendini	40
2.4 Faccia	43
2.5 Polmoni.....	51
2.6 Vie respiratorie.....	56
2.7 Esofago, stomaco e intestini.....	56
2.8 Fegato, vie biliari e pancreas.....	58
2.9 Parete addominale	58
2.10 Cuore, vasi e sistema linfatico.....	58

2.11	Sangue, milza e sistema reticolo-endoteliale.....	59
2.12	Sistema uro-genitale	62
2.13	Sistema nervoso centrale, periferico e autonomo.....	65
2.14	Malattie mentali e gravi ritardi dello sviluppo	75
2.15	Organi dei sensi	80
2.16	Metabolismo e ghiandole endocrine.....	84
2.17	Malformazioni che interessano diversi sistemi di organi..	89
2.18	Altre infermità	90

2ª parte 94

Provvedimenti sanitari d'integrazione ai sensi dell'articolo 12

	LAI	94
1.	Capitolo.....	94
	Condizioni per la concessione	94
1.1	Principio	94
1.2	Proseguimento dei provvedimenti sanitari d'integrazione fino al compimento dei 25 anni (art. 12 cpv. 2 LAI).....	95
1.3	Condizioni di diritto.....	97
1.3.1	Efficacia, appropriatezza ed economicità dei provvedimenti	98
1.3.2	Capacità di frequentare la scuola, formazione iniziale, capacità al guadagno nell'articolo 12 LAI	98
1.3.3	Natura, durata ed entità delle prestazioni	99
1.4	Correzione di disturbi funzionali o di postumi stabilizzati .	99
1.4.1	In generale	99
1.4.2	Relazione materiale con la cura della malattia o dell'infortunio.....	100
1.4.3	Provvedimenti d'integrazione profilattici	102
1.5	Delimitazione nel tempo rispetto alla cura vera e propria del male	102
1.5.1	Inizio dell'integrazione sanitaria.....	102
1.5.1.2	In seguito alla cura di una malattia o di un infortunio.....	103
1.5.1.3	Inizio del diritto alle prestazioni, in modo particolare in caso di paralisi.....	104
1.5.1.4	Stati non stabilizzati	104

1.5.2	Durata dei provvedimenti sanitari d'integrazione	105
1.5.2.1	Durata dei provvedimenti sanitari d'integrazione in caso di paralisi e di altri disturbi funzionali della motilità	105
1.6	Insieme di provvedimenti il cui carattere predominante è l'integrazione	106
1.7	Trattamento di postumi d'infortunio e di malattie professionali di cui soffrono persone obbligatoriamente assicurate secondo la LAINF	106
1.8	Volume delle prestazioni nell'ambito dell'articolo 12 LAI	107
Capitolo 2		108
Diritto ai provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI e delimitazione rispetto ai postumi di malattie e infortuni		108
2.1	Malattie infettive e parassitarie	108
2.2	Neoplasie (tumori) che non figurano nell'elenco delle infermità congenite	109
2.3	Allergie, malattie del metabolismo e della nutrizione, disturbi della secrezione interna che non figurano nell'elenco delle infermità congenite	109
2.4	Malattie del sangue e degli organi emopoietici (escluse le neoplasie) che non figurano nell'elenco delle infermità congenite	109
2.5	Psicosi, psiconevrosi e disturbi della personalità	109
2.6	Malattie del sistema nervoso che non figurano nell'elenco delle infermità congenite	111
2.6.1	Epilessie non congenite (acquisite)	111
2.6.2	Paralisi dovute a lesioni cerebrali e malattie del cervello o del midollo spinale che non figurano nell'elenco delle infermità congenite	111
2.6.3	Paralisi dovute a lesioni del midollo spinale: paraplegia e tetraplegia	112
2.6.3.1	Condizioni di diritto	112
2.6.3.2	Delimitazione dai provvedimenti sanitari destinati alla cura vera e propria del male	113
2.7	Malattie degli organi dei sensi che non figurano nell'elenco delle infermità congenite	114

2.7.1	Affezioni dell'occhio che non figurano nell'elenco delle infermità congenite.....	114
2.7.2	Affezioni delle orecchie che non figurano nell'elenco delle infermità congenite.....	118
2.8	Malattie dell'apparato circolatorio che non figurano nell'elenco delle infermità congenite.....	119
2.9	Malattie dell'apparato respiratorio che non figurano nell'elenco delle infermità congenite.....	119
2.10	Malattie dell'apparato digerente che non figurano nell'elenco delle infermità congenite.....	119
2.9	Malattie degli organi urogenitali che non figurano nell'elenco delle infermità congenite.....	120
2.12	Malattie della pelle e del tessuto cellulare sottocutaneo che non figurano nell'elenco delle infermità congenite	120
2.13	Malattie delle ossa e degli organi locomotori che non figurano nell'elenco delle infermità congenite	121
2.13.1	Poliartriti croniche (reumatismi articolari).....	121
2.13.2	Coxartrosi.....	122
2.13.3	Altre artrosi, in particolare le gonartrosi	123
2.13.4	Epifisiolisi	123
2.13.5	Malattia di Legg-Calvé-Perthes.....	123
2.13.6	Spondilosi e osteocondrosi, compresa la malattia di Scheuermann.....	124
2.13.7	Spondilolisi e spondilolistesi.....	125
2.13.8	Scoliosi idiopatiche.....	125
2.13.9	Altre alterazioni delle ossa e degli organi di locomozione (legamenti, muscoli e tendini).....	126

3ª parte 128

Obbligo di prestazione dell'AI per i diversi tipi di provvedimenti secondo gli articoli 12 e 13 LAI	128
--	------------

4a parte 150

4.1	Portata e attuazione dei provvedimenti	150
4.2	Cura eseguita da medici o dal personale sanitario ausiliario	151
4.3	Consegna di medicinali, mezzi e apparecchi ed esecuzione di analisi	152

4.3.1	Rimborso di medicinali nel singolo caso (richieste per medicinali <i>off-label-use</i>)	154
4.3.1.1	Principi	154
4.3.1.2	Procedura	155
4.4	Apparecchi di cura	157
4.5	Efficacia, appropriatezza ed economicità del metodo di cura.....	158
4.6.	Cura in un ospedale	158
4.7	Cura ambulatoriale.....	162
4.8	Cura a domicilio	162
4.9	Provvedimenti sanitari attuati all'estero	163
4.9.1	Condizioni	163
4.9.2	Estensione delle prestazioni assicurative	164
4.9.2.1	Spese di cura	164
4.9.2.2	Spese di trasporto compreso il viatico	165
4.9.2.3	Giustificazione e fissazione delle spese	165
4.10	Trasporto in elicottero.....	166
	Allegato 1	168
	Elenchi dei prodotti dietetici e dei medicinali autorizzati in caso di malattie del metabolismo secondo l'OIC	168
	Riferimento al link <ancora da determinare>	168
	Allegato 2	169
	Elenco degli specialisti ortodontisti SSO (N. 208–210.3 e 218.1)	169
	Elenco dei casi da sottoporre all'UFAS.....	170
	Allegato 4	171
	Guida medica al n. 404 OIC-DFI.....	171
1.	Parte generale.....	171
1.1	Determinazione del debitore delle prestazioni	171
1.2	Limitazioni a seconda dell'età.....	171
1.3	Richieste inoltrate dopo il nono anno di età.....	172
1.4	Obbligo di eseguire il trattamento (N. 404.3 CPSI).....	173
2.	Parte speciale	173
2.1	Criteri di riconoscimento.....	173
2.1.1	Disturbi del comportamento	173

2.1.2	Disturbi della regolazione emozionale basale.....	175
2.1.3	Disturbi della percezione	175
2.1.4	Disturbi della concentrazione	177
2.1.5	Disturbi della capacità di memorizzare	178
2.1.6	Intelligenza.....	179
2.2	Diagnosi differenziale	179
2.3	Strumenti diagnostici.....	180
Allegato 5	182
Richieste per medicinali <i>off-label-use</i>	182

Abbreviazioni

ADD	Disturbo da deficit di attenzione (<i>Attention Deficit Disorder</i>)
ADHD	Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>)
AELS	Associazione europea di libero scambio
AGI	Assegno per grandi invalidi
AI	Assicurazione invalidità
AINF	Assicurazione contro gli infortuni
ALC	Accordo sulla libera circolazione delle persone
AM	Assicurazione militare
AMal	Assicurazione malattie
art.	articolo/i
ASSM	Accademia svizzera delle scienze mediche
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
AVS	Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
BiPAP	<i>Biphasic Positive Airway Pressure</i> ; modalità di ventilazione
CA	Contributo per l'assistenza
CC	Codice civile
CVC	Catetere venoso centrale
CGC	Circolare sulla gestione dei casi nell'assicurazione invalidità
CGI	Circolare sulla grande invalidità

CIBIL	Circolare sulla procedura per la determinazione delle prestazioni AVS/AI/PC – Accordi bilaterali Svizzera-UE Convenzione AELS (disponibile in tedesco e francese)
CMAI	Circolare sulla consegna di mezzi ausiliari nell'assicurazione invalidità
consid.	considerando/i
CPAI	Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i> ; modalità di ventilazione non invasiva
CPIPr	Circolare sui provvedimenti d'integrazione professionale
cpv.	capoverso/i
dB	decibel
DFI	Dipartimento federale dell'interno
DRif	Decreto federale del 4 ottobre 1962 sullo statuto dei rifugiati e degli apolidi nelle assicurazioni per la vecchiaia, i superstiti e per l'invalidità
DTF	Decisione del Tribunale federale (pubblicata nella Raccolta ufficiale)
EA	Elenco delle analisi
EAE	Efficacia, appropriatezza ed economicità
EMAp	Elenco dei mezzi e degli apparecchi
EMT	Elenco dei medicinali con tariffa
ES	Elenco delle specialità
ES-IC	Elenco delle specialità per le infermità congenite
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum; associazione professionale dei medici svizzeri

IDS	Sindrome congenita di deficienza immunitaria
Kosek	Cordinamento nazionale malattie rare
LAI	Legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità
LAINF	Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni
LAMal	Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie
lett.	lettera/e
LPGA	Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni
MMC	Mielomeningocele
N.	Numero/i marginale/i
n.	numero/i
OAI	Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità
OAMal	Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie
OIC	Ordinanza del 9 dicembre 1985 sulle infermità congenite (abrogata)
OIC-DFI	Ordinanza del DFI del 3 novembre 2021 sulle infermità congenite
OPre	Ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
SCI	Supplemento per cure intensive
seg.	segunte
segg.	seguenti

SMA	Atrofia muscolare spinale
SMR	Servizio medico regionale
SPO	Sindrome psico-organica
SSO	Società svizzera odontoiatri
TF	Tribunale federale
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica

1^a parte

Diritto ai provvedimenti sanitari dell'AI in caso d'infermità congenite secondo l'articolo 13 LAI

Capitolo 1

Diritto ai provvedimenti sanitari secondo l'articolo 3 LPGA e l'articolo 13 LAI

1.1 Definizione e principio

- 1
1/22 Gli assicurati fino al compimento dei 20 anni hanno diritto, indipendentemente da un'eventuale integrazione futura nell'attività professionale, ai provvedimenti sanitari di cui all'articolo 14 capoverso 1 LAI necessari per la cura delle infermità congenite (art. 3 LPGA, art. 13 cpv. 1 e 2 LAI). L'eventuale diritto a una rendita non preclude il diritto ai provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI.
- 2
1/22 L'AI può tuttavia erogare le prestazioni secondo l'articolo 13 LAI soltanto per le infermità congenite figuranti nell'allegato dell'OIC-DFI. L'elenco delle infermità congenite è esaustivo (DTF 122 V 113 consid. 3a/cc).
- 3
1/22 Chiunque può presentare all'UFAS, con il modulo ufficiale, una richiesta documentata per l'ammissione di un'infermità congenita nell'OIC-DFI. In caso di sindrome si vedano tuttavia i N. 6 e 10.
- 4 Per infermità congenite ai sensi dell'AI si intendono le infermità esistenti a nascita avvenuta. Per analogia con l'articolo 31 capoverso 1 CC, la nascita è ritenuta avvenuta quando il corpo del neonato vivo è uscito completamente da quello della madre (RCC 1967 pag. 309). Questa condizione è soddisfatta anche quando l'infermità congenita non è riconoscibile come tale al momento suddetto, ma più tardi, all'apparizione di sintomi richiedenti una cura che permettono di concludere che a nascita avvenuta esisteva già un'infermità congenita oppure una predisposizione ad

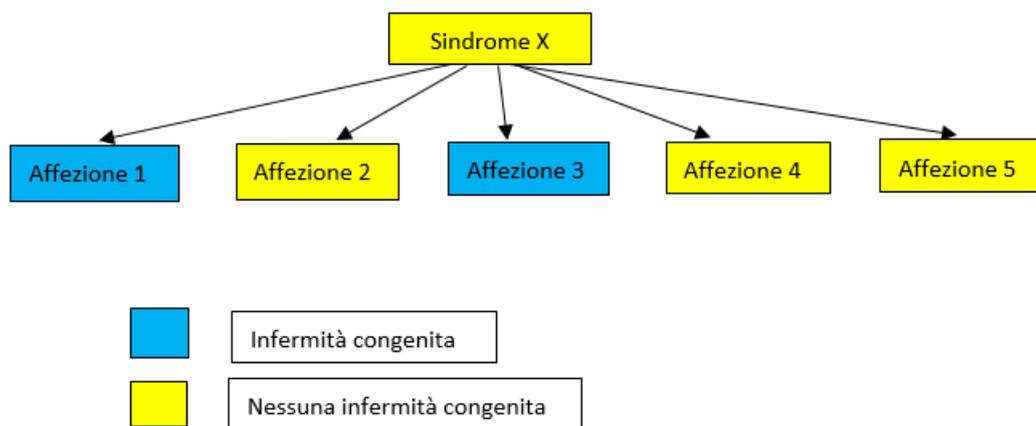
essa (RCC 1989 pag. 222; DTF 122 V 113 consid. 1 e sentenza del TF 9C_639/2013 del 21 marzo 2014 consid. 1.1).

- 5 Secondo l'allegato dell'OIC-DFI, le affezioni sono ritenute infermità congenite soltanto se i sintomi caratteristici si manifestano entro un determinato limite di tempo (n. 282, 424 OIC-DFI). Non è rilevante che la diagnosi decisiva, fondata su questi sintomi, sia stata fatta solo in un secondo tempo. Eccezione: n. 404 OIC-DFI (VSI 1997 pag. 126, 2002 pag. 61; v. sentenze del TF 8C_300/2007 del 14 gennaio 2008 consid. 2 e 8C_149/2007 del 22 gennaio 2008 consid. 2.2).
- 6 Le affezioni non suscettibili in quanto tali di essere influenzate da un trattamento scientificamente riconosciuto non figurano nell'elenco delle infermità congenite (VSI 2003 pag. 214; art. 13 cpv. 2 lett. e LAI e art. 3 cpv. 1 lett. g OAI). Tuttavia a volte possono dare diritto ad altre prestazioni (provvedimenti d'integrazione professionale, mezzi ausiliari o rendita).
- 6.1 Se, invece, singoli sintomi tra quelli che concorrono a formare la sindrome soddisfano i criteri di un'infermità congenita, essi possono essere assunti secondo il numero corrispondente (p. es.: nel caso della sindrome di Smith-Magenis, la stenosi subaortica è assunta secondo il n. 313 OIC-DFI). Per contro, la sindrome non rappresenta di per sé un'infermità congenita ai sensi dell'AI (v. anche N. 10).
- 6.2 L'AI si fa carico dei provvedimenti sanitari necessari prescritti dal medico che sono efficaci, appropriati ed economici (criteri EAE; art. 14 cpv. 2 LAI). I provvedimenti sanitari dell'AI comprendono i medicinali, gli interventi chirurgici, le cure fisioterapeutiche, psicoterapeutiche ed ergoterapeutiche nonché gli apparecchi di cura che soddisfano i criteri di cui sopra (art. 14 cpv. 1 LAI).
- 6.3 L'AI non copre le prestazioni mediche che non soddisfano i criteri EAE (p. es. la musicoterapia [v. N. 1026]).

1.2 Delimitazioni

- 7 Se un'affezione può presentarsi sia in forma congenita che acquisita e, nel caso specifico da valutare, esistono dubbi sulla presenza effettiva di un'infermità congenita, è determinante il parere, debitamente motivato, di un medico specialista, che ne ritenga verosimile l'esistenza.
- 8 Per riconoscere un'infermità congenita non è sufficiente che la diagnosi stabilita corrisponda a un'infermità elencata nell'allegato dell'OIC-DFI, poiché diverse di queste affezioni, in particolare i tumori e l'epilessia, possono anche essere acquisite. Se il rapporto medico non contiene indicazioni in merito si dovrà esaminare, sulla base dell'anamnesi, dello stato dell'assicurato e di eventuali accertamenti complementari, se si tratta di una forma congenita della malattia.
- 9 In caso di infermità dovute a più cause, in parte già esistenti a nascita avvenuta e in parte apparse solo più tardi, l'Al prende a carico la cura come infermità congenita a condizione che le cause esistenti alla nascita prevalgano sui fattori esterni. Se invece prevale la parte acquisita dell'affezione, l'Al non prende a carico la cura.
- 10 Le sindromi sono affezioni caratterizzate dalla combinazione di sintomi che generalmente compaiono contemporaneamente e assieme (p. es. la sindrome di Smith-Magenis [delezione 17p11.2]). Le sindromi, come le anomalie cromosomiche, non sono suscettibili in quanto tali di essere influenzate da un trattamento scientificamente riconosciuto e pertanto non sono considerate infermità congenite ai sensi dell'articolo 13 LAI (N. 6 e 6.1). Nel caso di bambini affetti da sindromi (o anomalie cromosomiche), l'Al può tuttavia prendere a carico i provvedimenti sanitari per il trattamento dei sintomi che hanno un nesso causale con l'affezione primaria se si tratta di un'infermità congenita ai sensi dell'Al (p. es. malformazione cardiaca in caso di sindrome di Smith-Magenis secondo il n. 313 OIC-DFI).

- 10.1
1/22
- Le spese per il trattamento dei sintomi di sindromi (o anomalie cromosomiche) che non corrispondono a un'infermità congenita ai sensi dell'AI non possono essere assunte dall'assicurazione in questione (p. es. ipertelorismo o ritardi nello sviluppo linguistico e motorio in caso di sindrome di Smith-Magenis).



- 11
- La cura di un danno alla salute *conseguenza dell'infermità congenita* è a carico dell'AI se le manifestazioni patologiche sono in stretto rapporto con i sintomi dell'infermità congenita e nessun fattore esterno interviene nel processo in modo determinante. In questi casi non è necessario soddisfare le eventuali condizioni particolari per il riconoscimento dell'affezione secondaria quale infermità congenita (v. N. 18). Per poter riconoscere un effettivo rapporto di causalità tra un'infermità congenita e un danno secondario alla salute vanno soddisfatti requisiti elevati (DTF 100 V 41 consid. 1a e DTF 129 V 207 consid. 3.3).

Esempi

- In caso di infermità congenita, l'operazione destinata a sopprimere i disturbi del transito intestinale (disturbi da pervietà) dovuti a un neurofibroma è a carico dell'AI quale conseguenza diretta dell'infermità congenita riconosciuta secondo il n. 481 OIC-DFI. La correzione di un'anomalia di rifrazione provocata da una disostosi (n. 123 OIC-DFI) può essere presa a

carico dall'AI in virtù del n. 123 OIC-DFI indipendentemente dalle condizioni particolari elencate al n. 425 OIC-DFI.

- Gli accessi spasmodici cerebrali o i sintomi neurologici dovuti a una malformazione cerebrale o a un idrocefalo vanno assunti in virtù del numero della relativa infermità primaria, ovvero il n. 386 o 381 OIC-DFI e non secondo il n. 387 o 390 OIC-DFI.

12 Le affezioni intercorrenti che sopravvengono durante il trattamento stazionario di un'infermità congenita, che non sono però una conseguenza diretta di quest'ultima, possono essere curate allo stesso tempo a carico dell'AI solo se e fintantoché sono d'importanza manifestamente secondaria.

13 *Se un trattamento dentario è reso notevolmente più difficile da un'infermità congenita figurante nell'OIC-DFI, l'AI può assumere le spese per la necessaria anestesia generale, ma non quelle per il trattamento dentario e le eventuali relative anestesie locali. In generale, un trattamento sotto narcosi è possibile soltanto in clinica (v. N. 403.2).*

13.1 L'AI non può assumere le spese di un trattamento della medesima entità che anche nel caso di un bambino sano della stessa età potrebbe essere eseguito solo sotto anestesia generale.

1/22

1.3 Inizio e durata del diritto

14 Per cura di un'infermità congenita s'intende qualsiasi provvedimento sanitario-terapeutico eseguito od ordinato dal medico per migliorare o mantenere lo stato di salute, inclusi controlli (regolari). Gli assicurati hanno diritto a provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI dal momento in cui la diagnosi è sicura o verosimile e l'infermità congenita richiede una cura e questa ha buone possibilità di successo. Fanno parte del trattamento anche i controlli medici di un'infermità congenita stabilita con sicurezza. Sono considerati provvedimenti sanitari necessari per la cura di

1/22

un'infermità congenita tutti i provvedimenti ritenuti validi dalla scienza medica (art. 14 cpv. 2 LAI). Le prestazioni concesse devono essere economiche. Nella relativa decisione emanata dall'ufficio AI devono figurare lo scopo delle prestazioni concesse, il tipo (p. es. fisioterapia Bobath), l'entità (frequenza e durata delle sedute) nonché la durata prevista (orizzonte temporale) e il fornitore di prestazioni.

I provvedimenti sanitari non potranno essere rimborsati a tempo indeterminato, ma si dovrà verificare regolarmente se contribuiscano al raggiungimento dell'obiettivo terapeutico e servano allo scopo dell'integrazione. La frequenza di questa verifica dipenderà dal tipo di danno alla salute e dalla cura. In caso di concessione di una cura per un lasso di tempo di diversi anni, occorreranno un accertamento e una motivazione approfonditi. Se possibile, il provvedimento va coordinato con i medici curanti.

Il successo terapeutico del trattamento va verificato regolarmente in collaborazione con i medici curanti.

- 15 Secondo la legge questo diritto si estingue, senza eccezioni, al più tardi alla fine del mese in cui l'assicurato compie i 20 anni, anche se la cura si protrae al di là di questo termine (art. 13 cpv. 1 LAI). Per questo motivo il termine dei provvedimenti deve essere fissato alla fine del mese in cui l'assicurato compie i vent'anni, a meno che, secondo l'esperienza generale, la cura non possa essere terminata prima. Inoltre si farà notare *espressamente* che un prolungamento dei provvedimenti è escluso e che una cura ulteriore rientra nell'ambito dell'AMal.
- 16 Se prima del compimento dei 20 anni il trattamento viene giudicato concluso dal punto di vista del medico specialista, si conclude anche l'obbligo di prestazione dell'AI. Ulteriori provvedimenti quali nuovi controlli non pianificati possono essere assunti solo se può essere spiegata in modo plausibile la loro necessità in rapporto di diretta causalità con l'infermità congenita.

1.4 Coordinamento con l'assicurazione malattie

- 17 Il coordinamento delle prestazioni tra gli assicuratori sociali è disciplinato dagli articoli 63–71 LPGA. L'AMal è tenuta a versare prestazioni anticipate al posto dell'Al, se non è ancora stato chiarito formalmente l'obbligo di prestazione (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 Al (art. 113 OAMal). Il rimborso degli anticipi avviene conformemente all'articolo 71 LPGA.

1.5 Controlli medici

- 18 I controlli medici nell'ambito di un'infermità congenita riconosciuta, che non necessita ancora di un trattamento o non può ancora essere curata, in particolare nel caso di un vizio cardiaco, rientrano nella cura di un'infermità congenita. La frequenza di questi accertamenti deve essere mantenuta entro limiti ragionevoli.
- 19 I controlli medici durante o dopo una cura vanno a carico dell'Al solo se sono in stretto e adeguato rapporto con la terapia dell'infermità congenita. Nel caso di infermità congenite per le quali nell'elenco allegato all'OIC-DFI l'obbligo di prestazione dell'Al è limitato con precisione nel tempo, nessun altro controllo potrà essere assunto oltre il termine fissato (v. esempio al n. 494 OIC-DFI). Ciò con la riserva tuttavia che non si constati un'altra infermità congenita. Al compimento dei 20 anni è applicabile l'articolo 3^{ter} capoverso 2 OAI (v. N. 15).

Esempio

Nel caso dell'infermità congenita secondo il n. 494 OIC-DFI l'Al non assume più le cure, compresi la consegna di medicinali e i controlli ambulatoriali e stazionari, a partire dalla prima dimissione dall'ospedale (v. N. 494.3).

1.6 Casi particolari

- 20 Per diverse infermità congenite l'AI assume le spese soltanto se necessitano di un determinato trattamento speciale (operazione, apparecchiatura, ingessatura o trattamento ospedaliero) menzionato nell'elenco delle infermità congenite (p. es. n. 180 OIC-DFI).
- 21 In tal caso, l'assicurazione prende a carico l'intera cura dell'infermità congenita dal momento in cui inizia il trattamento speciale. La data determinante è fissata nella decisione (v. p. es. N. 208–210.1).
- 22 Per contro l'AI non è tenuta ad accordare prestazioni per la cura di affezioni già esistenti prima del trattamento speciale dell'infermità congenita che non hanno uno stretto rapporto di causalità con quest'ultima e ciò nemmeno se il trattamento speciale dipende dalla loro guarigione.

Esempio

L'AI non prende a carico né il trattamento di carie dentarie prima di provvedimenti ortodontici (n. 207–210 OIC-DFI) né la cura di una micosi del piede prima di un'ingessatura correttiva (n. 177 o n. 182 OIC-DFI).

1.7 Prestazioni Spitex per bambini secondo l'articolo 13 LAI in combinato disposto con l'articolo 14 capoverso 1 lettera b LAI

- 23.1
1/22 Le prestazioni Spitex per bambini prese a carico dall'AI in quanto provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI in combinato disposto con l'articolo 14 capoverso 1 lettera b LAI sono riportate in un elenco esaustivo (DTF 136 V 209), con i relativi valori di tempo massimo computabile.
- 23.2
1/22 Le prestazioni del servizio di cure psichiatriche Spitex per i minorenni non sono a carico dell'AI.
- 23.3
1/22 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.

23.4
1/22 L'elenco dei provvedimenti sanitari che possono essere dispensati da un'organizzazione Spitex a carico dell'AI comprende solo i provvedimenti necessari per la cura di un'infermità congenita e dei relativi postumi. L'AI non copre le prestazioni nell'ambito delle cure di base e nemmeno le prestazioni necessarie per la cura di affezioni non connesse a infermità congenite. Lo stesso vale per le prestazioni fornite su base volontaria dai genitori o da altre persone di riferimento nei limiti delle loro disponibilità e capacità.

23.5
1/22 Le prestazioni Spitex per bambini riconosciute come provvedimenti sanitari secondo gli articoli 13 e 14 capoverso 1 lettera b LAI sono suddivise in quattro categorie e indicati nelle tabelle seguenti con i relativi valori di tempo massimo computabile.

1. Valutazione e consulenza	Tempo massimo computabile
Valutazione e documentazione del bisogno di cure e dell'ambiente in cui vive l'assicurato e pianificazione dei provvedimenti necessari (= diagnosi infermieristiche e obiettivi) in collaborazione con il medico, l'assicurato ed eventualmente altri servizi coinvolti (compresi valutazioni successive e consulti medici telefonici).	8 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 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.	
– All'inizio delle cure a casa complessivamente	45 ore nei primi 3 mesi

- In seguito	35 ore all'anno
<p>1.3 Provvedimenti di coordinamento in situazioni di cura molto complesse e nel contempo molto instabili.</p> <p><i>«Coordinamento» significa: contatto diretto tra chi presta le cure e il personale medico 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>	6 ore alla settimana

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
Preparazione e somministrazione di medicinali	

<ul style="list-style-type: none"> – 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
<ul style="list-style-type: none"> – Per via endovenosa, perfusione breve 	60 minuti per il primo medicamento, 45 minuti per ogni altro medicamento somministrato per via intravenosa
<ul style="list-style-type: none"> – Trasfusioni, virostatici e citostatici 	2 ore per intervento
Problemi della pelle	
<ul style="list-style-type: none"> – 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
<ul style="list-style-type: none"> – Epidermolisi bullosa 	120 minuti per intervento
<ul style="list-style-type: none"> – 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 l'assicurato

3. Esami e cure 2: sorveglianza medica di breve durata			Sorveglianza di breve durata <input type="checkbox"/> (valutazione clinica)
SISTEMI 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 iposiche		
SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO	Stato di male epilettico	Crampi, arresto respiratorio, rabdomiolisi	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	
	Disfunzione autonoma	Disturbo del sistema nervoso vegetativo, febbre centrale, ipotermia, disturbi cardiovascolari (pressione sanguina / polso)	
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
	Infezione acuta	Sepsi, polmonite	

SISTEMA IMMUNITARIO E SISTEMA EMATOLOGICO	Rigetto acuto	Reazione di rigetto con disfunzione dell'organo	0,5–1,5 ore al giorno
	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

(v. tabella nella lettera circolare AI n. 394)

SISTEMA DI ORGANI	Problema / Rischi (diagnosi infermieristica*)	Quadro clinico; indicazione medica (esempi)
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
	Ostruzione acuta delle vie respiratorie	
	Insufficienza respiratoria	

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO	Stato di male epilettico	Crampi, arresto respiratorio, rabdomiolisi
	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
	Disfunzione autonoma	Disturbo del sistema nervoso vegetativo, febbre centrale, ipotermia, disturbi cardiovascolari (pressione sanguigna / polso)
SISTEMA METABOLICO	Crisi metaboliche (fame, vomito, stress)	Disturbi, crisi acute concernenti: glucosio (chetosi), elettroliti, ammoniaca, proteine, lipidi ecc.
	Crisi endocrinologiche	Crisi acute concernenti: surrene, tiroide, ipofisi
SISTEMA CARDIACO	Arresto cardiaco	Disturbi del ritmo, ipoplasia, malformazioni, paziente in attesa di trapianto od operazione
	Insufficienza cardiaca	
	Aritmia	
	Condizioni iposiche	

*La diagnosi infermieristica non corrisponde a una diagnosi medica, ma è parte integrante del processo di cura e costituisce una valutazione clinica delle reazioni di un paziente (o della sua famiglia) a problemi di salute presenti o potenziali. La diagnosi infermieristica si distingue dunque dalla

diagnosi medica, poiché quest'ultima descrive malattie o disturbi degli organi.

- 23.6
1/22 Con l'indicazione «per intervento» nelle tabelle si intende il periodo di presenza ininterrotta presso l'assicurato (dall'arrivo alla partenza). Se necessario da un punto di vista medico, sono possibili anche più interventi al giorno.
- 23.7
1/22 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.
- 23.8
1/22 Nei valori indicati è compreso anche il tempo necessario per completare l'incarto.
- 23.9
1/22 In nessun caso vi è diritto al computo forfetario del tempo indicato.
- 23.10
1/22 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.
- 23.11
1/22 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. Non è tenuto conto della parte assunta dai genitori, che viene rilevata nella procedura di accertamento dell'AI. Mutamenti nei

provvedimenti sanitari assunti su base volontaria dai genitori comportano un adeguamento della decisione.

- 23.12
1/22
- La sorveglianza medica di breve durata è una valutazione approfondita dello stato di salute generale del bambino o del giovane 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 è presente 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».
- 23.13
1/22
- 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 di cui alla sezione 1 del modulo «Valutazione del bisogno di sorveglianza medica di lunga durata», con ponderazione 3, è di forte intensità.
- 23.14
1/22
- Il modulo «Rilevazione del bisogno di prestazioni Spitex (con prescrizione medica Spitex)» per la valutazione del diritto alle prestazioni contiene tutti i provvedimenti sanitari riconosciuti secondo gli articoli 13 e 14 LAI nell'ambito del servizio Spitex per bambini.
- Se il bisogno di sorveglianza medica è comprovato, Spitex valuta con l'ausilio del modulo «Valutazione del bisogno di sorveglianza medica di lunga durata» 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.

- 23.15
1/22 Affinché la prescrizione di prestazioni mediche Spitex sia eseguita in modo uniforme occorre utilizzare soltanto il modulo **«Prescrizione medica Spitex»**, che si trova in fondo al modulo «Rilevazione del bisogno di prestazioni Spitex».
- Quale ausilio per la rilevazione del bisogno di sorveglianza medica di breve e di lunga durata, è stato redatto un «Manuale per la classificazione delle prestazioni di sorveglianza medica», che spiega i moduli e la procedura per la presentazione della richiesta di prestazioni mediche Spitex. Il manuale, il modulo «Rilevazione del bisogno di prestazioni Spitex» e le FAQ sul tema sono liberamente accessibili all'indirizzo Internet <https://sozialversicherungen.admin.ch/it/f/5634>.
- 23.16
1/22 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), se l'incerto non è chiaro e inequivocabile, bisogna effettuare un accertamento sul posto.
- 23.17
1/22 Nell'ambito di ogni accertamento sul posto concernente l'AGI o il SCI, se è già stata inoltrata una richiesta di prestazioni Spitex deve essere effettuato contemporaneamente anche un sopralluogo del servizio Spitex (v. CGI), 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.
- 23.18
1/22 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 da Spitex e valutata dall'ufficio AI.
- 23.19
1/22 L'ufficio AI verifica se:
- la richiesta è stata inoltrata tramite modulo ufficiale («Rilevazione del bisogno di prestazioni Spitex»);
 - le prestazioni per le quali è richiesta la copertura sono motivate in modo plausibile e, se del caso, consulta il 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 CA.

23.20
1/22

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» (tabella 2). 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.

23.21
1/22

L'AI non assume i costi delle prestazioni mediche fornite dal servizio Spitex per bambini che non sono state concesse dall'ufficio AI. Tuttavia, queste prestazioni possono essere fornite nel quadro della sorveglianza medica di lunga durata, se ciò 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 nell'ambito delle cure di base che possono influenzare l'ammontare di AGI/SCI/CA, bisogna tenerne conto nel calcolo di questi ultimi (v. CGI).

23.22
1/22

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 è 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.

- 23.23
1/22 Nella decisione o nella 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 prescrizione. 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.
- 23.24
1/22 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».
- 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.
- 23.25
1/22 Le prestazioni computabili nell'ambito dell'AGI e del SCI sono elencate nella CGI. Esse includono in particolare la sorveglianza personale permanente (cap. 4.4 e 5.3.3 CGI e art. 39 cpv. 3 OAI), per la quale non occorre l'intervento di personale medico specializzato e che non è dunque considerata come sorveglianza medica di breve o di lunga durata.

1.8 Modifiche nell'OIC-DFI

- 24.1 Eventuali modifiche all'OIC-DFI in generale entrano in vigore il 1° gennaio. Se nell'OIC-DFI sono ammesse nuove infermità, l'AI può prendere a carico prestazioni a partire dall'entrata in vigore della rispettiva modifica.
- 24.2
1/22 Se nell'OIC-DFI un'infermità congenita viene soppressa o subisce restrizioni, l'UFAS istruisce in anticipo gli uffici AI sull'attuazione pratica.

Capitolo 2

Particolarità di singole infermità congenite

2.1 Pelle

102 Pterigio

- 102.1
1/22 Il n. 102 OIC-DFI comprende gli pterigi del collo, dell'ascella, del gomito e del ginocchio.
- 102.2
1/22 Lo pterigio dell'occhio (ispessimento triangolare della congiuntiva nella regione della palpebra) è invece un'affezione degenerativa acquisita.
- 102.3
1/22 Le sindattilie complesse e complete rientrano ora nel n. 177 OIC-DFI. Le sindattilie cutanee non sono riconosciute come infermità congenite.

103 Ciste dermoide congenita con espansione orbitale o intracranica, a condizione che sia necessaria un'operazione

- 103.1
1/22 La limitazione a determinate posizioni permette di escludere le cisti dermoidi di poca importanza.
- 103.2
1/22 Le cisti dermoidi delle ovaie e dei testicoli devono essere classificate tra i teratomi (n. 486 OIC-DFI).

104 Displasia ectodermale

- 104.1 1/22 La displasia ectodermale comprende un gruppo eterogeneo di malattie ereditarie caratterizzato da un disordine dello sviluppo di almeno due strutture ectodermali.
- 104.2 1/22 I pazienti affetti da displasia ectodermale soffrono spesso di oligodontia. Sono inoltre ricorrenti anche cambiamenti nella forma e nella struttura dei denti. Se la displasia ectodermale viene diagnosticata in modo inequivocabile da un medico specialista, l'AI assume i costi del trattamento necessario dei denti interessati.

109 Naevi congeniti, a condizione che l'asportazione richieda più operazioni o una terapia laser

- 109.1 Il nevo deve essere presente già alla nascita. Questo numero comprende anche il naevus flammeus. Né l'asportazione chirurgica in due o più interventi né il trattamento al laser indispensabile nel caso di un naevus flammeus sono considerati come semplici escissioni.
- 109.2 1/22 L'asportazione di un nevo mediante escissione con una sola operazione è considerata «semplice» e non adempie dunque i criteri del n. 109 OIC-DFI.

113 Soppresso

L'amastia e l'atelia non corrispondono a un'infermità congenita ai sensi dell'AI. Se però compaiono nel quadro della sindrome di Poland in seguito a un'aplasia del muscolo pettorale, il loro trattamento è preso in considerazione in virtù del n. 190 OIC-DFI.

2.2 Scheletro**122 Emiipertrofia/emiatrofia facciale e/o cranica congenita, ma senza asimmetrie facciali progressive quali iperplasia emimandibolare, allungamento emimandibolare, iperplasia condilare**

- 122.1 L'encondromatosi rientra ora nel n. 124 OIC-DFI.
1/22
- 122.2 Le asimmetrie facciali progressive non considerate infermità congenite (quali iperplasia emimandibolare, allungamento emimandibolare o iperplasia condilare) sono affezioni dovute a malattia o acquisite e corrispondono dunque a una malattia ai sensi dell'articolo 17 lettera f numero 3 OPre.
1/22
- 123 Disostosi congenite:**
- 1. sinostosi del cranio, a condizione che sia necessaria un'operazione, e disostosi craniofacciali**
 - 2. disostosi che interessa prevalentemente lo scheletro assile**
 - 3. disostosi che interessa prevalentemente le estremità**
- 123.1 Le disostosi cranio-facciali quali le disostosi mandibolo-facciali, le disostosi medio-facciali, le disostosi otomandibolari (= microsomia emifacciale), la sindrome di Apert ecc., fanno parte di questa categoria.
- 123.2 Le disostosi che interessano prevalentemente lo scheletro assile comportano un'anomalia a livello dei somiti o delle vertebre di oltre 10 (reperto radiologico).
1/22
- 123.3 Le sinostosi del cranio (in precedenza n. 142 OIC) rientrano ora nel n. 123 OIC-DFI, se è necessaria un'operazione.
1/22
- 123.4 Per la plagiocefalia si veda il N. 395.3.
1/22
- 124 Sviluppo disorganizzato delle componenti scheletriche, quali esostosi cartilaginee multiple congenite, displasia fibrosa, encondromatosi (escluse le esostosi isolate), tumori ossei congeniti, a condizione che sia necessaria un'operazione**
- 124.1 L'encondromatosi (in precedenza n. 122 OIC) e la displasia fibrosa (in precedenza n. 128 OIC) rientrano ora nel n. 124 OIC-DFI.
1/22

-
- 125** **Emiipertrofie congenite (escluse quelle facciali o craniche), a condizione che sia necessaria un'operazione**
- 125.1 L'emiipertrofia e l'emiatrofia facciali e/o craniche congenite
1/22 rientrano ora nel n. 122 OIC-DFI.
- 141** **Difetti congeniti del cranio, quali anomalie dell'ossificazione, a condizione che sia necessaria un'operazione**
- 141.1 Semplici disturbi dei tessuti molli rientrano nel n. 101 OIC-
1/22 DFI.
- 152** **Malformazioni vertebrali congenite (vertebra fortemente a cuneo, vertebre saldate a blocco tipo Klippel-Feil, aplasia della vertebra, forte displasia della vertebra)**
- 152.1 La spina bifida occulta (persistenza dell'apertura di uno o più archi vertebrali senza anomalie contemporanee del sistema nervoso centrale e dei suoi rivestimenti) non è un'infermità congenita, bensì un disturbo postnatale dell'ossificazione dell'arco vertebrale. In quanto pura anomalia della chiusura dell'arco vertebrale non rientra in particolare nemmeno nel n. 381 OIC-DFI.
- 163** **Torace a imbuto congenito e deformazioni combinate della parete toracica, a condizione che sia necessaria un'operazione**
- 163.1 La necessità di un'operazione per curare il torace a imbuto deve essere valutata dal punto di vista medico-scientifico da un medico specialista abilitato a svolgere tale operazione (sentenza del TF delle assicurazioni I 693/02 del 10 febbraio 2003).
- 163.2 Il trattamento con la ventosa per curare il torace a imbuto non è preso a carico dall'Al poiché non si tratta di un'operazione, bensì di una terapia destinata soltanto alla cura di casi lievi, la cui efficacia non è comprovata.
- 164 soppresso

-
- 167 soppresso
- 171 soppresso
- 172 Pseudoartrosi congenite, comprese pseudoartrosi in seguito a Coxa vara congenita, a condizione che sia necessaria un'operazione**
- 172.1 La pseudoartrosi della clavicola è una disostosi e può essere assunta nell'ambito del n. 123 OIC-DFI.
- 176 soppresso
Le relative malformazioni che interessano le estremità rientrano ora nel n. 177 OIC-DFI.
- 177 Alterazioni e e malformazioni ossee congenite delle estremità, quali amelie, focomelie, dismelie, sindattilie complesse complete, a condizione che siano necessarie più operazioni, ripetute ingessature o un'apparecchiatura**
- 177.1 Le anomalie anatomiche irrilevanti dello scheletro quali l'os navicolare cornutum, l'os tibiale externum, l'os vesalianum ecc. non sono riconosciute come infermità congenite, indipendentemente dal fatto che venga o meno effettuata un'operazione a causa della reazione periostale. Non sono riconosciute come infermità congenite neppure le deviazioni assiali (v. N. 738/938.3) e malattie quali il digitus superductus, l'alluce valgo (v. N. 737/938.4), la camptodattilia ecc., visto che si tratta in parte di affezioni delle parti molli di poca importanza, acquisite o primarie. L'intervento per ristabilire la stessa lunghezza di due estremità (epifisiodesi) costituisce un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI (v. N. 1013).
- 177.2 Le cure con apparecchiature ai sensi del n. 177 OIC-DFI sono applicazioni di protesi ortopediche i cui effetti possono essere paragonati a quelli di un'ingessatura e che, se particolarmente indicate, possono essere prescritte al posto di quest'ultima. Per i bambini che non sono ancora in

grado di camminare, l'ingessatura è generalmente il provvedimento più semplice e adeguato.

- 177.3 I supporti plantari, di qualsiasi genere, non possono essere assimilati ad apparecchi ortopedici ai sensi del n. 177 OIC-DFI. Una volta effettuato il trattamento per mezzo di un'operazione, di un'apparecchiatura o di un'ingessatura, si possono però consegnare supporti plantari, a condizione che essi costituiscano un complemento significativo ai provvedimenti sanitari.
- 177.4 Una displasia della rotula (tipo Wiberg o altri), una rotula spostata verso l'alto o un'altra sua posizione anomala nonché una displasia del condilo esterno del femore non rientrano nel n. 177 OIC-DFI. Queste affezioni non sono considerate infermità congenite ai sensi dell'articolo 13 LAI e non possono essere nemmeno prese a carico nell'ambito dell'articolo 12 LAI.
- 177.5 Le cisti ossee e le necrosi ossee asettiche (p. es. il morbo di Köhler) non costituiscono infermità congenite, ma sono malattie ossee che l'AI non è tenuta ad assumere né nell'ambito dell'articolo 12 LAI e nemmeno nell'ambito dell'articolo 13 LAI. È fatto salvo il n. 461 OIC-DFI.
- 177.6 Le infermità congenite che, di per sé, rientrano in un'altra infermità congenita di questo capitolo (capitolo II dell'allegato dell'OIC-DFI), ma che non presentano il grado di gravità necessario, non possono essere assunte neppure nell'ambito del n. 177 OIC-DFI.
- 177.7
1/22 Le sindattilie complesse complete comportano la fusione delle parti ossee delle dita fino alla falange (distale).
- 177.8
1/22 Aderenze esclusivamente cutanee in dita senza altre anomalie (sindattilie cutanee) che corrispondono a sindattilie semplici, e sindattilie parziali in cui la fusione non arriva fino alla falange non possono essere equiparate a sindattilie complesse complete e non sono considerate infermità congenite ai sensi dell'AI.

- 177.9
1/22 Semplici deviazioni assiali (come ginocchio valgo, ginocchio varo o metatarso varo) non sono considerate infermità congenite ai sensi dell'AI (v. anche N. 738/938.3.1).

2.3 Articolazioni, muscoli e tendini

180 Malformazioni congenite dei piedi quali piede a «z», talo verticale, a condizione che siano necessarie un'operazione, ripetute ingessature o un'apparecchiatura. È escluso il piede equino congenito (piede varo equino congenito, N. 182)

- 180.1
1/22 Il criterio della necessità di un'operazione, un'apparecchiatura o ingessature per una durata di almeno 12 mesi funge da indicatore del grado di gravità. Se una malformazione può essere trattata con una singola ingessatura, non costituisce un'infermità congenita ai sensi dell'articolo 13 capoverso 2 LAI.

- 180.2
1/22 Il piede piatto congenito (talus verticalis) è una malformazione rara, generalmente unilaterale, già molto sviluppata presso i neonati. Va distinto dal piede piatto valgo/piede pronato (talus valgus; pes planus valgus), che non costituisce un'infermità congenita ai sensi dell'AI. Di regola, il piede piatto congenito è già fissato alla nascita e richiede l'applicazione di un'ingessatura correttiva e in seguito un trattamento con stecche per la notte e supporti ortopedici. Spesso è indispensabile praticare interventi chirurgici sulle parti molli.

Per riconoscere un piede piatto congenito (talus verticalis) secondo il n. 180 OIC-DFI sono perciò necessarie:

- una diagnosi presentata di regola durante le prime settimane di vita o, al più tardi, entro il primo anno di vita;
- l'evidenziazione tramite un esame radiologico della posizione anormale dell'astragalo e della sublussazione dell'articolazione navicolare.

182 Piede varo equino congenito

- 182.1 Il «semplice» metatarso varo (piede addotto) non è una variante del piede torto (piede varo equino) e non può quindi essere assunto in virtù di questo numero.
- 182.2 Nell'ambito del trattamento all'assicurato possono essere consegnati supporti plantari quali apparecchi atti a favorire la cura. Per quanto riguarda le scarpe ortopediche, si veda la CMAI.
- 183 Displasia congenita dell'anca e lussazione congenita dell'anca, a condizione che sia necessaria un'apparecchiatura o un'operazione**
- 183.1 Attualmente, la diagnosi di displasia congenita dell'anca e di lussazione congenita dell'anca è effettuata sempre più spesso mediante sonografia, metodo che si è dimostrato valido per determinare lo stadio e il tipo di maturazione secondo Graf. Di regola, una verifica mediante altri metodi di imagingografia avanzata non è necessaria.
- 183.2 Classificazione secondo Graf
- I: anca normale
 - IIa+: ritardo di maturazione
 - IIa-: displasia: ritardo di maturazione sopraggiunto a meno di 3 mesi
 - IIb: ritardo d'ossificazione sopraggiunto a più di 3 mesi
 - IIc: displasia: rischio di lussazione
 - D: displasia: inizio di lussazione
 - III: } lussazione dell'anca
 - IV: }
- 183.3 L'infermità congenita secondo il n. 183 OIC-DFI è comprovata se sussiste una displasia dell'anca di tipo D o una lussazione dell'anca di tipo III o IV e viene formulata l'indicazione per un trattamento (un'apparecchiatura o un'operazione). Il solo fatto che una terapia sia indicata e svolta,
- 1/22

come accade oggi in caso di ritardo di maturazione o di ossificazione (tipo IIa o IIb) nonché di rischio di lussazione (tipo IIc) non basta a soddisfare i criteri dell'articolo 13 LAI.

- 183.4
1/22 I trattamenti con il tutore Tubinger o il bendaggio di Pavlik sono considerati quale apparecchiatura. Il trattamento di estensione o l'ingessatura di bacino e gambe è equiparabile a un'apparecchiatura.
- 183.5
1/22 L'AI può prendere a carico i costi degli esami ecografici soltanto a partire dal controllo in cui viene diagnosticata una displasia dell'anca di tipo D o una lussazione dell'anca di tipo III o IV e formulata l'indicazione per un'apparecchiatura o un'operazione. Se l'obbligo di prestazione dell'AI è comprovato, riguardo all'assunzione dei costi degli esami ecografici occorre considerare i principi esposti di seguito.
- Di regola il primo esame ecografico postnatale è effettuato quale screening. Si controllano sempre le articolazioni delle due anche. Gli esami di screening non sono a carico dell'AI, tranne se in occasione degli stessi viene diagnosticata una displasia dell'anca di tipo D o una lussazione dell'anca di tipo III o IV e formulata l'indicazione per un'apparecchiatura o un'operazione.
 - A partire dall'inizio dell'obbligo di prestazione dell'AI, gli esami ecografici bilaterali possono essere presi in rimborsati solo se riguardano entrambe le anche.
- 183.6 Se non si può dimostrare l'esistenza di un'infermità congenita secondo il n. 183 OIC-DFI, gli esami ecografici devono essere classificati come screening e non devono essere rimborsati dall'AI. In tal caso l'assunzione dei costi avviene secondo le disposizioni della LAMal.

-
- 184 Miopatie congenite e miastenia congenita (sindrome miastenica congenita)**
- 184.1 Anche le miopatie congenite e le distrofie miotoniche possono essere collocate sotto questo numero.
- 184.2 L'adinamia episodica ereditaria (in precedenza n. 192 OIC) rientra ora nel n. 184 OIC-DFI.
1/22
- 184.3 I materassi profilattici e terapeutici del decubito possono essere presi a carico quali apparecchi di cura.
1/22
- 190 Aplasia e forte ipoplasia dei muscoli scheletrici, a condizione che sussistano limitazioni funzionali**
- 190.1 L'ipoplasia circoscritta del muscolo traverso dell'addome nella regione della fovea mediale (luogo d'elezione per il passaggio dell'ernia inguinale diretta [hernia inguinalis medialis] che deve essere considerata un'affezione acquisita) non è un'infermità congenita, così come non lo è una lacuna o una debolezza della linea alba, che può favorire la formazione di un'ernia epigastrica.
1/22
- 191 soppresso
- 193 Il presente numero è stato soppresso e il piede piatto congenito rientra ora nel n. 180 OIC-DFI.
- 195 Malattie congenite non infiammatorie delle articolazioni (quali fibromatosi ialina, displasia pseudoreumatoide progressiva)**
- 195.1 La lussazione congenita della rotula non costituisce più un'infermità congenita ai sensi dell'AI. Pertanto non può essere assunta dall'AI in virtù del n. 194 OIC-DFI.
1/25
- 2.4 Faccia**
- 201–
218.1 Le spiegazioni contenute nel promemoria *Informazioni per medici dentisti sull'assicurazione federale per l'invalidità*

(AI) sono parte integrante della presente circolare e devono quindi essere prese in considerazione.

201– *Inizio dell'obbligo di fornire prestazioni per i n. 208–210*

218.2 *OIC-DFI*

Le prestazioni dell'AI sono concesse solo dal momento in cui l'infermità congenita, rilevata da un esame craniometrico (n. 208–210 OIC-DFI), è comprovata.

201– *Trattamento dopo il 20° anno di età*

218.3 Dopo il compimento del 20° anno di età il trattamento è di competenza dell'assicurazione malattie (art. 19a OPre).

201– *Estrazione di denti del giudizio*

218.4 L'estrazione di denti del giudizio è presa a carico dall'AI se
1/22 è in relazione con il trattamento ortodontico di infermità congenite. Il nesso causale deve essere motivato nel singolo caso dal medico curante specialista in ortodonzia.

201– *Trattamenti con aligner*

218.5

1/22

1. Gli aligner (p. es. Invisalign®, CA®, Clear Aligner, orthocaps® ecc.) sono serie di mascherine personalizzate, in materiale sintetico semirigido, confezionate da ditte specializzate, che allineano progressivamente i denti in una posizione "ideale".
2. Gli aligner vengono utilizzati in misura crescente quale strumento per trattamenti ortodontici anche da dentisti senza specializzazione in ortodonzia, in alcuni casi già per i denti da latte. Manca però la prova scientifica dell'adeguatezza e dell'economicità di questo metodo per il trattamento di quadri clinici complessi che generalmente interessano l'AI. Per tale ragione l'AI non assume i costi dei trattamenti con aligner (eccezione: v. N. 205.8).

201– *Igiene dentaria in caso di trattamenti ortodontici.*

218.6 Se l'igiene dentaria quotidiana in caso di posa di un apparecchio fisso non può più essere effettuata in modo sufficiente, la pulizia dei denti e la rimozione del tartaro fanno

parte della cura e possono essere prese a carico dall'AI al massimo quattro volte all'anno.

201– *Cura delle carie*

218.7 I costi per la cura delle carie non sono assunti dall'AI.

1/22

205 Displasia dentaria congenita, se ne sono colpiti in modo grave almeno 12 denti della seconda dentizione dopo che sono spuntati; in caso di odontodisplasia (ghost teeth) è sufficiente che siano colpiti due denti in un quadrante. La diagnosi deve essere verificata da un rappresentante della SSO riconosciuto dall'AI per questo specifico accertamento.

205.1 In caso di displasie congenite, generalmente è colpito almeno un gruppo di denti in modo bilaterale e simmetrico; nella maggior parte dei casi sono colpiti tutti i denti di una o di entrambe le dentizioni.

1/22

205.2 Nel n. 205 OIC-DFI rientrano per esempio l'amelogenesi imperfetta, la dentinogenesi imperfetta e la displasia della dentina.

1/22

205.3 Spesso viene scambiata per amelogenesi imperfetta l'ipomineralizzazione di incisivi e molari, che colpisce singoli denti o gruppi di denti e che non costituisce un'infermità congenita ai sensi dell'AI a causa della genesi ancora sconosciuta.

1/22

205.4 Per affezione grave si intende una displasia di portata tale da compromettere l'integrità e/o la funzionalità dei denti, rilevabile attraverso:

1/22

a. la prevedibile perdita di sostanza (abrasione, fratture) a seguito di

- riduzione dello spessore dello smalto dentale ampia e/o integrale con piccole fossette, o
- insufficiente mineralizzazione dello smalto dentale (amelogenesi imperfetta), o
- formazione imperfetta della dentina (dentinogenesi imperfetta);

- b. l'esteso scolorimento dei denti
- verso il biancastro-giallo opaco fino al marrone a seguito di un disturbo generalizzato della mineralizzazione dello smalto dentale, o
 - con tenace pigmentazione su uno smalto dentale molto ruvido (amelogenesi imperfetta), e/o
 - verso il marrone lattiginoso a seguito della formazione imperfetta della dentina (dentinogenesi imperfetta);
- c. la formazione irregolare generalizzata delle radici in caso di displasia della dentina;
- d. gravi disturbi della formazione dello smalto dentale, della dentina e della polpa dentaria (odontodisplasia, «ghost teeth»).

- 205.5
1/22 L'assenza di abbozzi dentari permanenti della seconda dentizione dev'essere considerata come denti colpiti.
- 205.6
1/22 L'assunzione dei costi da parte dell'AI per la cura delle carie è esclusa.
- 205.7
1/22 In caso di displasie dentarie con formazione eccessiva di tartaro si possono fatturare al massimo quattro volte l'anno all'AI le posizioni tariffali 4.1100, 4.1105, 4.1110 e 4.1120.
- 205.8
1/22 In presenza di displasie dentarie la cui entità e gravità soddisfano le condizioni secondo il n. 205 OIC-DFI, nel singolo caso un trattamento con aligner al posto di metodi che prevedono l'applicazione adesiva di bracket sui denti può essere adeguato per un trattamento ortodontico, se questo permette di proteggere un dente già danneggiato. Per tale ragione in questi casi l'AI può assumere eccezionalmente i costi per un trattamento con un sistema aligner (N. 201–218.5). A tale scopo devono però essere adempiute le quattro condizioni seguenti:

1. è riconosciuto l'obbligo dell'AI di fornire prestazioni in virtù del n. 205 OIC-DFI;
2. il problema ortodontico da trattare è una diretta conseguenza della displasia dentaria assicurata secondo il n. 205 OIC-DFI (N. 11);
3. per principio, l'assicurato ha già compiuto il 13° anno di età;
4. prima dell'inizio del trattamento all'ufficio AI competente vanno inoltrati:
 - a) una motivazione della scelta di questo metodo per il caso specifico da parte del terapeuta in ortodonzia;
 - b) un preventivo dei costi per le prestazioni odontoiatriche e un preventivo separato dei costi di laboratorio (eventuali sconti del produttore vanno menzionati in quest'ultimo e trasmessi all'ente finanziatore con il conteggio);
 - c) l'indicazione della somma dei costi insorti fino a quel momento per il trattamento ortodontico nel caso in questione.

205.9
1/22 Assieme al modulo «Esame medico dentario», debitamente compilato, vanno inoltrate radiografie e fotografie della bocca che mostrano *tutti* i denti esistenti. Le fotografie devono riportare il nome dell'assicurato e la data dello scatto.

205.10
1/22 La diagnosi del n. 205 OIC-DFI deve essere verificata da un rappresentante della SSO riconosciuto dall'AI per questo specifico accertamento. A tal fine la documentazione (v. N. 205.9) deve essere inoltrata all'ufficio AI competente, il quale la trasmette, assieme alla documentazione medica, all'ufficio stabilito dalla SSO.

207 Iperodontia congenita, quando il o i denti permanenti soprannumerari provocano una deformazione intramascellare o intramandibolare per cui è necessaria una cura a mezzo di apparecchi. Gli odontomi non sono considerati denti soprannumerari

- 207.1 Quando l'Al riconosce l'esistenza di questa infermità congenita, prende a carico anche l'estrazione del o dei denti soprannumerari che precede il trattamento.
- 207.2
1/22 Per la valutazione dell'obbligo di fornire prestazioni in virtù del n. 207 OIC-DFI non vengono considerati i denti del giudizio.
- 207.3
1/22 Gli odontomi non sono considerati denti soprannumerari bensì tumori e rientrano nel campo di applicazione dell'articolo 17 lettera c numero 1 OPre.
- 208–
210 Micrognatismo inferiore (n. 208 OIC-DFI), mordex apertus o clausus (n. 209 OIC-DFI) e prognatismo inferiore (n. 210 OIC-DFI)**
- 208–
210.1 Queste infermità possono essere anomalie congenite oppure affezioni acquisite. Esse sono riconosciute come infermità congenite solo se esistono deviazioni verticali o sagittali estreme nello sviluppo dello scheletro della mascella. L'obbligo di prestazione dell'Al inizia a partire dal momento in cui i criteri di deviazione sono adempiuti.
- 208–
210.2 L'esame di queste anomalie è esclusivamente di competenza:
– dei reparti di ortodonzia degli istituti universitari odontoiatrici e
– dei medici specialisti in ortodonzia indicati in uno speciale elenco (v. il sito della SSO: <https://www.sso.ch/it>).
- 208–
210.3 Se il dentista curante sospetta l'esistenza di un'infermità congenita, manda l'assicurato direttamente da uno degli specialisti summenzionati per esame. L'originale del modulo «Esame medico dentario» è inviato all'ufficio Al insieme alla relativa fattura. Una copia, se necessario provvista di ulteriori documenti (foto, eventualmente modelli di studio), è inviata al centro d'accertamento di ortodonzia, che trasmette in seguito il suo rapporto all'ufficio Al con il modulo «Esame di ortopedia dento-facciale» e presenta la fattura, che comprende anche eventuali teleradiografie. Queste ultime possono essere assunte dall'Al *una sola*

volta, anche nei casi in cui ne sono stati effettuati due esemplari. Eccezione: se in presenza di un prognatismo inferiore contatti primari provocano una deviazione mandibolare, al fine di valutare l'angolo ANB bisogna eseguire una teleradiografia supplementare in posizione di contatto in retroposizione mandibolare (Hinge axis). In questo caso speciale vengono misurate singolarmente entrambe le immagini e considerata la media aritmetica dei due angoli ANB misurati (v. n. 208–210 OIC-DFI nel promemoria *Informazioni per medici dentisti sull'assicurazione federale per l'invalidità [AI]*). In tale situazione vengono assunti i costi per entrambe le teleradiografie.

208–
210.4 Nel caso di combinazioni (ANB e angolo maxillobasale), per riconoscere il n. 210 OIC-DFI non è necessario che esistano due paia di denti antagonisti anteriori della seconda dentizione in posizione d'occlusione incrociata o, per il n. 209 OIC-DFI, una beanza frontale.

208–
210.5 Prima e durante la crescita dei denti anteriori della seconda dentizione il profilo della mascella e dunque la posizione dei punti di riferimento A e B sono influenzati dalla disposizione degli incisivi rimanenti. Gli accertamenti AI devono quindi essere effettuati unicamente dopo la permuta dei denti anteriori. I denti anteriori devono per principio essere spuntati, i denti 11 e 21 e i loro antagonisti devono esserlo obbligatoriamente.

208–
210.6 La terapia miofunzionale non costituisce un provvedimento riconosciuto a livello scientifico per il trattamento di anomalie della mascella.

214 **Macroglossia e microglossia congenite, a condizione che sia necessaria un'operazione della lingua. Un'operazione è necessaria:**

- 1. quando la macroglossia provoca problemi di respirazione e deglutizione nel neonato,**
- 2. in presenza di disturbi del linguaggio, a condizione che questi siano riconducibili alle dimensioni della lingua e che prima dell'esecuzione dell'operazione**

questo rapporto sia confermato mediante una perizia svolta da un medico specialista in otorinolaringoiatria con specializzazione in foniatria, o

- 3. in caso di malocclusione, a condizione che questi siano riconducibili alle dimensioni della lingua e che prima dell'esecuzione dell'operazione questo rapporto sia confermato mediante una perizia svolta da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI per gli accertamenti ortodontici.**

- 214.1
1/22 L'operazione è indicata solamente se la lingua ipertrofica provoca al neonato dei disturbi della respirazione o della deglutizione. La diagnosi di questi disturbi deve essere eseguita includendo le discipline specialistiche necessarie (neonatologia, pneumologia pediatrica, neuropediatria, chirurgia pediatrica) in una clinica pediatrica.
- 214.2
1/22 Se i disturbi del linguaggio costituiscono l'indicazione per l'operazione, è obbligatorio richiedere, prima che quest'ultima sia eseguita, la perizia fonoiatrica (possibilmente un medico specialista ORL con specializzazione in foniatria).
- 214.3
1/22 Se i disturbi di malocclusione costituiscono l'indicazione per l'operazione, è obbligatorio richiedere, prima che quest'ultima sia eseguita, una perizia ortodontica (eseguita da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI).
- 214.4
1/22 Per quanto riguarda l'accertamento ortodontico sono applicabili i N. 208–210.2 e 208–210.3.
- 218 Ritenzione congenita o anchilosi dei denti, se sono interessati diversi molari o almeno due premolari o molari contigui della seconda dentizione (esclusi i denti del giudizio); l'assenza di abbozzi (esclusi i denti del giudizio) è equiparata alla ritenzione e all'anchilosi dei denti. La diagnosi deve essere formulata da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI per questo specifico accertamento**

- 218.1
1/22 La diagnosi è formulata da un centro d'accertamento di ortodonzia. Se si effettua un versamento a un tale centro, si possono rimborsare una volta le prestazioni ai sensi del modulo «Esame medico dentario». L'esame craniometrico (e quindi la compilazione di un modulo «Esame di ortopedia dento-facciale») non è necessario per determinare un'infermità congenita secondo il n. 218 OIC-DFI e non viene dunque rimborsato dall'Al.
- 218.2 Se l'esistenza di un'infermità congenita secondo il n. 218 OIC-DFI è comprovata, anche il trattamento di denti incisivi e di denti canini eventualmente colpiti va a carico dell'Al (questi non sono però determinanti per riconoscere un'infermità congenita secondo il n. 218 OIC-DFI).

2.5 Polmoni

- 241 Malformazione congenita dei bronchi quali broncomalacia, stenosi bronchiale, aplasia o displasia della cartilagine bronchiale, bronchiectasie congenite, cisti broncogene**
- 241.1 La loro esistenza deve essere comprovata con un esame radiologico.
- 241.2
1/22 Le stenosi congenite dei bronchi che si manifestano per lo più sotto forma di enfisemi lobari possono rientrare in questo numero.
- 243 Agenesia parziale congenita o ipoplasia congenita dei polmoni**
- 243 La vaccinazione con Synagis® non è a carico dell'Al ma dell'AMal (sentenza del TF 8C_590/2011 del 13 giugno 2012).
- 245 Sequestro polmonare congenito e malformazione congenita delle vie aeree polmonari (CPAM), a condizione che sia necessaria una terapia d'intervento (p. es. chirurgia)**

- 245.1 Si ammette l'esistenza di un sequestro polmonare congenito quando i suoi sintomi si manifestano durante il primo anno di vita o quando l'affezione è conseguenza immediata di una malformazione cardiaca congenita (nel secondo caso sarebbe possibile anche una classificazione sotto il n. 313 OIC-DFI).
- 245.2 I sequestri polmonari idiopatici che subentrano più tardi non sono infermità congenite ai sensi dell'AI.
1/22
- 245.3 Le cisti dei polmoni rientrano in questo numero.
1/22
- 246** **Forme congenite delle malattie polmonari interstiziali nel bambino (*Children interstitial lung disease, ChILD*):**
- disturbi congeniti dello sviluppo dei polmoni (quali displasia acinare congenita, displasia alveolare congenita o displasia alveolo-capillare congenita); o
 - disturbi congeniti della funzione del surfattante con un comprovato difetto genetico, quali forme congenite della proteinosi alveolare polmonare o una mutazione del gene ABCA3.
- 246.1 Nel n. 246 OIC-DFI rientrano solo le forme congenite delle ChILD. Queste e altre malattie polmonari interstiziali, *conseguenza* di una patologia sovraordinata (p. es. patologie sistemiche, malattie autoimmuni, infezioni, malattie del cuore, altre malattie polmonari), *non* sono considerate infermità congenite ai sensi dell'AI, tranne se la patologia all'origine della malattia polmonare interstiziale costituisce di per sé un'infermità congenita ai sensi dell'AI (p. es. le cardiopatie congenite). In questo caso la malattia polmonare interstiziale è assicurata direttamente in virtù della relativa infermità congenita (p. es. le alterazioni interstiziali ai polmoni in caso di fibrosi cistica in virtù del n. 480 OIC-DFI).
1/22
- 246.2 Il quadro clinico di una carenza primaria del surfattante (storicamente definita sindrome delle membrane ialine) non costituisce un disturbo congenito della funzione surfattante.
1/22

In questo caso l'AI non è tenuta a fornire prestazioni. Un disturbo congenito della funzione del surfattante deve essere comprovato geneticamente: l'obbligo dell'AI di fornire prestazioni sorge solo a partire dal momento in cui viene comprovata la mutazione genetica alla base del disturbo.

247 Displasie broncopolmonari (BPD) moderate e gravi, a condizione che sia necessaria una terapia (trattamento medicamentoso, ossigenoterapia, sostegno ventilatorio)

247.1
1/22 La sindrome da distress respiratorio nel neonato dovuta a una carenza primaria del surfattante (un tempo definita sindrome delle membrane ialine e assicurata fino al 31 dicembre 2021 in virtù del n. 247 OIC) o a una carenza secondaria del surfattante (consumo o distruzione del surfattante p. es. in caso di aspirazione di meconio o sangue oppure di infezione) nonché tutte le altre forme di sindrome da distress respiratorio nel neonato (come polmone umido, pneumotorace o polmonite neonatale, assicurate fino al 31 dicembre 2021 in virtù del n. 497 OIC) non corrispondono a un'infermità congenita ai sensi dell'AI.

247.2
1/22 La displasia broncopolmonare (BPD) è un postumo di diversi fattori prenatali, perinatali e postnatali che agiscono sui polmoni in via di sviluppo e non ancora maturi del feto e dei prematuri.

247.3
1/22 Dalla sua introduzione, nel 1967 da parte di Northway et al., la definizione della BPD è stata continuamente adeguata, innanzitutto perché nel corso degli anni l'età gestazionale dei prematuri curati in neonatologia ha continuato a scendere e in secondo luogo poiché le possibilità di trattamento prenatale e postnatale delle gestanti e dei prematuri sono notevolmente cambiate. Nella sua definizione di BDP, l'AI si rifà alla proposta del National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), del National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) e dell'Office of Rare Diseases (ORD), i quali nel 2000 hanno elaborato la definizione oggi prevalentemente utilizzata del National Institutes

of Health (NIH consensus)¹. Quest'ultima introduce per la prima volta una suddivisione in livelli di gravità (BPD lieve, moderata e grave). I criteri diagnostici, oltre alla corrispondenza con la diagnosi di base di una BDP (definita ossigeno-dipendenza oltre il compimento del 28° giorno di vita), sono il bisogno di trattamento a 36 settimane di gravidanza o a 56 giorni di vita in funzione dell'età gestazionale al momento della nascita. Sebbene questa definizione sia ampiamente utilizzata a livello internazionale, negli ambienti specializzati si è coscienti del fatto che per varie ragioni rimane una soluzione poco ottimale. In mancanza di alternative valide, capaci di riscuotere un ampio consenso, per il n. 247 OIC-DFI l'AI impiega questa definizione affermata, in una versione leggermente semplificata (v. N. 247.4).

247.4
1/22

La definizione della diagnosi «displasia broncopolmonare» impiegata dall'AI e la sua suddivisione nei tre livelli di gravità «lieve», «moderata» e «grave» si rifanno a una variante semplificata della definizione oggi prevalentemente utilizzata del National Institutes of Health (NIH consensus), pubblicata nel 2014² dai neonatologi e pneumologi pediatrici della Svizzera occidentale:

Health (NIH consensus), pubblicata nel 2014³ dai neonatologi e pneumologi pediatrici della Svizzera occidentale:

¹ A. H. Jobe, E. Bancalari, «Bronchopulmonary dysplasia», in *Am J Respir Crit Care Med*, 2001, vol. 163, pagg. 1723–1729.

² A. Mornand, M. Roth-Kleiner, G. Hafen, C. Barazzone, I. Rochat, «Ancien prématuré avec dysplasie bronchopulmonaire: quelle prise en charge en 2014?», in *Rev Med Suisse*, 2014, vol. 10, pagg. 430–434.

³ A. Mornand, M. Roth-Kleiner, G. Hafen, C. Barazzone, I. Rochat, «Ancien prématuré avec dysplasie bronchopulmonaire: quelle prise en charge en 2014?», in *Rev Med Suisse*, 2014, vol. 10, pagg. 430–434.

Criteria diagnostici displasia broncopolmonare (BPD)		
	Età gestazionale al momento della nascita	
	Nascita < 32 SG	≥ 32 SG
a. Diagnosi BPD	Ossigeno-dipendenza durante <i>almeno</i> 28 giorni di vita	
	più	
b. Livello di gravità	Criteri supplementari	
BPD lieve	Aria ambiente (SpO ₂ 21 %) a 36 SG	Aria ambiente (SpO ₂ 21 %) al 56° giorno di vita
BPD moderata	SpO ₂ < 30 % a 36 SG	SpO ₂ < 30 % al 56° giorno di vita
BPD grave	SpO ₂ ≥ 30 % o sostegno respiratorio (CPAP o ad alto flusso) a 36 SG	SpO ₂ ≥ 30 % o sostegno respiratorio (CPAP o ad alto flusso) al 56° giorno di vita

SG = settimane di gravidanza; nascita = 1° giorno di vita; SpO₂ = saturazione periferica di ossigeno dell'aria somministrata

247.5
1/22 Per far valere il diritto a prestazioni in virtù dell'infermità congenita n. 247 OIC-DFI, il medico curante deve comprovare e documentare in modo plausibile la presenza di una BPD e il suo livello di gravità. Se i dati forniti non sono chiari o plausibili, il SMR deve richiedere la documentazione necessaria (rapporti ospedalieri, eventuali verbali) all'ospedale curante. Occorre comprovare e documentare la necessità permanente di una terapia (trattamento medicamentoso, ossigenoterapia, sostegno ventilatorio).

247.6
1/22 Per definizione, il diritto a prestazioni dell'AI in virtù del n. 247 OIC-DFI può essere fatto valere al più presto a par-

tire da un'età gestazionale di 36 0/7 settimane di gravidanza o dal 56° giorno di vita (v. N. 247.4). La condizione è, oltre all'adempimento dei criteri diagnostici (N. 247.4), la necessità permanente di una terapia (trattamento medicamentoso, ossigenoterapia, sostegno ventilatorio).

- 247.7 La vaccinazione con Synagis® è a carico dell'AI, non dell'AMal (sentenza del TF 9C_190/2013 del 23 aprile 2013; v. N. 1023.1).

2.6 Vie respiratorie

251 **Malformazioni congenite della laringe e della trachea, quali stenosi congenita della trachea, fistole e fessure laringo-tracheo-esofagee**

- 251.1
1/22 La laringomalacia e la tracheomalacia nel neonato e nel lattante rientrano nel n. 252 OIC-DFI.

- 251.2
1/22 A seconda della malformazione prevalente, le fistole tracheo-esofagee rientrano nel n. 251 o nel n. 271 OIC-DFI.

252 **Laringomalacia e tracheomalacia, a condizione che sia necessario ricorrere alla respirazione artificiale a domicilio (CPAP, BiPAP e simili) o a un intervento chirurgico**

- 252.1
1/22 La laringomalacia e la tracheomalacia nel neonato e nel lattante sono considerate infermità congenite ai sensi dell'AI soltanto a condizione che sia necessario ricorrere alla respirazione artificiale a domicilio o a un intervento chirurgico.

2.7 Esofago, stomaco e intestini

271 **Stenosi e atresia congenite dell'esofago nonché fistole esofago-tracheali**

- 271.1
1/22 A seconda della malformazione prevalente, le fistole tracheo-esofagee rientrano nel n. 251 o nel n. 271 OIC-DFI.

-
- 276 Anomalie del sito intestinale (compreso il volvolo), cieco mobile escluso**
- 276.1 1/22 Il prolasso anale e l'ernia non sono anomalie del sito intestinale.
- 277 soppresso
- 278 Aganglionosi e anomalie delle cellule ganglionari dell'intestino crasso e dell'intestino tenue, compresa la pseudo-ostruzione intestinale primaria cronica (CIPO)**
- 278.1 1/25 Se un neonato sofferente di un'aganglionosi o di un'anomalia delle cellule ganglionari necessita di un trattamento dietetico preoperatorio a base di latte materno, si possono assumere le spese per il noleggio o l'acquisto di una pompa tiralatte conformemente alle prescrizioni dell'EMAp (v. N. 1027). Per la consulenza per l'allattamento si veda il N. 1041.
- 279 soppresso
- 280 Il tenore di questo numero è stato modificato.
- 281 Malformazioni congenite del diaframma**
- 281.1 La vaccinazione con Synagis® non è a carico dell'Al ma dell'AMal (sentenza del TF 8C_590/2011 del 13 giugno 2012).
- 282 Enterocolite necrotizzante dei prematuri, a condizione che sia necessario un intervento chirurgico (drenaggio, laparotomia)**
- 282.1 1/22 I casi in cui vi è il sospetto di un'enterocolite necrotizzante o nei quali vengono eseguiti soltanto provvedimenti conservativi come un digiuno e/o una terapia antibiotica non adempiono i criteri del n. 282 OIC-DFI.

- 282.2
1/25 Se un neonato sofferente di un'enterocolite necrotizzante necessita di un trattamento dietetico a base di latte materno, si possono assumere le spese per il noleggio o l'acquisto di una pompa tiralatte conformemente alle prescrizioni dell'EMAp (v. N. 1027). Per la consulenza per l'allattamento si veda il N. 1041.

2.8 Fegato, vie biliari e pancreas

292 Altre malformazioni congenite delle vie biliari, a condizione che sia necessario un intervento chirurgico

- 292
1/25 Le componenti biliari ed epatiche della sindrome di Watson-Alagille e della sindrome di Alagille rientrano sotto il n. 292 OIC-DFI (v. N. 10).

2.9 Parete addominale

302 Onfalocele e laparoschisi

- 302
1/22 L'onfalocele e la laparoschisi sono gravi malformazioni della parete addominale. Non corrispondono a un'ernia ombelicale o un'ernia epigastrica, che non sono considerate infermità congenite ai sensi dell'Al.

- 303 soppresso

2.10 Cuore, vasi e sistema linfatico

311 Emangioma congenito, a condizione che sia necessaria una terapia complessa (diverse terapie laser, crioterapie oppure operazioni con o senza trattamento medicamentoso preliminare)

- 311
1/22 Gli emangiomi che richiedono unicamente un trattamento medicamentoso (come la somministrazione di betabloccanti) non sono considerati infermità congenite ai sensi dell'Al.

- 313 Malformazioni congenite del cuore e dei vasi, a condizione che siano necessari una terapia (p. es. medicamentosa, mediante catetere od operativa) o controlli regolari da parte di un medico specialista**
- 313.1 Gli assicurati a cui è stata diagnosticata un'infermità congenita secondo il n. 313 OIC-DFI per la quale non è ancora necessaria una terapia hanno diritto alla presa a carico delle spese dei controlli medici specialistici necessari.
- 313.2 L'ipertensione polmonare primaria non può essere riconosciuta come infermità congenita.
- La profilassi dell'endocardite non è coperta dall'Al.
- 313.4 La vaccinazione con Synagis® è a carico dell'Al, non dell'AMal (sentenza del TF 9C_530/2010 del 31 maggio 2011, sentenza del TF 9C_411/2015 del 19 febbraio 2016; v. N. 1023.1).
- 314 Cardiomiopatie e aritmie congenite, a condizione che sia necessaria una terapia (medicamentosa, mediante catetere od operativa)**
- 314
1/22 Le cardiomiopatie ostruttive e quelle dilatative congenite nonché i disturbi congeniti di conduzione dell'eccitazione (p. es. Romano-Ward, Jerwell-Langue-Nielsen o Wolff-Parkinson-White) rientrano nel n. 314 OIC-DFI.
- 2.11 Sangue, milza e sistema reticolo-endoteliale**
- 322 Anemie ipoplastiche o aplastiche, leucopenie e trombocitopenie congenite**
- 322.1
1/25 L'anemia dei prematuri non è un'anemia ipoplastica o aplastica congenita. Dal punto di vista eziologico è una combinazione di una minore concentrazione di emoglobina e di minori riserve di ferro alla nascita rispetto ai bambini nati a termine, di insufficiente trasfusione placentare, di perdita di sangue iatrogena (compreso il prelievo di sangue), di ri-

dotta secrezione di eritropoietina postnatale, di ridotta sensibilità all'eritropoietina delle cellule progenitrici degli eritrociti e di malnutrizione relativa. Vi è inoltre un effetto di diluizione dovuto alla rapida crescita con l'aumento del volume sanguigno, mentre l'emoglobina totale rimane costante.

323 Anemie emolitiche congenite (alterazioni degli eritrociti, degli enzimi o dell'emoglobina)

323.1 La metemoglobinemia enzimopenica congenita rientra nel n. 323 OIC-DFI.

324 Coagulopatie e trombocitopatie congenite (emofilie ed altri difetti dei fattori di coagulazione)

324.1 La Croce rossa svizzera organizza campi di vacanze per bambini affetti da emofilia. In base alla convenzione conclusa con l'UFAS l'AI assume una parte dei costi, a condizione che sia stata emanata una decisione per ogni singolo caso.

324.2 Nel caso degli assicurati affetti da emofilia, le protezioni articolari possono essere prese a carico quali mezzi ausiliari (v. n. 15.09 OMAI).

325 soppresso

326 Immunodeficienza congenita, a condizione che sia necessaria una terapia

326.1
1/22 La diagnosi di un'immunodeficienza congenita deve essere confermata da uno specialista in allergologia e immunologia clinica in un ospedale universitario.

326.2
1/22 Sono immunodeficienze congenite ai sensi dell'articolo 13 LAI per esempio le immunodeficienze combinate o le deficienze combinate delle cellule B e T (definite attraverso una linfocitopenia delle cellule T CD3) quali la disgenesia reticolare, la linfoistocitosi emofagocitica o la granulomatosi settica.

-
- 326.3
1/22 Una predisposizione genetica a disturbi del sistema immunitario (p. es. anemia emolitica autoimmune) non costituisce un'infermità congenita.
- 326.4
1/22 Le malattie autoimmuni o autoinfiammatorie nonché le forme poligeniche di immunodeficienze acquisite non sono considerate difetti congeniti del sistema immunitario e dunque infermità congenite ai sensi dell'AI.
- 326.5 Le immunodeficienze secondarie nei casi di enteropatie esudative, affezioni maligne, malattie infettive ecc. non sono di origine congenita.
- 326.6 Le anomalie congenite qualitative dei granulociti neutrofili rientrano nel n. 326 OIC-DFI.
- 326.7 Le infezioni congenite HIV rientrano nel n. 490 OIC-DFI.
- 326.8
1/22 La sindrome emolitico-uremica tipica (SEU) è una malattia acquisita e non costituisce un'infermità congenita ai sensi dell'articolo 13 LAI.
- 326.9
1/22 La sindrome emolitico-uremica atipica (aSEU) è una malattia primaria o congenita ed è considerata infermità congenita se sono adempiute le condizioni seguenti (cumulativamente):
- inizio in età infantile;
 - nessuna malattia associata, in particolare nessuno indizio del coinvolgimento della tossina di Shiga (esame di coprocoltura e test della PCR per rilevamento della tossina di Shiga; sierologia per rilevamento di anticorpi antilipopolisaccaridi);
 - nessun indizio di porpora trombotica trombocitopenica;
 - esame del sistema del complemento (C3, C4, fattore H e fattore I plasmatici, espressione di MCP sui leucociti e anticorpi anti fattore H; screening genetico per identificare i fattori di rischio) comprovante le mutazioni dei geni in questione.

2.12 Sistema uro-genitale

341 Glomerulopatie e tubulopatie congenite

- 341.1 Sono considerate come tali tra l'altro le nefriti ereditarie (p. es. sindrome di Alport), la sindrome nefrotica congenita del tipo finlandese, la nefronoftisi, la sindrome nefrotica familiare quando riguarda parenti di primo grado (genitori, fratelli e sorelle), il diabete insipido nefrogeno, l'acidosi renale tubulare, i disturbi del trasporto renale del sodio-potassio-calcio-magnesio e dei fosfati nonché i disturbi del trasporto degli aminoacidi.
- 341.2 Le nefrosi lipoidee (sindrome nefrotica con modifica minima dei glomeruli, eccettuata la forma familiare summenzionata), le ematurie benigne (p. es. l'ematuria familiare benigna, l'ematuria isolata), le tubulopatie transitorie, le tubulopatie tossiche, le ipercalcemie asintomatiche medie senza formazione di calcoli (la sola ematuria non è sufficiente) *non costituiscono infermità congenite* secondo il n. 341 OIC-DFI.
- 341.3 Nel caso di microsomia renale il trattamento con l'ormone della crescita può essere preso a carico solo fino ad un eventuale trapianto dei reni (i bambini che hanno subito un trapianto reagiscono male o non reagiscono del tutto al trattamento con l'ormone della crescita).
- 341.4 Per il centro di dialisi gestito dal Kinderspital di Zurigo l'Al versa un contributo in base agli accordi conclusi tra l'UFAS e il Kinderspital, a condizione che sia stata emanata una decisione per ogni singolo caso. Il Kinderspital fattura i costi relativi ai casi interessati agli uffici Al secondo la convenzione conclusa con l'UFAS.

343 Tumori e cisti congeniti dei reni (escluse le cisti solitarie semplici), a condizione che sia necessaria un'operazione o una terapia medicamentosa

- 343.1
1/22 Le cisti solitarie semplici sono definite in base a reperto ecografico: sferiche, pareti sottili, anecogene, uniloculari e

con parenchima renale normale. Poiché non richiedono una terapia, non sono considerate infermità congenite ai sensi dell'Al.

- 343.2
1/22
- Diversa è la situazione nel caso delle cisti solitarie complesse che all'esame ecografico presentano segni di sospetta malignità (parti solide, ispessimenti delle pareti, setti, calcificazioni e rilevazione di un'accresciuta irrorazione sanguigna all'esame ecografico Doppler). Questo tipo di cisti solitarie richiede ulteriori accertamenti e, a seconda della diagnosi, una terapia specifica.
- 346**
- Reflusso vescico-ureterale (RVU) congenito a partire dal grado III o a condizione che sia necessario un trattamento mediante intervento (endoscopico o chirurgico)**
- 346.1
1/22
- Il reflusso vescico-ureterale fino al grado II non costituisce un'infermità congenita ai sensi dell'Al, a condizione che non sia necessario un trattamento mediante intervento (endoscopico o chirurgico).
- 352**
- Ipospadia, a condizione che sia necessaria un'operazione**
- 352.1
1/25
- L'ipospadia è la malformazione urologica congenita più comune nei ragazzi. Per questi pazienti è garantita un'assistenza medica conforme agli standard internazionali grazie al numero di medici specialisti e di centri di trattamento disponibili. Di conseguenza, non può essere invocata l'impossibilità di sottoporsi a cure adeguate in Svizzera (art. 23^{bis} cpv. 1 OAI). Non si può nemmeno affermare che vi siano vantaggi medici significativi di un trattamento all'estero per quanto concerne i motivi ritenuti validi secondo l'articolo 23^{bis} capoverso 3 OAI. L'esistenza di altri metodi chirurgici, di tecniche d'intervento che preservano il prepuzio o di tassi di complicazioni inferiori non sono motivi validi secondo la giurisprudenza (sentenza del TF 8C_782/2021 del 3 maggio 2022 consid. 5.3).

-
- 355 Criptorchismo bilaterale nonché agenesia e displasia testicolare, compresi testicoli intraddominali, a condizione che sia necessario un intervento o un trattamento ormonale**
- 355.1 L'AI non assume il trattamento ormonale effettuato prima dell'operazione.
- 355.2 Se durante l'operazione si accerta la presenza di un criptorchismo elevato, l'AI prende a carico eventuali iniezioni di ormoni follicolo-stimolanti.
- 358 Malformazioni congenite degli organi genitali femminili interni ed esterni, a condizione che la diagnosi sia stata confermata da un gruppo di diagnosi DSD e che siano necessarie un'operazione e/o una terapia ormonale**
- 358.1 1/22 DSD sta per «disorders/differences of sex development» e indica variazioni o disturbi dello sviluppo sessuale *biologico*.
- 358.2 1/22 Il termine «gruppo di diagnosi DSD» non è definito in modo vincolante a livello internazionale. Con esso l'AI intende però un gruppo di lavoro specializzato, interdisciplinare e interprofessionale di medici specialisti ed esperti in discipline quali endocrinologia pediatrica, urologia, ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza, chirurgia pediatrica, medicina dell'adolescenza, genetica nonché psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, che in qualità di unità specializzata fornisce accompagnamento e assistenza professionali dei bambini affetti da DSD.
- 359 Disordine congenito dello sviluppo delle gonadi (ovaie e testicoli), quali di-sgenesia gonadica, aplasia gonadica, ovotestis, a condizione che la diagnosi sia stata confermata da un gruppo di diagnosi DSD**
- 359.1 1/22 DSD sta per «disorders/differences of sex development» e indica variazioni o disturbi dello sviluppo sessuale *biologico*.

359.2 Per la definizione del termine «gruppo di lavoro DSD» si
1/22 veda il N. 358.2.

2.13 Sistema nervoso centrale, periferico e autonomo

381 Malformazioni del sistema nervoso:

- 1. sistema nervoso centrale, quali schizencefalia e lissencefalia, e suo rivestimento, quali encefalocele, mielomeningocele, idromelia, meningocele, diastematomielia e tethered cord,**
- 2. sistema nervoso periferico e autonomo, quali disautonomia familiare, analgesia congenita**

381.1 La spina bifida occulta e il poro sacrale non rientrano nel n. 381 OIC-DFI (v. n. 152 OIC-DFI). Non si tratta infatti di infermità congenite ai sensi dell'Al.

381.2 Le affezioni elencate fra parentesi non costituiscono un elenco esaustivo. Il numero marginale comporta sia malformazioni del sistema nervoso centrale (p. es. sindrome di Arnold Chiari) che del suo rivestimento.

381.3 Malformazioni del sistema nervoso (p. es. agenesia del corpo calloso o lissencefali) rientrano nel n. 381 OIC-DFI.

382 Ipoventilazione alveolare centrale congenita (CCHS, nota anche come sindrome di Ondine)

382.1 La sindrome di apnea e bradicardia nel neonato e la sindrome dell'evento apparentemente rischioso per la vita (ALTE) nel lattante non rientrano nel n. 382 OIC-DFI e non costituiscono un'infermità congenita ai sensi dell'Al.
1/22

383 Affezioni ereditarie degenerative del sistema nervoso, quali atassia di Friedreich, leucodistrofia, affezione progressiva della materia grigia, atrofia muscolare di origine spinale o neurale, sindrome di Rett

383 Rimborso del medicamento Spinraza® (Nusinersen): L'Al assume i costi del preparato Spinraza® (Nusinersen) per i

pazienti presintomatici e per quelli sintomatici affetti da atrofia muscolare spinale (SMA) di tipo I, II o III al prezzo (al pubblico) di 90 063.70 franchi per flacone (flacone perforabile 12mg/5ml; categoria di dispensazione A). La terapia prevede sei iniezioni nel primo anno e tre iniezioni annue a partire dal secondo anno.

Soprattutto i pazienti affetti da SMA di tipo I, i pazienti presintomatici e quelli con una nuova diagnosi di SMA di tipo II dovrebbero iniziare rapidamente il trattamento, ragion per cui gli uffici AI sono pregati di dare la priorità alle loro richieste.

Le seguenti condizioni (restrizioni) vanno prese in considerazione per il trattamento e devono essere comunicate ai medici specialisti curanti.

Condizioni generali

Spinraza® può essere prescritto e somministrato esclusivamente da un medico specialista in neurologia/neuropediatria in centri ospedalieri specializzati in malattie neuromuscolari della rete Myosuisse (v. p. es. <http://www.fsrm.ch/it/progetti/la-rete-myosuisse/>). Il personale medico curante deve imperativamente avere esperienza nella diagnosi e nella terapia di pazienti affetti da SMA e nell'esecuzione di somministrazioni intratecali mediante punture lombari.

Il medico curante è tenuto a inserire costantemente i dati richiesti nel Registro svizzero per le malattie neuromuscolari Swiss-Reg-NMD (<https://www.swiss-reg-nmd.ch/registro-svizzero-per-le-malattie-neuromuscolari/>).

Garanzia delle spese accordata dall'ufficio AI previa consultazione del Servizio medico regionale (SMR).

Per poter prolungare il trattamento, dopo 12 mesi il medico curante deve compilare un'apposita richiesta e inoltrarla all'ufficio AI.

Trattamento della SMA associata a un difetto del cromosoma 5q in pazienti pediatriche per i quali la diagnosi è stata effettuata prima del compimento del 20° anno di età (per i pazienti che hanno già compiuto 20 anni v. EFIC).

Delezione omozigote, mutazione omozigote o eterozigosi composta documentate (p. es. delezione dell'esone 7 del gene SMN1 [allele 1] e mutazione del gene SMN1 [allele 2] con almeno due copie del gene SMN2).

Pazienti presintomatici:

- copie del gene SMN2 \geq 2.

Pazienti affetti da SMA di tipo I (forma infantile):

- copie del gene SMN2 \geq 2;
- inizio dei sintomi e dei segni clinici \leq 6 mesi (180 giorni).

Pazienti affetti da SMA con inizio più tardivo della malattia (tipi II e III):

- copie del gene SMN2 \geq 2;
- inizio dei sintomi > 6 mesi.

Tutti i pazienti trattati con Spinraza® sono esaminati regolarmente presso il centro specializzato in questione dal medico specialista curante, che ne valuta i progressi in base ai parametri di valutazione e alla risposta al preparato. Il medico esegue valutazioni in base all'età e alle capacità motorie (p. es. CHOP-INTEND, HINE, HFMSE, RULM, 6MWT) e valuta la funzione polmonare.

Motivi di esclusione

- L'assunzione dei costi è esclusa in caso di:
SMA dei tipi 0 e IV nonché tutte le atrofie muscolari spinali o neurogene non riconducibili a delezione o mutazione genetica sul cromosoma 5q;
- pazienti per i quali la somministrazione intratecale mediante puntura lombare è resa impossibile da difficoltà tecniche o è rischiosa per la salute (p. es. condizioni dovute a una fusione vertebrale).
- Spinraza® non può essere somministrato:
prima, dopo o durante l'esecuzione di una terapia genetica specifica per le SMA; assieme a un altro trattamento medicamentoso della SMA che agisce sull'espressione della proteina SMN.

Motivi di interruzione

- Peggioramento complessivo delle funzioni motorie, confermato in almeno due rilevazioni consecutive, senza altra possibile spiegazione:
 - peggioramento di almeno 2 punti registrato nella categoria «scalciare in orizzontale» o 1 punto con l'esame HINE, esclusa la categoria «afferrare consapevolmente»;
 - peggioramento di oltre 4 punti registrato con l'esame Children's Hospital of Philadelphia Infant Test of Neuromuscular Disorders (CHOP-IINTEND);
 - peggioramento di oltre 3 punti registrato in base alla scala Revised Hammersmith Scale (HFMSE).
- Respirazione artificiale permanente (almeno 16 ore o più al giorno per 21 giorni consecutivi, in assenza di infezioni reversibili acute) o necessità di una tracheotomia permanente in concomitanza di un peggioramento delle funzioni motorie.
- Mancato rispetto del piano terapeutico.

Per qualsiasi domanda concernente le restrizioni ci si può rivolgere all'UFAS.

386 Idrocefalo congenito e idrocefalo postemorragico in seguito a sanguinamento o ischemia perinatale

386.1 Il termine «perinatale» si riferisce al periodo perinatale, che
1/22 inizia alla conclusione della 22^a settimana di gravidanza (154 giorni) e finisce a sette giorni trascorsi dopo la nascita.

386.2
1/22 Oltre all'idrocefalo congenito, è considerato infermità congenita ai sensi dell'AI anche l'idrocefalo postemorragico, a condizione che possa essere comprovata l'emorragia cerebrale o l'ischemia perinatale (secondo l'OMS, entro il compimento del settimo giorno di vita; nascita=primo giorno di vita) che l'ha causato.

387 Epilessia (primaria) congenita (escluse le forme per le quali una terapia anticonvulsiva non è necessaria, oppure è necessaria soltanto durante una crisi)

387.1
1/22 Le epilessie primarie e le epilessie idiopatiche sono equivalenti.

A) Definizione dell'epilessia congenita

387.2 Per principio l'epilessia ai sensi dell'OIC-DFI è una nozione clinica ed elettroencefalografica. Le forme per le quali una terapia non è necessaria o è necessaria solo durante una crisi non possono essere riconosciute come infermità congenite.

387.3 L'epilessia latente o bioelettrica (l'elettroencefalogramma presenta *spikes* e *waves* [punta-onda] o complessi corrispondenti) senza fenomeni concomitanti fisici e/o psichici non è una malattia che necessiti di trattamento e, di conseguenza, non costituisce un'infermità ai sensi dell'OIC-DFI. Se non può essere dimostrata inequivocabilmente la causa postnatale, l'epilessia può essere considerata congenita.

387.4 Vi rientrano:
le epilessie in senso proprio, caratterizzate da *crisi ripetitive* o da crisi più rare in seguito ad una efficace profilassi anticrisi. Nella fase d'accesso l'elettroencefalogramma può risultare normale;

387.5 le epilessie *senza crisi, ma con sintomi psicopatologici*, che possono essere collegati a inequivocabili manifestazioni epilettiche riscontrabili sull'elettroencefalogramma (numerosi e chiari complessi *spikes-waves*) durante manifestazioni psicopatologiche (fase d'accesso) e negli intervalli

(epilessia larvata o mascherata). Lo specialista deve decidere se esiste una correlazione provata o probabile tra le alterazioni dell'elettroencefalogramma e le manifestazioni psicopatologiche (N. 7).

- 387.6 Entrano in considerazione i sintomi psicopatologici seguenti (equivalenti): disturbi della parola e del linguaggio, difficoltà dell'apprendimento e della scrittura e disturbi del comportamento.

Siccome queste particolarità psichiche sono ambigue e possono avere anche altre cause, è indispensabile la conferma di alterazioni epilettiche manifeste dell'elettroencefalogramma nelle fasi d'accesso e durante gli intervalli (diversi complessi manifesti di *spikes-waves* che si staccano chiaramente dall'attività di base). Si può riconoscere un'epilessia solo se si possono escludere altre cause in base ad indicazioni proprie della psichiatria infantile.

- 387.7 Di regola un'epilessia sintomatica *acquisita* è provocata da gravi avvenimenti esogeni postnatali, che sono perciò facilmente dimostrabili.

- 387.8 Le *epilessie fotosensibili senza crisi spontanee* vanno considerate come infermità congenite ai sensi dell'OIC-DFI se i parossismi dell'elettroencefalogramma provocati da uno stimolo luminoso (lampo luminoso nel laboratorio per l'elettroencefalogramma, televisione ecc.) persistono nel tempo dopo la stimolazione e/o provocano addirittura una crisi epilettica.

B) Assunzione da parte dell'AI degli elettroencefalogrammi e degli ulteriori controlli; fine dei provvedimenti sanitari dell'AI

- 387.9 Un elettroencefalogramma (tracciato, se del caso, in stato di sonno o di privazione di sonno) dev'essere assunto dall'AI se esiste il *fondato* sospetto della presenza di un'epilessia con crisi o di sintomi psicopatologici che possono essere in relazione con un'epilessia larvata.

- 387.10 Se è stata dimostrata l'esistenza di un'epilessia clinica e l'AI ha riconosciuto l'infermità congenita secondo il n. 387 OIC-DFI, gli elettroencefalogrammi di controllo prescritti dal medico devono essere assunti. Trattandosi di assicurati non degenti in ospedale, il medico deve giustificare i controlli elettroencefalografici eseguiti con una certa frequenza. Nelle fasi stabili della malattia si giustifica la riduzione della frequenza dei controlli, mentre nelle fasi instabili i controlli saranno più frequenti per ragioni diagnostiche e terapeutiche. I neonati e i bambini piccoli richiedono controlli più frequenti dei bambini in età scolastica e degli adulti. Inoltre, all'inizio del trattamento antiepilettico, come pure in caso di effetti secondari indesiderabili o di alcune sindromi particolari di epilessia, i controlli sono necessariamente più numerosi.
- 387.11 Se, durante due anni e senza l'assunzione di medicinali antiepilettici, non si manifestano crisi o scompaiono le manifestazioni psicopatologiche ai sensi dei N. 387.3 e 387.4 e il tracciato dell'elettroencefalogramma non presenta più segni potenziali di un'epilessia, gli ulteriori provvedimenti sanitari e i controlli elettroencefalografici non sono più assunti dall'AI, salvo si sospetti una recidiva.
- 387.12 Per ciò che riguarda gli elettroencefalogrammi in stato di sonno o di privazione di sonno, sono applicabili per analogia i N. 387.8–387.10.

C) Epilessia in relazione con altre infermità congenite neuropsichiatriche

- 387.13 Se l'AI non ha riconosciuto il diritto a provvedimenti sanitari giusta il n. 404 OIC-DFI (mancanza di tutti i sintomi necessari o perché la diagnosi è stata stabilita o la cura è iniziata dopo la fine del nono anno di età) e lo stesso caso viene annunciato all'AI per un sospetto di epilessia congenita, si dovrà attribuire particolare rilievo alle condizioni citate nei N. 387.3 e 387.4.

387.14 La situazione è analoga se l'Al ha rifiutato provvedimenti sanitari per il n. 403 OIC-DFI e una nuova richiesta si basa su un sospetto di epilessia.

D) Procedimento nei casi dubbi o contestati

387.15 Se l'esistenza di un'epilessia congenita ai sensi dell'OIC-DFI non è sicura o è contestata, gli uffici Al possono ordinare una perizia, che deve essere effettuata da un medico specialista (nel campo dell'epileptologia). Si deve valutare nel singolo caso se dal punto di vista medico l'incarto fornisce sufficienti indicazioni oppure se è necessario un ulteriore accertamento. L'esperto si esprime sull'utilità di effettuare nuovi elettroencefalogrammi. Se l'assicurazione lo ritiene necessario, l'ufficio Al può ordinare o chiedere mediante decisione di eseguire questi nuovi esami.

387.16 L'ufficio Al può richiedere l'originale dell'elettroencefalogramma o metterlo a disposizione per una perizia.

E) Accertamenti neuropsicologici in caso di epilessia

387.17 L'esame neuropsicologico non rientra negli accertamenti standard in caso di epilessia. Deve essere ordinato da un neuropediatra, un pediatra o uno specialista in epileptologia e deve essere presentata una chiara formulazione della domanda. Al fine di determinare la terapia medicamentosa, l'Al di regola non può prendere a carico accertamenti neuropsicologici.

390 Paresi cerebrale infantile congenita (spastica, discinetica, atassica)

390.1
1/22 Le paresi cerebrali infantili congenite (spesso definite anche disturbi motori cerebrali o paralisi cerebrali) non costituiscono un quadro patologico uniforme, ma rappresentano un complesso di sintomi che accomuna un gruppo di encefalopatie statiche. Queste sono caratterizzate da:

- un disturbo ben definito sul piano neurologico;
- a seconda della forma, prevalentemente spasticità, discinesia o atassia;

- insorgenza prima della fine del periodo neonatale;
- assenza di una progressione del processo di base;
- frequenti disturbi *associati* aggiuntivi, quali disturbi dell'apprendimento, disabilità mentale, disturbi della vista, epilessia a seguito della stessa causa.

Vanno pertanto riconosciuti quali infermità congenite secondo il n. 390 OIC-DFI soltanto i disturbi congeniti del movimento spastici, atassici e/o discinetici. I disturbi associati aggiuntivi summenzionati *non sono una conseguenza della paresi cerebrale bensì di una causa sovraordinata comune* (encefalopatia), che a sua volta non corrisponde a un'infermità congenita ai sensi dell'Al. Pertanto questi disturbi associati non sono assicurati in virtù del n. 390 OIC-DFI (v. N. 10).

- 390.1.1 Un disturbo motorio spastico è diagnosticato in presenza di una iperreflessia, di una iperresistenza ai movimenti passivi (tono muscolare aumentato), di riflessi patologici (riflessi muscolari aumentati, segno di Babinski) e di schemi posturali e motori abnormi.
- 390.1.2 I disturbi atassici del movimento interessano parti della motricità fine e corporea. Il disturbo atassico della motricità fine si manifesta nei sintomi seguenti: tremore d'azione (tremore che accompagna i movimenti della mano) e dismetria (errore nell'ampiezza del movimento, per cui il paziente manca la presa). Quali disturbi associati si manifestano spesso sincinesie (apertura esagerata della mano nel lasciare la presa) e, nello stato neurologico, un'ipotonia, una disdiadococinesia e/o un fenomeno rebound positivo. Il disturbo atassico della motricità corporea si manifesta nell'atassia del tronco.
- 390.1.3 Le discinesie sono disturbi del movimento caratterizzati da movimenti involontari e da schemi posturali e motori abnormi. Fanno parte della categoria dei disturbi discinetici del movimento la corea e l'atetosi.
- 390.2 Dal punto di vista della medicina assicurativa, un'ipotonia muscolare isolata, senza ulteriori anomalie neurologiche,

non costituisce di per sé un'infermità congenita secondo il n. 390 OIC-DFI. Tuttavia, le ipotonie sono spesso sintomi precoci di disturbi motori cerebrali e possono pertanto giustificare il riconoscimento di un'infermità congenita secondo il n. 395 OIC-DFI, qualora non vi sia nessun'altra eziologia più probabile. Riguardo all'ipotonia muscolare fino al compimento del secondo anno di vita, si veda il N. 395.

390.3 L'ippoterapia costituisce un provvedimento sanitario riconosciuto per la cura delle paralisi cerebrali congenite menzionate al n. 390 OIC-DFI. L'AI può assumerne le spese (per i dettagli v. N. 1021).

390.4 Le spese per gli esami diagnostici sulle cause di disturbi cerebromotori (p. es. screening genetico) non sono a carico dell'AI.

390.5 Per i disturbi cerebromotori nell'età prescolastica per i quali non è possibile garantire una cura ambulatoriale efficace, sia per la notevole distanza dal più vicino istituto di cura, sia a causa dell'eccessiva sollecitazione provocata al bambino o per particolari condizioni familiari, si può riconoscere un trattamento ospedaliero intensivo in speciali centri di cura. Da tale trattamento deve però risultare un miglioramento importante e durevole (N. 1221 segg.).

Nei casi di buone probabilità di successo (possibilità di seguire l'istruzione scolastica a livello di una classe normale o differenziale, assenza di una grande invalidità o grande invalidità di grado esiguo) la durata di tali soggiorni deve essere di 180 giorni al massimo nel corso di due anni; in tutti gli altri casi la durata non deve superare i 90 giorni nel corso di due anni.

390.6 Il trattamento con Botulinumtoxin (Botox®) può essere preso a carico (v. N. 1208).

390.7 La terapia mediante il robot Lokomat® (ortesi per la riabilitazione motoria) può essere presa a carico nell'ambito di un trattamento fisioterapeutico intensivo. Nella decisione

vanno ordinate serie di venti sedute con una frequenza di almeno tre sedute alla settimana.

390.8
1/22 Il «nuoto fisioterapeutico» può essere preso a carico solo se la terapia è eseguita sotto il controllo di un fisioterapista riconosciuto.

395 Sintomi neuromotori quali chiari schemi motori patologici (schemi motori asimmetrici, variabilità limitata della motricità spontanea [stereotipie]) o altri sintomi documentati in aumento con il passare del tempo (schema posturale asimmetrico, opistotono, reazioni primitive persistenti e anomalie qualitative marcate del tono muscolare [ipotonia del tronco con tono elevato nella zona delle estremità]), se si manifestano nei primi due anni di vita, sono considerati quali possibili sintomi precoci di una paralisi cerebrale e necessitano di una terapia. Un ritardo dello sviluppo motorio e una plagiocefalia non sono considerati infermità congenita secondo il n. 395

395.1
1/22 I provvedimenti sanitari nel quadro del n. 395 OIC-DFI possono essere assunti al massimo fino al compimento del secondo anno di vita. Se a quel momento il quadro clinico è ancora tale da richiedere un trattamento, occorre valutare se i costi della terapia possano essere assunti in virtù di un'altra infermità congenita, per esempio il n. 390 OIC-DFI. Devono essere soddisfatti i criteri validi per il relativo numero.

395.2
1/22 L'ipotonia muscolare fino al compimento del secondo anno di vita può costituire un sintomo precoce di disturbi motori infantili e va pertanto presa in considerazione in base al n. 395 OIC-DFI, a condizione che non vi sia nessun'altra eziologia più probabile quale un disturbo del metabolismo o un disturbo cromosomico. Dal punto di vista della medicina assicurativa, un'ipotonia muscolare isolata che insorge dopo il compimento del secondo anno di vita non costituisce invece un'infermità congenita secondo il n. 390 OIC-DFI.

- 395.3
1/22 Un ritardo dello sviluppo (in particolare un ritardo dello sviluppo puramente motorio) non costituisce un'infermità congenita ai sensi dell'AI. Quest'ultima non può pertanto assumere un trattamento di fisioterapia volto a promuovere lo sviluppo o a curare un ritardo dello sviluppo.
- 395.4
1/22 Una plagiocefalia può avere cause diverse. Quella più comune è la cosiddetta plagiocefalia posizionale, di regola acquisita. Più raramente la plagiocefalia è causata dalla fusione prematura delle suture craniche (craniosinostosi), dal torcicollo o altro (p. es. cause di tipo neurologico). Il trattamento di una plagiocefalia (quali fisioterapia, ortesi e/o caschi) è a carico dell'AI solo se la stessa è dovuta a una conseguenza diretta di un'affezione riconosciuta come infermità congenita.

397 Paralisi e paresi congenite

- 397.1 Per i muscoli dell'occhio, si veda il N. 428.

2.14 Malattie mentali e gravi ritardi dello sviluppo

403 Gravi disturbi del comportamento in persone con una ridotta capacità intellettiva congenita, a condizione che sia necessaria una terapia. La ridotta capacità intellettiva non è di per sé un'infermità congenita ai sensi dell'AI

- 403.1
1/22 Ogni ridotta capacità intellettiva è ritenuta congenita quando l'anamnesi non rileva un'encefalomeningite o un traumatismo cranico cerebrale grave subito durante la prima infanzia (periodo determinante per lo sviluppo del cervello).
- 403.2
1/22 In assenza di gravi disturbi del comportamento in caso di ridotta capacità intellettiva congenita, *durante la durata di un trattamento dentario*, si agirà come se tali disturbi esistessero. In questi casi le prestazioni dell'AI si limitano all'assunzione delle spese dovute all'anestesia totale (v. N. 13).

- 403.3
1/22 Una ridotta capacità intellettiva congenita sussiste anche quando essa rappresenta unicamente un sintomo concomitante di un'infermità congenita per la quale un trattamento non può essere preso in considerazione e che, per questo motivo, non figura nell'elenco delle infermità congenite (quale, ad esempio, la sindrome di Smith-Magenis). Affinché tale infermità sia assunta in virtù del n. 403 OIC-DFI, anche in questi casi deve essere soddisfatta la condizione della presenza di gravi disturbi del comportamento.
- 403.4
1/22 Sono a carico dell'AI unicamente le cure mediche riconosciute come semplici e adeguate per il trattamento specifico ed esclusivo dei disturbi del comportamento. La classificazione sotto il n. 404 OIC-DFI non è ammissibile (v. N. 403.7).
- 403.5
1/22 Di regola, la psicoterapia non è considerata come una terapia semplice e adeguata in caso di ridotta capacità intellettiva.
- 403.6
1/22 Spesso questi assicurati presentano anche uno sviluppo motorio ritardato. Poiché un'eventuale terapia per questo disturbo dello sviluppo non è utile per il trattamento dei disturbi del comportamento, non può motivare il riconoscimento dell'obbligo di fornire prestazioni in virtù del n. 403 OIC-DFI.
- 403.7
1/22 Non è ammesso riconoscere al contempo il n. 403 e il n. 404 OIC-DFI, tanto più che il n. 404 OIC-DFI presuppone un'intelligenza normale. Il riconoscimento simultaneo di un'infermità congenita secondo il n. 403 e il n. 405 OIC-DFI è possibile solo in casi eccezionali e solo se comprovato in modo plausibile da un medico specialista (pedopsichiatra).
- 404** **Disturbi congeniti del comportamento nei bambini senza ridotta capacità intellettiva, con prova cumulativa di:**

1. **disturbi del comportamento, ossia una menomazione patologica dell'affettività o della capacità di socializzare,**
2. **disturbi della regolazione emozionale basale,**
3. **disturbi della comprensione (funzioni percettive),**
4. **disturbi della capacità di concentrazione,**
5. **disturbi della capacità di memorizzare.**

La diagnosi e l'inizio della cura devono avvenire prima del compimento del nono anno di età.

- 404.1 Non è ammesso riconoscere al contempo il n. 403 e il n. 404 OIC-DFI, tanto più che il n. 404 OIC-DFI presuppone un'intelligenza normale. Il riconoscimento simultaneo di un'infermità congenita secondo il n. 404 e il n. 405 OIC-DFI è possibile solo in casi eccezionali e solo se comprovato in modo plausibile da un medico specialista (pedopsichiatra).
- 404.2 Il disturbo deve essere diagnosticato, documentato e curato come tale entro la fine del nono anno di età. Disturbi acquisiti devono essere esclusi (sentenza del TF 9C_418/2016 del 4 novembre 2016; v. Allegato 4).
- 404.3 I disturbi cerebrali congeniti curati soltanto dopo il compimento del nono anno di età devono essere considerati come gli altri disturbi psichici infantili nel quadro dell'articolo 12 LAI (v. N. 645–647.1 segg.). Parimenti, l'infermità congenita non può essere riconosciuta se si fa unicamente valere il fatto che una cura sarebbe stata necessaria già prima del compimento del nono anno di età (VSI 1997 pag. 126 e VSI 2002 pag. 61; sentenza del TF_418/2016 del 4 novembre 2016; v. N. 404.2).
- 404.4 Il «limite del nono anno» è applicabile unicamente ai provvedimenti sanitari dell'AI di cui all'articolo 13 LAI, n. 404 OIC-DFI, non quindi alle altre possibili misure (p. es. provvedimenti professionali). A questo genere di prestazioni si applicano altri criteri.

- 404.5 Se al compimento dei nove anni solo alcuni dei sintomi menzionati nel titolo sono attestati dal punto di vista medico, le condizioni del N. 404 OIC-DFI non sono soddisfatte. In questi casi bisogna verificare accuratamente dal punto di vista medico che i criteri richiesti siano effettivamente rispettati conformemente alla «Guida medica al n. 404 OIC-DFI» (v. Allegato 4). L'ufficio AI decide se ricorrere eventualmente ad altri periti (esterni).
- 404.6 I primi accertamenti non devono essere ordinati o svolti dall'AI, poiché il presupposto di una cura adeguata è che sia già stata stabilita una diagnosi corretta. Le spese di cura possono essere prese a carico solo a partire dal momento in cui l'infermità congenita è stata riconosciuta, vale a dire dal momento in cui la diagnosi è stata formulata in modo plausibile conformemente all'Allegato 7. I costi dei provvedimenti sanitari necessari sono a carico dell'AMal fino al momento in cui non è emessa una diagnosi certa. Solo allora cessa l'obbligo dell'AMal di anticipare le prestazioni per il periodo in cui l'obbligo di fornire le prestazioni è oggetto di controversia. Poiché è solo allora che il caso diventa di competenza dell'AI, quest'ultima deve rimborsare le prestazioni anticipate solo a partire da quel momento (sentenza del TF 9C_16/2014 del 25 giugno 2014 consid. 3.3).
- 404.8 Se si tratta di bambini che non hanno ancora compiuto il nono anno di età, nei casi dubbi gli accertamenti medici devono essere verificati accuratamente dal punto di vista medico ed eventualmente completati con un esame speciale ordinato dall'ufficio AI. Al riguardo si veda anche la «Guida medica al n. 404 OIC-DFI» (Allegato 4).
- 404.9 Se l'AI rifiuta l'assunzione della cura, deve essere rimborsato soltanto il rapporto medico.
- 404.10 Un'infermità congenita neurocerebrale (p. es. un'epilessia) non esclude il riconoscimento simultaneo di un'infermità congenita a sé stante secondo il n. 404 OIC-DFI.

In casi più rari, però, disturbi cerebrali congeniti possono far parte della sindrome di un'infermità congenita neurocerebrale. Simili casi non devono essere classificati come infermità congenita a sé stante, sotto il n. 404 OIC-DFI, ma devono figurare, conformemente ai N. 11 e 1037, sotto il numero dell'infermità congenita all'origine di questi sintomi. Così, per esempio, un disturbo del comportamento nel quadro di un grave e profondo ritardo dello sviluppo non dev'essere esaminato nell'ambito del n. 403 OIC-DFI, ma in quello del n. 387 OIC-DFI. La cura dei postumi può così essere assunta – nei limiti temporali dell'articolo 13 LAI – anche quando l'infermità congenita che li provoca non necessita più di un trattamento.

- 404.11 1/22 Si deve verificare regolarmente se il trattamento ordinato ha buone probabilità di successo ed è efficace e adeguato. È possibile e ragionevole prolungarlo solo se un medico specialista ne comprova in modo plausibile il successo e l'utilità.
- 404.12 Un esame elettroencefalogramma necessita previamente del consenso dell'AI e può essere preso a carico solo in casi debitamente motivati.
- 405 Disturbi dello spettro dell'autismo, a condizione che la diagnosi sia confermata da un medico specialista in psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, un pediatra specializzato in neuropsichiatria o un pediatra specializzato in pediatria dello sviluppo**
- 405.1 1/22 Il riconoscimento simultaneo di un'infermità congenita secondo il n. 403 e secondo il n. 405 OIC-DFI è possibile solo in casi eccezionali e solo se comprovato in modo plausibile da un medico specialista (pedopsichiatra).
- 405.2 L'AI non assume i costi del metodo del «packing», poiché non si tratta di un metodo di trattamento scientificamente riconosciuto.
- 406 soppresso

2.15 Organi dei sensi

Occhio

- 411–
428.1 Se il riconoscimento dell'esistenza di un'infermità congenita dipende da una determinata diminuzione dell'acuità visiva, questa deve essere misurata dopo la correzione ottimale del vizio di rifrazione.
- 411–
428.2 Quando non è possibile misurare l'acuità visiva, si ammette che essa è pari o inferiore a 0,3 se l'occhio in questione non riesce a fissare centralmente (n. 416, 418, 419, 423, 425 e 427 OIC-DFI).
- 411–
428.3 Se, dopo la correzione del difetto di rifrazione, è accertata la diminuzione dell'acuità visiva richiesta per il riconoscimento dell'esistenza di un'infermità congenita, l'AI assume le spese degli occhiali a titolo di mezzi di trattamento, a condizione che servano per la cura dell'affezione assicurata in virtù del relativo numero. Le spese sono assunte solo fintanto che è comprovato l'obbligo di fornire provvedimenti sanitari (v. N. 16 seg., 425.2 e 425.3).
- 411–
428.4 L'offerta di «sovracchiali» o di clip solari sul mercato è relativamente ampia (p. es. [Sovracchiali - LUNETTA Schweiz](#)). La maggior parte dei modelli garantisce una protezione al 100 per cento dai raggi UV400 (vale a dire che il 100 % dei raggi UV, ossia dei raggi UVA e UVB, è filtrato) e reca il marchio CE. La loro protezione è quindi equivalente a quella degli occhiali da sole. Solo i «sovracchiali» o le clip solari possono essere assunti dall'AI (fatta eccezione per il n. 418 OIC-DFI).
Tuttavia, il rimborso dei costi per occhiali da sole correttivi può essere preso in considerazione se la forma degli occhiali correttivi normalmente non permette di applicare «sovracchiali» o clip solari. In tal caso, però, la richiesta di assunzione dei costi deve essere debitamente documentata.

413 Aplasia dei canali lacrimali

-
- 413.1 Una stenosi dei canali lacrimali che può essere raggiunta praticando irrigazioni e sondaggi non può essere riconosciuta come infermità congenita secondo il n. 413 OIC-DFI.
- 416 Opacità congenite della cornea con acuità visiva di 0,3 o meno (dopo correzione del vizio di rifrazione) o a condizione che sia necessaria un'operazione**
- 416.1 A condizione che sia indicata un'operazione, non è necessario che siano soddisfatti i criteri concernenti l'acuità visiva, perché un'operazione può essere indicata anche con un'acuità visiva di $< 0,5$, in particolare se l'intervento permette di aumentarla a $> 0,5$.
- 418 Anomalie congenite dell'uvea con acuità visiva di 0,3 o meno ad un occhio (dopo correzione del vizio di rifrazione) o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione) o a condizione che sia necessaria un'operazione**
- 418.1 Se in seguito a una coloboma dell'iride (breccia nell'iride) dovuta a una penetrazione importante di luce si devono portare occhiali da sole, questi possono essere presi a carico come apparecchi di cura (v. N. 411–428.4).
- 419 Opacità congenite del cristallino o del corpo vitreo e anomalie di posizione del cristallino con acuità visiva di 0,3 o meno ad un occhio (dopo correzione del vizio di rifrazione) o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione)**
- 419.1 Se dopo un'operazione della cataratta continuano a essere necessari controlli e occhiali, i relativi costi sono a carico dell'AI (v. N. 661/861.10 e 661/861.11).
- 420 Retinopatia del prematuro (ROP)**
- 420.1
1/22 Sono considerate retinopatia del prematuro (ROP, *retinopathy of prematurity*) ai sensi del n. 420 OIC-DFI le ROP a partire dallo stadio 1. Non è invece considerata ROP una retina immatura.

420.2 1/22 Il morbo di Coats non costituisce un'infermità congenita ai sensi dell'Al.

425 Anomalie congenite di rifrazione con acuità visiva di 0,3 o meno ad un occhio (dopo correzione del vizio di rifrazione) o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione)

425.1 L'insufficienza dell'acuità visiva causata da un'anomalia di rifrazione (p. es. forte miopia o astigmatismo) rientra nel n. 425 OIC-DFI.

425.2 Il trattamento deve essere assunto in linea di principio fino al compimento dell'11° anno di età. I casi che, fino a questo momento, non presentano un miglioramento oppure presentano un miglioramento di poca importanza, devono essere considerati come casi resistenti al trattamento. In questi casi, l'Al può prendere a carico occhiali e controlli oftalmici anche dopo il compimento dell'11° anno d'età, comunque al massimo fino al compimento dei 20 anni, a condizione che i criteri visuali per il riconoscimento di un'infermità congenita siano ancora adempiuti. Le prescrizioni summenzionate si applicano anche al n. 427 OIC-DFI.

425.3 Se si chiedono provvedimenti sanitari dopo il compimento dell'11° anno d'età e i criteri per il riconoscimento di un'infermità congenita non sono più adempiuti, tale proroga deve essere debitamente motivata.

425.4 Possono essere concesse lenti a contatto se

- esiste un'anisometropia di almeno 4 diottrie
- o
- le lenti a contatto permettono di migliorare l'acuità visiva di almeno due decimi in più rispetto agli occhiali.

L'Al può rimborsare al massimo, per anno e per occhio, il numero di lenti a contatto seguente:

1° e 2° anno di vita	fino a 12
3° anno di vita	fino a 6
4° a 11° anno di vita	fino a 4
12° anno di vita e più	fino a 2

-
- 427 Strabismo e microstrabismo unilaterale, se esiste un'ambliopia con acuità visiva di 0,3 o meno (dopo correzione del vizio di rifrazione)**
- 427.1 Lo strabismo concomitante unilaterale rientra in questa categoria se l'occhio strabico dopo correzione presenta un'acuità visiva ridotta di 0,3 o meno.
Se viene rilevata un'ambliopia congenita *unilaterale*, essa è considerata come un microstrabismo a meno che la debolezza dell'acuità visiva non sia dovuta a un'anomalia di rifrazione o a un altro motivo.
- Per quanto riguarda la durata dell'obbligo di prestazione, si vedano i N. 425.2 e 425.3.
- Eventuali operazioni dello strabismo possono essere assunte anche dopo il compimento dell'11° anno di età, ma al massimo fino al 20° anno di età, senza che al momento dell'operazione i criteri per riconoscere un'infermità congenita debbano essere ancora adempiuti.
- 427.2 Lo strabismo alternante e lo strabismo intermittente non sono infermità congenite ai sensi dell'OIC-DFI.
- 427.3 Se sussiste un'ambliopia *bilaterale* di 0,3 o meno si deve prendere in considerazione un'altra infermità congenita, per esempio secondo il n. 422 o il n. 423 OIC-DFI.
- 428 Paresi congenite dei muscoli dell'occhio e sindrome di Duane, a condizione che siano necessari prismi, operazioni o trattamento ortottico**
1/22
- 428.1 Lo strabismo paralitico congenito, da non confondere con uno strabismo concomitante ai sensi del n. 427 OIC-DFI, rientra in questo numero.
- 443 Rime congenite nella regione auricolare, fistole congenite dell'orecchio medio, anomalie congenite del timpano. Le appendici auricolari non sono di per sé infermità congenite ai sensi dell'Al.**
1/22

- 443.1 Le fistole preauricolari non costituiscono un'infermità congenita ai sensi dell'OIC-DFI, tranne se concernono l'orecchio medio.
- 444
1/22 Malformazioni congenite dell'orecchio medio con sordità parziale uni o bilaterale con una perdita dell'udito di almeno 30 dB all'audiogramma tonale in due delle seguenti frequenze: 500, 1000, 2000 e 4000 Hz**
- 444.1 La fissazione congenita della staffa o di altri ossicini dell'orecchio medio rientra nel n. 444 OIC-DFI, se i criteri audiometrici summenzionati sono soddisfatti.
- 444.2 Nel caso di lattanti e di bambini piccoli, di regola, sono necessari esami speciali di pedo-audiologia che dovranno essere prescritti da un medico specialista. Questi esami necessitano spesso di un breve soggiorno in una clinica specializzata.
- 444.3 Per quanto riguarda gli apparecchi acustici fissati per mezzo di un ancoraggio osseo si distingue la componente interna che costituisce un provvedimento sanitario e la componente esterna che conformemente all'articolo 21 LAI costituisce un mezzo ausiliario. Lo stesso vale per il sound-bridge (System Symphonix).
- 445 ~~soppresso~~ La sordità congenita rientra nel n. 446 OIC-DFI.

2.16 Metabolismo e ghiandole endocrine

- 451-
470
1/22 Le reti e centri di riferimento sono competenti per il trattamento e l'assistenza dei pazienti.
L'ASSM o il Kosek definisce i centri di riferimento quali centri di competenza per determinanti gruppi di malattie, specializzati non in più malattie ma in una sola.
La rete comprende tutti gli specialisti, le istituzioni e i servizi di sostegno importanti per un gruppo di malattie: centri di riferimento, altri ospedali e fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale (medici e paramedici) nonché organizzazioni dei pazienti.

Centri di competenza: <https://www.kosekschweiz.ch/it/assistenza-sanitaria/centralmalattie>.

- 451
1/22** **Disturbi congeniti del metabolismo degli idrati di carbonio, a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro di genetica medica o da una rete di riferimento per il metabolismo e che il trattamento sia diretto da quest'ultima**
- 451.1 In caso di *galactosemia*, i provvedimenti a carico dell'AI consistono in controlli medici, analisi di laboratorio e preparati dietetici (v. Allegato 1).
- 451.2
1/22 In base allo stato attuale delle conoscenze, all'origine del diabete congenito vi è un difetto genetico, diagnosticabile a partire dal sesto mese di vita.
- 452
1/22** **Disturbi congeniti del metabolismo degli aminoacidi e delle proteine, compresi ciclo dell'urea e acidosi organiche, a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro di genetica medica o da una rete di riferimento per il metabolismo e che il trattamento sia diretto da quest'ultima.**
- 452.1 Fenilacetoneuria: dieta povera di fenilalanina (v. Elenco dei prodotti dietetici, Allegato 1).
- 459
1/22** **Difetti congeniti della funzione pancreatica (insufficienza primaria del pancreas, come nel caso della sindrome di Shwachman)**
- 459.1 La fibrosi cistica (mucoviscidosi, in precedenza n. 459 OIC) rientra ora nel n. 480 OIC-DFI.
- 459.2 L'AI assume il trattamento medicamentoso delle insufficienze del pancreas (terapia sostitutiva) nonché i prodotti alimentari dietetici enumerati nell'Elenco dei prodotti dietetici (Allegato 1). Non assume tuttavia le ulteriori spese supplementari che derivano eventualmente da una dieta.
- 461
1/22** **Disturbi congeniti del metabolismo delle ossa, quali ipofosfatasia, rachitismo resistente alla vitamina D**

Per le malattie scheletriche si vedano anche i n. 121–127 OIC-DFI.

Per le malattie dello scheletro, vedere le cifre 121-127 GgV-EDI.

462 **Disturbi congeniti della funzione ipotalamo-ipofisaria**
1/22 **(microsomia ipofisaria, diabete insipido, relativi disturbi funzionali nel caso della sindrome di Prader-Willi e della sindrome di Kallmann)**

462.1 Il diabete insipido nefrogeno rientra nel n. 341 OIC-DFI.

462.2 La carenza dell'ormone della crescita deve essere comprovata lege artis e su un periodo relativamente lungo. Un trattamento con l'ormone della crescita può essere preso a carico solo se ne è stata comprovata una carenza (sentenza del TF 9C_403/2009 del 10 novembre 2009 consid. 5.1).
1/25

Per la valutazione dei livelli di picco di GH (Growth Hormone) nei test di stimolazione di GH per la diagnosi di carenza dell'ormone della crescita nei bambini, si applica quanto segue:

- Nel caso di disturbi congeniti (idiopatici) dell'ormone della crescita per i quali sono adempiuti i criteri auxologici e i test di provocazione mostrano valori borderline (tra 8 e 10 µg/L), è garantito un tentativo di trattamento per 18 mesi.
- Dopo questo periodo di tempo, il medico curante deve presentare un rapporto per dimostrare l'efficacia del trattamento con l'ormone della crescita; in particolare il recupero della crescita dev'essere comprovato dal significativo miglioramento della velocità di crescita (>P50) e della statura (mediante la misurazione dell'altezza [SDS] e la determinazione dell'età ossea). Se l'efficacia della terapia è così dimostrata, il trattamento con l'ormone della crescita può essere richiesto/proseguito per tutta la durata della crescita.

Per la sindrome di Prader-Willi (PWS) la carenza dell'ormone della crescita è considerata comprovata se la diagnosi è confermata geneticamente. La terapia è avviata e monitorata da un centro specializzato nel trattamento della PWS.

462.3
1/22 I neonati il cui peso corporeo e/o la lunghezza alla nascita si attestano al di sotto di -2 DS (deviazione standard; 2,33° percentile) sono definiti «piccoli per età gestazionale» (*small for gestational age*, SGA). Circa il 6 per cento dei bambini SGA presentano nei primi due anni di vita una crescita di recupero (di peso e/o lunghezza) insufficiente o nulla e di conseguenza in determinati casi viene sottoposto a trattamenti con ormoni della crescita in centri svizzeri di endocrinologia pediatrica. Tuttavia questi bambini **non** soffrono di carenze dell'ormone della crescita. Se non è comprovata una carenza dell'ormone della crescita, la terapia con ormoni della crescita non può essere assunta dall'Al.

465
1/25 **Disturbi congeniti funzionali e strutturali delle ghiandole surrenali (sindrome adrenogenitale), a condizione che la diagnosi sia stata confermata da un gruppo di diagnosi DSD**

465.1
1/25 In caso di sindrome adrenogenitale non classica, non è necessario coinvolgere un gruppo di diagnosi DSD nella formulazione della diagnosi. In questa situazione è sufficiente la conferma della diagnosi da parte di un medico specialista in medicina dell'infanzia e dell'adolescenza con specializzazione in endocrinologia pediatrica o di un medico specialista in endocrinologia.

466
1/22 **Disturbi congeniti della funzione delle gonadi (disturbo della sintesi di androgeni ed estrogeni, resistenza del recettore degli androgeni e di quello degli estrogeni), a condizione che la diagnosi sia stata confermata da un gruppo di diagnosi DSD**

466.1 Il trattamento dei disturbi della funzione delle gonadi e della crescita nel caso della sindrome di Turner rientrano nel n. 488 OIC-DFI.

-
- 466.2
1/22 Per la definizione del termine «gruppo di lavoro DSD» si veda il N. 358.2.
- 467 Difetti molecolari congeniti che causano malattie multisistemiche complesse, a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro di genetica medica o da una rete di riferimento per il metabolismo e che il trattamento sia seguito da quest'ultima**
- 467.1
1/22 I difetti congeniti enzimatici del metabolismo intermedio rientrano nei n. 451–457 OIC-DFI.
- 467.2
1/22 Il presente numero contempla ora le malattie multisistemiche complesse. Si tratta di malattie (molto) rare, indicate dalla relativa mutazione genetica, per esempio difetti dei neurotrasmettitori, quali il deficit della transaminasi dell'acido gamma-aminobutirrico (GABA) o il deficit di gliceraldeide-3-fosfato deidrogenasi.
- 469 Tumori congeniti della corteccia surrenale**
- 469.1
1/22 Rientrano in questo numero anche i tumori ai tessuti ectopici della corteccia surrenale.
- 480 Fibrosi cistica (mucoviscidosi), a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro specializzato per la fibrosi cistica**
- 480.1
1/22 L'AI assume il trattamento medicamentoso (terapia sostitutiva) dell'insufficienza delle funzioni endocrine ed esocrine del pancreas conseguente a una fibrosi cistica nonché i prodotti alimentari dietetici enumerati nell'Allegato 1. Non assume tuttavia le ulteriori spese supplementari che derivano eventualmente da una dieta.
- 480.2
1/22 Il trattamento di polipi nasali è a carico dell'AI, a condizione che questi siano in relazione con il n. 480 OIC-DFI.
- 480.3
1/22 La diagnosi deve essere formulata in un centro accreditato per la fibrosi cistica. L'elenco dei centri specializzati per la

fibrosi cistica è disponibile (in tedesco e francese) all'indirizzo seguente: <http://www.sgpp-sspp.ch/de/cf-betreuung-schweiz.html>.

- 480.4
1/22 L'assicurazione invalidità prende a carico apparecchi di cura prescritti da un medico, a condizione che siano semplici e adeguati. Sono esclusi attrezzi sportivi come il trampolino. L'impiego di un secondo apparecchio (p. es. per un appartamento di vacanza) di regola non è considerato un provvedimento semplice e adeguato.
- 480.5
1/22 Il «nuoto fisioterapeutico» può essere preso a carico solo se la terapia è eseguita sotto il controllo di un fisioterapista riconosciuto.
- 480.6
1/22 Conformemente agli accordi conclusi tra l'UFAS e la Società svizzera per la fibrosi cistica, l'Al contribuisce alle spese dei campi di vacanze organizzati dalla Società per i bambini affetti da mucoviscidosi, a condizione che sia stata emanata una decisione per gli assicurati in questione.

2.17 Malformazioni che interessano diversi sistemi di organi

- 485
1/22 Distrofie congenite del tessuto connettivo, come nel caso della sindrome di Marfan, della sindrome di Ehlers-Danlos, della sindrome di Loeys-Dietz, della *cutis laxa* congenita, dello pseudoxantoma elastico**
- 485.1
1/22 Nel caso delle malattie summenzionate sono assicurate soltanto le manifestazioni connesse alle distrofie del tessuto connettivo.
- 485.2 La sindrome di Marfan è spesso associata a una lussazione o una sublussazione del cristallino. I mezzi ausiliari ottici consegnati a causa di una lussazione del cristallino vanno a carico dell'Al. Per gli assicurati fino al compimento del 20° anno di età l'Al prende a carico anche l'estrazione del cristallino (ev. combinata con l'impianto di un cristallino artificiale).

485.3 Un rilassamento connettivale non rappresenta alcuna infermità congenita e non può essere menzionato sotto questo numero.

489 Trisomia 21 (sindrome di Down)

489.1
7/16 La trisomia 21 (sindrome di Down) è stata inserita con effetto dal 1° marzo 2016 nell'elenco delle infermità congenite allegato dell'OIC. L'AI assume quindi ora i trattamenti medici necessari per la cura di affezioni associate al disturbo primario della trisomia 21. Va fatto notare che la trisomia 21 costituisce un'eccezione (dettata dalla volontà politica) poiché, come indicato dalla giurisprudenza, le affezioni che non possono essere influenzate in quanto tali da un trattamento scientificamente riconosciuto non rappresentano un'infermità congenita (DTF 114 V 22 consid. 2c).

489.2 Le affezioni associate alla trisomia 21 (p. es. malformazioni congenite del cuore e dei vasi, n. 313 OIC) non sono più identificate da codici distinti, ma vengono raggruppate tutte nel n. 489 OIC-DFI.

489.3 In caso di trisomia 21 l'ergoterapia è rimborsata dall'AI, a condizione che la necessità clinica sia comprovata in modo chiaro ai sensi del N. 1014.3.

489.4
1/22 In caso di trisomia 21 la fisioterapia è rimborsata dall'AI, a condizione che la necessità clinica sia comprovata in modo chiaro ai sensi del N. 1035.2.

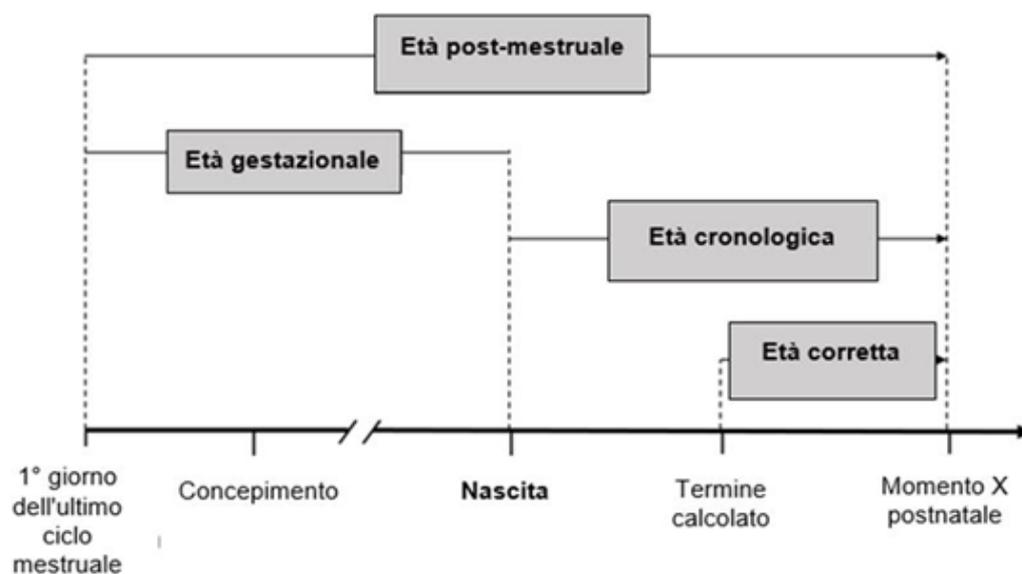
489.5
1/22 In caso di trisomia 21 l'ippoterapia è rimborsata dall'AI, a condizione che la necessità clinica sia comprovata in modo chiaro ai sensi del N. 1021. Per contro, l'AI non assume i costi delle diverse forme di equitazione terapeutica (v. N. 1021.8).

2.18 Altre infermità

**490
1/22 Postumi di malattie infettive congenite, quali HIV, lue congenita, toxoplasmosi, citomegalia, epatite virale congenita, comprese relative embriopatie e fetopatie**

-
- 490.1
1/22 Nel n. 490 OIC-DFI rientrano i postumi manifesti diretti di malattie infettive congenite comprovate, quali per esempio i disturbi dell'udito o le malformazioni cardiache nel quadro di un'infezione congenita da rosolia.
- 490.2
1/22 Il trattamento di infezioni congenite comprovate e di infezioni neonatali (p. es. sepsi neonatale) non è assicurato in virtù del n. 490 OIC-DFI, poiché si tratta di cure acute limitate nel tempo, che non soddisfano dunque i criteri dell'articolo 13 LAI.
- 490.3
1/22 Provvedimenti particolari alla nascita nonché una profilassi medicamentosa con principi attivi antivirali nelle prime settimane di vita non sono considerati quali trattamento di un'infezione da HIV, fintanto che quest'ultima non è stata inequivocabilmente accertata.
- 490.4
1/22 Si può riconoscere un'infezione da HIV se, eseguiti due esami consecutivi del genoma virale per PCR (polymerase chain reaction) e antigene p24, almeno 3 dei 4 test sono risultati positivi (p. es. PCR una volta positivo, antigene p24 due volte positivo).
- 490.5 Gli anticorpi materni contro l'HIV possono essere presenti fino al 15° mese di vita. Un esame per determinare gli anticorpi è affidabile al più presto a partire da questo momento.
- 490.6 Se si è chiaramente in presenza di un'infezione da HIV, si può riconoscere un'infermità congenita anche quando la malattia è ancora asintomatica (v. N. 16).
- 494
1/22 Neonati che al momento della nascita hanno un'età gestazionale inferiore alle 28 0/7 settimane di gravidanza, fino alla prima dimissione dall'ospedale**
- 494.1
1/22 Per la valutazione dell'obbligo di prestazione in base al n. 494 OIC-DFI è determinante l'età gestazionale. L'«età gestazionale» è definita come il periodo che intercorre tra il primo giorno dell'ultimo ciclo mestruale normale e il giorno

del parto. L'età gestazionale al momento della nascita indica dunque, in parole povere, la durata della gravidanza e fornisce informazioni sul grado di sviluppo del bambino alla nascita. In neonatologia, oltre all'età cronologica (età a partire dalla nascita), dopo la nascita si prosegue con il conteggio delle settimane di gravidanza in base all'età gestazionale quale indicatore dei progressi nello sviluppo (età post-mestruale). Nel caso dei neonati, alcune definizioni di malattia e decisioni di terapia fanno riferimento all'età post-mestruale, altre a quella cronologica.



Rappresentazione grafica delle definizioni di età (modificato in base a Committee on Fetus and Newborn, «American Academy of Pediatrics Policy Statement», in Pediatrics 2004)

L'indicazione dell'età gestazionale è espressa in settimane e giorni; questi ultimi sono attualmente indicati in neonatologia per lo più sotto forma di frazione. Esempio Se un bambino nasce a 24 settimane $\frac{2}{7}$, significa che l'età gestazionale è di 24 settimane e 2 giorni. Esso è dunque nato nella 25 settimana di gravidanza.

494.2
1/22 Dopo la nascita, i prematuri al di sotto delle 28 settimane di gravidanza vengono accuditi in centri di neonatologia altamente specializzati. Se il parto non avviene in un ospedale

centrale il trasferimento è effettuato dopo la nascita. A seconda dei problemi medici del neonato e dell'organizzazione interna dell'ospedale, il trasferimento può avvenire tra diverse cliniche o reparti dello stesso centro ospedaliero. Alla fine segue la dimissione dall'ospedale. Tuttavia, per ragioni di spazio o per motivi familiari, alcuni bambini devono essere trasferiti dall'ospedale centrale in un ospedale periferico (trasferimento di prossimità) anche dopo la fase di stabilizzazione, tenuto conto delle necessità mediche ancora presenti, e in questa struttura prosegue l'assistenza fino alla dimissione e al rientro a casa. Questo ricovero rientra ancora parte nella prima ospedalizzazione cui si fa riferimento nel n. 494 OIC-DFI, a condizione che non riguardi il trattamento di una nuova malattia non legata a un'infermità congenita ai sensi dell'AI.

- 494.3
1/22 L'obbligo di prestazione dell'AI secondo il n. 494 OIC-DFI termina il giorno della prima dimissione dall'ospedale. Terapie ambulatoriali, controlli successivi o ulteriori trattamenti sono a carico dell'AI soltanto a condizione che non siano connesse al n. 494 OIC-DFI, ma vengano eseguite nel quadro di un'altra infermità congenita ai sensi dell'AI.
- 494.4
1/22 Le visite di controllo preventive nel contesto delle nascite premature non sono a carico dell'AI.
- 494.5
1/22 Se per i bambini che nel periodo neonatale hanno beneficiato di prestazioni in virtù del n. 494 OIC-DFI vengono richieste in un secondo momento prestazioni per affezioni la cui causa è riconducibile alla nascita prematura, il trattamento non può essere assunto secondo il n. 494 OIC-DFI, dato che l'obbligo di prestazione dell'AI secondo questo numero termina con la prima dimissione dall'ospedale e che la nascita prematura non costituisce di per sé un'infermità congenita ai sensi dell'AI. L'AI può assumere il trattamento della nuova malattia diagnosticata solo se l'affezione in questione corrisponde a un'infermità congenita ai sensi dell'AI diversa da quella secondo il n. 494 OIC-DFI (p. es. la paresi cerebrale infantile congenita del n. 390 OIC-DFI o la displasia broncopolmonare del n. 247 OIC-DFI). Se invece vengono diagnosticate nuove affezioni

classificate quali conseguenza della nascita prematura, ma non presenti nell'elenco delle infermità congenite, l'AI non è tenuta a fornire prestazioni per il loro trattamento.

494.6
1/25 L'alimentazione dei prematuri deve avvenire per quanto possibile tramite il latte materno. Le spese per il noleggio o l'acquisto di una pompa tiralatte possono quindi essere assunte conformemente alle prescrizioni dell'EMAp (v. N. 1027).. Le spese possono essere assunte in virtù del n. 494 OIC-DFI al massimo fino alla prima dimissione dall'ospedale. Per la consulenza per l'allattamento si veda il N. 1041.

2ª parte

Provvedimenti sanitari d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI

1. Capitolo

Condizioni per la concessione

30
1/22 **1.1 Principio**

Fino al compimento dei 20 anni gli assicurati hanno diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione destinati non alla cura dell'affezione in quanto tale ma direttamente all'integrazione nella scuola (regolare, speciale o privata), nella formazione professionale iniziale o nella vita professionale (mercato del lavoro primario e secondario) o a favorire lo svolgimento delle mansioni consuete (art. 12 cpv. 1 LAI; art. 2^{ter} OAI; v. anche N. 34).

I provvedimenti sanitari d'integrazione devono essere atti a migliorare in modo duraturo e sostanziale la capacità di frequentare la scuola o seguire una formazione oppure la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete, o a evitare una diminuzione notevole di tale capacità. Il diritto sussiste solo se il medico specialista curante emette una prognosi favorevole tenendo conto della gravità dell'infermità dell'assicurato (art. 12 cpv. 3 LAI).

Una prognosi è favorevole ai sensi della giurisprudenza (v. sentenza del TF I 302/05 del 31 ottobre 2005 consid. 3.2) se, secondo il parere del medico specialista, con il proseguimento del trattamento ci si può aspettare con sufficiente affidabilità di impedire totalmente o in misura sostanziale che un possibile postumo influisca negativamente sullo svolgimento di una formazione professionale e sulla capacità al guadagno.

La prognosi deve comprendere due constatazioni: innanzitutto deve dimostrare che senza il trattamento preventivo insorgerebbe a breve un danno alla salute permanente; al contempo è necessario poter assicurare uno stato di salute stabile, il quale offra condizioni notevolmente migliori per la futura formazione e capacità al guadagno. Ne deriva che un provvedimento terapeutico il cui effetto si limita alla sola soppressione dei sintomi non può essere considerato un provvedimento sanitario ai sensi dell'articolo 12 LAI, anche se è indispensabile per l'integrazione scolastica e professionale. Infatti esso non incide sul perdurare di un decorso patologico labile e di conseguenza non serve a impedire la stabilizzazione di un quadro patologico. Per tale ragione non è nemmeno sufficiente che abbia un influsso positivo sulla dinamica della malattia, se è prevedibile una guarigione spontanea non riconducibile al provvedimento terapeutico (v. VSI 2003 pag. 107 consid. 4a) o se si tratta semplicemente di rimandare l'insorgere di un postumo stabile con l'aiuto di una terapia a lungo termine.

- 31 L'articolo 12 LAI è una norma che stabilisce una delimitazione legale tra le competenze delle assicurazioni sociali malattie e infortuni. Il criterio di distinzione è dunque in primo luogo d'ordine giuridico e non di natura medica.

1.2 Proseguimento dei provvedimenti sanitari d'integrazione fino al compimento dei 25 anni (art. 12 cpv. 2 LAI)

- 31.1 Gli assicurati che al momento del compimento dei 20 anni
1/22 partecipano a provvedimenti professionali hanno diritto a

provvedimenti sanitari d'integrazione destinati direttamente all'integrazione nella vita professionale sino alla fine dei provvedimenti professionali in questione, ma al massimo fino al compimento dei 25 anni (art. 12 cpv. 2 LAI).

- 31.2
1/22
- Il rimborso dei provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 capoverso 2 LAI può proseguire oltre il compimento dei 20 anni. Il presupposto indispensabile è che al momento del compimento dei 20 anni l'assicurato partecipi a provvedimenti professionali secondo gli articoli 15–18c LAI, che questi provvedimenti non siano ancora conclusi e che i provvedimenti sanitari siano necessari per il successo dell'integrazione.

Secondo l'articolo 2^{bis} OAI, i provvedimenti professionali secondo gli articoli 15–18c LAI sono considerati non ancora conclusi se prima della conclusione del provvedimento è già stato assegnato un ulteriore provvedimento professionale secondo gli articoli 15–18c LAI (art. 2^{bis} cpv. 1 lett. a OAI).

- 31.3
1/22
- Il proseguimento del rimborso dei provvedimenti sanitari d'integrazione è possibile, in determinati casi, anche se non è stato ancora concesso il provvedimento d'integrazione professionale successivo, per esempio in caso di interruzione di un provvedimento d'integrazione professionale. Per poter rimborsare i provvedimenti sanitari d'integrazione l'ufficio AI deve prevedere l'assegnazione di un ulteriore provvedimento professionale e il potenziale d'integrazione dell'assicurato in questione non deve essere ancora esaurito (art. 2^{bis} cpv. 1 lett. b OAI). Inoltre, il provvedimento sanitario deve essere necessario per il successo dell'integrazione e il lasso di tempo che intercorre tra i due provvedimenti professionali non può superare i sei mesi (art. 2^{bis} cpv. 2 OAI; v. CGC).

- 31.4
1/22
- Se nessun provvedimento professionale è assegnato entro sei mesi dalla conclusione o dall'interruzione dell'ultimo provvedimento professionale, le spese per i provvedimenti sanitari d'integrazione sono assunte per al massimo sei mesi dopo la conclusione o l'interruzione dell'ultimo

provvedimento professionale. Se al momento della conclusione o dell'interruzione dell'ultimo provvedimento professionale appare chiaro che non seguirà nessun ulteriore provvedimento professionale, per esempio perché l'assicurato non è interessato a proseguire l'integrazione, l'assunzione delle spese per i provvedimenti sanitari d'integrazione termina alla fine del mese seguente l'interruzione.

1.3 Condizioni di diritto

32 Un provvedimento sanitario d'integrazione deve essere
1/22 richiesto al competente ufficio AI *prima dell'inizio della cura* (art. 2 cpv. 3 OAI). È fatto salvo l'articolo 48 LAI.

Un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI non è mai destinato alla cura dell'affezione in quanto tale bensì, dopo il raggiungimento di uno stato di salute stabilizzato, direttamente al miglioramento dell'idoneità all'integrazione e viene attuato solo una volta conclusa la cura dell'affezione, se lo stato di salute non può migliorare sostanzialmente mediante provvedimenti sanitari (art. 2 cpv. 1 OAI).

L'AI rimborsa i provvedimenti di cui all'articolo 12 LAI soltanto se il competente ufficio AI riceve la prognosi d'integrazione favorevole del medico specialista curante prima dell'inizio del provvedimento sanitario d'integrazione in questione. In caso di disaccordo circa l'assunzione delle spese, continua a vigere l'obbligo dell'AMAI di anticipare le prestazioni secondo l'articolo 70 capoverso 2 lettera a LPGA (art. 2 cpv. 3 OAI).

Nell'applicazione dell'articolo 12 LAI vanno inoltre osservati (cumulativamente) i criteri seguenti:

l'assicurato deve essere invalido o rischiare di diventarlo (v. art. 8 LAI);

non devono esistere lesioni secondarie importanti che pregiudicano o pregiudicheranno l'attività lucrativa (VSI 2000

pag. 303; v. sentenza del TF 9C_695/2009 del 1° dicembre 2009 consid. 2.1).

1.3.1 Efficacia, appropriatezza ed economicità dei provvedimenti

- 33.1
1/22 Per principio, i provvedimenti devono soddisfare i criteri EAE (art. 14 cpv. 2 LAI).
- 33.2
1/22 Vi è la possibilità procedere all'assunzione delle spese dei provvedimenti sanitari d'integrazione anche se uno di questi tre criteri non è (ancora) soddisfatto e se, nell'ottica dell'integrazione, l'AI li prende a carico in misura più ampia o a condizioni diverse rispetto all'AOMS. Pertanto l'assunzione delle spese è per esempio possibile anche se l'efficacia non è ancora pienamente comprovata e sono necessarie ulteriori prove empiriche. Cumulativamente deve sussistere una probabilità d'integrazione particolarmente elevata e i possibili risparmi derivanti dall'integrazione devono superare l'onere supplementare generato dalla cura. In questi casi l'economicità si misura non soltanto nell'ottica dei miglioramenti fisici o psichici sotto il profilo medico, ma anche in base ai risparmi attesi con l'integrazione (art. 2 cpv. 2 OAI).
- 33.3
1/22 Se i provvedimenti sanitari d'integrazione previsti non soddisfano i criteri EAE, il terapeuta deve comunicarlo preventivamente all'ufficio AI, il quale verifica se le condizioni secondo l'articolo 2 capoverso 2 OAI sono soddisfatte. Nel caso di provvedimenti terapeutici straordinari, prima di assegnarli l'ufficio AI può consultare l'UFAS.

1.3.2 Capacità di frequentare la scuola, formazione iniziale, capacità al guadagno nell'articolo 12 LAI

- 34
1/22 Con il termine «capacità di frequentare la scuola» si intendono sia la scuola regolare che quella speciale o privata; nella «formazione professionale iniziale» rientrano anche formazioni non finanziate dall'AI e il concetto di «capacità

al guadagno» include anche il mercato del lavoro secondario, come ad esempio posti di lavoro protetti (art. 2^{ter} OAI).

1.3.3 Natura, durata ed entità delle prestazioni

- 35.1
1/22 Le prestazioni concesse non possono essere rimborsate a tempo indeterminato. La natura (p. es. tipo di intervento), la durata (orizzonte temporale) e l'entità (intensità/frequenza, numero e durata delle sedute) nonché il fornitore di una prestazione vengono stabiliti nella decisione di assegnazione (art. 2 cpv. 4 OAI).
- 35.2
1/22 Bisogna verificare regolarmente se i provvedimenti in questione contribuiscano al raggiungimento dell'obiettivo terapeutico e rafforzino effettivamente l'idoneità all'integrazione. La frequenza di questa verifica dipende dal tipo di danno alla salute e dalla cura, ma dovrà essere almeno biennale (art. 2 cpv. 4 OAI e N. 1035 CGC). Se possibile, i provvedimenti vanno coordinati con i medici curanti.
- 35.3
1/22 Il rapporto costi/risultato deve essere ragionevole e sostenibile. Il semplice risultato dell'integrazione non rappresenta un criterio di delimitazione ai sensi dell'articolo 12 LAI.

1.4 Correzione di disturbi funzionali o di postumi stabilizzati

1.4.1 In generale

- 38 I provvedimenti sanitari d'integrazione dell'AI non sono diretti alla cura dell'affezione in quanto tale, ma mirano all'integrazione professionale grazie alla correzione di disturbi funzionali o di danni. Essi hanno come scopo di sopprimere o di attenuare la diminuzione della motilità del corpo, in particolare dell'apparato locomotore, delle facoltà sensoriali o della capacità di stabilire contatti e di influenzare così la capacità al guadagno o la capacità di seguire una formazione professionale o di svolgere le mansioni consuete in modo duraturo e sostanziale.

-
- 39 L'assunzione di provvedimenti sanitari secondo l'articolo 12 LAI presuppone dunque che la cura della malattia o dell'infortunio sia terminata e che sussistano postumi stabili (RCC 1988 pag. 96; v. VSI 1999 pag. 127).
- 40.1 La cura causale o sintomatica di ferite, infezioni, malattie interne o parassitarie come pure i provvedimenti che servono al mantenimento della vita o della salute e quelli che sono in stretta relazione temporale e materiale con la cura dei postumi primari di un infortunio o di una malattia non sono provvedimenti sanitari d'integrazione, ma provvedimenti che tendono alla cura vera e propria del male.
- 40.2 Anche le misure profilattiche volte ad impedire l'insorgere di un postumo stabilizzato fanno parte della cura vera e propria del male. La LAI – salvo nel contesto dell'articolo 3 LPGA, dell'articolo 13 LAI e del N. 54 – non conosce una profilassi sanitaria sistematica dell'invalidità (RCC 1983 pag. 429; v. DTF 102 V 38 consid. 2).
- 41 La causa dell'affezione è irrilevante. Perciò, i provvedimenti destinati ad agire su uno stato patologico labile appartengono alla cura vera e propria del male, anche se il male in questione risale a uno stato di fatto che ha dato precedentemente diritto a provvedimenti sanitari secondo gli articoli 3 LPGA e 13 o 12 LAI (RCC 1971 pag. 257).

1.4.2 Relazione materiale con la cura della malattia o dell'infortunio

- 42 Se esiste una stretta relazione materiale con la cura di una malattia o di un infortunio si può parlare di una cura vera e propria del male.
- 43 La relazione materiale deve essere valutata secondo criteri medici; il momento determinante è quello in cui i postumi sono comparsi e non il momento della diagnosi o dello svolgimento dei provvedimenti.

- 44 Nei seguenti casi, per esempio, si tratta di una cura vera e propria del male:
- provvedimenti la cui necessità poteva essere riconosciuta già durante la cura della malattia o dell’infortunio. Questo aspetto deve essere considerato per esempio nel quadro della valutazione dell’assunzione delle spese per un trattamento di fisioterapia. Per le paralisi si vedano i N. 60 segg.;
 - la psicoterapia, di regola;
 - la cura di un singolo sintomo stabilizzato di una malattia di base ancora attiva e dunque in uno stato labile;
 - la fisioterapia in caso di paralisi, fintantoché devono essere effettuate la respirazione artificiale oppure cure internistiche di trombosi o embolie polmonari. Per la fisioterapia di durata indeterminata si veda il N. 65.1;
 - l’amputazione, se volta a eliminare un focolaio infettivo, una cancrena o un tumore. Tuttavia, se si deve praticare un’amputazione dopo la guarigione dell’affezione primaria perché un membro ha perso la sua funzione, si è in presenza di un provvedimento d’integrazione nella misura in cui l’intervento venga effettuato principalmente allo scopo di permettere l’esercizio di un’attività professionale o lo svolgimento delle mansioni consuete;
 - la sutura secondaria di un nervo dopo la sua recisione accidentale con la relativa fisioterapia.
- 50 Se più provvedimenti sanitari sono svolti contemporaneamente, è necessario determinare quale di essi è preponderante (v. N. 44 e 76; RCC 1976 pag. 416).
- 51 L’assunzione di provvedimenti sanitari secondo l’articolo 12 LAI presuppone una situazione in cui la cura dell’affezione sia conclusa e lo stato di salute non possa più migliorare sostanzialmente mediante provvedimenti sanitari, che devono quindi servire principalmente a migliorare l’idoneità all’integrazione. L’obiettivo primario dei provvedimenti sanitari d’integrazione deve essere di migliorare l’idoneità all’integrazione, il che però non esclude totalmente che in misura secondaria possano contribuire al miglioramento dello stato di salute.

- 52 Se durante un periodo di cure stazionarie, destinato prevalentemente all'esecuzione di provvedimenti d'integrazione, si rendono necessari trattamenti per la cura dell'affezione che non possono essere rimandati a più tardi, l'Al ne assume le spese.
- 53 In caso di diversi provvedimenti *consecutivi* destinati per esempio alla cura di più affezioni, il necessario nesso giuridico non esiste nemmeno se la cura precedente è indispensabile per un provvedimento d'integrazione successivo.

1.4.3 Provvedimenti d'integrazione profilattici

- 54 L'Al può assumere eccezionalmente provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI anche se la situazione non è ancora stabilizzata, segnatamente se dall'applicazione di tali provvedimenti ci si può aspettare con sufficiente affidabilità di poter prevenire in futuro la minaccia di postumi stabili, solo difficilmente correggibili, che si ripercuoterebbero in modo sostanziale sulla capacità al guadagno o sulla formazione professionale (art. 8 cpv. 2 LPGA e art. 5 cpv. 2 LAI). È però necessario che ci sia un danno alla salute. La semplice profilassi delle malattie e i provvedimenti che si limitano a ritardare l'insorgere di uno stato stabilizzato sono invece esclusi. Per quanto riguarda la durata di questi provvedimenti si veda il N. 63 (RCC 1981 pag. 518).

Esempio

Nei casi di epifisiolisi, la fissazione della testa del femore può essere riconosciuta quale provvedimento sanitario d'integrazione dell'Al già all'inizio del processo.

1.5 Delimitazione nel tempo rispetto alla cura vera e propria del male

1.5.1 Inizio dell'integrazione sanitaria

- 55 Nel caso di infermità per le quali l'inizio dei provvedimenti sanitari d'integrazione non è determinato in linea generale, l'inizio del diritto va fissato tenendo conto delle particolari circostanze del caso.

1.5.1.2 In seguito alla cura di una malattia o di un infortunio

- 56 La relazione temporale con la cura di un infortunio o di una malattia viene interrotta solo quando i postumi sono stabili durante un lungo periodo, in genere un anno, senza effettuare trattamenti e l'assicurato ha potuto esercitare un'attività nei limiti delle capacità residue.

Esempi

L'assicurazione prende a carico come provvedimenti sanitari d'integrazione:

- 57 – una timpanoplastica effettuata dopo un'otite media purulenta, a condizione che senza cura medica non si sia più verificata alcuna secrezione dell'orecchio durante almeno un anno. Una timpanoplastica necessaria alla guarigione di un'otite media purulenta cronica o di un colistea-toma fa invece sempre parte della cura vera e propria del male;
- 58 – un'artrodesi effettuata dopo una frattura malleolare non perfettamente guarita, se dalla fine della cura della frattura al momento in cui l'artrodesi si è rivelata necessaria è trascorso un anno senza che si manifestassero dolori;
- 59 – non un'artrodesi eseguita dieci mesi dopo una frattura articolare. Questa operazione fa parte della cura dell'infortunio.

1.5.1.3 Inizio del diritto alle prestazioni, in modo particolare in caso di paralisi

- 60 Per le paralisi irreversibili e altri disturbi funzionali della motilità dove il passaggio dalla cura vera e propria dell'affezione all'integrazione non è netto, i provvedimenti sanitari sono assunti dal momento in cui, in base alle conoscenze ritenute valide dalla scienza medica, la cura dell'affezione primaria è, in via generale, considerata come terminata o ha un'importanza secondaria. Per gli assicurati adulti vi dovrebbe essere di regola una situazione simile a quella descritta nel N. 65.
- 61 Per la paraplegia e la poliomielite, tale momento è ritenuto verificatosi, per principio, quattro settimane dopo l'inizio della paralisi.

Le deroghe a questo principio sono ammesse quando, in seguito a condizioni particolarmente favorevoli, la fase d'integrazione inizia chiaramente prima o quando, a causa della gravità del quadro clinico, è notevolmente ritardata. Fintantoché le paralisi regrediscono, si è nell'ambito della cura del male. Per quanto riguarda i casi di paralisi trasversali dovute ad infortunio si veda il N. 77. In caso di trattamenti terapeutici di durata indeterminata si veda il N. 65.

1.5.1.4 Stati non stabilizzati

- 62
1/22 Per questo tipo di infermità è determinante il momento in cui hanno inizio i provvedimenti sanitari d'integrazione volti a evitare in futuro la minaccia di postumi stabili, solo difficilmente correggibili.

Esempio

Nel caso della scoliosi idiopatica giovanile, il diritto ai provvedimenti sanitari d'integrazione sussiste dal momento in cui l'ortopedico prescrive l'utilizzo permanente di un apparecchio correttivo (p. es. corsetto a tre punti) per almeno un anno, se la scoliosi è di media gravità (N. 737/937.2), e dal momento dell'operazione, se è grave (N. 81 e 737/937.3).

1.5.2 Durata dei provvedimenti sanitari d'integrazione

- 63.1 I provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI sono in generale attuati una sola volta, fino al compimento del 25° anno d'età, e limitati nel tempo. Essi, tuttavia, non possono avere un carattere duraturo, vale a dire essere necessari a tempo indeterminato.
- 63.2
1/17 Per gli assicurati che non esercitano un'attività lucrativa, i provvedimenti volti a evitare oppure a ritardare una guarigione incompleta o qualsiasi altro stato stabilizzato possono essere di una certa durata. Essi, tuttavia, non possono avere un carattere duraturo, vale a dire essere necessari a tempo indeterminato (v. N. 54; RCC 1981 pag. 518 [malattie dell'occhio], RCC 1991 pag. 186 [terapia dell'insulina], RCC 1984 pag. 523 [stato dopo una meningoencefalite]; sentenza del TF 9C_430/2010 del 23 novembre 2010 [psicoterapia]).

1.5.2.1 Durata dei provvedimenti sanitari d'integrazione in caso di paralisi e di altri disturbi funzionali della motilità

- 65 Se per prevenire ricadute (diminuzione del rendimento) e mantenere in una certa misura lo status quo sono costantemente necessarie misure terapeutiche, esiste ai sensi della giurisprudenza uno stato stazionario, ma non stabile. In tal caso la fisioterapia non può essere qualificata come provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI (RCC 1973 pag. 85, RCC 1976 pag. 416, RCC 1988 pag. 96; VSI 1999 pag. 127).
- 65.1
1/22 In caso di paralisi e di altri disturbi funzionali della motilità che possono essere presi a carico in virtù dell'articolo 12 LAI, i provvedimenti fisioterapici (tuttavia non quelli contro stati secondari, quali affezioni ai reni e alla vescica, contratture) vanno accordati fintantoché, in base alle conoscenze ritenute valide dalla scienza medica, si pensa di poter migliorare le funzioni muscolari. Il miglioramento ricer-

cato della capacità al guadagno o delle attitudini a compiere compiti in un determinato ambito (per esempio lavori nell'economia domestica) deve essere prevedibilmente sostanziale e duraturo (v. N. 30 e 65).

- 65.2
1/22 In caso di paralisi si deve sopporre un influsso sostanziale sulla capacità al guadagno, quando le funzioni della muscolatura necessarie all'esercizio di un'attività lucrativa o ad altri compiti possono essere chiaramente migliorate o mantenute mediante la fisioterapia (v. N. 65).

1.6 Insieme di provvedimenti il cui carattere predominante è l'integrazione

- 76 Quando si è in presenza di un complesso di provvedimenti *di diversa natura*, il cui scopo preponderante d'integrazione sarebbe compromesso se non fosse eseguita *contemporaneamente* una cura medica accessoria, è possibile classificare anche tale cura quale provvedimento d'integrazione. Per esempio una psicoterapia associata ad altri provvedimenti è eccezionalmente a carico dell'AI soltanto se questo è l'unico modo per ottenere o garantire il risultato voluto. L'AI non assume invece le spese, se l'obiettivo principale della psicoterapia è quello di curare, per esempio, un processo nevrotico (v. N. 645–647.1 segg).

Provvedimenti sanitari non ammessi nel quadro dell'articolo 12 LAI, come la psicoterapia, non possono essere presi a carico quali provvedimenti d'integrazione professionale nemmeno se completano questi ultimi in modo significativo.

1.7 Trattamento di postumi d'infortunio e di malattie professionali di cui soffrono persone obbligatoriamente assicurate secondo la LAINF

- 77 L'AI non è tenuta ad assegnare prestazioni per provvedimenti sanitari d'integrazione finché tale obbligo incombe all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni. Ciò vale in

particolare anche in caso di infortuni che provocano una paralisi. Inoltre va osservato che l'AINF deve rispondere in linea di massima anche delle ricadute e dei postumi tardivi anche quando tra questi ultimi e la cura principale dell'infortunio o della malattia non esiste più uno stretto nesso temporale (art. 11 LAINF).

- 78 Per quanto riguarda l'accertamento si deve osservare la CPAI.
- 80 L'AI è invece obbligata ad accordare prestazioni alle persone non sottoposte all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non appena lo stretto nesso temporale con la cura dell'infortunio è interrotto. In caso di paralisi irreversibile, l'AI deve accordare prestazioni secondo i N. 60 segg.

1.8 Volume delle prestazioni nell'ambito dell'articolo 12 LAI

- 81 Per la concessione di provvedimenti d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI il presupposto indispensabile è che vi siano buone probabilità di ottenere un miglioramento sostanziale e duraturo della capacità al guadagno o di impedirne una diminuzione imminente. In ogni caso, prima dell'eventuale richiesta di prestazioni AI, si deve poter presupporre che gli esami svolti siano completi e non vi sia la necessità di ulteriori accertamenti. Da questo si può dedurre che, se l'assicurazione ha riconosciuto un'operazione da eseguire in ambito stazionario quale provvedimento sanitario d'integrazione, l'obbligo di prestazione dell'AI inizia *in generale con il ricovero in ospedale*. La richiesta di assunzione delle spese per un provvedimento sanitario d'integrazione deve però essere presentata all'AI prima dell'inizio dello stesso.

Fanno eccezione i provvedimenti necessari in vista dell'intervento (già autorizzato con una decisione formale) che per motivi organizzativi o di altro genere non sono effettuati

in ospedale, come ad esempio gli esami di medicina interna connessi con l'operazione (accertamento dell'operabilità).

- 82 In caso di operazioni ambulatoriali, può essere preso a carico anche il controllo effettuato immediatamente prima dell'intervento (di regola 1–3 giorni) e direttamente connesso con quest'ultimo.

Capitolo 2

Diritto ai provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI e delimitazione rispetto ai postumi di malattie e infortuni

La sistematica applicata in questo capitolo corrisponde alla sistematica della statistica delle infermità dell'AI, la quale riprende per le infermità congenite i numeri delle infermità dell'allegato dell'OIC-DFI.

2.1 Malattie infettive e parassitarie

- 601– Secondo la giurisprudenza le malattie infettive e parassitarie rappresentano per principio stati patologici labili e la loro cura non costituisce un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI.
604/
801–
804

Poliomielite

- 603 Se è prevedibile che i provvedimenti fisioterapeutici siano necessari in modo duraturo poiché solo così è possibile mantenere relativamente stabili le condizioni di salute, questi devono essere considerati come cura dell'affezione in quanto tale e non costituiscono dunque provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI (v. N. 65).
1/22

2.2 Neoplasie (tumori) che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

- 611– I provvedimenti sanitari in caso di tumori rappresentano
613/ una cura dell'affezione e non costituiscono dunque provve-
811– dimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI. Gli
813 interventi di chirurgia plastica, necessari dopo l'ablazione di un tumore, fanno anch'essi parte della cura del tumore considerata nel suo complesso, indipendentemente dal momento dell'attuazione.

2.3 Allergie, malattie del metabolismo e della nutrizione, disturbi della secrezione interna che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

- 621– Queste affezioni rappresentano per principio stati patologici
625/ labili e la loro cura non costituisce un provvedimento sani-
821– tario d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI.
825

2.4 Malattie del sangue e degli organi emopoietici (escluse le neoplasie) che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

- 631/831 I provvedimenti sanitari connessi alle malattie del sangue e degli organi produttori di sangue fanno sempre parte della cura dell'affezione in quanto tale e non costituiscono dunque provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI.

2.5 Psicosi, psiconevrosi e disturbi della personalità

Psicosi

- 641– Schizofrenia, accessi maniaco-depressivi (ciclotimia), psi-
644/ ciosi organiche e malattie del cervello rappresentano stati
841– patologici labili e la loro cura non costituisce un provvedi-
844 mento sanitario d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI.

Psicopatie, nevrosi e dipendenze

- 645– Le psicopatie e le nevrosi (disturbi del comportamento) non
647/ sono stati stabilizzati e la loro cura non costituisce un prov-
845– vedimento sanitario d’integrazione secondo l’articolo 12
847.1 LAI.
- 645– La cura di nevrosi costituzionali e di dipendenze (compresi
647/ l’alcolismo e le tossicomanie, N. 647–847 e 648–848) è
845– considerata come cura dell’affezione in quanto tale e non
847.2 costituisce dunque un provvedimento sanitario d’integra-
zione secondo l’articolo 12 LAI.
- 645– Le malattie e anomalie che, allo stato attuale delle cono-
647/ scenze mediche, non possono essere migliorate senza una
845– cura *permanente* (p. es. schizofrenie, psicosi maniaco de-
847.4 pressive) non danno diritto a provvedimenti sanitari dell’AI
1/17 (v. N. 641–644/841–844). Questo vale anche per affezioni
che richiedono come minimo una terapia di lunga durata e
per le quali non può essere stabilita una prognosi affidabile
(p. es. disturbi ipercinetici [VSI 2003 pag. 104]), anoressie
[VSI 2000 pag. 65]).
- 645– Le condizioni per l’assunzione delle spese per un tratta-
647/ mento di psicoterapia sono eccezionalmente soddisfatte (v.
845– sentenza del TF 9C_354/2016 del 18 luglio 2016):
847.5 – se un trattamento specialistico e intensivo della durata di
un anno non ha portato a un miglioramento sufficiente e
se, secondo il parere del medico specialista, con il pro-
seguimento del trattamento si può sperare di impedire in
gran parte che un possibile postumo influisca negativa-
mente sullo svolgimento di una formazione professionale
e sulla capacità al guadagno. Prima di rilasciare una ga-
ranzia di copertura dei costi per il trattamento psicotera-
peutico, l’ufficio AI chiede al fornitore di prestazioni cu-
rante un rapporto in base al quale poter valutare se la
cura sia indicata e adeguata. Il rapporto contiene infor-
mazioni sulla diagnosi, sui reperti che influiscono sul la-
voro o sulla scuola, sul precedente decorso, sul metodo
di trattamento previsto, sullo scopo e sulla durata previ-
sta del trattamento (numero di sedute). La plausibilità e

la rilevanza medica vanno verificate accuratamente. L'ufficio AI decide in seguito se le spese debbano essere assunte o meno a partire dal 2° anno di trattamento. La psicoterapia va prescritta al massimo per due anni.

- I provvedimenti psicoterapeutici *non* sono a carico dell'AI se la prognosi è incerta e/o il trattamento costituisce un provvedimento medico di durata indeterminata.

2.6 Malattie del sistema nervoso che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

2.6.1 Epilessie non congenite (acquisite)

654/854 Le epilessie acquisite, per esempio in seguito a una meningoencefalite o a un trauma cranico, rappresentano processi patologici labili e spesso necessitano di cure che si protraggono per anni, che non costituiscono provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI.

2.6.2 Paralisi dovute a lesioni cerebrali e malattie del cervello o del midollo spinale che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

655–
657/
855–
857.1 Le paralisi dovute a lesioni o a malattie del cervello (comprese le malattie cerebrovascolari) giustificano provvedimenti d'integrazione dell'AI a partire dal momento in cui la cura dell'affezione principale si è conclusa ed è subentrato uno stato stabile. Ciò può essere valutato al più presto 6 settimane dopo il riacquisto della piena facoltà mentale. Prima di questo momento si escludono provvedimenti d'integrazione dell'AI. I provvedimenti d'integrazione possono essere concessi al più presto 4 settimane dopo il riacquisto della piena facoltà mentale.

I provvedimenti di riabilitazione possono comprendere anche una terapia neuropsicologica (v. N. 65).

655– Nel caso di malattie cerebrovascolari, è possibile concedere provvedimenti di riabilitazione sono soltanto se il processo patologico è localizzato, ma non se si deve supporre l'esistenza di un'arteriosclerosi generalizzata. Si può presumerla se le paralisi sono progressive o si aggravano con attacchi intermittenti. In caso di occlusione vascolare (embolie, trombosi) non si può ritenere che l'affezione si sia stabilizzata fintanto che viene applicata una terapia profilattica per mezzo di medicamenti (anticoagulanti, inibitori degli aggregati dei trombociti).

655– La concessione di provvedimenti sanitari per la cura dell'affezione principale o dei postumi da paralisi è esclusa in caso di:

- 657/
855-
857.3
- arteriosclerosi generalizzata;
 - embolie delle arterie cerebrali finché dev'essere applicato un trattamento con anticoagulanti o con inibitori degli aggregati dei trombociti;
 - encefalite letargica;
 - idrocefalia, se non figura nell'elenco delle infermità congenite;
 - infarto cerebrale ischemico;
 - postumi di un'operazione palliativa di tumori cerebrali, se non figura nell'elenco delle infermità congenite;
 - sclerosi laterale amiotrofica;
 - sclerosi multipla, encefalomielite disseminata;
 - siringomelia;
 - trombosi delle arterie cerebrali, per tutto il tempo in cui vengono somministrati anticoagulanti o inibitori degli aggregati dei trombociti.

2.6.3 Paralisi dovute a lesioni del midollo spinale: paraplegia e tetraplegia

2.6.3.1 Condizioni di diritto

856.1 Tutti gli assicurati colpiti da paralisi irreversibili complete o parziali dopo aver subito lesioni al midollo spinale causate da un *infortunio* o da un *operazione* sono considerati paraplegici e hanno diritto alle prestazioni dell'Al. I N. 77 segg.

sull'obbligo per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni di fornire prestazioni si applicano per analogia.

- 856.2 Secondo i principi medici oggi generalmente riconosciuti come validi, la riabilitazione di paraplegici può essere attuata in modo ottimale solo in centri dotati di attrezzature speciali il cui personale abbia seguito una formazione adeguata.
- 856.3 Finché una persona paraplegica non è curata in uno di questi centri, la cura vera e propria del male dovrebbe essere preminente rispetto alla reintegrazione.
- 856.4 Se la riabilitazione di una persona paraplegica avviene in uno di questi centri, l'Al assume *le spese dell'integrazione sanitaria di regola dopo la quarta settimana* dall'insorgenza della paralisi.
- 856.5 Se un paraplegico che ha effettuato con successo la reintegrazione deve essere nuovamente sottoposto a una cura in un centro, il diritto a provvedimenti ai sensi dell'articolo 12 LAI deve essere riesaminato; va osservato il N. 65.
- 856.6 Se, all'inizio di un soggiorno in un centro per paraplegici, le possibilità di un'integrazione professionale appaiono incerte, si può ordinare a titolo di prova una riabilitazione medica di tre mesi, che può essere prolungata se le probabilità di successo sono molto probabili.

2.6.3.2 Delimitazione dai provvedimenti sanitari destinati alla cura vera e propria del male

- 856.7 Per i provvedimenti seguenti non vi è *alcun diritto* a provvedimenti sanitari d'integrazione dell'Al secondo l'articolo 12 LAI:
- trattamento degli assicurati vittime di infortuni, se attuato fuori dai centri;
 - trattamento di infermità secondarie come infezioni vescicali, decubito, alterazione delle articolazioni ecc., che precedono o seguono la riabilitazione assunta dall'Al,

oppure trattamento, resosi necessario durante la riabilitazione, che richiede un ricovero in una clinica specializzata, con un soggiorno che supera le 24 ore.

- controlli e vigilanza medici per le malattie secondarie dopo che l'assicurato è stato dimesso dal centro per paraplegici;
- fisioterapia per un periodo indeterminato o come unica possibilità di evitare un peggioramento delle condizioni di salute.

2.7 Malattie degli organi dei sensi che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

2.7.1 Afezioni dell'occhio che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

Glaucoma – Distacco della retina

Cheratocono – cheratoglobi – Cicatrici della cornea

- 661/
861.1 Una cheratoplastica non è considerata cura vera e propria del male se permette di sostituire una cornea deformata da cicatrici od opacità apicali del cheratocono, dove si dimostri la riduzione del visus. Ciò deve essere esplicitamente confermato dal medico. Se invece l'indicazione per un intervento chirurgico è data soltanto in quanto la cornea è talmente concava da ostacolare l'uso di lenti a contatto, l'Al non è tenuta a prendere a carico la prestazione secondo l'articolo 12 LAI.
- 661/
861.2 L'herpes è considerato uno stato patologico labile anche se l'opacità della cornea è irreversibile (herpes tendente a recidivare; bisogna inoltre prevedere un grado di opacità dell'organo trapiantato molto elevato). In un caso simile non ci si può pronunciare sulla durata del successo dell'integrazione.
- 661/
861.3 Se, in seguito all'intervento, è necessario portare lenti a contatto e/o occhiali, l'Al ne assume i costi (compresi quelli per gli occhiali di riserva) fintanto che si possa raggiungere

o garantire l'obiettivo dell'integrazione. Se gli assicurati portavano occhiali prima della cheratoplastica e se, in seguito all'intervento, sono insorte modifiche nei rapporti di rifrazione, l'AI prende a carico una volta sola i costi degli occhiali.

Cataratta – cataratta senile, cataratta secondaria

- 661/
861.4
1/22 Una «sostituzione del cristallino trasparente» non è un'operazione della cataratta. Non si tratta di un provvedimento sanitario d'integrazione dell'AI ai sensi dell'articolo 12 LAI (v. N. 661/861.19).
- 661/
861.5 L'operazione della cataratta è un provvedimento sanitario d'integrazione dell'AI ai sensi dell'articolo 12 LAI. Lo stesso vale per l'asportazione della membrana (cataratta secondaria). La causa della cataratta non è determinante. Il diritto alle prestazioni dell'AI resta valido se la cataratta è la conseguenza di un infortunio. Invece, se durante il trattamento vero e proprio dell'infortunio il cristallino deve essere asportato e, già in quel momento, è provata l'esistenza di una lesione, il trattamento della cataratta fa parte del trattamento dell'infortunio e non può essere assunto dall'AI.
- 661/
861.6 La malattia primaria o le lesioni secondarie possono comunque mettere in dubbio in modo decisivo la durata e l'importanza del successo dell'integrazione (N. 30). Ciò può *tra l'altro* avvenire nel caso di
- miopia (in particolare nella sua forma maligna),
 - retinopatia diabetica (forma speciale proliferativa),
 - glaucoma cronico semplice (soprattutto allo stadio terminale).
- 661/
861.7 Un'operazione combinata cataratta–glaucoma può essere considerata un provvedimento sanitario d'integrazione dell'AI ai sensi dell'articolo 12 LAI, se la cataratta è progredita a tal punto che avrebbe dovuto essere operata anche senza l'esistenza di un glaucoma. A dipendenza tra l'altro dell'attività professionale o della formazione, ciò non è di regola il caso se l'acuità visiva è di 0,5 o più.

- 661/
861.8 L'asportazione della cataratta secondaria costituisce un provvedimento a sé stante. Bisogna di volta in volta esaminare se le condizioni poste per l'applicazione dell'articolo 12 LAI sono soddisfatte.
- 661/
861.9 Nei casi d'impianto di cristallini, vengono prese a carico anche le biometrie preliminari.
- 661/
861.10 In seguito ad un'operazione della cataratta gli assicurati hanno diritto a un paio di occhiali bifocali o a un paio di occhiali per vedere da vicino e (se necessario) a un paio di occhiali per vedere da lontano nonché a un paio di occhiali di riserva. Se non vi è stato un trapianto del cristallino, si tratta di lenti per afachici.
- 661/
861.11 Nel caso di un'operazione unilaterale della cataratta *senza* impianto del cristallino, invece di un paio di occhiali bifocali o di un paio di occhiali per afachici per la vista da vicino e di un paio per la vista da lontano, si possono consegnare lenti a contatto e un paio di occhiali per la vista da vicino.
- Se una persona che ha subito un'operazione unilaterale della cataratta ha bisogno di un'eliminazione ottica (occlusione) per l'altro occhio, l'Al assume le spese delle lenti di compensazione necessarie.
- 661/
861.12 La regolamentazione ai sensi del N. 661/861.9 è applicabile anche in caso di operazione *bilaterale* della cataratta *senza* impianto del cristallino, a condizione che per le lenti a contatto esista un'indicazione particolare dell'oculista quale la presenza di un forte astigmatismo irregolare o una monoftalmia. Le lenti a contatto devono essere concesse anche in vista di un'attività lucrativa o di una formazione oppure se, dopo la prima operazione della cataratta, l'assicurato portava già lenti a contatto.
- 661/
861.13 Se una persona che deve subire un'operazione unilaterale della cataratta ha bisogno, già prima dell'intervento, di una correzione ottica per l'occhio non operato, le lenti per quest'occhio e la montatura, se non possono più essere utilizzate dopo l'operazione, sono assunte *una sola volta*.

-
- 661/
861.14 Gli impianti successivi di cristallini in materia sintetica devono essere assunti solo se l'intolleranza alle lenti a contatto può essere obiettivamente dimostrata.
- 661/
861.15 Gli occhiali di prova consegnati subito dopo l'operazione della cataratta non vengono rimborsati separatamente dall'Al.
- 661/
861.16 Il genere di lenti (p. es. varilux) o la loro qualità (tinta) devono essere precisati nella prescrizione medica. Le spese supplementari relative sono assunte dall'Al se debitamente motivate dall'oftalmologo.
- 661/
861.17 Se gli occhiali o le lenti a contatto consegnati devono essere sostituiti, l'Al ne assume le spese a condizione che l'obiettivo concreto dell'integrazione possa essere raggiunto o garantito.
- 661/
861.18 In caso di modifica della rifrazione superiore a $\pm 0,5$ diottrie, l'Al assume le spese per la sostituzione degli occhiali o delle lenti a contatto senza tener conto della durata d'utilizzo. Lo stesso vale se un'intolleranza rende necessario l'uso di un altro tipo di lenti a contatto.
- 661/
861.19 Le spese per gli occhiali di riserva sono assunte dall'Al nell'ambito di questo numero marginale solo se una modifica della rifrazione lo rende necessario. Non vengono invece assunte le spese per un paio di occhiali di riserva con la medesima correzione.

Anomalie di rifrazione che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

- 661/
861.20 Un'operazione resa necessaria da un distacco della retina (amotio retinae) rappresenta di regola una cura vera e propria del male (per le eccezioni v. N. 54).

Anomalie di rifrazione che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

- 661/
861.21 I controlli oftalmici per *anomalie di rifrazione* che potrebbero portare alla consegna di occhiali o di lenti a contatto

non sono provvedimenti sanitari d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI.

- 661/
861.22 Provvedimenti di chirurgia refrattiva (laser a eccimeri, impianto di lenti in caso di miopia, lenti intraoculari fissate sull'iride, sostituzione del cristallino trasparente ecc.) non costituiscono provvedimenti sanitari d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI.

Lussazione e sublussazione del cristallino che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

- 661/
861.23 All'origine di una lussazione o sublussazione del cristallino vi è uno stato patologico labile e la sua cura non costituisce dunque un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI.

2.7.2 Affezioni delle orecchie che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

- 671/
871.1 Il colesteatoma acquisito non rappresenta uno stato stabilizzato ai sensi della giurisprudenza. Un'operazione per rimuoverlo è sempre destinata alla cura dell'affezione in quanto tale. Una plastica del timpano resa necessaria dall'operazione per asportare il colesteatoma fa parte della cura dell'affezione in quanto tale e non costituisce dunque un provvedimento sanitario d'integrazione dell'AI ai sensi dell'articolo 12 LAI (v. N. 57).

- 671/
871.2 Un *impianto cocleare* può essere preso a carico dall'AI in virtù dell'articolo 12 LAI. Le componenti esterne (parti esterne come processori di lingua ecc.) rientrano nell'ambito dei mezzi ausiliari.

- 671/
871.3 Un apparecchio uditivo fissato mediante ancoraggio osseo va trattato analogamente all'IC (v. N. 671/ 871.4). L'ancoraggio osseo e/o le componenti impiantate possono essere presi a carico in virtù dell'articolo 12 LAI. Le componenti esterne rientrano nel campo dei mezzi ausiliari (art. 21 LAI).

671/
871.4 Anche nel caso di un *soundbridge* (sistema symphonix) bisogna distinguere tra componente interna ed esterna (art. 21 LAI). L'indicazione principale consiste nell'impossibilità di portare apparecchi acustici convenzionali. L'articolo 12 LAI è applicabile come nel caso dell'impianto cocleare e degli apparecchi uditivi fissati mediante ancoraggio osseo.

2.8 Malattie dell'apparato circolatorio che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

Malattie del cuore che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

682/
882.1 Il trattamento di una malattia del cuore, a condizione che questa non costituisca un'infermità congenita secondo l'articolo 13 LAI, rappresenta una cura dell'affezione in quanto tale. Non costituisce dunque un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI.

Disturbi circolatori periferici

683–
685
883–
885 I disturbi circolatori periferici e i linfedemi sono stati patologici labili e il loro trattamento non costituisce dunque un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI.

2.9 Malattie dell'apparato respiratorio che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

Infezioni delle vie respiratorie

691/891 La loro cura è una terapia vera e propria del male. Non costituisce dunque un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI.

2.10 Malattie dell'apparato digerente che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

701/901 La velofaringoplastica è considerata un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI, se permette di rimediare a un grave disturbo del linguaggio che arreca pregiudizio alla capacità al guadagno.

2.9 Malattie degli organi urogenitali che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

Malattie dei reni e delle vie urinarie che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

711/911 Le infezioni delle vie urinarie sono indubbiamente uno stato patologico labile, anche come postumi secondari di una paraplegia. Il loro trattamento è una terapia dell'affezione in quanto tale e non costituisce dunque un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI.

Torsione del testicolo

712/912 La torsione del testicolo non costituisce uno stato stabilizzato secondo l'articolo 12 LAI. La sua cura non può quindi essere assunta dall'AI, la quale non può nemmeno assumere la fissazione controlaterale dopo la torsione unilaterale, eseguita come intervento profilattico per una possibile lesione.

2.12 Malattie della pelle e del tessuto cellulare sottocutaneo che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

Alterazioni della pelle e del tessuto cellulare sottocutaneo (per quanto riguarda i tumori e le allergie, v. N. 611–613/811–813 e 621–625/821–825).

721/
921.1 L'AI può assumere le spese per la correzione chirurgica di una cicatrice deturpante dal punto di vista estetico o funzionale solo se ne risulta un miglioramento sostanziale e duraturo della capacità di guadagno e se le condizioni menzionate ai N. 38 segg. sono adempiute (v. N. 1029 segg.).

- 721/
921.2 La cura di un cheloide in formazione non è a carico dell'Al. Le cicatrici ipertrofiche di vecchia data e stabilizzate possono invece dare diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione alle condizioni indicate sopra.

2.13 Malattie delle ossa e degli organi locomotori che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

- 731– Per l'apparato motorio sono ritenuti *postumi stabilizzati* sol-
738/ tanto quelli che riguardano lo *scheletro osseo*, ma non i
931– tendini, i dischi intervertebrali, i legamenti e le cartilagini.
938.1 L'Al riconosce come provvedimenti sanitari secondo l'articolo 12 LAI solo le correzioni dei postumi stabilizzati dello scheletro osseo, ma non tutte quelle che correggono il decorso patologico delle motilità di un'articolazione.

- 731– Per quanto riguarda i provvedimenti di tecnica ortopedica,
738/ si deve esaminare se questi possono essere presi a carico
931– quali mezzi ausiliari (art. 21 LAI).

938.2

- 731– In linea di principio, a prescindere dalla durata del disturbo,
738/ il trattamento delle conseguenze di un infortunio sono prin-
931– cipalmente di competenza dell'AINF (v. sentenza del TF
938.3 8C_203/2016 del 12 agosto 2016).

- 731– Le malattie delle ossa quali cisti, malattie di Jaffé-Lichten-
738/ stein ecc. non giustificano provvedimenti sanitari d'integra-
931– zione dell'Al poiché il processo nel suo insieme rappre-
938.4 senta uno stato patologico labile. In questo contesto non ha alcuna importanza che sintomi isolati siano stabilizzati.

2.13.1 Poliartriti croniche (reumatismi articolari)

- 731/ Nella forma giovanile della artrite cronica evolutiva l'Al può
931.1 prendere a carico provvedimenti preventivi (v. N. 54) per impedire future complicazioni stabili, a condizione che non esistano già postumi tali da pregiudicare l'integrazione. La fisioterapia, gli apparecchi tecnici per il trattamento ortopedico, le sinovectomie e le operazioni ortopediche fanno parte di questi provvedimenti.

731/
931.2 L'applicazione di endoprotesi articolari e la consegna di medicinali che agiscono sulla malattia primaria non costituiscono provvedimenti d'integrazione dell'Al. Se l'uso di una carrozzella è diventato indispensabile, nella maggior parte dei casi i criteri dell'articolo 12 LAI non sono più adempiuti.

2.13.2 Coxartrosi

732/
932.1 Le artrosi sono affezioni degenerative e come tali rappresentano stati patologici labili. La cura con provvedimenti conservativi (balneoterapia, fisioterapia, cura medicamentosa) è una terapia vera e propria del male e non può essere assunta dall'Al.

732/
932.2 Le balneoterapie in caso di coxartrosi possono essere rimborsate dall'Al solo se completano un'operazione riconosciuta dall'Al come provvedimento d'integrazione (v. N. 1004 segg.).

732/
932.3 Per le coxartrosi, solo l'artrodesi può di regola essere presa in considerazione come provvedimento sanitario ai sensi dell'articolo 12 LAI. Ciò avviene però solo in caso di coxartrosi unilaterale e se la funzione della colonna vertebrale è intatta. Si deve inoltre presupporre che, nonostante un'anca anchilosata, l'assicurato possa continuare a svolgere un'attività lucrativa o una formazione adeguata.

732/
932.4 Il medico deve indicare tutte le malattie concomitanti o conseguenti che possono compromettere la capacità al guadagno o lo svolgimento di una formazione professionale, in particolare quelle che riguardano i segmenti mobili determinanti per la deambulazione nonché le malattie generalizzate. Egli deve anche pronunciarsi sulle probabilità di successo dell'integrazione.

732/
932.5 L'esperienza mostra che, a prescindere dall'età dell'assicurato, l'applicazione dell'endoprotesi ha un successo limitato

nel tempo e non può essere considerata come provvedimento sanitario d'integrazione. Questo vale anche per i nuovi tipi di endoprotesi fissate senza cemento.

2.13.3 Altre artrosi, in particolare le gonartrosi

733/
933.1 Devono essere trattate analogamente alla coxartrosi (N. 732/932 segg.).

733/
933.2 Per le artrosi dovute a infortunio, si vedano i N. 41 segg.

2.13.4 Epifisiolisi

734/
934.1 I provvedimenti sanitari necessari per la cura di epifisiolisi, apparsi o manifestatisi per la prima volta dopo infortuni, non vengono assunti dall'AI.

734/
934.2 Le epifisiolisi della testa femorale non dovute a infortuni possono dar diritto a provvedimenti dell'AI. Deve però trattarsi di una prognosi favorevole. L'epifisiolisi della testa femorale che sopraggiunge dopo il decimo anno di età viene considerata di eziologia non dovuta a infortuni, tranne se la diagnosi sia in relazione diretta con un traumatismo adeguato.

734/
934.3 La fissazione profilattica della testa femorale mediante un'operazione all'inizio del suo scivolamento può essere riconosciuta, alle stesse condizioni, come prestazione dell'AI quale intervento precoce volto a impedire un postumo grave e duraturo (N. 54).

2.13.5 Malattia di Legg-Calvé-Perthes

735/935 La cura della malattia di Legg-Calvé-Perthes è una terapia dell'affezione in quanto tale. Se un assicurato è sottoposto a osteotomie, le relative spese possono eventualmente essere prese a carico in virtù dell'articolo 12 LAI.

2.13.6 Spondilosi e osteocondrosi, compresa la malattia di Scheuermann

- 736/
936.1 Le spondilosi, le osteocondrosi e la malattia di Scheuermann (affezione non congenita chiamata anche epifisite dolorosa dell'adolescenza o cifosi dolorosa degli adolescenti) sono stati patologici labili. I provvedimenti necessari per la loro cura conservativa (riposo a letto, ginnastica e massaggi, balneoterapie) non sono a carico dell'AI.
- 736/
936.2 L'AI assume la cura e gli apparecchi ortopedici correttivi se gli assicurati corrono il rischio di avere gravi postumi stabili secondo il N. 54. Si deve attendere un tale postumo quando si prevede un'evoluzione importante del processo patologico o se esistono deformazioni cuneiformi di vari corpi vertebrali capaci di condurre a un irrigidimento convesso della schiena e il medico ordina che sia portato duramente un apparecchio correttivo (p. es. corsetto a tre punti o corsetto di raddrizzamento) durante almeno un anno.
- 736/
936.3 L'AI assume tutto il trattamento a partire dal momento della consegna dell'apparecchio correttivo e fintanto che questo deve essere portato costantemente.
- 736/
936.4 Un'operazione di immobilizzazione) in caso di spondilosi e spondilartrosi è un intervento volto principalmente a permettere l'integrazione professionale o lo svolgimento della formazione professionale.
- 736/
936.5 Un'*ernia discale* costituisce uno stato patologico labile. Il trattamento operatorio non è assunto dall'AI, neanche se si sono dovuti effettuare una emilaminectomia e, eventualmente, un innesto osseo.
- 736/
936.6 Per le spondilosi e le spondilartrosi dovute a infortunio, si vedano i N. 43 segg.

2.13.7 Spondilolisi e spondilolistesi

736/
936.7 In caso di spondilolisi o di spondilolistesi, l'immobilizzazione chirurgica della spina dorsale (spondilodesi ventrale o dorsale) nel caso di un giovane assicurato ha il carattere preponderante di provvedimento sanitario d'integrazione professionale se i fenomeni degenerativi secondari sono soltanto allo stadio iniziale e nettamente localizzati nell'ambito del segmento leso. Le operazioni d'immobilizzazione di singoli segmenti isolati non sono provvedimenti d'integrazione se esiste una spondilartrosi estesa oltre alla spondilolisi o alla spondilolistesi.

2.13.8 Scoliosi idiopatiche

737/
937.1
1/22 I provvedimenti conservativi (ginnastica, fisioterapia) per la scoliosi idiopatica (non congenita) rappresentano una cura dell'affezione in quanto tale e non vengono assunti dall'AI (per le eccezioni v. N. 737/937.2 e 737/937.3).

737/
937.2 Il trattamento delle scoliosi medio-gravi (angolo di Cobb 20-40°/50°) è assunto secondo il N. 54 non appena e finché vi è il rischio di gravi postumi. Se ne deve attendere l'insorgenza dal momento in cui l'ortopedico prescrive che, per almeno un anno, sia portato un apparecchio correttivo (p. es. corsetto a tre punti). L'obbligo dell'AI di erogare la prestazione cessa non appena l'apparecchio non deve più essere portato. Le spese per un trattamento di fisioterapia associato ad altri provvedimenti vengono assunte fintanto che è necessario il trattamento con corsetto (v. N. 76 e 737/937.1).

737/
937.3 I trattamenti chirurgici (ad es. spondilodesi [artrodesi], raddrizzamento, barre di accrescimento [*growing rods*], protesi costale in titanio espandibile verticalmente [VEPTR], comprese le successive operazioni di estensione) che rendono possibile la formazione professionale o migliorano in modo importante e durevole la capacità al guadagno devono essere considerati nei casi più gravi (angolo di Cobb uguale o superiore a 40°, progressione della scoliosi, periodo della

crescita) come provvedimenti sanitari d'integrazione dell'AI (v. N. 54). La fisioterapia successiva a un'operazione è assunta quale provvedimento sanitario d'integrazione solo fintantoché serve al trattamento delle conseguenze immediate dell'operazione (p. es. mobilizzazione). Un trattamento di fisioterapia che dura più di tre mesi (v. N. 1004.1) rappresenta una cura dell'affezione in quanto tale e non costituisce un provvedimento sanitario d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI (v. N. 373/937.1). Le eccezioni devono essere motivate.

737/
937.4 In caso di EOS (*early onset scoliosis*), l'uso di un'ingessatura correttiva per preparare il trattamento con corsetto è una prestazione a carico dell'AI.

737/
937.5 Anche il trattamento per distrazione che precede immediatamente un'artrodesi è a carico dell'AI.

2.13.9 Altre alterazioni delle ossa e degli organi di locomozione (legamenti, muscoli e tendini)

Esostosi che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

738/
938.1 L'AI assume l'ablazione delle esostosi, se provocano un impedimento funzionale o alterano l'aspetto degli assicurati e se sono soddisfatti i presupposti dei N. 38 segg.

Pseudoartrosi che non figurano nell'elenco delle infermità congenite

738/
938.2 Quando il consolidamento di una frattura dovuta a infortunio si protrae o non si verifica, i relativi provvedimenti sanitari fanno parte della cura dell'infortunio e non costituiscono dunque provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI.

Deviazioni assiali quali gambe a O (ginocchia vare inclusa crura vara) e gambe a x (ginocchia valghe)

- 738/
938.3.1
1/22 Le deviazioni assiali quali le gambe a O (ginocchia vare inclusa crura vara) o le gambe a X (ginocchia valghe) non rappresentano infermità congenite ai sensi dell'articolo 13 LAI.
- 738/
938.3.2
1/22 Nel caso di un giovane in età di formazione professionale, operazioni quali l'osteotomia delle gambe a O e delle gambe a X sono un provvedimento sanitario d'integrazione dell'AI ai sensi dell'articolo 12 LAI, se la mancata attuazione rischia di comportare nel prossimo futuro postumi (artrosi) difficili da correggere e se si può presumere di frenare in tal modo il processo artrosico (v. N. 54).
- 738/
938.3.3
1/22 Le operazioni eseguite unicamente per ragioni estetiche non costituiscono provvedimenti sanitari d'integrazione dell'AI secondo l'articolo 12 LAI.

Alluce valgo

- 738/
938.4 Questa anomalia delle dita dei piedi non è causata da un difetto stabile dello scheletro, ma da alterazioni dei tendini o dei legamenti (contratture, insufficienze dei legamenti). Tutte le operazioni eseguite per trattare questa anomalia hanno lo scopo di curare stati patologici secondari labili (infiammazioni dolorose ecc.) e di conseguenza non sono provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI.

Lussazioni abituali

- 738/
938.5.1 Per le lussazioni abituali dovute a infortuni, si vedano i N. 43 segg. Per le lussazioni congenite si veda il n. 194 OIC-DFI.
- 738/
938.5.2 La cura dell'anomalia dello scheletro può essere assunta dall'AI come provvedimento d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI (cuneo osseo di Albee, in caso di ipoplasia del condilo esterno del femore; innesto osseo in caso di ipoplasia del labbro glenoideo dell'articolazione della spalla), se le lussazioni abituali sono la conseguenza di un postumo stabilizzato dello scheletro.

738/
938.5.3 L'AI non assume le spese per le operazioni plastiche che correggono soprattutto il processo patologico del movimento nell'articolazione perché costituiscono una cura vera e propria del male (per esempio operazioni di Roux, di Gocht, di Krogius per il ginocchio, operazione di Putti-Pratt per la spalla e interventi simili).

738/
938.5.4 La condropatia della rotula provocata dalle lussazioni e sublussazioni di quest'ultima non costituisce uno stato relativamente stabilizzato che possa dare diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione.

3^a parte

Obbligo di prestazione dell'AI per i diversi tipi di provvedimenti secondo gli articoli 12 e 13 LAI

Introduzione: condizioni assicurative (v. anche CPAI, 2^a parte)

999.1
1/22 I beneficiari di provvedimenti d'integrazione e di provvedimenti sanitari devono essere assicurati all'AI durante lo svolgimento dei medesimi (art. 9 cpv. 1^{bis} LAI). Il diritto ai provvedimenti d'integrazione e ai provvedimenti sanitari nasce al più presto con l'assoggettamento all'assicurazione obbligatoria o facoltativa e si estingue al più tardi allo scadere dell'assicurazione (v. CPAI, «Controllo delle condizioni d'assicurazione»).

In linea di principio, questa condizione deve essere soddisfatta dalla persona interessata. Soltanto i figli di età inferiore ai 20 anni di famiglie residenti all'estero beneficiano di agevolazioni qualora non assicurati personalmente, purché almeno uno dei genitori sia assicurato facoltativamente o sia assicurato obbligatoriamente durante un'attività lucrativa esercitata all'estero (art. 9 cpv. 2 LAI).

999.2
1/22 I cittadini svizzeri e le persone che rientrano nel campo d'applicazione dell'ALC o della Convenzione AELS, equiparati ai cittadini svizzeri in virtù del principio della parità di

trattamento, sono tenuti a soddisfare esclusivamente questa condizione di base.

Un assicurato appartenente a questa cerchia di persone può dunque entrare in Svizzera con un danno alla salute e soddisfare le condizioni assicurative per i provvedimenti d'integrazione a partire dal momento in cui è assoggettato all'assicurazione.

999.3 I cittadini stranieri che non rientrano nel campo d'applicazione dell'ALC o della Convenzione AELS sono tenuti a soddisfare ulteriori condizioni:

1/22

- gli stranieri che rientrano nel campo d'applicazione di una convenzione bilaterale di sicurezza sociale, a seconda della convenzione ([«Informazioni di base & convenzioni»](#)), all'insorgenza dell'invalidità devono aver pagato i contributi per almeno un anno oppure essere soggetti all'obbligo contributivo. I figli di età inferiore ai 20 anni devono avere il domicilio e la dimora abituale in Svizzera da almeno un anno prima della considerazione di un provvedimento o ininterrottamente dalla nascita, oppure essere nati invalidi in Svizzera.
- Disposizioni simili si applicano secondo l'articolo 2 DRif ai rifugiati riconosciuti e agli apolidi che rientrano nel suo campo d'applicazione.
- Secondo l'articolo 6 capoverso 2 LAI, all'insorgenza dell'invalidità, i cittadini di Stati non contraenti devono aver pagato i contributi almeno per un anno intero o aver risieduto ininterrottamente in Svizzera per dieci anni. I bambini e giovani di età inferiore ai 20 anni provenienti da questi Stati devono adempiere essi stessi queste condizioni o, secondo l'articolo 9 capoverso 3 LAI, essere nati invalidi in Svizzera, oppure all'insorgenza dell'invalidità devono avere il domicilio e la dimora abituale in Svizzera da almeno un anno o dalla nascita; il padre o la madre, all'insorgenza dell'invalidità, devono aver pagato i contributi almeno per un anno intero o aver risieduto ininterrottamente in Svizzera per dieci anni.

999.4
1/22 Non sussiste dunque alcun diritto a un provvedimento considerato obiettivamente per la prima volta prima dell'entrata in Svizzera.

In caso di provvedimenti d'integrazione, la persona interessata è da considerare invalida dal momento in cui per la prima volta risulta evidente che il danno alla salute giustifica la concessione di una prestazione secondo le condizioni di diritto previste per legge.

999.5
1/22 Con la fine dell'assoggettamento assicurativo, per esempio in seguito all'abbandono del domicilio in Svizzera, si estingue anche il diritto ai provvedimenti d'integrazione. Lo stesso vale per le persone che hanno esercitato un'attività lucrativa in Svizzera senza esservi domiciliate, nel momento in cui cessano di esercitare tale attività. Chi ha cessato l'attività lucrativa per motivi di salute e ha la cittadinanza svizzera o rientra nel campo d'applicazione dell'ALC o della Convenzione AELS continua a essere assicurato, a determinate condizioni, per quanto concerne il diritto ai provvedimenti d'integrazione (v. «Assicurazione successiva», v. N. 1011 segg. CIBIL).

999.6
1/22 Insorgenza dell'invalidità per prestazioni d'identica natura scaglionate nel tempo:

In caso di provvedimenti d'identica natura che si susseguono e sono strettamente connessi tra loro, per l'insorgere dell'invalidità è determinante il primo provvedimento. Pertanto, se le condizioni assicurative non sono adempiute al momento in cui si rende necessaria per la prima volta l'attuazione di un provvedimento sanitario o la consegna di un mezzo ausiliario, non possono essere concessi neppure i provvedimenti connessi all'infermità in questione che diventeranno necessari più tardi. Se, per esempio, un assicurato si sottopone ad un intervento chirurgico prima di essere assicurato, un secondo intervento reso necessario dal primo non può andare a carico dell'Al, neanche se al momento della seconda operazione le condizioni assicurative sono adempiute.

- 999.7
1/22 Se, invece, vengono attuati provvedimenti d'integrazione o provvedimenti sanitari per una nuova affezione/infermità congenita non oggettivamente connessa alla prima, si deve presumere un nuovo evento assicurato per la cui insorgenza vanno riesaminate le condizioni d'assicurazione.

Agopuntura

- 1000 Si veda il N. 1212.

Amputazione

- 1001.1 Le amputazioni rese necessarie da conseguenze immediate di un infortunio, da disturbi dell'apparato circolatorio, da infezioni o da tumori (se non sono riconosciuti quali infermità congenite) rientrano nella cura dell'affezione in quanto tale e non costituiscono dunque provvedimenti sanitari d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI.
- 1001.2 Le amputazioni di dita o di falangi fissate in cattiva posizione funzionale (malformazioni congenite, postumi di malattie o di infortuni) sono provvedimenti sanitari d'integrazione se le dita o falangi disturbano l'assicurato nello svolgimento della sua attività professionale e l'operazione ha lo scopo preponderante di migliorare la capacità lavorativa e quindi le possibilità di guadagno secondo l'articolo 12 LAI.

Artrodesi – Immobilizzazione operatoria delle articolazioni

- 1003 Se si tratta di postumi d'infortuni, si vedano i N. 43 e 55 segg.
Se si tratta di artrosi, si vedano i N. 732/932.1 segg.

Balneoterapie

- 1004.1 Le balneoterapie costituiscono *un complemento ai provvedimenti d'integrazione chirurgici (p. es. l'artrodesi)* a carico dell'AI soltanto se sono effettuate nei sei mesi che seguono l'intervento. La fisioterapia ambulatoriale effettuata nei tre mesi che seguono l'operazione dev'essere parificata ad una balneoterapia in un istituto.

-
- 1004.2 Le balneoterapie non sono riconosciute dall'Al come provvedimenti sanitari d'integrazione se il loro scopo preponderante è quello di migliorare lo stato generale.
- 1004.3 Le balneoterapie devono essere effettuate in un istituto balneoterapico svizzero diretto da un medico. Oltre all'idroterapia, esse devono comprendere obbligatoriamente provvedimenti fisioterapici e ginnastica medica attiva.
- 1004.4 In caso di trattamento effettuato in un istituto che ha stipulato una convenzione tariffale con l'UFAS, il rimborso delle spese avviene sulla base di una fattura rimessa direttamente all'Al. In tutti gli altri casi la terapia viene rimborsata secondo le convenzioni tariffali stipulate come se si trattasse di un provvedimento sanitario ambulatoriale. Per quanto riguarda le spese di vitto e alloggio, si veda il N. 1227.

Operazioni di decompressione dei nervi periferici, neurolisi

- 1010 Le operazioni di decompressione, in caso di sindrome di compressione di nervi periferici (p. es. nella sindrome del canale carpale, decompressione del nervo facciale nell'orecchio medio o del nervo peroneo alla testa del perone) non sono provvedimenti sanitari d'integrazione dell'Al.

Dialisi – Emodialisi

- 1011 La cura con un rene artificiale non costituisce un provvedimento sanitario d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI.

Donazione di sangue proprio

- 1012 Se in un ospedale vengono eseguiti interventi chirurgici a carico dell'Al ai sensi degli articoli 12 e 13 LAI o dell'articolo 3 LPGa e prima dell'operazione si preleva ambulatorialmente il sangue proprio dell'assicurato per ridonarglielo durante l'intervento, si tratta di una procedura conosciuta di «donazione di sangue proprio» nell'ambito di un intervento

chirurgico. La prestazione, di regola fatturata separatamente, deve essere trasmessa all'Ufficio centrale di compensazione per il pagamento.

Epifisiodesi

- 1013 Nei casi di disturbi della crescita, in particolare di un membro inferiore, l'epifisiodesi del membro più lungo, tendente a ristabilire la stessa lunghezza delle due membra, è un provvedimento sanitario d'integrazione a carico dell'AI se non è possibile raggiungere questo scopo in modo più semplice (p. es. modificando l'altezza dei tacchi delle scarpe). La causa dei disturbi della crescita non ha importanza, ma l'operazione deve essere chiaramente volta a prevenire un postumo difficile da correggere (v. N. 1035) secondo l'articolo 12 LAI.

Ergoterapia secondo gli articoli 12 e 13 LAI

- 1014.1a Nel caso di infermità congenite ai sensi dell'articolo 13 LAI l'ergoterapia può essere un complemento necessario alla fisioterapia nonché un provvedimento sanitario a sé stante.
- 1014.1b L'ergoterapia può essere impiegata quale provvedimento sanitario d'integrazione a tempo determinato per la cura di un danno alla salute che compromette in modo sostanziale la capacità al guadagno ai sensi dell'articolo 12 LAI. Essa è considerata tale solo quando, indipendentemente dal trattamento vero e proprio dell'affezione primaria, tratta stati patologici stabilizzati e mira direttamente all'integrazione professionale (v. N. 60 e 65).
- 1014.2 L'ergoterapia prescritta nell'ambito di provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI va disposta in base alle direttive del N. 14. L'ergoterapia prescritta nell'ambito di provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI va disposta in base alle direttive dei N. 35 segg.
- 1014.3. L'ergoterapia deve essere prescritta da un medico ed essere motivata dalla presenza di disturbi rilevabili sotto il

profilo neurologico o neuropsicologico, adeguatamente documentati, che influenzano l'acquisizione di capacità e abilità. Nella richiesta di concessione dell'ergoterapia vanno indicati gli obiettivi del trattamento.

- 1014.4 Il medico che la prescrive deve fornire all'ufficio AI informazioni che documentano e motivano l'obiettivo e il contenuto della terapia, l'entità (frequenza e durata delle sedute) nonché la durata prevista (orizzonte temporale) del trattamento.
- 1014.5 I provvedimenti sanitari non possono essere ordinati per una durata indeterminata. La durata per l'ergoterapia in caso di infermità congenite secondo l'articolo 13 LAI è stabilita conformemente al N. 14 e quella per i provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI conformemente al N. 35.2. Se possibile, il provvedimento va coordinato con i medici curanti.
- 1014.6 In caso di cure a domicilio bisogna richiedere una motivazione al medico che le ha prescritte. Le spese possono essere assunte solo se le cure a domicilio sono rese necessarie da un motivo rilevante dal punto di vista medico direttamente connesso all'affezione riconosciuta dall'AI. Le spese supplementari per cure a domicilio prestate per motivi estranei alla malattia non sono a carico dell'AI.
- 1014.7 Le richieste di prolungamento dell'ergoterapia vanno esaminate sulla base dei reperti dettagliati rilevati dal medico, delle loro conseguenze nella vita quotidiana e di un rapporto dettagliato sullo svolgimento della terapia. In particolare, occorre verificare che la terapia sia pianificata in modo coerente e che i suoi obiettivi risultino chiari.
- 1014.8 Nel caso delle malattie psichiche, l'ergoterapia è una parte essenziale del piano terapeutico globale e fa parte della cura dell'affezione in quanto tale, ragion per cui non costituisce un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI.

Consulenza nutrizionale

- 1015.1 Se prescritta dal medico, la consulenza nutrizionale è assunta dall'AI in caso di infermità congenite. L'AI assume al massimo i costi di sei sedute prescritte dal medico curante. Se ne sono necessarie altre, la prescrizione medica può essere rinnovata. Affinché la consulenza continui a essere rimborsata dall'AI dopo una cura di 12 sedute, il medico curante deve inoltrare al competente SMR dell'ufficio AI una proposta debitamente motivata sulla prosecuzione della terapia.
- 1015.2 La consulenza nutrizionale non costituisce un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI.

Euritmia – Euritmia curativa

- 1016 L'euritmia e l'euritmia curativa non sono provvedimenti sanitari riconosciuti dall'AI (art. 12 e 13 LAI).

Lesioni traumatiche dovute alla nascita

- 1017
1/25 Dall'entrata in vigore della revisione dell'ordinanza sulle infermità congenite le lesioni traumatiche dovute alla nascita, come le rotture della milza, del fegato e dei reni, i cefaloe-matomi e le fratture, non sono più considerate infermità congenite. Il n. 499 OIC è stato soppresso e quindi le lesioni traumatiche dovute alla nascita non giustificano più la concessione di provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI. Accertamenti genetici e mitocondriali secondo l'articolo 13 LAI
- 1020.1 Se i disturbi del bambino nonché le analisi cliniche e chimiche di laboratorio indicano la presenza di un'infermità congenita, ma una diagnosi univoca può essere garantita solo con i test genetici, in singoli casi e su indicazione medica l'AI può assumersi i costi per gli accertamenti genetici. L'assicurazione invalidità non può invece farsi carico delle consulenze genetiche, tranne nel caso in cui sia stata essa stessa ad ordinarle.

1020.2 In singoli casi l'AI può assumersi i costi per gli accertamenti genetici su indicazione medica anche nel caso in cui l'infermità congenita sia conosciuta, purché la conferma di una diagnosi chiara oppure più precisa costituisca un presupposto necessario alla cura del bambino. L'AI non assume invece gli accertamenti genetici nel caso in cui l'infermità congenita sia conosciuta, se l'affezione diagnosticata con certezza non è curabile e quindi il suo esame è soltanto di interesse accademico per il medico curante (art. 3^{novies} cpv. 2 lett. b OAI).

Ippoterapia

1021.1 L'ippoterapia è una pratica fisioterapeutica con l'aiuto di animali che prevede l'impiego di cavalli appositamente addestrati. È attuata per tutte le fasce d'età in caso di malattie del sistema nervoso centrale.

1021.2 In caso di paresi cerebrali infantili (N. 390.3) e per la trisomia 21 (N. 489.5) l'ippoterapia è un metodo di cura riconosciuto dall'AI. Per gli assicurati fino al compimento del 20° anno di età essa può essere assunta anche per i disturbi neuromotori *acquisiti*, a condizione che l'articolo 12 LAI sia applicabile.

1021.3 L'ippoterapia deve essere prescritta da un medico ed essere motivata dalla presenza di disturbi rilevabili sotto il profilo neurologico o neuropsicologico, adeguatamente documentati, che influenzano l'acquisizione di capacità e abilità. Nella richiesta di concessione dell'ippoterapia vanno indicati gli obiettivi del trattamento.

1021.4 Il medico che la prescrive deve fornire all'ufficio AI informazioni che documentano e motivano l'obiettivo e il contenuto della terapia, l'entità (frequenza e durata delle sedute) nonché la durata prevista (orizzonte temporale) del trattamento (v. N. 14).

1021.5 I provvedimenti sanitari non possono essere ordinati per una durata indeterminata. Di regola la garanzia di assunzione delle spese dovrebbe essere concessa di volta in

volta per al massimo due anni. Se possibile, i provvedimenti vanno coordinati con i medici curanti (v. N. 14).

- 1021.6 1/22 Le richieste di prolungamento dell'ippoterapia vanno esaminate sulla base dei reperti dettagliati rilevati dal medico, delle loro conseguenze nella vita quotidiana e di un rapporto dettagliato sullo svolgimento della terapia. In particolare, occorre verificare che la terapia sia pianificata in modo coerente e che i suoi obiettivi risultino chiari.
- 1021.7 In merito alle prestazioni dell'AI e alle qualifiche del personale occorre considerare quanto segue:
- durante l'ippoterapia – in quanto forma particolare di fisioterapia – il paziente, contrariamente a quanto avviene per l'equitazione terapeutica, non esercita nessuna influenza attiva sul cavallo;
 - sono riconosciuti dall'AI i centri per l'ippoterapia-K che figurano nell'elenco del Gruppo svizzero per l'ippoterapia-K. L'elenco è disponibile su Internet all'indirizzo <https://hippotherapie-k.org/ital/>. Questi centri fatturano le prestazioni fornite applicando la tariffa della fisioterapia.
- 1021.8 Tutte le altre forme di rieducazione equestre, quali ad esempio l'equitazione terapeutica e l'equitazione pedagogico-curativa, non costituiscono, come già nel passato, provvedimenti sanitari dell'AI ai sensi dell'articolo 13 LAI o provvedimenti sanitari d'integrazione dell'AI ai sensi dell'articolo 12 LAI. Le spese di queste terapie non vengono coperte (v. N. 1043).

Cheratoplastica (trapianto della cornea)

- 1022 Si veda il N. 661/861.2.

Vaccinazioni

- 1023 Di regola l'AI non prende a carico le vaccinazioni, anche se sono di carattere "terapeutico".

1023.1 1/22 Il vaccino Synagis® va preso a carico all'inizio della stagione RSV nei casi elencati di seguito.

N. 247 OIC-DFI:

- Bambini al di sotto dei 12 mesi affetti da una displasia broncopolmonare (BPD) che ha richiesto un trattamento (ossigeno, diuretici, corticosteroidi). Il gruppo interdisciplinare composto da membri del Gruppo di infeziologia pediatrica svizzero, della Società svizzera di pneumologia pediatrica, della Società svizzera di cardiologia pediatrica e della Società svizzera di neonatologia raccomanda la somministrazione del vaccino solo presso i bambini affetti da BPD **grave** secondo la definizione di Jobe et al. 2011⁴. Qualora non rispetti questa raccomandazione, il medico curante deve giustificare il beneficio della vaccinazione Synagis®.

N. 313 OIC-DFI:

- Bambini fino a due anni affetti da una malformazione cardiaca non corretta, emodinamicamente significativa e connessa a fattori di rischio (malformazione cianogena, ipertensione polmonare grave secondaria a cardiopatia, insufficienza cardiaca manifesta). Prescrizione unicamente da parte del pediatra o del cardiologo.

1023.2 1/22 Attualmente il vaccino Synagis® non è omologato da Swissmedic per altre infermità congenite ai sensi dell'AI. Un suo impiego per esempio in caso di agenesia parziale congenita o ipoplasia congenita dei polmoni (n. 243 OIC-DFI), malformazioni congenite del diaframma (n. 281 OIC-DFI), immunodeficienza congenita (n. 326 OIC-DFI) o altre malformazioni congenite ai sensi dell'AI costituisce un *off-label-use* e deve essere dunque valutato (v. N. 1214 segg.).

⁴ A. H. Jobe, E. Bancalari, «Bronchopulmonary dysplasia», in *Am J Respir Crit Care Med*, 2001, vol. 163, pagg. 1723–1729.

- 1023.3 I costi sono presi a carico solo se l'AI ne ha preventiva-
1/22 mente approvato il rimborso.

Medicina complementare (quali agopuntura, omeopatia ecc.)

- 1024 v. N 1212

Laminectomia

- 1025 La laminectomia effettuata in caso di ernia discale (ernia del disco intervertebrale) così come l'innesto osseo che la completa rientrano nella cura dell'affezione in quanto tale e non sono quindi a carico dell'AI (v. N. 736/936.4 e 736/936.5; RCC 1963 pag. 416 e RCC 1969 pag. 416; DTF 104 V 77).

Logopedia (ortofonia, terapia della dislessia/discalcolia, metodo verbotonale Tomatis [audio-psico-fonologia])

- 1026 Dal 1° gennaio 2008, data dell'entrata in vigore della Nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC), i provvedimenti di natura pedagogico-terapeutica – tra cui la pedagogia curativa in ambito clinico e scolastico, la logopedia, la psicomotricità, l'educazione precoce nonché i provvedimenti di pedagogia sociale e quelli attuati nelle scuole speciali – sono di competenza dei Cantoni.

Pompa tiralatte, latte materno

- 1027 Nonostante l'esistenza di numerosi preparati di latte in pol-
1/25 vere di elevata qualità, l'alimentazione dei neonati e dei lattanti deve avvenire per quanto possibile tramite il latte materno. Per determinati gruppi di pazienti e quadri clinici un'alimentazione con il latte materno è da preferire per motivi rilevanti dal punto di vista medico. Per tale ragione, nel caso di determinate infermità congenite (v. N. 278, 282.2 e 494.6), come pure in quello di tutte le altre infermità conge-

nite per le quali per chiari motivi medici è preferibile l'alimentazione tramite latte materno. L'assunzione delle spese per il noleggio o l'acquisto di una pompa tiralatte è regolata nell'EMAp. Per la consulenza per l'allattamento si veda il N. 1041.

Musicoterapia

- 1028 La musicoterapia non costituisce un provvedimento sanitario riconosciuto scientificamente (RCC 1988 pag. 487).

Chirurgia plastica e ricostruttiva (art. 12 LAI) e cicatrici (art. 13 LAI)

- 1029.1 Gli interventi di chirurgia plastica possono essere assunti dall'AI come provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI, se eliminano postumi stabilizzati che cagionano una diminuzione sostanziale della capacità al guadagno (Invalidità, art. 8 LPGA; v. N. 721/921 seg.).
- 1029.2 L'esistenza di un danno sostanziale dal punto di vista medico deve essere determinata in modo appropriato (p. es. mediante fotografie o invitando l'assicurato a presentarsi; v. N. 33).
- 1029.3 Gli interventi di chirurgia plastica del seno non sono provvedimenti d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI (RCC 1977 pag. 124).
- 1029.4 1/22 Gli interventi di chirurgia plastica per correggere cicatrici conseguenti a interventi effettuati in virtù degli articoli 12 e 13 LAI e assunti dall'AI sono a carico dell'AI.

Provvedimenti pedagogico-terapeutici

- 1030 1/22 Dal 1° gennaio 2008, data dell'entrata in vigore della NPC, i provvedimenti di natura pedagogico-terapeutica (tra cui l'educazione precoce e la pedagogia curativa) sono di competenza dei Cantoni (v. anche N. 1026).

Trapianti di organi

- 1031.1 I trapianti di organi servono esclusivamente a mantenere in vita e non sono quindi presi a carico dall'AI, salvo se hanno lo scopo di curare assicurati fino al compimento dei 20 anni affetti da un'infermità congenita. La scientificità del provvedimento deve essere provata (v. N. 1218).
- 1031.2.1 Nel caso dei trapianti da donatore vivente, l'AI assume anche i costi dell'intervento per prelevare l'organo da trapiantare, in virtù dell'articolo 3 LPGA e dell'articolo 13 LAI.
- 1031.2.2 L'AI versa inoltre un indennizzo al donatore vivente per la perdita di guadagno complessiva subita. Non trattandosi di un'indennità giornaliera, il donatore non deve presentare una richiesta di prestazioni AI.
- 1031.2.3 L'AI prende a carico anche un adeguato risarcimento delle altre spese del donatore vivente, come le spese di viaggio, i costi degli accertamenti volti a stabilire l'idoneità del donatore e i costi del ricorso a personale ausiliario retribuito, in particolare il personale domestico o di assistenza (art. 14 della legge sui trapianti, art. 12 dell'ordinanza sui trapianti).
- 1031.2.4 Nel caso delle donazioni da donatore vivente connesse con un'infermità congenita, l'AI assume i costi del controllo successivo dello stato di salute del donatore fino al compimento del 20° anno d'età del ricevente.

Osteosintesi

- 1032 Le osteosintesi in caso di fratture nonché di ritardi nella consolidazione o di pseudoartrosi fanno parte della cura dell'infortunio e non sono provvedimenti d'integrazione dell'AI ai sensi dell'articolo 12 LAI.

Osteotomia compresa l'osteotomia correttiva

- 1033.1 Se sussiste una notevole differenza nella lunghezza delle gambe quale conseguenza di disturbi della crescita l'osteotomia, volta ad eliminare tale ineguaglianza, può essere considerata un provvedimento sanitario d'integrazione

dell'AI ai sensi dell'articolo 12 LAI (v. anche N. 1013). Ciò vale però solo se nessun altro provvedimento più semplice (p. es. rialzamento del tacco) è adatto allo scopo.

- 1033.2 Per quanto riguarda le osteotomie che servono a migliorare le gambe a O (ginocchia vare inclusa crura vara) e le gambe a X (ginocchia valghe), si veda il N. 738/938.3.
- 1033.3 Le osteotomie correttive non sono di regola considerate provvedimenti sanitari d'integrazione dell'AI ai sensi dell'articolo 12 LAI (v. N. 733/933.1 segg.).

Fisioterapia secondo gli articoli 12 e 13 LAI

- 1035.1
1/22 La fisioterapia può essere impiegata quale provvedimento sanitario d'integrazione a tempo determinato per la cura di un danno alla salute che compromette in modo sostanziale la capacità al guadagno ai sensi dell'articolo 12 LAI. Essa è considerata tale solo quando si distingue nettamente dal trattamento vero e proprio dell'affezione primaria e mira direttamente all'integrazione professionale (v. N. 60 e 65).
- 1035.2
1/22 La fisioterapia prescritta nel quadro di provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI va disposta in base alle direttive del N. 14. La fisioterapia prescritta nel quadro dei provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI va disposta in base alle direttive dei N. 35 segg. In questo caso per la fisioterapia e per gli altri provvedimenti sanitari deve essere concessa una garanzia di copertura delle spese.
- 1035.3 La fisioterapia deve essere prescritta da un medico ed essere motivata dalla presenza di disturbi rilevabili sotto il profilo neurologico e motorio, adeguatamente documentati, che influenzano il miglioramento o la conservazione di capacità e abilità. Nella richiesta di concessione della fisioterapia vanno indicati gli obiettivi del trattamento.
- 1035.4 Il medico che la prescrive deve fornire all'ufficio AI informazioni che documentano e motivano l'obiettivo e il contenuto

della terapia, l'entità (frequenza e durata delle sedute) nonché la durata prevista (orizzonte temporale) del trattamento (v. N. 14).

- 1035.5 I provvedimenti sanitari non possono essere ordinati per una durata indeterminata. La durata per la fisioterapia in caso di infermità congenite secondo l'articolo 13 LAI è stabilita conformemente al N. 14 e quella per i provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI conformemente al N. 35.2. Se possibile, i provvedimenti vanno coordinati con i medici curanti (v. N. 14).
- 1035.6 In caso di cure a domicilio bisogna richiedere una motivazione al medico che le ha prescritte. Le spese possono essere assunte solo se le cure a domicilio sono rese necessarie da un motivo rilevante dal punto di vista medico direttamente connesso all'affezione riconosciuta dall'AI. Le spese supplementari per cure a domicilio prestate per motivi estranei alla malattia non sono a carico dell'AI.
- 1035.7 Le richieste di prolungamento della fisioterapia vanno esaminate sulla base dei riscontri dettagliati rilevati dal medico, delle loro conseguenze nella vita quotidiana e di un rapporto dettagliato sullo svolgimento della terapia. In particolare, occorre verificare che la terapia sia pianificata in modo coerente e che i suoi obiettivi risultino chiari.
- 1035.8 La fisioterapia effettuata per il trattamento di postumi d'infortunio fa parte della cura dell'infortunio e non costituisce un provvedimento sanitario d'integrazione.
- 1035.9 Nel caso di malattie progressive del sistema nervoso centrale (sclerosi multipla,iringomielia ecc.), la fisioterapia fa parte della cura vera e propria del male e non è a carico dell'AI.
- 1035.10 Il «nuoto fisioterapeutico» può essere preso a carico solo se la terapia è eseguita sotto il controllo di un fisioterapista riconosciuto. Si applicano le medesime prescrizioni di cui al N. 1035.4.

Terapia psicomotoria

- 1036 La terapia psicomotoria quale provvedimento pedagogico-terapeutico non è presa a carico dall'AI (art. 14 cpv. 3 LAI).

Psicoterapia

- 1037.1
1/22 La psicoterapia può essere impiegata quale provvedimento sanitario d'integrazione a tempo determinato per la cura di un danno alla salute che compromette in modo sostanziale la capacità al guadagno ai sensi dell'articolo 12 LAI. Essa è considerata tale solo quando si distingue nettamente dal trattamento vero e proprio dell'affezione primaria e mira direttamente all'integrazione professionale.
- 1037.2 L'AI prende a carico la psicoterapia quale provvedimento sanitario in virtù dell'articolo 13 LAI quando i disturbi psichici sono sintomi o conseguenza diretta di un'infermità congenita (v. N. 11).
- 1037.3 La psicoterapia prescritta nel quadro di provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI va concessa in base alle direttive del N. 14. La psicoterapia prescritta nel quadro di provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI va disposta in base alle direttive dei N. 35 segg. Riguardo ai disturbi psichici acquisiti si vedano i N. 76 e 645–647/845–847.3 segg.
- 1037.4 La psicoterapia deve essere prescritta da un medico ed essere motivata dalla presenza di disturbi rilevabili e adeguatamente documentati. Nella richiesta di concessione della psicoterapia vanno indicati gli obiettivi del trattamento.
- 1037.5 Il medico che la prescrive deve fornire all'ufficio AI informazioni che documentano e motivano l'obiettivo e il contenuto della terapia, l'entità (frequenza e durata delle sedute) nonché la durata prevista (orizzonte temporale) del trattamento (v. N. 14).
- 1037.6 I provvedimenti sanitari non possono essere ordinati per una durata indeterminata. La durata per la psicoterapia in

caso di infermità congenite secondo l'articolo 13 LAI è stabilita conformemente al N. 14 e quella per i provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI conformemente al N. 35.2. Se possibile, i provvedimenti vanno coordinati con i medici curanti (v. N. 14).

- 1037.7 Le richieste di prolungamento della psicoterapia vanno esaminate sulla base dei riscontri dettagliati rilevati dal medico, delle loro conseguenze nella vita quotidiana e di un rapporto dettagliato sullo svolgimento della terapia. In particolare, occorre verificare che la terapia sia pianificata in modo coerente e che i suoi obiettivi risultino chiari.
- 1037.8 Se, nell'ambito della psicoterapia secondo l'articolo 13 LAI, i genitori o gli educatori hanno bisogno di una consulenza che non ha luogo durante la terapia vera e propria – quindi in assenza dell'assicurato –, essa può essere assunta dall'AI. Tale parte della terapia non deve tuttavia superare il 20 per cento dell'insieme della terapia (ossia una seduta su cinque). Le eccezioni devono essere motivate.
- 1037.9 Nell'ambito delle terapie familiari, i genitori possono assistere al trattamento di psichiatria infantile secondo l'articolo 13 LAI del figlio interessato, ma per loro l'AI non può assumere costi separati. L'AI rimborsa le spese soltanto per i provvedimenti sanitari del figlio nel quadro del trattamento di psichiatria infantile.
- 1037.10 Nell'ambito delle terapie familiari, l'AI prende a carico solo i costi dei provvedimenti sanitari, ossia delle sedute di psicoterapia, ergoterapia o fisioterapia dispensate da terapeuti in possesso di un diploma di formazione o di perfezionamento professionale riconosciuto in Svizzera. Non assume invece i costi delle prestazioni di pedagogia speciale e sociale.

Suture secondarie

- 1038 Le suture secondarie di nervi e tendini divenute necessarie dopo una rottura causata da infortunio o dall'ablazione di un tumore costituiscono un tutto con la cura primaria e

fanno quindi parte del trattamento dell'infortunio o del tumore; non sono pertanto provvedimenti sanitari d'integrazione dell'AI (N. 43 segg.).

Spondilodesi

- 1039.1 Un'operazione d'immobilizzazione della regione sacrolombare (effettuata tra l'osso sacro e la colonna lombare inferiore) può essere considerata come provvedimento sanitario d'integrazione.
- 1039.2 Se le alterazioni degenerative della colonna vertebrale sono estese, la spondilodesi fa parte della cura vera e propria del male e non costituisce un provvedimento sanitario d'integrazione dell'AI.

Medicamenti speciali

- 1040.1
1/25 L'assunzione dei costi del sirolimus per il trattamento degli angiofibromi facciali nei pazienti con sclerosi tuberosa può essere presa in considerazione. Rimane tuttavia un impiego *off-label*.

Diacomit® (Stiripentol)

- 1040.2
1/22 Diacomit® è indicato quale terapia supplementare per l'utilizzo combinato con clobazam e valproat in caso di convulsioni in pazienti affetti da epilessia mioclonica grave in età infantile (SMEI, sindrome di Dravet, n. 387 OIC-DFI), i cui attacchi non rispondono in modo adeguato al clobazam e al valproat. L'AI assume i costi per Diacomit® (Stiripentol), se utilizzato nel quadro dell'indicazione riconosciuta come segue:

	Prezzo di fabbrica per la consegna	Prezzo per il pubblico
250 mg caps/bustine 60 pz.	186.60 franchi	230.60 franchi
500 mg caps/bustine 60 pz.	373.20 franchi	444.85 franchi

- 1040.4
1/22 Circadin® (melatonina): sulla base delle conoscenze attuali, l'AI può assumere fino a nuovo ordine i costi della

melatonina (preparazioni magistrali) e/o del Circadin® nel quadro di infermità congenite (art. 13 LAI):

- se il disturbo del sonno è stato ampiamente accertato (almeno un'anamnesi completa, eventualmente diari del sonno) e se lo stesso persiste nonostante l'attuazione di misure di igiene del sonno e di educazione al sonno;
- in particolare nel quadro di affezioni degenerative del sistema nervoso (p. es. n. 383 OIC-DFI), epilessia congenita (n. 387 OIC-DFI), malformazioni del cervello (n. 381 OIC-DFI), bambini con gravi disturbi della vista, che presentano un ritmo biologico incontrollato (p. es. n. 415 OIC-DFI), sclerosi cerebrale tuberosa (n. 481 OIC-DFI) nonché i n. 404 e 405 OIC-DFI.

Va osservato che nello specifico si tratta di utilizzi off-label e che dunque il SMR deve verificare nel singolo caso gli atti dell'assicurato, prima del rilascio di una decisione. In tutti gli altri casi vale l'obbligo di utilizzare i modelli in base alle direttive vigenti (dopo la valutazione e il giudizio del SMR).

1040. Canapa, cannabidiolo (CBD) e preparati a base di THC:
5.1 sono considerati medicinali a base di canapa tutti i pro-
1/22 dotti della canapa utilizzati (fiori, polvere di canapa, estratti
in forma di oli ecc.). In questo contesto va fatta la distin-
zione tra preparati contenenti cannabidiolo (CBD) e quelli
contenenti THC (tetraidrocannabinolo).

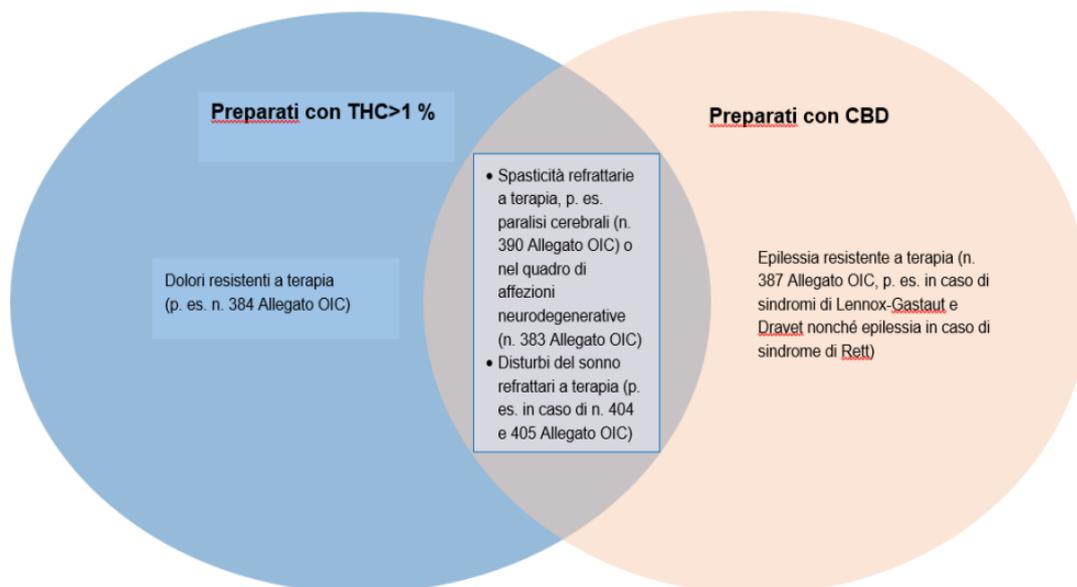
1040. In Svizzera sono attualmente disponibili preparati conte-
5.2 nenti cannabinoidi (v. tabella *Preparati a base di canapa*).
1/25

Tabella: Preparati a base di canapa

Preparati a base di canapa		
	THC > 1 %	CBD (con < 1 % di THC)
Prescrizione medica	Sì	Sì
	Prodotti <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sativex®</i> • <i>Dronabinol (Magistral)</i> • <i>Olio di canapa</i> • <i>Olio sativa</i> • <i>Tintura di canapa</i> 	Prodotti <ul style="list-style-type: none"> • <i>Olio di CBD 2,5 %</i> • <i>Tintura di CBD</i> • <i>Epidyolex®</i>

1040. In base alle conoscenze attualmente disponibili⁵, secondo
 5.3 cui l'efficacia dei prodotti a base di canapa per il tratta-
 1/22 mento di dolori cronici, spasticità e di forme di epilessia re-
 sistenti alle terapie può essere considerata probabile (vi
 sono prove limitate riguardo alla loro efficacia), l'Al può as-
 sumere i costi dei preparati elencati nella precedente ta-
 bella come segue:

1040.
 5.4
 1/22



⁵ P. F. Whiting, R. F. Wolff et al., «Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis», in *JAMA*, 2015 Jun 23-30, vol. 313, n. 24, pagg. 2456–2473.

Nello specifico si tratta comunque di utilizzi off-label e dunque il SMR deve verificare nel singolo caso gli atti dell'assicurato, prima del rilascio di una decisione.

1040. In tutti gli altri casi vale l'obbligo di utilizzare i modelli in
5.5 base alle direttive vigenti (dopo la valutazione e il giudizio
1/22 del SMR).

Consulenza per l'allattamento

- 1041 La consulenza per l'allattamento (non prescritta da un medico) è parte integrante delle prestazioni concesse dall'AOMS in caso di maternità. Stando alla Commissione federale delle questioni d'integrazione sanitaria nell'AI, le consulenti per l'allattamento non sono considerate personale sanitario ausiliario ai sensi dell'articolo 26^{bis} LAI (VSI 2003 pag. 214; v. DTF 136 V 209).

Simpatectomia

- 1042 La resezione di parti del sistema nervoso vegetativo non può essere considerata un provvedimento dell'AI poiché mira sempre a curare uno stato patologico labile, che si tratti di disturbi dell'apparato circolatorio periferico o di una causalgia.

Equitazione terapeutica inclusi equitazione pedagogico-curativa, ponyterapia ecc.

- 1043 Il termine generale di «equitazione terapeutica» comprende diverse forme di terapia, tra cui per esempio l'equitazione pedagogico-curativa, nel contesto delle quali un terapeuta di rieducazione equestre attua provvedimenti di pedagogia, psicologia, psicoterapia, riabilitazione e integrazione sociale. I gruppi target sono costituiti da bambini, giovani e adulti con disturbi dello sviluppo fisico, mentale e sociale oppure disabilità fisiche. L'equitazione terapeutica rientra tra i provvedimenti pedagogico-terapeutici, i quali non sono provvedimenti sanitari ai sensi dell'articolo 14 LAI. I costi di queste forme di terapia non sono assunti

dall'AI. L'equitazione terapeutica in tutte le sue forme va distinta dall'ippoterapia (v. N. 1021).

Timpanoplastica

1044 In rari casi una timpanoplastica può essere assunta come provvedimento dell'AI se non esiste alcun nesso temporale o materiale con una malattia o un infortunio e il provvedimento prescritto può migliorare in modo sostanziale l'udito e quindi la capacità al guadagno dell'assicurato secondo l'articolo 12 LAI.

4a parte

4.1 Portata e attuazione dei provvedimenti

1200 Giusta l'articolo 14 capoverso 1 LAI, i provvedimenti sanitari dell'AI comprendono
1/22

- a. le terapie ambulatoriali od ospedaliere, con i relativi esami, e le cure in ospedale dispensate:
 1. dal medico,
 2. dal chiropratico,
 3. da personale sanitario ausiliario secondo il N. 1202, che effettua prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico (art. 14 cpv. 1 lett. a n. 3 LAI);
- b. le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici o terapeutici prescritti dal medico o dal chiropratico;
- c. i provvedimenti di riabilitazione medica eseguiti o prescritti dal medico;
- d. la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune;
- e. la prestazione effettuata dal farmacista al momento di fornire i medicinali prescritti dal medico secondo la lettera c;
- f. le spese di trasporto necessarie dal profilo medico.

4.2 Cura eseguita da medici o dal personale sanitario ausiliario

- 1201 Sono autorizzati ad attuare i provvedimenti sanitari dell'AI:
- i medici e i dentisti con diploma federale o con un diploma estero equivalente, riconosciuto dalla FMH o dalla SSO;
 - le persone autorizzate da un Cantone ad esercitare la loro professione in virtù di un attestato scientifico, ma soltanto per i provvedimenti compiuti nei limiti delle competenze riconosciute dall'autorizzazione;
 - i chiropratici (conformemente all'art. 44 OAMal).
- 1202 Il personale sanitario ausiliario con diploma riconosciuto in infermieristica, fisioterapia, ergoterapia, consulenza nutrizionale o psicoterapia che adempie le prescrizioni cantonali relative all'esercizio della sua professione è ugualmente autorizzato – ma unicamente su prescrizione medica – ad attuare provvedimenti sanitari.
- 1203 Se la cura è affidata a personale sanitario ausiliario esercitante a titolo indipendente, occorre una prescrizione scritta del medico che sorveglia l'attuazione dei provvedimenti corrispondenti la quale indichi inizio, durata, tipo e volume dei provvedimenti da attuare. Bisogna inoltre precisare che i provvedimenti prescritti concernono prestazioni dell'AI. Se la cura è eseguita da *personale sanitario ausiliario che esercita a titolo dipendente*, il medico che prescrive il provvedimento sanitario è responsabile della sua corretta attuazione.
- 1204 In ogni caso l'ufficio AI deve assicurarsi che la persona esercitante un'attività paramedica sia in possesso di una regolare autorizzazione ad esercitare rilasciata dalle autorità cantonali.

4.3 Consegna di medicinali, mezzi e apparecchi ed esecuzione di analisi

- 1205.1
1/25 Per quanto concerne i mezzi e gli apparecchi, come pure le analisi di laboratorio, gli uffici AI fanno riferimento agli elenchi validi per l'assicurazione malattie (EMAp ed EA, allegati 2 e 3 OPre) al fine di valutare l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità (criteri EAE) delle prestazioni in mancanza di una convenzione tariffale.
- 1205.2
1/25 Per le richieste di rimborso di mezzi, apparecchi o analisi di laboratorio che non figurano negli elenchi in questione o non rispettano le limitazioni o i prezzi ivi previsti, la prestazione può essere considerata come indicata dal punto di vista medico se prescritta da un medico specialista (p. es. uno pneumologo). Per i mezzi e gli apparecchi questo vale sia per le prestazioni di servizio (p. es. il servizio di picchetto 24 ore su 24) che per gli apparecchi (p. es. per le terapie ad alto flusso), gli apparecchi di riserva (soccorso in caso di guasto) e i materiali di consumo. Gli uffici AI devono dunque verificare caso per caso che non siano disponibili alternative equivalenti conformi alle disposizioni dell'EMAp o dell'EA e che la prestazione prescritta rispetti i criteri EAE. Se del caso, in virtù dell'articolo 27^{bis} LAI possono rifiutare di rimborsare la prestazione in questione. Prima di prendere una tale decisione, gli uffici AI devono accordare agli assicurati un periodo transitorio durante il quale la prestazione continua a essere rimborsata. Questa regola vale in particolare per i mezzi e gli apparecchi che non rientrano né nei mezzi ausiliari né negli apparecchi di trattamento dell'AI.
- 1206 L'assicurazione prende a carico, i medicinali e le specialità farmaceutiche riconosciute dal punto di vista medico-scientifico e che permettono di ottenere un successo nell'ambito dell'integrazione in modo semplice ed adeguato.
- 1207 Per i medicinali e le specialità farmaceutiche figuranti negli elenchi determinanti per l'assicurazione malattie (Elenco dei medicinali con tariffa [EMT], Elenco delle

specialità [ES] ed Elenco delle specialità per le infermità congenite [ES-IC]), le condizioni summenzionate sono considerate come adempiute.

- 1209 La consegna di medicinali e l'esecuzione di analisi necessitano di una prescrizione scritta di un medico diplomato sulla quale devono figurare cognome e numero AVS del paziente e l'indicazione «riguarda l'AI».
- 1210 L'AI non prende a carico prodotti alimentari, alimenti dietetici, vini fortificanti ed elisir, liquori, acque minerali, preparati a base di lievito fresco, cosmetici e simili, anche se prescritti da un medico (eccezione: v. Elenco dei prodotti dietetici).
- 1211 Per quanto riguarda le limitazioni contenute nell'ES e nell'ES-IC e applicate alla consegna di medicinali, nell'ambito dell'AI vale quanto segue:
1. le *limitazioni quantitative* (limitazione della grandezza della confezione o del numero di punti per un determinato prodotto o per un gruppo di prodotti) non devono essere prese in considerazione;
 2. le limitazioni di precise indicazioni sono di regola da osservare;
 3. le *garanzie speciali riguardanti le spese*, previste dall'ES in casi isolati, non sono richieste nell'ambito dell'AI.
- 1212 Dal 1° agosto 2017 le terapie di medicina complementare elencate qui di seguito sono prese a carico anche dall'AI alle stesse condizioni e con gli stessi oneri definiti nell'AOMS e nell'OPre: agopuntura, medicina antroposofica, terapia medicamentosa della medicina tradizionale cinese (MTC), omeopatia classica, fitoterapia e terapia del campo di disturbo (terapia neurale secondo Huneke).
- 1213 La condizione per la presa a carico da parte dell'AI è che la terapia di medicina complementare richiesta sia riconosciuta secondo l'AOMS e l'OPre e praticata da medici titolari di un attestato di perfezionamento nel relativo campo di medicina complementare come definito nell'OPre, riconosciuto dalla pertinente società medica.

4.3.1 Rimborso di medicinali nel singolo caso (richieste per medicinali *off-label-use*)

4.3.1.1 Principi

- 1214.1
1/22 Un medicinale non omologato in Svizzera e non ammesso né nell'ES né nell'ES-IC oppure impiegato al di fuori delle indicazioni ammesse o delle limitazioni dell'ES o dell'ES-IC può essere eccezionalmente rimborsato, purché le condizioni per il rimborso nel singolo caso siano adempiute.
- 1214.2 Per il rimborso di medicinali nel singolo caso (nel quadro di un impiego *off-label-use*) si applicano per analogia le disposizioni d'esecuzione relative alla LAMal concernenti il rimborso di medicinali nel singolo caso (art. 14^{ter} cpv. 3 LAI in combinato disposto con l'art. 3^{decies} OAI). Nell'ambito della LAI si applicano dunque le stesse regole previste nella LAMal (art. 71a–71d OAMal).
- 1214.3 Per la verifica degli incarti si applicano le condizioni giusta gli articoli 71a capoverso 1 (*off-label-use* e *off-limitation-use*), 71b (medicamenti *hors-liste*), 71c (*unlicensed-use*) e 71d OAMal, vale a dire:
- l'impiego del medicinale promette un elevato beneficio terapeutico contro una malattia che può avere esito letale per l'assicurato o può provocare danni gravi e cronici alla sua salute e, a causa della mancanza di alternative terapeutiche, un altro trattamento omologato efficace non è disponibile;
 - i costi assunti devono essere proporzionati al beneficio terapeutico.
- 1214.4
1/22 Tutte le infermità congenite secondo l'articolo 13 LAI sono considerate malattie che possono avere esito letale per l'assicurato o provocare danni gravi e cronici alla sua salute. Le condizioni menzionate all'articolo 71a capoverso 1 lettera b OAMal sono dunque considerate soddisfatte in

generale per tutte le infermità congenite secondo l'articolo 13 LAI e il loro adempimento non deve essere verificato ulteriormente.

- 1214.5
1/22 Nel caso dei medicinali omologati soltanto per gli adulti, l'esame del rimborso nel singolo caso deve essere incentrato in primo luogo sulla questione della sicurezza del medicamento per i minorenni

4.3.1.2 Procedura

- 1215.1
1/22 Per il rimborso di medicinali nel singolo caso il medico richiedente deve compilare imperativamente il modulo di richiesta «Richiesta di assunzione dei costi per medicinali *off-label-use* da parte dell'AI» (v. Allegato 5 e relativo sito Internet).
- 1215.2
1/22 Di regola, per la valutazione dei benefici di medicinali *off-label-use* occorre utilizzare i modelli di valutazione dei benefici «OLUtool NonOnko» e «OLUtool Onko» (in tedesco e francese) della Società svizzera dei medici di fiducia e dei medici assicurativi (<https://www.vertrauensaerzte.ch/expertcom/71kvv/updmay18/>). Questi prevedono che siano presi in considerazione sia gli studi clinici tratti dalla letteratura scientifica (anche per le malattie rare) che il singolo caso. In base a questi strumenti, mediante la valutazione degli studi (definizione del punteggio e affinamento con punti bonus e malus) si determinano dapprima i benefici dal punto di vista clinico in base a quattro categorie (da A a D). In una seconda tappa si procede alla valutazione della situazione individuale del paziente e, se del caso, si adegua la classificazione. La terminologia da utilizzare per la valutazione dei benefici è disponibile (in tedesco e francese) al link seguente: «SGV - Glossar wichtiger Begriffe bei onkologischen Studien» (www.vertrauensaerzte.ch/expertcom/olunoncology/glossar.html).
- 1215.3
1/22 Tutte le richieste devono essere valutate dal competente SMR quali singolo caso. L'elenco interno di tutte le racco-

mandazioni formulate tenuto dall'UFAS (v. N. 1215.5) fornisce uno strumento di lavoro e un aiuto per le decisioni. Le richieste presentate regolarmente sono appositamente contrassegnate.

1215.4 1/22 Dopo essere stati verificati e valutati dal SMR (v. N. 1215.2), gli incarti di medicinali *off-label-use*⁶, medicinali *off-limitation-use*⁷, medicinali *hors-liste*⁸ nonché di importanti preparati *unlicensed-use*⁹ devono essere sottoposti all'UFAS. Quest'ultimo stabilisce l'ammontare del rimborso, proporzionato ai benefici, d'intesa con il titolare dell'omologazione e formula raccomandazioni in merito all'assunzione dei costi o al rifiuto della richiesta di rimborso del medicamento all'attenzione dell'ufficio AI competente.

1215.5 1/22 L'UFAS tiene un elenco di tutte le raccomandazioni formulate finora. In esso vengono rilevati i parametri seguenti:

- numeri Allegato OIC-DFI;
- diagnosi/indicazione;
- raccomandazione all'attenzione dell'ufficio AI competente;
- indicazione del prezzo eventualmente fissato (in funzione dell'accordo di confidenzialità con il titolare dell'omologazione; ev. semplice indicazione dell'esistenza di un modello di prezzo).

1215.6 1/22 Sono escluse dall'obbligo di presentazione all'UFAS

⁶ Art. 71a cpv. 1 OAMal: il medicamento è omologato in Svizzera per un impiego che non rientra nell'informazione professionale approvata da Swissmedic (indicazioni, dosaggio ecc. diversi).

⁷ Art. 71a cpv. 1 OAMal: il medicamento è ammesso nell'ES e soggetto a limitazioni. L'impiego avviene al di fuori di queste limitazioni.

⁸ Art. 71b cpv. 1 OAMal: il medicamento è omologato in Svizzera ma non è ammesso nell'ES per un impiego che rientra o non rientra nell'informazione professionale di Swissmedic.

⁹ Art. 71 c cpv. 1 OAMal. il medicamento non è ancora o non è più omologato in Svizzera, ma può essere importato dall'estero come medicamento pronto per l'uso, se omologato da uno Stato per la relativa indicazione.

- le valutazioni delle richieste per medicinali *off-label-use* per un costo annuo pari al massimo a 5 000 franchi.

Tutte le decisioni che prevedono il rifiuto della richiesta vanno presentate all'UFAS.

1215.7
1/22 Al fine di garantire la parità di trattamento, gli uffici AI sono però tenuti a documentare in un elenco tutte le decisioni riguardanti medicinali *off-label-use* di loro competenza non presentate all'UFAS e a presentarle a quest'ultimo al 31 dicembre di ogni anno. L'UFAS informa gli uffici AI sugli elementi che devono essere riportati nell'elenco.

4.4 Apparecchi di cura

- 1216 Se sono necessari apparecchi di cura per l'attuazione di provvedimenti sanitari accordati dall'AI (p. es. inalatori, occhiali correttivi di anomalie congenite della vista, nebulizzatori, apparecchi per distillare e cuscini di gomma piuma in caso di mucoviscidosi, sfere e tappeti nonché, ad es. in caso di gravi disturbi motori come la paralisi cerebrale, Ha-verich a tre ruote), le relative spese vanno a carico dell'AI giusta gli articoli 12–13 LAI.
- 1217 Gli oggetti collocati all'interno del corpo fanno parte del trattamento medico e sono a carico dell'AI nei limiti delle convenzioni tariffali esistenti se il trattamento medico stesso è da considerare provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi degli articoli 12 e 13 LAI.
- 1218 Gli apparecchi per la cura sono utilizzati su prescrizione medica; eventualmente sarà necessario presentare un preventivo delle spese vistato dal medico. Devono essere consegnati apparecchi semplici e adeguati. Qualora l'uso ulteriore di un simile apparecchio sia possibile e ragionevole, la consegna è fatta in prestito. Se possibile, gli apparecchi che saranno presumibilmente usati soltanto per poco tempo devono essere noleggiati. Le disposizioni relative alla consegna di mezzi ausiliari si applicano per analogia

(p. es. proprietà, apparecchi più cari del modello usuale, noleggio, uso ulteriore ecc.). I respiratori devono essere affittati presso una Lega cantonale dell'Associazione svizzera contro la tubercolosi e le malattie polmonari. Se l'apparecchio sarà utilizzato presumibilmente per almeno tre anni, l'assicurato può diventarne proprietario.

- 1218.1
1/25 Mollii® Suit: i dati scientifici finora disponibili non permettono di trarre conclusioni sull'efficacia della tuta Mollii®. La metodologia e l'impostazione degli studi disponibili sono di qualità media (serie di casi, nessun confronto tra diverse terapie). Nell'unico studio randomizzato disponibile si giunge alla conclusione che la tuta Mollii® non ha avuto effetti né sulla spasticità né sulla gamma di movimento passiva. Inoltre, l'effetto della tuta sull'atassia non è stato studiato.
- Si tratta quindi di una terapia ancora in fase sperimentale per la quale non è dimostrata l'efficacia o non sono soddisfatti i criteri.

4.5 Efficacia, appropriatezza ed economicità del metodo di cura

- 1219
1/22 I provvedimenti sanitari dell'AI devono essere efficaci, appropriati ed economici (art. 14 cpv. 1 LAI). L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici, vale a dire che la preponderanza dei benefici nel rapporto danni-benefici deve essere stata comprovata in modo riproducibile in studi clinici. Nel caso di malattie rare, si tiene conto della prevalenza delle medesime. Per i provvedimenti sanitari d'integrazione si vedano però i N. 33.2 segg.

4.6. Cura in un ospedale

- 1220.1 È considerato cura in un ospedale (degenza) il provvedimento sanitario attuato da un medico, da personale sanitario ausiliario o da personale sufficientemente specializzato in un istituto dotato delle installazioni sanitarie necessarie e la cui durata supera di regola le 24 ore (v. N. 1232).

- 1220.2 Per decidere se concedere cure a domicilio o in un ospedale, si deve tenere adeguatamente conto della proposta del medico curante e delle condizioni personali dell'assicurato (art. 14 cpv. 4 LAI). Le condizioni personali non sono determinanti.
- 1220.3 L'assunzione delle spese di soggiorno in un ospedale o in una clinica di riabilitazione non entra in considerazione se il trattamento vero e proprio potrebbe essere eseguito ambulatorialmente con il medesimo risultato.

Non avendo carattere terapeutico, le cure di base giornaliere non costituiscono un provvedimento di cura (DTF 136 V 209 segg.).

- 1220.4 Se la degenza in un ospedale o in una clinica di riabilitazione serve per l'attuazione contemporanea di provvedimenti sanitari e di altri provvedimenti dell'AI (p. es. le cure prestate agli assicurati grandi invalidi), l'AI prende a suo carico le spese per il ricovero conformi alle tariffe, a condizione però che i provvedimenti sanitari – anche se rappresentano solo una parte dei provvedimenti – siano attuati in un istituto di cura.

Esempi

Un minorenne affetto da grande invalidità di grado elevato che ha bisogno durevolmente di cure che possono essere dispensate soltanto nell'ambito ospedaliero (p. es. perfusioni endovenose) ha diritto alla copertura di tutte le spese ospedaliere.

D'altra parte, un assicurato affetto da paralisi cerebrale che è ricoverato in un ospedale per bambini e, oltre all'istruzione scolastica completa, segue una fisioterapia di 40 minuti al giorno, ha diritto unicamente al trattamento fisioterapeutico, che va rimborsato come provvedimento ambulatoriale.

- 1220.5 Se, nell'ambito della cura medica, i genitori assumono un compito sanitario ausiliario e per ragioni valide (p. es. ma-

lattia, riposo per ordine del medico) non possono provvisoriamente curare l'assicurato, l'AI può prendere a suo carico le spese di una cura ambulatoriale od ospedaliera temporaneamente necessaria. L'assunzione di tali spese non è tuttavia da prendere in considerazione se le cure prestate dai genitori si limitano alla normale assistenza e sorveglianza in funzione dell'età del figlio.

- 1220.6 Se l'assunzione dei costi di una cura spetta sia alla cassa malati che all'AI, per stabilire l'istituzione competente è determinante il trattamento originario alla base delle cure nel loro insieme.

Esempio: dopo la nascita in ospedale, un bambino trascorre alcuni giorni nel reparto di maternità, fino a quando viene dimesso assieme alla madre. In fase prenatale era stata ipotizzata una displasia dei reni (n. 342 OIC-DFI). La diagnosi è confermata da un'ecografia all'addome eseguita il terzo giorno di vita. In seguito saranno necessari ulteriori controlli, ma durante la degenza ospedaliera in questione non si rendono necessari altri provvedimenti. Le cure ospedaliere non sono a carico dell'AI, sebbene sia stata diagnosticata un'infermità congenita ai sensi dell'AI, poiché la degenza è da ricondurre alla nascita. È prioritaria la normale assistenza del neonato e della madre, necessaria anche in assenza di infermità congenite.

- 1220.7 È eventualmente possibile ripartire le spese nel tempo. L'AI può assumere ad esempio le spese per la cura dell'infermità congenita a partire dal momento in cui la cura di una malattia non riconosciuta quale infermità congenita è terminata o non è più predominante.
- 1220.8 Se la cura di una malattia o di un infortunio è aggravata o prolungata dalla presenza di un'infermità congenita, le eventuali spese supplementari non vengono assunte dall'AI (v. anche N. 13). La questione della competenza deve essere determinata in funzione dei provvedimenti sanitari presi in considerazione. Nel caso della cura di una malattia o di un infortunio e non (direttamente) di un'infermità congenita, l'AI non è tenuta a fornire prestazioni.

- 1220.9 Se un assicurato che non soggiorna né in un ospedale né in una clinica di riabilitazione, ma per esempio in un albergo o in un alloggio per genitori dell'ospedale, ha bisogno di una cura intensiva che va eseguita sotto sorveglianza medica e non può essere effettuata ambulatorialmente nel luogo di domicilio, l'assicurazione rimborsa un viatico conformemente all'articolo 90 capoverso 4 OAI. Le spese della persona che lo accompagna non vengono rimborsate. Per quanto riguarda le spese di cura, si veda il N. 1009.
- 1220.10 In caso di degenza in un ospedale o in una clinica di riabilitazione, l'AI assume di regola soltanto le spese di cura conformi alla tariffa applicata nel *reparto comune*. Per la persona che accompagna l'assicurato, l'assicurazione non rimborsa le spese. Se la cura è eseguita nel reparto privato, l'assicurato ha diritto soltanto al rimborso delle spese conformemente alla tariffa del reparto comune.
- 1220.11 Se per motivi di organizzazione interna (p. es. a causa della mancanza di camere di isolamento) un ospedale o una clinica di riabilitazione non può eseguire il trattamento nel reparto comune, le spese supplementari che ne derivano non sono né a carico dell'AI né dell'assicurato.
- 1220.12 Se esiste una convenzione tariffale con un ospedale o una clinica di riabilitazione che non contiene disposizioni contrarie, si può considerare che la struttura in questione dispone di un reparto comune.
- 1220.13 Se, nel caso di istituti che non hanno stipulato una convenzione, non è chiaro se la prevista degenza dell'assicurato venga considerata come soggiorno nel reparto comune, bisogna informarsi prima di prendere la decisione. In caso di dubbio gli atti devono essere sottoposti per parere all'UFAS.
- 1220.14 Per quanto riguarda un eventuale contributo per le spese di vitto e alloggio in caso di provvedimenti d'accertamento o d'integrazione di durata superiore a 90 giorni, si veda la CGI.

4.7 Cura ambulatoriale

- 1221.1 Un trattamento medico eseguito in un ospedale o in una clinica di riabilitazione è definito ambulatoriale se l'assicurato trascorre a casa la notte che precede e quella che segue il trattamento (v. N. 1220.1).

4.8 Cura a domicilio

- 1221.1 1/22 Una cura a domicilio (p. es. fisioterapia a casa dell'assicurato o servizio Spitex) deve essere prescritta da un medico. La prescrizione deve contenere un motivo rilevante dal punto di vista medico a sostegno della necessità di eseguire la cura a domicilio. Motivi di ordine pratico quali l'assenza di mezzi di trasporto per recarsi presso un agente esecutore adeguato o il problema dell'organizzazione familiare non sono connessi all'infermità e non sono sufficienti a giustificare un'assunzione delle spese per la cura a domicilio.
- 1221.2 In caso di provvedimenti sanitari attuati ambulatorialmente, l'Al rimborsa, oltre alle spese per la cura e i medicinali, le spese per il personale sanitario nella misura in cui sono necessarie per assicurare la cura a domicilio nell'ambito dei provvedimenti sanitari assunti dall'Al. L'Al può assumere i costi dell'alimentazione parenterale a domicilio (APD) (v. N. 23.4, tabella 2 «Esami e cure 1»; lettera circolare n. 308, prestazioni Spitex per i bambini giusta l'articolo 13 LAI in combinato disposto con l'articolo 14 LAI).
- 1221.3 Se un assicurato ha bisogno delle cure di terzi nel luogo dove è eseguito il trattamento (p. es. in uno studio medico), questa prestazione fa parte del provvedimento sanitario come tale e non può essere fatturata separatamente.

4.9 Provvedimenti sanitari attuati all'estero

4.9.1 Condizioni

- 1222.1
1/25 I provvedimenti sanitari per gli assicurati domiciliati in Svizzera sono attuati in Svizzera e soltanto in casi eccezionali all'estero. Questi casi vanno sottoposti per esame all'UFAS (v. anche Allegato 3). Restano riservati i casi dei cittadini svizzeri assicurati all'AI domiciliati all'estero, i cittadini stranieri assicurati facoltativamente all'AI domiciliati all'estero nonché le regolamentazioni internazionali speciali.
- 1222.2 Si possono eccezionalmente erogare prestazioni assicurative all'estero (art. 23^{bis} OAI) se
- 1222.3 – causa la particolarità e la rarità dei provvedimenti sanitari, manca in Svizzera un istituto di cura adeguato o il personale specializzato;
- 1222.4 – i provvedimenti sanitari si impongono d'urgenza durante un soggiorno provvisorio dell'assicurato all'estero. Nessun motivo di ordine medico si deve tuttavia opporre a un tale soggiorno all'estero. I provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI (N. 30 segg.) non sono mai interventi d'emergenza in quanto si tratta di uno stato terminale stabilizzato;
- 1222.5
1/23 – *motivi rilevanti* rendono necessaria l'attuazione di provvedimenti sanitari all'estero. Questi motivi sussistono in particolare se la continuazione o la conclusione del trattamento presso il medesimo medico è possibile soltanto all'estero o nel caso di un soggiorno lavorativo o formativo (p. es. soggiorno linguistico, anno di scambio) all'estero di una certa durata.
1222.
5.1 Secondo la giurisprudenza, sono ritenuti validi secondo l'articolo 23^{bis} capoverso 3 OAI soltanto i motivi di notevole importanza, valutati tali dal punto di vista della prognosi (DTF 143 V 190 consid. 7.2, 110 V 99 consid. 2).

Ad esempio, nel caso di un'operazione complicata, il fatto che una clinica specializzata all'estero abbia maggiore esperienza nell'ambito in questione non implica di per sé l'applicazione dell'articolo 23^{bis} capoverso 3 OAI.

- 1222.5.2 Per contro, se la malattia è particolarmente rara, tanto che lo specialista che lavora in Svizzera non vi è quasi mai stato confrontato, e la sua cura richiede una diagnosi precisa, l'articolo 23^{bis} capoverso 3 OAI è applicabile secondo la prassi (SVR 2007 IV n. 12 pag. 43, I 120/04). Questo include, tra l'altro, la cooperazione transfrontaliera con istituti specializzati in casi di malattie rare.

I motivi possono essere ritenuti validi anche nel caso in cui le terapie disponibili in Svizzera non abbiano avuto successo (SVR 2007 IV n. 12 pag. 43, I 120/04 consid. 4.2.1).

- 1222.5.3 La possibilità di sottoporsi a un trattamento all'estero è subordinata a una precedente raccomandazione motivata da parte di un medico.

- 1222.6 I provvedimenti sanitari d'integrazione attuati all'estero devono essere efficaci, appropriati ed economici e il loro carattere scientifico deve essere riconosciuto in Svizzera (art. 23^{bis} cpv. 1 OAI).

4.9.2 Estensione delle prestazioni assicurative

4.9.2.1 Spese di cura

- 1223 Nel caso di provvedimenti che non sono disponibili in Svizzera (N. 1222.2) e di trattamenti d'emergenza ai sensi dell'articolo 23^{bis} capoverso 2 OAI, l'AI accorda per principio la copertura completa delle spese.
- 1224 Nei casi previsti al N. 1222.5, le prestazioni dell'AI sono limitate alle spese che potrebbero derivare dalla cura nel reparto comune del più vicino ospedale cantonale e, nel caso di interventi più impegnativi, nella più vicina clinica universitaria (o in un ospedale pediatrico equivalente). Per quanto

riguarda le cure ambulatoriali vanno applicate come limite massimo le tariffe valide in Svizzera.

4.9.2.2 Spese di trasporto compreso il viatico

- 1225 Sono rimborsate le spese di trasporto necessarie con un mezzo di trasporto adeguato allo stato di salute dell'assicurato. Se il trattamento è urgente, si dovrà tenere conto in modo adeguato anche delle spese necessarie per il rientro in Svizzera.
- 1226 Nei casi previsti al N. 1222.5 possono essere rimborsate soltanto le spese necessarie corrispondenti a quelle sostenute per un trattamento analogo nel più vicino istituto di cura svizzero.
- 1227 L'importo del rimborso delle spese di trasporto e dell'eventuale soggiorno dei familiari è fissato dall'UFAS, su richiesta dell'ufficio AI, secondo le condizioni del caso singolo. Le spese di soggiorno sono di regola rimborsate conformemente all'articolo 90 capoverso 4 OAI.

4.9.2.3 Giustificazione e fissazione delle spese

- 1228 È compito dell'assicurato procurarsi tutti i documenti richiesti per stabilire le prestazioni dell'AI, quali certificati, rapporti, fatture dettagliate ecc., e trasmettere il tutto all'ufficio AI.
- 1229
1/23 Le varie quote parte delle spese (ospedale, trattamento ambulatoriale, trasporto, viatico) devono essere calcolate separatamente. È escluso un rimborso superiore al totale delle spese per ogni quota parte.

Esempio

Un assicurato con domicilio legale a Thalwil è stato curato presso l'ospedale universitario di Zurigo per una idrocefalia interna (n. 386 OIC-DFI). La valvola di Spitz-Holter deve essere sostituita e il medico che l'aveva inserita lavora at-

tualmente negli Stati Uniti. I genitori dell'assicurato chiedono con insistenza che l'operazione successiva venga eseguita dallo stesso chirurgo. L'AI può rimborsare l'intervento negli Stati Uniti nel modo seguente:

1. per ogni giorno di degenza ospedaliera, il prezzo base del sistema DRG dell'ospedale universitario di Zurigo;
2. eventuali spese di consultazioni ambulatoriali prima e dopo la degenza;
3. le spese di viaggio per lo stesso importo rimborsato qualora l'operazione fosse stata effettuata in Svizzera.

4.10 Trasporto in elicottero

1230.1 L'AI può rimborsare le spese per i trasporti in elicottero nelle seguenti situazioni:

- se dal punto di vista medico è necessario effettuare un trasferimento da un ospedale periferico a un ospedale centrale in relazione a un trattamento che deve essere assunto dall'AI e il trasporto in ambulanza non è possibile per ragioni mediche;
- se vi è pericolo di vita o se vi è il rischio di una lesione cerebrale irreversibile e quindi è necessario effettuare il trasporto nel lasso di tempo più breve possibile e l'elicottero è senz'altro il mezzo più rapido (rispetto agli altri mezzi di trasporto);
 - per i neonati il trasporto su strada che dura più di mezz'ora solo per l'andata è di regola troppo gravoso ed è quindi ragionevole in questo caso utilizzare un elicottero. Se il trasporto del neonato dall'ospedale di partenza a quello di arrivo dura prevedibilmente al massimo mezz'ora, si deve utilizzare un'ambulanza. Le eccezioni devono essere motivate;
 - in caso di ritrasferimento da un ospedale centrale a un ospedale periferico, in particolare se si tratta di un cosiddetto «trasferimento di prossimità», l'AI assume di regola soltanto le spese del trasporto in ambulanza, dato che non si tratta di un trasporto d'urgenza. Le eccezioni devono essere motivate.

- 1230.2 La necessità di un trasporto in elicottero deve essere giustificata all'AI: motivo del trasporto, decorso e provvedimenti attuati fino alla richiesta del trasporto. Bisogna motivare in modo plausibile dal profilo medico perché non entra in linea di conto nessun altro mezzo di trasporto.
- 1230.3 Le spese per il «co-trasferimento» di fratelli e sorelle gemelli, trigemini ecc., che non presentano disturbi «gravi» ai sensi dell'AI e/o le spese per il trasferimento della madre dall'ospedale del parto alla clinica ginecologica o al reparto di ginecologia dell'ospedale che assume il trattamento del bambino non sono a carico dell'AI.

Allegato 1

1/25

Elenchi dei prodotti dietetici e dei medicinali autorizzati in caso di malattie del metabolismo secondo l'OIC**Riferimento al link <https://datawrapper.dwcdn.net/REY3f>.**

I seguenti alimenti poveri di proteine sono rimborsati in caso di turbe congenite del metabolismo degli aminoacidi, in particolare in caso di fenilchetonuria:

- Aproten (farina, semolino, pasta)
- Farina Damin (farina povera di proteine della ditta Maizena)
- Pane in scatola, pane per cialde, pasta, farina, biscotti (ditta Hammermühle)
- Finax (miscela di polvere povera di proteine)
- Prodotti Loprofin della ditta SHS
- Zwieback, biscotti (Plasmon dietetici)

Allegato 2

Elenco degli specialisti ortodontisti SSO (N. 208–210.3 e 218.1)

L'elenco dei medici dentisti specializzati in ortodonzia riconosciuti dall'AI (N. 208–210.3 e 218.1) è pubblicato e aggiornato regolarmente sul sito della SSO (<http://www.sso.ch>).

Allegato 3

Elenco dei casi da sottoporre all'UFAS

L'elenco seguente è classificato secondo i numeri marginali.
Alla richiesta devono sempre essere allegati i documenti dell'assicurato necessari per l'esame della situazione.

Numeri marginali

1215 segg.	Medicamenti <i>off-label-use</i> in generale
1222 segg.	Provvedimenti eseguiti all'estero secondo l'articolo 23 ^{bis} OAI per assicurati domiciliati in Svizzera

Allegato 4

Guida medica al n. 404 OIC-DFI

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 LPGGA). 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'Al. 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 n. 404 OIC-DFI dopo il compimento dei nove anni. Bisogna però comprovare che prima di quest'età sia stata stabilita una diagnosi ed eseguito un trattamento medico¹⁰. Per la formulazione della diagnosi non è sufficiente descrivere i sintomi dell'ADD in quanto sindrome psico-organica (SPO), ma bisogna comprovare in

¹⁰ Il trattamento di psichiatria infantile, l'ergoterapia e le terapie medicamentose sono riconosciuti come provvedimenti sanitari dell'Al. Dal 1° gennaio 2008, data dell'entrata in vigore della Nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC), la logopedia, la psicomotricità, la pedagogia specializzata e il sostegno pedagogico nonché le misure di promozione integrativa a livello scolastico e tutti gli altri provvedimenti di sostegno sono di competenza dei Cantoni. 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 luglio 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.

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.

2. Parte speciale

2.1 Criteri di riconoscimento

Conformemente al N. 404.5 CPSI, le condizioni per il riconoscimento del n. 404 OIC-DFI 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-DFI 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'infermità congenita secondo il n. 404 OIC-DFI, 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 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 percepire 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 **grafestesia** 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 **stereognosia** 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'infermità congenita secondo il n. 404 OIC-DFI 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, per esempio **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** (*Testbatterie zur Aufmerk-*

samkeitsprüfung) 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 **HA-WIK-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, liste di parole, istruzioni, sillabe di Mottier**). Per la memoria visiva sono disponibili **test di riconoscimento di visi o di apprendimento visivo** (p. es. **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'infermità congenita secondo il n. 404 OIC-DFI è un'intelligenza normale. Di regola per misurare il livello intellettivo si utilizzano gli strumenti seguenti: K-ABC, HAWIK-IV, IDS (Intelligence and developmental scales). In singoli specifici casi si può valutare il ricorso ad altri strumenti (p. es. Raven in caso difficoltà linguistiche non dovute a malattia).

Al riguardo vi sono diverse interpretazioni: secondo una decisione del TF, 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'infermità congenita secondo il n. 404 OIC-DFI non può essere riconosciuta.

2.2 Diagnosi differenziale

Per l'infermità congenita secondo il n. 404 OIC-DFI 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 intellettiva 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'infermità congenita secondo il n. 404 OIC-DFI, 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.

2.3 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.

Allegato 5

Richieste per medicinali *off-label-use*

Modulo «Richiesta di assunzione dei costi per medicinali *off-label-use* da parte dell'AI»

Cognome	Nome	Data di nascita	N. d'assicurato
Sesso: <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Altezza (cm)		Peso (kg)	
Ufficio AI			
Diagnosi e n. OIC-DFI			
Medicamento richiesto			
<input type="checkbox"/> Nell'ES, applicazione al di fuori delle informazioni specialistiche o della limitazione ES			
<input type="checkbox"/> Omologato da Swissmedic, ma non nell'ES			
<input type="checkbox"/> Importato (non omologato in Svizzera)			
• Posologia			
• Numero di cicli terapeutici o durata della terapia			
• In combinazione con un altro medicamento <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
• Se sì, quale?			
• Motivazione della scelta del medicamento			
• Terapia attuale e relativo andamento (allegare le copie dei pertinenti rapporti medici)			
Prognosi della malattia		Senza il medicamento richiesto	
		Con il medicamento richiesto (secondo lo studio allegato, ev. ulteriori indicazioni)	
Quali alternative terapeutiche sono disponibili?			
Dopo quanto tempo dall'inizio della terapia è possibile esprimersi			

sul successo clinico della medesima?		
Base scientifica della scelta della terapia (pubblicazione accessibile al pubblico, referenze). Allegare lo studio pubblicato più rilevante.		
Costi annui previsti per la terapia (con indicazione della fonte)		
Medico richiedente	Cognome/nome	Studio medico/ospedale (con indirizzo)