



Commento

alla modifica del 20 ottobre 2022
dell'ordinanza dell'UFAS

concernente il progetto pilota «Intervento
precoce intensivo per i bambini affetti da
autismo infantile»



Introduzione

Il progetto pilota «Intervento precoce intensivo per i bambini affetti da autismo infantile» è stato avviato nel 2019 con lo scopo di sviluppare un modello di programma per l'intervento precoce intensivo (IPI), un modello di risultato per la prova dell'efficacia a lungo termine e un modello di finanziamento per il finanziamento dei costi dell'IPI.

Le misure di IPI non possono essere classificate inequivocabilmente né come provvedimenti sanitari né come provvedimenti pedagogico-terapeutici. Poiché questa distinzione risulta molto difficile e praticamente inattuabile, occorreva determinare un modello che disciplinasse la ripartizione del finanziamento a lungo termine delle misure in questione tra i vari enti responsabili.

Per poter avviare il progetto pilota era necessario derogare a diverse disposizioni giuridiche applicabili nel settore dell'assicurazione invalidità (AI). L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) si è pertanto avvalso della facoltà prevista all'articolo 98 capoverso 1 lettera a dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI; RS 831.201), disciplinando l'attuazione del progetto pilota nell'ordinanza dell'UFAS del 17 ottobre 2018 concernente il progetto pilota «Intervento precoce intensivo per i bambini affetti da autismo infantile». Il progetto pilota aveva inizialmente una durata limitata a quattro anni, ovvero dal 1° gennaio 2019 al 31 dicembre 2022. Dall'entrata in vigore dell'ordinanza, il 1° gennaio 2019, sono stati istituiti diversi gruppi di lavoro, che hanno elaborato i modelli in questione.

Il *modello di programma* ha definito gli «standard» per l'IPI, ovvero i requisiti di armonizzazione dell'IPI. Gli standard devono far fronte in particolare alla sfida seguente: l'IPI deve poter essere svolto in diverse forme organizzative e attuative su tutto il territorio nazionale, in Cantoni grandi e piccoli, rurali, urbani e misti, popolosi o meno, indipendentemente dalla loro capacità finanziaria ecc. Nonostante questa eterogeneità, l'integrità del programma di IPI va garantita. Occorre dunque che il quadro in cui realizzare l'armonizzazione tenga conto dei vari sviluppi già avviati nei Cantoni e, al contempo, soddisfi i bisogni di controllo in materia. Di conseguenza, sono stati definiti otto standard di carattere molto generale. L'unica condizione posta negli standard per quanto concerne le prestazioni consiste nell'intensità minima di 15 ore alla settimana di lavoro diretto con il bambino. Questa condizione viene ripresa nell'articolo 7 capoverso 3 della modifica di ordinanza in oggetto (cfr. sotto). Per contro, gli altri standard andranno precisati e attuati nel periodo di proroga del progetto pilota.

Per quanto concerne il *modello di risultato*, si è dovuto prendere atto della mancanza di un modello per la misurazione dell'efficacia dell'IPI riconosciuto a livello internazionale. In alternativa, si ricorre a una moltitudine di indicatori e valutazioni in funzione della situazione. Ad oggi non è ancora stato possibile definire indicatori di risultato chiari e uniformi. Ciononostante è importante portare avanti i lavori sulla misurazione dell'efficacia (p. es. l'introduzione di un registro longitudinale¹), il che potrebbe essere fatto nel periodo di proroga del progetto pilota, in collaborazione con i Cantoni e i centri per l'autismo.

Anche per quanto concerne il *modello di finanziamento* occorre proseguire le discussioni con i Cantoni, per giungere a un accordo sulle modalità di finanziamento concrete e la partecipazione finanziaria delle singole parti.

La decisione sull'eventuale inserimento del progetto pilota nella legislazione ordinaria e sulle relative modalità non potrà essere presa entro la fine di dicembre del 2022. Un progetto pilota che ha dato buoni risultati può essere prorogato in virtù dell'articolo 68^{quater} capoverso 2 della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI; RS 831.20). Sebbene i modelli summenzionati (modelli di programma, di risultato e di finanziamento) siano stati elaborati entro il termine della fine del 2022, occorre concretizzarli e preparare l'eventuale inserimento del finanziamento dell'IPI nella legislazione ordinaria. In particolare il modello di finanziamento sviluppato nel frattempo ha reso necessario un adeguamento della LAI che non era stato previsto all'avvio del progetto pilota. Con

¹ Cfr. Gruppo di lavoro IPI, *Progetto IPI, fase 1: Rapporto del gruppo di lavoro sugli obiettivi di risultato e sui processi standard*, Berna 2019, pagg. 9–10.

la proroga di quest'ultimo si intende consentire lo sviluppo e la concretizzazione dei vari modelli in vista di una possibile attuazione dopo la scadenza della fase pilota (prolungata). Sarà così possibile concretizzare gli standard dell'IPI e la partecipazione finanziaria dell'AI prima che il programma di IPI venga definitivamente sancito nella legislazione ordinaria. Per questo motivo l'UFAS ha deciso di prorogare il progetto pilota, con alcuni piccoli adeguamenti resi necessari dalle conoscenze acquisite nel frattempo, di al massimo quattro anni, fino alla fine di dicembre del 2026.

La proroga del progetto pilota genererà spese supplementari modeste. Attualmente l'AI paga circa 45 000 franchi per bambino per la fase di trattamento intensivo della durata complessiva di due anni. Nel 2021 nei centri per l'autismo sono stati seguiti 154 bambini, il che ha generato spese per l'AI pari a circa 2,4 milioni di franchi. Il numero di partecipanti al progetto pilota non è limitato. In base alle esperienze maturate finora, l'UFAS presume che la capacità annua aumenterà in media di al massimo 10 posti di terapia, il che cagionerebbe spese supplementari medie per circa 3 milioni di franchi all'anno per la durata di quattro anni (fino al 2026) della proroga del progetto pilota. Da queste spese supplementari di circa 12 milioni di franchi andrebbero tuttavia dedotte le spese che sarebbero generate se i bambini dovessero beneficiare di provvedimenti sanitari, stimate a 3,7 milioni di franchi per la durata del progetto pilota. La proroga del progetto pilota cagionerebbe dunque spese supplementari per circa 8,3 milioni di franchi.

Di seguito sono commentati i singoli articoli dell'ordinanza oggetto di modifiche.

Art. 2 (Scopo del progetto pilota)

Art. 2, fase introduttiva

Con il progetto pilota avviato il 1° gennaio 2019 ci si prefiggeva di sviluppare un modello di programma per l'IPI, un modello di risultato per la prova dell'efficacia a lungo termine e un modello di finanziamento per il finanziamento dei costi dell'IPI. Con la proroga del progetto pilota si intende concretizzare ulteriormente i modelli sviluppati, a partire dal 1° gennaio 2023.

Art. 3 (Condizioni per la partecipazione dei bambini affetti da autismo infantile)

Art. 3 cpv. 1 lett. a

Il 1° gennaio 2022 è entrata in vigore l'ordinanza del DFI sulle infermità congenite (OIC-DFI, RS 831.232.211). Il numero 405 del relativo allegato prevede che la diagnosi di un disturbo dello spettro dell'autismo debba essere confermata da un medico specialista in medicina dell'infanzia e dell'adolescenza con specializzazione in neuropediatria o in pediatria dello sviluppo. Nella prossima revisione dell'OIC-DFI saranno aggiunti in questo numero anche i medici specialisti in psichiatria e psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza, erroneamente tralasciati nella versione vigente. Nella presente lettera viene già inserita la formulazione completa.

Art. 5 (Richiesta di partecipazione)

Art. 5 cpv. 2

Anche questo capoverso viene adeguato esclusivamente per ragioni di armonizzazione con l'OIC-DFI (cfr. commento all'art. 3 cpv. 1 lett. a).

Art. 7 (Condizioni per la partecipazione dei fornitori di prestazioni)

Art. 7 cpv. 3 lett. d e d^{bis}

Al momento dello sviluppo del modello di programma sono stati definiti otto standard, vincolanti per tutti i programmi di IPI. Uno di questi standard stabilisce l'intensità del trattamento: «L'IPI viene svolto con un volume di almeno 15 ore alla settimana di lavoro diretto con il bambino». All'articolo 7 capoverso 3 lettera d, l'intensità minima di 20 ore alla settimana, prevista fino alla fine del 2022, viene pertanto abbassata di 5 ore. In questo modo è inoltre possibile tenere conto dei singoli casi, dato che le 15 ore alla settimana rappresentano un'intensità media, che può essere ridotta all'inizio della terapia (nella fase introduttiva) o verso la fine della medesima (quando l'assistenza si riduce progressivamente in vista dell'uscita dal centro per l'autismo). Anche l'indicazione relativa alla durata dell'intervento, introdotta con la nuova lettera d^{bis}, va intesa in tal senso. Di regola, l'IPI dura due anni (cfr. anche art. 4 cpv. 2 dell'ordinanza), ragion per cui il metodo offerto deve prevedere per principio una durata della terapia di due anni. Tuttavia, se un bambino raggiunge gli obiettivi prefissati prima del previsto, l'intervento non va proseguito inutilmente. Inoltre, se un centro offre un metodo d'intensità nettamente più elevata, si può prendere in considerazione un durata della terapia più breve. Per principio vanno previste tra 1200 e 1600 ore di terapia per bambino.

Art. 7 cpv. 4 lett. b

Questa lettera viene adeguata esclusivamente per ragioni di armonizzazione con l'OIC-DFI (cfr. commento all'art. 3 cpv. 1 lett. a).

Art. 7 cpv. 4 lett. e

Gli standard del modello di programma non definiscono la quota di personale medico o di personale pedagogico-terapeutico dell'organico, ma stabiliscono soltanto che l'IPI deve essere coordinato a livello interdisciplinare e svolto da un'équipe multidisciplinare. In ogni caso è necessario che vi sia una componente medica, altrimenti l'AI non può finanziare la prestazione. Dalle esperienze maturate negli ultimi quattro anni è emerso che, a seconda del modello d'intervento scelto, la quota del 30 per cento di personale medico può risultare troppo elevata e che questa condizione non è utile per la qualità dell'IPI. I risultati del modello di finanziamento mostrano che è più opportuno applicare il valore mediano, ovvero il 20 per cento.

Art. 7 cpv. 5

Il modello di finanziamento sviluppato nel quadro del progetto pilota prevede che in futuro i Cantoni siano responsabili per il riconoscimento dei centri per l'autismo sul loro territorio e che l'UFAS concluda accordi di programma con i Cantoni. È possibile che i Cantoni inizino a riconoscere centri per l'autismo già durante il periodo di proroga del progetto pilota. Questi centri saranno riconosciuti anche dall'UFAS, se adempiono le condizioni di cui ai capoversi 3 e 4. I centri continueranno evidentemente a essere tenuti a concludere una convenzione con l'UFAS (cfr. art. 8 dell'ordinanza).

Art. 7 cpv. 6

I detentori dell'autorità parentale o le altre persone incaricate della custodia dei bambini possono svolgere una parte della terapia. In futuro il tempo che vi dedicano non sarà però computato nel calcolo dell'intensità della terapia. Considerata la riduzione dell'intensità minima della terapia da 20 a 15 ore (cfr. commento al cpv. 3 lett. d), occorre garantire che le ore di terapia rimanenti vengano fornite da personale specializzato appositamente formato a tal fine. Per questo motivo, le ore di terapia fornite dai detentori dell'autorità parentale o dalle altre persone incaricate della custodia dei bambini, attualmente computate fino a un massimo di due ore al giorno, non saranno più prese in considerazione nelle 15 ore. Ovviamente il computo di tali ore resterà possibile, se fornite sotto la sorveglianza diretta di uno specialista.

Art. 9 (Fine della partecipazione)

Art. 9 cpv. 4

L'UFAS può disdire la convenzione con un fornitore di prestazioni in qualsiasi momento, con un preavviso di sei mesi, oppure interrompere l'intero progetto pilota prima del previsto, se lo sviluppo e la concretizzazione dei modelli di cui all'articolo 2 non risultano adeguati.

Art. 15 (Disposizioni transitorie)

Art. 15 cpv. 1

Questo capoverso viene abrogato, dato che la proroga del progetto pilota rende irrealizzabile la situazione ivi descritta.

Art. 15 cpv. 2

Anche questo capoverso viene abrogato, dato che la proroga del progetto pilota rende irrealizzabile la situazione ivi descritta.

Art. 15a (Disposizioni transitorie della modifica del 20 ottobre 2022)

Art. 15a cpv. 1

Nel caso dei centri per l'autismo che hanno già concluso una convenzione con l'UFAS secondo le modalità previste nell'ordinanza vigente dal 2019 al 2022, non sarà possibile prorogare semplicemente la convenzione esistente, in quanto essa non si fonderebbe su una base giuridica in vigore. I centri per l'autismo dovranno dunque concludere una nuova convenzione con l'UFAS e adempiere per principio le condizioni poste nella modifica di ordinanza in oggetto. Si potrà tuttavia concedere loro un periodo transitorio per l'attuazione. Eventuali disposizioni derogatorie e i termini entro i quali andranno adempiute le condizioni poste saranno stabiliti caso per caso nelle singole convenzioni.

Art. 15a cpv. 2

I bambini che prima dell'entrata in vigore della modifica in oggetto erano in cura presso uno dei nove centri per l'autismo con cui l'UFAS ha concluso una convenzione secondo le modalità previste nell'ordinanza vigente dal 2019 al 2022 potranno continuare la terapia se il centro conclude con l'UFAS una nuova convenzione. I detentori dell'autorità parentale non dovranno richiedere la prosecuzione del trattamento, poiché la modifica di ordinanza non incide sui loro obblighi. Va tuttavia precisato che la prosecuzione del trattamento non comporta il diritto a un nuovo importo forfettario. L'importo forfettario per singolo caso continuerà a essere versato soltanto proporzionalmente per la durata residua del trattamento.

Art. 15a cpv. 3

I bambini che all'entrata in vigore della modifica in oggetto sono in cura presso un centro per l'autismo che non ha ancora concluso una convenzione con l'UFAS potranno partecipare al progetto pilota se il centro viene riconosciuto dall'UFAS e conclude una convenzione con esso. A tal fine i fornitori di prestazioni dovranno presentare una richiesta scritta all'Ufficio. Se dopo il suo esame l'UFAS deciderà di accogliere la domanda di 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'IPI soltanto 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. L'importo forfettario per singolo caso sarà dunque versato proporzionalmente per la durata residua del trattamento.

Art. 16 (Entrata in vigore e durata di validità)

La durata di validità del progetto pilota terminerà il 31 dicembre 2022. Affinché gli assicurati possano passare senza interruzioni a una nuova copertura finanziaria, l'ordinanza in oggetto dovrà dunque entrare in vigore il 1° gennaio 2023. Essa sarà applicabile al più tardi fino al 31 dicembre 2026 (cfr. art. 68^{quater} cpv. 2 LAI).