

## Commento

### **all'ordinanza dell'UFAS del 17 ottobre 2018 concernente il progetto pilota «Intervento precoce intensivo per i bambini affetti da autismo infantile»**

#### **Premessa**

L'assicurazione invalidità (AI) prosegue nel suo processo di trasformazione in un'assicurazione finalizzata all'integrazione. Per sostenere questa evoluzione, dall'entrata in vigore della 5ª revisione AI l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) ha la possibilità di autorizzare progetti pilota di durata limitata che possono derogare alle disposizioni della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (art. 68<sup>quater</sup> LAI).

Articolo 68<sup>quater</sup> LAI Progetti pilota

<sup>1</sup> Ai fini dell'integrazione, l'Ufficio federale può autorizzare progetti pilota di durata limitata che possono derogare alle disposizioni della presente legge. Sente dapprima la Commissione federale dell'AVS/AI.

<sup>2</sup> L'Ufficio federale può prorogare per quattro anni al massimo l'autorizzazione per progetti pilota che hanno dato buoni risultati.

<sup>3</sup> Il finanziamento può avvenire mediante fondi dell'assicurazione.

Tali progetti permettono di sviluppare e sperimentare provvedimenti, strumenti e procedure innovativi tesi all'integrazione o alla reintegrazione di disabili. Le esperienze fatte in questo contesto, che contribuiscono all'acquisizione di conoscenze e costituiscono la base per completare e adeguare le disposizioni legali nonché elaborare e diffondere buone pratiche, devono essere oggetto di una valutazione.

Per la cura dell'autismo infantile, negli Stati Uniti e in altri Paesi sono stati sviluppati metodi d'intervento precoce intensivo. Si tratta di cure molto intense, con un'impostazione fortemente interdisciplinare. Da alcuni anni esistono anche in Svizzera centri (di seguito denominati «centri per l'autismo») che offrono diversi programmi d'intervento precoce intensivo.

Il loro finanziamento solleva diversi interrogativi, dato che questi programmi non possono essere classificati inequivocabilmente né come provvedimenti sanitari né come provvedimenti pedagogico-terapeutici. Poiché nel caso delle misure d'intervento precoce questa distinzione risulta molto difficile e praticamente inattuabile, occorrerebbe determinare un modello di finanziamento a lungo termine che disciplini le competenze dei vari enti responsabili per il finanziamento delle misure in questione. D'altro canto, va rilevato che questi metodi non sono ancora scientificamente riconosciuti in Svizzera. Per disporre di migliori basi decisionali, l'UFAS ha concluso una convenzione quinquennale con cinque (nel frattempo sei) centri per l'autismo con effetto dal 1° gennaio 2014. L'obiettivo di questo progetto è chiarire se, e in che misura, l'AI possa partecipare ai costi dell'intervento precoce intensivo e se questo metodo di trattamento sia efficace. Nel quadro della convenzione, l'AI rimborsa un importo forfettario di 45 000 franchi per ogni bambino, che corrisponde alla media dei costi per i provvedimenti sanitari dell'intervento precoce intensivo. In questo importo rientrano le prestazioni fornite da psicoterapisti, ergoterapisti e fisioterapisti nonché dai medici responsabili dei centri per l'autismo (titolo di medico specialista psichiatria e psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza o neuropsichiatria), che rappresentano circa un terzo dei costi complessivi di una terapia.

Nel quadro del terzo programma di ricerca pluriennale sull'invalidità (PR3-AI), nel 2017 un gruppo di ricercatori esterni ha valutato l'efficacia dei metodi d'intervento precoce intensivo analizzando sia la letteratura specialistica internazionale in materia che l'attività dei cinque (poi sei) centri per l'autismo. I risultati dello studio confermano sostanzialmente l'efficacia di tali approcci terapeutici nel caso dell'autismo.

Il progetto pilota «Intervento precoce intensivo per i bambini affetti da autismo infantile» (di seguito «progetto pilota») ha lo scopo di chiarire questioni ancora in sospeso emerse dalla valutazione esterna.

Tra queste rientrano:

- lo sviluppo di un modello di programma che consenta di armonizzare i programmi d'intervento precoce intensivo svolti in Svizzera dai fornitori di prestazioni partecipanti al progetto pilota;
- l'elaborazione di un modello di finanziamento che garantisca il finanziamento dell'intervento precoce intensivo dopo la conclusione del progetto pilota e stabilisca la ripartizione dei costi tra l'AI, i Cantoni ed eventualmente terzi;
- lo sviluppo di un modello di risultato volto a misurare l'efficacia a lungo termine dell'intervento precoce intensivo nei bambini affetti da autismo infantile.

Il riconoscimento definitivo dell'efficacia di questo metodo terapeutico sarà possibile solo una volta che saranno disponibili i tre modelli summenzionati.

L'ordinanza in esame disciplina i criteri di ammissione sia per i bambini che per i fornitori di prestazioni, il finanziamento da parte dell'AI e l'obbligo di collaborare allo sviluppo dei summenzionati modelli per i quattro anni di durata del progetto pilota. Prima di poter sancire definitivamente a livello giuridico questi criteri e la partecipazione dell'AI ai costi, occorre imperativamente fornire una risposta alle questioni ancora in sospeso.

Nel campo d'applicazione dell'ordinanza concernente il progetto pilota rientrano gli assicurati che ricevono un trattamento d'intervento precoce intensivo da un fornitore di prestazioni riconosciuto, i detentori dell'autorità parentale o altre persone incaricate della custodia dei bambini e i fornitori di prestazioni che effettuano queste terapie. L'ordinanza in esame disciplina esclusivamente la situazione per quanto concerne l'AI.

Secondo le stime attuali, il progetto pilota proposto comporterebbe spese supplementari d'importo solo modesto, dato che l'AI versa già oggi 45 000 franchi per bambino per l'intera fase intensiva del trattamento. Finora i centri per l'autismo hanno offerto posti per 55 pazienti, il che ha generato per l'AI costi complessivi pari a circa 1,3 milioni di franchi l'anno. Il numero di partecipanti al progetto pilota non è predefinito. In base alle esperienze fatte finora, l'UFAS presume che la capacità aumenterà in media di cinque posti all'anno, il che genererebbe spese supplementari per un totale di al massimo 1 milione di franchi, cui andrebbero aggiunti i costi per la valutazione del progetto, stimati a un massimo di 150 000 franchi.

## **Art. 1**

(Oggetto del progetto pilota)

L'ordinanza in esame disciplina i criteri di ammissione per i fornitori di prestazioni che offrono trattamenti d'intervento precoce intensivo e per i bambini assicurati che ricorrono a questi ultimi, come pure il rimborso da parte dell'AI delle prestazioni fornite nel quadro del progetto pilota.

## **Art. 2**

(Scopo del progetto pilota)

Con il progetto pilota ci si prefigge di sviluppare un modello per il finanziamento dell'intervento precoce intensivo (modello di finanziamento), un modello di risultato per la prova dell'efficacia a lungo termine e un modello di programma per l'intervento precoce intensivo.

### Modello di programma

Possono essere finanziati solo trattamenti d'intervento riconosciuti scientificamente, vale a dire dall'efficacia comprovata, con approcci di terapia comportamentale e/o orientati allo sviluppo. Essi devono essere globali (dall'inglese *comprehensive*), vale a dire che oltre agli elementi terapeutici specifici per l'autismo devono prevedere il coinvolgimento dei genitori, il sostegno di componenti ludiche e comportamentali nonché la promozione di competenze sociali e comunicative. Questi programmi possono essere svolti non solo presso un centro per l'autismo, ma anche da altri fornitori di prestazioni, purché essi, oltre ad adempiere le condizioni poste nell'ordinanza, dispongano di programmi e strutture simili ai centri per l'autismo. La durata e l'intensità dei programmi vanno definite chiaramente. Occorre inoltre garantire che essi siano svolti in modo interdisciplinare e che i ruoli e gli obblighi di collaborazione dei detentori dell'autorità parentale o delle altre persone incaricate della custodia dei bambini siano descritti chiaramente. Questi requisiti corrispondono a quanto raccomandato dagli autori della valutazione esterna dell'efficacia dell'intervento precoce in caso di autismo infantile (rapporto di ricerca n. 9/18, in tedesco con riassunto in italiano, redatto nel quadro del PR3-AI) e mirano ad armonizzare i programmi d'intervento precoce intensivo. La durata del progetto pilota è intesa a permettere di definire gli elementi fondamentali dei programmi tenendo conto delle più recenti conoscenze scientifiche. Questi programmi devono essere stabiliti in stretta collaborazione tra i fornitori di prestazioni e gli enti finanziatori.

### Modello di risultato

Il modello di risultato deve permettere di ottenere informazioni sull'efficacia a lungo termine dell'intervento precoce intensivo in Svizzera. In questo modello occorre stabilire quali fattori devono migliorare attraverso l'intervento, quando e come misurare i risultati e mostrare l'impatto dell'intervento sul corso della vita dei bambini e sulla qualità di vita della famiglia.

### Modello di finanziamento

Parallelamente al modello di programma, va chiarita anche la questione del finanziamento a lungo termine di questo metodo di trattamento. Essendo molto probabile che possano essere riconosciuti più programmi, occorre sviluppare criteri che garantiscano un modello di finanziamento valido e attuabile per tutti. Solo definendo un modello di finanziamento a lungo termine che disciplini la ripartizione del finanziamento di questi trattamenti d'intervento tra i vari enti responsabili si potrà garantire la possibilità di applicare questo metodo nel lungo periodo. Dato che l'intervento precoce intensivo comprende sia provvedimenti sanitari sia provvedimenti di natura pedagogico-terapeutica è necessario, conformemente alla Nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC) che i Cantoni, responsabili per i provvedimenti di natura pedagogico-terapeutica, e l'AI, cui competono i provvedimenti sanitari, trovino un accordo su un modello di finanziamento comune.

Un aspetto essenziale del progetto pilota è dunque l'impegno di tutti gli attori coinvolti a partecipare attivamente all'elaborazione dei modelli summenzionati. Se nel corso del progetto dovesse emergere una mancanza di questo impegno tale da rendere irrealistico lo sviluppo dei modelli, l'UFAS si riserva di interrompere il progetto pilota prima della sua conclusione (in virtù dell'art. 9 cpv. 4 dell'ordinanza). In caso d'interruzione, l'AI rimborserebbe solo le spese dei provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 in combinato disposto con l'articolo 14 LAI (eseguiti da personale sanitario) conformemente alle basi legali vigenti. Sono reputati provvedimenti sanitari necessari alla 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 dell'ordinanza del 9 dicembre 1985 sulle infermità congenite [OIC]). Tra i provvedimenti sanitari cui gli assicurati fino al compimento dei 20 anni hanno diritto in virtù dell'articolo 13 LAI rientrano l'ergoterapia, la psicoterapia e la fisioterapia nonché i medicinali e ogni altra forma di trattamento medico a carattere terapeutico che adempiono i criteri summenzionati. Dall'entrata in vigore della NPC, nel 2008, non fanno invece più parte dei provvedimenti sanitari (e del settore di prestazioni) dell'AI i provvedimenti di natura pedagogico-terapeutica (cfr. art. 19 cpv. 2 lett. c vLAI e art. 14 cpv. 1 lett. a vLAI).

### **Art. 3**

(Condizioni per la partecipazione dei bambini affetti da autismo infantile)

*Cpv. 1:* possono partecipare al progetto pilota gli assicurati per i quali è stata emessa una diagnosi certa di autismo infantile secondo la classificazione internazionale delle malattie (*International Classification of Diseases*, [ICD-10, versione 2016<sup>1</sup>, codice F84.0]). È importante che la diagnosi si fondi su criteri chiari, e la classificazione internazionale delle malattie è il riferimento migliore in tal senso. La diagnosi deve essere emessa da un medico specialista (titolo di medico specialista neuropsichiatra o psichiatra e psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza) presso uno studio medico privato, un ospedale o un servizio di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza sulla base di strumenti diagnostici riconosciuti e validati. Inoltre, i bambini in questione non devono presentare comorbidità che rendano impossibile o controindicato lo svolgimento dell'intervento precoce intensivo. Se ad esempio un bambino soffre di crisi epilettiche ricorrenti, non può seguire un programma intensivo (lett. a).

I trattamenti d'intervento precoce incidono positivamente sulla capacità di apprendimento nonché sul comportamento sociale e su quello relativo all'apprendimento dei bambini. Da ricerche in materia emerge che un trattamento precoce produce effetti più significativi di uno iniziato più tardi, ragion per cui i bambini dovrebbero ricorrere il più presto possibile all'intervento precoce intensivo. Per questo motivo possono partecipare al progetto pilota i bambini che all'inizio del trattamento hanno tra i 2 e i 4 anni d'età (lett. b). In seguito i bambini frequentano la scuola dell'infanzia e quella elementare, il che non è compatibile con l'intensità dell'intervento precoce.

*Cpv. 2:* dovendo essere svolto in modo interdisciplinare, l'intervento precoce intensivo non può essere abbinato ad altri provvedimenti (p. es. ergoterapia). Questo è necessario sia per non estenuare il bambino con ulteriori terapie oltre alla terapia intensiva di 20 ore alla setti-

---

<sup>1</sup> La Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, decima revisione, German Modification, versione 2016 (ICD-10-GM, Version 2016) è disponibile sul sito Internet [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Trovare statistiche > Salute > Basi statistiche e rilevazioni > Nomenclature > Classificazioni e codifica mediche > Strumenti di codifica medica > ICD-10-GM.

mana in media sia per evitare che terapie parallele abbiano obiettivi in concorrenza con l'intervento precoce tali da compromettere il buon esito di quest'ultimo. La lettera a stabilisce dunque che i detentori dell'autorità parentale devono confermare di essere stati informati del fatto che durante la partecipazione al progetto pilota non saranno assunti altri provvedimenti sanitari dell'AI in relazione con l'autismo, fatta eccezione per i medicinali, e che se vi faranno ricorso, l'ufficio AI potrà revocare il diritto alla partecipazione in virtù dell'articolo 4 capoverso 4.

I detentori dell'autorità parentale o le altre persone incaricate della custodia dei bambini giocano un ruolo fondamentale nell'intervento precoce intensivo. Da un lato, i fornitori di prestazioni dovrebbero adeguare il programma ai valori socioculturali e alle dinamiche delle famiglie; dall'altro, occorre coinvolgere attivamente i detentori dell'autorità parentale o le altre persone incaricate della custodia dei bambini per consentire il mantenimento di quanto appreso e la generalizzazione delle nuove competenze in altri contesti. Conoscendo gli obiettivi della terapia, i detentori dell'autorità parentale o le altre persone incaricate della custodia dei bambini devono anche partecipare al loro raggiungimento, ma non possono essere remunerati per questo, dato che tale impegno rientra nei loro compiti educativi. Poiché il progetto pilota sarà oggetto di valutazione, queste persone devono inoltre impegnarsi a fornire le informazioni necessarie (lett. b) e acconsentire all'impiego di questi dati per la valutazione (lett. c).

*Cpv. 3:* i detentori dell'autorità parentale devono inoltrare la richiesta di partecipazione al progetto pilota al competente ufficio AI.

#### **Art. 4**

(Inizio, durata e fine della partecipazione)

*Cpv. 1:* per i bambini che si vuol far partecipare a un intervento precoce intensivo è necessaria una comunicazione dell'ufficio AI. La partecipazione inizia al più presto al momento della comunicazione.

*Cpv. 2:* i programmi d'intervento precoce durano al massimo due anni, ragion per cui la partecipazione non può di regola essere più lunga. In casi motivati, vi è la possibilità di prorogarla di un anno, ma al massimo fino all'inizio della scuola dell'obbligo. Questo può avvenire, ad esempio, quando un bambino è stato malato per molto tempo e ha dovuto interrompere la terapia. Tale proroga può essere concessa anche nei casi in cui permetterebbe di accompagnare il passaggio alla scuola dell'obbligo. Per «inizio della scuola dell'obbligo» s'intendono i due anni della scuola dell'infanzia e i primi due anni di quella elementare. L'accompagnamento e la promozione del bambino nella scuola dell'infanzia e in quella elementare (eventualmente anche da parte del fornitore di prestazioni) sono di competenza dei Cantoni. La possibilità di proroga in virtù di questo capoverso può dunque includere solo la sensibilizzazione e l'instaurazione di contatti con la scuola dell'infanzia o quella elementare in un primo momento e l'accompagnamento del bambino da parte di una persona di riferimento conosciuta per il momento dell'inizio della scuola, che per esperienza è un passaggio particolarmente difficile per i bambini autistici.

*Cpv. 3:* poiché il progetto pilota si concluderà alla fine del 2022, anche la partecipazione a esso terminerà al più tardi in quel momento. Se un bambino inizierà il trattamento nell'agosto del 2022, il finanziamento dell'AI proseguirà solo fino alla fine dello stesso anno. Conformemente all'articolo 11 capoverso 2, in questo caso verrà versata solo la prima rata, vale a dire 22 500 franchi per i trattamenti d'intervento precoce intensivo stazionari di breve durata (cfr. art. 11 cpv. 2 lett. a) o 11 250 franchi per i trattamenti d'intervento precoce intensivo ambulatoriali di lunga durata (cfr. art. 11 cpv. 2 lett. b). Successivamente il bambino potrà continuare

a seguire il trattamento, ma questo non sarà più finanziato nel quadro del progetto pilota (cfr. al riguardo il commento all'art. 9 cpv. 2).

*Cpv. 4:* la partecipazione potrà però concludersi anche prima, se i detentori dell'autorità parentale o le altre persone incaricate della custodia dei bambini violeranno gli obblighi di cui all'articolo 3 capoverso 2 lettere a–c, in particolare non sostenendo i terapisti o rifiutandosi di compilare i moduli necessari o di fornire le informazioni richieste. In questi casi l'ufficio AI revocherà il diritto alla partecipazione mediante decisione.

Nei casi in cui la terapia viene interrotta per problemi di salute del bambino o se i detentori dell'autorità parentale o le altre persone incaricate della custodia non sono in grado di svolgere trattamenti, non sussisterà alcuna violazione dell'obbligo di collaborazione.

*Cpv. 5:* la partecipazione dei bambini al progetto pilota potrà essere interrotta in qualsiasi momento, alla fine di un mese. I detentori dell'autorità parentale dovranno informarne per iscritto i fornitori di prestazioni e l'ufficio AI.

## **Art. 5**

(Richiesta di partecipazione)

*Cpv. 1:* i detentori dell'autorità parentale dovranno annunciare i bambini che vogliono far partecipare al progetto pilota inoltrando il modulo di richiesta ufficiale al competente ufficio AI. Per principio, l'ufficio AI competente sarà quello del Cantone di domicilio dell'assicurato al momento della richiesta (cfr. art. 55 LAI).

*Cpv. 2:* la proroga potrà essere concessa solo se richiesta per iscritto da un medico specialista e sufficientemente motivata. L'ufficio AI dovrà verificare se la motivazione fornita giustifichi o meno il provvedimento. Se le condizioni saranno manifestamente adempiute e la richiesta dell'assicurato potrà essere pienamente accolta, la proroga può essere concessa senza la notificazione di un preavviso o di una decisione.

## **Art. 6**

(Concessione dell'intervento precoce intensivo senza decisione)

*Cpv. 1 e 2:* analogamente a quanto previsto per i provvedimenti sanitari nell'articolo 74<sup>ter</sup> lettera a dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI), un intervento precoce intensivo potrà essere accordato mediante procedura semplificata, senza preavviso. In virtù dell'articolo 51 capoverso 2 della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), l'interessato potrà esigere che sia emanata una decisione.

Se l'ufficio AI rifiuterà, del tutto o in parte, di accordare l'intervento precoce intensivo, sarà tenuto a emanare una decisione, Gli uffici AI saranno tenuti a utilizzare gli appositi modelli tratti dal catalogo dei testi e dei moduli dell'AI.

## **Art. 7**

(Condizioni per la partecipazione dei fornitori di prestazioni)

*Cpv. 1:* per poter partecipare al progetto pilota, i fornitori di prestazioni dovranno concludere una convenzione con l'UFAS, che disciplinerà in particolare i dettagli della collaborazione tra le due parti e lo scopo del progetto pilota.

*Cpv. 2:* se un fornitore di prestazioni intende collaborare al progetto pilota, dovrà inoltrare una richiesta scritta all'UFAS. Quest'ultimo stabilirà i documenti da allegare alla richiesta per la convenzione con il fornitore di prestazioni. Saranno necessarie in particolare le indicazioni seguenti:

- dati di contatto dei responsabili;
- struttura organizzativa;
- budget d'esercizio;
- tipo, numero e qualifiche dei terapisti;
- descrizione dettagliata dei metodi d'intervento precoce intensivo, con riferimento alle pertinenti prove scientifiche;
- piano concettuale relativo alla garanzia della qualità.

I fornitori di prestazioni richiedenti dovranno mettere a disposizione dell'UFAS tutti i documenti necessari e contribuire a chiarire eventuali ambiguità.

L'UFAS deciderà se un fornitore di prestazioni possa essere riconosciuto o meno, sulla base della documentazione inoltrata e dei criteri elencati ai capoversi 3 e 4. Se verrà riconosciuto, l'UFAS concluderà una convenzione con il fornitore in questione. I sei centri per l'autismo che hanno già partecipato al progetto tra il 2014 e il 2018 non necessiteranno di un nuovo riconoscimento. Qualora però non adempiano tutte le condizioni poste nell'ordinanza, dovranno impegnarsi a rimediare in tempi utili (stabiliti nella convenzione).

*Cpv. 3:* questo capoverso stabilisce le caratteristiche necessarie per il riconoscimento del metodo d'intervento precoce intensivo offerto.

In primo luogo, deve trattarsi di un metodo scientificamente riconosciuto (lett. a).

Esso deve inoltre prevedere un approccio di terapia comportamentale oppure orientato allo sviluppo o una combinazione di questi due approcci, che risultano essere quelli maggiormente comprovati nella letteratura scientifica e dunque al momento riconosciuti dagli specialisti come standard di trattamento (lett. b).

L'intervento precoce deve poi essere globale: contrariamente ai programmi mirati, che si concentrano solo su un singolo aspetto (p. es. la comunicazione), esso deve sia sostenere le componenti ludiche e comportamentali che promuovere le competenze sociali e comunicative, prestando attenzione allo stesso tempo alla comunicazione sociale, al linguaggio, all'attività ludica e al comportamento (lett. c).

Trattandosi di metodi d'intervento precoce intensivo, l'intensità è un aspetto particolarmente rilevante: secondo i risultati dell'analisi della letteratura scientifica internazionale (cfr. rapporto di ricerca n. 9/18), il trattamento deve avere un'intensità minima di 18–25 ore alla settimana. Per il progetto pilota (anche in considerazione delle convenzioni già concluse), l'intensità minima è fissata a 20 ore alla settimana, ma potrà essere inferiore in caso di proroga (lett. d).

Vanno inoltre coinvolti anche i detentori dell'autorità parentale (lett. e).

Un altro punto importante è l'interdisciplinarietà (lett. f): un'équipe composta da rappresentanti di vari gruppi professionali apporta prospettive diverse, il che si riflette in un'impostazione del programma più flessibile e in un maggiore orientamento alle istituzioni che subentreranno. Con una collaborazione interdisciplinare (vale a dire più gruppi professionali che lavorano con il medesimo obiettivo e nella stessa direzione), non solo si sommano gli sforzi, ma si

moltiplicano anche i relativi effetti, che risultano molto migliori rispetto al caso in cui più terapisti intervengono parallelamente, ma senza necessariamente coordinarsi sugli obiettivi. È quanto emerge anche dal rapporto finale della valutazione esterna dell'efficacia dell'intervento precoce nel caso dell'autismo infantile (rapporto di ricerca n. 9/18, pag. 81). Infine, va considerato che durante la partecipazione al progetto pilota i partecipanti non avranno diritto ad altri provvedimenti sanitari dell'AI (cfr. art. 3 cpv. 2 lett. a in combinato disposto con l'art. 4 cpv. 4).

*Cpv. 4:* questo capoverso disciplina le condizioni strutturali indispensabili per il riconoscimento.

L'AI riconoscerà solo i fornitori di prestazioni aggregati a un'istituzione di diritto pubblico, poiché questo offre una certa garanzia circa l'esistenza a lungo termine dell'ente in questione. Questa disposizione esclude le persone fisiche. Visto il notevole onere dell'intervento precoce intensivo derivante dall'intensità e dalla durata del medesimo, infatti, una persona fisica non può garantirne lo svolgimento, ragion per cui non può essere riconosciuta quale fornitore di prestazioni (lett. a).

Affinché l'AI possa rimborsare l'importo forfettario previsto, il fornitore di prestazioni dovrà essere diretto da un medico specialista oppure i provvedimenti sanitari dovranno essere svolti sotto la responsabilità di un medico specialista (lett. b).

Il fornitore di prestazioni dovrà garantire la propria esistenza comprovando un finanziamento sufficiente per tutta la durata del progetto pilota (lett. c). È infatti controproducente far iniziare un trattamento a un bambino e poi doverlo interrompere dopo qualche mese a causa della mancanza di finanziamento del fornitore di prestazioni.

Quest'ultimo dovrà inoltre disporre di un sistema di gestione della qualità che definisca chiaramente, tra l'altro, la formazione, il perfezionamento e la supervisione dei terapisti nonché lo svolgimento del trattamento e in particolare la procedura da seguire nel caso in cui non si registrino progressi. Il sistema di gestione della qualità dovrebbe includere anche l'infrastruttura, poiché i bambini autistici sono molto sensibili agli stimoli esterni (lett. d).

Poiché i metodi d'intervento precoce intensivo constano di componenti sia mediche che pedagogico-terapeutiche, è indispensabile che i fornitori di prestazioni impieghino anche personale sanitario. Per questo è fissata una quota minima per il personale sanitario e, data l'importanza dell'interdisciplinarietà, anche per quello pedagogico-terapeutico (lett. e).

I trattamenti d'intervento precoce intensivo sono impegnativi. Per questo motivo, pur ammettendo l'impiego di terapisti in formazione, è necessario stabilire chiaramente un rapporto numerico tra il personale qualificato e quello in formazione. Sia nel primo che nel secondo caso dovrà imperativamente trattarsi di personale sanitario (medici specialisti, ergoterapisti, fisioterapisti e psicoterapisti) o di personale pedagogico-terapeutico (logopedisti, pedagogisti curativi in ambito scolastico e clinico, educatori per la prima infanzia ed esperti in psicomotricità) (lett. f).

*Cpv. 5:* i detentori dell'autorità parentale o le altre persone incaricate della custodia dei bambini potranno svolgere una parte della terapia. Queste ore potranno essere considerate per il calcolo dell'intensità della terapia, ma per un massimo di due ore al giorno. Questo limite è necessario, in primo luogo perché l'onere non deve essere scaricato sui detentori dell'autorità parentale o sulle altre persone incaricate della custodia dei bambini, e in secondo luogo perché il lavoro effettivamente svolto da queste persone è difficile da quantificare e da controllare.

## **Art. 8**

(Convenzione tra i fornitori di prestazioni e l'UFAS)



*Cpv. 1:* i fornitori di prestazioni riconosciuti concluderanno una convenzione con l'UFAS. Questa disciplinerà gli ulteriori dettagli che non è stato possibile definire nell'ordinanza. Stabilirà in particolare anche l'obbligo di collaborazione allo sviluppo di un modello di programma, di un modello di finanziamento e di un modello di risultato. I fornitori di prestazioni che prima dell'entrata in vigore dell'ordinanza hanno già concluso una convenzione con l'UFAS ne dovranno stipulare una nuova, che stabilirà entro quando i fornitori di prestazioni dovranno adempiere gli eventuali nuovi obblighi derivanti dall'ordinanza.

*Cpv. 2:* lo scopo del progetto pilota è di elaborare un modello di programma, un modello di finanziamento e un modello di risultato. A tal fine, la collaborazione dei fornitori di prestazioni è indispensabile. A questo riguardo, essi avranno inoltre un obbligo d'informazione nei confronti dell'UFAS, ad esempio in merito allo stato di avanzamento dello sviluppo dei modelli, come pure nei confronti degli uffici AI, ad esempio circa l'inizio della terapia, l'eventuale interruzione e la fine del trattamento di un bambino. I fornitori di prestazioni saranno inoltre tenuti a rispondere sempre in maniera esaustiva alle domande rilevanti per l'esito del progetto pilota.

## **Art. 9**

(Fine della partecipazione)

*Cpv. 1:* poiché il progetto pilota si concluderà alla fine del 2022, anche la partecipazione a esso terminerà al più tardi in quel momento (cfr. anche art. 4 cpv. 3).

*Cpv. 2:* la partecipazione potrà però concludersi anche prima, se le condizioni di cui all'articolo 7 capoversi 3 e 4 non saranno più adempiute o se un fornitore di prestazioni avrà violato la convenzione con l'UFAS. In tal caso, in deroga ai capoversi 3 e 4, il diritto alla partecipazione si estinguerà dopo tre mesi. Per quanto riguarda l'assicurato, la disdetta della convenzione comporterà il mantenimento del diritto al trattamento solo per i sei mesi del preavviso, dopodiché il fornitore di prestazioni potrà ad esempio interrompere il trattamento, adeguarne l'intensità o esigere una (maggiore) partecipazione ai costi da parte dei detentori dell'autorità parentale. In caso di prosecuzione della terapia, l'AI rimborserà al massimo le spese dei provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 in combinato disposto con l'articolo 14 LAI (eseguiti da personale sanitario) conformemente alle basi legali vigenti. Lo stesso vale se la partecipazione cesserà per i motivi di cui al capoverso 3 o 4.

*Cpv. 3:* un fornitore di prestazioni potrà interrompere la partecipazione al progetto pilota con un preavviso di sei mesi, comunicandolo per iscritto all'UFAS con la relativa motivazione.

*Cpv. 4:* l'UFAS potrà disdire in qualsiasi momento la convenzione con un fornitore di prestazioni, con un preavviso di sei mesi, oppure interrompere l'intero progetto pilota prima della sua conclusione. Se nel corso del progetto dovesse apparire che lo sviluppo dei tre modelli di cui all'articolo 2 è irrealistico, l'UFAS si riserva di interrompere il progetto pilota prima della sua conclusione, disdicendo tutte le convenzioni con un preavviso di sei mesi.

## **Art. 10**

(Condizioni per i fornitori di prestazioni)

I fornitori di prestazioni riconosciuti che hanno concluso una convenzione secondo l'articolo 8 avranno diritto al rimborso delle loro prestazioni. L'AI verserà un importo forfettario per singolo caso, conformemente all'articolo 11, per l'intera durata dell'intervento precoce intensivo.

## **Art. 11**

(Importo forfetario per singolo caso)

*Cpv. 1:* l'AI verserà un importo forfetario per singolo caso di 45 000 franchi per l'intera durata dell'intervento precoce intensivo. Questo importo, determinato sulla base dei costi medi dei sei centri per l'autismo che hanno partecipato al progetto pilota dal 2014 al 2018, copre in media le spese sostenute da questi centri per i provvedimenti sanitari (lett. a). Esso ammonta a circa un terzo dei costi complessivi di un trattamento.

Il coinvolgimento dei detentori dell'autorità parentale o delle altre persone incaricate della custodia del bambino è un elemento fondamentale dell'intervento precoce intensivo, nel cui ambito devono essere forniti a queste persone gli strumenti necessari per impostare meglio e in modo più mirato la loro interazione con il bambino. A tal fine esse hanno bisogno di consulenza e istruzioni adeguate. Queste prestazioni saranno incluse nell'importo forfetario (lett. b), insieme alle prestazioni terapeutiche destinate direttamente al bambino.

*Cpv. 2:* l'importo forfetario sarà versato a rate, ai momenti stabiliti in questo capoverso. Considerata l'eterogeneità dell'organizzazione dei fornitori di prestazioni, la regolamentazione prevede due varianti.

La prima (lett. a) concerne i fornitori che offrono trattamenti stazionari particolarmente intensivi, ma per una durata relativamente breve (generalmente di alcune settimane, ma al massimo di sei mesi), e poi garantiscono un accompagnamento per i due anni successivi.

La seconda (lett. b) concerne i fornitori di prestazioni che offrono una terapia ambulatoriale per due anni con un'intensità di almeno 20 ore alla settimana.

*Cpv. 3:* questo capoverso disciplina il rimborso nei casi d'interruzione durante la terapia e di conclusione anticipata secondo l'articolo 4 capoversi 4 e 5 e l'articolo 9 capoversi 2-4. In questi casi, le quote del rimborso successive all'interruzione non saranno versate. In caso di recesso dalla terapia prima del suo inizio, non verrà effettuato alcun rimborso.

*Cpv. 4:* in caso di sospensione per motivi di salute, il fornitore di prestazioni dovrà valutare da quando non ha più senso proseguire la terapia. Sarà ammessa un'eventuale ripresa dell'intervento precoce intensivo in un secondo momento, se le condizioni di cui all'articolo 3 continueranno ad essere adempiute. Si potrà derogare all'articolo 3 capoverso 1 lettera b. Anche nei casi di sospensione si applicherà quanto previsto per i casi d'interruzione, ovvero le quote del rimborso successive alla sospensione non saranno versate. Per contro, con la ripresa del trattamento riprenderà anche il versamento. È tuttavia escluso un nuovo versamento dell'intero importo forfetario.

## **Art. 12**

(Rimborso in caso di proroga della partecipazione)

In virtù dell'articolo 4 capoverso 2, in casi motivati la terapia potrà essere prorogata di al massimo un anno. L'articolo 6 capoverso 3 lettera d precisa che in caso di proroga l'intensità potrà essere inferiore rispetto ai primi due anni. Il finanziamento della proroga sarà supplementare rispetto al rimborso forfetario. Considerato che l'intensità del trattamento dovrebbe diminuire e al fine di incentivare prolungamenti inutili, la proroga verrà rimborsata con un importo forfetario più basso.

### **Art. 13**

(Prestazioni escluse dal rimborso)

Come già menzionato più volte, i detentori dell'autorità parentale o le altre persone incaricate della custodia dei bambini giocano un ruolo determinante. A seconda del metodo e/o della fase della terapia, possono farsi carico di una parte di essa, ma non possono essere remunerati per queste ore, poiché ciò rientra nei loro compiti educativi. Analogamente, queste ore non possono nemmeno rientrare nel campo d'applicazione della disposizione sul supplemento per cure intensive (art. 42<sup>ter</sup> cpv. 3 LAI): essendo classificate come parte integrante dei compiti educativi, sono considerate (se proprio) come dedicate a misure pedagogico-terapeutiche, che secondo l'articolo 39 capoverso 2 OAI non sono computabili.

### **Art. 14**

(Prestazioni accessorie)

Questo articolo disciplina le prestazioni che i detentori dell'autorità parentale o le altre persone incaricate della custodia dei bambini oppure i fornitori di prestazioni potranno fatturare oltre all'importo forfettario.

*Cpv. 1:* in virtù dell'articolo 51 capoverso 1 LAI, gli assicurati avranno diritto al rimborso delle spese di viaggio cagionate dall'esecuzione dei provvedimenti d'integrazione. In questo contesto, l'intervento precoce intensivo è equiparato a un provvedimento sanitario. In deroga all'articolo 90 capoverso 1 OAI, in questo caso non vengono rimborsate solo le spese di viaggio per recarsi presso l'agente esecutore qualificato *più vicino*, bensì quelle per recarsi dal proprio domicilio al fornitore di prestazioni *scelto*. I capoversi 2–5 del medesimo articolo sono invece applicabili. Le spese per vitto e alloggio fuori casa possono essere rimborsate conformemente alle disposizioni dell'articolo 90 capoverso 4 OAI.

Se però il fornitore di prestazioni mette a disposizione un servizio di trasporto collettivo (p. es. un bus dell'istituzione o un taxi), non vengono rimborsate spese di viaggio. Se nel quadro della corrente revisione della LAI il Parlamento dovesse decidere una modifica del rimborso delle spese di viaggio per l'esecuzione dei provvedimenti sanitari, questa varrà anche per l'intervento precoce intensivo.

*Cpv. 2:* oltre all'importo forfettario, possono essere rimborsate anche le spese per la redazione dei rapporti richiesti dall'UFAS o dagli uffici AI. È tuttavia escluso il rimborso in caso di protocolli terapeutici che fanno parte integrante della terapia. Il rimborso viene effettuato in base alla struttura tariffaria TARMED nel caso delle prestazioni mediche, e in base ai prezzi fissati nelle pertinenti convenzioni tariffali nel caso delle prestazioni fornite da altri terapisti. Parimenti possono essere rimborsate anche le spese per il rilevamento di ulteriori dati per il modello di risultato.

### **Art. 15**

(Disposizioni transitorie)

*Cpv. 1:* i bambini che all'entrata in vigore dell'ordinanza concernente il progetto pilota sono già in cura presso uno dei sei centri per l'autismo con cui l'UFAS ha concluso una convenzione potranno proseguire la terapia nel quadro del progetto pilota. In questo modo s'intende

evitare un'interruzione dell'intervento precoce intensivo ancora in corso. D'altro canto, è chiaro che questi bambini non avranno anche diritto a un nuovo rimborso secondo l'articolo 11 capoverso 1 dell'ordinanza; con il passaggio al progetto pilota, avranno però diritto al pagamento delle rate rimanenti secondo l'articolo 11 capoverso 2. Va inoltre rilevato che questi bambini e i detentori dell'autorità parentale o le altre persone incaricate della custodia dei bambini dovranno adempiere le condizioni poste nell'ordinanza. I detentori dell'autorità parentale dovranno pertanto presentare una richiesta di prosecuzione del trattamento e acconsentire ad adempiere i nuovi obblighi derivanti dall'ordinanza. I bambini che hanno iniziato l'intervento precoce intensivo a un'età diversa da quella stabilita all'articolo 3 capoverso 1 lettera b beneficeranno di una deroga e potranno aderire comunque al progetto pilota.

*Cpv. 2:* attualmente vi sono anche fornitori di prestazioni che non hanno concluso una convenzione con l'UFAS. Per poter partecipare al progetto pilota, essi dovranno presentargli una domanda scritta. Se dopo il suo esame l'UFAS deciderà di accogliere la domanda d'ammissione, anche i bambini che hanno già iniziato la terapia presso i fornitori di prestazioni in questione potranno aderire al progetto pilota, se adempiono gli obblighi e le condizioni previsti nell'ordinanza e se i detentori dell'autorità parentale hanno richiesto la prosecuzione del trattamento. L'AI parteciperà ai costi dell'intervento precoce intensivo solo dal giorno in cui la convenzione tra il fornitore di prestazioni e l'UFAS sarà stata firmata. Anche in questo caso, il rimborso sarà effettuato conformemente alle disposizioni dell'articolo 11 capoverso 2. Questo significa che, se un bambino è in cura dal gennaio del 2018 e il fornitore di prestazioni viene riconosciuto il 1° marzo 2019, potrà essere rimborsata solo la quarta rata, ovvero quella successiva alla conclusione della terapia.

## **Art. 16**

(Entrata in vigore e durata di validità)

La validità delle convenzioni in essere tra l'UFAS e i centri per l'autismo scadrà il 31 dicembre 2018. Affinché gli assicurati possano passare senza interruzioni a una nuova copertura finanziaria, l'ordinanza dovrà dunque entrare in vigore il 1° gennaio 2019. Essa avrà effetto fino al 31 dicembre 2022.