



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 invalidità (CPSI)

Valida dal 1° luglio 2020

318.507.06 i

07/20

Premessa

Numeri marginali e tabelle modificati con effetto dal 1° luglio 2020.

Numeri marginali o tabelle modificati	Modifiche
N. 279	Aggiornamento
N. 462	Aggiornamento
N. 1030.2.2	Adeguamento
Indice alfabetico	Soppressione di «mutismo elettivo 645-647.6»

Indice

Abbreviazioni	7
1^a parte 1	
Diritto ai provvedimenti sanitari dell'AI in generale.....	1
Capitolo 1	2
Diritto ai provvedimenti sanitari secondo l'articolo 3 LPGGA e l'articolo 13 LAI.....	2
1.1 Definizione e principio	2
1.2 Delimitazioni.....	4
1.3 Inizio e durata del diritto	6
1.4 Controlli medici.....	7
1.5 Casi particolari	7
1.6 Modifiche nell'OIC	8
Capitolo 2	1
Diritto ai provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI	1
Le condizioni per la concessione	1
2.1 Principio	1
2.2 L'invalidità	2
2.3 Correzione di postumi stabilizzati o di deficienze funzionali.....	3
2.4 Delimitazione nel tempo rispetto alla cura vera e propria del male	7
2.5 Effetto minimo richiesto sulla capacità al guadagno, sulla formazione professionale o sulla capacità di svolgere le mansioni consuete	10
2.6 Insieme di provvedimenti il cui carattere predominante è l'integrazione.....	11
2.7 Trattamento di postumi d'infortunio e di malattie professionali di cui soffrono persone obbligatoriamente assicurate secondo la LAINF.....	11
2.8 Volume delle prestazioni nell'ambito dell'articolo 12 LAI	12
2^a parte 1	

Obbligo di versare prestazioni per alcune infermità e secondo la natura dei provvedimenti	1
Capitolo 1	2
Particolarità delle infermità congenite	2
1.1 Pelle	2
1.2 Scheletro	3
1.3 Articolazioni, muscoli e tendini	6
1.4 Faccia	10
1.5 Polmoni	15
1.6 Esofago, stomaco e intestini.....	16
1.7 Fegato, vie biliari e pancreas.....	18
1.8 Parete addominale	18
1.9 Cuore, vasi e sistema linfatico.....	18
1.10 Sangue, milza e sistema reticolo-endoteliale.....	19
1.11 Sistema urogenitale	20
1.12 Sistema nervoso centrale, periferico ed autonomo.....	22
1.13 Malattie psichiche e gravi ritardi dello sviluppo	33
1.14 Organi dei sensi	37
1.15 Metabolismo e ghiandole endocrine.....	43
1.16 Malformazioni congenite che toccano diversi sistemi organici	46
1.17 Altre infermità	47
Capitolo 2.....	1
Delimitazione dei provvedimenti sanitari in caso di postumi di malattie e infortuni (affezioni acquisite; articolo 12 LAI).....	1
2.1 Malattie infettive e parassitarie	1
2.2 Neoplasie (tumori).....	1
2.3 Allergie, malattie del metabolismo e della nutrizione, disturbi della secrezione interna	2
2.4 Malattie del sangue e degli organi emopoietici ad esclusione delle neoplasie	2
2.5 Psicosi, psiconevrosi e disturbi della personalità	2
2.6 Sistema nervoso	4
2.7 Organi dei sensi	7
2.8 Apparato circolatorio	12
2.9 Apparato respiratorio.....	13
2.10 «Apparato digestivo».....	13
2.11 Organi urogenitali.....	14
2.12 Tessuto cellulare cutaneo e sottocutaneo	14

2.13	Ossa e organi locomotori	15
Capitolo 3		1
Obbligo dell'Al di concedere prestazioni secondo i diversi tipi di provvedimenti.....		1
3ª parte 1		
Rischio dell'integrazione secondo l'articolo 11 LAI		1
4ª parte 1		
Portata ed attuazione dei provvedimenti.....		1
4.1	Cura eseguita da medici o dal personale sanitario ausiliario.....	1
4.2	Consegna di medicinali, mezzi e apparecchi ed esecuzione di analisi	2
4.3	Apparecchi per la cura	4
4.4	Carattere scientifico, semplicità e opportunità del metodo di cura	5
4.5	Cura in un istituto ospedaliero	5
4.6	Cura a domicilio	8
4.7	Provvedimenti sanitari attuati all'estero	9
4.8	Trasporti in elicottero.....	11
5ª parte 1		
Disposizioni transitorie e finali		1
Allegato 1		1
Allegato 2		2
Complemento 1		1
Complemento 2		10
Allegato 3		11
Allegato 4		12
Allegato 5		13
Allegato 6		14
Allegato 7		15
1.	Parte generale.....	15
1.1	Determinazione del debitore delle prestazioni	15
1.2	Limitazioni a seconda dell'età.....	15
1.3	Richieste inoltrate dopo il nono anno di età	16

1.4	Obbligo di eseguire il trattamento (N. 404.3 CPSI).....	17
2.	Parte speciale	17
2.1	Criteri di riconoscimento.....	17
2.1.1	Disturbi del comportamento	17
2.1.2	Disturbi della regolazione emozionale basale.....	19
2.1.3	Disturbi della percezione	19
2.1.4	Disturbi della concentrazione	21
2.1.5	Disturbi della capacità di memorizzare	22
2.1.6	Intelligenza.....	22
2.2	Diagnosi differenziale	23
2.3	Strumenti diagnostici.....	26
	Indice alfabetico	1

Abbreviazioni

AI	Assicurazione invalidità
AINF	Assicurazione contro gli infortuni
AM	Assicurazione militare
art.	articolo
AVS	Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
CIGI	Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione invalidità
CPIP	Circolare sui provvedimenti d'integrazione d'ordine professionale
cpv.	capoverso
dB	decibel
DTF	Decisione del Tribunale federale (pubblicata)
EA	Elenco delle analisi
EEG	Elettroencefalogramma
EMT	Elenco dei medicinali con tariffa
ES	Elenco delle specialità
IDS	Sindrome congenita di deficienza immunitaria
LAI	Legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (RS 831.20)
LAINF	Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni (RS 832.20)
lett.	lettera

LPGA	Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (RS 830.1)
MMC	Mielomeningocele
N.	Numero marginale
OAI	Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (RS 831.201)
OAMal	Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (RS 832.102)
OIC	Ordinanza del 9 dicembre 1985 sulle infermità congenite (RS 831.232.21)
seg.	seguinte
segg.	seguinti
SMR	Servizio medico regionale
SPO	Sindrome psico-organica
SSO	Società svizzera di odontologia e stomatologia
Suva	Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni
TF	Tribunale federale
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni social

1^a parte

Diritto ai provvedimenti sanitari dell'AI in generale

Capitolo 1

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

1.1 Definizione e principio

- 1
1/03

Gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 20 anni hanno diritto, indipendentemente da un'eventuale integrazione futura nell'attività professionale (art. 8 cpv. 2 e art. 3 LPGA; art. 13 LAI), ai provvedimenti sanitari necessari per la cura delle infermità congenite, conformemente all'articolo 2 capoversi 2 e 3 OIC. L'eventuale diritto a una rendita non preclude il diritto ai provvedimenti sanitari secondo gli articoli 3 LPGA e 13 LAI.
- 2
1/17

L'AI può tuttavia erogare le prestazioni secondo gli articoli 3 LPGA e 13 LAI solamente se si tratta di infermità congenite figuranti nell'allegato all'OIC o di infermità così designate dal Dipartimento federale dell'interno in virtù dell'articolo 1 capoverso 2 OIC. Fatti salvi gli ampliamenti secondo l'articolo 1 capoverso 2, secondo periodo OIC, l'elenco delle infermità congenite è esaustivo (DTF 122 V 113 consid. 3a/cc pag. 119).
- 3

Se vengono presentate richieste concernenti infermità congenite evidenti che non figurano nell'allegato all'OIC, gli uffici AI devono sottoporre gli atti all'UFAS. In caso di sindrome si vedano tuttavia i N. 6 e 10.
- 4
1/17

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; v. rt. 1 cpv. 1 OIC [DTF 122 V 113 consid. 1 a, pag. 114 e sentenza del TF 9C_639/2013 del 21 marzo 2014 consid. 1.1]).

5
1/17

Secondo l'allegato all'OIC, alcune affezioni sono tuttavia ritenute infermità congenite soltanto se i sintomi caratteristici si manifestano entro un determinato limite di tempo (N. 282, 329, 404, 405, 406, 451, 467, 495, 497, 498 OIC).

Non è rilevante che la diagnosi decisiva, fondata su questi sintomi, sia stata fatta solamente in un secondo tempo. Eccezione: N. 404 OIC (VSI 1997 pag. 126, VSI 2002 pag. 61; v. le sentenze del TF 8C_300/2007 del 14 gennaio 2008 consid. 2 e 8C_149/2007 del 22 gennaio 2008 consid. 2.2).

Esempio

Il diabete mellito di un neonato di otto settimane può essere riconosciuto come infermità congenita 451 dell'OIC se si può provare che già nelle prime quattro settimane di vita vi è stata un'eliminazione di zucchero nell'urina (v. N. 451).

6
1/17

Le affezioni non suscettibili di essere influenzate da un trattamento scientificamente riconosciuto non figurano nell'elenco (VSI 2003 pag. 214). Tuttavia, a volte, come nel caso della sindrome di Smith-Magenis (delezione 17p11.2), esse possono dare diritto ad altre prestazioni (provvedimenti per l'integrazione professionale, mezzi ausiliari o rendita).

Se, invece, singoli sintomi soddisfano i criteri di un'infermità congenita, essi possono essere assunti secondo il numero corrispondente (p. es.: stenosi subaortica – malformazione cardiaca in caso di sindrome di Smith-Magenis).

6.1
1/17 L'AI si fa carico dei provvedimenti sanitari necessari prescritti dal medico che soddisfano i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (sentenza del TF 8C_289/2010 del 6 dicembre 2010 consid. 2.1). I provvedimenti sanitari dell'AI comprendono i medicinali, gli interventi chirurgici, fisioterapeutici, psicoterapeutici ed ergoterapeutici nonché gli apparecchi di trattamento che soddisfano i criteri di cui sopra.

L'AI non copre le prestazioni mediche che non soddisfano i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (p. es. la musicoterapia [v. N. 1026]).

1.2 Delimitazioni

7 Se un'affezione può presentarsi in forma congenita o acquisita e, nel caso specifico, 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 all'OIC, 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 d'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'AI prende a carico la cura come infermità congenita a condizione che le cause esistenti alla nascita prevalgano sui fattori esterni.

10 Alcune infermità congenite presentano vari sintomi (infermità polisintomatiche: p. es. la sindrome di Smith-Magenis [delezione 17p11.2]), tutti da ricondurre ad un'unica affezione tuttavia non suscettibile di essere

curata come tale. In questi casi, l'Al può prendere a carico i provvedimenti sanitari confacenti al trattamento di sintomi isolati di questa infermità congenita solamente se le condizioni particolari poste eventualmente per la loro cura sono soddisfatte (v. N. 6).

- 11
1/17
- La cura di un danno alla salute *conseguenza dell'infermità congenita* è a carico dell'Al 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, pag. 209).

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'Al quale conseguenza diretta dell'infermità congenita riconosciuta secondo il N. 481 OIC. La correzione di un'anomalia di rifrazione provocata da una disostosi (N. 123 OIC) può essere presa a carico dall'Al indipendentemente dalle condizioni particolari elencate al N. 425 OIC.

- 12
- Le affezioni intercorrenti che sopravvengono durante il trattamento ospedaliero di un'infermità congenita, che *non sono però una conseguenza* di quest'ultima, possono essere curate allo stesso tempo a carico dell'Al solo se sono d'importanza manifestamente secondaria (v. N. 51).
- 13
- Se un trattamento dentario è reso notevolmente più difficile da un'infermità congenita figurante nell'OIC*, l'Al può assumere le spese per la necessaria narcosi, ma non quelle del trattamento dentario. In generale,

un trattamento sotto narcosi è possibile soltanto in clinica (v. N. 403.2).

1.3 Inizio e durata del diritto

- 14
1/18
- 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 gli articoli 3 LPGA e 13 LAI dal momento in cui 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 un'infermità congenita tutti i provvedimenti ritenuti validi dalla scienza medica e intesi a conseguire nel modo più semplice e funzionale lo scopo terapeutico (art. 2 cpv. 3 OIC). Le prestazioni concesse devono essere economiche. Nella relativa decisione emanata dall'ufficio AI devono figurare il tipo di prestazioni concesse, la durata prevista e la quantità (intensità/frequenza, numero e durata delle sedute) e lo scopo delle prestazioni. Il provvedimento sanitario non può essere ordinato per una durata indeterminata e, se possibile, 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 vent'anni, anche se la cura si protrae al di là di questo termine (art. 3 OIC). 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'assicurazione malattie (v. N. 73 segg.).

1.4 Controlli medici

- 16 I controlli medici nell'ambito di un'infermità congenita riconosciuta, in particolare nel caso di un vizio cardiaco, che non necessita ancora di un trattamento o non può ancora essere curata, rientrano nella cura di un'infermità congenita. La frequenza di questi accertamenti deve essere mantenuta entro limiti ragionevoli. Sono riservati i N. 18 seg. e 494.
- 17 I controlli medici durante o dopo una cura vanno a carico dell'AI 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 l'obbligo di prestazione dell'AI è limitato con precisione nel tempo, nessun altro controllo potrà essere assunto oltre il termine fissato. Ciò con la riserva tuttavia che non si constati un'altra infermità congenita. Al compimento del 20° anno d'età è applicabile l'articolo 3 OIC (v. N. 15).

Esempio

Se il prematuro soffre dell'infermità congenita 494 OIC, una volta raggiunto il peso di 3000 grammi, i controlli e la cura, compresa la consegna di medicinali, non saranno più a carico dell'assicurazione.

1.5 Casi particolari

- 18 Per diverse infermità congenite che si presentano sia in forma leggera sia in forma grave l'AI assume le spese in virtù dell'articolo 2 capoverso 2 OIC solamente se necessitano un trattamento speciale menzionato nell'elenco delle infermità congenite (operazione, fornitura di apparecchi, gesso, trattamento ospedaliero o trasfusione integrale del sangue). Per quanto riguarda gli apparecchi necessari al trattamento, si veda il N. 177.2.
- 19 In tal caso, l'assicurazione prende a carico l'intera cura dell'infermità dal momento in cui inizia il trattamento

speciale. La data determinante è fissata nella decisione. Si vedano anche i N. 208 – 210.1.

20 Fanno parte del trattamento speciale dell'infermità anche tutti i provvedimenti sanitari direttamente legati ad esso, come le radiografie prima di una osteotomia (N. 171 OIC), l'introduzione di cateteri vasali per le trasfusioni integrali del sangue (N. 325 OIC) ecc.

21 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 ortopedici mascellari (dal N. 207 al N. 210 OIC) né la cura di una micosi del piede prima di un gesso correttivo (N. 177 o N. 182 OIC).

22 Alcune affezioni possono essere considerate infermità
1/03 congenite soltanto se i sintomi caratteristici sono riscontrati nel neonato (v. N. 211, 277, 321, 325, 329 e 491 OIC). *Sono considerati neonati i bambini fino alla quarta settimana di vita compresa.*

Esempio

L'epulide di un lattante non può essere riconosciuta quale infermità congenita secondo il N. 211 OIC, se i relativi sintomi appaiono dopo la quarta settimana di vita.

1.6 Modifiche nell'OIC

23 Eventuali modifiche all'Ordinanza sulle infermità con-
1/05 genite (OIC) in generale entrano in vigore il 1° gennaio. Se nell'OIC sono ammesse nuove infermità, l'AI

può prendere a carico prestazioni a partire dall'entrata in vigore della rispettiva modifica.

Se nell'OIC un'infermità congenita è stata soppressa o ha subito restrizioni si deve eseguire d'ufficio una revisione nel caso in cui siano state assegnate prestazioni dopo l'entrata in vigore della modifica d'ordinanza. In futuro, un'eventuale decisione volta a limitare o a sopprimere il diritto alla prestazione dovrà essere emanata tuttavia con effetto al più tardi tre mesi dopo l'entrata in vigore della modifica d'ordinanza.

24–29 soppressi

Capitolo 2

Diritto ai provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI

Le condizioni per la concessione

2.1 Principio

- 30
1/03
- L'assicurato ha diritto ai provvedimenti sanitari destinati non alla cura vera e propria del male ma direttamente all'integrazione nella vita professionale o nelle mansioni consuete e atti a migliorare in modo duraturo e sostanziale la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete (v. N. 35) o a evitare una diminuzione sostanziale di tale capacità (art. 12 cpv. 1 LAI).
- 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.
- Occorre rilevare che l'obbligo di assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattie interviene sussidiariamente anche nell'ambito dell'articolo 12 LAI, per esempio quando le condizioni assicurative per le prestazioni dell'AI non sono date.
- 32
1/18
- Nell'applicazione dell'articolo 12 LAI vanno osservati tutti i criteri seguenti:
- L'assicurato deve essere invalido o rischiare di diventarlo.
- Il provvedimento sanitario deve essere di durata limitata. Non devono esistere lesioni secondarie impor-

tanti che pregiudicano o pregiudicheranno l'attività lucrativa (v. N. 35) (VSI 2000 pag. 303; v. la sentenza del TF 9C_695/2009 del 1° dicembre 2009 consid. 2.1).

Il miglioramento della capacità al guadagno deve essere significativo e duraturo.

Alla base di un provvedimento d'integrazione deve esserci una buona prognosi.

Il provvedimento deve essere ritenuto valido dalla scienza medica e permettere d'integrare l'assicurato in modo semplice e adeguato (art. 2 cpv. 1 OAI). Le prestazioni concesse devono essere economiche. Nella relativa decisione emanata dall'ufficio AI devono figurare il tipo di prestazioni concesse, la durata prevista, la quantità (intensità/frequenza, numero e durata delle sedute) e lo scopo delle prestazioni. Se possibile, i provvedimenti vanno coordinati con i medici curanti.

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

Le infermità congenite di lieve importanza non giustificano la concessione di prestazioni. 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.

1/17 Un provvedimento terapeutico che 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 (sentenza del TF 8C_106/2014 del 9 aprile 2014 consid. 5.2)

2.2 L'invalidità

33
1/17 Vi è invalidità quando un danno alla salute fisica, mentale o psichica provoca un'incapacità al guadagno presumibilmente permanente o di lunga durata (art. 8

cpv. 1 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI, Circolare sull'invalidità e sulla grande invalidità). La piena capacità lavorativa esclude l'invalidità (RCC 1983 pag. 429).

34 soppresso

35
1/03 Si ammette l'esistenza di un'incapacità al guadagno, se il danno alla salute limiterà probabilmente la capacità di seguire una formazione e di conseguenza la futura capacità al guadagno (art. 8 cpv. 2 LPGA e art. 5 cpv. 2 LAI).

36–37 soppressi

2.3 Correzione di postumi stabilizzati o di deficienze funzionali

2.3.1 In generale

38
1/03 I provvedimenti sanitari dell'AI non sono diretti alla cura vera e propria del male, ma tendono all'integrazione professionale grazie alla correzione di postumi o deficienze funzionali. 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, la formazione professionale o la capacità di svolgere le mansioni consuete in modo duraturo e notevole (art. 2 cpv. 1 OAI).

39
1/17 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 (relativamente) stabilizzati (RCC 1988 pag. 96; v. VSI 1999 pag. 127).

40
1/17 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.

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 degli articoli 3 LPGA, 13 LAI e del N. 54 – non conosce una profilassi sanitaria sistematica (RCC 1983 pag. 429; v. DTF 102 V 38 consid. 2)

41 Per valutare se si tratta di un postumo stabilizzato secondo il N. 29, di una cura vera e propria del male o di un processo patologico labile bisogna prendere in considerazione lo stato di salute generale esistente al momento dell'esecuzione del provvedimento richiesto.

42
1/17 La patogenesi del male è irrilevante. Perciò, i provvedimenti destinati ad agire su un processo 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).

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

43 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.

44 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 dell'applicazione dei provvedimenti (v. N. 40).

- 45 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'infornio. Per le paralisi si vedano i N. 60 segg.
- 46 – La cura di un singolo sintomo stabilizzato di una malattia di base ancora attiva e dunque in uno stato labile.
- 47
1/05 – La fisioterapia in caso di paralisi non può essere presa a carico fintantoché devono essere effettuate la respirazione artificiale oppure cure internistiche di trombosì o embolie polmonari. Per la fisioterapia di durata indeterminata vedi il N. 65.
- 48 – Se un'amputazione è volta ad eliminare un focolaio infettivo, una cancrena o un tumore, si tratta di una cura vera e propria del male. 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.
- 49 – La sutura secondaria di un nervo dopo la sua recisione accidentale rientra, con la relativa fisioterapia, nella cura dell'infornio.
- 50
1/17 Se più provvedimenti sanitari sono applicati contemporaneamente, è necessario determinare quale di essi è preponderante (v. N. 46 e 76) (RCC 1976 pag. 416).
- 51 Se una misura medica non può essere classificata in modo chiaro secondo i N. 33 e 40 perché, oltre ad uno stato relativamente stabilizzato, sussistono anche elementi caratteristici della cura vera e propria del male, le condizioni dell'articolo 12 LAI sono soddisfatte nella

misura in cui l'integrazione rappresenti l'elemento *pre-dominante*.

- 52 Se durante un periodo di cure stazionarie, destinato prevalentemente all'esecuzione di provvedimenti d'integrazione, si rendessero necessari trattamenti per la cura vera e propria del male che non possono essere rimandati a più tardi, l'AI ne assumerebbe le spese (art. 2 cpv. 5 OAI).
- 53 In caso di diversi provvedimenti *consecutivi* destinati per esempio alla cura di più mali, il necessario nesso giuridico non esiste nemmeno se la cura precedente è indispensabile per un provvedimento d'integrazione posteriore.

2.3.3 Provvedimenti d'integrazione profilattici

- 54
1/17 L'AI può assumere eccezionalmente provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI anche se la situazione non è ancora stabile o è relativamente 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 LPGGA e art. 5 cpv. 2 LAI). Per questo è comunque 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'AI già all'inizio del processo.

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

2.4.1 Inizio dell'integrazione sanitaria

2.4.1.1 In generale

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.

2.4.1.2 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 colisteatoma 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 – l'assicurato non ha diritto a provvedimenti sanitari per un'artrodesi eseguita dieci mesi dopo una frattura articolare. Questa operazione fa parte della cura dell'infortunio.

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

- 60
1/05 Per le paralisi irreversibili e altre turbe funzionali della motilità dove il passaggio dal trattamento vero e proprio dell'affezione alla riabilitazione non è netto, i provvedimenti sanitari sono assunti dal momento in cui, in base alle attuali conoscenze mediche sperimentate, la cura dell'affezione primaria è, in via generale, considerata come terminata o non ha che un'importanza secondaria. Per gli assicurati adulti vi dovrebbe essere di regola una situazione simile a quella descritta nel N. 65.

- 61 Per la paralisi trasversale del midollo spinale e la poliomielite tale momento è ritenuto verificatosi, per principio, quattro settimane dopo l'inizio della paralisi (art. 2 cpv. 2 OAI).

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.

2.4.2 Durata dell'integrazione sanitaria

2.4.2.1 In generale

- 62 I provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI sono in generale attuati una sola volta, fino

al compimento del 20° anno d'età, e limitati nel tempo (v. N. 65).

63
1/17

Per gli assicurati fino al compimento del 20° anno di età che non esercitano un'attività lucrativa, i provvedimenti volti ad 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]). La prognosi deve essere tuttavia sufficientemente favorevole (sentenza del TF 8C_805/2009 del 26 aprile 2010 consid. 3.2).

2.4.2.2 Durata dei provvedimenti sanitari d'integrazione in caso di paralisi e di altre turbe funzionali della motilità

64

In caso di paralisi e di altre turbe funzionali della motilità che possono essere prese a carico conformemente all'articolo 12 LAI (v. N. 60 segg.), i provvedimenti fisioterapici (tuttavia non quelli contro eventi secondari, quali affezioni ai reni e alla vescica, contratture) vanno accordati fintantoché, in base alle attuali conoscenze mediche sperimentate, si pensa di poter migliorare le funzioni muscolari. Il miglioramento ricercato 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. i N. 65 e 67 segg.).

65
1/17

Se per prevenire ricadute (diminuzione della capacità di 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 in combinato disposto con l'articolo 2 capoverso 3 OAI (RCC 1973 pag. 85, RCC 1976 pag. 416, RCC 1988 pag. 96; VSI 1999 pag. 127).

66
1/05

soppresso

2.5 Effetto minimo richiesto sulla capacità al guadagno, sulla formazione professionale o sulla capacità di svolgere le mansioni consuete

67
1/09

L'assunzione dei provvedimenti sanitari d'integrazione da parte dell'AI presuppone che essi abbiano buona probabilità di migliorare in modo duraturo e sostanziale la capacità al guadagno dell'assicurato o evitare che la stessa subisca una diminuzione notevole. A tale riguardo, si deve tener conto dell'intera durata di lavoro prevedibile secondo i dati statistici.

68

soppresso

69

Per quanto riguarda il requisito dell'importanza e della durata del successo dell'integrazione, bisogna considerare le condizioni di salute nel loro insieme (v. il N. 40).

70

soppresso

71

In caso di paralisi si deve supporre 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).

72–74

soppresso

75

Le infermità cui, a certe condizioni, l'OIC presta poca importanza (ad es. N. 205 segg. OIC, N. 18 seg.) non

possono dar diritto a prestazioni giusta l'articolo 12 LAI.

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

76 Quando si è in presenza di un complesso di provvedimenti tra loro diversi, il cui scopo preponderante d'integrazione sarebbe compromesso se non fosse eseguita *contemporaneamente* una cura medica accessoria, è possibile classificare anche il provvedimento sanitario quale provvedimento d'integrazione. Per esempio una psicoterapia associata ad altri provvedimenti è 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 d'ordine professionale nemmeno se completano questi ultimi in modo significativo.

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

77
1/03 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 Circolare sulla procedura nell'AI.
- 79
1/18 Se una persona obbligatoriamente assicurata contro gli infortuni richiede prestazioni dell'AI pur non avendo diritto a provvedimenti sanitari, l'ufficio AI deve prendere contatto in tempo utile con lo specialista per l'integrazione affinché questi possa verificare se sono necessari provvedimenti professionali (Circolare sulla procedura nell'AI).
- 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.

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

- 81
1/03 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 (v. N. 34) 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 ospedaliero quale provvedimento sanitario d'integrazione, l'obbligo di prestazione dell'AI inizia in generale con il ricovero in ospedale.
- 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 direttamente prima dell'intervento (di regola 1-3 giorni) e direttamente connesso con quest'ultimo.
- 83–100 soppressi

2^a parte

Obbligo di versare prestazioni per alcune infermità e secondo la natura dei provvedimenti

La sistematica applicata ai due primi capitoli corrisponde alla sistematica della statistica delle infermità dell'AI, la quale riprende per le infermità congenite le cifre delle infermità dell'allegato all'OIC.

Capitolo 1

Particolarità delle infermità congenite

1.1 Pelle

Pterigio e sindattilie cutanee

102 Il N. 102 OIC comprende gli pterigi del collo, dell'ascella, del gomito e delle dita (membrana cutanea fra le dita). Lo pterigio delle dita dei piedi è generalmente poco importante.

Lo pterigio dell'occhio (ispessimento triangolare della congiuntiva nella regione della palpebra) è invece un'affezione degenerativa acquisita.

Cisti dermoidi congenite dell'orbita, della radice del naso, del collo, del mediastino e della regione sacrale

103 La limitazione a determinate regioni del corpo permette di escludere le cisti dermoidi di poca importanza. Le cisti dermoidi delle ovaie e dei testicoli devono essere classificate tra i teratomi (N. 486 OIC).

Nevi congeniti, quando necessitano di una cura a causa di una degenerazione maligna o quando una semplice escissione è insufficiente a causa della grandezza o della localizzazione

109 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.

109.1
1/19 Se a causa della sua grandezza e posizione il nevo congenito non può essere asportato mediante escissione e l'osservazione clinica regolare rappresenta l'unica cura possibile, l'Al assume i costi dei controlli

medici necessari (sentenza del TF 9C_252/2016 del 5 settembre 2016).

Amastia congenita e atelia congenita

- 113 L'aplasia del muscolo pettorale nel caso di una sindrome di Poland rientra nel N. 190 OIC.
Una micromastia non può essere riconosciuta quale infermità congenita ai sensi del N. 113 OIC.

1.2 Scheletro

Disostosi congenite

- 123 Le disostosi cranio-facciali quali le disostosi mandibolo-facciali, le disostosi cranio-facciali, le disostosi medio-facciali, la sindrome di Apert ecc., fanno parte di questa categoria.

Il tumore a cellule giganti del neonato (tumore bruno, osteoclastoma) situato sul margine alveolare, generalmente dell'osso mascellare superiore, è un'infermità congenita secondo il N. 491 OIC.

Malformazioni vertebrali congenite (vertebra fortemente a cuneo, vertebre saldate a blocco tipo Klippel-Feil, vertebre aplasiche o fortemente displasiche)

- 152 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, ma un disturbo postnatale dell'ossificazione dell'arco vertebrale (v. N. 381 OIC).

Torace ad imbuto, per quanto sia necessaria un'operazione

- 163 La necessità di un'operazione per curare il torace a
1/17 imbuto deve essere valutata dal punto di vista medico-scientifico da un medico specialista abilitato a svolgere

tale operazione (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 693/02 del 10 febbraio 2003).

Il trattamento con la ventosa per curare il torace ad imbuto (che non costituisce un'ortesi, bensì una cura medica) non è preso a carico dall'AI poiché non si tratta di un'operazione, bensì di una terapia destinata solo alla cura di casi lievi, la cui efficacia non è comprovata.

Torace carenato, sia necessaria un'operazione o dell'applicazione di un'ortesi convenzionale

164
1/16

Il sistema di compressione dinamico è un apparecchio che può essere utilizzato per curare gli assicurati che sin dalla nascita presentano un torace carenato. Questo sistema può essere impiegato al posto di un'operazione o dell'applicazione di un'ortesi convenzionale, a condizione che sia necessario. La necessità è accertata dal medico specialista curante (di norma l'ortopedico pediatrico).

Deformazioni congenite laterali della parete toracica, a condizione che sia necessaria un'operazione

167

Si tratta di malformazioni congenite della parete toracica laterale quali, per esempio, l'assenza di più costole consecutive o la formazione di fastidiose gibbosità sulle stesse ecc.

Coxa antetorta o retrotorta congenita, a condizione che sia necessaria un'operazione

171

L'indicazione del trattamento chirurgico della coxa antetorta è data, particolarmente, da criteri clinici (angolo reale d'antetorsione). Il limite superiore dell'angolo reale d'antetorsione, al termine della crescita, può essere situato a circa 35°. Un'osteotomia di derotazione è indicata quando non si riscontra una tendenza al re-

gresso spontaneo entro la fine del primo periodo di de-rotazione (fra i 6 e gli 8 anni) o quando all'età di 10–12 anni l'angolo d'antetorsione è ancora di almeno 50°.

Pseudoartrosi congenita delle estremità

- 172 La pseudoartrosi della clavicola è una disostosi e può essere assunta nell'ambito del N. 123 OIC.

Amelie, dismelie, focomelie

- 176 I rari casi di malformazione sirenoide possono essere classificati sotto il N. 176 OIC.

Altri difetti e malformazioni congeniti delle estremità, a condizione che sia necessaria un'operazione, un'apparecchiatura o una fasciatura gessata

- 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 malattie quali il digitus superductus, l'alluce valgo, la camptodattilia ecc., visto che si tratta in parte di affezioni poco importanti, acquisite o di affezioni primarie delle parti molli.

- 177.2 Le cure con apparecchiature ai sensi del N. 177 OIC sono applicazioni di protesi ortopediche i cui effetti possono essere paragonati a quelli di una fasciatura gessata e che, se particolarmente indicati, possono essere prescritte al posto di quest'ultima. Per i bambini che non sono ancora in grado di camminare, la fasciatura gessata è generalmente il provvedimento più semplice e adeguato. I supporti plantari, di qualsiasi genere, non possono essere assimilati ad apparecchi ortopedici conformemente all'OIC.

-
- 177.3 Una volta effettuato il trattamento per mezzo di un'operazione, di un apparecchio o di una fasciatura gessata, si possono consegnare supporti plantari, quali apparecchiature di cura, nella misura in cui essi costituiscano un complemento significativo ai provvedimenti sanitari.
- 177.4 Né una displasia della rotula (tipo Wiberg o altri) né una rotula spostata verso l'alto o nessun'altra sua posizione anomala e neppure una displasia del condilo esterno del femore rientrano nel N. 177 OIC o possono essere prese a carico nell'ambito dell'articolo 12 LAI. In caso di sindrome di Poland, le malformazioni dello scheletro rientrano nel N. 177 OIC.
- 177.5
1/03 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 né nell'ambito dell'articolo 3 LPGGA e nemmeno in quello dell'articolo 13 LAI. Il N. 461 OIC rimane riservato.
- 177.6 Le infermità congenite che, di per sé, rientrano in un'altra infermità congenita di questo capitolo (capitolo II dell'allegato all'OIC), ma che non presentano il grado di gravità necessario, non possono essere assunte neppure nell'ambito del N. 177 OIC.

1.3 Articolazioni, muscoli e tendini

Piede varo equino congenito

- 182.1 Il "vero" piede metatarso varo non è una variante del piede torto e non può quindi essere assunto sotto 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 Circolare sulla consegna di mezzi ausiliari nell'assicurazione invalidità.

Lussazione congenita dell'anca e displasia congenita dell'anca

- 183.1 Attualmente, la diagnosi di lussazione congenita dell'anca e di displasia congenita dell'anca è effettuata sempre più spesso mediante sonografia, metodo che si dimostra valido se si vuole 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
 - Ila+: ritardo di maturazione
 - Ila-: displasia: ritardo di maturazione sopraggiunto a meno di 3 mesi
 - Ilb: ritardo d'ossificazione sopraggiunto a più di 3 mesi
 - Ilc: displasia: rischio di lussazione
 - D: displasia: inizio di lussazione
 - III: } lussazione dell'anca
 - IV: }
- 183.3 Un'infermità congenita ai sensi del N. 183 OIC può essere riconosciuta:
- alla nascita: mediante sonografia se si tratta di un'infermità di tipo Ilc o secondo la classificazione di Graf se si tratta di un'infermità più grave oppure se la sonografia permette di scoprire un'instabilità;
 - a uno stadio più avanzato: mediante sonografia per un'infermità di tipo Ila- o per un'infermità più grave.
- 183.4 Se, alla nascita, le anche non sono normali, ma non presentano un'anomalia del tipo Ilc o più grave, si parla di tipo Ila. La necessità di trattamento dipende in tal caso dall'evoluzione ulteriore delle anche. Se un ulteriore esame sonografico mostra un peggioramento nella direzione del tipo Ila o peggiore, la necessità di un trattamento è provata e vi è quindi un'infermità congenita ai sensi del N. 183 OIC.

La diagnosi o la necessità di trattamento risulta quindi in questi casi dal decorso della malattia. Nell'ambito del riconoscimento o dell'accertamento della diagnosi, l'Al può prendere a carico al massimo due esami sonografici. I risultati di questi esami devono essere comunicati all'ufficio Al.

183.5 Se non si può dimostrare l'esistenza di un'infermità congenita ai sensi del N. 183 OIC, le sonografie devono essere classificate come screening e non devono essere rimborsate dall'Al.

183.6
1/03 Nel caso di anche non decentrate e stabili si raccomanda di effettuare controlli sonografici ogni quattro o sei settimane. Nel caso di anche decentrate o instabili può essere necessario effettuare controlli più spesso. In casi particolari è possibile che si debba ricorrere a ulteriori (altri) metodi di imagingografia avanzata. Se dal punto di vista anatomico è stata ottenuta una guarigione definitiva, eventuali ulteriori esami di controllo non saranno più coperti dall'Al.

183.7 Al momento del primo esame sonografico si controllano sempre le articolazioni delle due anche. Se le anche sono sottoposte contemporaneamente a sonografia, la relativa posizione tariffale deve essere conteggiata due volte. In seguito, gli esami sonografici bilaterali possono essere presi in considerazione solo se riguardano entrambe le anche.

Distrofia muscolare progressiva e altre miopatie congenite

184 Anche le miopatie congenite e le distrofie miotoniche possono essere collocate sotto questo numero. I materassi profilattici e terapeutici del decubito possono essere presi a carico quali apparecchi di trattamento.

Aplasia e forte ipoplasia dei muscoli striati

- 190 In caso di sindrome di Poland, le aplasie muscolari possono essere assunte sotto il N. 190 OIC (v. N. 10 e N. 177). 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.

Tendovaginite stenosante congenita

- 191 Quest'affezione si manifesta con la posizione fissata in flessione della falange discale del pollice (qualche volta anche del dito medio) già nel caso di un neonato o di un bambino piccolo. Il difetto bilaterale dimostra in ogni caso l'esistenza di una forma congenita di quest'affezione. La forma acquisita è caratterizzata dal fenomeno del dito a scatto, osservato il più sovente nell'età adulta. Esso è la conseguenza di una malattia acquisita, per esempio del reumatismo.

Piede piatto congenito, a condizione che un'operazione o una medicazione gessata siano necessarie

- 193 Il piede piatto congenito (talus verticalis) è una malformazione rara, generalmente unilaterale, già molto sviluppata presso i neonati. Un esame radiologico permette di distinguerla dal piede piatto-valgo (talus valgus). Di regola, il piede piatto congenito è già fissato alla nascita e richiede l'applicazione di un apparecchio gessato di raddrizzamento 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'infermità congenita N. 193 OIC sono perciò necessarie:

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

Lussazione congenita della rotula, per quanto sia necessaria un'operazione

195 Si tratta di un'affezione rara che appare nell'ambito di certe sindromi (p. es. sindrome di Rubinstein-Taybi) oppure anche isolata. Nella maggior parte dei casi la diagnosi non è formulata al momento della nascita, ma solo nell'età infantile.

1.4 Faccia

201–210 *Igiene dentaria in caso di trattamenti ortopedici alla mandibola.* 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.

Trattamento dopo il 20° anno di età

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

Estrazione di denti del giudizio

L'estrazione di denti del giudizio è presa a carico dall'AI se è in relazione con il trattamento ortopedico alla mandibola di infermità congenite. L'obbligo a fornire prestazioni non sussiste se detti denti devono essere estratti in ogni caso per motivi parodontologici o in seguito a carie.

-
- 1/05 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.
- 1/03 **Displasie dentarie congenite, nella misura in cui 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**
- 205
1/03 Questo numero comprende l'amelogenesi imperfetta, la dentinogenesi imperfetta e la displasia della dentina. L'assenza di abbozzi dentari permanenti della seconda dentizione dev'essere considerata come denti colpiti. Per affezione rilevante si deve intendere una displasia nella quale il dente si sgretola. Esclusa in ogni caso è la cura delle carie. Nei casi di odontodisplasia si tratta esclusivamente di difetti sostanziali.
- Iperodontia congenita, quando il o i denti soprannumerari provocano una deformazione intramascellare o intramandibolare per cui sia necessaria una cura a mezzo di apparecchi**
- 207 Quando l'AI riconosce l'esistenza di questa infermità congenita, prende a carico anche l'estrazione del o dei denti soprannumerari che precede il trattamento.
- Micrognatismo inferiore (N. 208 OIC), mordex apertus o clausus (N. 209 OIC) e prognatismo inferiore (N. 210 OIC)**
- 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. Il diritto a fornire prestazioni dell'AI inizia a partire dal momento in cui i criteri di deviazione sono adempiti.

-
- 208–210.2 L'esame di queste anomalie è esclusivamente di competenza:
- delle cliniche di ortopedia mascellare di un istituto odontoiatrico svizzero e
 - degli specialisti ortodontisti SSO indicati in uno speciale elenco (v. il sito della SSO: www.sso.ch).
- 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 «Zahnärztliche Beurteilung» (d/f) è inviato all'ufficio AI insieme alla relativa fattura. Un'altra copia, se necessario provvista di ulteriori documenti (modelli di studio con marche di occlusione), è inviata al centro d'accertamento di ortopedia mascellare che trasmette in seguito il suo rapporto all'ufficio AI con il formulario «Kieferorthopädische Abklärung» (d/f) e presenta la fattura che comprende anche eventuali radiografie a distanza. Queste ultime possono essere assunte *dall'AI una sola volta*, anche nei casi in cui ne sono stati effettuati due esemplari.
- 208–210.4 Nel caso di combinazioni (ANB e angolo maxillo-basale), per riconoscere il N. 210 OIC non è necessario che esistano due paia di denti antagonisti anteriori della seconda dentizione in posizione d'occlusione incrociata.
- 208–210.5
1/03 Durante la crescita dei denti anteriori della seconda dentizione non è possibile misurare in modo esatto gli angoli. Secondo la SSO 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 devono esserlo obbligatoriamente.
- 208–210.6
1/05 La terapia miofunzionale non è un provvedimento riconosciuto a livello scientifico per il trattamento di anomalie della mascella.

- 205, 206
208–210.6
1/20
- Di regola, i trattamenti con aligner non soddisfano il criterio dell'economicità e sono pertanto assunti dall'Al solo previo accordo, su richiesta motivata in merito al caso specifico per la scelta di questo trattamento e corredata di un preventivo per le prestazioni odontoiatriche e, separatamente, per le spese di laboratorio, laddove non è possibile un trattamento con altri apparecchi.
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. Inizialmente questi sistemi si prestavano unicamente per trattamenti relativamente semplici. Ora, però, vi sono ortodontisti esperti che hanno acquisito dimestichezza con gli aligner e sono in grado di risolvere anche problemi complessi con questo metodo. Si tratta ormai di uno dei tanti metodi di trattamento generalmente riconosciuti e, in caso di indicazione adatta e applicazione corretta, in determinati casi può 'essere considerato una soluzione semplice ed economica. I terapisti che utilizzano frequentemente questo metodo ricevono talvolta anche sconti, di cui sono tenuti a far beneficiare i loro clienti.
 3. Per evitare che questo metodo possa essere utilizzato da fornitori di prestazioni non qualificati, prima dell'inizio del trattamento deve essere fornita l'esatta indicazione medica con una motivazione dettagliata e un preventivo dei costi."

Macroglossia e microglossia congenite, per quanto sia necessaria un'operazione della lingua

214 L'operazione è indicata solamente se la lingua ipertrofica provoca al neonato dei disturbi della respirazione o della deglutizione. Se i disturbi di eloquio o di malocclusione costituiscono l'indicazione per l'intervento chirurgico, è obbligatorio richiedere, prima che quest'ultimo sia eseguito, la perizia di un fonoiatra o di uno specialista in ortopedia mascellare. Per quanto riguarda l'esame di ortopedia mascellare sono applicabili i N. 208–210.2 e 3.

Ritenzione congenita o anchilosi dei denti, nella misura in cui sono interessati diversi molari o almeno due premolari o molari della seconda dentizione posti uno accanto all'altro (esclusi i denti del giudizio)

1/17 (v. sentenza del TF 9C_319/2008 del 20 agosto 2008)

218.1 La diagnosi è formulata da un centro d'accertamento di ortopedia mascellare (v. N. 208-210.2). Se si effettua un versamento a un tale centro, si possono rimborsare le prestazioni ai sensi dei moduli «Zahnärztliche Beurteilung» e «Kieferorthopädische Abklärung». Se l'assicurato chiede che l'esame venga effettuato direttamente da un centro d'accertamento di ortopedia mascellare, si possono rimborsare solo le prestazioni ai sensi del modulo «Kieferorthopädische Abklärung».

218.2 Se l'esistenza di un'infermità congenita è provata, anche il trattamento di denti incisivi e di denti canini eventualmente colpiti va a carico dell'AI (questi non sono però determinanti per riconoscere un'IC 218).

1.5 Polmoni

Bronchiectasie congenite

241 La loro esistenza deve essere accertata con una broncografia.

Enfisema lobare congenito

242 Le stenosi congenite dei bronchi che si manifestano per lo più sotto forma di enfisemi lobari possono rientrare in questo numero.

Agenesia parziale e ipoplasia dei polmoni

243
1/17 La vaccinazione con Synagis® non è a carico dell'Alma dell'AMal (sentenza del TF 8C_590/2011 del 13 giugno 2012).

Sequestro polmonare congenito

245 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 (N. 313 OIC).

I sequestri polmonari idiopatici che subentrano più tardi non sono infermità congenite.

Sindrome delle membrane ialine

247.1 L'espressione «sindrome di ansia respiratoria del neonato (*respiratory distress syndrom*)» designa quei disturbi respiratori del neonato che richiedono un trattamento e cure intense in clinica. Le cause possono essere di vario tipo. Tuttavia, si possono classificare sotto il N. 247 OIC soltanto i casi di sindrome di ansia respiratoria del neonato che sono dovuti a membrane ialine.

-
- 247.2 Tutti gli altri casi di sindrome di ansia respiratoria congenita, per i quali sono necessari un trattamento intenso, cure e sorveglianza, figurano sotto il N. 497 OIC.
- 247.3 Se, in seguito a una sindrome di membrana ialina, esiste un elevato rischio di apnea, l'Al può assumere il monitoraggio necessario a casa.
- 247.4 La «SIDS» (*sudden-infant-death-syndrom*) non è un'affezione dell'OIC e non può quindi essere presa a carico dall'Al.
- 247.5 La discinesia primaria delle ciglia (denominata anche sindrome delle ciglia immobili) rientra nel N. 249 OIC.
- 247.6 La vaccinazione con Synagis® non è a carico dell'Al
1/18 ma dell'AMal (sentenza del TF 9C_190/2013 del 23 aprile 2013; v. N. 1023.1).

1.6 Esofago, stomaco e intestini

Anomalie del sito intestinale, cieco mobile escluso

- 276 Il prolasso anale e l'ernia non sono anomalie del sito intestinale.

Ileo del neonato

- 277 Se un ileo da aderenze si manifesta nel periodo immediatamente successivo alla nascita (v. N. 22), può essere assunto nell'ambito di questo numero.

Aganglionosi e anomalie delle cellule ganglionari dell'intestino crasso o dell'intestino tenue

- 278 Se un neonato sofferente di un'aganglionosi o di
1/05 un'anomalia delle cellule ganglionari abbisogna di un trattamento dietetico preoperatorio a base di latte ma-

terno, l'AI contribuisce alle spese di questa dieta (indennità della balia, spese di locazione di una pompa a latte, spese di trasporto), a condizione che il bambino non sia già ricoverato in ospedale. L'UFAS fissa il forfait. Queste prestazioni cessano di essere fornite al più tardi al momento dell'operazione.

Celiachia conseguente all'intolleranza congenita alla gliadina

279
7/20 Di regola la celiachia deve essere confermata da una biopsia dell'intestino tenue.

Affinché la celiachia possa essere riconosciuta come infermità congenita senza biopsia dell'intestino tenue, devono essere adempiuti i seguenti criteri:

- concentrazione degli anticorpi anti transglutaminasi tissutale (IgA): > 10 volte la norma
- anticorpi anti endomisio IgA positivi in un secondo esame del sangue;
- conferma della diagnosi da parte di un pediatra specialista in gastroenterologia, epatologia e nutrizione pediatrica FMH o di un medico specialista in gastroenterologia FMH.

Per le spese supplementari dovute alla dieta priva di glutine prescritta e controllata da un medico l'AI versa sussidi forfettari (v. Allegato 2 complemento 2).

Alimenti dietetici secondo l'Allegato 2 complemento 1 non possono essere presi a carico.

L'ammontare e la durata delle prestazioni devono essere fissati nella decisione.

Riflusso gastro-esofageo congenito, per quanto sia necessaria un'operazione

280
7/16 La necessità di un'operazione sussiste solo quando l'esecuzione coerente di una terapia conservativa se-

condo tutte le possibili modalità non è risultata efficace. L'indicazione di una terapia operativa deve avvenire a livello interdisciplinare.

Malformazioni congenite del diaframma

281
1/17 La vaccinazione con Synagis® non è a carico dell'Alma dell'AMal (sentenza del TF 8C_590/2011 del 13 giugno 2012).

1.7 Fegato, vie biliari e pancreas

Atresia e ipoplasia congenita delle vie biliari

291 La sindrome di Watson-Alagille e quella di Alagille rientrano sotto questo numero. Si veda il . N. 10.

1.8 Parete addominale

Onfalocele ed ernia inguinale laterale

302 Onfalocele e laparoschisi: un'ernia ombelicale non corrisponde a un onfalocele e non costituisce un'infermità congenita ai sensi della LAI.

303 Ernia inguinale indiretta: ernia congenita. Contrariamente all'ernia inguinale indiretta, l'ernia inguinale diretta è una malattia acquisita e non un'infermità congenita ai sensi della LAI.

1.9 Cuore, vasi e sistema linfatico

Malformazioni congenite del cuore e dei vasi

313
1/17 Le cardiomiopatie ostruttive congenite e i disturbi congeniti di conduzione dell'eccitazione (Romano-Ward, Jerwell-Langue-Nielsen o Wolff-Parkinson-White) rientrano nel N. 313 OIC.

Gli assicurati che soffrono indubbiamente di una malformazione al cuore congenita per la quale non è (ancora) necessaria o possibile una cura vera e propria

hanno diritto alla presa a carico delle spese dei controlli medici necessari. L'ipertensione polmonare primaria non può essere riconosciuta come infermità congenita. La profilassi dell'endocardite non è coperta dall'AI. La vaccinazione con Synagis® è a carico dell'AI, 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).

1.10 Sangue, milza e sistema reticolo-endo-teliale

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

323 La metemoglobinemia enzimopenica congenita rientra nel N. 323 OIC.

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

324.1 La Croce rossa svizzera organizza campi di vacanze per bambini emofiliaci. 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
7/16 Nel caso di emofiliaci, le protezioni articolari possono essere prese a carico quali mezzi ausiliari (v. N. 15.09 OMAI).

Iperbilirubinemia del neonato di diversa causa, per quanto sia necessaria un'exanguino-trasfusione

325.1
1/03 Le iniezioni utilizzate per "inibire" gli anticorpi positivi anti-rhesus che, in caso d'incompatibilità rhesus, circolano, dopo il primo parto, nel sangue della madre non sono a carico dell'AI dato che gli articoli 3 LPGA, 13 LAI e il N. 325 OIC danno esclusivamente diritto alla cura dell'anemia emolitica del *neonato*. Un'IC 325

può essere riconosciuta solo in seguito ad una trasfusione integrale *extrauterina*.

325.2 Una trasfusione integrale del sangue (exsanguinotrasfusione) è di solito indicata quando il tasso di bilirubina nel siero sanguigno aumenta rapidamente nel corso dei primi giorni di vita o quando ne sono presenti già più di 20 mg%.

325.3 L'AI riconosce la fototerapia come provvedimento sanitario (art. 2 cpv. 3 OIC) e ne assume le spese quando essa è necessaria per il trattamento di un'infermità congenita come previsto nell'allegato all'OIC. Tuttavia, non può impedire che un'exsanguinotrasfusione (N. 325 OIC) venga effettuata.

L'applicazione profilattica di una fototerapia tendente ad attenuare l'aumento del tasso di bilirubina non è assunta dall'AI.

Sindrome congenita di deficienza immunitaria (IDS)

326.1 Le deficienze immunitarie secondarie nei casi di enteropatie essudative, affezioni maligne, malattie infettive ecc. non sono di origine congenita.

326.2 Le anomalie congenite qualitative dei granulociti neutrofili rientrano nell'ambito del N. 326 OIC.

326.3 Le infezioni congenite HIV rientrano nell'ambito del N. 490 OIC.

1.11 Sistema urogenitale

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, 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.

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* ai sensi del N. 341 OIC.

- 341.2 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).
- 341.3 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.

Criptorchismo (unilaterale o bilaterale), per quanto sia necessaria un'operazione

- 355 L'Al non assume il trattamento del criptorchismo effettuato prima dell'operazione. Se invece durante l'operazione si accerta la presenza di un criptorchismo elevato, l'Al prende a carico eventuali iniezioni di ormoni follicolo-stimolanti.

1.12 Sistema nervoso centrale, periferico ed autonomo

Malformazioni del sistema nervoso centrale e del suo rivestimento (quali encefalocele, ciste aracnoide, mielomeningocele ed idromielia, meningocele, megaloencefalia, poroencefalia, diastematomelia e tethered cord)

381.1 La spina bifida occulta e il poro sacrale non rientrano nel N. 381 OIC (v. N. 152 OIC).

381.2
1/17 Le affezioni elencate fra parentesi non costituiscono una lista esaustiva. Il numero marginale comporta sia malformazioni del sistema nervoso centrale (per. es. sindrome di Arnold Chiari) che del suo rivestimento.

381.3
1/18 Malformazioni del sistema nervoso (p. es. agenesia del corpo calloso o lissencefali) rientrano nel N. 381 OIC.

Affezioni erodegenerative del sistema nervoso (p. es.: atassia di Friedreich, leucodistrofie ed affezioni progressive della materia grigia, atrofie muscolari di origine spinale o neurale, disautonomia familiare, analgesia congenita, sindrome di Rett)

383
1/19 Rimborso del medicamento Spinraza® (Nusinersen): l'AI assume i costi del preparato Spinraza® (Nusinersen) per i pazienti presintomatici e per quelli sintomatici affetti da SMA di tipo I, II o III al prezzo (al pubblico) di 92 778.50 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.

Se una precedente richiesta di garanzia delle spese è stata rifiutata con decisione passata in giudicato, deve essere presentata una nuova richiesta. L'AI assume i costi del trattamento dal momento della ricezione della nuova richiesta di garanzia delle spese.

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.

Restrizioni
Garanzia delle spese accordata dall'assicuratore malattie o dall'ufficio AI previa consultazione, rispettivamente, del medico di fiducia o del SMR.
Trattamento della SMA associata a un difetto del cromosoma 5q. 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: <ul style="list-style-type: none"> • copie del gene SMN2 \geq 2;
Pazienti affetti da SMA di tipo I (forma infantile): <ul style="list-style-type: none"> • 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): <ul style="list-style-type: none"> • copie del gene SMN2 \geq 2; • inizio dei sintomi $>$ 6 mesi.
Pazienti affetti da SMA tipo III: inizio dei sintomi $>$ 18 mesi.
Spinraza può essere somministrato esclusivamente in centri ospedalieri specializzati in malattie neuromuscolari. Il personale medico curante deve imperativamente avere esperienza nella diagnosi e nella terapia di pazienti affetti da atrofia muscolare spinale e nell'esecuzione di punture lombari (rachicentesi).

Restrizioni
Il medico curante è tenuto a inserire costantemente i dati richiesti nel registro svizzero per la SMA e a tal fine si procura un'autorizzazione scritta del paziente.
Per poter prolungare il trattamento, dopo 12 mesi il medico curante deve compilare un'apposita richiesta e inoltrarla all'ufficio AI.
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 la 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.
Questi esami hanno luogo all'inizio del trattamento, dopo due mesi e in seguito ogni quattro mesi.
<i>Il momento della conclusione della terapia viene stabilito e il trattamento viene interrotto nei casi seguenti.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Nel caso di pazienti con inizio precoce della malattia (SMA di tipo I) e pazienti presintomatici: <ul style="list-style-type: none"> ○ nel caso di pazienti con una nuova diagnosi per i quali non è rilevabile alcun miglioramento dello stato di salute dopo la sesta dose (dopo 10 mesi); <ul style="list-style-type: none"> ○ nel caso di pazienti con una nuova diagnosi, se entro 10 mesi con l'esame HINE non si registra un miglioramento di almeno 2 punti nella categoria «scalciare» o il raggiungimento del valore massimo in questa categoria (toccare le dita dei piedi) o un miglioramento di 1 punto nelle categorie «controllare la testa», «girarsi», «stare seduti», «andare a gattoni», «stare in piedi» o «camminare» e se il numero delle categorie in cui si registra un miglioramento (secondo le definizioni precedenti), esclusa la categoria «afferrare consapevolmente», è inferiore a quello delle categorie in cui si registra un peggioramento. Per la categoria «scalciare» si considera che vi è un peggioramento se questa capacità si riduce di almeno 2 punti o scende a 0;

Restrizioni
<ul style="list-style-type: none"> ○ nel caso di pazienti con una nuova diagnosi, se entro 10 mesi con l'esame CHOP-INTEND non si registra un miglioramento di almeno 4 punti; <p>nel caso di pazienti con una diagnosi già esistente</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ in caso di peggioramento dello stato di salute e/o delle funzioni motorie (misurato sulla base di valutazioni cliniche adeguate quali CHOP-INTEND o HINE), senza altra possibile spiegazione, in almeno due rilevazioni consecutive successive alla fase di somministrazione della dose di carico.
<ul style="list-style-type: none"> ● In caso di inizio più tardivo della malattia (SMA dei tipi II e III):
<ul style="list-style-type: none"> ○ a fronte di una riduzione dello HFMSE o di altri criteri di valutazione (RULM, 6MWT) in almeno due rilevazioni consecutive dopo 10 mesi di terapia, senza altra possibile spiegazione del peggioramento.
L'assunzione dei costi è esclusa per:
<ul style="list-style-type: none"> ● SMA dei tipi 0 e IV nonché tutte le atrofie muscolari spinali o neurogene non riconducibili a delezione o mutazione genetica sul cromosoma 5q;
<ul style="list-style-type: none"> ● pazienti con comorbidità tali da rendere impossibile una puntura lombare o a causa delle quali una puntura lombare sarebbe rischiosa per la salute (aumento della pressione cerebrale, disturbi della coagulazione del sangue, malformazioni vertebrali, disturbi della circolazione del liquido cerebrospinale o altre malattie del cervello o del midollo spinale).

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

Medulloblastoma, ependimoma, glioma, papilloma del plesso corioideo, cordoma

384 Le conoscenze mediche permettono di concludere che nel caso degli assicurati fino al compimento del 20° anno di età tutti i tumori del cervello ai sensi del

N. 384 OIC sono congeniti, ossia già profilati o presenti alla nascita.

1/05 **Epilessia congenita (ad eccezione delle forme per le quali una terapia anticonvulsiva non è necessaria, oppure è necessaria solo durante una crisi)**

A) Definizione dell'epilessia congenita

387.1
1/05 Per principio l'epilessia ai sensi dell'OIC 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.

387.2 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 è un'infermità ai sensi dell'OIC.

Se non può essere dimostrata inequivocabilmente la causa postnatale, l'epilessia può essere considerata congenita.

387.3 Rientrano in questa categoria:
– 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;

387.4 – *le epilessie senza crisi, ma con sintomi psicopatologici*, che possono essere collegati a inequivocabili manifestazioni epilettiche riscontrabili sull'elettroencefalogramma (numerose e chiare *spikes-waves* e complessi) durante manifestazioni psicopatologiche (fase d'accesso) e negli intervalli (epilessia larvata o mascherata). Lo specialista deve decidere se esi-

ste una correlazione provata o probabile tra le alterazioni dell'elettroencefalogramma e le manifestazioni psicopatologiche (N. 7).

387.5 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.

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

387.7 *Le epilessie fotosensibili senza crisi spontanee* vanno considerate come infermità congenite ai sensi dell'OIC 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/oppure provocano persino una crisi epilettica.

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

387.8 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.

387.9 Se è stata dimostrata l'esistenza di un'epilessia clinica e l'AI ha riconosciuto l'infermità congenita secondo il numero 387 OIC, 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 ragazzi in età scolastica e degli adulti. Inoltre, all'inizio del trattamento antiepilettico i controlli sono necessariamente più numerosi come pure in caso di effetti secondari indesiderabili o di alcune sindromi particolari di epilessia.

387.10 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.

387.11 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

387.12
1/18 Se l'AI non ha riconosciuto il diritto a provvedimenti sanitari giusta il N. 404 OIC (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.

387.13 La situazione è analoga se l'AI ha rifiutato provvedimenti sanitari per il N. 403 OIC e una nuova richiesta si basa su un sospetto di epilessia.

D) Procedimento nei casi dubbi o contestati

387.14
3/12 Se l'esistenza di un'epilessia congenita ai sensi dell'OIC non è sicura o è contestata, gli uffici AI possono ordinare una perizia che sarà effettuata da un medico con una lunga esperienza nel campo dell'epileptologia e dell'elettroencefalografia clinica. In ogni singolo caso si deve valutare dal punto di vista medico se l'incarto fornisce sufficienti indicazioni oppure se è necessario un ulteriore accertamento. L'esperto si esprime sull'utilità di effettuare nuovi elettroencefalogrammi (EEG). Se l'assicurazione lo ritiene necessario, l'ufficio AI può ordinare o chiedere mediante decisione di eseguire questi nuovi esami.

387.15 L'ufficio AI può richiedere l'originale dell'EEG o metterlo a disposizione per una perizia.

E) Accertamenti neuropsicologici in caso di epilessia

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

1/05 **Paralisi cerebrali congenite (spastiche, discinetiche [distoniche, coreoatetosiche], atassiche)**

390.1 Le 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;
- spasticità;
- discinesia, atassia;
- insorgenza prima della fine del periodo neonatale;
- assenza di una progressione del processo di base;
- frequenti disturbi associati (quali disturbi dell'apprendimento, handicap mentale, disturbi della vista, epilessia).

Vanno pertanto riconosciuti quali infermità congenite soltanto i disturbi congeniti del movimento spastici, atassici e/o discinetici. Senza questi disturbi motori, i disturbi associati summenzionati non costituiscono una paralisi cerebrale congenita.

- 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 disdiadococinesi 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, l'ipotonia muscolare non costituisce di per sé un'infermità

congenita ai sensi del N. 390 OIC. 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, qualora non vi sia alcun'altra eziologia più probabile.

- 390.3 soppresso
- 390.4 soppresso
- 390.5
1/15 L'ippoterapia costituisce un provvedimento sanitario riconosciuto per la cura delle paralisi cerebrali congenite menzionate al N. 390 OIC. L'AI può assumere le spese di questa terapia, che integra la terapia Bobath. In merito alle prestazioni dell'AI e alle qualifiche del personale occorre però 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. Tutte le altre forme, quale ad esempio l'equitazione terapeutica, non costituiscono, come già nel passato, provvedimenti d'integrazione dell'AI;
 - 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 <http://hippotherapie-k.org/index.php?id=64> (in tedesco). Questi centri fatturano le prestazioni fornite applicando la tariffa della fisioterapia.
- 390.6 Le spese per gli esami diagnostici eziologici non sono coperte dall'AI.
- 390.7 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.

- 390.8
1/05 Il trattamento con Botulinumtoxin (Botox®) può essere preso a carico (v. N. 1208).
- 390.9
1/09 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.
- 1/18 Leggeri disturbi motori cerebrali (cura fino al compimento del secondo anno d'età)**
- 395
3/12 Sono considerati leggeri disturbi motori cerebrali ai sensi del N. 395 OIC i sintomi neurologici o motori cerebrali riscontrati nei primi due anni di vita: schemi motori patologici con asimmetria, variabilità limitata e, in seguito, con un aumento dei sintomi: –schema posturale asimmetrico, opistotono, reazioni primitive persistenti e anomalie del tono muscolare considerate quali possibili sintomi precoci di una paralisi cerebrale. Si osservi che la nozione di disturbi motori cerebrali con cui la medicina assicurativa designa l'infermità congenita del N. 395 OIC non è identica alla diagnosi di paralisi cerebrale del N. 390 OIC. Nel caso di disturbi motori cerebrali la fisioterapia e i controlli medici possono essere assunti solo durante i primi 24 mesi.

Paralisi e paresi congenite

- 397 Per i muscoli oculomotori, si veda il N. 428.

1.13 Malattie psichiche e gravi ritardi dello sviluppo

401
1/10

soppresso

Oligofrenia congenita (solo per la cura del comportamento eretistico o apatico)

403.1

Ogni oligofrenia 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

In caso di oligofrenia congenita senza comportamento eretistico o apatico *durante la durata di un trattamento dentario*, si agirà come se tale comportamento esistesse. In questi casi le prestazioni dell'Al si limitano alle spese dovute alla narcosi (v. N. 13).

403.3

Esiste pure un'oligofrenia congenita 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 nell'ambito del N. 403 OIC, occorre che la condizione del comportamento eretistico o apatico sia soddisfatta.

403.4
1/04

Sono a carico dell'Al le cure mediche riconosciute come semplici e adeguate per il trattamento specifico ed esclusivo del comportamento apatico o eretistico. La classificazione sotto il N. 404 OIC non è ammissibile. Di regola, la psicoterapia non è considerata come una terapia semplice e adeguata per i casi di oligofrenia (rapporto costo/ricavi).

403.5

Spesso questi assicurati presentano anche uno sviluppo motorio ritardato. Poiché un'eventuale terapia

psicomotoria non è utile per il trattamento del comportamento apatico o eretistico, non può essere assunta nell'ambito del N. 403.

403.6
3/12 Non è ammesso riconoscere al contempo il N. 403 OIC e il N. 404 OIC. Il riconoscimento simultaneo di un'IC 403 e/o 405 e/o 406 è possibile solo in casi eccezionali e solo se comprovato in modo plausibile da un medico specialista (pedopsichiatra).

Disturbi del comportamento nei bambini d'intelligenza normale, ossia una menomazione patologica dell'affettività o della capacità di socializzare, oltre a disturbi della regolazione emozionale basale, della comprensione, delle funzioni percettive, della percezione sensoriale, della capacità di concentrazione e della capacità di memorizzare, se diagnosticati e curati come tali prima del compimento del nono anno di età; l'oligofrenia congenita è classificata esclusivamente al N. 403 (v. Allegato 7).

404.1
3/12 Non è ammesso riconoscere al contempo il N. 403 OIC e il N. 404 OIC. Il riconoscimento simultaneo di un'IC 404 e/o 405 e/o 406 è possibile solo in casi eccezionali e solo se comprovato in modo plausibile da un medico specialista (pedopsichiatra).

404.2
1/18 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 7).

404.3
1/18 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
1/03
- Il «limite del nono anno» è applicabile unicamente ai provvedimenti sanitari dell'AI di cui agli articoli 3 LPGA e 13 LAI, N. 404 OIC, non quindi alle altre possibili misure (p. es. provvedimenti professionali). A questo genere di prestazioni si applicano altri criteri.
- 404.5
3/12
- 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 non sono soddisfatte. In questi casi bisogna verificare accuratamente dal punto di vista medico che i criteri richiesti siano rispettati conformemente alla «Guida all'IC 404» (v. Allegato 7). L'ufficio AI decide se ricorrere eventualmente ad altri periti (esterni).
- 404.6
1/17
- 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 stabilita 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).
- 404.7
3/12
- Se prima del raggiungimento del limite d'età è stata constatata con grande probabilità l'esistenza di un'infermità congenita, le spese d'accertamento sono prese a carico se quest'ultimo è stato prescritto dall'ufficio AI

o con effetto retroattivo ai sensi dell'articolo 78 capoverso 3 OAI. Vanno verificate la plausibilità e la rilevanza medica.

- 404.8
3/12
- 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. Si veda al riguardo la «Guida all'IC 404» (Allegato 7).
- 404.9
- Se l'AI rifiuta l'assunzione della cura, deve essere rimborsato soltanto il rapporto medico.
- 404.10
1/03
- Un'infermità congenita neurocerebrale (p. es. un'epilessia) non esclude che sia simultaneamente riconosciuta come infermità congenita a sé stante come previsto dal N. 404 OIC. In casi più rari, però, disturbi cerebrali congeniti possono far parte della sindrome di un'infermità congenita neuro cerebrale. Simili casi non devono essere classificati come infermità congenita a sé stante, sotto il N. 404 OIC, ma devono figurare, conformemente ai N. 11 e 1045, sotto il numero dell'infermità congenita all'origine di questi sintomi. Così, per esempio, una demenza epilettica non dev'essere esaminata nell'ambito dei N. 403 o N. 404 OIC, ma in quello del N. 387 OIC. La cura dei postumi può così essere assunta – nei limiti temporali degli articoli 3 LPGA e 13 LAI – anche quando l'infermità congenita che li provoca non necessita più di un trattamento.
- 404.11
3/12
- Al più tardi dopo due anni si deve verificare 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 EEG necessita previamente del consenso dell'AI e può essere preso a carico solo in casi debitamente motivati.

Disturbi dello spettro dell'autismo e psicosi infantili

- 405
1/17
- In caso di disturbi dello spettro dell'autismo sono concessi provvedimenti sanitari, se i sintomi propri alla malattia e che necessitano un trattamento si sono manifestati prima del compimento del quinto anno di età. I sintomi non possono essere riconosciuti successivamente come «esistenti prima del compimento del quinto anno di età» se non è comprovato che esistevano già prima del compimento dei 5 anni (sentenza del TF 9C_682/2012 del 1° maggio 2013). L'autismo va distinto dalle psicosi infantili. A questo quadro clinico viene così concesso uno statuto a sé stante tra i gravi disturbi dello sviluppo. Il riconoscimento simultaneo di un'IC 403 e/o 404 e 405 e 406 è possibile solo in casi eccezionali e solo se comprovato in modo plausibile da un medico specialista (pedopsichiatra).
- 405.1
1/19
- L'AI non assume i costi del metodo del «packing», poiché non si tratta di un metodo di trattamento scientificamente riconosciuto.
- 406
3/12
- In caso di psicosi primarie infantili sono concessi provvedimenti sanitari, se i sintomi propri alla malattia si sono manifestati prima del compimento del quinto anno di età. I sintomi non possono essere riconosciuti successivamente come «esistenti prima del compimento del quinto anno di età» se non è comprovato che esistevano già prima del compimento dei 5 anni.

1.14 Organi dei sensi

Infermità congenite dell'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 0,2 se l'occhio in questione non riesce a fissare centralmente (N. 416, 418, 419, 423, 425 e 427 OIC).
- 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 può assumersi in ogni caso le spese degli occhiali a titolo di mezzi di trattamento, finché possono essere concessi provvedimenti sanitari a carico dell'AI (v. N. 16 seg. e 425.2 e 3).
- 411–428.4
1/20 L'offerta di «sovracchiali» o di clip solari sul mercato è relativamente ampia (p. es. <https://www.lunetta.ch/ki/it/Sonnenbrillen1/Ueberbrillen1.html>). 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).

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.

Aplasia dei canali lacrimali

- 413 Una stenosi dei canali lacrimali che può essere raggiunta praticando irrigazioni e sondaggi non può essere riconosciuta come infermità congenita ai sensi del N. 413 OIC.

Anomalie congenite dell'iride e dell'uvea, con acuità visiva di 0,2 o meno ad almeno un occhio o di 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione)

418 Se in seguito a una 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 trattamento.

Opacità congenite del cristallino o del corpo vitreo e anomalie di posizione del cristallino con acuità visiva di 0,2 o meno ad almeno un occhio o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione)

419 Dopo un'operazione della cataratta, gli occhiali sono considerati come mezzi ausiliari. Essi possono essere presi a carico fino a quando è possibile raggiungere o garantire l'obiettivo dell'integrazione (esercitare un'attività lucrativa o eseguire i lavori abituali, studio, formazione), in ogni caso fino al compimento dei 20 anni.

1/03 **Retinopatia in neonati prematuri e pseudoglioma congenito (compreso il morbo di Coats)**

420 Il morbo di Coats non è congenito se si innesta in una malattia acquisita quale l'uveite, la sarcoidosi ecc.

Anomalie congenite di rifrazione con acuità visiva di 0,2 o meno ad almeno un occhio 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.

425.2
3/12 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 adempiti.

425.3
1/18 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 adempiti, tale proroga deve essere debitamente motivata.

425.4 Possono essere concesse lenti a contatto se

- esiste un'anisometropia di almeno 4 diottrie oppure
- 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

Strabismo e microstrabismo concomitante unilaterale, se esiste un'ambliopia di 0,2 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 0,2 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 ad un'anomalia di rifrazione o ad un altro motivo.

Per quanto riguarda la durata dell'obbligo di prestazione, si vedano i N. 425.2 e 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* adempiti.

427.2 Uno strabismo alternante non è un'infermità congenita ai sensi dell'OIC.

427.3 Se esiste un'ambliopia *bilaterale* di 0,2 o meno si deve far capo ad un'altra infermità congenita. Per esempio possono entrare in linea di conto i N. 422 e N. 423 OIC, ma anche N. 403 OIC, poiché gli oligofrenici gravi spesso fissano tardi centralmente.

1/05 **Presi congenite dei muscoli dell'occhio (se sono necessari prismi, operazioni o trattamento ortotico)**

428 Lo strabismo paralitico congenito, da non confondere con uno strabismo concomitante ai sensi del N. 427 OIC, rientra in questo numero.

Rime congenite nella regione auricolare, fistole congenite dell'orecchio medio, anomalie congenite del timpano

443 Le fistole preauricolari, non essendo malformazioni significative, non rientrano in questo numero a meno che non concernano l'orecchio medio.

-
- 1/03 **Malformazioni congenite dell'orecchio medio con sordità parziale uni o bilaterale con una perdita media 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 se i criteri audiometrici summenzionati sono rispettati.
- 444.2 Nel caso di lattanti e di bambini piccoli, di regola, sono necessari esami speciali di pedo-audiologia che dovranno essere prescritti dallo 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 soundbridge (System Symphonix).

Sordità congenita

- 445
1/05 La sordità deve essere bilaterale. La sordità neurosensoriale congenita è presa in considerazione al N. 446 OIC.

Per quanto riguarda il training dell'udito e le lezioni di lettura, si veda il N. 2065 CMAI.

Per quanto riguarda l'impianto cocleare si distingue tra componente interna e esterna. La prima (antenna elettrodo ecc.) costituisce un provvedimento sanitario mentre la seconda (processore linguistico, microfono ecc.) costituisce un mezzo ausiliario.

1.15 Metabolismo e ghiandole endocrine

Turbe congenite del metabolismo degli idrati di carbonio (glicogenosi, galattosemia, intolleranza al fruttosio, ipoglicemia di Mc Quarrie, ipoglicemia di Zetterstroem, ipoglicemia sensibile alla leucina, iperosaluria primaria, anomalie congenite del metabolismo del piruvico, assorbimento difettoso del lattosio, assorbimento difettoso del saccarosio e diabete mellito se questi è constatato nelle prime quattro settimane di vita o se si è manifestato senza alcun dubbio durante questo periodo)

451.1 In caso di *galattosemia*, i provvedimenti a carico dell'AI consistono in controlli medici, analisi di laboratorio e preparati dietetici (v. Allegato 2 complemento 1).

451.2
1/18 Se entro le prime quattro settimane di vita si riscontrano sintomi evidenti di *diabete mellito*, diagnosticato dopo questo termine, si può giustificare un N. 451 OIC.

Turbe congenite del metabolismo degli aminoacidi e delle proteine (p. es.: fenilchetonuria, cistinosi, cistinuria, oxalosi, sindrome oculo-cerebrorenale di Lowe, anomalie congenite del ciclo dell'urea e altre iperammoniemie congenite)

452 Fenilacetoneuria: dieta povera di fenilalanina, si veda Allegato 2 complemento 1.

Turbe congenite della funzione pancreatica (mucoviscidosi e insufficienza primaria del pancreas)

459.1 L'AI assume il trattamento medicamentoso delle insufficienze del pancreas (terapia sostitutiva) nonché i prodotti alimentari dietetici enumerati nell'Allegato 2 complemento 1. Non assume tuttavia le spese complemento che derivano eventualmente da una dieta. Anche il trattamento di polipi è a carico dell'AI, a condizione che sia in relazione con il N. 459 OIC.

459.2
1/05 L'assicurazione invalidità prende a carico apparecchi di cura prescritti da un medico, a condizione che siano semplici e adeguati. Sono esclusi apparecchi di sport come il trampolino.

L'impiego di un secondo apparecchio (p.es. per appartamenti di vacanza) di regola non è considerato un provvedimento semplice e adeguato.

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

459.4 L'AI, conformemente agli accordi conclusi tra l'UFAS e la Società svizzera per la fibrosi cistica, contribuisce alle spese dei campi di vacanze, organizzati per i bambini affetti da mucoviscidosi, a condizione che sia stata emanata una decisione per ognuno dei casi.

Turbe congenite del metabolismo delle ossa (p. es.: ipofosfatasia, displasia diafisaria progressiva di Camurati-Engelmann, osteodistrofia di Jaffé-Lichtenstein, rachitismo resistente alla vitamina D)

461 Vedi anche i N. 121-127 OIC.

1/03 **Turbe congenite della funzione ipotalamo-ipofisaria (microsomia ipofisaria, diabete insipido, sindrome di Prader-Willi e sindrome di Kallmann)**

462
7/20 Il diabete insipido nefrogeno dev'essere classificato sotto il N. 341 OIC. 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). La carenza dell'ormone della crescita deve essere comprovata lege artis e su un periodo relativamente lungo.

Per la sindrome di Prader-Willi, la carenza dell'ormone della crescita è considerata comprovata nei bambini di

età inferiore ai quattro anni che presentano le seguenti caratteristiche: altezza inferiore alla norma, prevalenza tipica del grasso sul muscolo, valori IGF1 o IGFBP-3 bassi e ritardo della crescita in caso di rapporto peso/altezza normale.

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.

1/05

Turbe congenite della funzione delle gonadi (malformazioni delle gonadi, anorchidia, sindrome di Klinefelter e resistenza agli androgeni)

466

L'emianorchismo senza disturbi ormonali non è classificato sotto questo numero (v. N. 355).
La sindrome di Turner rientra nel N. 488 OIC.

1.16 Malformazioni congenite che toccano diversi sistemi organici

Distrofie congenite del tessuto connettivo (p. es.: sindrome di Marfan, sindrome di Ehlers-Danlos, cutis laxa congenita, pseudoxanthoma elasticum)

- 485.1 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).
- 485.2 Un rilassamento connettivale non rappresenta alcuna infermità congenita e non può essere menzionato sotto questo numero.

Trisomia 21 (sindrome di Down)

- 489
7/16 La trisomia 21 (sindrome di Down) è stata inserita con effetto dal 1° marzo 2016 nell'elenco delle infermità congenite allegato all'OIC. L'Al 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).
- 489.1 La trisomia 21 figura con il numero 489 al capitolo XIX «Malformazioni interessanti diversi sistemi d'organi».
- 489.2 Le affezioni associate alla trisomia 21 (p. es. malformazioni congenite del cuore e dei vasi, n. 313 allegato OIC) non saranno più identificate da codici distinti, ma verranno raggruppate tutte al numero 489.

489.3 La copertura della fisioterapia secondo la terapia Bobath è obbligatoria per un bambino piccolo affetto da trisomia 21 fino al momento in cui inizia a camminare.

489.4 L'ippoterapia è rimborsata dall'Al.

1.17 Altre infermità

Infezione congenita per HIV

490.1 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).

Gli anticorpi materni 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.

490.2 Se si è chiaramente in presenza di un'infezione da HIV, si può riconoscere un'infermità congenita anche in presenza di una malattia ancora più asintomatica (v. N. 16).

Postumi di embriopatie e di fetopatie (l'oligofrenia congenita rientra nel N. 403), malattie infettive congenite (p. es.: lue congenita, toxoplasmosi, tubercolosi, listeriosi, citomegalia)

493 Anche le conseguenze di un trattamento medicamentoso prodigato alla madre immediatamente prima o durante la nascita rientrano in questo numero.

Prematuri aventi alla nascita un peso inferiore a 2000 g sino al raggiungimento di 3000 g

494.1 Nella valutazione è determinante il *peso alla nascita*. Non si deve tener conto della perdita di peso fisiologica che avviene dopo la nascita. Il diritto si estingue

non appena il neonato ha raggiunto un peso di 3000 grammi.

- 494.2 L'alimentazione è notevolmente facilitata dalle preparazioni di latte in polvere. Poiché in linea di principio per i neonati il latte materno è da preferirsi, l'AI fornisce una pompa per il latte alle madri che sono in grado di allattare. Le spese eventuali per l'invio del latte, estratto con la pompa, al reparto dell'ospedale ove è curato il neonato, sono a carico di questo reparto, poiché dette spese sono già comprese nella tariffa giornaliera complessiva dell'AI.

La consegna di una pompa per il latte a carico dell'AI non si limita a questo numero, ma può avvenire anche per altre infermità congenite dell'OIC.

- 1/17 **Infezioni neonatali gravi a condizione che si manifestino nel corso delle prime 72 ore di vita e sia necessaria una cura intensiva (sentenza del TF 9C_893/2010 del 7 gennaio 2011) (N. 495 OIC)**

Gravi turbe respiratorie d'adattamento (p. es.: asfissia, sindrome da affanno respiratorio, apnea) a condizione che si manifestino nel corso delle prime 72 ore di vita e sia necessaria una cura intensiva (N. 497 OIC)

Turbe metaboliche neonatali gravi (ipoglicemia, ipocalcemia, ipomagnesiemia) a condizione che si manifestino nel corso delle prime 72 ore di vita e sia necessaria una cura intensiva (N. 498 OIC)

Gravi lesioni traumatiche dovute alla nascita a condizione che sia necessaria una cura intensiva (N. 499 OIC)

- 495,
497–499
1/17 La parola «gravi» ai sensi di questi numeri implica la necessità di provvedimenti sanitari speciali (p. es. la cura ospedaliera con trattamento nel reparto per cure intense dopo una nascita a domicilio, il trattamento nel

reparto per cure intense di una maternità o di una clinica pediatrica dopo la nascita avvenuta all'ospedale).

Ai sensi di questi numeri, le cure sono considerate intense quando le spese cagionate superano notevolmente le spese per un normale soggiorno in maternità, ossia quando sono necessari provvedimenti particolarmente onerosi di un reparto per cure intense quali la sorveglianza permanente di apparecchi, controlli medici e cure particolarmente frequenti in ospedale ecc.

In seguito, l'Al può assumere in linea di principio un *unico* controllo. Se vi sono più danni alla salute distinti, l'obbligo di ogni debitore di prestazioni di concedere prestazioni non va al di là di quanto previsto dalla legge sulle assicurazioni sociali corrispondente (DTF 134 V 1; v. lettera circolare Al n. 262).

Controlli successivi possono essere assunti se il loro nesso con il trattamento nel reparto per cure intense è dimostrato ed il reparto per cure intense ne motiva in modo plausibile la necessità e la probabile durata.

Il trasferimento profilattico in un reparto di neonatologia, senza che siano però necessari provvedimenti onerosi di cure intense, non è motivo sufficiente per giustificare un'infermità congenita.

Esempio:

Se in relazione al N. 497 OIC esiste un forte rischio di apnea che necessita in primo luogo una sorveglianza in ospedale, l'Al può assumere ulteriori provvedimenti (compreso il successivo monitoring a domicilio per il controllo della respirazione).

L'Al non prende a carico le spese relative al trasferimento dei fratelli e sorelle gemelli, trigemelli ecc. che non presentano disturbi gravi ai sensi dell'Al.

497.1

L'asfissia al momento della nascita rientra nel N. 497 OIC quando la sua gravità è tale da rendere necessarie ulteriori cure in un reparto di neonatologia. Se dopo il trasferimento lo stato si normalizza e se non è necessaria nessuna cura, le turbe respiratorie d'adattamento non possono essere considerate gravi.

- 497.2 Insufficienza respiratoria del neonato (ipossia): tutte le sindromi di dispnea del neonato che necessitano di un trattamento particolare in un reparto di neonatologia rientrano nel N. 497 OIC purché compaiano durante le prime 72 ore di vita.
- 497.3 Aspirazione del liquido amniotico con o senza polmonite: queste diagnosi rientrano, di regola, nel N. 497 OIC. Un'aspirazione che avviene durante le prime 72 ore di vita rientra nel N. 497 OIC se rende necessario un trattamento intensivo. Stando a questa definizione, un'aspirazione di latte non rientra in questo numero.
- 497.4 La sindrome di ansia respiratoria causata da membrane ialine rientra nel N. 247 OIC.
- 498.1
3/12 Ipocalcemia del neonato: nella misura in cui l'ipocalcemia non è curata nell'ambito di un'altra infermità congenita (p. es. N. 494 OIC), se presenta gravi sintomi che rendono necessario il ricovero in ospedale essa rientra nel N. 498 OIC, contrariamente all'ipocalcemia asintomatica (frequente nei prematuri). Per quanto riguarda le forme più rare che compaiono solo in un secondo tempo e che a causa di accessi spasmodici rendono necessario il ricovero in ospedale occorre valutare se rientrano nel N. 464 OIC (ipoparatiroidismo).
- 498.2
3/12 Ipoglicemia: nella misura in cui l'ipoglicemia neonatale non è curata nell'ambito di un'altra infermità congenita (p. es. N. 451, 462, 465, 494 OIC), si può supporre che risalga alla nascita se compare nel corso delle prime 72 ore di vita e rende necessari provvedimenti sanitari speciali, *in particolare la fleboclisi*. Di regola,

24 ore dopo la fine delle fleboclisi la cura non è più necessaria e l'AI non deve più fornire prestazioni.

La diagnosi di ipoglicemia ai sensi del N. 498 OIC è emessa sulla base di una singola misurazione quantitativa del valore glicemico (analisi di laboratorio).

Una cura è necessaria quando l'ipoglicemia raggiunge i seguenti valori:

- per i prematuri e i neonati con basso peso alla nascita: (< 2500 g): meno di 2,5 mmol/L
- per i bambini nati a termine: meno di 2,0 mmol/L

Per i bambini di madri diabetiche l'obbligo dell'AI di versare prestazioni dev'essere esaminato nell'ambito del N. 493 OIC.

499

In questo numero rientrano:

- le rotture della milza, del fegato, dei reni, delle ghiandole surrenali o dei polmoni e le emorragie polmonari;
- le lesioni neurologiche centrali o periferiche, consecutive ad un'ipossia, o ad un evento patologico meccanico, durante il parto (a seconda della sintomatologia neurologica di tale lesione rientrerà, p. es., nei N. 387, 390, 397 OIC);
- fratture, lussazioni;
- la torsione del testicolo (v. N. 712/912);
- il pneumotorace.

La sindrome di ansia respiratoria causata da membrane ialine rientra nel N. 247 OIC.

Capitolo 2

1/03 **Delimitazione dei provvedimenti sanitari in caso di postumi di malattie e infortuni (affezioni acquisite; articolo 12 LAI)**

2.1 Malattie infettive e parassitarie

601–604/
801–804 Secondo la giurisprudenza le malattie infettive e parassitarie rappresentano per principio processi patologici labili e non possono quindi dar diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione dell'AI.

Poliomieliti

603
1/17 Se provvedimenti fisioterapeutici sono necessari probabilmente in modo duraturo in quanto solo in questo modo le condizioni di salute possono essere tenute in certo qual modo in equilibrio, devono essere valutati come cura vera e propria del male. Si veda il N. 65.

Per gli assicurati fino al compimento del 20° anno di età l'AI può assumere trattamenti fino al termine della crescita quali misure di prevenzione (v. N. 53) volte ad evitare un futuro danno permanente.

604 soppressi

2.2 Neoplasie (tumori)

611–613/
811–813 Provvedimenti sanitari in caso di tumori costituiscono la cura vera e propria del male. Gli 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

621–625
821–825

Queste affezioni sono processi patologici labili e non danno nessun diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione dell'Al.

2.4 Malattie del sangue e degli organi emopoietici ad esclusione delle neoplasie

631/831

I provvedimenti sanitari connessi alle malattie del sangue e degli organi produttori di sangue fanno sempre parte della cura vera e propria del male.

2.5 Psicosi, psiconevrosi e disturbi della personalità

Psicosi

641–644/
841–844

Schizofrenia, accessi maniaco-depressivi (ciclotimia), psicosi organiche e malattie del cervello rappresentano processi patologici labili che non danno nessun diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione dell'Al.

Psicopatie, nevrosi e tossicomanie

645–647/
845–847.1
3/12

Le psicopatie e le nevrosi (anomalie del comportamento) non sono stati stabilizzati che giustificano l'attuazione di provvedimenti sanitari dell'Al.

645–647/
845–847.2

La cura di nevrosi costituzionali e di anomalie caratteriali (compresi l'alcolismo e le tossicomanie, N. 647–847 e 648–848) è considerata come cura vera e propria del male poiché mira in linea generale a migliorare la personalità.

645–647/
845–847.3

L'Al può assumere la psicoterapia necessaria per la cura di anomalie psichiche acquisite che molto verosimilmente cagionano postumi stabili, difficili da correg-

gere, che ostacolerebbero considerevolmente o impedirebbero una futura formazione e l'esercizio di un'attività lucrativa (v. N. 645.5 segg.).

645–647/
845–847.4
1/17

Le malattie e anomalie che, allo stato attuale delle conoscenze mediche, non possono essere migliorate senza una cura *permanente* (p. es. schizofrenie, psicosi maniaco depressive) non danno diritto a provvedimenti sanitari dell'AI (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 (per. es. disturbi ipercinetici [VSI 2003 pag. 104]), anoressie [VSI 2000 pag. 65]).

645–647/
845–847.5
1/18

Le condizioni per l'assunzione delle spese sono soddisfatte (v. sentenza del TF 9C_354/2016 del 18 luglio 2016)

- se un trattamento specialistico e intensivo della durata di un anno non ha portato ad un miglioramento sufficiente e se, secondo il parere del medico specialista, con il proseguimento del trattamento si può sperare di rimediare in gran parte all'impedimento latente che influisce negativamente sulla formazione professionale e sull'esercizio di un'attività lucrativa. Prima di rilasciare una garanzia di copertura dei costi per il trattamento psicoterapeutico, l'ufficio AI chiede al fornitore di prestazioni curante un rapporto in base al quale poter valutare se la cura sia indicata e adeguata. Il rapporto contiene informazioni sulla diagnosi, sui riscontri che influiscono sul lavoro o sulla formazione, sul precedente decorso, sul metodo di trattamento previsto, sullo scopo e la durata prevista 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 il trattamento costituisce un provvedimento medico di durata indeterminata²⁹.

2.6 Sistema nervoso

2.6.1 Epilessie di origine postnatale

654/854 Le epilessie acquisite, per esempio in seguito a una meningo-encefalite o a un trauma cranico, rappresentano processi patologici labili e spesso necessitano di cure che si protraggono per anni. Questi trattamenti non possono essere assunti nell'ambito dell'articolo 12 LAI.

2.6.2 Paralisi dovute a lesioni cerebrali e malattie del cervello o del midollo spinale

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 o è divenuta solo accessoria e lo stato generale dell'assicurato permette un'integrazione. Ciò può essere valutato al più presto 6 settimane dopo il riacquisto della piena facoltà mentale. Antecedentemente 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).

655–657/
855–857.2 Nel caso di malattie cerebrovascolari, i provvedimenti di riabilitazione sono possibili soltanto se il processo patologico viene 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 medicinali (anticoagulanti, inibitori degli aggregati dei trombociti; v. N. 65).

- 655–657/
855–857.3
- La concessione di provvedimenti sanitari per la cura dell'affezione principale o dei postumi da paralisi è esclusa in caso di:
- arteriosclerosi generalizzata;
 - embolie delle arterie cerebrali finché dev'essere applicato un trattamento con anticoagulanti o con inibitori degli aggregati dei trombociti;
 - encefalite letargica;
 - idrocefalia;
 - infarto cerebrale ischemico *reversibile*;
 - stati dopo operazioni palliative di tumori cerebrali o anomalie inoperabili dei vasi cerebrali;
 - sclerosi laterale amiotrofica;
 - mielomeningocele;
 - sclerosi a placche, encefalomielite disseminata;
 - siringomielia;
 - 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 intervento chirurgico sono considerati persone paraplegiche o tetraplegiche e hanno diritto alle prestazioni dell'AI. 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 persone paraplegiche 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'AI, conformemente all'articolo 2 capoverso 2 OAI, assume le spese dell'integrazione sanitaria di regola dopo la quarta settimana dall'insorgenza della paralisi (riguardo ai provvedimenti professionali v. CPIP).
- 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 3 mesi, che può essere prolungata se le probabilità di successo sono molto verosimili.

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 prestazioni dell'AI:

- 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'AI, oppure quando, durante la riabilitazione, si rivela necessario un trattamento che richiede un ricovero in una clinica specializzata, con un soggiorno che supera ventiquattro ore. Durante la degenza nei centri, l'AI assume invece anche i trattamenti destinati alla cura vera e propria del male, inclusi gli interventi chirurgici ambulatoriali, conformemente all'articolo 2 capoverso 5 OAI (v. N. 51);
- 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 Organi dei sensi

2.7.1 Affezioni dell'occhio

Glaucoma – Amotio retinae (distacco della retina)

661/861.1 soppresso

Cheratocono – cheratoglobi – Cicatrici della cornea

661/861.2 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 vi è l'indicazione per un intervento chirurgico in quanto la cornea è talmente concava da ostacolare l'uso di lenti

a contatto, l'AI non è tenuta a prendere a carico la prestazione giusta l'articolo 12 LAI.

L'herpes è considerato un'affezione patologica 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'AI 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

- 1/05 *Una clear lens extraction non è un'operazione della cataratta e non è considerata un provvedimento sanitario ai sensi dell'articolo 12 LAI (v. N. 661/861.19).*
- 661/861.4 L'operazione della cataratta è un provvedimento d'integrazione dell'AI. 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.

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. 67 segg.). 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).

- 661/861.5 Un'operazione combinata cataratta – glaucoma può essere considerata un provvedimento d'integrazione se la cataratta è progredita a tal punto che avrebbe dovuto essere operata anche senza l'esistenza di un glaucoma. A dipendenza dell'attività professionale o della formazione, ciò non è di regola il caso se l'acuità visiva è di 0,5 o più.
- 661/861.6 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.
- 661/861.7 Nei casi d'impianto di cristallini, anche le biometrie preliminari vengono prese a carico.
- 661/861.8 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.
- 661/861.9 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'AI assume le spese delle lenti di compensazione necessarie.

- 661/861.10 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.
- 661/861.11 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*.
- 661/861.12 Gli impianti successivi di cristallini in materia sintetica devono essere assunti solo se l'intolleranza alle lenti a contatto può essere obiettivamente dimostrata.
- 661/861.13 Gli occhiali e le lenti a contatto sono mezzi ausiliari e non apparecchi di cura. Sono consegnati solo se *prescritti dall'oftalmologo*. La ricetta per gli occhiali deve essere allegata alla fattura.
- 661/861.14 Gli occhiali di prova consegnati subito dopo l'operazione della cataratta non vengono rimborsati separatamente dall'AI.
- 661/861.15 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'AI se debitamente motivate dall'oftalmologo.
- 661/861.16 Se i mezzi ausiliari consegnati devono essere sostituiti, l'AI ne assume le spese a condizione che l'obiettivo concreto dell'integrazione possa essere raggiunto o garantito.

Nel caso in cui avviene una modifica della rifrazione di $\pm 0,5$ diottrie, l'Al assume le spese per la sostituzione del mezzo ausiliario senza tener conto della durata d'utilizzazione. Lo stesso vale se un'intolleranza rende necessario l'uso di un altro tipo di lenti a contatto.

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.

Distacco della retina

- 661/861.17 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. il N. 54).

Anomalie di rifrazione

- 661/861.18 I controlli oftalmologici per *anomalie di rifrazione* non sono provvedimenti sanitari tali da giustificare la consegna di occhiali o di un mezzo ausiliario simile secondo l'articolo 21 capoverso 1 LAI.
- 661/861.19 Provvedimenti di chirurgia rifrattiva (Excimerlaser, impianto di lenti in caso di miopia, lenti Iris-Claw, clear lens extraction ecc.) non costituiscono trattamenti assunti giusta l'articolo 12 LAI.

Lussazione o sublussazione del cristallino

- 661/861.20 Una lussazione o sublussazione del cristallino (p. es. sindrome di Marfan, v. N. 485) è considerata come un'affezione labile patologica ai sensi dell'articolo 12 LAI.

2.7.2 Affezioni delle orecchie

- 671/871 soppresso

- 671/871.1 soppresso
- 671/871.2 Soppresso
- 671/871.3 Secondo la giurisprudenza il colesteatoma non rappresenta uno stato stabilizzato. Un'operazione per rimuoverlo (ablazione) è sempre destinata alla cura vera e propria del male.
- Una plastica del timpano resa necessaria dall'operazione per asportare il colesteatoma fa parte della cura vera e propria del male e non è un provvedimento d'integrazione dell'AI (v. N. 57).
- 671/871.4
1/03 Un impianto della coclea (IC) può essere preso a carico dall'AI nel quadro dell'articolo 12 LAI. Le componenti esterne (parti esterne come processori di lingua ecc.) rientrano nell'ambito dei mezzi ausiliari (v. N. 445)
- 671/871.5
1/03 Un apparecchio uditivo fissato mediante ancoraggio osseo va trattato analogamente all'IC (v. N. 671/871.4). Le malattie ossee e le componenti impiantate possono essere prese a carico secondo l'articolo 12 LAI. Le componenti esterne rientrano nel campo dei mezzi ausiliari (art. 21 LAI).
- 671/871.6
1/03 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'IC e degli apparecchi uditivi fissati mediante ancoraggio osseo.

2.8 Apparato circolatorio

Cuore

- 682/882.1 La cura di un vizio cardiaco (astenia miocardica o insufficienza cardiaca), di un difetto della circolazione del cuore (insufficienza coronarica) o di un difetto del

ritmo cardiaco rappresenta una cura vera e propria del male. L'eliminazione, mediante un intervento chirurgico, di vizi cardiaci congeniti o acquisiti (chiusura di un orificio del setto, inserimento di protesi valvolari o di un pacemaker) è anche un provvedimento destinato in modo preponderante alla cura dell'insufficienza cardiaca che permette soprattutto di conservare la salute e la vita, ma non serve principalmente per l'integrazione. Non è quindi un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI.

682/882.2 Le valvole cardiache artificiali o gli stimolatori cardiaci (pacemaker, regolatori di velocità) non sono mezzi ausiliari secondo l'articolo 21 LAI, ma, essendo cosiddetti apparecchi di cura, sono parte integrante dell'operazione eseguita.

Disturbi circolatori periferici

683–685
883–885 I disturbi circolatori periferici rappresentano un processo patologico instabile. La loro cura non può quindi essere assunta dall'AI, anche quando sono i postumi di una paralisi infantile o di una paraplegia (v. N. 40).

2.9 Apparato respiratorio

Infezioni delle vie respiratorie

691/891 La loro cura è una terapia vera e propria del male.

2.10 «Apparato digestivo»

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

2.11 Organi urogenitali

Malattie dei reni e delle vie urinarie

711/911 Le infezioni delle vie urinarie sono indubbiamente un processo patologico labile, anche come postumi secondari di una paraplegia. La loro cura è una terapia vera e propria del male e non è assunta dall'AI.

Torsione del testicolo

712/912
1/03 La torsione del testicolo, salvo nel caso previsto nel numero 499 OIC, non è un'infermità congenita secondo gli articoli 3 LPGA e 13 LAI, ma neanche 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 Tessuto cellulare cutaneo e sottocutaneo

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

Cicatrici deturpanti della pelle

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 importante e duraturo della capacità di guadagno e nella misura in cui le condizioni menzionate ai N. 38 segg. sono adempite (v. N. 1027 segg.).

721/921.2 La cura di un cheloide in formazione non è a carico dell'AI. Le cicatrici ipertrofiche di vecchia data e stabilizzate possono invece dare diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione alle condizioni indicate sopra. Rimangono riservati i casi in cui l'AI ha assunto l'operazione (art. 11 LAI).

2.13 Ossa e organi locomotori

- 731–738
931–938.1 Per l'apparato motorio sono ritenute *lesioni stabilizzate* soltanto quelle che riguardano lo *scheletro osseo*, ma non i tendini, i dischi intervertebrali, i legamenti e le cartilagini. L'AI riconosce come provvedimenti sanitari secondo l'articolo 12 LAI solo le correzioni delle lesioni stabilizzate dello scheletro osseo, ma non tutte quelle che correggono il decorso patologico delle motilità di un'articolazione.
- 731–738.2
931/938.2 Le malattie delle ossa quali cisti, malattie secondo Jaffé-Lichtenstein ecc. non giustificano provvedimenti sanitari d'integrazione dell'AI poiché il processo nel suo insieme rappresenta un evento patologico instabile. In questo contesto non ha alcuna importanza che sintomi isolati siano stabilizzati.

2.13.1 Poliartriti croniche (reumatismi articolari)

- 731/931.1 soppresso
- 731/931.2 Nella forma giovanile della poliartrite cronica evolutiva (PCE) l'AI può, fino al compimento dei 20 anni, 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.

L'applicazione di endoprotesi articolari e la consegna di medicinali che agiscono sulla malattia primaria non costituiscono provvedimenti d'integrazione dell'AI. Se l'uso di una carrozzella è diventato indispensabile, nella maggior parte dei casi i criteri dell'articolo 12 LAI non sono più adempiti. Per quanto riguarda i provvedi-

menti di tecnica ortopedica, si deve esaminare se questi possono essere presi a carico quali mezzi ausiliari (art. 21 LAI).

2.13.2 Coxartrosi

- 732/932.1 Le artrosi sono affezioni degenerative e come tali rappresentano processi patologici instabili. La cura con provvedimenti conservativi (balneoterapia, fisioterapia, cura medicamentosa) è una terapia vera e propria del male e non può essere assunta dall'AI.
- 732/932.2 Le balneoterapie in caso di coxartrosi possono essere rimborsate dall'AI solo se completano un'operazione riconosciuta dall'AI come provvedimento d'integrazione (v. N. 1004e 1006 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 infermità concomitanti o secondarie atte a diminuire la capacità di guadagno o di seguire una formazione professionale, in particolare quelle che riguardano i segmenti mobili determinanti la deambulazione nonché le malattie generalizzate. Egli deve anche pronunciarsi sulle probabilità di successo dei provvedimenti d'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.). Si può quindi riconoscere un'artrosi del ginocchio quale provvedimento sanitario d'integrazione dell'AI.
- 733/933.2 Per le artrosi dovute a infortunio, si vedano i N. 41 segg.

2.13.4 Distacco epifisario

- 734/934.1 I provvedimenti sanitari necessari per la cura di distacchi dell'epifisi (epifisiolisi), apparsi o manifestatisi per la prima volta dopo infortuni, non vengono assunti dall'AI.
- 734/934.2 Le epifisiolisi della testa del femore non dovute a infortuni (coxa vara nel caso di adolescenti) possono dar diritto a prestazioni dell'AI. Deve però trattarsi di una prognosi favorevole. L'epifisiolisi della testa del femore che sopraggiunge dopo il decimo anno di età viene considerata d'eziologia non dovuta a infortuni, a meno che la diagnosi sia in relazione diretta con un traumatismo adeguato.
- 734/934.3 La fissazione profilattica della testa del femore mediante un'operazione all'inizio del suo scivolamento può essere riconosciuta, alle stesse condizioni, come prestazione dell'AI volta a prevenire una lesione (N. 54).
- 734/934.4
1/18 In linea di principio, a prescindere dalla durata del disturbo, il trattamento delle conseguenze di un infortunio sono principalmente di competenza dell'AINF (v. sentenza del TF 8C_203/2016 del 12 agosto 2016).

2.13.5 Malattia di Perthes

735/935 La cura della malattia di Perthes è una terapia vera e propria del male. Se un assicurato è sottoposto a osteotomie, le relative spese possono eventualmente essere prese a carico nel quadro 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 processi patologici instabili. 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 riconoscere un tale difetto quando si prevede un'evoluzione sicura e 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 durevolmente 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 La spondilosi della colonna vertebrale (operazione di immobilizzazione) è un intervento volto principalmente a permettere l'integrazione professionale o la formazione professionale.

-
- 736/936.5 Un'*ernia discale* costituisce un processo patologico labile. Il trattamento operatorio non è assunto dall'Al, anche se si sono dovuti effettuare una laminectomia e 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 lesa. 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
1/09 I provvedimenti conservativi (ginnastica, fisioterapia, apparecchi di raddrizzamento) per la scoliosi idiopatica (non congenita) rappresentano una cura vera e propria del male e non vengono assunti dall'Al.
- 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. Si deve supporre la sua esistenza dal momento in cui l'ortopedico prescrive che, per almeno un anno, sia portato un apparecchio raddrizzatore (p. es. corsetto a tre punte). L'obbligo dell'Al di erogare la prestazione cessa non appena l'apparecchio non deve più essere portato.
- 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 di guadagno devono essere considerati nei casi più gravi (angolo di Cobb uguale o superiore a 40°, progressione della scoliosi, periodo di crescita) come provvedimenti sanitari d'integrazione dell'Al (v. N. 54).

737/937.3^{bis} In caso di EOS (early onset scoliosis), l'uso di un gesso correttivo per preparare il trattamento con corsetto è una prestazione obbligatoriamente a carico dell'Al.

737/937.4 Anche il trattamento per distrazione che precede immediatamente un'artrodesi è a carico dell'Al.

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

Esostosi

738/938.1 L'Al assume l'ablazione delle esostosi se provocano un impedimento funzionale o alterano gravemente l'aspetto degli assicurati e se sono soddisfatti i presupposti dei N. 67 segg.

Pseudoartrosi

738/938.2 Quando il consolidamento di una frattura dovuta ad infortunio si protrae o non si verifica, i relativi provvedimenti sanitari fanno parte della cura dell'infortunio e non sono provvedimenti sanitari d'integrazione dell'Al.

Ginocchia vare (gambe arcuate a O) – crura vara

738/938.3 Nel caso di un giovane in età di formazione professionale, l'osteotomia delle ginocchia vare è un provvedi-

mento sanitario d'integrazione dell'AI se la sua mancata attuazione rischia di comportare nel prossimo futuro difetti (artrosi) difficili da correggere e nella misura in cui si possa presumere di frenare in tal modo il processo artrosico (v. N. 54).

Le osteotomie eseguite unicamente per ragioni estetiche non costituiscono provvedimenti d'integrazione dell'AI.

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 fenomeni patologici secondari labili (infiammazioni dolorose ecc.) e di conseguenza non sono provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI.

Lussazioni abituali

Per le lussazioni abituali dovute a infortuni, si vedano i N. 43 segg.

- 738/938.5 La cura dell'anomalia dello scheletro può essere assunta dall'AI come provvedimento d'integrazione (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 difetto stabilizzato dello scheletro.
- 738/938.6 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).

- 738/938.7 La condropatia della rotula provocata dalle lussazioni e sublussazioni di quest'ultima non è uno stato relativamente stabilizzato che possa dare diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione.
- 738/938.8 soppresso

Capitolo 3

Obbligo dell'AI di concedere prestazioni secondo i diversi tipi di provvedimenti

Agopuntura

1000
3/12 soppresso
 Si veda il N. 1209.

Amputazione

1001 Le amputazioni rese necessarie da conseguenze immediate di un infortunio, da disturbi dell'apparato circolatorio, da infezioni o da tumori rientrano nella cura vera e propria del male e non sono quindi provvedimenti d'integrazione dell'AI.

1002 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.

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 Le balneoterapie costituiscono un *complemento ai provvedimenti d'integrazione chirurgici (p. es. l'artrodesi) a carico dell'AI* soltanto se sono effettuate nei 6 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.

- 1005 soppresso
- 1006 Le balneoterapie non sono riconosciute dall'AI come provvedimenti sanitari d'integrazione se il loro scopo preponderante è quello di migliorare lo stato generale.
- 1007 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.
- 1008 soppresso
- 1009 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'AI. 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, neuropolisi

- 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'AI.

Dialisi – Emodialisi

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

Donazione di sangue proprio

- 1012
1/03
- Se in un ospedale vengono eseguiti interventi chirurgici a carico dell'AI ai sensi dell'articolo 12 LAI o degli articoli 3 LPGA o 13 LAI 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).

Ergoterapia

- 1014
- Per gli invalidi fisici l'ergoterapia può essere un complemento necessario alla fisioterapia come anche un provvedimento sanitario d'integrazione a sé stante. Conformemente all'articolo 12 LAI l'ergoterapia è a carico dell'AI se non fa parte della cura vera e propria del male né sul piano materiale né su quello temporale.
- 1015.1
1/18
- L'ergoterapia prescritta nell'ambito di provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI va concessa in base alle direttive del N. 14. L'ergoterapia prescritta nell'ambito di provvedimenti sanitari secondo l'articolo 12 LAI va concessa in base alle direttive del N. 32. Le richie-

ste di prolungamento dell'ergoterapia 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.

- 1015.2.1
1/15 Per l'infermità congenita N. 404 OIC valgono le disposizioni summenzionate.
- 1015.2.2
1/09 Per le infermità congenite non menzionate in questa sede e che necessitano di ergoterapia, come ad esempio le infermità N. 177 o 181 OIC, occorre badare a che il trattamento sia eseguito in modo economico ed efficace. Le indicazioni summenzionate riguardo alla prima concessione dell'ergoterapia, al suo prolungamento e alla relativa richiesta motivata si applicano per analogia.
- 1015.3 soppresso
- 1016 Nel caso degli infermi di mente, l'ergoterapia è una parte essenziale del piano terapeutico globale e fa parte della cura vera e propria del male, ragion per cui non costituisce un provvedimento d'integrazione dell'Al.
- 1017
1/05 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.

Consulenza nutrizionale

- 1018 Se prescritta dal medico, la consulenza nutrizionale è assunta dall'assicurazione invalidità in caso di infermità congenite comprendenti le malattie seguenti:

1. turbe del metabolismo
2. malattie del sistema digestivo
3. malattie dei reni

L'assicurazione invalidità 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 ad essere rimborsata dall'AI dopo una cura di dodici sedute, il medico curante deve inoltrare al competente servizio medico regionale dell'UAI una proposta debitamente motivata sulla continuazione della terapia.

Euritmia – Euritmia curativa

1019 L'euritmia e l'euritmia curativa non sono provvedimenti sanitari riconosciuti dall'AI.

Accertamenti genetici e mitocondriali

1020
1/15 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.

7/16 In singoli casi l'AI può assumersi i costi per gli accertamenti genetici su indicazione medica anche nel caso in cui l'infermità congenita è 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 è conosciuta,

se l'affezione diagnosticata con certezza non è curabile e quindi il suo esame è solo di interesse accademico per il medico curante.

Ippoterapia – Ponyterapia

- 1021 Per le paralisi cerebrali congenite l'ippoterapia è un metodo di cura riconosciuto dall'AI (v. il N. 390.5). 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.

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
1/18 Il vaccino Synagis® va preso a carico all'inizio della stagione RSV nei casi elencati di seguito.

N. 247 OIC:

- Il N. OIC menziona la sindrome delle membrane ialine e non la displasia broncopolmonare (BPD). La BPD è una malattia cronica dei neonati prematuri e spesso (ma non sempre) la conseguenza della sindrome delle membrane ialine. Di conseguenza il vaccino Synagis® è rimborsato solo quando la sindrome delle membrane ialine causa una DBP.
- 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 (PIGS), del Gruppo di lavoro svizzero di pneumologia pediatrica (SAPP), della Società Svizzera di Cardiologia Pediatrica (SSCP) e della Società svizzera di

neonatologia (SSN) raccomanda l'amministrazione del vaccino solo presso i bambini affetti da displasia broncopolmonare **grave** (BPD) secondo la definizione di Jobe et al. 2011¹ nei sei mesi precedenti la stagione RSV. Qualora non rispetti questa raccomandazione, il medico curante deve giustificare il beneficio della vaccinazione Synagis®.

N. 313 OIC:

- 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.

I costi sono presi a carico solo se l'AI ne ha preventivamente approvato il rimborso.

Laminectomia

1024
1/17 La laminectomia effettuata in caso di ernia discale (ernia del disco intervertebrale) come anche l'innesto di frammento osseo che la completa rientrano nella cura vera e propria del male e non sono quindi a carico dell'AI (v. N. 736/936.4 e 5) (RCC 1963 pag. 416 e RCC 1969 pag. 416; v. DTF 104 V 77).

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

1025 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

¹ A. H. Jobe, E. Bancalari, «Bronchopulmonary dysplasia», in *Am J Respir Crit Care Med* 2001, vol. 163, pag. 1723–9.

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.

Musicoterapia

1026
1/17 La musicoterapia non costituisce un provvedimento sanitario riconosciuto scientificamente (RCC 1988 pag. 487).

Operazioni a scopo estetico

1027 L'esistenza di un'invalidità deve essere determinata in modo appropriato (per esempio mediante fotografie o invitando l'assicurato a presentarsi, N. 33).

1028 Gli interventi di chirurgia plastica del viso o del collo possono essere assunti dall'AI come provvedimenti sanitari d'integrazione se sopprimono postumi relativamente stabilizzati che deturpano l'assicurato in modo preponderante e cagionano una diminuzione importante della sua capacità di guadagno (N. 721/921seg.).

1029
1/17 Gli interventi di chirurgia plastica del seno non sono provvedimenti d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI (RCC 1977 pag. 124).

Trapianti di organi

1030.1
7/16 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 del 20° anno affetti da un'infermità congenita. La scientificità del provvedimento deve essere provata (art. 2 cpv. 3 OIC e N. 1218).

1030.2.1
1/09 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, fatto salvo l'articolo 23 capoverso 4 OAI.

-
- 1030.2.2
7/20 L'AI versa inoltre un indennizzo al donatore vivente per l'intera perdita di guadagno subita. Non trattandosi di un'indennità giornaliera, il donatore non deve presentare una richiesta di prestazioni AI.
- 1030.2.3
1/09 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).
- 1030.2.4
1/09 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.

1031 soppresso

1032 soppresso

1033 soppresso

Osteosintesi

1034 Le osteosintesi in caso di fratture come anche di ritardi nella consolidazione o di pseudoartrosi fanno parte della cura dell'infortunio e non sono provvedimenti sanitari d'integrazione dell'AI.

Osteotomia – Osteotomia correttiva

1035 Se sussistono postumi di disturbi della crescita, in particolare delle estremità inferiori, l'osteotomia, volta ad eliminare una ineguaglianza importante della lunghezza delle membra, può essere considerata come un provvedimento sanitario d'integrazione (v. N. 1013). Ciò vale però solo se nessun altro provvedimento più semplice (p. es. rialzamento del tacco) è adatto allo scopo.

-
- 1036 Le osteotomie correttive non sono di regola considerate provvedimenti d'integrazione dell'AI (v. N. 733/933.1 segg.).
- 1037 Per quanto riguarda le osteotomie che servono a migliorare le gambe arcuate (genua vara) e le gambe a x (genua valga), si veda il N. 738/938.3.

Fisioterapia

- 1038 Di regola, la fisioterapia in quanto tale non è necessariamente un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI. Essa lo diventa solo quando, indipendentemente dal trattamento dell'affezione primaria, tratta stati patologici relativamente stabilizzati e mira immediatamente all'integrazione professionale (v. N. 60, 65 e 1004 segg.).
- 1039 La fisioterapia effettuata per il trattamento di postumi d'infortunio fa parte della cura dell'infortunio e non è un provvedimento d'integrazione.
- 1040
1/18 La fisioterapia prescritta nel quadro di provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI va concessa in base alle direttive del N. 14. La fisioterapia prescritta nel quadro dei provvedimenti sanitari secondo l'articolo 12 LAI va concessa in base alle direttive del N. 32. In questo caso per la fisioterapia deve essere concessa una garanzia di copertura delle spese come per gli altri provvedimenti sanitari. 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.
- 1041 Nel caso di malattie progressive del sistema nervoso centrale (sclerosi a placche, siringomielia ecc.), la fisioterapia fa parte della cura vera e propria del male e non è a carico dell'AI.

Ponyterapia

1042 Si veda il N. 1021.

Terapia psicomotoria

1043 La terapia psicomotoria (provvedimento pedagogico-terapeutico) non è presa a carico dall'AI (art. 14 cpv. 1 lett. a LAI).

1043.1 soppresso

1043.2 soppresso

1043.3 soppresso

1043.4 soppresso

1043.5 soppresso

Psicoterapia

1044 soppresso

1045
1/18 L'AI prende a carico la psicoterapia quando i disturbi psichici fanno parte dei sintomi o sono una conseguenza di un'infermità congenita (v. N. 11).

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 secondo l'articolo 12 LAI va concessa in base alle direttive del N. 32.

Riguardo ai disturbi psichici acquisiti si vedano i N. 76 e 645–647/845–847.3 segg.

1046 Se, nell'ambito della psicoterapia, 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'Al. Tale parte della terapia non deve tuttavia superare il 20 % dell'insieme della terapia (ossia 1 seduta su 5). Le eccezioni devono essere motivate.

Affinché l'Al possa prendere a carico le spese per la consulenza per i genitori, deve sussistere un nesso diretto tra i provvedimenti sanitari cui è sottoposto l'assicurato minorenni. Ne fanno parte anche i colloqui concernenti l'evoluzione dei disturbi psichici dell'assicurato e le cure mediche. L'Al non assume invece i costi di consulenza per i genitori in vista dell'attuazione di provvedimenti di pedagogia curativa o della frequenza di una scuola speciale né quelli di terapia di coppia per i genitori né quelli di cura dei disturbi psicosomatici dei familiari o di altre persone che accudiscono l'assicurato.

1047

Nell'ambito delle terapie familiari, l'Al 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 curativa o legate alla frequenza della scuola speciale. Di regola, un provvedimento sanitario dell'Al può essere eseguito anche a casa (home treatment). Per decidere in merito, bisogna tenere conto della raccomandazione del medico curante e della situazione personale dell'assicurato. In ogni caso deve trattarsi di un provvedimento sanitario (e non, ad esempio, di un provvedimento pedagogico), riconosciuto scientificamente, semplice e adeguato. Se queste condizioni per l'attuazione del provvedimento nello studio del medico o del personale paramedico sono adempiute, di regola lo sono anche per il trattamento a casa. Conformemente a TARMED, in caso di trattamento a casa, l'Al rimborsa solo le spese di viaggio del medico; queste ultime sono disciplinate in TARMED. Uno psicoterapeuta che lavora in uno studio medico e le cui prestazioni sono fatturate dal medico conformemente a TARMED non può chiedere il rimborso

delle spese di viaggio. In virtù della convenzione tariffale, nemmeno gli psicoterapeuti e fisioterapista riconosciuti dall'AI che lavorano in uno studio proprio hanno diritto al rimborso delle spese di viaggio. In virtù della convenzione tariffale, i fisioterapisti ed ergoterapisti riconosciuti dall'AI che lavorano in uno studio proprio hanno diritto al rimborso delle spese di viaggio.

Suture secondarie

- 1048 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

- 1049 Un'operazione d'immobilizzazione della regione sacro-lombare (effettuata tra l'osso sacro e la colonna lombare inferiore) può essere considerata come provvedimento sanitario d'integrazione.
- 1050 Se le alterazioni degenerative della colonna vertebrale sono estese, la spondilodesi fa parte della cura vera e propria del male e non è un provvedimento sanitario d'integrazione dell'AI.

Medicamenti / Farmaci speciali

- 1051.1
7/16 Rapamycine (Rapamune® / sirolimus): la crema a base di rapamicina per il trattamento degli angiofibromi facciali sui pazienti che soffrono di sclerosi tuberosa (o sclerosi di Bourneville-Pringle) non è rimborsata dall'AI, poiché non è ancora chiaro quali siano gli effetti a lungo termine del preparato e non esistono nemmeno raccomandazioni univoche sulla concentrazione ottimale e sulla frequenza con cui vada applicato (scientificità non comprovata, sentenza del TF 9C_648/2014 del 3 marzo 2015).

- 1051.2
7/16
- Kalydeco® (Ivacaftor): il medicamento Kalydeco® (Ivacaftor) figura nell'Elenco delle specialità (ES) dal 1° gennaio 2015. È indicato nei pazienti a partire dai sei anni di età affetti da fibrosi cistica (FC, mucoviscidosi) con una mutazione G551D nel gene CFTR ed è dunque rimborsato dall'Al. A tale scopo è però necessario adempiere ai requisiti indicati come Limitatio nell'ES.
- Il Kalydeco® dispone inoltre di un'autorizzazione di Swissmedic anche per il trattamento della mucoviscidosi nei pazienti dai sei anni in su che presentano le seguenti mutazioni del gene CFTR: G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N o S549R. Il Kalydeco® non è però (ancora) ammesso nell'ES per la cura di queste mutazioni e pertanto il rimborso va verificato attenendosi alle modalità previste all'articolo 71b OAMal.
- 1051.3
1/18
- Il medicamento Hemangiol® è stato omologato da Swissmedic il 15 agosto 2014 per il trattamento degli emangiomi infantili proliferativi che necessitano di una terapia sistematica e figura nell'elenco dei medicinali orfani. Per contro, esso non figura nell'ES e di conseguenza il suo rimborso non è obbligatorio e va verificato. Poiché l'Hemangiol® è registrato come medicinale orfano ed è la prima scelta per il trattamento medicamentoso degli emangiomi (N. 311 OIC) e inoltre la sicurezza e l'efficacia di questo prodotto sono comprovate, si raccomanda di prenderne a carico le spese per il trattamento degli emangiomi (N. 311 OIC), secondo le indicazioni di Swissmedic.'
- 1052
- soppresso
- Consulenza per l'allattamento**
- 1053
1/17
- La consulenza per l'allattamento (non prescritta da un medico) è parte integrante delle prestazioni concesse dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sani-

tarie 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

- 1054 La resezione di parti del sistema nervoso vegetativo non può essere considerata un provvedimento dell'AI poiché mira sempre a uno stato patologico labile, sia che si tratti di disturbi dell'apparato circolatorio periferico o di una causalgia.

Timpanoplastica

- 1055
1/03 In rari casi una plastica del timpano 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 di guadagno dell'assicurato.

3^a parte

**Rischio dell'integrazione secondo l'articolo 11
LAI**

1100–1108 soppressi (l'articolo 11 LAI è abrogato dal 1° gennaio
3/12 2012

4^a parte

Portata ed attuazione dei provvedimenti

- 1200 Giusta l'articolo 14 capoverso 1 LAI, i provvedimenti sanitari dell'AI comprendono
- la cura eseguita dal medico stesso o, su sua prescrizione, dal personale sanitario ausiliario in un ospedale o a domicilio (ad eccezione delle terapie logopediche e psicomotorie) e
 - la consegna dei medicinali prescritti dal medico e l'esecuzione di analisi.

4.1 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;
 - 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 (infermieri, fisioterapisti, ergoterapisti, dietisti, psicoterapisti) che adempie le prescrizioni cantonali relative all'esercizio della sua professione è ugualmente autorizzato – ma unicamente su prescrizione medica – ad attuare provvedimenti sanitari.
- 1203
3/12 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'UAI deve assicurarsi che la persona esercitante un'attività paramedica sia in possesso di una regolare autorizzazione ad esercitare rilasciata dalle autorità cantonali.
- 1/18 4.2 Consegna di medicinali, mezzi e apparecchi ed esecuzione di analisi**
- 1205 L'assicurazione prende a carico le analisi, 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. Per gli elenchi determinanti per l'assicurazione malattie (Elenco dei medicinali con tariffa [EMT], Elenco delle specialità [ES] e Elenco delle analisi [EA]), le condizioni summenzionate sono considerate come adempite.
- 1/18
- 1206 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 d'assicurato del paziente e l'indicazione «riguarda l'AI».
- 1/05
- 1207 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. Allegato 2 complementi 1 e 2).
- 1/05
- 1208 Per quanto riguarda le limitazioni contenute nell'ES e applicate alla consegna di medicinali, nell'ambito dell'AI vale quanto segue:
- 1/05
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'Al.

1209
3/12

Dal 1° agosto 2017 le terapie di medicina complementare elencate qui di seguito saranno prese a carico anche dall'assicurazione invalidità alle stesse condizioni e agli stessi oneri definiti nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e nell'OPre, a condizione però che siano praticate da medici titolari di un attestato di formazione complementare specifica (v. OPre) riconosciuta dalla relativa associazione professionale: agopuntura, medicina antroposofica, terapia medicamentosa della medicina tradizionale cinese (MTC), omeopatia classica, fitoterapia e terapia del campo di disturbo (terapia neurale secondo Huneke).

1210
1/18

Gli incarti di medicinali *off-label-use*², medicinali *off-limitation-use*³, medicinali *hors-liste*⁴, nonché di importanti preparati *unlicensed-use*⁵ devono essere verificati dal SMR e in seguito sottoposti all'UFAS.

Per la verifica degli incarti si applicano le condizioni giuste 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 medicamento 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

² 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).

³ Art. 71a cpv. 1 OAMal: il medicamento è ammesso nell'ES e soggetto a limitazioni. L'impiego avviene al di fuori di queste limitazioni.

⁴ 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.

⁵ Art. 71c 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.

- mancanza di alternative terapeutiche, un altro trattamento omologato efficace non è disponibile;
- i costi assunti devono essere proporzionati al beneficio terapeutico.

1211
1/18 L'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp, Allegato 2 OPre) è applicabile anche per l'AI nel quadro di provvedimenti sanitari secondo gli articoli 12 e 13 LAI. Ciò vale in particolare per i mezzi e gli apparecchi che non rientrano né nei mezzi ausiliari né negli apparecchi di trattamento dell'AI. Eventuali limitazioni presenti nell'EMAp si applicano anche nell'ambito dell'AI.

1211–1214 soppressi

4.3 Apparecchi per la cura

1215
1/18 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, Haverich a tre ruote), le relative spese vanno a carico dell'AI giusta gli articoli 3 LPGA e 12–13 LAI.

1216
1/03 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 ritenuto provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi degli articoli 3 LPGA e 12 e 13 LAI.

1217
1/05 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 ed 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 presu-

mibilmente 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.

4.4 Carattere scientifico, semplicità e opportunità del metodo di cura

1218
3/12 I provvedimenti sanitari dell'AI devono essere ritenuti validi dalla scienza medica e permettere d'integrare l'assicurato in modo semplice e adeguato (art. 2 cpv. 1 OAI, art. 2 cpv. 3 OIC).

4.5 Cura in un istituto ospedaliero

1219 È considerato cura in un istituto ospedaliero il provvedimento sanitario attuato da un medico, da personale sanitario ausiliario o da personale sufficientemente specializzato in un istituto avente le installazioni sanitarie necessarie e la cui durata supera di regola 24 ore (v. N. 1232).

1220 Per decidere se la cura avrà luogo a domicilio o in un istituto ospedaliero, l'assicurazione terrà equamente conto delle proposte del medico curante e delle condizioni personali dell'assicurato (art. 14 cpv. 3 LAI). Le condizioni personali non incidono sulla decisione.

1221
1/17 L'assunzione delle spese di soggiorno in un istituto ospedaliero o di cura non entra in considerazione se la stessa cura poteva essere eseguita ambulatorialmente con lo stesso risultato. Non essendo di carattere terapeutico, le cure giornaliere non costituiscono un provvedimento di cura (DTF 136 V 209 segg.).

1222
1/03

Se il soggiorno in un istituto ospedaliero o di cura serve per l'attuazione contemporanea di provvedimenti sanitari e di altri provvedimenti dell'assicurazione per l'invalidità (come per esempio 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 (infusioni endovenose) ha diritto all'assunzione di tutte le spese ospedaliere; ciò implica che, durante tale periodo, non può pretendere prestazioni in seguito alla grande invalidità (art. 42^{bis} cpv. 4 LAI).

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.

1223

Se, nell'ambito della cura medica, i genitori assumono un compito sanitario ausiliario e provvisoriamente non possono curare l'assicurato per ragioni valide (p. es. malattia, riposo per ordine del medico), 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 all'assistenza normale al bambino.

1224

Se, nel corso di un trattamento destinato alla cura vera e propria del male, si curano allo stesso tempo altre infermità (p. es. infermità congenita), la parte preponde-

- rante del trattamento, sulla quale poggia di regola l'indicazione medica, è determinante per stabilire le prestazioni dovute dall'AI.
- 1225 È eventualmente possibile ripartire i costi nel tempo. L'AI potrebbe assumere ad es. le spese di cura dell'infermità congenita a partire dal momento in cui la cura vera e propria del male è terminata o non è più predominante.
- 1226 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. N. 13).
- 1227 Se un assicurato che non soggiorna né in uno stabilimento ospedaliero né in un istituto di cura, ma per esempio in un albergo o in un appartamento di vacanza, 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.
- 1228 In caso di degenza in un istituto ospedaliero o di cura, l'AI assume di regola solo 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.
- 1229 Se per motivi di organizzazione interna (p. es. a causa della mancanza di camere di isolamento) l'istituto di cura non può eseguire il trattamento nel reparto comune, le spese supplementari che ne derivano non sono né a carico dell'AI né dell'assicurato.

Se esiste una convenzione tariffale con un istituto ospedaliero o di cura che non contiene disposizioni contrarie, si può considerare che detto istituto dispone di un reparto comune.

- 1230 Se, nel caso d'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.
- 1231 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 vedano le Direttive sull'invalidità e sulla grande invalidità.

4.6 Cura a domicilio

- 1232 Il trattamento medico eseguito in un istituto ospedaliero o di cura è definito ambulatoriale se l'assicurato trascorre a casa la notte che precede e quella che segue il trattamento.
- 1233
3/12 In caso di provvedimenti sanitari attuati ambulatorialmente, l'AI 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'AI. L'AI può assumere i costi *dell'alimentazione parenterale a domicilio* (APD). (V. lettera circolare n. 308, prestazioni spitex per i bambini giusta l'articolo 13 LAI in combinato disposto con l'articolo 14 LAI).
- 1234 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.

4.7 Provvedimenti sanitari attuati all'estero

4.7.1 Condizioni

- 1235 I provvedimenti sanitari per gli assicurati dimoranti in Svizzera sono attuati in Svizzera e soltanto in casi eccezionali all'estero. Restano riservati i casi degli assicurati svizzeri domiciliati all'estero come anche le regolamentazioni speciali concluse con altri Stati.
- 1236 Si possono eccezionalmente erogare prestazioni assicurative all'estero (art. 23^{bis} OAI) se
- 1237 – causa la particolarità e la rarità dei provvedimenti sanitari, manca in Svizzera un istituto di cura adeguato o il personale specializzato;
- 1238 – i provvedimenti sanitari s'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 trattamenti d'urgenza in quanto si tratta di uno stato terminale stabilizzato;
- 1239 – *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 se, nel caso di operazioni piuttosto rare e complicate e dei relativi trattamenti postoperatori, una clinica specializzata estera dispone di maggiore esperienza nel campo in questione e si dimostra che ciò permette di ridurre notevolmente i rischi dell'operazione o ancora se l'assicurato si trova all'estero per un soggiorno d'affari o linguistico di una certa durata.

- 1240 I provvedimenti sanitari d'integrazione attuati all'estero devono essere semplici e adeguati e il loro carattere scientifico deve essere riconosciuto in Svizzera (art. 23^{bis} cpv. 1 OAI).

4.7.2 Estensione delle prestazioni assicurative

4.7.2.1 Spese di cura

- 1241 Nel caso di provvedimenti secondo il N. 1236 segg., l'AI accorda per principio la copertura completa delle spese.
- 1242 Nei casi previsti al N. 1239, le prestazioni dell'AI sono limitate alle spese che potrebbero derivare dal ricovero nel reparto comune del più vicino ospedale cantonale e, nel caso di interventi più impegnativi, dal ricovero nella più vicina clinica universitaria. Per quanto riguarda le cure ambulatoriali vanno applicate come limite massimo le tariffe valide in Svizzera.

4.7.2.2 Spese di trasporto compreso il viatico

- 1243 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.
- 1244 Nei casi previsti al N. 1239 possono essere rimborsate soltanto le spese necessarie corrispondenti a quelle sostenute per un trattamento analogo nel più vicino istituto di cura svizzero.
- 1245 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.

4.7.2.3 Giustificazione e fissazione delle spese

1246 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'UAI.

1247 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). La valvola di Spitz-Holter deve essere sostituita e il medico che l'aveva inserita lavora attualmente 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 negli Stati Uniti, la tariffa forfettaria giornaliera 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.

4.8 Trasporti in elicottero

1248 L'AI può rimborsare le spese per i *trasporti in elicottero*
3/12 alle seguenti condizioni:

- se è necessario dal punto di vista medico effettuare un trasferimento da un ospedale periferico ad un

- centro ospedaliero in relazione a un trattamento che deve essere assunto dall'AI;
- 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 che soffrono di problemi di adeguamento, il trasporto su strada che dura più di mezz'ora solo per l'andata è di regola troppo gravoso. Se il trasporto dura probabilmente al massimo mezz'ora, si deve utilizzare un'ambulanza;
 - i trasporti in elicottero possono anche essere assunti quando le spese sono uguali o inferiori a quelle che ne risultano utilizzando altri mezzi di trasporto adeguati.

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 punto di vista medico e documentare perché non entra in considerazione nessun altro mezzo di trasporto.

1248.2
3/12

L'AI non prende a carico le spese relative al trasferimento dei fratelli e sorelle gemelli, trigemelli ecc. che non presentano disturbi gravi ai sensi dell'AI.

5^a parte

Disposizioni transitorie e finali

La presente circolare entra in vigore il 1° marzo 2012.
È applicabile a tutte le richieste di prestazioni non ancora sbrigate mediante decisione a quella data.

Allegato 1

Soppresso

1/18

Allegato 2

Prodotti dietetici nell'AI

- 3/12
- a) Nel caso degli assicurati fino al compimento del 20° anno di età che soffrono di un'infermità congenita e che, di conseguenza, devono ricorrere a prodotti dietetici con carattere medicinale, l'AI prende a carico i prodotti indicati nell'elenco (v. complemento 1 a, b, c, d). La necessità medica dei prodotti deve essere comprovata. È inoltre necessaria una prescrizione medica, controllata periodicamente, che indichi il dosaggio e la durata della loro somministrazione.
 - b) Gli assicurati fino al compimento del 20° anno di età che soffrono di un'intolleranza alla gliadina ricevono sussidi forfettari annui per le spese dovute a una dieta speciale prescritta e controllata da un medico (v. complemento 2).
 - c) Gli assicurati fino al compimento del 20° anno di età che soffrono di turbe congenite del metabolismo degli aminoacidi, in particolare in caso di fenilchetonuria, alimenti speciali poveri di proteine prescritti e controllati da un medico sono rimborsati (v. complemento 2).
 - d) Se sono prescritti prodotti dietetici che non figurano nel complemento 1 o per le infermità congenite per cui l'elenco non prevede alcuna consegna, l'incarto deve essere presentato al SMR, che esamina se i preparati sono direttamente connessi con l'infermità congenita e sono adeguati e necessari dal punto di vista medico. In caso di dubbio l'incarto deve essere sottoposto all'UFAS.
 - e) I prodotti dietetici figuranti nel complemento 1 e forniti in caso di spostamenti (sotto forma di porzioni) sono concessi al massimo per 25 giorni al mese al

posto dei prodotti dietetici usuali necessari non forniti sotto forma di porzioni e soltanto su richiesta debitamente motivata. Essi non possono essere concessi per un lungo periodo.

- 7/16 f) In caso di difetto comprovato di sintesi di BH4, l'AI può prendere a carico i costi del trattamento con sapropterina (Kuvan®) dietro prescrizione medica.

Per gli assicurati affetti da fenilchetonuria, il trattamento con sapropterina (Kuvan®) non è quasi mai efficace o nella maggior parte dei casi produce effetti insufficienti. Per questi assicurati l'AI può rimborsare il trattamento con sapropterina (Kuvan®) al posto di prodotti dietetici poveri di aminoacidi, prescritti da un medico (figuranti nella tabella B del complemento 1 e nel complemento 2), a condizione che con tale trattamento essi ottengano una risposta completa (pazienti cosiddetti «full responders»).

In caso di prescrizione simultanea di sapropterina (Kuvan®) e prodotti dietetici, l'AI si assume o i costi della sapropterina (Kuvan®) o quelli dei prodotti dietetici poveri di aminoacidi.

Per riassumere: Kuvan® è rimborsato in caso di difetto congenito e comprovato di sintesi di BH4 (anche noto come fenilchetonuria atipica); inoltre, in pazienti con fenilchetonuria che devono presentare una risposta completa a Kuvan, che sono cioè «full responders».

Complemento 1

Elenchi dei prodotti dietetici e dei medicinali autorizzati in caso di malattie del metabolismo secondo l'OIC

A) Elenco dei prodotti dietetici in caso di malattie del metabolismo: disturbi dell'ossidazione dei carboidrati e degli acidi grassi

La necessità medica dei prodotti deve essere comprovata. È inoltre necessaria una prescrizione medica, controllata periodicamente, che indichi il dosaggio esatto e la durata della loro somministrazione.

<i>Malattia</i>	<i>Caratteristiche dei prodotti</i>	<i>Prodotti Milupa Metabolics / Nutricia</i>	<i>Prodotti SHS Nutricia</i>	<i>Prodotti MetaX / Streuli / Vitaflo / Nestlé / DEKAsvitamins.com) / Dr. G. Bichsel AG</i>
Galattosemia	Latte per neonati senza galattosio	Aptamil Pregomin AS (Milupa) basic ch	Neocate	Alfamino (Nestlé)
Glicogenosi I, III, VI, IX	Latte per neonati senza lattosio Carboidrati rapidamente assorbibili Carboidrati complessi ad assimilazione lenta	Aptamil Pregomin AS (Milupa)	Neocate Maltodextrin, Fantomalt	AL 110 (Nestlé) Glycosade (Vitaflo) Maizena
MCAD	Carboidrati rapidamente assorbibili		Maltodextrin, Fantomalt	
Altre disturbi metabolismo lipidico	Latte per neonati senza grassi Latte per neonati di olio MCT Olio MCT	basic-f	Monogen Liquigen	MCT procal (Vitaflo); KANSO MCT Öl 100% (Dr. Bichsel AG)
Carenza di piruvato deidrogenasi Deficit di GLUT1 (difetto di trasporto di glucosio) Epilessia	Senza carboidrati Povero di carboidrati e ricco di grassi	basic-ch	Liquigen, Maltrodexin Ketocal 3:1, Calogen Ketocal advance 4:1	MCT procal (Vitaflo); KANSO MCT Öl 100% (Dr. Bichsel AG)
Disturbi del metabolismo del calcio	Povero di calcio e senza vitamina D	basic-CaD		
Fibrosi cistica	Ricco di energia con vitamine A, D e E e sodio e altri all-in-one multivitaminici liposolubili	Cystilac	Maltodextrin, Liquigen, Calogen	DEKAsPlus capsule molli, pastiglie, liquida (DEKAsvitamins.com);

Malattia	Caratteristiche dei prodotti	Prodotti Milupa Metabolics / Nutricia	Prodotti SHS Nutricia	Prodotti MetaX / Streuli / Vitaflo / Nestlé / DEKAsvitamins.com) / Dr. G. Bichsel AG
	(A, D, E, K e altri micronutrienti)			KANSO MCT Öl 100% (Dr. G. Bichsel AG)
Come complemento energetico in generale	Carboidrati, acidi grassi saturi ad assimilazione rapida		Maltodextrin, Liquigen, Calogen	MCT procal (Vitaflo); Lipistart (Vitaflo); KANSO MCT Öl 100% (Dr. Bichsel AG)
In generale: sostituzione di vitamine, minerali e oligoelementi	Senza lattosio né glutine e, a basso contenuto di saccarosio e fruttosio		Seravit	Advit 2 Advit 3 Advit 4

B) Elenco dei prodotti dietetici in caso di malattie del metabolismo: metabolismo degli aminoacidi

La necessità medica dei prodotti deve essere comprovata. È inoltre necessaria una prescrizione medica, controllata periodicamente, che indichi il dosaggio esatto e la durata di somministrazione dei prodotti.

Malattia	Caratteristiche dei prodotti	Prodotti Milupa Metabolics / Nutricia	Prodotti SHS / Nutricia	Prodotti MetaX / Streuli / Vitaflo / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG / Applied Pharma Research (APR)
Anomalia del ciclo dell'urea	Aminoacidi essenziali	UCD 1, UCD 2	E-AM 1, E-AM 2	L-arginina, L-citrullina MetaX plus8 KJ, MetaX plus8 A
Malattia dello scioppo d'acero	Senza isoleucina né leucina né valina	MSUD 1-mix, MSUD-1, MSUD 2-prima, MSUD 2-secunda, MSUD 3-advanta	Nutricia MSUD 1-infant, ILV-AM 1, ILV-AM 2, ILV-AM 3	L-isoleucina, L-valina, ZeroVIL Infant Mix LCP (MetaX), ZeroVIL K (MetaX), ZeroVIL J (MetaX), ZeroVIL A (MetaX)
Acidemia propionica e aciduria metilmalonica	Senza isoleucina né metionina né treonina né valina	OS 1, OS 2-prima, OS 2-secunda OS 3-advanta	Nutricia OS 1-infant, IMTV-AM 1, IMTV-AM 2, IMTV-AM 3	L-isoleucina, L-valina
Acidemia isovalerica	Senza leucina	LEU 1, LEU 2-prima	Nutricia Leu 1-infant, LEU-AM 1, LEU-AM 2	
Glutaracidemia	Senza lisina	LYS 1, LYS 2- prima GA1, GA2 Prima	Nutricia GA 1-infant, LT-AM 1, LT-AM 2	
Omocistinuria	Senza metionina	HOM 1-mix, HOM 1 HOM 2-prima HOM 2-secunda, HOM 3-advanta	Nutricia HOM 1-infant, M-AM 1, M-AM 2, M-AM 3	L-Cystin
Tirosinemia	Senza fenilalanina né tirosina	TYR 1 mix, TYR 2- prima, TYR 2-secunda, TYR 3-advanta	Nutricia TYR 1-infant, PT-AM 1, PT-AM 2, PT-AM 3	L-fenilalanina
Fenilchetonuria	Senza fenilalanina	PKU 1-mix, PKU 1 PKU 2-mix, PKU 2-prima, PKU 2-secunda, PKU 3, PKU 3 advanta	Nutricia PKU 1-infant, P-AM 1, P-AM 2, PAM 3, P-AM maternal	XPhe Energy A XPhe Infant Mix XPhe smart K, XPhe smart J, XPhe smart A, XPhe for 2

Malattia	Caratteristiche dei prodotti	Prodotti Milupa Metabolics / Nutricia	Prodotti SHS / Nutricia	Prodotti MetaX / Streuli / Vitaflor / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG / Applied Pharma Research (APR)
				Mevalia PKU Balance Complete 0-1 ; Mevalia PKU Balance Complete 1+; Mevalia PKU Balance 1+; Mevalia PKU Balance 6+; Mevalia PKU Balance 14+; PKU GOLIKE PLUS 3-16 (APR); PKU GOLIKE PLUS 16+ (APR); PKU GOLIKE PURE 3+ (APR)
Per tutte le malattie in relazione con il metabolismo degli aminoacidi	Senza proteine	basic-p	Energivit	
Deficit di sintesi o di trasporto della creatina	Creatina ricco			L-ornitina, L-arginina, L-glicina, Crtéapure (AlzChem), Trostberg (Germania)
Quale complemento energetico in generale	Carboidrati ad assimilazione rapida		Maltodextrin, Liquigen, Calogen	
In generale: sostituzione di vitamine, minerali e oligoelementi	Senza lattosio né glutine e a basso contenuto di fruttosio e saccarosio		Seravit	Advit 2 Advit 3 Advit 4

C) Elenco di prodotti dietetici in caso di malattie del metabolismo (disturbi del metabolismo degli aminoacidi, dei carboidrati e degli acidi grassi): prodotti forniti sotto forma di porzioni

I prodotti dietetici forniti sotto forma di porzioni sono presi a carico su prescrizione medica allestita da un centro del metabolismo. Essi sono limitati a 25 porzioni al mese se l'assicurato consuma un pasto al giorno fuori casa, **al posto** dei prodotti dietetici usuali.

<i>Malattia</i>	<i>Caratteristiche dei prodotti</i>	<i>Prodotti Milupa Metabolics / Nutricia</i>	<i>Prodotti SHS / Nutricia</i>	<i>Prodotti MetaX / Streuli Vitaflor / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG</i>
Anomalia del ciclo dell'urea	Aminoacidi essenziali		E-AM ANAMIX (1 porzione = 5.2g prot)	EAA supplement (Vitaflor) (1 porzione. = 5g prot) MetaX plus8 minis (1 porzione = 5g prot), MetaX plus8 KJ (1 porzione = 7g prot), MetaX plus8 A (1 porzione = 7g prot)
Malattia dello sciroppo d'acero	Senza isoleucina né leucina né valina		ILV-am ANAMIX (1 porzione = 10g prot) MSUD Lophlex LQ 20 Juicy (1 porzione = 20 g prot)	MSUD cooler 10, 15, 20 (Vitaflor) (1 porzione = 10, 15, 20g prot); MSUD express 15, 20, (Vitaflor) (1 porzione = 15, 20g prot); MSUD gel (Vitaflor) (1 porzione = 24g prot); ZeroVIL K (MetaX) (1 porzione = 5g prot); ZeroVIL J (MetaX) (1 porzione = 10g prot); ZeroVIL A (MetaX) (1 porzione = 10g prot); ZeroVIL smart A (MetaX) (1 porzione = 20g prot); ZeroVIL minis (MetaX) (1 porzione = 5g prot)
Acidemia isovalerica	Senza leucina			IVA cooler 15 (Vitaflor) (1 porzione = 15g prot)
Glutaracidemia	Senza lisina			GA express 15 (Vitaflor) (1 porzione = 15g prot); GA gel (Vitaflor) (1 porzione = 24g prot)
Omocistinuria	Senza metionina		M-AM ANAMIX (1 porzione = 10g prot)	HCU cooler 10, 15, 20 (Vitaflor) (1 porzione = 10, 15,

Malattia	Caratteristiche dei prodotti	Prodotti Milupa Metabolics / Nutricia	Prodotti SHS / Nutricia	Prodotti MetaX / Streuli Vitaflor / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG
			HCU Lophlex LQ 20 Juicy (1 porzione = 20g prot)	20g prot); HCU express 15, 20 (Vitaflor) (1 porzione = 15, 20g prot); HCU gel (Vitaflor) (1 porzione = 24g prot)
Tirosinemia	Senza fenilalanina né tirosina		PT-AM ANAMIX 1 (porzione = 10g prot) TYR Lophlex LQ 20 Juicy (1 porzione = 20g prot)	TYR cooler 10, 15, 20 (Vitaflor) (1 porzione = 10, 15, 20g prot); TYR express 15, 20 (Vitaflor) (1 porzione = 15, 20g prot) ; TYR gel (Vitaflor) (1 porzione = 24g prot)

Malattia	Caratteristiche dei prodotti	Prodotti Milupa Metabolics / Nutricia	Prodotti SHS / Nutricia	Prodotti MetaX / Streuli Vitaflor / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG
Fenilchetonuria	Senza fenilalanina	PKU 2-Fruta (1 porzione = 14 g prot) PKU 2-shake (1 porzione = 14 g prot) PKU 2-mix vanilla (1 porzione = 6 g prot) PKU 2-activa (1 bustina = 14 g prot) PKU 3-tablets (10 tablets = 3.5 g prot) PKU 3-shake (1 porzione = 21 g prot) PKU 3-activa (1 porzione = 21 g prot) PKU 3-tempora (1 porzione = 14 g prot)	P-AM Anamix (1 porzione = 10g prot) PKU Lophlex polvere 20 (1 porzione = 20g prot) P-AM Easiphen (1 porzione = 12.5g prot) PKU Anamix junior LQ (1 porzione = 10g prot) PKU Lophlex LQ 20 (1 porzione = 20g prot) PKU Lophlex LQ 10 Juicy (1 porzione = 10g prot) PKU Lophlex LQ 20 Juicy (1 porzione = 20g prot) PKU Lophlex Sensation 20 (1 porzione = 20g prot) P-AM add-ins (1 porzione = 10g prot)	XPhe Hello10 Blu (1 porzione / Stecca = 10g prot); Xphe smart K (1 porzione = 5g prot); XPhe smart J (1 porzione = 10g prot); Xphe smart A (1 porzione = 20g prot); XPhe for 2 (1 porzione = 10g prot); XPhe jump 10 (1 porzione = 10g prot); XPhe jump 20 (1 porzione = 20g prot); XPhe mini A (1 porzione = 10g prot); XPhe Energy K (1 porzione = 5g prot); XPhe Energy J (1 porzione = 5g prot); XPhe Energy A (1 porzione = 10g prot); PKU cooler 10, 15, 20 (Vitaflor) (1 porzione = 10, 15, 20g prot); PKU express 15, 20 (Vitaflor) (1 porzione = 15, 20g prot); PKU gel (Vitaflor) (1 porzione = 24g prot); PKU squeeze (Vitaflor) (1 porzione = 10g prot); Mevalia PKU Motion Tropical 20 (30x140ml); Mevalia PKU Motion Tropical 10 (30x70ml); Mevalia PKU Motion Red Fruits 20 (30x140ml); Mevalia PKU Motion Red Fruits 10 (30x70ml)

Malattia	Caratteristiche dei prodotti	Prodotti Milupa Metabolics / Nutricia	Prodotti SHS / Nutricia	Prodotti MetaX / Streuli Vitaflor / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG
Carenza di piruvato deidrogenasi Deficit di GLUT1 (difetto del sistema di trasporto del glucosio) Epilessia	Senza carboidrati Povero di carboidrati e ricco di grassi		Ketocal advance 4:1 LQ Multi fibre	
Acidemia propionica e acidemia metilmalonica	Senza metionina né treonina né valina, bassissimo tenore di isoleucina			MMA-PA Cooler15 Red (Vitaflor)

D) Elenco dei prodotti in caso di malattie del metabolismo: medicinali

La necessità medica dei prodotti deve essere comprovata. È inoltre necessaria una prescrizione medica, controllata periodicamente, che indichi il dosaggio esatto e la durata di somministrazione dei prodotti. Se i medicinali summenzionati permettono di ridurre il ricorso a prodotti dietetici o di sostituirli, l'AI può assumerne i costi fino a concorrenza dell'importo dei prodotti dietetici necessari anche senza questi medicinali e forniti su prescrizione medica. Il SMR controlla periodicamente la necessità e la prescrizione medica (dosaggio, durata ecc.).

Malattia	Sostanza attiva	Caratteristiche	Tipo di somministrazione	Prodotto / Fabbricante
Anomalia del ciclo dell'urea	Benzoato di sodio	Detossificazione dell'ammoniaca (NH ₃)	Orale e endovena	Farmacie (cantionali)
Altre iperammonemie	Fenilacetato di sodio	Detossificazione dell'ammoniaca (NH ₃)	Solo endovena	Farmacie (cantionali)
(ad es. in caso di acidemie organiche)	Fenilbutirato di sodio	Detossificazione dell'ammoniaca (NH ₃)	Solo orale	Ammonaps (SOBI) Buphenyl, Ambutyrate
	Carbamylglutamat	Crescita del ciclo dell'urea -> detossificazione dell'ammoniaca (NH ₃)	Solo orale	Carbaglu (Orphan Europe)
Tirosinemia di tipo I / Alcaptonuria	NTBC	Blocco dell'assimilazione della tirosina -> prevenzione dell'accumulo di prodotti intermedi tossici	Orale	Orfadin (SOBI)
Omocistinuria / Disturbi del metabolismo della cobalamina	Betaina	Riduzione dell'omocisteina	Orale	Cystadane (Orphan Europe)
Acidemie organiche / Disturbi dell'ossidazione degli acidi grassi	Carnitina	Sostituzione della carnitina persa	Orale e endovena	Carnitene Sigma-Tau
Difetto di sintesi della BH4	Sapropterina	Sostituzione della BH4	Orale	Kuvan (DRAC AG)
Fenilchetonuria	Sapropterina	Su pazienti cosiddetti «full responders» il posto dei prodotti dietetici		Kuvan (DRAC AG)
Deficit di biotinidase	Biotin	Sostituzione della Biotin	Orale	Biotin Biomed forte (Biomed AG)

Complemento 2

I seguenti sussidi forfettari sono accordati solo in caso d'intolleranza alla gliadina:

<i>Classe d'età</i>	<i>fr. all'anno</i>
1 – 2 anni	600.–
3 – 6 anni	700.–
7 – 12 anni	1'050.–
13 – 20 anni	1'450.–

In caso di celiachia (intolleranza alla gliadina) l'AI può accordare indennità forfettarie per la dieta se tale malattia è provata da un medico ai sensi del N. 279 CPSI. Fino al compimento del 15° anno di età un medico dovrà provare la necessità della dieta ogni 5 anni e in seguito ogni 2.

Non è necessario richiedere di presentare fatture per l'acquisto di prodotti dietetici.

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 albumina 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 3

Soppresso dal 1° gennaio 2004

Allegato 4

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

L'elenco degli specialisti ortodontisti riconosciuti dall'AI è pubblicato e aggiornato regolarmente sul sito della SSO (www.sso.ch).

Allegato 5

Allegato «Rinvio alle sentenze del TFA» soppresso dal 1° gennaio 2017

Allegato 6

Elenco dei casi da sottoporre all'UFAS

L'elenco seguente è classificato secondo i numeri marginali.

La pratica completa dell'assicurato deve essere in ogni caso allegata alla domanda.

N.		pagina
3	Le infermità congenite inequivocabili che non sono contenute nell'allegato all'OIC (v. anche N. 10)	A 2
1210	Medicamenti <i>off-label-use</i> in generale	G 3
1240	Provvedimenti eseguiti all'estero giusta l'articolo 23 ^{bis} OAI per assicurati residenti in Svizzera	G 10

Allegato 7

Guida all'IC 404

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'AI. Finché non sarà formulata una diagnosi sicura, l'assicurazione malattie rimarrà tenuta a coprire i costi dei provvedimenti sanitari necessari.

1.3 Richieste inoltrate dopo il nono anno di età

Per principio è possibile riconoscere per la prima volta la problematica quale IC 404 OIC dopo il compimento dei nove anni. Bisogna però comprovare che prima di quest'età sia stata stabilita una diagnosi ed eseguito un trattamento medico⁶. Per la formulazione della

⁶ Il trattamento di psichiatria infantile, l'ergoterapia e le terapie medicamentose sono riconosciuti come provvedimenti sanitari dell'AI. 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.

diagnosi non è sufficiente descrivere i sintomi dell'ADD in quanto sindrome psico-organica (SPO), ma bisogna comprovare in modo chiaro i criteri di riconoscimento ai sensi del N. 404.5 CPSI mediante un esame.

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

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

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

2. Parte speciale

2.1 Criteri di riconoscimento

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

2.1.1 Disturbi del comportamento

I disturbi del comportamento, ossia chiari disturbi dell'affettività e/o della capacità di socializzare, vanno distinti dalle conseguenze dei

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

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

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

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

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

2.1.2 Disturbi della regolazione emozionale basale

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

2.1.3 Disturbi della percezione

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

Non è sempre facile distinguere disturbi specifici della **percezione uditiva** da disturbi della capacità di memorizzare. Sulla base di un'analisi qualitativa degli errori (ad es. sillabe sbagliate, distinzione non chiara delle parole nella frase, anche nello scrivere un testo dettato, ordine delle parole sbagliato) si deve inoltre distinguere la difficoltà nella differenziazione dei suoni dalla difficoltà nel 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'IC 404 e si può rinunciare ad esaminare gli altri criteri (nel quadro del riconoscimento AI).

2.1.4 Disturbi della concentrazione

In linea generale la concentrazione è definita come la capacità di focalizzare l'attenzione in una direzione particolare. Con questa nozione s'intendono il riconoscimento dello stimolo, la focalizzazione nel senso di attenzione selettiva, il mantenimento dell'attenzione quale concentrazione e lo spostamento dell'attenzione o il fatto di evitarne lo spostamento inadeguato, ovvero la distraibilità.

Per valutare questi disturbi sono disponibili diversi test, p. es. **test differenziali** in entrambe le versioni standardizzate adeguate all'età: nella Svizzera tedesca, **DL-KG** (*differentieller Leistungstest zur Erfassung des Leistungsverhaltens bei konzentrierter Tätigkeit im Grundschulalter*) e **DL-KE** (*differentieller Leistungstest zur Erfassung des Leistungsverhaltens bei konzentrierter Tätigkeit der Eingangsstufe der Grundschule*), **TAP** (*Testbetterie zur Aufmerksamkeitsprüfung*) e **Ki-TAP** (*Testbetterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder*) (serie di test per valutare l'attenzione), **TEACH** (*test of every day life attention for children*) e **KT 3 – 4** (*Konzentrationstest für*

Dritt- und Viertklassen), mentre il **d 2** (*Aufmerksamkeitsbelastungstest*) non è assolutamente adatto per i bambini in tenera età a causa della complicata discriminazione dei segni e della breve durata del test.

Il gruppo dei subtest «**non distraibilità**» del test d'intelligenza **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** (*Rey visual learning* o **DCS [Diagnostikum für Cerebralschädigung]**), nei quali vanno ricostruite con delle bacchette immagini complicate). Molti test permettono quindi di valutare la memoria a breve termine. Anche per la capacità di apprendimento sono disponibili diversi test (**DCS e VLMT [verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest]** ossia test di apprendimento visivo e di capacità di memorizzare), alcuni dei quali (la figura complessa di Rey o la *wechsler memory scale*) consentono di valutare anche la memoria a lungo termine.

2.1.6 Intelligenza

Una delle condizioni per riconoscere una problematica quale l'IC 404 è un'intelligenza normale, che può essere valutata con molti

procedimenti (K-ABC, HAWIK IV, ids [*Intelligence and developmental scales*] ecc.).

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

2.2 Diagnosi differenziale

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

Nei rapporti medici è quindi molto importante dimostrare plausibilmente - mediante un'anamnesi esatta, una chiara descrizione dei reperti, i riscontri di test psicologici (intelligenza) e considerazioni

concernenti la diagnosi differenziale - l'assenza di eziologie acquisite rilevanti, di modo che per il medico del SMR sia chiara l'esistenza di un'infermità congenita.

Nel rapporto medico bisogna dimostrare plausibilmente quanto segue:

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

2.3 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.

Indice alfabetico

Le cifre indicate nell'indice si riferiscono ai numeri marginali.

A

Ablatio retinae (distacco della retina) 661.1, 661.16
 Accertamenti genetici 1020
 Accertamenti neuropsicologici 387.16
 Accertamento della possibilità di operare 81
 Accessi maniaco-depressivi 641–644
 Accesso spasmodico 498.1
 Accompagnatore 1227, 1228
 Acidosi renale tubolare 341
 Acuità visiva 411–428.1 segg., 425, 426.3, 427.1 e 3
 Adiposità 624/824
 Affezioni dell'occhio 411–28.1 segg., 661/861
 Affezioni delle parti molli 177.1
 Affezioni intercorrenti 12
 Aganglionosi 278
 Agopuntura 1000
 Agrafia 645–647/845–847.6
 AIDS 490
 Alagille, sindrome di 291
 Albee, cuneo osseo di 738
 Alcolismo 645–647
 Alimentazione parenterale (APD) 1233
 Allattamento 1249
 Allergie 621–625
 Ambliopia 425, 426 1–3, 427.1
 Amelie 176
 Amelogenesi imperfetta 205

Aminoacidi:
 – metabolismo 452
 – trasporto 341
 Amputazione 46, 738.8, 1001/2, 1002
 Amastia congenita 113
 Anca (protesi) 732
 Anemie 323
 Anisometropia 425
 Anomalie:
 – delle cellule ganglionari 278
 – caratteriali 645–647/845–847.2
 – delle dita dei piedi 738
 – di rifrazione 11, 421.1 segg., 661/861.18
 – di struttura 442
 Anoressia mentale 645–647.7/845–47.7
 Anticoagulanti 655–657
 Anticorpi 325.1, 490.1
 Antroposofico (medicamento) 1209
 Aplasia 113, 152, 190
 Aplasie dei muscoli 190
 Apnea 495, 497–499
 Aponeurosi del palmo della mano 738.8
 Apoplessia 44
 Apparato circolatorio 682
 Apparato locomotore 731–738
 Apparato respiratorio:
 – disturbi 214, 247.1 e 2, 495 segg., 497
 – infezioni 691

Apparecchi di cura 1215 segg.

Apparecchi:

- ortopedici 174.2/174.3
- per distillare 1215
- spasmotron 390.6
- uso 1217

Apparecchi acustici fissati per mezzo di un ancoraggio osseo 444.3, 671.5

Arteriosclerosi 44, 655–657.2 e 3, 1041 (vedi sclerosi a placche)

Articolazione interfalangea 102

Articolazioni 182 segg., 856.7, 732.5 e 6, 738/938.6

Artrite 731

Artrodesi 57, 58, 732.6, 1003, 733.1 e 2, 736.7, 737/937.3

Artrosi 732, 733, 738/938.3, 1003, 1049

Artrosi di Bennett 733/933.2

Asfissia 497.1

Asma bronchiale 621/821, 691/891

Assicurazione infortuni 77 segg.

Assistenza giornaliera 1221

Assunzione della cura 1 segg., 9, 14 segg., 279, 1404.9, 459.1 e 3

Atassia 1043

Atelia congenita 113

Atetosi 390.1 segg., 1043

Attività lavorativa 33 segg., 54, 71

Audiogramma tonale 444, 671.4

Audio-psico-fonologia, metodo Tomatis 1025

B

Balbuzie 645–647

Balneoterapia 732, 736/936, 1004 segg., 1218, 1227

Bilirubina 325.2

Biometria 661.7

Biopsia 279

Bobath, terapia 489.4, 1023

Botox® 390.8

Bronchiectasie 241

C

Camera d'isolamento 1229

Campodattilia 177.1

Camurati – Engelmann, displasia diafisaria progressiva 461

Capacità di guadagno 30 segg., 64 segg.

Capacità di seguire una formazione 35

Carattere duraturo di una cura 63

Cardiomiopatie ostruttive 313

Carie 21, 201

Cartilagini 731–738

Casa di vacanza 1227

Cataratta 661.4 segg.

Cataratta secondaria 661.4

Causalgia 1053

Celiachia 279

Cellule vitali, terapia con 1019, 1218

Cheilo-gnato-palatoschisi 201

Cheloide 721.2

Cheratocono 661.15

Cheratoglobo 661.15

Cheratoplastica 661.2

Chiropratici 1201

- Chirurgia plastica del seno 1029
- Cicatrici 721
- Cicatrici della cornea 661.2, 15
- Ciclotimia 641–644, 645.4
- Cieco mobile 276
- Cifosi dolorosa degli adolescenti 736
- Cisti 731–738
- aneurismatiche 123
 - aracnoidi 381.1 e 2
 - dermoidi 103
 - ossee 177.2
- Cistinosi, cistinuria 452
- Citomegalia 493
- Clavicola 172
- Clear lens extraction 661.4
- Coats, morbo di 420
- Colesteatoma 56, 671/871.6, 1055
- Colonna vertebrale 152, 736
- Comportamento eretico o apatico 403.1 segg.
- Condilo esterno del femore 177.1
- Condropatia della rotula 738.7
- Consegna in prestito di apparecchi 1217
- Consulenti:
- in alimentazione 1202
 - per l'allattamento 1202
- Consulenza nutrizionale 1018
- Consulenza per l'allattamento 1053
- Controlli 14 segg., 247.2, 279, 390.6, 395, 404.11, 425, 451.3, 495 segg., 497.1, 856.7, 1202,
- Controlli medici 14, 16/17
- Convenzione tariffaria con l'UFAS 324.1, 459.3
- Corsetto:
- a tre punte 736.2, 737.2
 - di raddrizzamento 736.2
- Cosmetici 1207
- Coxartrosi 732/932, 733/933
- Coxa antetorta o retrotorta 171, 734/934.2
- Criptorchismo 355
- Crisi epilettiche 387.3 segg.
- Cristallino sintetico 661/861.7
- Cristallino, lussazione o sublussazione 661/861.19
- Criterio di distinzione 31
- Croce rossa 324.1
- Crura vara (gambe arcuate a 0) 738.3, 1037
- Cuore 313, 682.1 segg.
- Cuore, protesi valvolari 682, 1 e 2
- Cura:
- a domicilio (ambulatoriale) 1232
 - della malattia/infortunio 36 segg.
- Cura secondo l'articolo 14 LAI 74 segg.
- Cura secondo l'articolo 13 LAI 1 segg.
- Cura vera e propria del male (concetto) 30, 36 segg.
- Cuscini di gommapiuma 1215
- D**
- Debilità motoria 1043.1
- Degenerazione tappetoretinica 661/861.4
- Dentinogenesi imperfetta 205
- Diabete mellito 5, 451.1 segg., 623
- Dialisi 1011
- Diastematomielia 381.1 e 2

- Diete, alimenti dietetici 1205, 1207
 Digitus superductus 177.1
 Dischi intervertebrali (ernia del disco) 731 738–938, 736.5, 1025
 Discinesia primaria delle ciglia 247.5
 Dislalia e disartria 76, 214, 387.5
 Dismelie 176
 Disostosi 11, 123, 172
 Distacco della retina 661/861.1, 661.16
 Distrofia:
 – miotonica 184
 – muscolare progressiva 184
 Disturbi:
 – circolatori 683
 – circolatori periferici 683–685
 – del carattere 646–647/846–847.2
 – dell'apprendimento 387.5
 – della comprensione e della percezione 404.5
 – della crescita 462, 1013, 1035
 – della personalità 641–644
 – della secrezione 621–625
 – delle pulsioni 404.5
 – di conduzione dell'eccitazione 313
 – di eloquio 1031 segg.
 – dello spettro dell'autismo 405
 motori cerebrali 390.1 segg., 395, 1023, 1222
 – psichici 1045
 – psicomotori 1043
 Dita a martello 177.1, 738.4
 Dito a scatto 191
 Domicilio, cura a 1200, 1220, 1232 segg.
 Donazione di sangue proprio 1012
 Durata:
 – d'utilizzazione (occhiali, corsetto) 661.14, 736/936, 737/937.2
 – dell'attività 67, 68
 – di assunzione delle spese 182.3
- ## E
- Elenco:
 – degli specialisti (ortodontisti 550)
 – dei medicinali con tariffa 1205
 – delle analisi 1205/1206
 – delle specialità 1205
 Elisir 1207
 Embriopatie 10, 493
 Emianorchismo 355, 466
 Emiplegia 60
 Emodialisi 1011
 Emofilia 324.1 e 2
 Emoglobinopatie 323
 Encefalite letargica 655–657.3
 Encefalocele 381.1 e 2
 Encefalomielite disseminata 655–657.3
 Enteropatie 326.1
 Enzimi, anomalie degli 323, 451.1, 452
 Epifisiodesi 1013
 Epifisiolisi 54, 734
 Epilessia 8, 387.1 segg., 404.10, 654
 Epulis 22
 Ergoterapia 1014 segg.

Eritrocitopatie 323
Ernie 122, 190, 276, 280, 122,
302, 736.5, 1021 segg., 1025

Esame:

- di ortopedia dento-facciale
208–210.3, 214
- di ortopedia mascellare 208–
210.3, 214
- medico 208–210.2 e 3, 214,
404.6 e 7, 443.3,
- professionale 66, 79, 856.6
- di pedo-audiologia 444.2

Esecuzione di provvedimenti,
centro/ organo 13, 51, 390.6
segg., 404.11, 444.3, 495
segg., 856.2 segg.

Esostosi 738

Estensione, trattamento per
737/937.4

Euritmia, euritmia curativa
1019

F

Fattori di coagulazione, difetti
dei 324.1 e 2

Fegato, malattie del 499

Femore:

- condilo del 738/938.5
- osteotomia del 732/932.7
- testa del 734/934.2

Fenilacetoneuria 452

Fenilalanina 452

Ferite 40, 495 segg., 856.1

Fessura labiale, mascellare,
palatina 201

Fetopatie 493, 498.2

Fibroplasia retrolentale 420

Fibrosi cistica 459.3

Fisioterapisti 1202

Fistole preauricolari 443

Fleboclisi 498.2

Fobie 645–647.7

Focomelie 176

Fototerapia 325.3

Fratture 57

G

Galattosemia 451.1 segg.

Gambe arcuate (genua vara)
1037

Genitori 1223

Genua vara 738.3, 1037

Ginocchio 733.1

Glaucoma 661.1

Gliadina, intolleranza alla 279,
451.2

Glicogenosi 451.1 segg.

Glomerulopatie 341

Glutine, dieta senza 279

Gocht, operazione di
738/938.6

Gonartrosi 733/933

Grande invalidità 390.8

Granulociti 326.2

H

Harington, operazione secondo
737.3

Haverich a tre ruote 1215

I

Idrocefalo 655–657, 1238

Idromielia 381.1 e 2

Igiene dentaria 201–210, 205

Ileo 277

Immobilizzazione 57/58, 732.3,
733.7, 736.7, 737, 1003, 1049

Impianto della coclea 445,
671/871.4

- Inalatori 1215
- Incapacità di guadagno (minaccia di) / invalidità 35
- Infarto cerebrale ischemico 655–657.3
- Infermità:
- adulti 37
 - affezioni conseguenti 11, 12
- Infermità congenite:
- neuropsichiatriche 387.12 e 13
 - oftalmologiche 401–428.1segg.
 - polisintomatiche 10
 - delimitazione congenita/ acquisita 7 segg., 22
 - diritto alle prestazioni 14 segg.
 - nozione 4, 22, 302, 341, 387.2, 402, 403 segg.
- Infettive, malattie 38, 46, 56, 326.1, 493, 601–801–804, 1001
- Infezione per HIV 326.3, 490
- Infezioni 48, 495
- Inibitori degli aggregati dei trombociti 655-657.3
- Inibizione motoria (Hemmung) 1043.1
- Innesto osseo 736/936.5, 738/938.5
- Instabilità motoria 1043.1
- Insufficienza:
- coronarica 682.1 segg.
 - del cardias 280
- Intolleranza:
- al fruttosio 451.1 segg.
 - alla gliadina 279, 451.2
- Invalidità:
- insorgenza 35
 - nozione 32, 35
- Iperammoniemie 452
- Iperbilirubinemia del neonato 325. 1–3
- Ipercalcemia 341
- Iperodontia congenita 206
- Ipertensione polmonare primaria 313
- Ipocalcemia 494, 498.1 e 2
- Ipofosfatasia 461
- Ipoglicemia 498.2, 451.1 segg.
- Ipomagnesiemia 494
- Ipoparatiroidismo 498.1
- Ipotonia 390.2
- Ippoterapia 390.5, 1021
- Istituto di cura 1222, 1229
- Istologia 611–613/811–813
- K**
- Klippel-Feil 152
- L**
- Labbro glenoideo 738.5
- Laminectomia 736.5, 1025
- Laparoschisi 302
- Latte 278, 451.1, 494
- Lattosio 451.1
- Legamenti 731–738/931–938, 738/938 segg.
- Lenti Iris-Claw 661.19
- Lenti varilux 661.13
- Lesioni neurologiche 499
- Lievito fresco 1207
- Linea alba 190
- Liquori 1207
- Listeriosi 493
- Logopedia 76
- Lue congenita 493
- Lussazioni 177.1, 499, 738.5

M

Macroglossia congenita
Malati di mente 1016
Malattia (e):
– di Perthes 735
– di Scheuermann 736
– cerebrovascolari 655–657.1
 segg.
– del sangue e degli organi
 emopoietici 631
– infettive e parassitarie 38,
 601
Malformazioni:
– dello scheletro del piede
 177.1
– sirenoidi 176
– vertebrali 151, 152
Margine alveolare 123
Mascella, anomalie della 9, 10,
21, 201
Materassi profilattici e terapeutici
del decubito 184
Mc Quarrie, ipoglicemia di
451.1 segg., 494, 498.2
Mediastino 103
Medicamenti:
– generale 1200, 1205 segg.,
 1218, 1233
– omeopatici 1209
Meloterapia 1026
Membrane ialine 247.1, 497.4,
499
Meningocele 381.1 e 2
Meningoencefalite 654
Metodi di misurazione 498.2
Metodo verbotonale 1025
Mezzi ausiliari 324.2
Mezzo di trasporto 1243
Microsomia renale 341.2

Midollo spinale, lesioni del
856.1
Mielomeningocele 381.1 e 2,
655–657.3
Milza 499
Minorenni 53
Miopatie 184
Miopia, lenti in caso di 661.19
Mongolismo (=> trisomia 21)
Monitoraggio a casa 247.3,
495, 497–499
Monoftalmia 661/861.4
Montature per occhiali 661.7
Morbo:
– di Coats 420
– di Köhler 177.2
Morfea 721.3
Mucoviscidosi 459.1 e 3, 1215

N

Nanismo ipofisario 462
Narcolessia 390.2
Narcosi 13, 403.2
Nascita:
– domicilio 495 segg.
– concetto di n. avvenuta 4
Nebulizzatore 459.2, 1215
Negligenza 404.2
Neonato 5, 22, 174.2
Neonati tossicodipendenti
498.3
Neoplasie 611–613/811–813
Nevi vinati 109
Neurofibroma 11, 481
Nevrosi 76, 645–647
Nevrosi lipoidea 341
Niehans, terapia con cellule vi-
tali 1019

Nutrizione, malattie della 621–625

O

Occhiali correttivi 411–428.3, 425, 427.1, 1215

Occhiali da sole 418

Occlusione vascolare 655–657

Omeopatico, medicamento 1208.4

Onfalocele 302

Operazione di Krogus 738.6

Operazioni 18, 53, 167 segg., 214, 280, 427.1, 1051 segg.

Operazioni:

– cosmetiche 1207 segg.

– plastiche 1027 segg., 738.6

Orbita, ciste dell' 103

Orchidopessia 1224

Orecchio, malattie 443 segg., 671/871, 1011 1055

Organi:

– della respirazione 691

– emopoietici, malattie 631/831

– urogenitali 711

Ormoni follicolo-stimolanti 355

Ortofonologia 1031 segg.

Ortopantomogramma 208–210.3

Os navicolare cornutum 177.1

Os tibiale externum 177.1

Os vesalianum 177.1

Ospedale 1222, 1227 segg.

Ossa:

– alterazioni 738/938

– cisti 123, 177.2

– malattie delle 177.2, 731–738/931–938.1 e 2, 738/938.3

– metabolismo 461

Osteoclastoma 123

Osteocondrosi 736

Osteodistrofia di Jaffé-Lichtenstein 461

Osteotomia di derotazione 171

Osteotomie 20, 171, 1035

segg.

Otite 56

Ovaie 103

P

Pagamento delle spese 182.2 e 3, 208/210.3, 278/79, 313,

325.3, 324.1, 390.6, 404.9,

451.2, 452, 459.1 e 3, 494,

645–647/845–847.5–7, 661.11

e 13, 856.4, 1009, 1010, 1023,

1208.4, 2121 segg., 2141

segg.

Paralisi 397, 428

Paralisi:

– atassica 390.1 segg.

– atetotica 390.1, 1043.3

– cerebrale 390.1 segg., 1021, 1215, 1222

– generale 60, 64, 71, 77, 80, 603/604, 655–657.1 segg.,

1043

– infantile (poliomielite) 60, 65, 603, 683–685

– spastica 390.1 segg.

Paralisi, inizio delle prestazioni 856.4, 59 segg., 604

Paraplegia 856.1 segg.

Paresi 397, 428

Parete toracica, malformazioni della 167

PCE (poliartrite cronica evolutiva) 731.2

- Pelle 721
 Percussione, apparecchio per il massaggio a 459.2
 Periodo d'attesa 55 segg., 645–647/845–847.5
 Perizia 214, 387.14/15, 404.8
 Personale paramedico 1200 segg., 1223
 Piede piatto 193
 Piede varo 182.1
 Piena facoltà mentale 655–657/855–857.1
 Poliartrite 604
 Poliartrite cronica evolutiva (PCE) 721/921, 731/931
 Poliomete 60, 603, 683–685, 1040
 Poliradicolite 604
 Poliradicolite di Guillain-Barré 604
 Pollice:
 – affezioni 191
 – articolazione basale 733/933.2
 – suzione 9
 Polmoni, rottura e emorragia 499
 Ponyterapia 1021, 1042
 Poro sacrale 381.1
 Possibilità di cura 14.16
 Postumi:
 – 37, 77, 601–604/801–84
 – minaccia di 53, 645–647/845–847.5, 736/936, 737/937.2
 Postumi stabilizzati 36 segg., 53, 63, 601–801–804, 645–647/845–847.1, 671/871.6, 712/912, 721/921.4, 733/933.2, 735/935.1, 738/938.5, 7 e 8, 1028, 1036, 1038, 2138
 Prescrizione medica 404.8, 661/861.11, 1200, 1202, 1206, 1207, 1217
 Prescrizione oftalmologica (occhiali) 661.11
 Prestito di mezzi ausiliari 1217
 Processo patologico labile
 Prodotti alimentari 1207
 Prolasso anale 276
 Proteine, metabolismo delle 452
 Protezioni 324.2
 Pseudodebilità 645–647.6
 Psicopatie 645–647/845–847
 Psicosi 641–644, 1043.4
 Psicosi organica 641–644
 Psicosi primarie infantili 406
 Psicoterapeuti 1202
 Psoriasi 731
 Pterigio (del collo, dell'ascella, del gomito e delle dita) 102
 Pupillotonia (Sindrome di Adie) 390.2
 Putti – Pratt, operazione di 738.6
- ## R
- Rachitismo 461
 Rapporto medico 404.9 e 11
 Relazione temporale, risp. materiale 38, 41 segg., 55, 77, 80, 1014, 1056
 Rene artificiale 1012
 Reni, malattie dei 499, 711/911
 Reparto comune 1228 segg., 1242
 Reparto privato 1228
 Respirazione artificiale 47,
 Retina, distacco della 661/861.1, 661.16

Retinopatia diabetica 661.4
 Reumatismo articolare 731
 Rialzamento del tacco 1035
 Riflusso 280, 346
 Ritmica 390.4, 1047
 Rotula 177.1, 738/938.7
 Roux, operazione di 738.6

S

Scarpe speciali 174.2 segg.,
 182.2 e 3
 Scheletro 1036.5
 Schizofrenia 641–644
 Scientificità del metodo 1218
 Sclerodattilia 721.4
 Sclerosi:
 – a placche 655–657.3, 1041
 – laterale amiotrofica 655–
 657.3
 Scoliosi idiopatica 737
 Semplice e adeguato, provve-
 dimento 324.2, 1217 segg.,
 1240
 Sequestro polmonare idiopa-
 tico 245
 SIDS (sudden-infant-death-
 syndrom) 247.4
 Simpatectomia 1053
 Sindattilia 162
 Sindrome di Prader-Willi 462
 Sindrome di Turner 466
 Sindrome:
 – del canale carpeo 1011
 – di Adie 390.2
 – di Alport 341
 – di ansia respiratoria 247.1,
 494, 497.2–4, 499
 – di Apert 123
 – di deficienza immunitaria
 (IDS) 326.1

– di Kalmann 462
 – di Poland 113, 177.1, 190
 – di Prader-Willi 462
 – di Turner 466
 – di Watson-Alagille 291
 – nefrotica 341
 – psico-organica (SPO) 404.1
 segg., 1043.5
 Sinovectomia 731.3, 1054
 Sintomi 9, 10, 22, 387.4, 395,
 397.12, 404.1 segg., 451.4,
 498.1, 1045
 Siringomielia 655–657.3, 1041
 Sito intestinale, anomalie del
 276
 Smith Magenis 6, 6.1, 10
 Sordità 444.1 segg., 445,
 671.2 segg., Soundbridge
 444.3, 671.6
 Spalla, articolazione della
 738.5 e 6
 Spese:
 – di locazione 278
 – di trasporto 1243
 Spina bifida occulta 152, 381.1
 Spondilartrosi 736.4, 5 e 6
 Spondilodesi 736.7, 1049/1050
 Spondilolisi 736.7
 Spondilolistesi 736.7
 Spondilosi 736
 Stapedectomia 1051
 Staffa (orecchio) 444.1, 671.1
 Stecca di Thomas 735/935
 Stenosis subaortica 6
 Strabismo 427.1, 427.2, 428
 Suture secondarie 49, 1048
 Symphonix 444.3, 671.6

T

Tartaro dentario 201–210, 205s
Tendini 182 segg., 731–738/931–938.1, 738/938 segg., 1048
Tendovaginite 191
Terapia:
– miofunzionale 208–210.6
– neuropsicologica 655-657
– profilattica 655–657/855–857.2
Teratomi 103
Tetraplegia 856.1 segg.
Timpanoplastica 57, 671.6, 1055, 1056
Tomatis (metodo di) 1025
Torace carenato 164
Tossicomanie 645–647
Toxoplasmosi 493
Trapianti di organi 1030
Trasporti in elicottero 1248
Trattamento:
– dentario 13, 403.2
– eseguito due volte 1211, 1218
– intensivo 495 segg.
– logopedico, fonoiatrico 76, 1031 segg.,
– ortottico 426.3, 427.1, 1227
Trisomia 21 489 segg.
Tubulopatie 341
Turbe:
– cerebrali 404.1 segg., 404.10 e 11, 655–657.1
– respiratorie d'adattamento / insufficienza respiratoria 494, 497.2
Tubercolosi 493

U

Ulcera varicosa 52
Urea, ciclo dell' 452
Uveite 420

V

Vaccinazioni 1023
Valvole cardiache artificiali 682.2
Varici 52
Vasi, malformazioni/anomalie 313, 655–657/855–857.3
Velofaringoplastica 701
Vertebre (malformazioni) 152
Vescica, malattie della 856.7
Viatico 1227, 1243 segg.
Vie biliari 291
Vino fortificante 1207