Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS)

Intervento precoce intensivo per i bambini affetti da autismo infantile: sviluppo di modelli di finanziamento

Progetto IPI, fase 3

Rapporto finale

Committente	Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Mandatario	bpc bolz+partner consulting ag
Autori	David Wüest-Rudin, bpc bolz+partner consulting ag Tobias Beljean, bpc bolz+partner consulting ag Monika Nuss, bpc bolz+partner consulting ag I contenuti e le conclusioni del presente rapporto sono di esclusiva responsabilità dei suoi autori.
Data	24 marzo 2022
Versione	1.0 (rapporto finale in seguito a discussione con il gruppo di accompagnamento)
Fonti delle immagini	
Contatto	bolz+partner bpc bolz+partner consulting ag Gutenbergstrasse 14, 3011 Berna Lagerstrasse 33, 8004 Zurigo Tel. +41 31 381 66 86 info@bolzpartner.ch www.bolzpartner.ch

Indice

1 Riassunto 6

2 Contesto 7

2.1 Mandato e obiettivi 7

2.2 Procedura e panoramica 8

3.1 Programmi d'intervento precoce intensivo 10

3.2 Efficacia dell'intervento precoce intensivo 11

3.3 Basi giuridiche 12

3.3.1 A livello federale 12

3.3.2 A livello cantonale 13

3.3.3 Collaborazione intercantonale 14

3.4 Risultati del progetto pilota IPI 14

4 Condizioni quadro del modello di finanziamento 18

4.1 Separazione dei compiti 18

4.2 Compito congiunto 18

4.3 Standard: requisiti di armonizzazione dell'IPI 20

4.4 Obiettivi di risultato e indicatori 21

4.5 Collaborazione intercantonale 22

5 Elementi di configurazione del modello di cofinanziamento 23

5.1 A. Beneficiari del finanziamento 23

5.2 B. Calcolo del finanziamento in generale 24

5.3 C. Ambiti di competenza di Confederazione e Cantoni 26

5.4 D. Ripartizione dell'assunzione dei costi tra Confederazione e Cantoni 28

5.5 Riepilogo 29

6 Panoramica delle varianti di modello 30

6.1 Criteri di valutazione 30

6.2 Preselezione 31

6.3 Due varianti principali 31

7 Variante 1 – «Compito congiunto secondo la NPC» 33

7.1 Descrizione 33

7.2 Impostazione e attuazione 37

7.2.1 Accordo tra Confederazione e Cantoni 37

7.2.2 Tariffazione 44

7.2.3 Convenzione di prestazioni tra il Cantone e il fornitore di IPI 48

7.2.4 Controlling 49

7.3 Necessità di regolamentazione legislativa 51
7.3.1 Livello federale 51
7.3.2 Livello cantonale 52
7.3.3 Livello intercantonale 53
7.4 Valutazione 54
8 Variante 2 – «Sovrapposizione di competenze» 57
8.1 Descrizione 57
8.2 Impostazione e attuazione 58
8.3 Necessità di regolamentazione legislativa 59
8.4 Valutazione 59
9 Valutazione complessiva e raccomandazioni 61
10 Fonti 65
10.1 Atti normativi 65
10.1.1 Confederazione 65
10.1.2 Cantoni 65
10.2 Bibliografia 65
11 Allegato 68

Indice delle figure

Figura1 – Panoramica sulla procedura per l'elaborazione di modelli di finanziamento ...9
Figura 2 – IPI: offerta per Cantone (con o senza riconoscimento dell'UFAS) nel 2021 11
Figura3 – Costi determinati presso i dieci fornitori di IPI 15
Figura4 – Prestazioni fornite in ore a settimana, secondo le categorie professionali ... 16
Figura 5 – Sottovarianti della variante 1 35

Indice delle tabelle

Tabella 1 – Regressione dei costi complessivi e ore di terapia in funzione del tipo di prestazione 17
Tabella 2 – Opzioni per il calcolo del finanziamento 25
Tabella 3 – Combinazioni di ripartizione degli ambiti di competenza tra AI e Cantoni.. 28
Tabella 4 – Panoramica degli elementi di configurazione e relative opzioni d'impostazione 29
Tabella 5 – Accordo di programma: prescrizioni generali e accordo specifico 43
Tabella 6 – Valutazione della variante 1 «Compito congiunto secondo la NPC» 56
Tabella 7 – Valutazione della variante 2 «Sovrapposizione di competenze» 60

Elenco delle abbreviazioni

AFF	Amministrazione federale delle finanze
AI	Assicurazione invalidità
CdC	Conferenza dei governi cantonali
CDF	Controllo federale delle finanze
CDOS	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali
CDPE	Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione
CDS	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
CIIS	Convenzione intercantonale per le istituzioni sociali del 13 dicembre 2002
Cost.	Costituzione federale
CSPS	Fondazione Centro svizzero di pedagogia speciale
DFI	Dipartimento federale dell'interno
DFF	Dipartimento federale delle finanze
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IPI	Intervento precoce intensivo per i bambini affetti da autismo infantile
LAI	Legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità
LSu	Legge del 5 ottobre 1990 sui sussidi
NPC	Nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni
OAI	Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità
OIC-DFI	Ordinanza del DFI del 3 novembre 2021 sulle infermità congenite
O UFAS	Ordinanza dell'UFAS del 17 ottobre 2018 concernente il progetto pilota «Intervento precoce intensivo per i bambini affetti da autismo infantile»
UFAM	Ufficio federale dell'ambiente
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali

1 Riassunto

L'IPI è destinato ai bambini in età prescolastica a cui è stato diagnosticato un disturbo dello spettro autistico e combina approcci d'intervento medico-terapeutici e pedagogico-terapeutici. L'efficacia dell'IPI è ampiamente riconosciuta dal punto di vista scientifico. Tuttavia in Svizzera questi diversi tipi di prestazione non vengono finanziati da un solo ente: le prestazioni medico-terapeutiche sono di competenza dell'AI, quelle pedagogico-terapeutiche dei Cantoni.

L'obiettivo di questa fase del progetto IPI era di elaborare diversi modelli di finanziamento per un cofinanziamento della fornitura di prestazioni di IPI da parte della Confederazione (AI) e dei Cantoni che rispetti la ripartizione delle competenze vigente tra questi due livelli in base alla NPC e renda possibile e favorisca l'ulteriore sviluppo dell'IPI. In sostanza si tratta di ponderare due elementi fondamentali contrastanti: il finanziamento congiunto dell'IPI e la ripartizione delle competenze per gli elementi che lo compongono. Sulla base di un'analisi sistematica delle condizioni quadro sono stati formulati in dettaglio due possibili modelli di finanziamento.

La variante 1 prevede una ponderazione maggiore del finanziamento congiunto rispetto alla ripartizione dei compiti. L'IPI è considerato un (nuovo) compito congiunto della Confederazione e dei Cantoni: l'accento è posto sull'IPI in quanto programma e non sulle differenti discipline impiegate nella terapia. Di conseguenza, in base a questo modello l'IPI è gestito e finanziato congiuntamente da Confederazione e Cantoni attraverso lo strumento NPC dell'accordo di programma. A ciascun livello statale è attribuito un ruolo chiaro: la Confederazione gestisce sul piano strategico e fornisce il proprio contributo finanziario attraverso importi forfettari per singolo caso; i Cantoni attuano i programmi di IPI in questo quadro.

La variante 2 rimane nella logica della ripartizione secondo la NPC e in tal senso rappresenta un modello di cofinanziamento solo per il fatto che Confederazione e Cantoni garantiscono il finanziamento delle prestazioni fornite nell'ambito dell'IPI ciascuno in base al proprio ambito di competenza, senza che sussista una collaborazione istituzionalizzata dei due livelli. Questo sistema non sarebbe favorevole per l'ulteriore sviluppo dell'IPI quale programma interdisciplinare e renderebbe difficile una standardizzazione dell'offerta, auspicabile dal punto di vista della qualità.

Nella valutazione complessiva, in particolare considerando gli aspetti economici e l'interesse dell'efficacia dell'IPI quale programma interdisciplinare globale, la maggioranza del gruppo di accompagnamento e degli autori del rapporto concorda sul fatto che la variante 1 è da preferire.

2 Contesto

2.1 Mandato e obiettivi

Nel 2018 il Consiglio federale ha raccomandato di fissare l'IPI tra le priorità per quanto concerne le misure destinate alle persone affette da un disturbo dello spettro autistico. In particolare, i bambini affetti da autismo infantile devono poter accedere a partire dai due anni a un trattamento di intervento precoce intensivo. I programmi d'intervento sono caratterizzati dalla combinazione di elementi di medicina e di pedagogia (speciale), con trattamenti di psichiatria ed ergoterapia, da un lato, e di logopedia, pedagogia curativa, pedagogia speciale e psicologia, dall'altro. A livello internazionale, numerosi studi scientifici hanno confermato l'efficacia dei metodi dell'IPI e gli specialisti concordano sul fatto che al momento nessun altro trattamento consente di raggiungere risultati migliori in caso di autismo infantile. Tuttavia in Svizzera questi diversi tipi di prestazione non vengono finanziati da un solo ente: le prestazioni medico-terapeutiche sono di competenza dell'AI, quelle pedagogico-terapeutiche dei Cantoni o dei privati (in funzione del fatto che siano o meno riconosciute dal Cantone in questione).

UFAS, CDPE, CDS e CDOS stanno cercando il modo per rendere accessibile l'IPI ai bambini con autismo infantile e alle loro famiglie su tutto il territorio nazionale e garantire una solida base di finanziamento congiunto. Nel quadro delle due precedenti fasi del progetto si è proceduto alla definizione di standard internazionalmente riconosciuti e di obiettivi di risultato per l'IPI (fase 1) e alla determinazione dei costi sostenuti attualmente dai centri che propongono l'IPI (fase 2)[1]. Attualmente, l'UFAS finanzia nel quadro di un progetto pilota di durata determinata le prestazioni fornite dai centri coinvolti con un importo forfettario per ogni bambino.

Considerata l'eterogeneità delle competenze per il finanziamento dei diversi trattamenti integrati nell'IPI e delle categorie professionali coinvolte si pone la questione di come garantire a lungo termine un finanziamento misto (ossia una responsabilità congiunta) tra i Cantoni e la Confederazione (AI). Le disposizioni legali vigenti a livello federale e cantonale non sono però orientate a una chiave di ripartizione comune per il finanziamento dell'IPI.

L'impostazione del modello di finanziamento in questione potrebbe essere decisiva per determinare se e come i promettenti programmi di IPI possano affermarsi e svilupparsi ulteriormente all'interno dell'«officina federale». A tal fine è però necessario tenere conto di diverse particolarità:

[1] V. Gruppo di lavoro IPI 2019 e 2021.

- l'IPI rappresenta un nuovo compito congiunto della Confederazione e dei Cantoni, che però si compone allo stesso tempo di compiti esistenti distinti (ciascuno con una chiara ripartizione di competenze e finanziamento tra Confederazione e Cantoni).
- La combinazione di metodi (medici e pedagogici) dei vari fornitori di IPI non è uniforme, il che significa che ogni centro presenta una differente configurazione tra compiti della Confederazione e dei Cantoni.
- In futuro l'IPI si svilupperà ulteriormente, il che potrebbe comportare cambiamenti nella composizione delle prestazioni della Confederazione e dei Cantoni.
- Oltre a quella tra Confederazione e Cantoni, bisognerà garantire anche la cooperazione intercantonale.

Assieme a CDPE, CDS e CDOS, l'UFAS ha incaricato bolz+partner consulting di sviluppare, sulla base dei risultati delle fasi 1 e 2, diversi modelli per un cofinanziamento AI/Cantoni. Per ciascun modello occorreva innanzitutto verificare quali condizioni fossero già adempiute o definite e quali andavano ancora chiarite. A questo proposito dovevano essere valutati e chiariti aspetti di tipo economico, giuridico e altro. In una seconda tappa bisognava chiarire come impostare gli accordi contrattuali con i fornitori di prestazioni di IPI, l'AI e i Cantoni per permettere l'attuazione dei modelli di finanziamento.

2.2 Procedura e panoramica

I modelli di finanziamento sono stati elaborati sistematicamente e valutati in base ai principi generali dell'IPI, alle condizioni quadro e alle restrizioni nonché ai vari elementi di configurazione. Questo ha permesso di garantire la trasparenza e di discutere e soppesare in modo strutturato obiettivi e conflitti di interesse. La procedura adottata e la struttura del rapporto sono esposti nella panoramica della *Figura 1* sottostante (da leggere dal basso verso l'alto).

I lavori di bolz+partner consulting si sono svolti in stretta collaborazione con un gruppo di accompagnamento composto da rappresentanti dell'UFAS e dei Cantoni. L'elenco dei membri del gruppo di accompagnamento è disponibile in allegato (v. cap. 11).

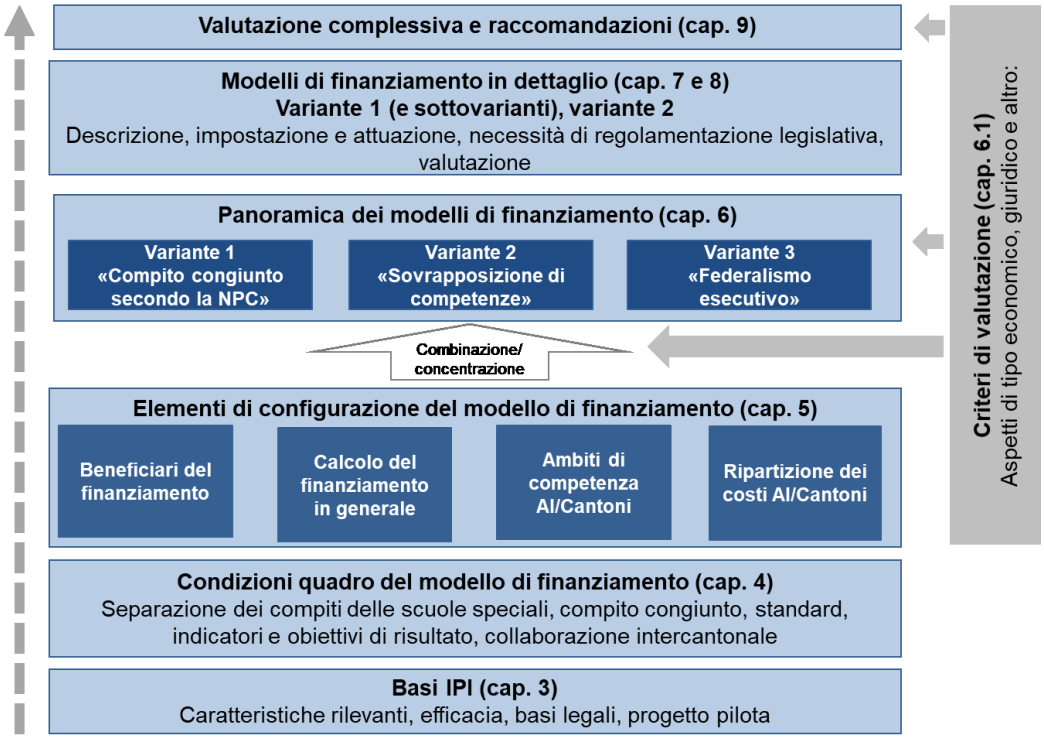

Figura 1 – Panoramica sulla procedura per l'elaborazione di modelli di finanziamento

3 Intervento precoce intensivo (IPI) per i bambini affetti da autismo infantile

3.1 Programmi d'intervento precoce intensivo

L'IPI è destinato ai bambini in età prescolastica a cui è stato diagnosticato un disturbo dello spettro autistico e combina approcci d'intervento medico-terapeutici e pedagogico-terapeutici. «Questa combinazione è indispensabile per garantirne l'efficacia. Gli approcci d'intervento vengono combinati in un programma specifico per l'autismo, sulla cui base l'intervento viene svolto in funzione del bisogno del bambino»[2]. Una componente fondamentale dell'IPI è costituita inoltre dal coinvolgimento e dalla partecipazione attivi dei genitori (nella misura in cui ciò è possibile in base alle condizioni familiari).

I programmi di IPI si distinguono dai «classici» provvedimenti di sostegno in età prescolastica (principalmente educazione pedagogico-curativa precoce, logopedia ed ergoterapia) per il loro approccio interdisciplinare, intensivo e coordinato in modo centralizzato[3].

Essi coinvolgono le discipline e le categorie professionali seguenti[4]:

a) Personale medico-terapeutico: medici, ergoterapisti, fisioterapisti, psicoterapisti (comprese le persone ancora in corso di formazione in psicoterapia) e infermieri; personale medico-terapeutico in formazione (ivi comprese le persone in possesso di un bachelor che stanno studiando per ottenere un master).
b) Personale pedagogico-terapeutico: esperti in educazione pedagogico-curativa precoce, logopedisti, terapisti della psicomotricità, psicologi (anche in ambito clinico) senza formazione in psicoterapia e non in formazione per conseguirla, pedagoghi sociali e insegnanti; personale pedagogico-terapeutico in formazione (ivi comprese le persone in possesso di un bachelor che stanno studiando per ottenere un master).

La combinazione delle differenti discipline non è uniforme, ma varia sia da un centro all'altro che all'interno dei singoli centri in funzione del concreto bisogno di aiuto e degli obiettivi individuali fissati per ciascun bambino. Fino a questo momento non si è delineata una convergenza a livello nazionale. Oltre che per la combinazione delle discipline, i centri che propongono l'IPI si differenziano tra loro anche nei modelli di attuazione, che si possono suddividere nei quattro tipi esposti di seguito[5].

- Centralizzato: i bambini si recano al centro per almeno 15 ore alla settimana per due anni;

[2] Gruppo di lavoro IPI 2019, pag. 16.
[3] Consiglio federale 2018, pag. 22.
[4] Gruppo di lavoro IPI 2021, pag. 5.
[5] Gruppo di lavoro IPI 2021, pag. 6.

- decentralizzato: il centro svolge una funzione di coordinamento e supervisione tecnici delle prestazioni terapeutiche fornite in modo decentralizzato;
- graduato: la prima fase intensiva si svolge nel centro e in seguito l'intervento è decentralizzato;
- interconnesso: le prestazioni sono fornite nel centro e al di fuori di esso (contesto domestico o nel passaggio in istituzioni educative).

Che l'IPI sia un metodo relativamente giovane si riconosce anche dal fatto che in molti Cantoni programmi di questo tipo non esistono ancora o sono appena in fase di costituzione, come emerge dall'analisi di un'inchiesta condotta dalla CSPS nel 2021:

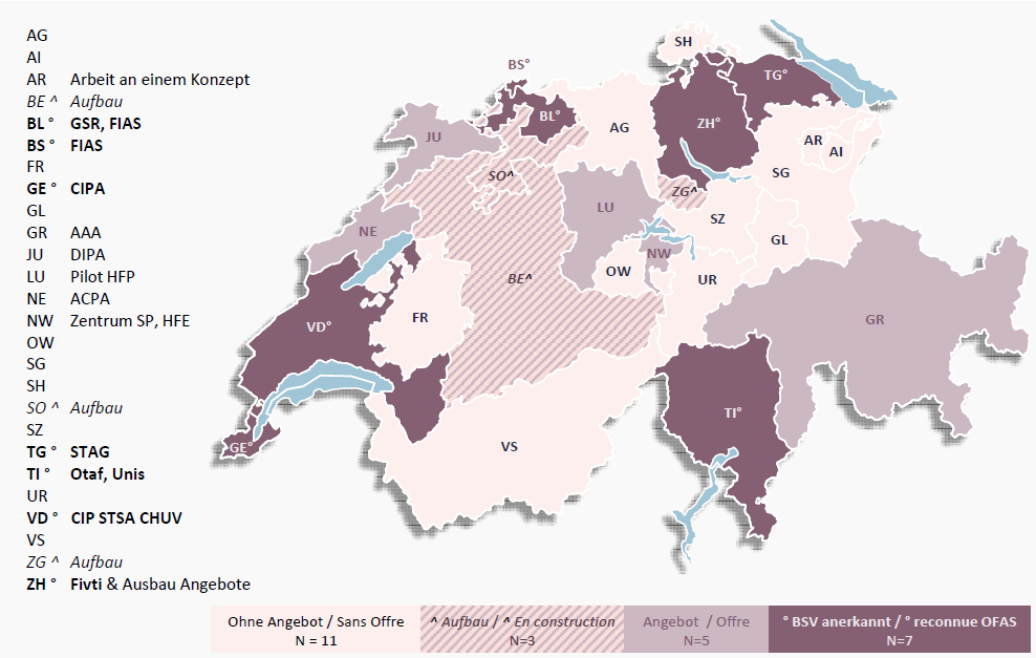

Figura 2 – IPI: offerta per Cantone (con o senza riconoscimento dell'UFAS) nel 2021[6]

3.2 Efficacia dell'intervento precoce intensivo

L'efficacia dell'IPI è ormai ampiamente riconosciuta dal punto di vista scientifico[7]: «Al momento nessun altro intervento consente di raggiungere risultati migliori in caso di autismo infantile»[8].

L'efficacia terapeutica implica a sua volta una determinata efficacia dal punto di vista economico: «[...] l'obiettivo dell'IPI consiste nella riduzione dei costi successivi»[9]. Ci si attende che l'IPI «crei possibilità per una maggiore autodeterminazione e una minore

[6] Fonte: CSPS 2021, pag. 4.
[7] V. in particolare LIESEN, KRIEGER e BECKER 2019.
[8] Gruppo di lavoro IPI 2019, pag. 4.
[9] Gruppo di lavoro IPI 2021, pag. 14.

necessità di assistenza delle persone in questione. [...] Cantoni e Confederazione stimano [una riduzione dei costi] nell'ordine di milioni di franchi per persona affetta da disturbi dello spettro autistico che non avrà più bisogno di prestazioni di sostegno»[10].

Il sostegno finanziario dell'IPI è dunque opportuno anche da un punto di vista di politica delle uscite, poiché contribuisce a sgravi importanti anche di altro tipo. La partecipazione finanziaria di entrambi i livelli statali è dunque motivata anche a fronte del fatto che entrambi i livelli beneficiano dell'efficacia. Al momento non è tuttavia (ancora) possibile quantificare esattamente lo sgravio netto a favore di Cantoni e Confederazione (AI).

3.3 Basi giuridiche

3.3.1 A livello federale[11]

A livello federale la fornitura di prestazioni medico-terapeutiche nell'ambito dell'IPI si fonda sulle disposizioni della LAI e dell'OAI relative alle infermità congenite. L'articolo 13 LAI disciplina il diritto a provvedimenti sanitari per la cura delle infermità congenite:

[1] Fino al compimento dei 20 anni gli assicurati hanno diritto a provvedimenti sanitari per la cura delle infermità congenite (art. 3 cpv. 2 LPGA).

[2] I provvedimenti sanitari di cui al capoverso 1 sono concessi per la cura di malformazioni congenite, malattie genetiche e affezioni prenatali e perinatali che:

a. sono diagnosticate da un medico specialista;

b. compromettono la salute;

c. presentano una certa gravità;

d. richiedono cure di lunga durata o complesse; e

e. possono essere curate con i provvedimenti sanitari di cui all'articolo 14 [LAI].

Secondo l'articolo 3bis capoverso 1 OAI, il DFI tiene un elenco delle infermità congenite per le quali sono concessi provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI in un'apposita ordinanza (OIC-DFI). Al capitolo XVI. Malattie mentali congenite e profondi ritardi dello sviluppo, n. 405 dell'allegato di questa ordinanza è precisato: «a condizione che la diagnosi sia confermata da un medico specialista in medicina dell'infanzia e dell'adolescenza con specializzazione in neuropediatria o in pediatria dello sviluppo»[12].

[10] Gruppo di lavoro IPI 2019, pag. 18.
[11] In merito alle basi giuridiche del progetto pilota v. cap. I3.4.
[12] Fino al 2021 i disturbi dello spettro dell'autismo venivano riconosciuti se i loro sintomi si manifestavano prima del compimento del quinto anno di età. Questa limitazione è stata soppressa con effetto dal 1° gennaio 2022.

Nel quadro dell'IPI dunque «in linea di massima l'AI può rimborsare unicamente provvedimenti sanitari (agendo in questo contesto come un'assicurazione malattie). [ ] Si tratta in particolare di ergoterapia, psicoterapia, fisioterapia e ogni altra forma di trattamento medico a carattere terapeutico. Tra i provvedimenti sanitari non rientrano invece i provvedimenti pedagogico-terapeutici [...], che sono considerati provvedimenti di natura pedagogico-curativa»[13]. I provvedimenti sanitari sono descritti in dettaglio all'articolo 14 LAI, il cui capoverso 3 esclude esplicitamente la copertura dei costi per i provvedimenti di logopedia.

3.3.2 A livello cantonale

Secondo l'articolo 62 capoverso 3 Cost., i Cantoni provvedono «a una sufficiente istruzione scolastica speciale per tutti i fanciulli e giovani disabili, fino al massimo al compimento del ventesimo anno di età». L'istruzione scolastica speciale comprende anche prestazioni nell'ambito dell'educazione prescolastica e dei provvedimenti di natura pedagogico-terapeutica[14].

I Cantoni assumono in tal modo l'intera responsabilità generale dall'educazione prescolastica di natura pedagogico-curativa fino alla conclusione dell'istruzione scolastica speciale[15]. «I Cantoni finanziano integralmente l'istruzione scolastica speciale, vale a dire fanno fronte sia alle prestazioni individuali sia a quelle collettive di bambini e giovani disabili e delle rispettive istituzioni»[16]. A tale proposito non esiste una legge quadro della Confederazione[17].

La competenza esclusiva dei Cantoni vige dall'entrata in vigore della NPC nel 2008 (v. cap. 4.1), a seguito della quale le legislazioni cantonali (in precedenza «fortemente orientate e connesse alla legislazione AI») sono state adeguate[18]. Per evitare lacune nel passaggio alla NPC, nella Costituzione federale è stata inserita una disposizione transitoria (art. 197 cpv. 2 Cost.), nella quale è stata ribadita in modo specifico l'importanza dell'educazione pedagogico-curativa precoce[19].

Per quanto concerne le concrete basi giuridiche relative all'IPI, attualmente la situazione nei Cantoni è molto differenziata (v. al riguardo l'approfondimento al cap. 7.3.2). Inoltre la competenza in materia non è affidata ovunque agli stessi attori: in alcuni Cantoni essa risiede presso i dipartimenti dell'educazione, in altri presso i dipartimenti della sanità o della socialità.

[13] Gruppo di lavoro IPI 2019, pag. 16.
[14] V. Consiglio federale 2001, pag. 2181.
[15] V. p. es. MISCHLER & MOSER 2011, pag. 291.
[16] Consiglio federale 2001, pag. 2182.
[17] V. p. es Consiglio federale 2001, pag. 2184.
[18] CONSIGLIO FEDERALE 2005, pag. 5539.
[19] MISCHLER & MOSER 2011, pag. 291.

3.3.3 Collaborazione intercantonale

La CIIS del 13 dicembre 2002 «ha lo scopo di rendere possibile senza difficoltà il soggiorno di persone con bisogni specifici nell'ambito dell'assistenza e della promozione in strutture adatte fuori dal loro Cantone di domicilio»[20]. La CIIS è stata adeguata nel quadro della NPC.

Secondo l'articolo 2 capoverso 1 settore D CIIS, la convenzione si riferisce anche alle «strutture di scuola speciale in forma di esternato» e in questo contesto tra l'altro anche ai «servizi di educazione per bambini portatori di handicap e per bambini a rischio di handicap» (lett. b).

Secondo l'articolo 2 capoverso 3, «i Cantoni possono aderire a singoli settori, a più settori o a tutti i settori». Al settore dell'istruzione scolastica speciale («D») hanno aderito 25 Cantoni e il Principato del Liechtenstein[21].

La CIIS disciplina l'indennizzo delle prestazioni e la garanzia di assunzione delle spese (art. 19 segg.).

Esiste inoltre un Accordo intercantonale sulla collaborazione nel settore della pedagogia speciale del 25 ottobre 2007 (Concordato sulla pedagogia speciale), che definisce i punti chiave dei contenuti della collaborazione intercantonale attraverso l'applicazione di tre strumenti (terminologia comune, standard di qualità per il riconoscimento dei prestatari e procedura di valutazione standardizzata). Attualmente al Concordato sulla pedagogia speciale hanno aderito 16 Cantoni.

3.4 Risultati del progetto pilota IPI

Fino al 2022 l'AI svolge un progetto pilota IPI, nel quadro del quale sostiene ogni trattamento di IPI svolto in uno dei centri riconosciuti con un importo forfettario per singolo caso di 45 000 franchi. Il progetto IPI è improntato all'evoluzione dell'AI «in un'assicurazione finalizzata all'integrazione»[22]. Secondo l'articolo 68^{quater} LAI, «ai fini dell'integrazione, l'UFAS può autorizzare progetti pilota di durata limitata che possono derogare alle disposizioni della [LAI]». Il progetto pilota è disciplinato nell'ordinanza dell'UFAS del 17 ottobre 2018 concernente il progetto pilota «Intervento precoce intensivo per i bambini affetti da autismo infantile» (O UFAS).

[20] Art. 1 cpv. 1 CIIS.
[21] V. CIIS, Appendice 3, stato 1.1.2015.
[22] V. UFAS 2018, pag. 1.

Durante la fase 2 del progetto pilota, è stata analizzata nel dettaglio la struttura dei costi presso i centri IPI[23]. Il seguente grafico riassume le spese d'esercizio totali per bambino all'anno nei singoli centri:

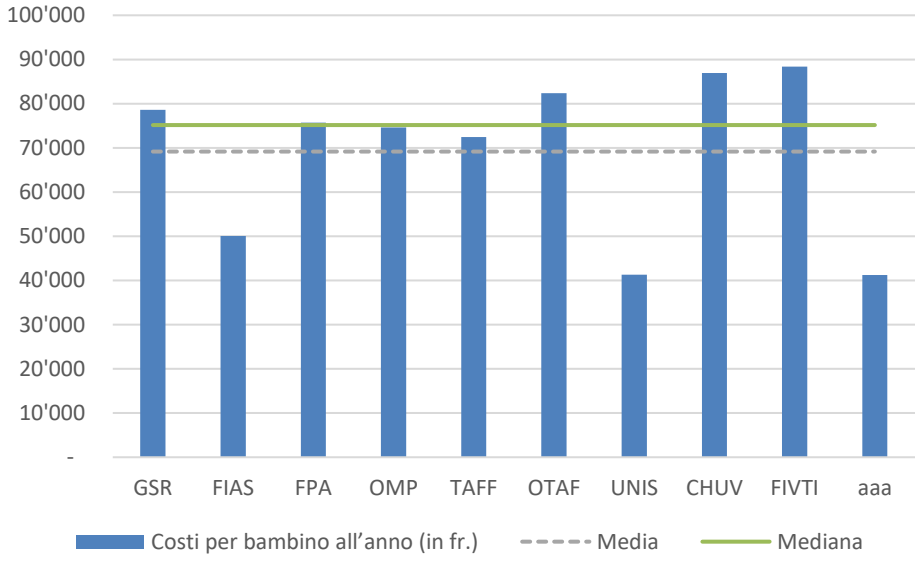

Figura 3 – Costi determinati presso i dieci fornitori di IPI[24]

Gli importi costituiscono i costi totali, vale a dire che comprendono il lavoro diretto con i bambini e i genitori, altre attività rilevanti per l'intervento (direzione, amministrazione e gestione del caso ecc.) e le spese derivanti da costi indiretti, infrastruttura, vitto dei bambini.

In merito alle «differenze evidenti nei costi totali» il gruppo di lavoro IPI fa notare che «a fronte di [...] decisioni strutturali, i costi delle prestazioni presso alcuni fornitori sono inferiori a quelli che sarebbero attendibili nel caso di una strutturazione dell'intervento più uniforme o duratura»[25]. Per esempio alcuni fornitori svolgono l'IPI con gruppi di bambini, il che risulta più economico rispetto a terapie individuali. I tipi d'intervento sono molto eterogenei anche per quanto concerne il numero di ore di terapia per ciascun bambino. Altre differenze sono dovute al modello di attuazione (v. cap. 3.1) e in generale alle dimensioni e alla topografia della regione servita.

In questo contesto è stata rilevata anche la ripartizione delle prestazioni nelle categorie professionali pedagogico-terapeutiche e medico-terapeutiche[26]. Nel grafico seguente sono riassunti i risultati del rilevamento (un punto equivale a un centro IPI, posizionato sugli assi x e y in funzione delle prestazioni fornite in ore a settimana).

[23] V. GRUPPO DI LAVORO IPI 2021, pag. 4 segg.; sono stati interpellati nove fornitori di IPI che hanno partecipato al progetto pilota, nonché la rete autismus approach aaa.
[24] Fonte dei dati: GRUPPO DI LAVORO IPI 2021, Tabella 4.
[25] GRUPPO DI LAVORO IPI 2021, pag. 13.
[26] GRUPPO DI LAVORO IPI 2021, pag. 7.

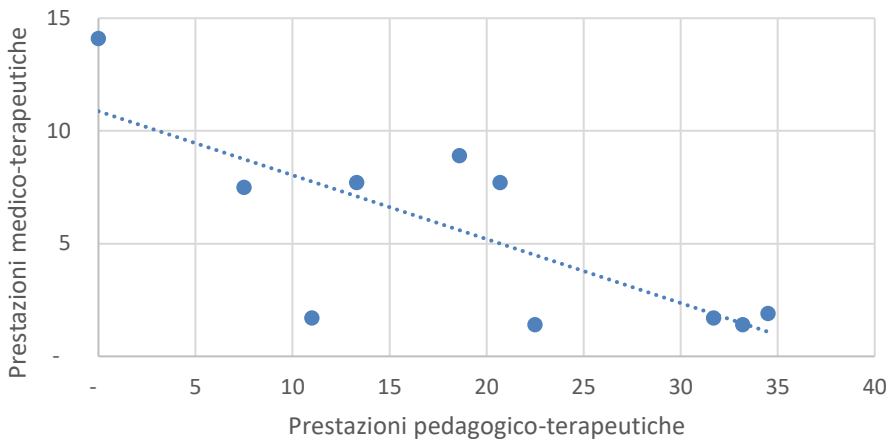

Figura 4 – Prestazioni fornite in ore a settimana, secondo le categorie professionali[27]

Anche in questo caso emergono differenze notevoli tra i centri e risulta evidente che in Svizzera non si è affermata una combinazione di metodi uniforme per l'IPI. Tendenzialmente si rileva un rapporto di sostituzione tra le prestazioni fornite dalle due categorie professionali (v. linea tratteggiata): maggiore è il numero di prestazioni di tipo pedagogico-terapeutico e più basso è quello di prestazioni di tipo medico-terapeutico. Questa ipotesi plausibile nel quadro di una fornitura di prestazioni interdisciplinare costituisce una premessa (qualitativa) importante in relazione all'impostazione di un modello di finanziamento (v. p. es. cap. 5.4).

Le differenze nella combinazione delle due componenti terapeutiche potrebbe inoltre fornire una (ulteriore) spiegazione per lo scarto tra i costi sostenuti dai centri. Un indizio in tal senso è fornito dalla regressione semplice e lineare dei costi per caso e anno presentati nella *Figura 3* (variabile dipendente) date le prestazioni terapeutiche fornite a settimana per le due categorie dai centri secondo la *Figura 4* (variabile indipendente):

[27] Fonte dei dati: GRUPPO DI LAVORO IPI 2021, Tabella 5 (senza «Altre attività rilevanti per l'intervento»)

	Prestazioni pedagogico-terapeutiche	Prestazioni medico-terapeutiche
Coefficiente	2326	3347
Deviazione standard	237	764
Valore t	9,83	4,38
R^2	0,963	

Tabella 1 – Regressione dei costi complessivi e ore di terapia in funzione del tipo di prestazione

I due tipi di prestazione forniti spiegano relativamente bene l'ammontare dei costi complessivi. I coefficienti delle prestazioni medico-terapeutiche sono nettamente più elevati, il che indica che queste prestazioni sono più costose. Considerate però le dimensioni ridotte del campione, la regressione può essere utilizzata nel migliore dei casi quale indice qualitativo. Questo risultato è infatti plausibile per quanto concerne le prestazioni fornite dai medici, mentre per le prestazioni fornite da altre categorie professionali medico-terapeutiche la differenza potrebbe risultare meno netta o variare da un Cantone all'altro. Inoltre, la ripartizione delle professioni integrate nei due tipi di prestazione è eterogenea. In considerazione di questo aspetto non è possibile dunque affermare in generale se le prestazioni di tipo medico-terapeutico siano più costose o più economiche di quelle di tipo pedagogico-terapeutico.

Una questione particolare, emersa nel corso delle discussioni ai margini dei progetti pilota è quella della tariffazione, ovvero del rimborso della formulazione della diagnosi. Essa non verrà però trattata in questa sede dato che non è oggetto del modello di finanziamento.

4 Condizioni quadro del modello di finanziamento

In questo capitolo vengono esposte le condizioni quadro all'interno delle quali deve avvenire l'impostazione del modello di finanziamento dell'IPI. Si tratta delle condizioni comuni a tutte le varianti, in altre parole costituiscono le premesse o per meglio dire le condizioni per il modello di finanziamento.

4.1 Separazione dei compiti

Con l'entrata in vigore della NPC il settore dell'istruzione scolastica speciale è diventato di competenza esclusiva dei Cantoni (art. 62 cpv. 3 Cost.; v. cap. 3.3), e il relativo onere supplementare a loro carico è stato inserito nel bilancio globale della NPC. Sono così venute meno le prestazioni individuali e collettive dell'AI nel settore dell'istruzione scolastica speciale e la LAI è stata adeguata di conseguenza. Le prestazioni dell'AI durante il periodo scolastico e prescolastico si limitano ai provvedimenti di natura medica e terapeutica[28].

Il modello di finanziamento non deve dunque annullare questa separazione nel settore dell'istruzione scolastica speciale (condizione quadro del mandato). Ciò significa che è escluso il finanziamento esplicito diretto di provvedimenti pedagogico-terapeutici da parte dell'AI e di provvedimenti medico-terapeutici da parte dei Cantoni.

4.2 Compito congiunto

Il mandato del presente rapporto prevede l'elaborazione di proposte e di varianti per un finanziamento *congiunto* da parte dell'AI e dei Cantoni. La prescrizione del cofinanziamento deriva dall'attuale ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (v. cap. 4.1) e dall'incarico secondo cui i provvedimenti elaborati devono essere attuati nel quadro della ripartizione delle competenze vigente in base alla NPC[29].

Nel suo rapporto sui disturbi dello spettro autistico, il Consiglio federale afferma che solo una soluzione di finanziamento congiunto è in grado di garantire l'efficacia dei programmi di IPI e la loro sostenibilità a lungo termine. L'AI può assumere una parte dei costi dell'IPI a condizione che anche i Cantoni diano il loro contributo[30].

Un secondo pilastro della NPC oltre alla separazione dei compiti è costituito da nuove forme di collaborazione e di finanziamento per i compiti congiunti di Confederazione e

[28] V. p. es. DFF e CdC 2004b; Consiglio federale 2001, pag. 2181 segg. nonché Consiglio federale 2005, pag. 5536 segg.
[29] CONSIGLIO FEDERALE 2018, pag. 47.
[30] CONSIGLIO FEDERALE 2018, pag. 26.

Cantoni[31], vale a dire per i compiti nei quali «la responsabilità del finanziamento dell'esecuzione dei compiti è sostenuta congiuntamente da Confederazione e Cantoni»[32].

In base alle nuove forme di collaborazione il ruolo della Confederazione è limitato alla sola fissazione di prescrizioni strategiche sovraordinate, mentre la responsabilità operativa è di competenza dei Cantoni. Le disposizioni sovraordinate vengono stabilite tramite accordi di programma conclusi in partenariato tra Confederazione e Cantoni. I mezzi della Confederazione vengono attribuiti sempre più spesso sotto forma di contributi globali o forfettari e non di sussidi proporzionali ai costi, basati sulle prestazioni invece che sulle risorse e fissati a priori e non a posteriori. Questo significa che nell'ambito di compiti congiunti la Confederazione assume progressivamente un ruolo strategico, orientato agli obiettivi e ai risultati, mentre la responsabilità per i compiti e le risorse è integralmente trasferita ai Cantoni sul piano dell'esecuzione. Ciò permette di eliminare incentivi finanziari indesiderati o meglio di creare incentivi per una fornitura di prestazioni efficiente.

Nel primo messaggio sulla NPC, il Consiglio federale ha precisato che l'attuazione del nuovo modello richiede una certa flessibilità: «l'impiego dello strumento dell'accordo di programma non deve aver luogo in modo unitario per tutto il settore dei compiti in comune. La diversità dei settori di compiti e le esperienze fatte sinora con questo strumento fanno apparire adeguata una procedura differenziata. Seguendo un approccio programmatico è meglio partire dalle forme conosciute e riconosciute [...] e tentare di svilupparle nel modo più vicino alla prassi»[33]. E ancora: «il metro per valutare l'esecuzione dei compiti è dato dai risultati»[34].

Le nuove forme di collaborazione della NPC si rivolgevano agli ambiti di attività allora non separati. Sebbene nei materiali legislativi non sia contenuto alcun riferimento esplicito a eventuali nuovi compiti congiunti *a seguito* dell'introduzione della NPC, il fatto che per essi Confederazione e Cantoni debbano orientarsi il più possibile ai principi delle forme di collaborazione della NPC risulta implicitamente dagli obiettivi con esse perseguiti (riduzione della densità normativa, chiarimento dei compiti e delle responsabilità, l'eliminazione di incentivi sbagliati ecc.).

Il rapporto di tensione tra la separazione delle competenze nel settore dell'istruzione scolastica speciale e le nuove forme di collaborazione nel quadro della NPC costituisce un punto cruciale per l'impostazione del nuovo modello di finanziamento dell'IPI.

- Innanzitutto dall'introduzione della NPC sussiste una chiara ripartizione dei compiti con una precisa suddivisione degli ambiti di competenza e dell'assunzione dei costi e del finanziamento delle prestazioni fornite nell'ambito dell'IPI.

[31] V. p. es. DFF e CdC 2004a e Consiglio federale 2001, pagg. 2072 e 2111 segg.
[32] CONSIGLIO FEDERALE 2001, pag. 2341.
[33] CONSIGLIO FEDERALE 2001, pag. 2348.
[34] CONSIGLIO FEDERALE 2001, pag. 2345.

- D'altro canto le nuove forme di collaborazione hanno lo scopo di consolidare anche una nuova cultura di collaborazione tra Confederazione e Cantoni.

Dato che una separazione tra Confederazione (AI) e Cantoni per quanto concerne le competenze e l'assunzione dei costi dell'IPI (ovvero l'*esclusiva* competenza di uno o dell'altro livello statale) è fuori discussione, vanno preferiti modelli in linea con la variante «Compito congiunto secondo la NPC».

4.3 Standard: requisiti di armonizzazione dell'IPI

Nel 2019, nel quadro della fase 1 del progetto, il gruppo di lavoro IPI ha formulato otto standard che «non tralasci[no] i vari sviluppi già avviati nei Cantoni e, al contempo, soddisfi[no] i bisogni di controllo in materia»[35].

Di seguito è riportato l'elenco degli standard minimi formulati[36].

1. *Il presupposto per poter accedere all'IPI è una diagnosi di autismo emessa con validi strumenti in linea con le direttive internazionali in materia di diagnostica (S3, NICE), esclusivamente da parte di esperti ben formati.*
2. *L'IPI segue una struttura programmatica. La pianificazione, la gestione strategica e la gestione del programma sono affidate a persone con una formazione e un'esperienza specifiche in materia di autismo.*
3. *L'IPI viene svolto con un volume di almeno 15 ore alla settimana di lavoro diretto con il bambino.*
4. *A conclusione di un IPI, l'intensità dell'assistenza si riduce notevolmente.*
5. *L'IPI è coordinato a livello interdisciplinare e svolto da un'équipe multidisciplinare sotto la responsabilità di un'istituzione di diritto pubblico cui il fornitore di prestazioni fa capo. In questo contesto l'IPI può essere realizzato in diverse forme organizzative e varianti attuative.*
6. *Durante l'IPI tutte le prestazioni fornite al bambino vanno considerate come parte integrante del programma di IPI e coordinate tra loro. Le transizioni successive all'IPI, compreso il passaggio alla scuola dell'obbligo, vanno espressamente e accuratamente impostate.*
7. *L'attivazione dei genitori è una componente del programma.*
8. *L'IPI è legato a una gestione strutturata del progetto e dei dati.*

Attualmente, però, non tutti i centri IPI in Svizzera applicano ancora questi standard o lo fanno in modo uniforme.

Inoltre, gli standard IPI (formulati solo in un secondo tempo dal gruppo di lavoro) divergono in parte dalle prescrizioni dell'O UFAS del 2018 concernente il progetto pilota. Per esempio, tra le condizioni per la partecipazione dei fornitori di prestazioni, l'articolo 7 ca-

[35] Gruppo di lavoro IPI 2019, pag. 10.
[36] V. Gruppo di lavoro IPI 2019, pag. 10 segg.

poverso 3 lettera d dell'ordinanza stabilisce «un'intensità di almeno 20 ore alla settimana», mentre in base agli standard IPI quest'intensità deve essere di almeno 15 ore a settimana. Inoltre, in aggiunta alle condizioni per la partecipazione, l'ordinanza prevede un requisito minimo concernente il personale coinvolto: il personale medico e il personale pedagogico-terapeutico devono costituire ciascuno almeno il 30 per cento dell'organico (art. 7 cpv. 4 lett. e dell'O UFAS). Nemmeno queste prescrizioni sono rispettate in tutti i centri.

Gli standard IPI, intesi quali «requisiti da porre all'intervento in vista di un'armonizzazione»[37], possono fungere da base materiale per un modello di finanziamento uniforme. A questo scopo occorre chiarire in che misura, per raggiungere un ulteriore grado di armonizzazione, questi standard vadano completati con requisiti quantitativi generali concernenti l'intensità delle terapie e il personale coinvolto (tra gli standard attuali del gruppo di lavoro, soltanto il 3, che prevede il numero minimo di ore, è direttamente rilevante in termini di finanziamento).

4.4 Obiettivi di risultato e indicatori

Nel quadro della fase 1 del progetto, il gruppo di lavoro IPI ha valutato quali obiettivi si vogliono raggiungere con l'intervento e quali indicatori permettono di misurarne il raggiungimento, ovvero come misurare e documentare gli effetti a lungo termine dell'IPI[38].

Gli obiettivi di risultato sono stati suddivisi in funzione delle fasi della vita, come esposto di seguito[39].

- Tenera età: «incidere positivamente sulle funzioni chiave interessate dall'autismo».
- Età scolastica: dare importanza alle «tappe evolutive nel contesto sociale», in particolare all'integrazione nella scuola regolare.
- Età adulta, obiettivo generale: «contribuire, con un impulso intensivo precoce, a che un maggior numero di persone interessate sia in grado di condurre una vita più autodeterminata [...] in termini di forme abitative, lavorative e occupazionali».

Gli effetti positivi sui bambini in tenera età e in età scolastica si traducono in un vantaggio per i Cantoni anche dal punto di vista finanziario, poiché producono uno sgravio per quanto concerne le altre prestazioni nell'ambito della scuola speciale. Dal canto loro, gli effetti a lungo termine in età adulta permettono di sgravare sia l'AI (p. es. sul piano degli assegni per grandi invalidi e delle rendite AI) che i Cantoni e i Comuni (p. es. sul fronte delle prestazioni di assistenza per l'alloggio e il lavoro o dell'aiuto sociale).

[37] GRUPPO DI LAVORO IPI 2019, pag. 10.
[38] GRUPPO DI LAVORO IPI 2019, pag. 6.
[39] GRUPPO DI LAVORO IPI 2019, pagg. 8 e 9.

In merito agli indicatori, il gruppo di lavoro IPI constata «la mancanza di un modello di obiettivi di risultato per l'IPI riconosciuto a livello internazionale [...]. Per contro, si ricorre a una moltitudine di parametri e valutazioni di questi obiettivi in funzione della situazione»[40]. A fronte di questo fatto non è ancora stato possibile definire indicatori di risultato uniformi.

Questo tipo di difficoltà nella misurazione dell'efficacia si presenta spesso nell'ambito delle prestazioni pubbliche. In molti casi, per ovviare al problema, nel quadro della gestione orientata alle risorse si applicano standard («professionali») di cui si conoscono gli effetti generali (si parte dal presupposto che il rispetto degli standard produca il miglior effetto possibile). Analogamente ci si può basare su una misurazione delle prestazioni o dell'impatto (effetto diretto sui beneficiari).

A causa della mancanza di indicatori di risultato uniformi e consolidati, l'elaborazione del modello di finanziamento (uniforme) non può orientarsi direttamente ai risultati raggiunti, come generalmente auspicabile nell'impostazione di sussidi[41]. Anche se nei prossimi anni dovesse aver luogo un'armonizzazione della misurazione dei risultati dell'IPI, ciò risulterebbe di utilità *diretta* limitata per il modello di finanziamento, poiché gli effetti dell'IPI emergono in parte solo molto più tardi.

Ciononostante è importante portare avanti i lavori sulla misurazione dell'efficacia (p. es. l'introduzione di un registro longitudinale[42]), poiché questo permette di effettuare analisi comparative tra i centri. Ne risulterebbero così un'utilità *indiretta* per l'impostazione del modello di finanziamento e una base per una valutazione periodica e l'ulteriore sviluppo del modello. Il modello di finanziamento dovrebbe essere impostato in modo tale da poter essere adeguato e/o ulteriormente sviluppato in funzione del progresso delle conoscenze.

4.5 Collaborazione intercantonale

È improbabile (ed economicamente poco opportuno) che ogni Cantone si doti di un proprio centro IPI. Al fine di garantire comunque un elevato grado di copertura dell'offerta è dunque indispensabile che i Cantoni collaborino nel contesto dell'IPI. Il modello di finanziamento deve adempiere questo presupposto e permettere inoltre l'attuazione di diverse forme di collaborazione (p. es. gestione congiunta o acquisizione delle prestazioni).

[40] GRUPPO DI LAVORO IPI 2019, pag. 9.
[41] V. p. es. AFF 2019, pag. 29.
[42] V. GRUPPO DI LAVORO IPI 2019, pag. 9 seg.

5 Elementi di configurazione del modello di cofinanziamento

Il presente capitolo fornisce un'analisi sistematica degli elementi del modello di cofinanziamento nell'ambito delle condizioni quadro di cui al capitolo 4. Queste componenti possono essere impostate in modo ampiamente indipendente l'una dall'altra (per questo «elementi di configurazione») e poi combinate in differenti varianti di modello[43].

Gli elementi di configurazione del cofinanziamento possono essere suddivisi in due gruppi.

- Impostazione del finanziamento dei centri IPI *in generale*, ovvero a livello sovraordinato, a prescindere dalla ripartizione dei ruoli tra Confederazione e Cantoni:
  A. destinatari del finanziamento (v. cap. 0);
  B. calcolo del finanziamento in generale(v. cap. 0).
- Impostazione della ripartizione dei ruoli tra Confederazione e Cantoni:
  C. ambiti di competenza (compiti) di Confederazione e Cantoni (v. cap. 5.3);
  D. ripartizione dell'assunzione dei costi tra Confederazione e Cantoni (v. cap. 5.4).

Una panoramica di tutti gli elementi di configurazione con le relative opzioni d'impostazione è presentata al capitolo 5.5.

5.1 A. Beneficiari del finanziamento

Nel quadro dell'impostazione del modello di finanziamento occorre chiarire chi percepisce le prestazioni in denaro di Confederazione e Cantoni, ovvero com'è definito il rapporto di sovvenzionamento. Nell'impostazione dei sussidi si distingue innanzitutto tra finanziamento diretto o indiretto[44].

- *Finanziamento indiretto*: i destinatari delle prestazioni in denaro sono i beneficiari delle prestazioni (ovvero, nel caso dell'IPI, le famiglie), che decidono autonomamente a quale centro IPI rivolgersi per lo svolgimento della terapia. Al posto di versare gli aiuti finanziari direttamente ai beneficiari delle prestazioni, il finanziamento indiretto può essere effettuato anche sotto forma di buoni. Il finanziamento indiretto contribuisce tendenzialmente ad aumentare la trasparenza in materia di costi, la libertà di scelta dei beneficiari di prestazioni e la concorrenza tra i fornitori. Esso presuppone però che le prestazioni sussidiate siano individuali e che i beneficiari siano identifica-

[43] Nel contesto dell'analisi sistematica si è tenuto conto in particolare delle linee direttive generali seguenti sull'impostazione di sussidi: AFF 2019, pag. 27 segg., CDF 2017, pag. 5 seg. e 8 segg. nonché CONSIGLIO FEDERALE 2001, pag. 2111 seg. e 2120 segg.
[44] V. AFF 2019, pag. 27.

bili e informati in merito all'offerta esistente. Un'altra condizione è che i fruitori possano effettivamente scegliere tra vari fornitori. La Confederazione applica relativamente di rado il modello del finanziamento indiretto, prevalentemente nei settori della formazione e dell'energia. Negli ultimi anni, però, anche nel settore delle assicurazioni sociali si registra una tendenza al passaggio al finanziamento diretto.

- *Finanziamento diretto*: i destinatari delle prestazioni in denaro sono i fornitori di prestazioni (ovvero in questo caso i centri IPI). Rispetto a quello indiretto, il finanziamento diretto prevede nettamente meno rapporti di sovvenzionamento. Questo si ripercuote positivamente sull'onere amministrativo e sulla garanzia dell'impiego corretto dei sussidi.

In relazione all'IPI sono inoltre pensabili due forme miste di finanziamento.

- *Finanziamento diretto orientato alla persona*: il sussidio viene versato direttamente al fornitore di prestazioni, ma sempre in base al tipo e all'entità delle prestazioni che quest'ultimo fornisce a un determinato beneficiario (l'ammontare del sussidio non deve per forza essere calcolato individualmente, v. cap. 0). Questa forma «basata sul caso» trova spesso applicazione nel settore della sanità e in quello delle assicurazioni sociali.
- *Rapporto di sovvenzionamento a due livelli*: dato che si mira a un finanziamento dell'IPI da parte di Confederazione *e* Cantoni, è anche ipotizzabile destinare il sussidio federale ai Cantoni, i quali sarebbero poi incaricati di inoltrarlo (assieme al proprio contributo). In questo contesto i Cantoni potrebbero decidere se eseguire questo compito sotto forma di finanziamento diretto o indiretto e se farlo sotto forma di copertura del deficit, rimborso delle prestazioni o altro oppure se introdurre un regolamento uniforme per tutti i Cantoni. In relazione a un cofinanziamento di Confederazione e Cantoni, un finanziamento a due livelli risulta molto più semplice nella prassi ed è applicato spesso nell'ambito dei compiti congiunti. Inoltre esso offre ai Cantoni un ampio margine di manovra nell'organizzazione del «finanziamento residuo».

5.2 B. Calcolo del finanziamento in generale

Per il calcolo del finanziamento è di fondamentale importanza determinare due parametri:

- oggetto del rimborso: prestazione effettivamente fornita nell'ambito di una terapia individuale oppure ipotesi o prescrizioni sul tipo e sull'entità delle prestazioni fornite per caso;
- costi rimborsati: effettivi o in base a costi standard.

Ne risultano le quattro opzioni seguenti:

Opzioni di calcolo	Costi effettivi	Costi standard
Prestazione effettivamente fornita	B 1. Rimborso delle prestazioni fornite da un centro IPI in base ai costi totali	B 2. Rimborso delle prestazioni fornite da un centro IPI in base a un tariffario
Prescrizioni sulle prestazioni da fornire	B 3. Rimborso delle prestazioni prescritte in base ai costi totali di un centro IPI (importo forfettario per singolo caso per ciascun fornitore)	B 4. Rimborso delle prestazioni prescritte mediante un importo forfettario per singolo caso in base a costi standard

Tabella 2 – Opzioni per il calcolo del finanziamento

Allo stesso tempo è possibile anche una combinazione di due varianti: il contributo finanziario può per esempio constare di un importo forfettario di base per caso (opzione 3 o 4) e da un importo legato alle prestazioni fornite (opzione 1 o 2).

Combinazione delle opzioni di calcolo in base al tipo di finanziamento tra Confederazione e Cantoni

Le opzioni di calcolo esposte possono essere applicate sia a un finanziamento diretto orientato alla persona che a un tipo di finanziamento puramente diretto (v. cap. 0): i relativi importi sono da intendere come rimborso dei costi per singolo caso o dei costi complessivi. Nel caso del modello di cofinanziamento di Confederazione e Cantoni è possibile combinare le opzioni di calcolo di cui alla *Tabella 2*, in modo tale che per esempio il contributo della Confederazione venga calcolato come importo forfettario (opzione 3 o 4), mentre i Cantoni rimborsano i costi effettivi residui., Il modello di finanziamento può inoltre lasciare intenzionalmente libera scelta per quanto concerne la base di calcolo del contributo cantonale.

Finanziamento residuo nei Cantoni

La combinazione tra importi forfettari e rimborso dei costi effettivi è un'opzione applicata spesso nell'ambito dei compiti congiunti (la Confederazione versa un forfait mentre i Cantoni tengono conto dei costi effettivi sostenuti sul loro territorio). Generalmente la questione che si pone in questi casi è chi assuma la copertura del finanziamento residuo: il Cantone, il fornitore di prestazioni o le famiglie. Dal punto di vista dell'AI, l'assunzione da parte delle famiglie è da escludere, sebbene nell'ambito dell'IPI questo comporti una certa infrazione dell'autonomia finanziaria dei Cantoni. L'autonomia cantonale in materia di finanze comporta inevitabilmente il rischio di un finanziamento insufficiente da parte dei Cantoni.

Orientamento ai risultati, flessibilità per l'ulteriore sviluppo

In mancanza di un metodo uniforme e consolidato per misurare l'efficacia dell'IPI (v. cap. 4.4), l'orientamento del calcolo dei contributi ai risultati raggiunti dalla terapia non è un'opzione praticabile. Pertanto, il modello di finanziamento dell'IPI dovrà inevitabilmente essere «basato sulle risorse». A medio e lungo termine, però, sarà possibile e necessario

eseguire analisi degli effetti per permettere di sviluppare ulteriormente il modello di finanziamento ed eventualmente di orientare il calcolo del finanziamento all'efficacia terapeutica o all'effetto di sgravio per quanto concerne le altre prestazioni dell'AI e dei Cantoni. Per tale ragione, l'impostazione del modello di finanziamento deve rimanere flessibile.

Vantaggi dei costi standard dal punto di vista economico

Generalmente nell'ambito dell'impostazione dei sussidi si sconsiglia l'adozione del rimborso dei costi effettivamente sostenuti dai fornitori di prestazioni[45]: questo sistema infatti riduce l'incentivo a fornire le prestazioni contenendo il più possibile i costi (problema che potrebbe comunque essere attenuato prevedendo tetti massimi, opportuni livelli di prestazioni proprie o tariffe con una copertura dei costi minima). Inoltre, il finanziamento in base ai costi effettivi comporta di regola un elevato onere amministrativo (p. es. per la determinazione dei costi riconosciuti, la prova della fornitura di prestazioni, il conteggio finale e l'inclusione del rincaro). Costi standard e importi forfettari permettono di contrastare questi inconvenienti, sebbene debbano essere regolarmente ricalcolati e adeguati all'evoluzione della situazione. Tuttavia, nel caso dei centri IPI la determinazione di costi standard come parametri di riferimento potrebbe risultare difficoltosa a causa dell'eterogeneità dei costi tra i vari centri e della mancanza di un livello sufficiente di standardizzazione della terapia. Per questo motivo quali costi standard bisogna prendere in considerazione piuttosto valori medi o mediani. Il termine di riferimento (prestazioni, centro fornitore ecc.) deve essere stabilito nell'ambito dell'impostazione concreta e in occasione delle relative trattative.

Presumibilmente, nel corso dei prossimi anni i metodi d'IPI verranno ulteriormente sviluppati. È dunque importante che il processo di determinazione dei costi standard tenga conto di questo dinamismo per non produrre un sistema troppo rigido che intralci lo sviluppo.

5.3 C. Ambiti di competenza di Confederazione e Cantoni

Nel sistema federale, gli ambiti di competenza indicano quale livello statale è competente per quali compiti, vale a dire a chi spetta decidere come un determinato incarico vada adempiuto («chi comanda?» o «chi comanda cosa?»).

In considerazione del fatto che l'IPI deve restare di competenza di AI *e* Cantoni, la precisazione degli ambiti di competenza di ciascun livello statale presuppone una suddivisione dei relativi compiti in sottocategorie.

- Definizione di standard e/o requisiti IPI vincolanti

[45] V. AFF 2019, pag. 29 seg.

- Accreditazione dei centri IPI

  Si tratta di autorizzare i fornitori di prestazioni a esercitare nell'ambito dell'IPI. A tale proposito va tenuto conto del fatto che il rilascio di autorizzazioni di polizia sanitaria sono di competenza esclusiva dei Cantoni. Si tratta pertanto solo del riconoscimento quale centro IPI. Il riconoscimento non è connesso alla concessione di aiuti finanziari (v. punto seguente).
- Conclusione di convenzioni di prestazioni con i fornitori di IPI, incluso il finanziamento dei centri
- Attribuzione dei bambini e delle famiglie ai centri IPI

  Questa procedura si basa innanzitutto sugli standard IPI (in particolare sulla pertinente diagnosi), ma può tenere conto anche di altri elementi (p. es. la disponibilità delle famiglie a cooperare nei limiti delle loro possibilità e di quelle del loro ambiente).
- Controlling delle prestazioni e dell'esecuzione

Queste sottocategorie di compiti possono essere affidate separatamente alla Confederazione o ai Cantoni oppure congiuntamente a entrambi i livelli statali. Nell'ambito di un modello di cofinanziamento è però possibile escludere a priori determinate competenze (in particolare: definizione di standard IPI esclusivamente da parte dei Cantoni, conclusione di convenzioni di prestazioni, assegnazione e controlling esclusivamente da parte della Confederazione). Tra le numerose combinazioni possibili, non tutte risultano opportune (p. es. i Cantoni concludono convenzioni di prestazioni con i centri IPI e la Confederazione effettua il controlling). Di seguito sono pertanto esposti tre prototipi di combinazioni praticabili.

- «*Decentralizzata*» (v. 1 nella tabella sottostante): il ruolo della Confederazione si concentra su compiti sovraordinati, di ordine generale e strategico (p. es. mediante la conclusione di un accordo di programma tra Confederazione e Cantoni); nel quadro di queste prescrizioni i Cantoni si occupano in modo autonomo dell'attuazione (in analogia con un compito congiunto secondo la NPC).
- «*Paritaria*» (v. 2 nella tabella sottostante): per tutti i compiti Confederazione e Cantoni decidono insieme o parallelamente.
- «*Centralizzata*» (v. 3 nella tabella sottostante): la Confederazione stabilisce standard, decide in merito al riconoscimento dei fornitori di prestazioni ed è inoltre coinvolta dai Cantoni nelle decisioni nell'ambito della conclusione delle convenzioni di prestazioni, dell'assegnazione nonché dell'esecuzione delle prestazioni.

Compito	AI	Cantoni	AI e Cantoni
Definizione di standard IPI	1 3		2
Riconoscimento dei centri IPI	3	1	2
Convenzioni di prestazioni con i fornitori di IPI		1	2 3
Assegnazione dei bambini ai centri IPI		1	2 3
Controlling delle prestazioni e dell'esecuzione		1	2 3

Tabella 3 – Combinazioni di ripartizione degli ambiti di competenza tra AI e Cantoni

In questo contesto occorre rispettare la premessa secondo cui la regolamentazione deve essere uniforme per tutti i Cantoni, vale a dire che la ripartizione degli ambiti di competenza tra Confederazione e Cantoni deve essere la stessa per tutti i Cantoni (v. cap. 4.2).

5.4 D. Ripartizione dell'assunzione dei costi tra Confederazione e Cantoni

Nel sistema federale, la ripartizione dell'assunzione dei costi indica quale livello statale è responsabile per il finanziamento di una prestazione, ovvero a chi spetta decidere in merito agli importi in questione. Il mandato del presente studio prevedeva la ricerca di un modo per garantire all'IPI una solida base di finanziamento *congiunto* (v. cap. 2.1). Il cofinanziamento è dunque un requisito indispensabile (v. cap. 4.2) e la completa separazione del finanziamento (finanziamento esclusivo da parte di AI o Cantoni) non entra dunque nemmeno in linea di conto.

Per la regolamentazione dell'assunzione dei costi dell'IPI vi sono fondamentalmente due opzioni:

- ripartizione dei costi per discipline: l'AI rimborsa esclusivamente le prestazioni medico-terapeutiche dei singoli fornitori di IPI, mentre i Cantoni assumono quelle pedagogico-terapeutiche;
- ripartizione dei costi a prescindere dalle discipline: AI e Cantoni rimborsano una parte dei costi complessivi dei singoli fornitori di IPI a prescindere dalla combinazione di prestazioni medico-terapeutiche e pedagogico-terapeutiche nel singolo centro.

Il calcolo dei costi da ripartire può avvenire in base a vari modelli (v. cap. 0).

La prima opzione corrisponde alla ripartizione/separazione dei compiti tra Confederazione e Cantoni secondo la NPC. Nel caso di un rimborso delle singole prestazioni medico-terapeutiche dei centri sussiste però l'incentivo per i Cantoni a sostituire tendenzialmente prestazioni pedagogico-terapeutiche con prestazioni medico-terapeutiche. Questo può non solo far aumentare i costi, ma anche far ricadere gli oneri sulla Confederazione nonché minare l'approccio interdisciplinare dell'IPI. Vi è inoltre il rischio che il personale impiegato sia scelto in base all'incentivo finanziario e non alle sue conoscenze specialistiche (p. es. persone in formazione nel settore medico al posto di personale pedagogico), con una conseguente possibile perdita sul fronte della qualità delle terapie. Un rimborso basato su costi standard potrebbe attutire questo incentivo.

5.5 Riepilogo

Nella tabella seguente sono riepilogati i quattro elementi di configurazione con le relative opzioni d'impostazione:

Elementi	Opzioni
A. Destinatari	1. Finanziamento diretto
	2. Finanziamento indiretto
	3. Finanziamento diretto orientato alla persona
	4. Sovvenzionamento a due livelli
B. Calcolo	1. Orientamento alla prestazione effettiva secondo i costi effettivi
	2. Orientamento alla prestazione effettiva secondo i costi standard
	3. Orientamento alle prescrizioni generali sulle prestazioni da fornire secondo i costi effettivi
	4. Orientamento alle prescrizioni generali sulle prestazioni da fornire secondo i costi standard
	5. Combinazione
C. Ripartizione degli ambiti di competenza di Confederazione e Cantoni	1. Decentralizzata
	2. Paritaria
	3. Centralizzata
D. Ripartizione dell'assunzione dei costi tra Confederazione e Cantoni	1. Ripartizione dei costi per discipline
	2. Ripartizione dei costi a prescindere dalle discipline

Tabella 4 – Panoramica degli elementi di configurazione e relative opzioni d'impostazione

6 Panoramica delle varianti di modello

6.1 Criteri di valutazione

Per analizzare in modo approfondito gli elementi di configurazione delle varianti di modello è necessario tenere conto di aspetti di tipo sia economico che giuridico. Nel presente capitolo sono presentati brevemente questi criteri di valutazione necessari sia per selezionare le possibili varianti sia per valutare in dettaglio quelle infine sviluppate.

Aspetti economici

Le varianti possono essere valutate in base agli aspetti economici seguenti.

- Grado di copertura dell'offerta: il modello di finanziamento favorisce la fornitura di prestazioni in funzione del bisogno in Svizzera?
- Efficienza: il modello di finanziamento promuove l'impiego economico delle risorse nei centri IPI?
- Autonomia cantonale (gestibilità): il modello di finanziamento permette ai Cantoni di impostare le prestazioni in funzione delle proprie necessità?
- Sicurezza per i Cantoni: il modello di finanziamento fornisce ai Cantoni un quadro chiaro, stabile e che permette calcoli a lungo termine, all'interno del quale impostare le proprie prestazioni?
- Interrelazione: la ripartizione degli ambiti di competenza è coerente con la ripartizione dell'assunzione dei costi e del finanziamento «(chi paga comanda»)[46]?
- Ulteriore sviluppo (flessibilità): il modello di finanziamento è abbastanza flessibile da permettere un consolidamento di efficacia ed efficienza a lungo termine nel quadro dei vari metodi d'IPI? Favorisce l'ulteriore sviluppo dell'IPI dal punto di vista qualitativo (innovazione)?
- Collaborazione intercantonale: il modello di finanziamento permette d'impostare la collaborazione tra i Cantoni in modo individuale?
- Onere esecutivo: quale onere amministrativo comporta l'attuazione del modello di finanziamento per la Confederazione(AI), i Cantoni, i fornitori di prestazioni e i beneficiari[47]?
- Tempo per l'attuazione: il modello di finanziamento può essere introdotto il più rapidamente possibile?

Aspetti giuridici

Le varianti possono essere valutate inoltre in base agli aspetti giuridici seguenti.

[46] V. CONSIGLIO FEDERALE 2001, pag. 2114.
[47] V. AFF 2019, pag. 28.

- Ripartizione delle competenze: è rispettata la ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni vigente in base alla NPC?
- Densità normativa: quale onere normativo comporta l'attuazione del modello di finanziamento?
- Basi giuridiche a livello federale: l'attuazione del modello di finanziamento richiede un adeguamento della LAI e dell'OAI?
- Basi giuridiche a livello cantonale: l'attuazione del modello di finanziamento richiede un adeguamento delle basi giuridiche a livello cantonale?
- Collaborazione intercantonale: è necessario concludere una convenzione intercantonale o adeguarne una esistente per garantire la collaborazione tra i Cantoni?

6.2 Preselezione

Partendo dagli elementi di configurazione con le relative opzioni d'impostazione esposti al capitolo 5 è possibile creare diverse varianti di modello. Non tutte però sono adeguate nel contesto dell'IPI. Per esempio, per quanto concerne la determinazione del destinatario del finanziamento, nel caso dell'IPI il modello di finanziamento indiretto non rappresenta un'opzione praticabile: è infatti rarissimo che le famiglie toccate abbiano veramente la possibilità di scegliere tra diversi centri, poiché la necessità di una presenza continua e regolare sul posto rende l'esecuzione della terapia in un centro situato nelle vicinanze praticamente imprescindibile e generalmente in una determinata regione è disponibile un solo centro. È inoltre presumibile che politicamente il versamento diretto dei contributi alle famiglie sollevi alcune riserve. D'altro canto, nemmeno l'esclusivo finanziamento diretto (vale a dire il versamento di prestazioni statali direttamente a un'istituzione) risponderebbe agli obiettivi prefissati. Per questa ragione al centro della scelta della variante rimane la forma del finanziamento diretto orientato alla persona, eventualmente combinato a un sovvenzionamento a due livelli.

Sul fronte del calcolo, l'opzione del finanziamento in base ai soli costi effettivi non risulta usuale. In ambito sanitario, infatti, è molto più diffusa l'applicazione di tariffe prestabilite per determinate prestazioni. Pertanto l'opzione di principale interesse per la scelta della variante è quella del calcolo in base a costi standard, siano questi orientati a tariffe in funzione della disciplina o a importi forfettari (per singolo caso).

6.3 Due varianti principali

A fronte della preselezione esposta entrano in linea di conto principalmente due varianti, basate sulle combinazioni «decentralizzata» e «paritaria» dell'elemento di configurazione «ambiti di competenza» (v. cap. 5.3), di seguito approfondite.

Variante 1 – «Compito congiunto secondo la NPC»: questo modello si orienta all'impostazione dei compiti congiunti in base alla NPC (v. cap. 4.2), secondo cui il ruolo della Confederazione (AI) si concentra prevalentemente sulla fissazione di disposizioni strategiche sovraordinate, nel quadro delle quali i Cantoni attuano (o fanno attuare) l'IPI in modo ampiamente autonomo. Il finanziamento della Confederazione viene effettuato sotto forma di importi forfettari ai Cantoni. Per questa variante vengono inoltre presentate delle sottovarianti che tengono conto dell'eterogeneità attualmente rilevabile tra i centri IPI.

Variante 2 – «Sovrapposizione di competenze»: questo modello si rifà rigorosamente alla ripartizione dei compiti prevista dalla NPC, secondo cui la Confederazione (AI) ha la competenza e la responsabilità del finanziamento per le prestazioni medico-terapeutiche, mentre i Cantoni per quelle pedagogico-terapeutiche (dei centri IPI). Poiché nell'ambito del concetto di trattamento IPI si applicano contemporaneamente entrambe le forme di terapia, questo modello produce necessariamente una sovrapposizione relativamente ampia delle competenze della Confederazione e di quelle dei Cantoni, tuttavia senza una relativa collaborazione istituzionale.

Queste due varianti rispecchiano il rapporto di tensione menzionato nella parte introduttiva (logica della ripartizione vs. logica della collaborazione) che si crea quando partendo da una situazione di compiti distinti si genera, per motivi oggettivi (in questo caso: motivi di tipo strategico-terapeutico), un nuovo compito congiunto (v. cap. 4.2).

In seno al gruppo di accompagnamento è stata inoltre discussa una terza variante: «Federalismo esecutivo», la quale si basa sulla definizione degli ambiti di competenza secondo la combinazione 3 («centralizzata», v. cap. 5.3). In questa variante, il ruolo dell'AI è più esteso rispetto a quanto accade nella variante 1: oltre a stabilire gli standard IPI, l'AI è anche competente per il riconoscimento dei centri e può così influenzare maggiormente la gestione delle prestazioni. L'attuazione operativa (conclusione di convenzioni di prestazioni, attribuzione dei bambini, controlling) è svolta insieme ai Cantoni, ma rispetto alla variante 2 la Confederazione assume un ruolo prevalentemente di vigilanza (p. es. le convenzioni di prestazioni sono concluse tra Cantoni e centri IPI, ma devono essere approvate dall'AI). Complessivamente, questa variante presenta una certa somiglianza con i compiti della Confederazione che vengono eseguiti dai Cantoni («Federalismo esecutivo» appunto) ed è paragonabile all'ordinamento delle prestazioni complementari all'AVS e all'AI. Tuttavia, dopo un primo giro di discussione, il gruppo di accompagnamento non ha proseguito in questa direzione e non ha pertanto precisato ulteriormente la variante. Il motivo principale è la mancanza di autonomia dei Cantoni nell'ambito dell'attuazione.

7 Variante 1 – «Compito congiunto secondo la NPC»

7.1 Descrizione

Parametri degli elementi di configurazione

- Destinatari: base finanziamento diretto orientato alla persona (A3); a due livelli (A4).
- Calcolo: combinazione orientamento alle prescrizioni generali sulle prestazioni fornite secondo i costi effettivi (B3) – Confederazione (B4); Cantoni: decidono autonomamente in merito al finanziamento residuo
- Ripartizione degli ambiti di competenza tra Confederazione e Cantoni: decentralizzata (C1)
- Ripartizione dell'assunzione dei costi tra Confederazione e Cantoni: ripartizione dei costi a prescindere dalla combinazione delle discipline nei singoli centri (D2)

La variante 1 si orienta ai principi dei compiti congiunti della NPC. La competenza della Confederazione si limita alla determinazione di condizioni quadro sovraordinate e prescrizioni strategiche. L'attuazione operativa, vale a dire la predisposizione dell'offerta IPI, spetta ai Cantoni.

La variante 1 si orienta ai principi dei compiti congiunti della NPC. La competenza della Confederazione si limita alla determinazione di condizioni quadro sovraordinate e prescrizioni strategiche. L'attuazione operativa, vale a dire la predisposizione dell'offerta IPI, spetta ai Cantoni.

Prescrizioni della Confederazione: un elemento centrale delle prescrizioni strategiche a livello federale è costituito dagli standard IPI, intesi quali requisiti di armonizzazione secondo il capitolo 4.3. Questi standard vanno completati in un punto: una delle prescrizioni della Confederazione deve garantire che l'IPI comprenda non solo provvedimenti pedagogico-terapeutici, ma anche medico-terapeutici. Senza un esplicito inserimento dei provvedimenti medico-terapeutici mancherebbe, in particolare dal punto di vista giuridico, la ragion d'essere di una partecipazione finanziaria da parte della Confederazione (AI). Questa prescrizione è pertanto puramente di tipo qualitativo (p. es. «l'IPI comprende provvedimenti di tipo sia medico-terapeutico che pedagogico-terapeutico» oppure la prescrizione secondo cui l'organico coinvolto nella direzione dell'IPI deve comprendere anche un medico specialista). Poiché oggi, sebbene la sua efficacia sia incontestata, l'IPI è ancora eterogeneo dal punto di vista generale e specialistico ed è in costante sviluppo, gli standard IPI rimangono ancora relativamente generali. Il modello permette di aumentare il grado di standardizzazione con una progressiva precisazione e dunque di apportare in futuro adeguamenti alle prescrizioni strategiche della Confederazione.

Importi forfettari per singolo caso: i contributi dell'AI sono impostati sotto forma di importi forfettari per singolo caso. Il sostanziale rispetto della ripartizione dei compiti secondo la NPC nel settore dell'istruzione scolastica speciale comporta che questi forfait *si basino* sulle prestazioni medico-terapeutiche fornite dai centri IPI. La soluzione più logica sarebbe di prendere quale riferimento un valore medio o mediano di tutti i centri. Nel singolo caso, ciò comporterà che per alcuni centri la Confederazione pagherà più delle prestazioni fornite e per altri meno. Va però osservato che i centri con una quota di prestazioni medico-terapeutiche più elevata forniscono tendenzialmente una quota più bassa di provvedimenti pedagogico-terapeutici (e di conseguenza registrano costi minori in questo settore).

Struttura d'incentivazione: grazie alla concessione di importi forfettari da parte dell'AI non si crea un incentivo diretto sui centri IPI che li induca ad aumentare le prestazioni medico-terapeutiche per massimizzare i contributi (il singolo contributo non può infatti essere influenzato dalle scelte individuali in materia di risorse). Eventualmente può insorgere al massimo un incentivo indiretto nel caso in cui il forfait dell'AI si basi sulla media delle prestazioni fornite da tutti i centri, poiché in questo caso l'incremento delle prestazioni medico-terapeutiche di un solo centro porterebbe a un aumento dei costi medi di tutti i centri e dunque dell'importo forfettario. Questo incentivo sarebbe comunque nettamente inferiore a quello che potrebbe generare un rimborso individuale delle prestazioni mediche da parte dell'AI (v. variante 2), poiché l'influsso del singolo fornitore è minore sulla media e l'importo forfettario non viene adeguato ogni anno e/o automaticamente. Viceversa, i fornitori che presentano una quota di prestazioni medico-terapeutiche superiore alla media saranno incentivati a ridurla o a sostituire queste prestazioni con provvedimenti pedagogico-terapeutici.

Accordo di programma: i requisiti (basati sugli standard IPI) e gli importi forfettari per singolo caso vengono disciplinati in un accordo di programma pluriennale (p. es. di quattro anni) tra l'AI (UFAS) e i singoli Cantoni.

Sottovarianti: considerazione dell'eterogeneità

Contro questa variante si potrebbe obiettare che il rimborso da parte dell'AI tramite importi forfettari non tiene sufficientemente conto dell'attuale eterogeneità dei centri IPI per quanto concerne l'impiego di prestazioni medico-terapeutiche e pedagogico-terapeutiche («combinazione di metodi»). Nell'ambito dell'impostazione del modello è possibile affrontare questo punto in due modi.

- *Sottovariante 1b – «Riduzione dell'eterogeneità»*: le prescrizioni della Confederazione vengono ampliate rispetto agli standard IPI come descritto al capitolo 4.3, sono formulate in forma più rigorosa e comprendono in particolare prescrizioni minime di tipo quantitativo sull'impiego delle prestazioni medico-terapeutiche (p. es.

almeno 15 ore d'intervento alla settimana, di cui almeno il 30 % di tipo medico-terapeutico oppure fissazione di un intervallo). In tal modo la Confederazione ha la facoltà di ridurre l'eterogeneità concernente la combinazione di metodi. Rispetto alla variante di base viene dunque tendenzialmente ampliato l'ambito di competenze dell'AI.

- *Sottovariante 1c – «Finanziamento dell'eterogeneità»*: la Confederazione tiene conto dell'eterogeneità tra i centri IPI nell'ambito del finanziamento. A tale scopo l'importo forfettario viene calcolato individualmente (per lo meno entro certi limiti). Esso potrebbe per esempio avere un importo variabile all'interno di un determinato intervallo a seconda del centro (quota delle prestazioni medico-terapeutiche) oppure il contributo dell'AI comprende, oltre all'importo forfettario, una componente legata alle prestazioni che tiene conto dei costi supplementari sostenuti dai centri a causa della quota superiore di prestazioni medico-terapeutiche fornite.

In linea di principio queste due opzioni per tenere conto dell'eterogeneità possono essere anche combinate tra loro (sottovariante 1d).

Nella tabella seguente sono riassunte le sottovarianti possibili.

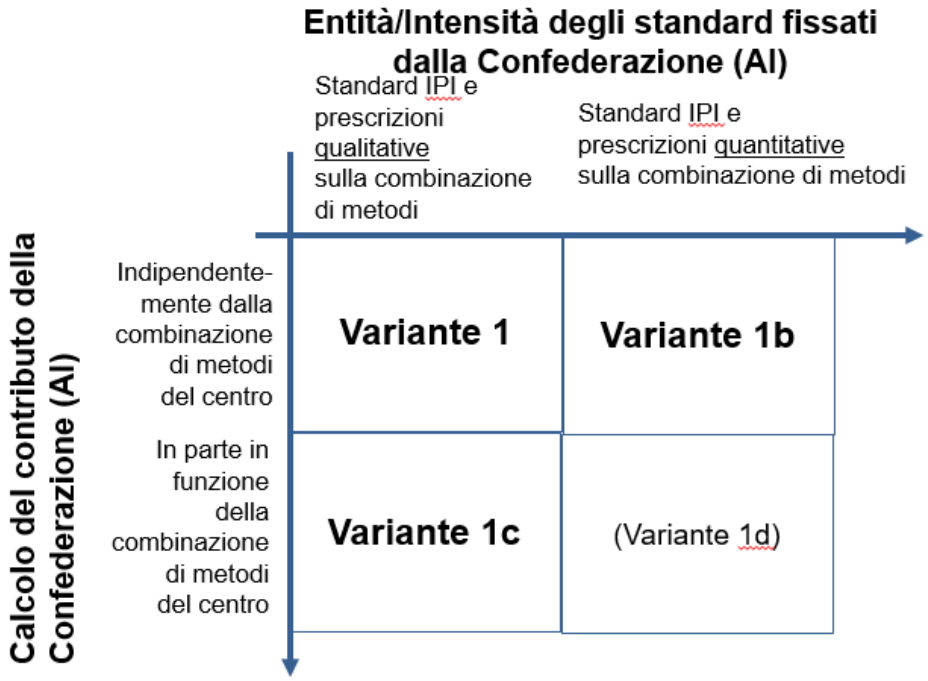

Figura 5 – Sottovarianti della variante 1

Sottovariante 1b non attuabile a breve termine

L'attuabilità della sottovariante 1b è da considerare difficile, almeno in questo momento. Non è infatti realistico che i fornitori di IPI esistenti siano in grado di modificare a breve termine la propria combinazione di metodi (e dunque rimpiazzare il proprio personale), in prima linea dato che sono necessarie formazioni e formazioni continue particolari e proposte con poca frequenza. A questo proposito va inoltre considerato che le prescrizioni quantitative contenute nell'O UFAS non vengono osservate da tutti i centri IPI: se infatti i nuovi fornitori di prestazioni IPI attuano sistematicamente le prescrizioni, nel caso dei centri già attivi prima dello svolgimento del progetto pilota l'UFAS ha tenuto conto delle difficoltà presentate dalla necessità di sostituire il personale.

Inoltre non si dispone ancora di sufficienti dati empirici su quale sia la «giusta» quota per i due tipi di terapia. Pertanto, l'imposizione da parte della Confederazione di una limitazione quantitativa troppo rigida concernente la combinazione di metodi rischierebbe di ostacolare il consolidamento di formule terapeutiche efficaci. L'obiettivo centrale deve essere di rendere l'IPI efficace, il che in base allo stato attuale delle conoscenze non può essere ottenuto con prescrizioni quantitative concernenti la combinazione di metodi. Più decisivo è semmai impiegare le persone giuste nelle posizioni giuste: per esempio si è dimostrata valida la scelta di affidare la funzione dirigenziale dell'offerta di IPI a personale medico qualificato, mentre nell'ambito dell'esecuzione risulta indispensabile disporre di personale pedagogico adeguatamente formato.

Va inoltre tenuto conto del fatto che le categorie professionali «medico-terapeutica» e «pedagogico-terapeutica» sono formulate in modo molto ampio e che anche per questo motivo non è possibile stabilire un nesso vincolante tra aspetti quantitativi e qualità della terapia. Non è nemmeno possibile formulare considerazioni generali in merito ai costi delle prestazioni fornite da queste due categorie professionali (se non eventualmente riguardo al maggior costo delle prestazioni mediche; v. cap. 3.4).

A fronte di quanto esposto, la sottovariante 1b non viene ulteriormente approfondita (e di conseguenza lo stesso vale per la sottovariante 1d). Pertanto le opzioni di principale interesse per il modello di finanziamento risultano la variante 1 (con mere prescrizioni qualitative concernenti la combinazione di metodi) e la sottovariante 1c. Nell'ambito della concretizzazione di questi modelli di finanziamento sarà però necessario garantire che in futuro (una volta disponibili ulteriori dati empirici) sia possibile fare un passo nella direzione della sottovariante 1b (eventualmente 1d).

7.2 Impostazione e attuazione

La variante 1 (compresa la sottovariante 1c) prevede un finanziamento a due livelli, vale a dire che il contributo della Confederazione ai fornitori di IPI avviene indirettamente tramite i Cantoni. Per l'impostazione e l'attuazione concrete del modello, occorre considerare questi due livelli separatamente.

- L'attuazione al livello della Confederazione (AI) interessa in primo luogo il rapporto tra i Cantoni e l'AI. Il suo elemento centrale è un accordo analogo agli accordi di programma previsti con la NPC. Gli aspetti che esso deve disciplinare sono illustrati nel capitolo 7.2.1. La questione della tariffazione da parte dell'AI (ovvero il calcolo dei contributi ai Cantoni) è trattata nel capitolo 7.2.2.
- L'attuazione al livello del Cantone (ovvero il rapporto tra il Cantone e il fornitore di IPI o di prestazioni) è spiegata nel capitolo 7.2.3. Il suo elemento centrale è la convenzione di prestazioni o il contratto di sovvenzionamento.

Infine, nel capitolo 7.2.4 sono esposti i punti da tenere presenti per il controlling.

7.2.1 Accordo tra Confederazione e Cantoni

Generalità sugli accordi di programma

Lo strumento dell'accordo di programma (o accordo programmatico) è impiegato in particolare per i compiti congiunti nel settore ambientale. L'UFAM ha riunito in un manuale le basi giuridiche, procedurali e tecniche di tali accordi[48]. Le spiegazioni seguenti si basano su di esso, oltre che sulle fonti relative alla NPC in generale, menzionate nel capitolo 4.2.

Gli accordi di programma sono contratti di diritto pubblico «stipulati tra Confederazione e Cantoni concernenti le prestazioni finanziarie della Confederazione e le prestazioni da realizzare in un Cantone. La prestazione non è sempre eseguita dai Cantoni stessi, ma anche dai destinatari dei sussidi»[49]. L'UFAM riassume il principio fondamentale degli accordi di programma nei termini seguenti: «la Confederazione e i Cantoni negoziano un contributo globale per un programma, vale a dire un pacchetto di misure coordinato e coerente, che si protrae di regola per quattro anni. La prestazione finanziaria della Confederazione è per contro improntata al raggiungimento di determinati obiettivi, risultati ed effetti. […] [O]gni AP [accordo di programma] contiene certi elementi chiave (obiettivi, prestazioni, indicatori, procedure, valutazioni ecc. [...]»[50]. Questo principio è compatibile con quello dell'IPI, che dal canto suo segue «una struttura programmatica»[51], vale a dire

[48] V. UFAM 2018; il manuale contiene anche un accordo modello commentato.
[49] UFAM 2018, pag. 15.
[50] UFAM 2018, pag. 29.
[51] Gruppo di lavoro IPI 2019, pag. 10.

che le discipline e i compiti terapeutici di competenza di Confederazione e Cantoni vengono pianificati e gestiti strategicamente da un solo ente.

Al momento soltanto la correlazione tra il finanziamento e il raggiungimento di obiettivi di risultato non è completamente realizzabile, poiché, come spiegato nel capitolo 4.4, gli effetti si manifestano con un notevole differimento temporale e devono poi ancora essere rilevati (v. anche «Obiettivi e basi del finanziamento, oggetto dell'accordo»).

Gli accordi di programma vengono stipulati tra l'UFAS e l'autorità cantonale competente (ufficio, dipartimento o eventualmente Esecutivo). Una ratifica parlamentare non è né comune né consona a livello gerarchico, dato che il Legislativo gestisce la fornitura di prestazioni emanando le basi giuridiche e conferendo le eventuali autorizzazioni di spesa. La conclusione dell'accordo, in quanto compito di attuazione, spetta poi all'Esecutivo o all'Amministrazione.

Gli elementi che gli accordi di programma devono disciplinare sono illustrati di seguito.

Basi giuridiche e portata dell'accordo

In base al principio di legalità, le pertinenti basi giuridiche delle due parti sono una componente necessaria di un accordo di programma[52]. Per la Confederazione si tratta in primo luogo della LAI e dell'OAI nonché delle disposizioni generali concernenti gli accordi di programma stabilite nella LSu e a livello sovraordinato (art. 46 cpv. 2 Cost.).

In linea di massima, un accordo di programma è riferito a un determinato Cantone. Tuttavia, questo non esclude, in particolare nel caso dei Cantoni di piccole dimensioni, che il Cantone acquisisca la prestazione in questione presso altri Cantoni o presso fornitori di IPI in altri Cantoni. Secondo l'UFAM non è però possibile «che diversi Cantoni siano parti dello stesso AP [accordo di programma] con la Confederazione»[53]. Per contro, possono essere stipulati accordi di programma tra la Confederazione e organismi esistenti previsti da accordi intercantonali, purché a questi ultimi siano state delegate le competenze necessarie[54]. Nel caso dell'IPI si può presumere che i Cantoni di piccole dimensioni non svilupperanno nemmeno in futuro prestazioni proprie e le acquisiranno quindi ricorrendo a quelle dei Cantoni limitrofi. Per questi Cantoni si dovrebbe poter escludere la necessità di stipulare un accordo di programma con la Confederazione. Nell'accordo di programma del Cantone che offre la prestazione in questione deve essere garantito che per il rimborso vengano considerati anche i trattamenti «venduti».

Sarebbe eventualmente ipotizzabile anche *un unico* accordo di programma per tutti i Cantoni tramite la CIIS. Questo procedimento non sembra però efficiente: le trattative

[52] V. UFAM 2018, pagg. 34–35.
[53] *Ibidem*.
[54] *Ibidem*.

per l'accordo sono estremamente complesse e richiedono anche un sostanziale adeguamento della CIIS (che va approvato dalle autorità politiche di tutti i Cantoni). Inoltre, è molto difficile tenere sufficientemente conto degli svariati bisogni e contesti dei singoli Cantoni. Sarebbe così compromesso uno dei principali vantaggi dello strumento in questione, ovvero la possibilità di un'impostazione individuale a seconda del Cantone. È tuttavia determinante che la CIIS consenta e uniformi la riscossione di prestazioni a livello intercantonale anche nel caso dell'IPI. In questo modo i due strumenti (accordi di programma tra l'AI e i Cantoni, e CIIS tra i Cantoni) potrebbero completarsi in un unico sistema globale.

Durata dell'accordo

Secondo l'articolo 20*a* capoverso 2 LSu, gli accordi di programma si estendono di regola su diversi anni. Di norma gli accordi di programma già consolidati hanno una durata di quattro anni. Questa appare adeguata anche nel caso dell'IPI: una durata inferiore accrescerebbe l'onere per le trattative di rinnovo periodiche e sarebbe in contrasto con l'orientamento di base verso una politica dei sussidi incentrata sui programmi o sui risultati, mentre una durata superiore renderebbe meno vincolanti gli eventuali sforzi di sviluppo (p. es. maggiore armonizzazione tra i programmi di IPI cantonali). Entro la durata dell'accordo dovrebbe sempre essere possibile ampliare l'offerta (maggior numero di posti, coinvolgimento di ulteriori Cantoni o centri).

Obiettivi e basi del finanziamento, oggetto dell'accordo

Secondo l'articolo 20*a* capoverso 1 LSu, gli accordi di programma fissano gli obiettivi strategici da realizzare congiuntamente e disciplinano la prestazione della Confederazione. Prima di regolamentare dettagliatamente il programma e il finanziamento, «gli obiettivi principali devono essere formulati in termini generali»[55]. Per l'IPI si potrebbe adottare una formulazione del tenore seguente:

Il presente accordo ha per oggetto i seguenti obiettivi programmatici strategici:

- *organizzazione e svolgimento dell'intervento precoce intensivo per i bambini affetti da autismo infantile (IPI) del Cantone xy sotto forma di programmi d'intervento interdisciplinari;*
- *valutazione e ulteriore sviluppo dell'IPI nel Cantone xy e contributo all'ulteriore sviluppo in Svizzera.*

Finanziamento congiunto: la Confederazione e il Cantone xy garantiscono congiuntamente il finanziamento del programma.

[55] UFAM 2018, pag. 36.

L'oggetto dell'accordo comprende dunque i singoli obiettivi programmatici concretizzati, «vale a dire che le prestazioni e le misure del Cantone specifiche per ogni settore vanno definite e corredate di indicatori di prestazione e di qualità come pure di indicatori ausiliari»[56].

Come indicato nel capitolo 4.4, per l'IPI non si sono ancora affermati indicatori di risultato uniformi. Inoltre, l'efficacia dell'intervento potrebbe essere visibile prevalentemente soltanto con un certo ritardo, cosicché nel quadro di un accordo di programma sarebbe utilizzabile in misura limitata come parametro immediato a cui collegare il finanziamento. In caso di istituzione di un controlling dei risultati o di un registro longitudinale (v. di seguito), però, dopo due o tre periodi di programma si potrebbe prevedere l'inserimento di alcuni elementi di risultato nell'accordo di programma.

Per quanto concerne la regolamentazione dettagliata dell'oggetto dell'accordo, invece, attualmente possono fungere da base gli otto standard definiti dal gruppo di lavoro IPI nella fase 1 del progetto (v. cap. 4.3). Con questi standard s'intende far sì che «[n]onostante questa grande eterogeneità, [sia] comunque garantita l'integrità del programma IPI»[57]. Si può dunque presumere che applicando gli standard l'IPI possa produrre i propri effetti nel migliore dei modi; gli obiettivi incentrati sulle risorse (e i relativi indicatori) consentono quindi indirettamente una gestione strategica orientata ai risultati.

Sviluppo dell'orientamento ai risultati

È importante che l'introduzione del nuovo modello di finanziamento sia accompagnata dall'ulteriore sviluppo della misurazione uniforme dei risultati dell'IPI. Questo può e deve pertanto essere inserito quale oggetto negli accordi di programma. Un requisito minimo è costituito dall'ottavo standard IPI: l'IPI deve essere «legato a una gestione strutturata del progetto e dei dati»[58]: «[s]i pensa all'istituzione di un registro longitudinale. Il gruppo di lavoro suggerisce di utilizzare quale base i *core set* per l'autismo dell'ICF»[59]. Una documentazione dei casi uniforme può contribuire non solo all'ulteriore sviluppo dell'IPI, ma anche a una sua maggiore accettazione da parte della Confederazione e dei Cantoni: «se Confederazione e Cantoni si accordano su un finanziamento congiunto di questo intervento così costoso, occorrono un controllo e una gestione strategica. Gli approcci adottati finora dai centri in materia di documentazione sono insoddisfacenti. Un registro longitudinale, per esempio sul modello del Registro svizzero della paralisi cerebrale (Swiss-CP-Reg) è un approccio nuovo che, grazie alla sua elevata sistematicità interna e a competenze decisionali ben identificabili, potrebbe consentire di ottenere il processo di documentazione auspicato»[60]. I dati del registro longitudinale potrebbero quindi essere

[56] *Ibidem*.
[57] Gruppo di lavoro IPI 2019, pag. 10.
[58] Gruppo di lavoro IPI 2019, pag. 12.
[59] *Ibidem*.
[60] *Ibidem*.

collegati anche con i dati esistenti provenienti dal monitoraggio dell'educazione (nell'ambito della pedagogia speciale e al di fuori di essa) e quelli dell'AI.

Gli accordi di programma devono dunque contenere le prescrizioni necessarie, in modo che con la regolamentazione del finanziamento si possano porre anche le basi per un ulteriore sviluppo materiale dell'IPI quale sistema dinamico e flessibile. Concretamente, in un primo periodo quadriennale l'introduzione di un registro longitudinale figurerà quale obiettivo negli accordi di programma. Questo potrebbe essere completato con altri indicatori, rilevabili anche a breve termine (p. es. QI, sviluppo del linguaggio). In questo modo, in una prima fase verranno poste le *basi* per una valutazione sistematica dei diversi programmi di IPI. L'analisi dei dati così ottenuti e le conoscenze scientifiche correnti potranno quindi essere sfruttate in futuri accordi di programma, permettendo di sviluppare ulteriormente il modello di finanziamento con un progressivo orientamento ai risultati.

Obiettivi programmatici sulla base degli standard IPI

Gli standard IPI sono perlopiù relativamente generali e possono essere specificati caso per caso mediante l'accordo di programma con i singoli Cantoni. In questo contesto si può tenere conto anche del fatto che attualmente non tutti i fornitori di IPI rispettano la totalità degli standard. È ipotizzabile anche che in una prima fase gli accordi di programma comprendano obiettivi di sviluppo in tal senso. Si tratta di un'opzione importante anche in vista dello sviluppo di nuove prestazioni. Per tutti gli standard andrebbero però possibilmente fissate sempre prescrizioni minime a livello federale (p. es. mediante ordinanza o direttive), nel cui quadro andrà poi stipulato l'accordo di programma cantonale per ogni standard.

La tabella seguente delinea *a titolo esemplificativo* la struttura dell'oggetto degli accordi di programma IPI. La prima colonna mostra gli aspetti da disciplinare sulla base degli standard IPI (talvolta completati con elementi tratti dall'O UFAS). La seconda colonna contiene *possibili* prescrizioni minime generali dell'UFAS e la terza i punti da concordare caso per caso (ove possibile, con l'indicazione di indicatori ipotizzabili). La fissazione dei contributi federali è esposta nel capitolo 7.2.2.

	Prescrizioni generali AI	**Accordo specifico AI-Cantone**
Condizioni *Standard IPI 1* Art. 3 cpv. 2 e 3 O UFAS	*Bambini:* • sono assicurati secondo la LAI; • all'inizio del trattamento hanno un'età compresa tra 2 e 4 anni (ev. già 18 mesi); • per loro è stata emessa una diagnosi di autismo infantile (secondo il n. 405 OIC-DFI) sulla base di strumenti diagnostici validati. *Detentori dell'autorità parentale:*	Standard diagnostici applicati a livello cantonale Indicatori: – Prescrizioni cantonali per i detentori dell'autorità parentale Indicatori: –

	Prescrizioni generali AI	Accordo specifico AI-Cantone
	• s'impegnano a collaborare attivamente e gratuitamente al trattamento e a fornire informazioni; • danno il loro consenso alla valutazione dei dati del bambino.	
Programma di IPI *Standard IPI 2*	*Lavoro interdisciplinare con il bambino* • Struttura programmatica: la pianificazione, la gestione strategica e la gestione sono affidate a persone con una formazione e un'esperienza specifiche in materia di autismo	Descrizione del programma specifico del fornitore di IPI cantonale; dati sulla direzione e sulla formazione del personale impiegato Indicatori: –
Art. 7 cpv. 3 lett. a–c O UFAS	• Metodo: scientificamente riconosciuto; con un approccio basato sulla terapia comportamentale e/o sullo sviluppo; con l'inclusione degli ambiti cognizione, comunicazione e linguaggio, interazione sociale, sviluppo emotivo	Descrizione del metodo applicato dal fornitore di IPI Indicatori: –
Art. 7 cpv. 3 lett. f, cpv. 4 lett. b, e (senza prescrizione quantitativa) e f O UFAS	• Interdisciplinarità: esecuzione da parte di un gruppo interdisciplinare; direzione o accompagnamento di un medico specialista in neuropediatria, pediatria dello sviluppo o psichiatria e psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza; quota significativa di personale medico e pedagogico-terapeutico; quota limitata di persone in formazione	Composizione dell'organico del fornitore di IPI Indicatori: ETP del personale medico e pedagogico-terapeutico; ETP delle persone in formazione
Standard IPI 3 Art. 7 cpv. 3 lett. d O UFAS: 20 ore/sett.	*Intensità dell'intervento* • Almeno 15 ore alla settimana di lavoro diretto con il bambino (ev. aggiungere sesi tratta di terapia di gruppo o individuale);	Indicatore: numero medio di ore alla settimana prestate dal fornitore di IPI
Standard IPI 4	• per al massimo due anni, poi con un'intensità dell'assistenza notevolmente ridotta	Indicatore: durata media della terapia
Standard IPI 7 Art. 7 cpv. 5 O UFAS	*Attivazione dei genitori* • Rafforzamento delle competenze personali; • alternative, se il contesto familiare non permette l'attivazione dei genitori	Descrizione del ruolo/della funzione dei genitori nel programma Indicatore: durata media delle prestazioni terapeutiche fornite dai genitori
Standard IPI 6	*Correlazioni trasversali* • Coordinamento con altre strutture del settore della prima infanzia; • impostazione esplicita e accurata delle transizioni successive	Descrizione del coordinamento Indicatori: –
Impostazione istituzionale *Standard IPI 5* Art. 7 cpv. 4 lett. a O UFAS (formulazione adattata)	L'IPI è proposto da fornitori di prestazioni riconosciuti e autorizzati a livello cantonale, sotto la cui responsabilità viene svolto da un'équipe multidisciplinare e in modo coordinato a livello interdisciplinare.	Forma organizzativa concreta e variante attuativa dell'IPI[61] Fornitura di prestazioni ad altri Cantoni Indicatori: –
Art. 7 cpv. 4 lett. c O UFAS	Il finanziamento deve essere garantito per l'intera durata dell'accordo di programma.	Indicatore: pianificazione finanziaria dei fornitori di IPI
–	L'IPI si basa su una convenzione di prestazioni tra il Cantone e il fornitore di IPI.	Convenzione di prestazioni

[61] Gruppo di lavoro IPI 2019, pag. 11.

	Prescrizioni generali AI	Accordo specifico AI-Cantone
Valutazione Art. 7 cpv. 4 lett. d O UFAS *Standard IPI 8*	Il fornitore di IPI dispone di un sistema di gestione della qualità. Il fornitore di IPI provvede a una gestione strutturata del progetto e dei dati; è prevista l'introduzione di un registro longitudinale.	Parametri del sistema di gestione della qualità Parametri del sistema di gestione del progetto e dei dati

Tabella 5 – Accordo di programma: prescrizioni generali e accordo specifico

Altri punti

Per quanto riguarda gli altri punti da disciplinare nell'accordo di programma, ne vanno evidenziati due[62].

- *Vigilanza*: negli accordi di programma anche la vigilanza deve essere esercitata in partenariato. Questo significa che gli organi di vigilanza della Confederazione (CDF, UFAS) e dei Cantoni (controlli cantonali delle finanze, servizi cantonali competenti) devono collaborare per la verifica del corretto svolgimento degli accordi di programma.
- *Adempimento dell'accordo di programma*: l'accordo di programma è considerato adempiuto quando gli obiettivi (v. tabella precedente) sono raggiunti e i contributi versati. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, va definito se ed eventualmente entro quale termine sia possibile una rettifica. In base agli articoli 23 segg. LSu, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi convenuti la Confederazione può chiedere la restituzione dei contributi già versati.

Per quanto concerne le modalità di pagamento e la presentazione dei rapporti si rimanda ai capitoli 7.2.2 e 7.2.4.

Nell'ambito dell'elaborazione degli accordi di programma va previsto tempo sufficiente per la fase delle trattative. Inoltre, il processo negoziale deve essere impostato in modo trasparente e strutturato con chiarezza. Va poi tenuto presente che per gli accordi di programma la LSu prevede una consultazione dei Comuni, se questi concernono interessi comunali (art. 19 cpv. 2 LSu).

[62] Per le componenti modalità di adeguamento, principio di cooperazione, protezione giuridica, modifica ed entrata in vigore dell'accordo v. UFAM 2018, pagg. 38 segg. e 52 seg.

7.2.2 Tariffazione

Contributo globale o importo forfettario per singolo caso

Gli accordi di programma ricorrono generalmente a contributi globali, ovvero un importo complessivo stabilito nel quadro del singolo accordo. Questa procedura presuppone però di norma un finanziamento meramente diretto. Applicando all'IPI il finanziamento diretto orientato alla persona l'importo complessivo dovuto dall'AI ai Cantoni è il risultato della moltiplicazione tra un importo forfettario per singolo caso e il numero di casi (ovvero il numero di bambini presi a carico).

La difficoltà sta nel fatto che il numero di casi non è disponibile a priori, ossia al momento della conclusione dell'accordo di programma, ma ci si può fondare su una stima il più plausibile possibile in base alla capacità (prevista) del fornitore di IPI interessato e sui valori empirici[63]. Su questa base si può determinare un contributo globale per l'accordo di programma, che va poi completato in modo da tenere conto del numero effettivo di casi a posteriori.

Nella concezione della politica di sovvenzionamento incentrata sui programmi è fondamentale che i destinatari dei sussidi federali (in questo caso i Cantoni) siano liberi di disporre dei mezzi stanziati nel quadro dell'accordo di programma. Contrariamente a quanto avviene nell'attuale fase pilota del progetto, questo significa in particolare che la Confederazione non impone alcuna prescrizione quantitativa specifica circa la composizione dell'organico (v. spiegazioni precedenti sulla sottovariante 1b).

Calcolo dell'importo forfettario per singolo caso

La ripartizione dei compiti tra la Confederazione e i Cantoni (v. cap. 4.1) implica che l'AI rimborsi esclusivamente le prestazioni medico-terapeutiche dei fornitori di IPI.

Quale base per il calcolo dei relativi importi forfettari, andrebbero considerati i costi totali per le prestazioni mediche per ogni caso. Per costi totali s'intende che «[l]e spese derivanti da costi indiretti, locali, mobilio, materiale, mezzi di trasporto, vitto e alloggio dei bambini sono ripartite proporzionalmente sulle singole unità di prestazione»[64]. L'importo forfettario per singolo caso valido per tutti i Cantoni («importo forfettario generale per singolo caso», FGC) risulta dalla media dei costi totali per caso (CTC) per le prestazioni medico-terapeutiche di tutti i fornitori di IPI. Espresso con una formula (n = numero di fornitori di IPI):

$$FGC = \frac{\sum_{i=1}^{n} CTC_i}{n}$$

[63] Il numero di casi per Cantone non è rilevante per l'accordo di programma, poiché il finanziamento della Confederazione va in ultima istanza ai fornitori di IPI e ogni Cantone deve stimare per quanti casi dovrà rimborsare tali fornitori.
[64] Gruppo di lavoro IPI 2021, pag. 9.

Nella fase 2 sono state svolte ampie rilevazioni sui costi e sulle prestazioni dei fornitori di IPI (v. cap. 3.4). Tuttavia, i costi totali per singolo caso sostenuti dai centri non erano ripartiti sulle categorie di prestazioni «mediche» e «pedagogico-terapeutiche». In questo contesto si può procedere soltanto a una vaga approssimazione, partendo dall'analisi di regressione secondo la *Tabella 1*: moltiplicando il coefficiente di stima delle prestazioni medico-terapeutiche (3347) per il numero medio di ore fornite per prestazioni medico-terapeutiche (5,8)[65], risultano costi annui pari a 19 413 franchi. I costi totali medi per le prestazioni medico-terapeutiche in caso di terapia biennale ammontano quindi a 38 854 franchi. Si tratta di un valore corrispondente all'ordine di grandezza degli importi forfettari per singolo caso attualmente rimborsati nel quadro del progetto pilota (45 000 fr.). Questi calcoli non sono però sufficienti quale base per la tariffazione, dato che forniscono unicamente un'indicazione dell'ordine di grandezza del contributo federale.

Un approccio alternativo per il calcolo dell'importo forfettario per singolo caso dell'AI consisterebbe nell'impiegare quale base per il calcolo medio non i costi totali dei fornitori di IPI bensì le prestazioni medico-terapeutiche, distinte in funzione delle categorie professionali. Le rispettive ore potrebbero quindi essere moltiplicate per le tariffe individuali e aggregate ai costi medi, considerando i costi generali con un supplemento.

Per la determinazione dell'importo forfettario per singolo caso va inoltre tenuto presente che le attività terapeutiche dei fornitori di IPI con i bambini si concentrano su una fase di due anni, ma non terminano alla fine di questa. Anche il periodo successivo, fino al raggiungimento dell'età scolastica, è fondamentale per la longevità dell'IPI e va seguito a livello terapeutico, seppur con un'intensità nettamente inferiore. Pure questa fase può quindi essere presa in considerazione nel calcolo dell'importo forfettario per singolo caso dell'AI, basandosi anche in questo caso su valori medi (costi medi delle prestazioni medico-terapeutiche in considerazione della durata media della fase in questione). Analogamente si può tenere presente pure il fatto che l'IPI inizia già prima del secondo anno di vita, ma con un'intensità inferiore rispetto alla fase principale.

Calcolo dell'importo forfettario per singolo caso nella sottovariante 1c

Il rimborso degli importi forfettari generali per singolo caso corrisponde a quello della variante 1. Anche in base alla sottovariante 1c un centro IPI riceve un importo forfettario per singolo caso, ma questo si basa (in parte) sui costi totali medi individuali del fornitore di IPI in questione («importo forfettario individuale per singolo caso», FIC), vale a dire

[65] Le prestazioni medie comprendono 26,7 ore, di cui in media il 20 % per prestazioni medico-terapeutiche, il 72 % per prestazioni pedagogico-terapeutiche e l'8 % per altre prestazioni; v. GRUPPO DI LAVORO IPI 2021, pag. 13. Imputando in misura proporzionale le altre prestazioni alle prestazioni medico-terapeutiche, la quota di queste ultime raggiunge il 21,7 %.

che è il valore medio ponderato dell'importo forfettario generale per singolo caso e dei costi totali medi delle prestazioni medico-terapeutiche del fornitore di IPI in questione (i):

$$FIC_i = \theta \cdot FGC + (1 - \theta) \cdot CTC_i$$

Per esempio, nel modello di finanziamento si può stabilire che l'importo forfettario per singolo caso del fornitore di IPI si basa sul FGC per il 60 per cento (θ = 0,6) e per il restante 40 per cento (1-θ = 0,4) sui costi totali individuali delle prestazioni medico-terapeutiche di un fornitore di IPI. Se ad esempio il FGC ammonta a 50 000 franchi e i costi totali individuali delle prestazioni medico-terapeutiche di un fornitore di IPI sono pari a 70 000 franchi, l'importo forfettario per singolo caso per questo fornitore sarà di 58 000 franchi.

La media degli importi forfettari individuali per singolo caso di tutti i fornitori di IPI corrisponde all'importo forfettario globale per singolo caso[66]. Il fatto che l'importo complessivo a carico dell'AI (tutti i casi di tutti i fornitori di IPI) nella sottovariante 1c (FIC) sia o meno uguale a quello nella variante principale (FGC) dipende dalla ripartizione del numero di casi su tutti i fornitori di IPI: se ad esempio un fornitore di IPI con costi totali superiori alla media per le prestazioni medico-terapeutiche ha anche un numero di casi superiore alla media, la somma complessiva è maggiore. Per quanto concerne i costi complessivi dell'AI, le due varianti sarebbero equivalenti soltanto nel caso (irrealistico) in cui i centri trattassero lo stesso numero di bambini.

La rilevazione dei relativi costi per caso è onerosa, ragion per cui si raccomanda di svolgerla ogni quattro anni (prima dell'inizio di un nuovo periodo di programma).

Presa in considerazione delle spese di viaggio e di vitto

Nel quadro del progetto pilota IPI, «[l]'AI rimborsa ai detentori dell'autorità parentale le spese di viaggio se il fornitore di prestazioni non mette a disposizione un servizio di trasporto collettivo, nonché le spese per vitto e alloggio fuori casa» (art. 14 cpv. 1 O UFAS). Si applicano le disposizioni dell'OAI relative alle spese di viaggio in Svizzera (art. 90 OAI).

Le spese di viaggio e di vitto non possono essere imputate alle prestazioni medico-terapeutiche o a quelle pedagogico-terapeutiche, vale a dire che anche per queste spese occorre un finanziamento congiunto della Confederazione (AI) e dei Cantoni. Va tenuto presente che, se messi a disposizione dai fornitori di IPI, il trasporto e il vitto sono già considerati (in proporzione) negli importi forfettari per singolo caso (v. sopra). Si presume però che non sia il caso di tutti i fornitori di IPI.

[66] $\sum FIC_i/n = n \cdot \theta \cdot FGC/n + (1 - \theta) \cdot \sum CTC_i/n = \theta \cdot FGC + (1 - \theta) \cdot FGC = FGC$

È importante che anche eventuali spese di viaggio e di vitto delle famiglie siano rimborsate dall'AI secondo la logica generale del modello di finanziamento 1, ossia che il calcolo e il rimborso vengano effettuati a livello cantonale (da parte del Cantone o dei fornitori di IPI) e vi sia un finanziamento congiunto di Confederazione e Cantoni o un cofinanziamento con l'importo forfettario per singolo caso della Confederazione, vale a dire che l'importo secondo il calcolo esposto in precedenza aumenta di conseguenza (indipendentemente dai costi effettivi sostenuti dai detentori dell'autorità parentale). Questo punto va disciplinato anche nell'accordo di programma. Nella determinazione degli importi forfettari dell'AI per i viaggi e il vitto si possono considerare anche le condizioni geografico-topografiche differenti da Cantone a Cantone. Va poi chiarita la questione se per i bambini domiciliati al di fuori del Cantone in questione siano previsti indennizzi speciali.

Modalità di pagamento

Nell'ambito del progetto pilota, il pagamento degli importi forfettari per singolo caso è individuale, in funzione del caso specifico. Nel quadro della variante 1 (e della sottovariante 1c) del modello di finanziamento, questa procedura non è opportuna. Per gli accordi di programma, è generalmente previsto un pagamento annuale a metà anno[67].

Per l'IPI sarebbe ipotizzabile la procedura esposta di seguito.

- In base alle capacità e ai valori empirici del fornitore di IPI cantonale, nell'accordo di programma si determina il numero presumibile di interventi (o il loro inizio) nell'arco del periodo quadriennale.
- In base a questo volume si concorda l'importo complessivo dell'AI per il periodo di programma con l'importo forfettario per singolo caso (generale o individuale).
- L'AI versa annualmente ai Cantoni, alla fine di giugno, un quarto dell'importo per tutta la durata del programma.
- Una volta concluso il periodo quadriennale, vengono dichiarati i casi effettivi (considerando anche gli interventi interrotti) e la somma dei contributi viene determinata in base a questo volume effettivo.
- Eventuali differenze vengono compensate con i pagamenti nel nuovo periodo di programma.

Sarebbe ipotizzabile anche un confronto annuo dei casi previsti con quelli effettivi e una conseguente compensazione finanziaria (almeno parziale) già nel corso del periodo di programma corrente.

[67] V. UFAM 2018, pagg. 37.

7.2.3 Convenzione di prestazioni tra il Cantone e il fornitore di IPI

In linea di massima, i Cantoni stipulano autonomamente convenzioni di prestazioni con i fornitori di IPI. Molti Cantoni dispongono di una legislazione sui contributi statali che prevede prescrizioni generali per il versamento di tali contributi o sovvenzioni nonché contratti modello[68].

Di seguito vengono pertanto esposti soltanto gli elementi principali della convenzione di prestazioni cantonale.

Prestazione da fornire

La prestazione da fornire è l'oggetto vero e proprio della convenzione di prestazioni. Quest'ultima deve essere materialmente compatibile con l'accordo di programma, basarsi su di esso e possibilmente essere coordinata con il medesimo anche a livello temporale. Idealmente, la convenzione di prestazioni si rifà esplicitamente all'accordo di programma. Di conseguenza anch'essa contiene una descrizione generale del mandato e una dettagliata della prestazione da fornire. La descrizione della prestazione può contenere gli obiettivi di prestazione o di risultato, il tipo di prestazione e/o le risorse da impiegare. Come illustrato sopra, ad oggi per l'IPI è praticamente impossibile un mero orientamento al risultato, cosicché anche nelle convenzioni di prestazioni cantonali l'accento dovrebbe essere posto sugli standard IPI esposti nell'accordo di programma e sulla loro concretizzazione.

È importante che gli obiettivi dell'accordo di programma (per quanto possibile, con l'aggiunta di indicatori) siano parte integrante vincolante anche della convenzione di prestazioni.

Aspetti finanziari

In linea di massima i Cantoni possono decidere autonomamente il tipo e l'ammontare del finanziamento dell'IPI. L'unica restrizione consiste nel fatto che il finanziamento delle prestazioni deve essere garantito nell'arco temporale dell'accordo di programma, poiché si tratta di una delle condizioni poste da quest'ultimo. Di norma ciò dovrebbe implicitamente presupporre che il Cantone partecipi finanziariamente all'IPI e non si limiti a inoltrare i contributi federali.

Per l'impostazione del modello di finanziamento cantonale sono ipotizzabili due approcci (eventualmente combinabili): il versamento di importi forfettari per singolo caso e/o la concessione di una garanzia del deficit.

Sebbene i contributi della Confederazione siano parte integrante del contributo dei Cantoni ai fornitori di IPI, non è assolutamente indispensabile che anche i contributi cantonali

[68] V. per esempio CANTONE DI ZUGO 2011.

siano versati sotto forma di importi forfettari per singolo caso. Il Cantone è per principio libero di stabilire le modalità finanziarie nell'ambito delle condizioni quadro dell'accordo di programma, ma deve tenere presenti le considerazioni di fondo relative al calcolo dei sussidi (cap. 0): il versamento di sussidi incentrati sui costi (come p. es. una garanzia del deficit) implica incentivi indesiderati, ragion per cui in questi casi sarebbero da prevedere tetti massimi.

Spesso nelle convenzioni di prestazioni i Cantoni prevedono ormai clausole sulla gestione delle eccedenze («divieto di utili»).

Presentazione dei rapporti

Spetta al servizio cantonale competente vegliare al rispetto della convenzione di prestazioni, ovvero verificare l'impiego conforme allo scopo dei contributi cantonali e il raggiungimento degli obiettivi[69]. L'obbligo in tal senso deriva, oltre che dalle legislazioni cantonali sui bilanci finanziari e sui contributi statali, anche dalle pertinenti disposizioni dell'accordo di programma.

Nella convenzione di prestazioni vanno sanciti i necessari obblighi d'informazione e di documentazione (p. es. rapporto annuale con dati sulle prestazioni, indicazioni aggregate sui pazienti, efficacia ecc., rapporto di revisione, budget, colloqui annuali). Questi andrebbero fissati in modo da essere inseriti nel controlling previsto negli accordi di programma (v. cap. successivo). In questo modo si può anche garantire che in tutti i Cantoni i dati vengano richiesti il più rapidamente possibile ai fini dell'ulteriore sviluppo.

Aspettative o prescrizioni della Confederazione

Anche se i Cantoni sono e devono essere liberi nell'impostazione della convenzione di prestazioni, l'accordo di programma può contenere aspettative della Confederazione sugli aspetti minimi da disciplinare nelle convenzioni di prestazioni. Si può immaginare anche che nell'accordo di programma vengano poste determinate condizioni quadro su singoli aspetti, quali ad esempio le modalità per definire le prestazioni, l'inammissibilità della partecipazione ai costi da parte delle famiglie o i dati minimi da rilevare (e i metodi da impiegare a tal fine) per il controlling e la valutazione.

7.2.4 Controlling

Gli accordi di programma per compiti congiunti seguono in linea di massima una logica di partenariato. Di conseguenza, anche il controlling del programma, quale «strumento di direzione che consente di incidere in modo continuato sui processi di conseguimento

[69] V. CANTONE DI ZUGO 2012, pag. 8.

degli obiettivi a tutti i livelli»[70], è un compito che va assunto congiuntamente da Confederazione e Cantoni.

L'accento è posto sui due strumenti esposti di seguito[71].

- *Rapporti annuali*: «forniscono in forma concisa informazioni circa l'avanzamento del programma sia dal punto di vista finanziario che dei contenuti (confronto tra la situazione auspicata e quella reale) ed elencano in particolare tutti i mezzi impiegati per raggiungere l'obiettivo»[72]. Concretamente, nel caso dell'IPI il rapporto annuale conterrebbe tra l'altro lo stato attuale del raggiungimento degli obiettivi (compresi i valori reali degli indicatori) secondo la Tabella 5. L'UFAM esige i rapporti dei Cantoni entro la fine di marzo. Nel caso dell'IPI, questo termine potrebbe però essere troppo breve, poiché la presentazione dei rapporti alla Confederazione si basa su quella dei fornitori di prestazioni ai Cantoni. In questo contesto è importante che i rapporti dei fornitori di prestazioni ai Cantoni si rifacciano a quelli destinati alla Confederazione in termini di contenuto e forma, al fine di evitare doppioni e ridurre al minimo l'onere amministrativo.
- *Prove a campione dell'autorità federale*: «durante il periodo programmatico [l'autorità federale esamina ...] l'applicazione qualitativa degli AP [accordi di programma] eseguendo una o due prove a campione»[73]. Nel caso dell'IPI le prove a campione andrebbero effettuate in primo luogo presso i fornitori di prestazioni.

Se nel corso del periodo di programma i contributi della Confederazione vanno adeguati al numero effettivo di casi dei fornitori di IPI (v. cap. 7.2.2), bisognerebbe tenerne conto nel controlling annuale.

Sono inoltre ipotizzabili colloqui per uno scambio di esperienze tra rappresentanti di Confederazione, Cantoni e fornitori di prestazioni, scambio che «serve all'apprendimento reciproco e fornisce informazioni circa la realizzazione del programma»[74].

Dati relativi ai risultati: per instaurare una valutazione dell'IPI sistematica a livello nazionale, il controlling del programma dovrebbe prevedere anche la predisposizione di informazioni circa l'andamento e il successo della terapia presso i fornitori di IPI, rilevabili e analizzabili a livello federale. Le conoscenze acquisite in questo contesto vanno condivise con i Cantoni e i fornitori di prestazioni e servono da base per lo sviluppo a lungo termine dell'IPI in generale e l'impostazione degli accordi di programma e delle convenzioni di prestazioni in particolare. Si raccomanda di istituzionalizzare queste attività di sviluppo, per esempio mediante un gruppo di accompagnamento permanente composto da rappresentanti dell'AI e dei Cantoni. È importante una stretta collaborazione con le

[70] UFAM 2018, pag. 16.
[71] V. UFAM 2018 pagg. 32–33, nonché pag. 42 segg. per le spiegazioni dettagliate.
[72] *Ibidem*.
[73] *Ibidem*.
[74] *Ibidem*.

conferenze dei direttori cantonali interessate. Vanno inoltre coinvolti anche i fornitori di prestazioni, soprattutto considerato che alcuni di questi rilevano già regolarmente tali dati.

7.3 Necessità di regolamentazione legislativa

7.3.1 Livello federale

Secondo il rapporto del Consiglio federale sui disturbi dello spettro autistico del 2018, le disposizioni giuridiche vigenti lasciano il finanziamento dell'IPI in una zona grigia[75]. Per l'Esecutivo è importante che l'attuale ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni resti garantita[76].

La variante 1 non mette in discussione l'attuale ripartizione delle competenze:

- il contributo della Confederazione è determinato in base alle prestazioni medico-terapeutiche dei fornitori di IPI, vale a dire che si limita al rimborso delle prestazioni che rientrano nella sfera di competenza dell'AI;
- grazie agli accordi di programma, l'AI dispone di uno strumento con il quale può influenzare, seppure indirettamente tramite i Cantoni, la fornitura di prestazioni dei fornitori di IPI.

Con gli strumenti previsti per l'attuazione (accordo di programma in combinazione con gli importi forfettari per singolo caso), tuttavia, l'AI si addentra in un campo sconosciuto, che non è esplicitamente regolamentato né nella LAI né nell'OAI[77].

- *Accordi di programma con i Cantoni*: lo strumento dell'accordo di programma non è previsto nella LAI. Secondo l'articolo 27 capoverso 1 LAI, l'UFAS ha facoltà di «stipulare convenzioni» con i fornitori di prestazioni «al fine di disciplinare la loro collaborazione con gli organi dell'assicurazione e stabilire le tariffe». Queste convenzioni interessano però soltanto il rapporto tra l'assicurazione e i fornitori di prestazioni. La LAI non prevede invece un finanziamento indiretto tramite i Cantoni.
- *Concessione di importi forfettari per singolo caso*: l'articolo 13 capoverso 1 LAI sancisce il diritto degli assicurati a provvedimenti sanitari per la cura delle infermità con-

[75] V. Consiglio federale 2018, pag. 27.
[76] *Ibidem*.
[77] La riforma Ulteriore sviluppo dell'AI ha portato all'introduzione di nuovi modelli di finanziamento, per esempio per il cofinanziamento degli organi preposti al case management e delle formazioni transitorie, nonché del versamento di importi forfettari per singolo caso da parte dell'AI per le cure ospedaliere, ma data la ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni non è possibile stabilire un'analogia diretta con l'IPI.

genite. Questo diritto non può essere garantito soltanto con gli importi forfettari generali per singolo caso, poiché le prestazioni medico-terapeutiche in questione non sono uguali per tutti i fornitori di IPI o tutti i bambini in cura.

È dunque necessario un adeguamento della LAI, considerando anche che per gli altri compiti congiunti, per i quali si ricorre allo strumento dell'accordo di programma, sussistono apposite basi legali nelle leggi speciali. Nell'ambito dell'adeguamento della LAI va verificata ed eventualmente disciplinata anche una delimitazione dell'IPI dagli articoli 13 segg. LAI, compreso l'articolo 51 LAI.

Una revisione della LAI richiede però molto tempo, cosicché le basi legali necessarie per la variante 1 non sarebbero disponibili alla scadenza del progetto pilota, alla fine del 2022. Secondo l'articolo 68^{quater} capoverso 2 LAI, l'UFAS può tuttavia «protrarre per quattro anni al massimo l'autorizzazione per progetti pilota che hanno dato buoni risultati». Una tale proroga presupporrebbe una decisione politica di principio sulla variante 1 a livello sia federale che cantonale. La proroga del progetto pilota potrebbe essere sfruttata anche per preparare l'implementazione del nuovo modello di finanziamento con i Cantoni.

7.3.2 Livello cantonale

Nell'ambito del progetto è stata svolta, in collaborazione con la CDPE, un'inchiesta sul finanziamento dell'IPI. Le 23 risposte pervenute consentono di effettuare una stima generale della necessità di adeguamento delle basi legali a livello cantonale. Va sottolineato che le risposte sono state fornite da collaboratori dell'Amministrazione e non riflettono posizioni politiche.

Tra i Cantoni che hanno risposto, 12 dispongono di un proprio programma di IPI oppure mettono a disposizione dei bambini affetti da autismo infantile un tale programma al di fuori del loro territorio (quest'ultima possibilità riguarda principalmente i Cantoni di piccole dimensioni; due dei programmi cantonali sono stati esplicitamente dichiarati quali progetti pilota). Di questi, 11 forniscono un contributo finanziario, per la stragrande maggioranza nell'ambito dell'educazione pedagogico-curativa precoce e in virtù della legislazione in materia di formazione o scuola dell'obbligo. Tre di questi Cantoni intendono modificare a breve tali basi legali.

In sei dei Cantoni con un programma di IPI sono state stipulate convenzioni di prestazioni con i fornitori di IPI, con modalità di finanziamento eterogenee (indennizzi forfettari, garanzia del deficit, rimborso di prestazioni; alcuni Cantoni si sono dichiarati esplicitamente contrari a una garanzia del deficit). In alcuni Cantone le prestazioni vengono fornite tramite il servizio cantonale preposto alla pedagogia curativa.

In 7 degli 11 Cantoni che non dispongono di un programma vi è una base legale che consentirebbe di svolgere IPI (anche in questo caso prevalentemente nell'ambito dell'educazione precoce cantonale).

La maggioranza dei Cantoni dispone dunque di una base legale per il sostegno finanziario di un (eventuale) programma di IPI, perlopiù nell'ambito dell'educazione pedagogico-curativa precoce, di competenza cantonale. Con l'implementazione di un nuovo modello di cofinanziamento, pertanto, l'adeguamento delle basi legali non dovrebbe essere un aspetto prioritario nei Cantoni.

L'inchiesta conferma però il quadro eterogeneo delineato all'inizio del rapporto anche per quanto concerne le condizioni quadro istituzionali cantonali per l'IPI. L'adeguamento delle disposizioni di attuazione a livello di ordinanza e la negoziazione degli accordi di programma e delle convenzioni di prestazioni (o dei mandati di prestazioni in caso di IPI all'interno dell'amministrazione cantonale) comporteranno inizialmente un notevole onere presso i Cantoni.

7.3.3 Livello intercantonale

Nel quadro dell'inchiesta i Cantoni sono stati interpellati anche in merito alla collaborazione con altri Cantoni nell'ambito dell'IPI. In questo contesto, 6 Cantoni hanno indicato di collaborare già con altri e 19 hanno manifestato un interesse sostanziale a una collaborazione futura. In particolare i Cantoni di piccole dimensioni non appronteranno nemmeno in futuro programmi di IPI propri e sono dunque interessati a una collaborazione intercantonale o all'acquisizione di prestazioni presso Cantoni limitrofi. Sono interessati alla collaborazione anche i Cantoni bilingui. Oltre all'impostazione del modello di finanziamento «verticale» tra la Confederazione (AI) e i singoli Cantoni, per garantire uno sviluppo dell'IPI di successo in Svizzera è quindi indispensabile anche un modello di finanziamento «orizzontale».

Regolamentazioni al riguardo possono essere sancite in convenzioni individuali tra i Cantoni. Inoltre, la CIIS rappresenta già un meccanismo intercantonale consolidato che può fungere da base per ampliare la collaborazione. Nel suo rapporto sui disturbi dello spettro autistico, il Consiglio federale ha affermato la necessità di garantire l'applicabilità della CIIS all'IPI[78]. Come già menzionato nel capitolo 3.3.3, il settore D di cui all'articolo 2 capoverso 1 CIIS comprende i servizi di educazione pedagogico-curativa (lett. b) e i servizi pedagogico-terapeutici per la logopedia e la terapia psicomotoria (lett. c). Sarebbe pertanto auspicabile che questo settore fosse completato con l'IPI. Ciò può avvenire «impli-

[78] Consiglio federale 2018, pag. 27.

citamente» procedendo a una modifica della raccomandazione da parte del comitato direttivo della CDOS. Vi è tuttavia anche un aiuto interpretativo del luglio 2015 che respinge un assoggettamento di questi servizi alla CIIS, principalmente a causa del loro (allora presunto) carattere prioritariamente medico[79]. Un'aggiunta «esplicita» alla CIIS – ovvero l'adeguamento della convenzione con esplicita menzione dell'IPI, senza creare un nuovo settore – presuppone una decisione in tal senso da parte della maggioranza dei Cantoni concordatari e idealmente la ratifica da parte di tutti.

7.4 Valutazione

Nella tabella seguente la variante 1 viene valutata in base ai criteri suesposti. La valutazione fa riferimento in linea di massima alla variante principale e alla sottovariante 1c. Il punto di partenza è sempre la variante di base. Valutazioni divergenti o complementari relative alla sottovariante sono indicate separatamente («1c»).

Indicazione sul punteggio: + = positivo, 0 = neutro, – = negativo

Aspetti	Criteri	Valutazione	Punteggio
Economici	Grado di copertura dell'offerta	La chiara ripartizione dei ruoli tra l'AI e i Cantoni agevola l'instaurazione di nuovi programmi. L'iniziativa deve però venire dai Cantoni.	0
	Efficienza	Dato il finanziamento forfettario da parte dell'AI, non sussiste alcun incentivo indesiderato diretto per quanto concerne i costi o la combinazione di prestazioni. 1c: la componente legata alle prestazioni dell'AI comporta tendenzialmente un aumento delle prestazioni mediche e una riduzione dell'incentivo a standardizzare le prestazioni.	+ –
	Autonomia cantonale	I Cantoni sono autonomi nell'impostazione, nel rispetto degli standard sovraordinati o nel quadro dell'accordo di programma.	+
	Sicurezza per i Cantoni	Gli accordi di programma forniscono ai Cantoni un quadro stabile e prevedibile per l'impostazione della propria offerta.	+
	Interrelazione	La ripartizione degli ambiti di competenza e quella dell'assunzione dei costi sono in linea di massima corrispondenti. 1c: le componenti individuali degli importi forfettari per singolo caso minano l'interrelazione (decisione sull'allocazione delle risorse presso il fornitore di IPI/Cantone, rimborso da parte dell'AI).	+ 0

[79] V. CDOS 2015, pag. 5.

Aspetti	Criteri	Valutazione	Punteggio
	Ulteriore sviluppo	Da un lato, il rimborso forfettario lascia ai centri meno margine di manovra finanziario per l'ulteriore sviluppo delle terapie; dall'altro, la chiara ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni agevola l'ulteriore sviluppo dell'offerta e l'innovazione dei singoli programmi. Gli accordi di programma individuali permettono comunque di differenziare i programmi di IPI.	+
	Collaborazione intercantonale	La collaborazione intercantonale è in linea di massima possibile con questo modello.	+
	Onere esecutivo	La chiara ripartizione dei ruoli e la competenza esclusiva dei Cantoni per l'attuazione pratica semplificano l'esecuzione. 1c: la componente legata alle prestazioni accresce l'onere amministrativo per il conteggio con l'AI, poiché quest'ultima deve rilevare e conteggiare annualmente i costi totali individuali.	+ –
	Tempo per l'attuazione	L'adeguamento legislativo necessario a livello federale richiederà un certo tempo. La variante 1 contiene elementi del progetto pilota, ma va oltre in termini di prescrizioni dell'AI ed è dunque più vincolante. Vi è una certa necessità di adeguamento soprattutto per i centri che finora non hanno rispettato gli standard.	–
Giuridici	Rispetto della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni	La ripartizione dei compiti secondo la NPC è in linea di massima rispettata, ma in determinati casi vi possono essere deroghe, poiché a seconda del centro l'AI rimborsa di più o di meno delle prestazioni medico-terapeutiche. 1c: abbastanza positiva, poiché possono essere prese in considerazione le prestazioni medico-terapeutiche.	0 +
	Densità normativa	Date la chiara ripartizione dei ruoli e la competenza esclusiva dei Cantoni per l'attuazione pratica, sono necessarie meno regolamentazioni parallele. 1c: piuttosto negativa, poiché la componente legata alle prestazioni comporta un'ulteriore necessità di regolamentazione.	+ 0
	Necessità di adeguamento legislativo a livello federale	Il finanziamento tramite accordo di programma e importi forfettari per singoli casi deve essere sancito nella LAI.	–
	Necessità di adeguamento legislativo a livello cantonale	La maggioranza dei Cantoni dispone già di una base legale per l'IPI. In tutti i Cantoni potrebbero essere necessari adeguamenti a livello di ordinanza.	0

Aspetti	Criteri	Valutazione	Pun-teggio
	Necessità di regolamentazione a livello intercantonale	I Cantoni possono disciplinare la collaborazione in via bilaterale. Idealmente, andrebbero adeguate le raccomandazioni della CIIS.	-0

Tabella 6 – Valutazione della variante 1 «Compito congiunto secondo la NPC»

8 Variante 2 – «Sovrapposizione di competenze»

8.1 Descrizione

Parametri degli elementi di configurazione

- Destinatari: finanziamento diretto (A1)
- Orientamento al trattamento effettivo secondo i costi standard (B2)
- Ripartizione degli ambiti di competenza tra Confederazione e Cantoni: paritaria (C2)
- Ripartizione dell'assunzione dei costi tra Confederazione e Cantoni: ripartizione dei costi per discipline (D1)

La variante 2 si rifà rigorosamente alla ripartizione dei compiti prevista dalla NPC. La Confederazione ha la competenza per le prestazioni medico-terapeutiche, mentre i Cantoni per quelle pedagogico-terapeutiche.

L'AI rimborsa specificamente ai fornitori di IPI le prestazioni medico-terapeutiche, tramite il rimborso dei costi effettivi comprovati o mediante tariffe per unità di prestazione (eventualmente già applicate per altri scopi). I fornitori di IPI fatturano le proprie prestazioni medico-terapeutiche direttamente all'AI. La Confederazione definisce le condizioni per sostenere uniformemente tutti i fornitori di IPI.

I Cantoni finanziano i fornitori di IPI parallelamente all'AI. Per i Cantoni si viene a creare un incentivo a fornire l'IPI con una quota di prestazioni medico-terapeutiche il più elevata possibile, poiché così i loro costi diminuiscono. Una sfida può consistere nella delimitazione tra le prestazioni medico-terapeutiche e quelle pedagogico-terapeutiche: per esempio, la stessa terapia può essere effettuata da un educatore specialista della prima infanzia o da un infermiere con la medesima formazione continua specialistica.

La ripartizione delle competenze e dell'assunzione dei costi segue quindi una logica di «separazione per discipline». Nel caso dell'IPI, attuare rigorosamente la ripartizione dei compiti prevista è paradossalmente possibile soltanto con una stretta interdipendenza. Confederazione e Cantoni devono assumere tutti i compiti, parallelamente o congiuntamente, in quanto il piano concettuale IPI prevede esplicitamente che i gruppi target (i bambini affetti da autismo infantile e le loro famiglie nonché i fornitori di prestazioni) beneficino di prestazioni dal punto di vista finanziario e della gestione strategica da questi due enti istituzionali.

8.2 Impostazione e attuazione

Se si esclude il finanziamento, l'attuazione di questa variante ricalca ampiamente quanto previsto nel quadro del progetto pilota. L'AI versa i suoi contributi direttamente ai fornitori di IPI.

Il presupposto è il riconoscimento dei fornitori di prestazioni da parte dell'AI. A tal fine i fornitori di prestazioni devono adempiere le condizioni prescritte dall'assicurazione (v. art. 7 O UFAS). Queste possono essere adeguate o completate in base agli standard IPI rispetto a quelle previste nel progetto pilota. L'AI conclude con i fornitori di prestazioni riconosciuti «una convenzione sullo svolgimento dell'intervento precoce tempestivo» (v. art. 8 O UFAS).

L'oggetto di questa convenzione ricalca ampiamente quello delle convenzioni esistenti[80], includendo campo d'applicazione materiale e temporale, basi giuridiche nonché condizioni per lo svolgimento dell'IPI e relative alla struttura e al personale. La convenzione disciplina la gestione della qualità, i requisiti del metodo d'IPI, gli obblighi del fornitore di IPI e il rimborso.

A differenza di quanto previsto nel progetto pilota, il finanziamento dell'AI non viene più effettuato sotto forma d'importi forfettari per singolo caso, bensì in funzione delle prestazioni medico-terapeutiche fornite in base a costi standard.

Queste possono essere fatturate per i singoli casi (ovvero in base alle prestazioni medico-terapeutiche fornite individualmente per ogni bambino trattato) oppure per tutte le prestazioni fornite durante un determinato periodo per tutti i casi.

Il finanziamento da parte dei Cantoni è parallelo a quello dell'AI, vale a dire che anch'essi concludono una convenzione di prestazioni con il fornitore nella quale disciplinano le prestazioni e il relativo rimborso (al riguardo v. anche cap. 7.2.3).

A differenza di quanto previsto nella variante 1, in questa variante il coordinamento del finanziamento dell'AI e dei Cantoni non è istituzionalizzato né tanto meno individualizzato. I Cantoni possono (e devono) essere consultati per stabilire le condizioni per il riconoscimento dei fornitori di IPI da parte dell'AI, ma in ultima analisi queste vengono fissate a livello generale. Nel definire le proprie prescrizioni nelle convenzioni di prestazioni, i Cantoni devono basarsi sostanzialmente sulle prescrizioni dell'AI, poiché altrimenti corrono il rischio di non ricevere alcun sostegno finanziario da parte della Confederazione. Come già previsto nel progetto pilota, infatti, l'AI fa dipendere il suo sostegno finanziario dalla garanzia di finanziamento a lungo termine del fornitore di IPI. Si tratta, almeno indirettamente, di un requisito generale per il cofinanziamento cantonale.

[80] V. UFAS (senza data).

Anche l'attuazione delle convenzioni tra i fornitori di IPI e l'AI o i Cantoni avviene in modo parallelo e indipendente, cosicché i fornitori di prestazioni fatturano le proprie prestazioni e presentano un rapporto al riguardo a due enti contemporaneamente.

8.3 Necessità di regolamentazione legislativa

Contrariamente alla variante 1, la variante 2 non richiede alcun adeguamento della LAI. La ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni viene rispettata e la gestione strategica e il finanziamento dei fornitori di IPI vengono garantiti con i consueti strumenti dell'AI o dell'UFAS. Le prescrizioni dell'AI possono quindi essere disciplinate a livello di ordinanza.

Per quanto concerne le basi legali nei Cantoni, si rimanda al capitolo 7.3.2. L'attuazione della variante 2 è meno onerosa di quella della variante 1 per quanto riguarda la necessità di regolamentazione nei Cantoni, poiché questi non devono concludere alcuna convenzione con l'AI.

Per tenere conto dell'esigenza dei Cantoni di una collaborazione intercantonale, anche nell'ambito di questa variante risulta opportuno un adeguamento della CIIS (v. cap. 7.3.3).

8.4 Valutazione

Nella tabella seguente la variante 2 viene valutata in base ai criteri suesposti.

Indicazione sul punteggio: + = positivo, 0 = neutro, – = negativo, ? = nessuna valutazione possibile

Aspetti	Criteri	Valutazione	Punteggio
Economici	Grado di copertura dell'offerta	Il finanziamento parallelo dell'IPI da parte dell'AI e dei Cantoni rende il sistema macchinoso e potrebbe risultare di ostacolo all'instaurazione di nuovi programmi IPI. Poiché il coordinamento tra i due livelli statali non è istituzionalizzato e il rimborso della Confederazione dipende dalle prestazioni, lo sviluppo dell'orientamento ai risultati viene frenato.	–
	Efficienza	Un impiego efficiente delle risorse è compromesso dall'incentivo finanziario ad ampliare le prestazioni medico-terapeutiche.	–
	Autonomia cantonale	Benché i Cantoni siano autonomi per quanto riguarda i provvedimenti pedagogici, l'impostazione interdisciplinare dei programmi deve sempre avvenire in collaborazione con l'AI. A tal fine manca il quadro istituzionale necessario.	–
	Sicurezza per i Cantoni	Poiché la ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni dipende dalle discipline, manca	–

Aspetti	Criteri	Valutazione	Punteggio
		tendenzialmente una prescrizione sovraordinata per l'IPI.	
	Interrelazione	La ripartizione degli ambiti di competenza e quella dell'assunzione dei costi sono in linea di massima corrispondenti.	+
	Ulteriore sviluppo	L'orientamento ai costi effettivi dà ai centri un più ampio margine di manovra (impiego di metodi più costosi ma più efficaci). Viceversa, la macchinosità del sistema potrebbe essere di ostacolo per l'ulteriore sviluppo e l'innovazione dei programmi. Gli incentivi potrebbero rendere più difficile lo sviluppo di un'offerta pedagogica più efficiente. Non è previsto lo sviluppo del finanziamento verso l'orientamento ai risultati.	0
	Collaborazione intercantonale	La collaborazione intercantonale è in linea di massima possibile con questo modello.	+
	Onere esecutivo	L'interdipendenza genera elevati costi di coordinamento e strutture parallele; l'esecuzione dei processi di rimborso dei costi effettivi è onerosa (occorrono verifiche delle prestazioni caso per caso).	–
	Tempo per l'attuazione	A livello istituzionale, questa variante ricalca ampiamente quanto previsto nel quadro del progetto pilota.	+
Giuridici	Rispetto della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni	La ripartizione dei compiti secondo la NPC è pienamente rispettata.	+
	Densità normativa	L'interdipendenza comporta un'elevata densità normativa.	–
	Necessità di adeguamento legislativo a livello federale	Dato il rigoroso rispetto dell'attuale ripartizione delle competenze, non è necessario alcun adeguamento a livello federale.	+
	Necessità di adeguamento legislativo a livello cantonale	La maggioranza dei Cantoni dispone già di una base legale per l'IPI.	0
	Necessità di regolamentazione a livello intercantonale	La CIIS deve essere (implicitamente o esplicitamente) adeguata e ratificata da tutti i Cantoni concordatari.	–

Tabella 7 – Valutazione della variante 2 «Sovrapposizione di competenze»

9 Valutazione complessiva e raccomandazioni

L'obiettivo di questa fase del progetto IPI era di elaborare diversi modelli di finanziamento per un cofinanziamento dell'IPI da parte della Confederazione (AI) e dei Cantoni che rispetti la ripartizione delle competenze tra questi due livelli vigente in base alla NPC e favorisca e renda possibile l'ulteriore sviluppo dell'IPI all'interno dell'«officina federale». In sostanza si tratta di ponderare due elementi fondamentali contrastanti: il finanziamento *congiunto* dell'IPI e le competenze *ripartite* per gli elementi che lo compongono. Sulla base di un'analisi sistematica delle condizioni quadro sono stati formulati in dettaglio due possibili modelli di finanziamento. Entrambi rispettano l'autonomia dei Cantoni, i quali decidono se il trattamento di bambini affetti da disturbi dello spettro autistico debba avvenire nel quadro dell'IPI o con metodi «classici».

Variante 1

La variante 1 prevede una ponderazione maggiore del finanziamento congiunto rispetto alla ripartizione dei compiti. L'IPI è considerato un (nuovo) compito congiunto della Confederazione e dei Cantoni: l'accento è posto sull'IPI in quanto programma e non sulle due discipline che lo compongono. Di conseguenza, in base a questo modello l'IPI è gestito e finanziato congiuntamente da Confederazione e Cantoni attraverso lo strumento NPC dell'accordo di programma, con l'attribuzione di un ruolo chiaro a ciascun livello: la Confederazione gestisce sul piano strategico e fornisce il proprio contributo finanziario attraverso importi forfettari per singolo caso; i Cantoni attuano i programmi di IPI in questo quadro (di regola tramite un fornitore di prestazioni).

Questi strumenti costituiscono una novità nel settore della sicurezza sociale e implicano un cambiamento di mentalità: la Confederazione ordina e paga un *risultato*, mentre l'esecuzione – ovvero *come* il risultato viene raggiunto – rientra nella sfera di competenza dei singoli Cantoni. Negli altri ambiti statali, però, questo strumento viene impiegato già dal 2008, cosicché se ne può trarre un grande bagaglio di esperienze.

Questo modello garantisce ai Cantoni autonomia nell'impostazione della propria offerta di programmi di IPI nel quadro dell'accordo di programma e nell'impiego dei mezzi della Confederazione; istituzionalizza e struttura la collaborazione tra la Confederazione e i Cantoni con una chiara ripartizione dei ruoli; consente di tenere conto in modo flessibile delle differenze cantonali per la fornitura di prestazioni e agevola l'ulteriore sviluppo coordinato della gestione strategica dell'offerta di programmi di IPI nell'ottica di un orientamento ai risultati.

La prima attuazione comporta un onere notevole (e a livello federale occorre un adeguamento legislativo). Nella gestione regolare l'onere esecutivo sarà poi inferiore, poiché non esistono strutture parallele tra la Confederazione (AI) e i fornitori di IPI.

Per quanto concerne il finanziamento dell'AI tramite importi forfettari per singolo caso, è possibile tenere conto dei costi individuali di un fornitore di IPI (sottovariante 1c), ma tale quota non deve essere troppo elevata, perché altrimenti sorgono incentivi indesiderati e in ultima analisi viene minata la logica della politica di sovvenzionamento incentrata sui programmi.

Variante 2

La variante 2 rimane nella logica della ripartizione secondo la NPC e in tal senso rappresenta un modello di cofinanziamento solo per il fatto che Confederazione e Cantoni garantiscono il finanziamento delle prestazioni fornite nell'ambito dell'IPI ciascuno in base al proprio ambito di competenza, senza che sussista una collaborazione istituzionalizzata dei due livelli. Questo sistema non è favorevole per l'ulteriore sviluppo dell'IPI quale programma interdisciplinare e rende difficile una standardizzazione dell'offerta, auspicabile dal punto di vista della qualità.

La variante 2 mira a un'attuazione che ricalchi quanto previsto nel quadro del progetto pilota. Non è però opportuno mantenere gli importi forfettari per singolo caso: oltre al fatto che manca la base legale necessaria a livello federale, infatti, tali importi non rientrerebbero in una politica di sovvenzionamento incentrata sui programmi e sarebbero quindi in contraddizione con i principi di rimborso dell'AI. Secondo questa variante, dunque, il rimborso della Confederazione deve basarsi necessariamente sulle prestazioni effettivamente eseguite dai singoli fornitori di IPI. Così, però, per questi ultimi si viene a creare un incentivo indesiderato a massimizzare le prestazioni versate dall'AI per i provvedimenti di natura medica e terapeutici, il che può andare a scapito dell'efficacia dell'IPI.

L'attuazione della variante 2 è rapida e non comporta un notevole onere iniziale, soprattutto perché non richiede alcun adeguamento legislativo; per contro, comporta strutture parallele e un'esecuzione onerosa.

Raccomandazioni

Nella valutazione complessiva, in particolare considerando il piano economico e l'interesse dell'efficacia dell'IPI quale programma interdisciplinare globale, la maggioranza del gruppo di accompagnamento e degli autori del rapporto concorda sul fatto che la variante 1 è da preferire.

In questo contesto è stato dato particolarmente peso agli incentivi indesiderati della variante 2 per l'ulteriore sviluppo dell'IPI, ovvero alla pressione a un maggior numero di prestazioni medico-terapeutiche, senza tenere conto della qualità e dell'efficacia dell'IPI. Inoltre, con questa variante è difficile promuovere una standardizzazione e mancano spinte per un ulteriore sviluppo coordinato a lungo termine dell'offerta a livello nazionale.

Raccomandazioni indipendenti dalla scelta del modello

A prescindere dalla scelta del nuovo modello finanziamento, parallelamente alla sua introduzione vanno considerati i seguenti punti importanti per l'ulteriore sviluppo dell'IPI in Svizzera.

- La CIIS dovrebbe essere estesa all'IPI. Soprattutto per i Cantoni di piccole dimensioni sarebbe economicamente poco ragionevole anche in futuro approntare un'offerta propria di programmi di IPI, mentre una maggiore collaborazione tra i Cantoni permetterebbe di realizzare economie di scala. Un catalizzatore importante per questo sviluppo è rappresentato da standard uniformi per lo scambio di prestazioni a livello intercantonale e il rimborso.
- Per entrambi i modelli di finanziamento, occorrono promotori che diano l'impulso per approntare un'offerta di programmi di IPI nei Cantoni che ancora non ne dispongono.
- La misurazione dei risultati va ulteriormente sviluppata. Ciò accresce il grado di accettazione politica di questa forma terapeutica ancora recente e ne agevola anche la gestione finanziaria a lungo termine. Considerata questa premessa, l'introduzione di un registro longitudinale secondo lo standard IPI 8 è un primo passo indispensabile per porre le basi di una misurazione dei risultati uniforme e scientificamente fondata.
- Il modello di finanziamento deve essere impostato in modo dinamico e poter essere adeguato nel corso del tempo ai nuovi sviluppi e conoscenze. Con la variante 1, questo è insito nel sistema (accordo di programma quadriennale). Con la variante 2, questo andrebbe garantito limitando nel tempo i sussidi dell'AI e rettificandoli regolarmente in funzione degli sviluppi del momento.
- Per l'ulteriore sviluppo dell'IPI è importante un coordinamento regolare e il più possibile istituzionalizzato tra gli attori coinvolti (AI, Cantoni e fornitori di IPI). Un ruolo importante può essere svolto anche dalle conferenze dei direttori cantonali interessate (CDPE, CDS e CDOS). Una tale piattaforma per i Cantoni è particolarmente importante per l'introduzione del nuovo modello, ad esempio per allestire gli accordi di programma e adeguare le basi legali. Per quest'ultimo compito possono essere utili i risultati dettagliati dell'inchiesta condotta presso i Cantoni.
- Oltre al finanziamento dell'offerta di programmi di IPI, un altro elemento chiave è la disponibilità di personale qualificato o appositamente formato. Anche in questo caso il coordinamento tra Confederazione, Cantoni e fornitori di IPI è estremamente importante. Il finanziamento di formazioni specifiche non è però oggetto del modello di finanziamento dell'IPI, ma deve avvenire nel quadro delle strutture svizzere di formazione consolidate.

In Svizzera l'IPI sta ancora muovendo i primi passi. La regolamentazione del finanziamento tra Confederazione e Cantoni non garantisce di per sé che l'efficacia dell'IPI migliori presso tutti i fornitori di prestazioni. Questa è tuttavia fondamentale per assicurarsi l'accettazione politica e la disponibilità al finanziamento a lungo termine di una nuova offerta.

10 Fonti

10.1 Atti normativi

10.1.1 Confederazione

Legge federale del 5 ottobre 1990 sugli aiuti finanziari e le indennità (Legge sui sussidi, LSu); RS *616.1* (stato 1° gennaio 2022)

Legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI); RS *831.20* (stato 1° gennaio 2022)

Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI); RS *831.201* (stato 1° gennaio 2022)

Ordinanza del DFI del 3 novembre 2021 sulle infermità congenite (OIC-DFI); RS *831.232.211*

Ordinanza dell'UFAS del 17 ottobre 2018 concernente il progetto pilota «Intervento precoce intensivo per i bambini affetti da autismo infantile»; RS *831.201.74*

10.1.2 Cantoni

Accordo intercantonale sulla collaborazione nel settore della pedagogia speciale del 25 ottobre 2007

Convenzione intercantonale per le istituzioni sociali (CIIS) del 13 dicembre 2002 (ultima revisione: 23.11.2018)

10.2 Bibliografia

Amministrazione federale delle finanze AFF (2019), *Leitsätze und Instrumente der Ausgabenpolitik* (disponibile in tedesco e in francese).

CANTONE DI ZUGO (2011), *Mustervertrag für Leistungsvereinbarungen des Kantons Zug mit privaten Dritten betreffend die Übertragung öffentlicher Aufgaben des Kantons*, edizione giugno 2011.

Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali CDOS (2015), *5. Interpretationshilfe der SKV IVSE vom 6. Juli 2015: IVSE-Unterstellungen von Eltern-Kind-Einrichtungen und Autismus-Zentren* (disponibile in tedesco e in francese).

Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali CDOS (2008), *Kommentar zur Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE)* (disponibile in tedesco e in francese).

CONSIGLIO FEDERALE (2001), *Messaggio del 14 novembre 2001 concernente la nuova impostazione della perequazione finanziaria e dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC)*; 01.074 (citato nel testo: «primo messaggio sulla NPC»).

CONSIGLIO FEDERALE (2005), *Messaggio del 7 settembre 2005 concernente la legislazione esecutiva della nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC)*; 05.070 (citato nel testo: «secondo messaggio sulla NPC»).

Consiglio federale (2018), Rapporto *Autismus-Spektrum-Störungen: Massnahmen für die Verbesserung der Diagnostik, Behandlung und Begleitung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen in der Schweiz*, Berna, 17 ottobre 2018 (disponibile in tedesco e in francese).

Controllo federale delle finanze CDF (2017), *Hinweis für den Umgang mit Subventionen* (disponibile in tedesco e in francese).

Dipartimento federale delle finanze DFF e Conferenza dei governi cantonali CdC (2004a), *Neue Zusammenarbeits- und Finanzierungsformen Bund – Kantone*, scheda informativa sulla NPC n. 10 (disponibile in tedesco e in francese).

Dipartimento federale delle finanze DFF e Conferenza dei governi cantonali CdC (2004b), *Sonderschulung*, scheda informativa sulla NPC n. 16 (disponibile in tedesco e in francese).

Fondazione Centro svizzero di pedagogia speciale CSPS (2021), *Kantonsumfrage Sommer 2021, Intensive Frühinterventionen (IFI) bei Autismus Spektrum Störung (ASS)*.

GRUPPO DI LAVORO IPI (2019), *Intervento precoce intensivo (IPI) per i bambini affetti da autismo infantile – Progetto IPI, fase 1 – Rapporto del gruppo di lavoro sugli obiettivi di risultato e sui processi standard all'attenzione di UFAS, CDPE, CDS e CDOS*, Berna, 8 novembre 2019.

GRUPPO DI LAVORO IPI (2021), *Intervento precoce intensivo (IPI) per i bambini affetti da autismo infantile – Progetto IPI, fase 2 – Rapporto del gruppo di lavoro sui costi dell'IPI all'attenzione di UFAS, CDPE, CDS e CDOS*, Berna, 19 febbraio 2021.

LIESEN Christian, Beate KRIEGER E Heidrun BECKER (2019), «Evaluation der Wirksamkeit der intensiven Frühinterventionsmethoden bei frühkindlichem Autismus», rapporto nel quadro del terzo programma pluriennale sull'assicurazione invalidità (PR3-AI), pubblicato in *Beiträge zur sozialen Sicherheit*, rapporto di ricerca n. 9/18, Zurigo: ZHAW, marzo 2019 (in tedesco con riassunto in italiano).

MISCHLER Peter e Walter MOSER (2011), «Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA)», in Lienhard Andreas (a c.), *Finanzrecht*, Berna: Helbing Lichterhahn, pagg. 257–341.

Ufficio federale dell'ambiente UFAM (2018), *Manuale Accordi programmatici nel settore ambientale 2020–2024. Comunicazione dell'UFAM quale autorità esecutiva ai richiedenti*, Berna.

Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS (senza data), *Convenzione tra l'UFAS e i centri per l'autismo concernente lo svolgimento dell'intervento precoce intensivo per i bambini affetti da autismo infantile giusta l'articolo 8 dell'ordinanza dell'UFAS concernente il progetto pilota «Intervento precoce intensivo per i bambini affetti da autismo infantile»*, Berna.

Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS (2018), *Commento all'ordinanza dell'UFAS del 17 ottobre 2018 concernente il progetto pilota «Intervento precoce intensivo per i bambini affetti da autismo infantile»*, Berna.

11 Allegato

Membri del gruppo di accompagnamento

Rappresentanti dell'UFAS

- Serge Brélaz
- Martin Gebauer
- Maryka Lâamir
- Frédéric Widmer

Rappresentanti delle conferenze dei direttori cantonali

- Romain Lanners, CSPS quale agenzia specializzata della CDPE
- Silvia Marti, CDS
- Thomas Schuler, CDOS

Rappresentanti dei Cantoni

- Barbara Baumann, BE (Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion, Alters- und Behindertenamt)
- Claudia Gabi, ZH (Gesundheitsdirektion)
- Pauline Mollard, FR (Direction de la formation et des affaires culturelles, Service de l'enseignement spécialisé et des mesures d'aide)
- Myriam Ziegler, ZH (Bildungsdirektion, Volksschulamt)