



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI

**Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS**  
Ambito Assicurazione invalidità

## **Ordinanza del DFI del 3.11.2021 sulle prestazioni di cura mediche ambulatoriali**

Commento

Data di entrata in vigore: 1° gennaio 2022

## **Indice**

<b>1. Situazione iniziale .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Commenti ai singoli articoli.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Ripercussioni finanziarie .....</b>	<b>5</b>

## 1. Situazione iniziale

Nell'ambito dell'assicurazione invalidità (AI), attualmente le prestazioni di cura mediche ambulatoriali sono disciplinate a livello di direttive<sup>1</sup>. Negli ultimi anni, le disposizioni sull'assunzione delle spese per le prestazioni di cura mediche da parte dell'AI, tra cui rientrano le categorie di valutazione e consulenza nonché esami e cure, sono state costantemente ampliate.

Nel quadro della modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (Ulteriore sviluppo dell'AI)<sup>2</sup> è stato deciso che in futuro sarà il Consiglio federale a stabilire le prestazioni di cura mediche ambulatoriali per le quali l'AI assume le spese (nuovo art. 14<sup>ter</sup> cpv. 1 lett. b LAI) e l'Esecutivo potrà delegare questo compito al Dipartimento federale dell'interno (DFI) o all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS; nuovo art. 14<sup>ter</sup> cpv. 4 LAI). Nel progetto sulle disposizioni d'esecuzione relative alla modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (Ulteriore sviluppo dell'AI), in consultazione dal 4 dicembre 2020 al 19 marzo 2021<sup>3</sup>, le prestazioni di cura mediche ambulatoriali sono concretizzate a livello di ordinanza nell'articolo 3<sup>quinqües</sup> D-OAI. Conformemente al diritto di delega sancito nel nuovo articolo 14<sup>ter</sup> capoverso 4 LAI, in virtù dell'articolo 3<sup>quinqües</sup> D-OAI le prestazioni di cura mediche ambulatoriali saranno disciplinate a livello dipartimentale, il che avviene con la presente ordinanza.

## 2. Commenti ai singoli articoli

### Art. 1

Le prestazioni di cura mediche ambulatoriali rimborsate dall'AI si distinguono da quelle rimborsate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) per quanto concerne il loro obiettivo. Per quanto riguarda le categorie valutazione, consulenza e coordinamento, l'AI assume le spese per le stesse prestazioni dell'AOMS. Di conseguenza, vengono menzionate le stesse prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera a dell'ordinanza del 29 settembre 1995<sup>4</sup> sulle prestazioni (OPre). Nel caso delle categorie esami e cure, in conformità del suo campo d'applicazione l'AI non assume tutte le prestazioni rimborsate dall'AOMS secondo l'articolo 7 capoverso 2 lettera b OPre. Per tale ragione nella presente ordinanza vengono menzionate con una descrizione generale soltanto i provvedimenti delle categorie esami e cure validi per l'AI (cpv. 1 lett. d ed e) e non le singole prestazioni al livello di dettaglio dell'articolo 7 capoverso 2 lettera b OPre. Nel quadro dei provvedimenti sanitari, a differenza dell'AOMS, l'AI non accorda contributi alle spese per le cure di base. Una descrizione concreta dei provvedimenti coperti sarà elaborata dall'UFAS a livello di direttive. Il coordinamento del passaggio dell'assunzione delle spese dall'AI all'AOMS viene garantito facendo sì che il volume delle prestazioni di quest'ultima comprenda anche le prestazioni di cura coperte dall'AI.

#### Art. 1 cpv. 1 lett. a

Nella categoria «valutazione» rientrano la determinazione e la documentazione del bisogno di cure dell'assicurato (tipo e frequenza delle prestazioni) e dell'ambiente in cui vive nonché la pianificazione dei provvedimenti necessari (diagnosi infermieristiche e obiettivi) in collaborazione con l'assicurato e il suo medico ed eventualmente altri servizi coinvolti. Rientrano in questa categoria anche valutazioni successive e consulti medici telefonici.

#### Art. 1 cpv. 1 lett. b

Nella categoria «consulenza» rientra l'istruzione dell'assicurato nonché degli ausiliari non professionisti per l'esecuzione delle cure, in particolare per quanto concerne il modo di affrontare la malattia, la somministrazione dei medicinali o l'impiego di apparecchi medici. Oltre all'istruzione concernente le cure da prodigare, è necessario garantire l'attuazione dei controlli necessari. Per quanto concerne l'istruzione, occorre documentare in modo dettagliato all'attenzione dell'ufficio AI le prestazioni da fornire.

<sup>1</sup> Cfr. Lettera circolare AI n. 394 (fino al 31 dicembre 2019 Lettera circolare AI n. 362).

<sup>2</sup> FF 2020 4951

<sup>3</sup> La relativa documentazione è disponibile all'indirizzo <https://www.bsv.admin.ch/bsv/it/home/publicazioni-e-servizi/gesetzgebung/vernehmlassungen/verordnung-weiv.html>.

<sup>4</sup> RS 832.112.31

*Art. 1 cpv. 1 lett. c*

Nella categoria «coordinamento» rientrano i provvedimenti di coordinamento in situazioni di cura complesse e nel contempo instabili. «Di coordinamento» significa che è necessario un contatto diretto tra chi presta le cure e il personale medico per il coordinamento delle cure mediche. «Complesse» significa che sono coinvolti diversi medici specialisti. «Instabili» significa che l'onere di cura subisce continuamente importanti mutamenti.

*Art. 1 cpv. 1 lett. d*

Per valutare lo stato di salute generale (compreso il controllo delle funzioni vitali) si esegue tra l'altro la misurazione dei segni vitali (p. es. della temperatura o della pressione). Campioni di sangue e simili rientrano invece nel prelievo di materiale per esame da laboratorio.

*Art. 1 cpv. 1 lett. e*

Nella categoria «cure», che servono a mantenere le funzioni corporee somatiche in caso di infermità congenite, rientrano in particolare le prestazioni di cura seguenti, stabilite dall'UFAS a livello di direttive:

- provvedimenti di terapia respiratoria (quali somministrazione di ossigeno, inalazioni, esercizi respiratori semplici, aspirazione);
- posa di sonde o cateteri e conseguenti provvedimenti sanitari;
- provvedimenti sanitari per la somministrazione enterale o parenterale di soluzioni nutritive;
- provvedimenti sanitari in caso di dialisi peritoneale;
- preparazione e somministrazione di medicinali, perfusioni brevi, trasfusioni, virostatici e citostatici;
- provvedimenti per il trattamento dei problemi della pelle: sorveglianza e valutazione in caso di prevalenti gravi problemi della pelle, comprese la medicazione di piaghe e cavità del corpo, le cure di stoma nonché epidermolisi bullosa e provvedimenti sanitari per bagni medicinali in caso di gravi problemi della pelle;
- provvedimenti sanitari in caso di turbe dell'evacuazione urinaria o intestinale;
- controllo dei sintomi e provvedimenti sanitari nella fase palliativa e palliativa-terminale.

L'UFAS può adeguare l'elenco summenzionato a livello di direttive.

*Art. 1 cpv. 2 lett. a*

La sorveglianza medica di breve durata è una valutazione approfondita, giornaliera o settimanale, dello stato di salute generale del minore. Hanno diritto alla sorveglianza medica di breve durata i minorenni con gravi problemi di salute, per esempio un grave vizio cardiaco, una grave epilessia, una grave malattia del metabolismo, una malattia oncologica o simili, che devono essere tenuti sotto controllo ed esaminati di regola per un lasso di tempo di fino a tre ore al giorno al fine di permettere una migliore valutazione dello stato di salute generale.

*Art. 1 cpv. 2 lett. b*

Per «sorveglianza medica di lunga durata» si intendono le cure fornite a bambini e giovani per i quali in qualsiasi momento può insorgere una situazione potenzialmente mortale o pericolosa per la salute che necessita dell'intervento di personale medico. Per il diritto alla sorveglianza medica di lunga durata sono determinanti le disposizioni di cui all'articolo 3<sup>quinquies</sup> capoverso 3 D-OAI. La determinazione del bisogno di sorveglianza e la possibilità di un rimborso più elevato secondo l'articolo 3<sup>quinquies</sup> capoverso 3 D-OAI sono disciplinate a livello di direttive: in ogni caso, oltre al bisogno di cure vero e proprio, vengono considerati anche le risorse dell'ambiente familiare e i fattori aggravanti. L'entità della sorveglianza medica di lunga durata a carico dell'AI è determinata mediante una procedura di rilevazione del bisogno standardizzata che è stata elaborata insieme con i fornitori di prestazioni. Questo permette una rilevazione uniforme e garantisce quindi la parità di trattamento tra gli assicurati.

*Art. 1 cpv. 3*

L'ufficio AI stabilisce nel singolo caso la durata computabile per le singole prestazioni, tenendo conto del periodo di tempo in cui è effettivamente necessaria la presenza di personale infermieristico. L'UFAS stabilisce valori di riferimento per ogni prestazione. Espone inoltre concretamente a livello di direttive le prestazioni che possono essere fornite parallelamente e che non possono dunque essere conteggiate due volte.

**Art. 2**

L'ordinanza entrerà in vigore presumibilmente il 1° gennaio 2022.

**3. Ripercussioni finanziarie**

L'introduzione della nuova ordinanza dipartimentale non comporta ripercussioni finanziarie.