



Disposizioni d'esecuzione relative alla modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (Ulteriore sviluppo dell'AI)

Rapporto sui risultati della procedura di consultazione

Indice

1. INTRODUZIONE	4
2. PARERI	4
3. RIASSUNTO DEI PARERI	6
3.1 Pareri in merito al blocco tematico 1: ottimizzazione dell'integrazione.....	6
3.1.1 In generale	6
3.1.2 In dettaglio.....	6
3.2 Pareri in merito al blocco tematico 2: provvedimenti sanitari	15
3.2.1 In generale	15
3.2.2 In dettaglio.....	15
3.3 Pareri in merito al blocco tematico 3: centro di competenza per i medicinali	29
3.3.1 In generale	29
3.3.2 In dettaglio.....	29
3.4 Pareri in merito al blocco tematico 4: tariffazione e controllo delle fatture	32
3.4.1 In generale	32
3.4.2 In dettaglio.....	32
3.5 Pareri in merito al blocco tematico 5: sistema di rendite.....	35
3.5.1 In generale	35
3.5.2 In dettaglio.....	38
3.6 Pareri in merito al blocco tematico 6: gestione dei casi	51
3.6.1 In generale	51
3.6.2 In dettaglio.....	51
3.7 Pareri in merito al blocco tematico 7: procedure e perizie	53
3.7.1 In generale	53
3.7.2 In dettaglio	54
3.8 Pareri in merito al blocco tematico 8: ordine di priorità in riferimento all'articolo 74 LAI / ordine di priorità in riferimento all'articolo 101^{bis} LAVS	65
3.8.1 Ordine di priorità in riferimento all'articolo 74 LAI.....	65
3.8.1.1 In generale	65
3.8.1.2 In dettaglio	65
3.8.2 Ordine di priorità in riferimento all'articolo 101 ^{bis} LAVS.....	69
3.8.2.1 In generale	69
3.8.2.2 In dettaglio	69
3.9 Pareri in merito al blocco tematico 9: altre misure della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI	73
3.9.1 In generale	73
3.9.2 In dettaglio.....	73

3.10	Pareri in merito al blocco tematico 10: misure non legate alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI	75
3.10.1	In generale	75
3.10.2	In dettaglio.....	75
3.11	Ulteriori richieste avanzate	81
	Allegato – Elenco dei partecipanti alla consultazione	84

1. Introduzione

Il 4 dicembre 2020 il Consiglio federale ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di svolgere, fino al 19 marzo 2021, una procedura di consultazione sulle disposizioni d'esecuzione relative alla modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (Ulteriore sviluppo dell'AI) presso i Cantoni, i partiti politici, le associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, le associazioni mantello nazionali dell'economia, i fornitori di prestazioni e altri soggetti interessati, come organi assicurativi e organizzazioni private d'aiuto agli invalidi.

Le disposizioni oggetto di modifica – oltre un centinaio, comprese quelle concernenti l'elenco aggiornato delle infermità congenite – sono state suddivise in dieci blocchi tematici in modo da permettere ai partecipanti di esprimersi in merito.

2. Pareri

In totale sono stati invitati a partecipare 142 destinatari. La documentazione relativa alla procedura di consultazione è inoltre stata pubblicata sul sito Internet della Confederazione¹. Sono pervenuti 204 pareri da parte dei seguenti partecipanti:

- tutti i Cantoni;
- 3 partiti rappresentati nell'Assemblea federale (PES, UDC, PSS);
- ACS, UCS;
- 3 associazioni mantello nazionali dell'economia (USS, USI, Travail.Suisse);
- 170 ulteriori istituzioni o privati interessati, che possono essere suddivisi nelle seguenti sottocategorie: **organi assicurativi** (curafutura, CUI, CCCC, santésuisse, Suva, ASA), **organizzazioni private d'aiuto agli invalidi** (AGILE, Fragile Suisse, GELIKO, IH, insieme Svizzera, INSOS, avanti donne, Kosek, Procap, ProRaris, ASP, Società SM, PMS, Pro Infirmis, Cerebral, Associazione Cerebral Svizzera, Profil, IPT, graap, Insieme Horgen, Insieme BL, Insieme Freiamt, Insieme BS, Insieme Baden-Wettingen, Insieme Zurzach, Insieme VD, Insieme JU, Insieme-Cerebral GR, Insieme Innerschwyz, Insieme Rheinfelden, Insieme Rapperswyl Jona, Insieme Winterhur-ZüriUnterland, Insieme Zürcher Oberland & insieme Dachverband Kanton Zürich, Muskelkrank und lebensstark, CAB, debra, Insieme Aarau-Lenzburg, Insieme 21, Insieme BE, Insieme FR, Insieme GE, Insieme UR, Insieme VS, Insieme SH, Insieme Ostschweiz, Insieme Unterwalden, Insieme-Cerebral ZG, Insieme ZH, Cerebral Zentralschweiz, Cerebral ZH, Cerebral JU, Cerebral GL, Cerebral BE, Cerebral SH, Cerebral BS, Cerebral VS, Cerebral AG, Cerebral GE, Cerebral NE, Cerebral SO, Fondation Cap Loisirs, Cap-Contact faïtière, atgabbes, Sonos, FSC, ASGBA, inclusione handicap ticino, Elpos, CI Malattie rare, autismo svizzera, USC, InVIEduel, UCBCIE-CHI, Netzwerk Enthinderung, vhs plus) e **altre cerchie interessate** (AllKids, ASPs, CP, FER, CURAVIVA, FMH, FSP, CDS, CDOS, CDPE, Physioswiss, SAPN, SSP, SSCP, SGMG, SGNP, SSMC, FMPP, Dr. med. Klaus Begle, SACD, CSPS, Spitex Svizzera, Fondazione istituto collettore LPP, SIM, SO, SSN, swissstaffing, VIPS, CEMED SA, CEMED-DEX, CEML, hiki, VASOS - FARES, NPSuisse, Ssup, NOVEOS, Entlastungsdienst SG, Entlastungsdienst AG / SO, Entlastungsdienst Schweiz, Entlastungsdienst Ostschweiz, Entlastungsdienst ZH, Entlastungsdienst Innerschwyz, Gutachterstellen SMAB AG und SMAB AG St. Gallen, ANSP, dravetsuisse, Pro auditio Svizzera, OG SH, VASK Svizzera, TGPP, Verein Morbus Wilson, SHCH, ASE, unimedsuisse, GDS, Lega svizzera contro il cancro, Praxis Passung & WirWerk, ZGKJPP, Datenschutzbeauftragter des Kantons Luzern, GREA-CRIAD, SBH, AGPP, Medas Verband, mfe, RDAF, Coraasp, Rechtsberatung

¹ <https://www.admin.ch/ch/i/gg/pc/ind2020.html>.

UP, ZGPP, Physiotherapia Paediatrica, iph, Fondazione STCA – Ingrado, Réseau Romand ASA, CHUV, Lega polmonare svizzera, SAR, Aiuto Aids svizzero, IDA Sozialversicherungen, IS, CIFC, schadenanwälte, CLASS, Regula Berchtold Gerichtsschreiberin Luzern, fsmm). Poiché l'attribuzione a queste sottocategorie non può essere effettuata in base a criteri univoci, si rinuncia in questa sede a indicare il numero esatto di partecipanti per ciascuna sottocategoria, in quanto ciò è irrilevante per la valutazione dei risultati della consultazione.

- Per quanto riguarda l'attuazione dell'articolo 101^{bis} LAVS, oltre ai destinatari permanenti sono state interpellate altre otto organizzazioni (GERONTOLOGIE CH, Pro Senectute Svizzera, ALZ CH, Parkinson Svizzera, CRS, Verein Schweizerischer Seniorenrat, CURA-VIVA, Spitex Svizzera). Spitex e Curaviva sono state interpellate anche sui temi riguardanti l'AP-OAI. Hanno fatto pervenire un parere Pro Senectute Svizzera, ALZ CH, CRS nonché Pro Senectute Thurgau e Pro Senectute Appenzell Ausserrhoden (non interpellate).

Nel presente rapporto i partecipanti sono indicati esclusivamente con l'abbreviazione (se disponibile). L'elenco delle abbreviazioni è riportato in allegato.

Numerose organizzazioni private d'aiuto agli invalidi hanno fatto riferimento al parere di Inclusion Handicap (IH) e di AGILE e nella loro risposta ne hanno ripreso del tutto o in parte i contenuti. Per agevolare la lettura si è scelto di procedere nel modo di seguito descritto. I gruppi regionali di Cerebral e Insieme sono stati raggruppati e designati con l'abbreviazione «IH e altri». Si tratta di: Insieme Horgen, Insieme Basel-Land, Insieme Freiamt, Insieme Basel-Stadt, Insieme Baden-Wettingen, Insieme Zuzach, Insieme Vaud, Insieme Jura bernois, Insieme-Cerebral Graubünden, Insieme Innerschwyz, Insieme Rheinfelden, Insieme Rapperswyl Jona, Insieme Wintethur-ZüriUnterland, Insieme Zürcher Oberland, Insieme Aarau-Lenzburg Insieme21, Insieme Region Bern, Insieme Fribourg, Insieme Genève, Insieme Uri, Insieme Valais romand, Insieme Schaffhausen, Insieme Ostschweiz, Insieme Unterwalden, Insieme-Cerebral Zug, Insieme Zürich, Associazione Cerebral Svizzera, Cerebral Zentralschweiz, Cerebral ZH, Cerebral JU, Cerebral GL, Cerebral BE, Cerebral SH, Cerebral BS, Cerebral VS, Cerebral AG, Cerebral GE, Cerebral NE, Cerebral SO, Entlastungsdienst Schweiz, Entlastungsdienst Ostschweiz, Entlastungsdienst ZH, Entlastungsdienst Innerschwyz, Entlastungsdienst AG/SO, Entlastungsdienst SG. Si sono associati alla posizione di IH o hanno rinviato in parte ai suoi contenuti anche i seguenti partecipanti: CAB, Società SM, Cerebral, Sonos, Swiss Association of Rehabilitation, Aiuto Aids svizzero, Autismus deutsche Schweiz, avanti donne, debra Aiuto per i bambini farfalla, Elpos – ADHS Organisation, Fragile Suisse, GELIKO, GREA-CRIAD, Muskelkrank und lebensstark, Lega svizzera contro il cancro, Profil, Réseau romand ASA, ASP, ASGBA, SBH, FSC, USC, pro auditio, UCBCIECHI. Se non citati espressamente, rientrano anch'essi nella categoria «IH e altri».

3. Riassunto dei pareri

3.1 Pareri in merito al blocco tematico 1: ottimizzazione dell'integrazione

3.1.1 In generale

Tutti i partecipanti alla consultazione accolgono decisamente con favore i provvedimenti di ottimizzazione dell'integrazione professionale. Non sono stati espressi pareri su questioni di fondo. Le richieste di adeguamento o di modifica riguardano aspetti di dettaglio.

In merito ai singoli provvedimenti sono stati rilevati i seguenti punti critici:

- ampliamento del rilevamento e intervento tempestivi: rischio di stigmatizzazione dei giovani e ripartizione dei ruoli degli attori coinvolti;
- provvedimenti di reinserimento: accesso e limitazione della durata;
- orientamento professionale: limitazione della durata;
- prima formazione professionale: prescrizione secondo cui la formazione professionale deve svolgersi nel mercato del lavoro primario;
- cofinanziamento delle formazioni transitorie e degli organi di coordinamento cantonali: entità del finanziamento;
- fornitura di personale a prestito: modalità dell'indennità e limitazione della durata;
- indennità giornaliera: richieste di chiarimenti riguardo alle formulazioni;
- assicurazione contro gli infortuni (AINF): mancanza di una disposizione che disciplini l'inizio e la fine della copertura assicurativa per le persone che seguono provvedimenti dell'AI.

3.1.2 In dettaglio

Rilevamento e intervento tempestivi

L'ampliamento del rilevamento e dell'intervento tempestivi è accolta con favore (in alcuni casi in modo esplicito) da tutti i partecipanti, tra cui vari Cantoni, CDOS e ACS. Tra gli ostacoli all'attuazione vengono spesso citati la ripartizione dei ruoli tra AI, scuola dell'obbligo e autorità cantonali e il rischio di stigmatizzazione dei giovani.

Rilevamento tempestivo (art. 1^{ter} cpv. 1 AP-OAI)

Su quest'articolo sono pervenuti cinque pareri.

SO, TI, VS e UCS si pronunciano esplicitamente a favore dell'ampliamento del rilevamento tempestivo ai minorenni di età superiore ai 13 anni a rischio d'invalidità e alle persone che rischiano un'incapacità al lavoro, in quanto ciò agevolerebbe il riconoscimento precoce di anomalie psichiche in tutte le fasce d'età. Per quanto riguarda le sfide legate al rilevamento tempestivo per i minori che frequentano ancora la scuola dell'obbligo, SO e VS suggeriscono di affidare la comunicazione dei casi esclusivamente a specialisti dopo aver chiarito i ruoli dell'AI e delle autorità cantonali, in modo da prevenire il rischio di stigmatizzazione precoce o il rischio di medicalizzazione di comportamenti normali nella pubertà. SO chiede che prima di procedere alla comunicazione di un caso si ottenga il consenso delle persone che detengono l'autorità parentale. Nel caso degli adulti che rischiano un'incapacità lavorativa, l'USI segnala che dopo lo stralcio delle condizioni previste nell'attuale articolo 1^{ter} OAI mancherà qualsiasi punto di riferimento per sapere quando occorre comunicare un caso e auspica che anche in futuro vengano fornite ai datori di lavoro linee guida per gestire questi casi. La Coraasp rileva che nel caso dei giovani è particolarmente importante che la comunicazione sia accompagnata da un'informazione adeguata al destinatario e chiede quindi che venga preceduta da un colloquio personale con la persona interessata.

Intervento tempestivo (art. 1^{sexies} cpv. 2 AP-OAI)

Su quest'articolo sono pervenuti 69 pareri.

Tutti i Cantoni che si sono espressi in merito (BL, GE, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SO, SZ, TI, TG, VD, VS, UR, ZH) e le conferenze cantonali (CDPE, CUIAI, CDOS) approvano la proposta

di estendere l'accompagnamento alla fase di transizione dalla scuola dell'obbligo a una formazione professionale o un'attività lavorativa. Vari Cantoni (GL, JU, NE, OW, SO, SZ, TI, TG, VS) e la CUALI propongono che nell'articolo venga inserita una formulazione più esplicita in merito al punto di contatto tra AI e scuola dell'obbligo. GR evidenzia l'importanza della ripartizione dei compiti tra AI e autorità cantonali, mentre ZH e VD sottolineano la necessità di mettere a disposizione degli uffici AI sufficienti mezzi finanziari per la gestione dei casi specifica per i minori a partire dai 13 anni. ZH mette in guardia dal rischio di stigmatizzazione: bisogna evitare che i bambini e i giovani siano etichettati come «invalidi» o come «casi AI». VD approva in particolare l'aggiunta della consulenza e dell'accompagnamento tra i provvedimenti di intervento tempestivo. UR propone di menzionare espressamente i provvedimenti di cui all'articolo 7d capoverso 2 lettere c e d LAI. CDPE, CDOS e ACS approvano esplicitamente la possibilità di concedere, a condizioni rigorosamente definite, provvedimenti di intervento tempestivo già durante la scuola dell'obbligo. Secondo CDOS e ACS questo potrebbe contribuire ad attenuare le attuali differenze tra i provvedimenti cantonali e garantire una maggiore uguaglianza giuridica.

Il PES sostiene la modifica e sottolinea la necessità di una chiara ripartizione dei ruoli tra gli attori coinvolti.

Secondo USS e Travail.Suisse una maggiore collaborazione tra gli uffici AI e le autorità scolastiche – di per sé auspicata – comporta anche rischi e richiede pertanto una chiara ripartizione dei ruoli.

Tutte le organizzazioni d'aiuto agli invalidi che si sono espresse sull'avamprogetto approvano i provvedimenti previsti. IH e altri evidenziano la necessità di una chiara ripartizione dei ruoli tra uffici AI e autorità scolastiche e cantonali e quella di evitare disparità di trattamento a livello regionale.

Provvedimenti di reinserimento

Le modifiche riguardanti i provvedimenti di reinserimento sono per lo più accolte positivamente, anche se vengono richieste diverse precisazioni e correzioni in merito all'accesso ai provvedimenti e alla limitazione della durata.

Nell'ottica del sostegno agli assicurati giovani, la maggior parte dei partecipanti alla consultazione approva soprattutto la flessibilizzazione introdotta con l'adeguamento dei requisiti minimi a otto ore di presenza alla settimana, l'impostazione specifica dei provvedimenti destinati ai giovani, l'orientamento al mercato del lavoro primario con la possibilità di un'attività parallela in un laboratorio protetto e la soppressione dell'attuale limitazione a due anni sull'arco di tutta la vita. La CDPE sottolinea che l'estensione dei provvedimenti ai giovani permette di colmare una lacuna, in particolare per quanto attiene alla preparazione a una formazione transitoria secondo la LFPr. Altri partecipanti si compiacciono del fatto che le raccomandazioni scaturite dalla valutazione dei provvedimenti di reinserimento siano state integrate nelle modifiche di ordinanza.

Diritto (art. 4^{quater} AP-OAI)

Su quest'articolo si sono espressi 60 partecipanti, quasi tutti favorevoli agli adeguamenti proposti. GE suggerisce di precisare nell'ordinanza (e non soltanto nel rapporto esplicativo) che le otto ore devono essere ripartite su almeno due giorni. L'AGPP osserva che i giovani con malattie psichiche possono non essere in grado di garantire al primo tentativo una partecipazione per le otto ore prescritte.

Natura dei provvedimenti (art. 4^{quinqües} AP-OAI)

Su quest'articolo sono pervenuti 62 pareri. I partecipanti hanno preso posizione sui singoli capoversi come segue.

Capoverso 1: IH e altri fanno presente che l'aumento della capacità al lavoro deve restare soltanto uno degli obiettivi dei provvedimenti di reinserimento. Il mancato raggiungimento di quest'obiettivo non deve comportare l'interruzione di un provvedimento di reinserimento.

Capoverso 3: diversi Cantoni (SZ, OW, GL, SH, GR, TG) e la CUIAI chiedono di completare il capoverso aggiungendovi la formulazione «dopo la conclusione della» [scuola dell'obbligo]. PES, PSS come pure IH e altri chiedono che i giovani con problemi di salute possano beneficiare di un provvedimento di reinserimento il più rapidamente possibile e senza complicazioni burocratiche, che gli accertamenti medici non durino troppo a lungo e che non si possa negare un provvedimento adducendo «comportamenti tipici della pubertà».

Capoverso 4: vari Cantoni (SZ, OW, GL, SH, GR, TG, VS) e la CUIAI chiedono di stralciare la formulazione «in una convenzione sugli obiettivi» poiché ritengono che tale requisito debba essere disciplinato a livello di direttive. IH e altri approvano che si sia posto l'accento sul mercato del lavoro primario, ma con la possibilità di un'attività in un laboratorio protetto.

Durata dei provvedimenti (art. 4^{sexies} AP-OAI)

Su quest'articolo sono pervenuti 78 pareri. I partecipanti hanno preso posizione sui singoli capoversi come segue.

Capoverso 3: PSS come pure IH e altri chiedono che prima di interrompere un provvedimento di reinserimento si provveda ad adeguare la convenzione sugli obiettivi d'intesa con i terapeuti e i medici e tenendo conto dei punti di forza e delle capacità della persona assicurata.

Capoverso 5: BE propone di precisare la disposizione aggiungendo «almeno» prima di «una parte del provvedimento prolungato» affinché sia possibile concedere una proroga anche quando l'intero provvedimento si svolge nel mercato del lavoro primario. Vari Cantoni (OW, NW, SO, AI, GR, TI, VD, NE, GE, JU) e la CUIAI auspicano lo stralcio della disposizione che limita il prolungamento di un provvedimento a un anno al massimo dopo il primo anno. IS respinge la subordinazione del prolungamento di un provvedimento allo svolgimento nel mercato del lavoro primario.

Capoverso 6: diversi Cantoni (ZH, SZ, OW, GL, AI, GR, AG, TG, NE, GE) e la CUIAI chiedono di riformulare la disposizione in modo che la persona assicurata debba dimostrare di aver compiuto, autonomamente o con il sostegno di terzi, seri sforzi di reinserimento professionale tra l'ultimo provvedimento di reinserimento e la nuova richiesta. Dalla formulazione proposta si ha inoltre l'impressione che le condizioni di cui alle lettere a e b vadano adempiute cumulativamente. Altri Cantoni (NW, ZG, SH, VD, JU), CDPE e CDOS propongono lo stralcio del capoverso. BE auspica l'aggiunta dell'avverbio «chiaramente», affinché sia necessario un cambiamento più rilevante dello stato di salute. PES, ACS, Travail.Suisse, IS come pure IH e altri considerano la formulazione «dimostra di aver compiuto seri sforzi» troppo vaga e auspicano che venga precisata a livello di direttive o che sia definito un elenco di criteri accessibile.

Orientamento professionale (art. 4a AP-OAI)

Su quest'articolo si sono espressi 81 partecipanti.

In generale le modifiche riguardanti l'orientamento professionale sono accolte con favore anche se vengono richieste diverse precisazioni e correzioni, in particolare per quanto attiene alle limitazioni della durata.

I partecipanti approvano soprattutto le precisazioni fornite riguardo all'orientamento professionale e l'accento posto sul mercato del lavoro primario.

Capoverso 2: vari Cantoni (SZ, OW, GL, GR, TG, NE) e la CUIAI propongono una piccola modifica di carattere linguistico («per» anziché «e servono a») e l'aggiunta alla disposizione della formulazione «e a familiarizzarsi con le esigenze del mercato del lavoro primario», che figura nel rapporto esplicativo. BE chiede di precisare che i provvedimenti possono essere svolti soltanto eccezionalmente in istituzioni. Altri Cantoni (OW, NW, ZG, SO, SH, AI, TI, VD, NE, GE, JU), IH e altri, CDPE e CDOS ritengono troppo rigida la limitazione a dodici mesi della

durata dei provvedimenti di cui all'articolo 15 capoverso 1 LAI. PES, PSS, ACS come pure IH e altri propongono che, in caso di ripresa del provvedimento, la persona vi abbia nuovamente diritto per al massimo dodici mesi e ritengono che questa regola possa essere inserita anche a livello di direttive.

Capoverso 3: alcuni Cantoni (SZ, OW, GL, GR, TG, NE) e la CUIA propongono una piccola modifica di carattere linguistico nel testo tedesco («per» anziché «e servono a»). Altri Cantoni (OW, NW, ZG, SO, SH, AI, VD, NE, GE, JU), come pure PES, PSS, ACS, IS, IH e altri, CDPE e CDOS ritengono troppo rigida la limitazione a tre mesi della durata dei provvedimenti di cui all'articolo 15 capoverso 2 LAI. ACS, PES, PSS come pure IH e altri chiedono che, in caso di ripresa del provvedimento, la persona vi abbia nuovamente diritto per al massimo tre mesi. Per IS la durata dei provvedimenti dovrebbe poter essere prolungata a sei mesi.

Capoverso 4: vari Cantoni (SZ, OW, GL, SH, GR, TG, VS, NE) e la CUIA chiedono di stralciare «in una convenzione sugli obiettivi» poiché ritengono che tale requisito debba figurare a livello di direttive e propongono di includere la lettera c nella lettera a. UR auspica una modifica di carattere linguistico nel testo tedesco («ist» anziché «wäre» alla lettera c). Per IH e altri è importante che prima della conclusione anticipata di un provvedimento di orientamento professionale si provveda ad adeguare la convenzione sugli obiettivi d'intesa con i terapeuti e i medici e tenendo conto dei punti di forza e delle capacità della persona assicurata. L'UDC chiede che l'orientamento professionale possa essere interrotto soltanto se la persona assicurata trova un posto di lavoro adatto.

Prima formazione professionale

In linea di principio, i partecipanti sono soddisfatti delle modifiche apportate agli articoli 5 e 5^{bis} OAI.

Approvano esplicitamente il fatto che la prima formazione professionale prepari – come finora – anche a un posto di lavoro protetto o a un'attività in un laboratorio protetto (art. 5 cpv. 1 lett. c AP-OAI), possa proseguire nel mercato del lavoro secondario anche dopo la conclusione della formazione professionale di base a determinate condizioni ed essere finanziata dall'AI (art. 5 cpv. 3 AP-OAI) e che l'assegnazione della prima formazione professionale valga per tutta la durata della formazione e senza scaglionamento (art. 5 cpv. 5 AP-OAI)

Prima formazione professionale (art. 5 AP-OAI)

Su quest'articolo si sono espressi 72 partecipanti, che hanno preso posizione sui singoli capoversi come segue.

Capoverso 2 (preparazione mirata): alcuni Cantoni (SZ, OW, GL, GR, TG, NE, JU) e CUIA hanno proposto di modificare la lettera c del capoverso come segue: «[...] l'inizio della preparazione, che costituisce il presupposto per la formazione successiva, [...]». AG chiede invece di rendere le definizioni meno rigide in modo da permettere di impiegare i provvedimenti preparatori affinché la reintegrazione vada a buon fine. CURAVIVA e IS auspicano l'aggiunta di una precisazione: «La preparazione mirata alla prima formazione professionale fa parte della prima formazione professionale, se è adempiuto uno dei seguenti criteri: ...»

Capoverso 3 (continuazione della prima formazione): IH e altri, USS, AGILE e altri, INSOS, Aiuto Aids svizzero, IS e altre organizzazioni propongono di adeguare il capoverso in modo che la prima formazione non debba necessariamente svolgersi nel mercato del lavoro primario e chiedono di mantenere l'espressione «nel mercato del lavoro regolare» nell'intera ordinanza. IS chiede inoltre di integrare nelle direttive un elenco di criteri uniforme e accessibile per la valutazione del potenziale d'integrazione degli assicurati.

Spese supplementari dovute all'invalidità (art. 5^{bis} AP-OAI)

Su quest'articolo si sono espressi 58 partecipanti, che hanno preso posizione sui singoli capoversi come segue.

Capoverso 5 (spese computabili): AGILE e altri, IH e altri come pure Aiuto Aids svizzero auspicano che l'assicurazione per l'invalidità si assuma le spese di vitto e alloggio dovute all'invalidità per la prima formazione professionale come è già il caso per il perfezionamento professionale (cfr. art. 5^{bis} cpv. 3 OAI). L'ASE propone di completare il capoverso aggiungendovi una lettera d (ausili personali).

Capoversi 6 e 7 (vitto e alloggio): alcuni Cantoni (SZ, OW, GL, AI, GR, TG, VS, NE, JU) e la CUIA chiedono di sostituire «centro di formazione» con «istituzione di formazione».

Cofinanziamento delle formazioni transitorie cantonali

L'introduzione del cofinanziamento delle formazioni transitorie cantonali è accolto con favore da tutti i partecipanti. Alcuni Cantoni propongono degli adeguamenti.

I partecipanti approvano il fatto che ci si avvalga delle offerte esistenti, si evitino i doppi e si punti a un'esecuzione uniforme nei Cantoni grazie ai requisiti minimi stabiliti dall'UFAS.

Requisiti minimi per le convenzioni con gli organi d'esecuzione cantonali (art. 96^{bis} AP-OAI)

In merito a quest'articolo sono stati presentati due pareri.

Capoverso 1: SO rileva che il capoverso parla di verifica reciproca, mentre nel rapporto esplicativo si parla unicamente di verifica dei contenuti.

Capoverso 2: l'UDC chiede di definire in modo sufficientemente chiaro gli obiettivi degli uffici AI e dell'organismo responsabile dell'offerta cantonale.

Formazioni transitorie cantonali (art. 96^{quater} AP-OAI)

Su quest'articolo si sono espressi otto partecipanti, che hanno preso posizione sui singoli capoversi come segue.

Capoverso 1: SO chiede che le condizioni materiali per il cofinanziamento delle formazioni transitorie cantonali siano definite chiaramente nell'ordinanza. GR propone di prevedere un limite di età di 21 anni. Netzwerk Enthinderung auspica che si rinunci al limite di età per l'accesso ai provvedimenti volti a preparare una prima formazione professionale.

Capoverso 2: due Cantoni (VS, JU) e CDPE approvano la nuova possibilità di cofinanziamento. GR chiede di prevedere contributi di base anziché finanziamenti indiretti per tenere conto del fatto che il numero di persone con disabilità nelle formazioni transitorie varia. VD auspica che la possibilità di cofinanziamento di cui all'articolo 68^{bis} LAI sia fissata al 50 per cento delle spese anziché a un terzo.

Capoverso 3: BE ritiene opportuno che in casi eccezionali la formazione transitoria possa essere prolungata di un anno e propone quindi di aggiungere «di regola».

Cofinanziamento degli organi di coordinamento cantonali (art. 96^{ter} AP-OAI)

Su quest'articolo sono pervenuti 13 pareri.

I partecipanti alla consultazione approvano l'introduzione del cofinanziamento degli organi di coordinamento cantonali. Accolgono con favore in particolare il fatto che la collaborazione con questi organi venga istituzionalizzata e possa essere retribuita e che il coordinamento permetta di colmare le lacune esistenti. Singoli Cantoni chiedono un adeguamento del finanziamento.

I partecipanti hanno preso posizione sui singoli capoversi dell'articolo 96^{ter} AP-OAI (contributi all'organo di coordinamento cantonale) come segue.

Capoverso 2: la CDPE ritiene appropriato il criterio della quota della popolazione residente permanente di età compresa tra i 13 e i 25 anni.

Capoverso 3: diversi Cantoni (OW, GL, TG, VS, NE) e la CUIA rilevano che il finanziamento dell'AI ammonta a un terzo dei costi per Cantone. Alla luce dell'aumento del numero di giovani con problematiche di salute, specialmente di natura psichica, TI propone un riesame dell'ammontare dei contributi accordati. Per SZ la partecipazione finanziaria prevista è troppo bassa. ZH propone di creare unità regionali incaricate di ripartire i mezzi tra gli uffici AI. VD chiede che il cofinanziamento di cui all'articolo 68^{bis} LAI sia pari al 50 per cento dei costi. In considerazione del plurilinguismo e dell'estensione geografica, GR auspica di ricevere lo stesso numero di ETP accordato a VS. BS considera adeguato il finanziamento previsto.

Fornitura di personale a prestito (art. 6^{quinquies} AP-OAI)

Su quest'articolo sono pervenuti dieci pareri.

In linea di massima la fornitura di personale a prestito è accolta con favore in quanto è considerata uno strumento supplementare. Danno tuttavia adito a critiche l'impostazione dell'indennità per sopperire all'aumento dei contributi e la limitazione a un anno della durata del provvedimento. VS e UCS approvano la possibilità per gli uffici AI di far capo a prestatori di personale. L'UCS spera in un effetto positivo sull'aiuto sociale.

I partecipanti hanno preso posizione sui singoli capoversi dell'articolo 6^{quinquies} AP-OAI come segue.

Capoverso 1 (importo massimo): secondo l'UDC, l'importo massimo è eccessivo. Swisstaffing, Profil e IPT ritengono adeguato un importo massimo di 12 500 franchi per assicurato, a condizione che i clienti AI da collocare presentino una limitazione minima dell'impiegabilità sul mercato del lavoro. L'associazione INSOS considera insufficiente l'importo massimo previsto e propone di aggiungere un capoverso che preveda un «premio di reinserimento» per il prestatore di personale, da versare entro i limiti dell'importo massimo. Netzwerk Enthinderung approva l'assunzione delle spese di intermediazione da parte dell'AI e propone di informare attivamente i datori di lavoro sull'esistenza di questo incentivo.

Capoverso 2 (indennità): secondo l'USI le prestazioni di cui all'articolo 6^{quinquies} capoverso 2 AP-OAI vanno ben oltre quelle previste all'articolo 18a^{bis} capoverso 3 lettera b LAI e vanno quindi stralciate, perché manca la necessaria base giuridica. Swisstaffing, Profil e IPT approvano l'indennità e il termine di attesa di due giorni consecutivi, anche se l'importo previsto non copre del tutto il rischio finanziario.

Capoverso 3 (importo massimo dell'indennità): swisstaffing, Profil e IPT ritengono che gli importi massimi previsti siano troppo bassi e propongono di aumentarli in occasione di una prossima revisione dell'ordinanza.

Capoverso 4 (durata dell'indennità per sopperire all'aumento dei contributi): swisstaffing, Profil e IPT sono favorevoli a che il diritto all'indennità a copertura dell'aumento delle spese per i premi dell'indennità giornaliera sussista per l'intera durata della malattia fino alla conclusione del rapporto di lavoro. Chiedono tuttavia che le indennità non siano versate soltanto alla fine del rapporto di lavoro ma che possano anche essere versate prima accenti.

Capoverso 5 (durata del provvedimento): secondo swisstaffing, Profil e IPT la durata massima di un anno dovrebbe comprendere unicamente la durata degli impieghi e non anche il tempo necessario alla ricerca e al collocamento. INSOS, CURAVIVA e IS sono del parere che la durata del provvedimento sia fissata in modo troppo rigido e propongono che la si possa prolungare per un periodo transitorio ben definito, qualora sia prevedibile un'assunzione a tempo indeterminato nell'impresa acquisitrice.

Indennità giornaliera dell'AI

In linea di massima le modifiche proposte riguardanti le indennità giornaliera e i salari d'apprendista sono accolte positivamente e considerate ragionevoli e appropriate. Per alcuni articoli (art. 18, 19, 20^{quater}, 21^{septies} e 22 AP-OAI nonché disposizioni transitorie) sono stati formulati commenti e chiesti chiarimenti e/o correzioni.

I partecipanti alla consultazione approvano esplicitamente il fatto che il nuovo sistema punti a una maggiore parità di trattamento tra le persone con problemi di salute e quelle sane, aumenti le opportunità di ottenere un posto di formazione nel mercato di lavoro primario ed elimini i falsi incentivi del sistema attuale per cui i giovani invalidi in formazione ricevono importi più elevati dei loro coetanei sani con una situazione formativa identica.

Periodo di attesa in generale (art. 18 cpv. 1 e 2 AP-OAI)

Su quest'articolo si sono espressi 15 partecipanti, tra cui 13 Cantoni (AG, BE, BS, GL, TG, GR, SH, NW, OW, SZ, NE, TI, JU), CUI e UCS. Tutti contestano la soppressione dell'indennità giornaliera per il periodo in cui l'assicurato aspetta l'inizio della prima formazione professionale: il fatto che il diritto all'indennità giornaliera sorga con l'inizio della prima formazione professionale presuppone che il relativo importo sia versato prima e non che venga soppresso durante il periodo di attesa. Secondo i partecipanti la concessione dell'indennità giornaliera sin dall'inizio della formazione mira ad estendere il diritto alle indennità e non a limitarlo a quanto disposto dall'articolo 18 AP-OAI.

Periodo di attesa durante la ricerca di un impiego (art. 19 AP-OAI)

Su quest'articolo sono stati espressi 12 pareri.

La maggior parte dei partecipanti critica le modifiche proposte. I motivi addotti sono in particolare la poca chiarezza del titolo e la delimitazione poco chiara tra l'articolo 18 e l'articolo 19 AP-OAI. Nello specifico i partecipanti si sono pronunciati sui singoli capoversi come segue.

Titolo: diversi Cantoni (BE, GL, GR, NE, OW, SZ, TG, VS) e la CUI rilevano che il termine «periodo di attesa» è fuorviante e propongono di sostituire il titolo con «indennità giornaliera». AR sostiene che a porre problema sia il termine «ricerca di un impiego», perché può creare confusione tra il pubblico target dell'AI e quello degli uffici regionali di collocamento (URC). SG ritiene che i Cantoni non siano direttamente interessati dagli articoli 19 AP-OAI e 120a AP-OAI e che questi articoli non pongano problemi particolari.

Capoverso 1 (periodo di attesa durante la ricerca di un impiego): vari Cantoni (BE, GL, GR, NE, OW, SZ, TG, VS) e la CUI ritengono che, contrariamente a quanto indicato nel commento relativo all'articolo 19 AP-OAI, il periodo di attesa prima della fornitura di personale a prestito secondo il capoverso 1 dovrebbe essere indennizzato in virtù dell'articolo 18 AP-OAI. VD propone di aggiungere direttamente nell'OAI la precisazione che figura nel rapporto esplicativo in merito alla fornitura di personale a prestito. Rechtsberatung UP propone di aumentare da 60 a 90 o 180 il numero di giorni di indennità giornaliera.

Capoverso 2 (coordinamento con l'assicurazione contro la disoccupazione): Rechtsberatung UP chiede che la regola del coordinamento tra AI e AD sia precisata e che occorra in particolare chiarire se per la persona assicurata sussiste l'obbligo di iscriversi a un URC per poter beneficiare di indennità giornaliera in virtù del capoverso 1.

Interruzioni dei provvedimenti d'integrazione (art. 20^{quater} AP-OAI)

La Suva, unico organo assicurativo a pronunciarsi su quest'articolo, formula alcune riserve in merito all'opportunità della modifica proposta. Sostiene che attualmente il caso dell'infortunio coperto dalla LAINF durante i provvedimenti d'integrazione è già previsto, senza che il combinato disposto dell'articolo 16 capoverso 3 LAINF e dell'articolo 22^{quater} capoverso 1 OAI crei problemi. Nella prassi, l'articolo 16 capoverso 3 LAINF è applicato se il diritto all'indennità giornaliera dell'AI sorge solo dopo l'infortunio. La Suva adduce che stralciando l'infortunio dal capoverso 1 e aggiungendo il nuovo capoverso 6 all'articolo 20^{quater} si crea una lacuna nei casi

in cui il provvedimento d'integrazione dev'essere interrotto a causa di una ricaduta legata a un precedente infortunio. La proposta di modifica considera soltanto la nuova copertura LAINF di persone che seguono provvedimenti dell'AI (AINF-AI). La Suva dichiara inoltre di non capire perché, in caso di infortunio, soltanto l'indennità giornaliera dell'assicurazione obbligatoria e non anche quella dell'assicurazione facoltativa secondo l'articolo 4 LAINF interrompa il diritto all'indennità giornaliera AI.

Riduzione dell'indennità giornaliera (art. 21^{septies} cpv. 5 AP-OAI)

Sull'articolo sono stati inoltrati due pareri. VS sostiene la modifica proposta nella misura in cui evita un sovraindennizzo, ma sottolinea che avrà un impatto sul carico di lavoro delle casse di compensazione. La Suva precisa che la riduzione è possibile soltanto in caso di rendita d'invalidità LAINF e non di rendita per superstiti.

Calcolo dell'indennità giornaliera nella prima formazione professionale (art. 22 AP-OAI)

Su quest'articolo si sono espressi 20 partecipanti, tra cui 16 Cantoni (AI, AR, BS, GE, GL, GR, NE, NW, OW, JU SH, SO, SZ, TG, UR, VS,), CUIAI, USI, Suva e CCCC. In generale il disciplinamento proposto è accolto con favore, anche se alcuni punti fanno sorgere dubbi e controversie. I partecipanti concordano tutti sulla complessità della formulazione che rende difficile la comprensione e problematica l'applicazione.

Capoverso 2 (salario indicativo che figura nel Lohnbuch Schweiz): i pareri inoltrati in merito a questo capoverso vertono su due elementi in particolare.

- Vari Cantoni (AI, GL, GR, NE, JU, OW, SH, SZ, TG, VS) e la CUIAI propongono di stralciare il capoverso in quanto ritengono che non spetti all'AI intervenire mediante ordinanza per rettificare l'importo dei salari. La disposizione non permetterebbe inoltre di raggiungere l'obiettivo auspicato perché rischia di generare disparità di trattamento tra gli apprendisti beneficiari dell'AI e gli altri apprendisti della stessa azienda: correggendo soltanto il salario dei primi si penalizzerebbero i secondi. Per di più, la correzione da parte dell'AI complica la prassi. Alcuni Cantoni (GL, GR, OW, TG) si domandano quale valore di riferimento vada applicato tra quelli menzionati nel *Lohnbuch Schweiz*, mentre CCCC e OW si chiedono se non sia opportuno inserire nell'ordinanza il tasso di divergenza del 5 per cento menzionato nel rapporto esplicativo.
- Sette partecipanti – tra cui quattro Cantoni (OW, AG, UR, GE), USI, Suva e CCCC – prendono posizione sul rinvio al *Lohnbuch Schweiz* e si interrogano circa l'opportunità di tale rinvio a una pubblicazione edita da Orell Füssli, visto che generalmente vengono utilizzati dati pubblicati da organi ufficiali e non da privati. UR suggerisce di utilizzare come riferimento i salari consueti applicati dalle aziende («betriebsüblichen Löhne»), mentre OW, GE e CCCC prediligono la Rilevazione della struttura dei salari (RSS) pubblicata dall'Ufficio federale di statistica (UST). Anche la Suva rileva che l'utilizzo di basi diverse per le varie categorie di assicurati (struttura dei salari per il terziario, *Lohnbuch Schweiz* per gli apprendisti) potrebbe generare incoerenze e/o confusione.

Capoverso 3 (interruzione di una prima formazione professionale): AG, l'unico partecipante ad essersi pronunciato su questo capoverso, ritiene che le nuove disposizioni sull'importo delle indennità giornaliere ostacolano il processo di integrazione, in particolare per gli assicurati che a causa dell'invalidità devono interrompere una prima formazione professionale o cominciarne un'altra. Il Cantone deplora che questi assicurati ricevano un salario di apprendista e propone di definire un importo superiore per gli assicurati con più di 18 anni la cui formazione risulta ritardata a causa di una disabilità.

Capoverso 4 (importo mensile dell'indennità giornaliera in assenza di un contratto di tirocinio): su questo capoverso si sono espressi 16 partecipanti, ossia 13 Cantoni (AG, BE, GE, GL, GR, JU, OW, NE, NW, SH, SZ, TG, VS), CUIAI, Suva e CCCC. I pareri inoltrati menzionano in particolare due aspetti.

- Dieci Cantoni (GL, GR, JU, OW, NE, NW, SH, SZ, TG, VS) e la CUIAI criticano la complessità della formulazione che rende difficile la comprensione e propongono di riformulare il

capoverso e di adeguarlo. GE e CCCC suggeriscono alcune modifiche, in particolare la sostituzione di «il secondo anno» con «dal secondo anno». Per NE non è chiaro a partire da quando si applica il diritto all'indennità giornaliera; GL, GR e CUIAI vorrebbero sapere a chi è versata l'indennità.

- AG formula delle riserve in merito all'importo del salario degli assicurati che non seguono una formazione ai sensi della lettera a o b dell'articolo 22 capoverso 4 LAI, nella misura in cui queste persone potrebbero eventualmente iniziare un apprendistato con un salario superiore se non avessero un danno alla salute. Secondo AG, supporre che in caso di danno alla salute verrebbe conseguito soltanto il salario mediano più basso rappresenta una disparità di trattamento.

Disposizioni transitorie

Gli otto pareri pervenuti (AI, GL, GR, JU, SZ, TG, VS e CUIAI) evidenziano che le disposizioni transitorie non disciplinano la problematica degli assicurati che beneficiano di vari provvedimenti in successione. Bisogna chiarire quale provvedimento – quello successivo all'entrata in vigore delle nuove disposizioni oppure quello precedente la loro entrata in vigore – sarà determinante per definire l'importo dell'indennità giornaliera. I partecipanti che si sono espressi su queste disposizioni reputano inoltre necessario indicare quale regola si applica in caso di proroga dei provvedimenti.

Copertura contro gli infortuni

I partecipanti alla consultazione approvano all'unanimità le proposte di attuazione per l'assicurazione contro gli infortuni delle persone che seguono provvedimenti dell'AI (AINF-AI).

I pareri pervenuti sono otto.

BE, VD e VS considerano positivo in particolare il fatto che le nuove disposizioni creino uniformità e certezza giuridica. La FMH è decisamente favorevole alla nuova copertura assicurativa contro gli infortuni per gli assicurati che partecipano a provvedimenti dell'AI. ASA e CCCC sono globalmente molto favorevoli alle proposte di attuazione, una valutazione condivisa da Spitex Svizzera e dall'Association Spitex privée Suisse.

La Suva formula un parere dettagliato in merito alle proposte di attuazione dell'AINF-AI. È spesso l'unica partecipante a pronunciarsi espressamente sui pertinenti articoli avanzando proposte concrete di riformulazione e organizzazione dei contenuti. Gli aspetti su cui si sofferma concernono essenzialmente la notifica di infortunio (art. 53 cpv. 1 AP-OAINF), la mancanza di un articolo che disciplini l'inizio e la fine dell'assicurazione (art. 132 AP-OAINF), la chiara delimitazione tra calcolo dell'indennità giornaliera e calcolo delle rendite (art. 132a, 132b e 132c AP-OAINF) e le basi per il calcolo del premio (art. 132d AP-OAINF).

Responsabilità civile

L'estensione della norma di responsabilità non viene contestata dai partecipanti. BE, l'unico ad essersi pronunciato, evidenzia che la spiegazione fornita nel rapporto esplicativo è in contraddizione con il tenore dell'articolo 98^{bis} AP-OAI.

Nuove proposte formulate dai partecipanti

Sull'articolo 4^{novies} OAI (reintegrazione dei beneficiari di una rendita), che non rientrava tra quelli sottoposti a consultazione, si sono espressi 49 partecipanti. Tutti questi partecipanti (IH e altri e AGILE e altri) chiedono di aggiungere all'articolo un capoverso 2 con il seguente tenore: «Il miglioramento della capacità al guadagno secondo l'articolo 8a LAI non deve necessariamente incidere sull'ammontare della rendita».

3.2 Pareri in merito al blocco tematico 2: provvedimenti sanitari

3.2.1 In generale

I partecipanti approvano l'innalzamento a 25 anni del limite d'età per il diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione, ma criticano l'inasprimento (a loro modo di vedere) dei requisiti per il diritto ai provvedimenti. I pareri sono invece contrastanti per quanto riguarda la possibilità del finanziamento da parte dell'AI di provvedimenti che non adempiono (ancora) i criteri EAE.

Nel complesso l'adeguamento e l'aggiornamento dell'ordinanza sulle infermità congenite (OIC) sono accolti favorevolmente così come la delega al DFI, da parte del Consiglio federale, del compito di stabilire le infermità congenite di cui l'AI assume le spese di cura. Sull'aggiornamento dei singoli numeri sono state formulate soltanto alcune critiche concrete. L'osservazione più frequente è che i criteri di definizione delle infermità congenite, la complessità e la durata di un trattamento non sono formulati in modo ottimale e vanno rielaborati. Una parte dei partecipanti chiede che le ripercussioni finanziarie dell'aggiornamento dell'elenco delle infermità congenite siano illustrate in modo più completo. Le modifiche apportate ai numeri 494-499 OIC-DFI e le relative ripercussioni finanziarie danno adito a varie critiche.

I partecipanti concordano ampiamente con le disposizioni relative alle prestazioni di cura mediche in caso di cure a domicilio. Molti di loro sono favorevoli soprattutto all'inserimento della sorveglianza di lunga durata nell'OAI. Alcuni considerano tuttora irrisolto il problema della delimitazione tra le prestazioni di cura mediche a carico dell'AI e quelle a carico dell'AOMS.

3.2.2 In dettaglio

Provvedimenti sanitari d'integrazione

Provvedimenti sanitari d'integrazione (art. 2 AP-OAI)

Il PSS respinge qualsiasi requisito supplementare introdotto nell'ambito dell'articolo.

Curafutura ritiene che l'articolo vada completato con un rinvio all'articolo 14 LAI, in modo da garantire che anche gli esami e gli accertamenti preliminari (p. es. radiografie) e i trattamenti e l'assistenza successivi a un intervento chirurgico (p. es. controlli medici) vengano considerati nell'ambito dell'articolo 12 LAI.

Secondo santésuisse, le modifiche introdotte porteranno a un trasferimento delle spese dall'AI agli assicuratori-malattie. L'associazione non capisce perché si voglia peggiorare la prassi attuale e respinge le modifiche proposte.

GE si chiede se non sia opportuno specificare nell'ordinanza i provvedimenti che non rientrano in quelli sanitari, come i provvedimenti pedagogico-terapeutici (logopedia e psicomotricità in particolare)

Capoverso 1

BE, SZ, Procap, SACD come pure IH e altri criticano il fatto che nell'ordinanza si sia rinunciato all'avverbio «relativamente» per quanto riguarda il raggiungimento di uno stato di salute stabilizzato e ritengono che la modifica porti a un inasprimento della prassi attuale.

UR considera ambiguo l'inciso«[...], dopo la cura dell'affezione in quanto tale e il raggiungimento di uno stato di salute stabilizzato, [...]» al secondo periodo.

AG rileva che secondo l'articolo 12 LAI, preminente rispetto all'ordinanza, il requisito fondamentale per avere diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione è una prognosi favorevole emessa dal medico specialista curante. Il diritto vigente parla tuttavia di una prognosi «buona». Visto che «favorevole» e «buona» non significano la stessa cosa, il Cantone auspica una precisazione nell'ordinanza.

Secondo TI la disposizione dell'ordinanza permette una delimitazione chiara tra le competenze delle varie assicurazioni sociali. GE propone di attenuare il capoverso 3 dell'articolo in funzione dello stato di salute stabilizzato di cui al capoverso 1.

AGILE approva la possibilità di innalzare a 25 anni il limite di età per il diritto ai provvedimenti sanitari d'integrazione.

Unimedsuisse propone di stralciare la condizione secondo cui la cura dell'affezione dev'essere conclusa prima che possano essere concessi provvedimenti sanitari d'integrazione.

ASE, FSP e ASNP chiedono che l'ergoterapia e i trattamenti neuropsicologici siano inseriti nel catalogo delle prestazioni.

Swiss Orthopaedics teme che il criterio – a suo parere inadeguato – del raggiungimento di uno stato di salute stabilizzato possa peggiorare la presa in carico dei pazienti che manifestano gravi problemi ortopedici dopo le prime quattro settimane di vita. La SGNP ritiene che i provvedimenti sanitari d'integrazione non debbano essere concessi soltanto dopo che la cura dell'affezione in quanto tale si è conclusa.

Capoverso 2

OW, NW, GL, SH, GR, TG, TI, VS, NE, JU e CUAJ sono del parere che un trattamento che non soddisfa ancora i criteri EAE non adempie nemmeno i presupposti per l'assunzione dei costi da parte delle assicurazioni sociali. Semmai i costi dovrebbero essere assunti dall'AOMS, che ha l'obbligo di anticipare le prestazioni. Non vi è quindi alcun motivo di derogare al principio consolidato dell'anticipazione delle prestazioni (art. 70 cpv. 2 lett. a LPGA). VS sostiene inoltre che le condizioni previste al capoverso 2 lettera b non potranno essere attuate poiché non è possibile determinare in anticipo il risparmio potenziale rispetto ai costi dei provvedimenti sanitari d'integrazione. Secondo UR e JU nella lettera a occorre sostituire la congiunzione «o» con «e», in quanto secondo l'articolo 14^{ter} capoverso 2 LAI le due condizioni dovrebbero essere adempiute cumulativamente. Secondo SZ è prevedibile che verranno concesse più prestazioni e che il carico amministrativo aumenterà. Il Cantone auspica inoltre che nelle pertinenti direttive vengano precisate le condizioni di deroga. SO ritiene che l'articolo sia formulato in modo molto vago e non permetta di identificare criteri concreti ai quali gli uffici AI possano fare riferimento, per cui chiede di definire criteri chiari o più chiari. AG è del parere che con la nuova disposizione verranno spesso concesse prestazioni anche se il rispetto dei criteri EAE non sarà (ancora) stato verificato, il che equivale a un cambiamento di paradigma. Sono quindi necessarie precisazioni complementari nel caso in cui l'adempimento dei criteri non sia ancora valutabile. Eventualmente si potrebbe definire un livello minimo di probabilità di successo dell'integrazione. GE si chiede se il concetto di «potenziale d'integrazione particolarmente elevato» di cui all'articolo 2 capoverso 2 lettera b AP-OAI – che secondo il rapporto esplicativo corrisponde alla situazione in cui la probabilità d'integrazione è particolarmente elevata – debba essere inteso come un'eccezione al grado di prova della verosimiglianza preponderante e auspica precisazioni in merito.

Iph e VIPS approvano espressamente il fatto che all'atto di fissare l'importo rimborsabile si proceda a una valutazione globale dei benefici. Iph rileva che nel contesto dell'AI i criteri EAE riflettono anche lo scopo dell'AI e che, pertanto, devono tassativamente essere contestualizzati nell'OAI. Il capoverso non specifica se la disposizione valga soltanto per i provvedimenti sanitari d'integrazione oppure per tutti i provvedimenti sanitari finanziati dall'AI, anche se sarebbe preferibile quest'ultima interpretazione.

AGILE, graap e hiki auspicano un'applicazione flessibile dei criteri EAE. Mfe accoglie con favore il fatto che i provvedimenti sanitari possano essere adottati anche se non soddisfano i criteri EAE. NPSuisse chiede di rispettare la volontà del Parlamento e di tener conto della rarità di una malattia nella valutazione dei criteri EAE. Unimedsuisse approva espressamente la deroga prevista al capoverso 2. ProRaris e fsrmm osservano che i principi di cui al capoverso 2 devono essere considerati anche nel caso dei medicinali dell'elenco delle specialità per le infermità congenite (ES-IC).

Capoverso 3

UR parte dal presupposto che il capoverso si applichi anche al prolungamento di provvedimenti in corso (p. es. psicoterapia nel quadro dell'art. 13 LAI, numeri 403-404 dell'elenco delle infermità congenite). In questo senso, è fondamentale che i terapeuti curanti ricordino agli assicurati di annunciarsi tempestivamente all'ufficio AI non appena compiono 20 anni. Secondo GL, GR, AG, TG, TI, NE, JU e CUI l'articolo genera problemi nell'ambito della psicoterapia: spesso, infatti, è possibile valutare soltanto dopo l'inizio della terapia se si è in presenza di uno stato patologico labile o di un'affezione che giustifica il diritto a prestazioni dell'AI. VS afferma che il capoverso 3, secondo cui un provvedimento sanitario d'integrazione dev'essere richiesto all'ufficio AI competente prima dell'inizio della cura, è in contraddizione con l'articolo 48 capoverso 1 LAI, che permette il rimborso di provvedimenti sanitari per i 12 mesi precedenti la richiesta (recupero di prestazioni arretrate, domanda tardiva). Anche curafutura rinvia all'articolo 48 LAI. GE si interroga in merito al momento in cui la prognosi emessa dal medico curante deve pervenire all'ufficio AI e si chiede come procedere nei casi in cui la prognosi viene emessa prima dell'inizio del provvedimento sanitario ma giunge in ritardo all'ufficio AI.

PES, unimedsuisse, Procap, SACD, IH e altri rilevano che in molti casi la richiesta di assunzione delle spese non può essere presentata prima dell'inizio della cura in quanto il trattamento deve cominciare subito in modo da raggiungere l'idoneità all'integrazione. Pertanto, alla stregua dell'AOMS, l'AI deve poter assumere i costi dei provvedimenti necessari anche dopo l'inizio della cura, se le condizioni di diritto sono adempite. Il primo periodo del capoverso andrebbe quindi soppresso.

L'ASA chiede di stralciare il capoverso perché non permette più il coordinamento delle assicurazioni sociali secondo l'articolo 64 LPGa o lo permette unicamente in caso di controversia. Di regola, l'assicuratore LAMal riconosce questi casi soltanto dopo la fatturazione, ossia dopo che la cura è iniziata. FMH, AGPP, ZGPP, FMPP e il Dr. med. Klaus Begle sostengono che spesso l'entità di una malattia può essere valutata con maggiore chiarezza soltanto dopo le prime esperienze in sede di trattamento. Rilevano inoltre che nel caso delle malattie psichiche non è possibile determinare prima della cura se si tratti di una cura dell'affezione in quanto tale o, una volta conclusa la cura, di un provvedimento sanitario d'integrazione e se la prognosi sia favorevole. Anche secondo l'associazione Swiss Orthopaedics una prognosi di integrazione può essere emessa in modo attendibile soltanto quando l'assicurato (bambino) è un po' cresciuto. La SGNP è del parere che la questione della delimitazione tra l'obbligo di prestazione dell'AI e l'obbligo di prestazione dell'AOMS vada risolta senza pregiudicare l'inizio il più possibile rapido di un provvedimento d'integrazione e propone quindi lo stralcio dell'articolo.

Capoverso 4

Procap, SACD, come pure IH e altri considerano troppo contraddittori il terzo e quarto periodo del capoverso e propongono un adeguamento. Secondo AGILE, graap, Verein Morbus Wilson, RDAF, ProRaris, SSCP e fsmm l'orizzonte temporale per la concessione di provvedimenti d'integrazione dev'essere impostata in modo flessibile.

L'ASE chiede che la durata passi da due a tre anni, mentre mfe, Physioswiss e SSP chiedono di aumentarla a quattro. Per preservare la libertà di scelta, Kosek e unimedsuisse propongono di adeguare il capoverso in modo tale che nella decisione o comunicazione di assegnazione non venga stabilito il fornitore di un provvedimento sanitario d'integrazione, bensì il tipo di fornitore.

Proseguimento di provvedimenti sanitari d'integrazione (art. 2^{bis} AP-OAI)

LU critica il fatto che un provvedimento sanitario d'integrazione possa essere prolungato soltanto se il provvedimento professionale successivo è stato assegnato prima della conclusione del provvedimento precedente e fa notare che il disciplinamento proposto non tiene sufficientemente conto delle procedure interne degli uffici AI. Né dal testo dell'ordinanza né dal rapporto esplicativo risulta chiaramente se, in deroga all'articolo 2 capoverso 4 AP-OAI, le spese possono essere rimborsate per sei mesi oltre la durata di due anni nel caso di un provvedimento professionale concluso o interrotto. Vi è quindi un'incertezza giuridica che va chiarita. LU fa inoltre notare che l'interruzione di un provvedimento – a seguito di malattia, infortunio, lungo viaggio, anno all'estero, periodo di pausa ecc. – comporterebbe la perdita del diritto a prestazioni dell'AI e non tiene quindi conto delle situazioni di vita difficili degli assicurati che interrompono i provvedimenti. L'applicazione di tale disposizione sarebbe problematica anche alla luce del rispetto dei diritti fondamentali e del diritto internazionale.

VS è favorevole al proseguimento dei provvedimenti sanitari d'integrazione in parallelo a provvedimenti professionali. Rileva però che ciò solleva interrogativi di natura giuridica, per esempio se il provvedimento professionale è interrotto e la durata del provvedimento sanitario d'integrazione supera i sei mesi.

L'USI approva l'innalzamento a 25 anni del limite di età per il diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione delle persone che partecipano a un provvedimento d'integrazione professionale al compimento dei 20 anni.

PES, Procap, Physioswiss, Physiotherapia Paediatrica, Spitex Svizzera, ASPS come pure IH e altri approvano la possibilità di prolungare i provvedimenti sanitari d'integrazione anche nel caso in cui un provvedimento professionale si concluda o venga interrotto. Sono tuttavia del parere che limitare la durata a sei mesi possa ridurre nettamente le prospettive di integrazione e chiedono di rinunciare alla limitazione.

Santésuisse respinge le modifiche proposte in quanto non vede il motivo per cui si debba peggiorare la prassi attuale.

Precisazione di termini di cui all'articolo 12 LAI (art. 2^{ter} AP-OAI)

Secondo UR e UCS, nella lettera c della versione tedesca la congiunzione «und» va sostituita con «oder», in modo da precisare che per capacità al guadagno si intende anche un'occupazione nel mercato del lavoro secondario.

La Suva rileva che l'estensione del termine capacità al guadagno (e di riflesso incapacità al guadagno) al mercato del lavoro secondario è in contraddizione con le attuali definizioni giuridiche e la giurisprudenza del Tribunale federale e chiede di rinunciare ad introdurre nell'OAI una definizione divergente.

Criteria di definizione delle infermità congenite e aggiornamento dell'elenco delle infermità congenite

Infermità congenite (art. 3 AP-OAI)

Capoverso 1

Lettera a (malformazioni congenite): BE, VS come pure CDS e SSP chiedono di sostituire il termine tedesco «Missbildungen» con «Fehlbildungen» e di completare la disposizione con l'aggiunta del termine «tessuti».

Lettera b (malattie genetiche): VS osserva che la lettera b rischia di far aumentare i nuovi casi a carico dell'AI. SSCP e SGMG propongono di riconoscere come alterazione del patrimonio genetico non soltanto una mutazione genetica o un difetto genetico, ma anche le anomalie cromosomiche, e chiedono di completare la lettera b di conseguenza. La SGMG auspica inoltre che la formulazione «dovuta a una mutazione genetica o a un difetto genetico» sia sostituita con «dovuta a varianti patogene di singoli geni (cosiddette malattie monogeniche)».

Lettera c (affezioni prenatali e perinatali): AG propone di stralciare «al più tardi sette giorni» [dopo la nascita] perché ritiene incomprensibile la scelta di fissare un termine di sette giorni.

Lettera d (affezioni che compromettono la salute): Procap come pure IH e altri rilevano che il termine «danni mentali» è superato e chiedono che venga sostituito con «danni cognitivi» e che nella definizione vengano menzionati anche i danni «psichici». Secondo AllKids la definizione proposta è troppo restrittiva, in quanto non considera i danni alla salute psichica e i disturbi funzionali.

Lettera e (cure di lunga durata): secondo BS, CDS e UCS la definizione proposta è arbitraria e non sufficientemente motivata, mentre secondo TI non è corretta. Procap come pure IH e altri chiedono di rinunciare alla durata di un anno, in quanto il requisito relativo alla durata del trattamento è troppo poco flessibile e deve sussistere la possibilità di valutare il singolo caso. Una durata predefinita impedisce di fatturare all'AI provvedimenti sanitari che sarebbero di durata inferiore (p. es. intervento per la scogliosi) ma avrebbero un influsso sulla futura integrazione. L'ufficio AI competente deve poter procedere a una valutazione del singolo caso. Per questo motivo la definizione andrebbe completata con l'aggiunta della locuzione «di regola». Dal canto loro, ProRaris, RDAF, iph e VIPS invocano gli attuali sviluppi nel settore della terapia genica che potrebbero consentire di applicare terapie uniche potenzialmente curative con risultati di lunga durata e propongono quindi di stralciare o di precisare la lettera e. AllKids è del parere che la legge non offra alcun punto di riferimento per la fissazione dei limiti temporali delle cure e che il Consiglio federale abbia oltrepassato le proprie competenze fissando la durata a più di un anno e creato un criterio che esula dal tenore del testo di legge.

Lettera f (cure complesse): BE, BS, VD, TI, CDS e UCS ritengono che la definizione proposta sia arbitraria e non sufficientemente motivata. Nell'ordinanza, la precisazione dei criteri previsti dalla legge dovrebbe essere più circostanziata o allora bisognerebbe rinunciarvi, in modo da permettere all'ufficio competente di effettuare una valutazione adeguata del singolo caso. BS chiede di riformulare la disposizione con il coinvolgimento del corpo medico, richiesta avanzata peraltro anche da IH e altri. Secondo AG è indispensabile aggiungere chiarimenti nel rapporto esplicativo; iph e VIPS ritengono la disposizione inadeguata. Per mfe occorre introdurre nella definizione anche l'interazione con specialisti di altre professioni sanitarie, in modo tale che la nozione di «ambito specialistico» possa essere estesa anche a fisioterapisti, nutrizionisti o infermieri specializzati. Swiss Orthopaedics rileva che un trattamento può essere complesso perché coinvolge diversi specialisti o perché presuppone esigenze particolari a livello di conoscenze e di infrastruttura. È inoltre del parere che il termine «ambito specialistico» non sia chiaro e che grazie al progresso e alle moderne tecniche sia possibile procedere a una correzione attraverso un'unica procedura combinata effettuata da un solo medico altamente specializzato. Fa peraltro notare che vi può essere un'interazione di tre ambiti specialistici già in casi semplici e che la limitazione rigida a tre discipline va ridiscussa in particolare per quanto riguarda la pediatria e la medicina dell'adolescenza, dove gli ambiti specialistici sono meno differenziati rispetto alla medicina dell'adulto. Secondo unimedsuisse e AllKids un trattamento può essere complesso anche se interviene un unico esperto altamente specializzato. Inoltre, nel caso delle malattie rare, le cure andrebbero generalmente considerate complesse. L'associazione Kosek auspica una definizione multidimensionale che rispecchi tale complessità, che andrà elaborata d'intesa con i rappresentanti delle cure specializzate.

Lettera g (affezioni curabili): ASPS e Spitex Svizzera chiedono di precisare la lettera g aggiungendo che nel concetto di curabilità rientrano anche l'attenuazione di sintomi gravi, e quindi il miglioramento della qualità di vita, nonché la prevenzione di eventuali complicazioni.

Altre richieste: diversi partecipanti (p. es. BE, AG, ma anche Procap, IH e altri, SGNP, SACD) auspicano che il criterio della gravità («presentano una certa gravità») di cui all'articolo 13 capoverso 2 lettera b LAI venga precisato nell'ordinanza. Altri (AGILE, graap e hiki) suggeriscono l'aggiunta di una lettera che menzioni i disturbi congeniti dello sviluppo e delle funzioni

percettive, in modo da garantire un'assistenza adeguata da parte dell'AI ai bambini e agli adolescenti affetti da disturbi dello spettro autistico o da ADHD, malattie che talvolta vengono diagnosticate tardivamente e non sono riconosciute come malattie genetiche.

Capoverso 2

Secondo BE, in presenza di un'infermità congenita l'AI dovrebbe farsi carico dei costi delle misure preventive che possono ritardare o evitare l'insorgere dell'infermità. La richiesta si basa sulla giurisprudenza, secondo cui l'AI è competente sia per la cura che per la prevenzione delle infermità congenite, nella misura in cui è necessaria una cura.

VIPS propone di rielaborare il capoverso in quanto i progressi compiuti nell'ambito della genetica e/o della diagnostica rendono possibili trattamenti che prevengono i sintomi. Verein Morbus Wilson, RDAF, dravetsuisse e fsmm formulano richieste analoghe e rilevano che occorre chiarire la questione dell'assunzione dei costi (AI o AOMS) nei casi in cui una malattia genetica che si sarebbe potuta curare durante l'infanzia si manifesta soltanto dopo il 20° anno di età. La legislazione sull'AI non dovrebbe precludere l'assunzione delle spese in tali casi. Secondo unimedsuisse occorre prevedere la possibilità di inserire nell'elenco delle infermità congenite anche le predisposizioni qualora siano disponibili efficaci provvedimenti di prevenzione. Kosek propone di considerare infermità congenita la predisposizione a un'affezione nel caso in cui questa può essere evitata o ritardata grazie a provvedimenti di prevenzione.

Per la SSP, le predisposizioni devono essere considerate infermità congenite perché molte malformazioni esistenti alla nascita sono sindromi da predisposizione ai tumori.

Capoverso 3

Vari Cantoni (GR, UR, SZ, GL, OW, NW, TG, SH, BS, JU, VS, NE, TI), UCS e CUI auspiciano che il capoverso 3 venga stralciato o riformulato poiché è in contraddizione con il fatto che alcune infermità congenite devono essere diagnosticate prima di una certa età e che quindi il momento in cui l'infermità è accertata è rilevante.

SIM propone che le malattie rare che si manifestano entro il compimento del 16° anno di età siano considerate possibili infermità congenite, questo perché il carattere congenito di una malattia orfana è spesso difficile da dimostrare con prove scientifiche a causa del numero limitato dei casi.

Capoverso 4

Physioswiss e Physiotherapia Paediatrica approvano l'obbligo di fornire nella decisione o nella comunicazione di assegnazione informazioni sulla natura, la durata e l'entità dei provvedimenti sanitari nonché sul fornitore della prestazione. L'associazione Physiotherapia Paediatrica sottolinea tuttavia che le indicazioni menzionate dovrebbero essere conformi alle disposizioni tariffali vigenti e chiede quindi di aggiungere nel rapporto un riferimento alle tariffe applicabili. Unimedsuisse è contraria a limitare la libertà di scelta.

Elenco delle infermità congenite (art. 3^{bis} AP-OAI)

Numerosi partecipanti (tra cui BE, SO, BS, TI, VD, VS, PES, IH e altri e unimedsuisse) approvano il fatto che la revisione permetta di reagire più velocemente agli sviluppi nel campo della medicina e di aggiornare con maggiore tempestività l'elenco delle infermità congenite, anche perché la competenza in materia verrà trasferita al DFI.

UDC, PES, IH e altri nonché CI Malattie rare, CIFIC, mfe, Kosek, ProRaris, Procap, RDAF e dravetsuisse auspiciano che l'elenco delle infermità congenite nell'OIC venga verificato costantemente o più spesso. A loro giudizio, occorrerebbe procedere a una consultazione ogni qualvolta si prevede un adeguamento dell'ordinanza dipartimentale (OIC-DFI) coinvolgendo anche le società mediche interessate, in particolare quelle di pediatria, e le organizzazioni di pazienti. PES, IH e altri come pure hiki, CI Malattie rare, ProRaris, Procap, RDAF e dravetsuisse chiedono che l'ordinanza sancisca l'obbligo di verificare l'elenco ad intervalli regolari e/o la periodicità con cui procedere alla verifica.

Secondo santésuisse, l'elenco deve rimanere di competenza del Consiglio federale in quanto la necessità di adeguarlo più spesso non è un motivo sufficiente per delegare la responsabilità al DFI. L'associazione ritiene inoltre sufficiente un aggiornamento ogni cinque-dieci anni.

curafutura è del parere che anche gli assicuratori-malattie debbano poter presentare una richiesta di ammissione nell'elenco e formula una proposta di adeguamento in tal senso.

iph osserva che l'ordinanza non riporta alcuna indicazione sulla procedura da seguire per la richiesta di ammissione nell'elenco e auspica una procedura chiara, trasparente e basata su fondamenti scientifici per la tenuta dell'elenco delle infermità congenite. La mera dichiarazione d'intenti che figura nel rapporto esplicativo non è sufficiente.

Inizio e durata dei provvedimenti sanitari per la cura delle infermità congenite (art. 3^{ter} AP-OAI)

Mfe auspica che gli interventi di chirurgia fetale siano coperti dall'AI in quanto interessano nati. Rileva inoltre che, a causa delle differenze tra l'AI e l'AOMS nell'assunzione delle prestazioni, i piccoli pazienti potrebbero subire svantaggi nell'accesso a determinati trattamenti e ciò avrebbe un impatto importante sul loro sviluppo. In considerazione delle tecnologie disponibili, la regolamentazione secondo cui si deve aspettare che il bambino sia nato affinché insorga il diritto alle prestazioni è superata. Un nascituro, infatti, è un soggetto già titolare di diritti in altri ambiti giuridici.

ASPS e Spitex Svizzera propongono di stralciare l'aggiunta «ma al più presto a nascita avvenuta». Laddove ha senso, per esempio nel caso di mielomeningocele, dev'essere possibile effettuare un intervento chirurgico a carico dell'AI già in fase prenatale, poiché ciò può influire positivamente sul decorso della malattia e sulla futura integrazione del paziente.

RDAF auspica che si garantisca un passaggio senza interruzioni dall'AI all'AOMS e fa notare che l'attuale sistema presenta gravi mancanze e genera lacune di finanziamento.

Infermità congenite (art. 35 AP-OAMa)

Per la mfe è importante garantire un passaggio il più possibile armonioso dall'AI all'AOMS. L'associazione approva la riforma perché ritiene che assicuri la coerenza tra le due assicurazioni nell'interesse dei pazienti. Rileva tuttavia che il trasferimento non deve portare a un livellamento verso il basso dell'assunzione delle prestazioni rispetto a oggi.

Kosek, NPSuisse e unimedsuisse sono del parere che con gli adeguamenti proposti la remunerazione delle prestazioni nel passaggio dall'AI all'AOMS non sia pienamente garantita. Considerano gli adeguamenti contrari all'intenzione del Parlamento di garantire il rimborso delle prestazioni in base al principio della fiducia e chiedono di concretizzare tale principio senza restrizioni.

Aggiornamento dell'elenco delle infermità congenite (allegato OIC-DFI)

In generale

PSS, PES come pure IH e altri propongono di rielaborare nuovamente l'elenco in collaborazione con le società di medicina e le organizzazioni di pazienti prima dell'entrata in vigore dell'ordinanza, in quanto la lista contiene importanti imprecisioni.

La CDS è dell'opinione che manchino le valutazioni in merito alle ripercussioni finanziarie dell'aggiornamento dell'elenco per i bambini interessati e i loro genitori e chiede di colmare questa lacuna.

AGILE, graap e hiki auspicano un adeguamento terminologico e propongono di sostituire «elenco delle infermità congenite» con «elenco delle malattie e delle disabilità congenite».

Proposte concrete di modifica

Inserimento di malattie congenite associate

SAPN e SSP chiedono di aggiungere un numero distinto per le malattie congenite associate al quadro patologico della microangiopatia trombotica, in modo da includere patologie quali la sindrome emolitico-uremica atipica (SEUa), la glomerulonefrite membranoproliferativa (MPGM), la glomerulonefrite da C3 e altre patologie.

Cap. XIX (malformazioni che interessano diversi sistemi di organi)

La SGMG è del parere che le infermità inserite in questo capitolo siano state scelte casualmente e che manchi un numero per le sindromi malformative che interessano almeno due organi.

Numero per le trisomie 13 e 18

Spitex Svizzera chiede che le trisomie 13 e 18 siano inserite nell'elenco delle infermità congenite in quanto soddisfano a suo dire i criteri per questo tipo di malattie.

Numeri 101, 109, 177, 232 OIC-DFI

AG e SSCP auspicano la soppressione del criterio della necessità di più operazioni perché questa condizione non tiene conto dei progressi compiuti in campo medico. L'equazione «quadro clinico grave uguale varie operazioni» è sbagliata e con i nuovi approcci terapeutici lo sarà sempre di più. Vi è poi il timore che il requisito della necessità di più operazioni crei incentivi monetari sbagliati che andrebbero a gravare sull'AI.

Numero 124 OIC-DFI

La SSCP ritiene che la precisazione tra parentesi «(escluse le esostosi isolate)» si presti a confusione, visto che l'elenco menziona le «esostosi cartilaginee congenite». Di conseguenza propone di sopprimere la parentesi.

Numero 163 OIC-DFI

La SSP chiede che venga definito il tipo di operazione, in quanto il trattamento del torace a imbuto è spesso non invasivo (ventosa).

Numero 164 OIC-DFI

La SSCP chiede di mantenere questo numero, poiché il torace carenato è una malformazione che altera gravemente l'aspetto di chi ne è affetto.

Numeri 170 e 171 OIC-DFI

curafutura si chiede se nel caso delle infermità congenite stralciate sussiste la garanzia dei diritti acquisiti per le prestazioni AI. La questione è di sapere se le garanzie di copertura delle spese dell'AI restino valide e se le prestazioni concesse dall'AI continuino ad essere rimborsate da quest'ultima.

Numero 172 OIC-DFI

Swiss Orthopaedics non vede perché si debba escludere la pseudoartrosi congenita della clavicola.

Numero 177 OIC-DFI

Secondo la SSCP, anche le sindattilie membranose possono a volte richiedere diverse operazioni molto complesse e delicate, per cui è sbagliato escluderle. L'associazione rileva inoltre che l'enumerazione dei diversi quadri clinici possa dare adito a interpretazioni sbagliate, in quanto non riporta tutte le alterazioni ossee e malformazioni delle estremità. Per questo motivo dovrebbe essere soppressa.

Numero 183 OIC-DFI

La SSP auspica una precisazione.

Swiss Orthopaedics approva la formulazione, ma chiede di definire il grado di gravità per tenere conto in particolare del fatto che la suddivisione grafica non è usuale in Svizzera francese.

Numero 205 OIC-DFI

La SSP propone di completare questo numero aggiungendovi i rappresentanti delle società specialistiche SSO e dell'Associazione Svizzera di Odontoiatria Pediatrica (ASP).

Numero 247 OIC-DFI

SSN, Spitex, ASPs e curafutura sono dell'avviso che il deficit di surfattante (sinonimo: sindrome delle membrane ialine) debba continuare a figurare in questo numero, visto che si tratta di un disturbo acuto della funzione polmonare e va considerato un'infermità congenita.

Numero 279 OIC-DFI

Per AG è incomprendibile che questo numero sia stato soppresso.

Numero 282 OIC-DFI

Spitex per bambini, Spitex Svizzera e ASPs propongono di inserire anche forme di terapia conservativa. Se messa in atto tempestivamente, la terapia conservativa permette infatti di evitare decorsi gravi.

Numero 311 OIC-DFI

La SSP chiede che il trattamento medicamentoso degli emangiomi sia considerato una terapia complessa. Questo perché oggi la maggior parte degli emangiomi congeniti vengono curati in modo medicamentoso con betabloccanti (per via topica o sistemica) e che l'operazione si rende necessaria solo in rarissimi casi.

Numero 330 OIC-DFI

La SSP propone di cancellare il termine «congenite» visto che le istiocitosi si manifestano raramente nei primi 12 mesi di vita.

Numero 331 OIC-DFI

La SSP è favorevole alla correzione di poliglobulia in policitemia. Osserva tuttavia che si tratta di un quadro clinico a sé stante e non di una manifestazione di altre affezioni principali, per cui chiede che il numero 331 venga mantenuto.

Numero 343 OIC-DFI

SAPN, SSCP e SSP chiedono di non escludere le cisti solitarie, perché nei bambini queste costituiscono sempre una diagnosi differenziale di una forma di rene cistico. Per diagnosticare in via definitiva una forma di rene cistico in questi pazienti sono necessari controlli regolari e ulteriori accertamenti, ma non (ancora) una terapia. Per questo le tre associazioni chiedono di eliminare la condizione della necessità di una terapia.

Numero 344 OIC-DFI

SAPN e SSP propongono di mantenere questo numero, invariato, dato che in alcuni pazienti con idronefrosi congenita non è possibile, nella prima fase, identificare una patologia causale.

Numero 345 OIC-DFI

SAPN, SSCP e SSP ritengono che l'indicazione all'operazione non sia chiara alla prima diagnosi, ma che lo sia solo successivamente, e rilevano che molti pazienti hanno bisogno di controlli regolari e ulteriori accertamenti, ma non di una terapia. La necessità di una terapia non deve quindi costituire un criterio. L'espressione «che necessita di una terapia» non deve riferirsi solo al trattamento mediante intervento chirurgico.

Numero 348 OIC-DFI

La SSCP chiede che questo numero venga adeguato, poiché alcuni quadri clinici come la megavesicica congenita non richiedono obbligatoriamente un'operazione, ma possono comunque avere gravi conseguenze. In questi casi è necessaria una terapia impegnativa per il paziente, che a volte deve seguirla per tutta la vita (p. es. cateterismo intermittente).

Numero 350 OIC-DFI

La SSCP auspica che l'estrofia vescicale venga indicata separatamente, visto che non fa parte del complesso estrofia-epispadia (EEC).

Numero 355 OIC-DFI

Secondo la SSCP, la distinzione tra «criptorchismo bilaterale» e «criptorchismo unilaterale in combinazione con altre malformazioni genitali» è assurda e sbagliata. Anche il criptorchismo bilaterale può essere molto facile da curare.

Numeri 358 e 359 OIC-DFI

BE, SAPN e SSCP sono dell'avviso che i criteri per i «gruppi di esperti» e i «grandi centri» non siano definiti con sufficiente chiarezza. Lo stesso vale per la loro delimitazione rispetto agli ospedali con competenze insufficienti in materia di DSD.

Numero 381 OIC-DFI

Per la SGPN, la formulazione non è ideale in quanto può portare a fraintendimenti, come la versione precedente. Negli esempi occorrerebbe quindi indicare almeno una malformazione che non coinvolge esplicitamente il rivestimento.

Numero 386 OIC-DFI

La SGMG chiede che il numero venga completato con l'aggiunta «o per i quali è stata dimostrata una causa genetico-molecolare».

Numero 387 OIC-DFI

La SGNP è dell'avviso che il termine «epilessia primaria» non rientri in nessuna classificazione corrente e che non debba quindi essere utilizzato.

Spitex per bambini e Spitex Svizzera ritengono che l'epilessia possa manifestarsi come sintomo tardivo di un danno neurologico esistente dalla nascita. Di conseguenza l'aggettivo «primaria» va cancellato.

Spitex per bambini non capisce perché le forme di epilessia che non richiedono una terapia, o che ne richiedono una soltanto durante le crisi, debbano essere escluse dall'elenco delle infermità congenite.

Dravetsuisse chiede di aggiungere le malattie di origine genetica con disturbi dello sviluppo intellettivo con o senza epilessia primaria (dal compimento del secondo anno di età) e le malattie di origine genetica con epilessia primaria (dal compimento del primo anno di età).

Numero 395 OIC-DFI

Per la SGNP, la limitazione ai sintomi neuromotori quali chiari schemi motori patologici è troppo restrittiva nella prima infanzia. L'associazione propone dunque che in caso di dubbi si possa formulare una riserva, per esempio la diagnosi da parte di un neuropediatra.

ASPS e Spitex Svizzera chiedono di eliminare l'aggiunta «un ritardo dello sviluppo motorio non è considerato infermità congenita ai sensi del n. 395» in quanto ritengono che i sintomi neuromotori indichino sempre un ritardo dello sviluppo motorio. La prima diagnosi è sempre quella di un ritardo dello sviluppo. I sintomi neuromotori si manifestano in modo evidente soltanto in un secondo tempo.

Physioswiss e Physiotherapia Paediatrica propongono di menzionare i movimenti generali (GM) in questo numero. Allo stato attuale delle conoscenze, i movimenti generali anormali sono infatti gli unici predittori del futuro sviluppo di una disfunzione motoria.

Numero 396 OIC-DFI

La SSP chiede di adeguare la terminologia poiché obsoleta.

Numero 403 OIC-DFI

Per la SGMG è incomprensibile che la ridotta capacità intellettiva continui a non essere riconosciuta come infermità congenita a sé stante, soprattutto se si considera che per almeno il 50 per cento dei pazienti la causa congenita viene dimostrata mediante esame genetico-molecolare o citogenetico-molecolare. Di conseguenza la ridotta capacità intellettiva di comprovata origine genetica deve figurare in un numero distinto dell'elenco delle infermità congenite.

Numero 404 OIC-DFI

Spitex per bambini, ASPS, graap, Elpos e hiki chiedono di eliminare il limite di età perché gli ADHD non vengono sempre diagnosticati prima del nono anno di età, ma piuttosto nell'adolescenza. Eppure questi disturbi, che toccano dal 3 al 7 per cento dei bambini e degli adolescenti, possono costituire un notevole ostacolo sia durante la scuola dell'obbligo, sia durante la formazione professionale, con conseguenze quali insuccesso scolastico, depressione, problemi relazionali, abuso di sostanze e deficit comportamentali.

La SSP ritiene che i criteri di un'infermità congenita secondo il numero 404 sono soddisfatti nel caso di un bambino senza limitazioni della capacità di memorizzare ma con seri problemi patologici negli altri ambiti.

Numero 405 OIC-DFI

La SSP chiede che si corregga la denominazione del titolo di medico specialista.

Numero 422 OIC-DFI

Graap e hiki ritengono che si debba eliminare il limite di età, visto che la degenerazione e la perdita di acuità visiva sono molto diversi da un individuo all'altro e possono progredire più lentamente o più rapidamente a seconda del paziente. Sono inoltre dell'avviso che sia impossibile prevedere il decorso della perdita di acuità visiva prima dei cinque anni di età.

Numeri 450-456, 460, 467, 470 OIC-DFI

AG propone di specificare a livello di direttive chi costituisce i team di esperti / di riferimento per la diagnosi.

SGNP e SAPN accolgono favorevolmente gli adeguamenti apportati e le condizioni definite per garantire la qualità della diagnosi.

Secondo SGPN, SAPN e SGMG, non è sempre indispensabile che il trattamento sia diretto da una rete di riferimento per il metabolismo, per cui i numeri corrispondenti (460 e 470) vanno adeguati.

Numero 458 OIC-DFI

La SSP non è sicura che la formulazione proposta includa tutte le malattie congenite, per esempio le colestasi intraepatiche progressive familiari (PFIC).

Numero 460 OIC-DFI

La SGMG chiede di sopprimere la condizione secondo cui il trattamento dev'essere diretto da una rete di riferimento per il metabolismo, adducendo che, a seconda della sintomatologia predominante, il trattamento può essere diretto da altri specialisti (neurologia / neuropsichiatria / oftalmologia).

Numero 485 OIC-DFI

La SGMG non capisce perché viene menzionata esplicitamente la sindrome di Williams-Beuren e fa notare che esistono molti altri disturbi cromosomici e sindromi genetico-molecolari che non figurano in questo numero.

Numeri 488 e 489 OIC-DFI

UCS e SGMG non riescono a spiegarsi perché la sindrome di Down figura in un numero distinto, perché la sindrome di Turner e quella di Williams-Beuren siano menzionate in un altro numero e perché molti altri disturbi cromosomici non vengano inseriti nell'elenco delle infermità congenite.

La SSP chiede di precisare il numero 489 indicando quali prestazioni sono rimborsate dall'AI.

Numero 490 OIC-DFI

La SGNP propone di menzionare la sepsi e le sue possibili conseguenze patologiche (sepsi early-onset o late-onset).

Numero 493 OIC-DFI

La SGNP è del parere che l'elenco non sia completo e che si debbano aggiungere i disturbi metabolici congeniti quali l'ipoglicemia grave.

Numeri 494-499 OIC-DFI

La modifica proposta per questi numeri incontra il netto rifiuto in particolare di BE, CDS, SSP e SSN che non la ritengono opportuna. Secondo vari specialisti di neonatologia, la nuova disposizione non si basa su un sistema di classificazione medica ed è arbitraria. Inoltre lo spostamento verso l'AOMS avrebbe soltanto lo scopo di ridurre i costi a carico dell'AI.

SSP e SSN sono dell'avviso che di fatto la modifica porterebbe all'esclusione di quasi tutti i neonati dalle prestazioni dell'AI, con pesanti ripercussioni finanziarie per i reparti di neonatologia degli ospedali svizzeri. Considerata la pressione generale per ridurre i costi nel settore sanitario, è improbabile che le lacune finanziarie dovute al ritiro dell'AI siano coperte da altre entità. Dato che la riduzione delle risorse finanziarie implica anche una perdita di qualità, l'AI rischia di dovere assumere i danni che ne conseguono per i neonati, finanziando provvedimenti e rendite a lungo termine.

BE e CDS propongono di includere anche i neonati che al momento della nascita hanno un'età gestazionale inferiore alle 32 0/7 settimane di gravidanza e di correggere a 44 settimane (eventualmente 40) l'età fino alla quale le relative prestazioni sono a carico dell'AI. Questa proposta è in linea con le valutazioni e le richieste di specialisti di neonatologia. L'innalzamento del limite di età alla 32^a settimana di gravidanza dovrebbe avere ripercussioni finanziarie minime. Nel rapporto esplicativo si legge infatti che i bambini affetti da una grave malattia nonostante siano nati dopo la 28^a settimana di gravidanza adempiono con elevata probabilità le condizioni per un'altra infermità congenita riconosciuta.

Anche AllKids, unimedsuisse, ASPS, graap, hiki e Spitex Svizzera sono contrarie alle modifiche.

Numeri 497-499 OIC-DFI

Spitex Svizzera e ASPS propongono di mantenere questi numeri nell'elenco delle infermità congenite, visto che i disturbi in essi menzionati possono portare a compromissioni durature, per esempio delle capacità cognitive o motorie, che possono a loro volta sfociare in danni permanenti.

Prestazioni di cura mediche in caso di cure a domicilio

Prestazioni di cura mediche in caso di cure a domicilio (art. 3^{quinqüies} AP-OAI)

I partecipanti concordano su tutta la linea con le disposizioni proposte all'articolo 3^{quinqüies} AP-OAI «Prestazioni di cura mediche in caso di cure a domicilio». Molti di loro si associano al

parere di IH che accoglie con particolare favore l'inserimento nell'OAI della sorveglianza di lunga durata. Anche AGILE approva l'inserimento della sorveglianza di lunga durata poiché permette di ridurre notevolmente il carico delle famiglie che assistono a domicilio un bambino gravemente disabile.

ZH, VS come pure CDS e curafutura chiedono un allineamento più rigoroso al catalogo delle prestazioni descritte all'articolo 7 OPre. È considerato tuttora irrisolto il problema della delimitazione tra le prestazioni di cura mediche a carico dell'AI e quelle a carico dell'AOMS nel singolo caso, anche e soprattutto perché le prestazioni AI corrisponderanno soltanto «per analogia» a quelle di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a e b OPre. GE si chiede se il concetto di «établissement médico-social (EMS)» (versione italiana: «casa di cura») generalmente utilizzato per designare le case per anziani equivale a quello di «home» (versione italiana: «istituto») di cui all'articolo 35^{ter} OAI. Se non fosse il caso, sarebbe opportuno darne una definizione nell'AP-OAI.

curafutura chiede di estendere la nozione di «domicilio» definita nell'articolo 3^{quinquies} AP-OAI alle scuole e alle strutture che sgravano temporaneamente i genitori. Sia curafutura che santéuisse chiedono inoltre che non sia l'UFAS a definire l'entità delle prestazioni, bensì una commissione extraparlamentare ad hoc, come nel caso dell'AOMS.

Per Rechtsberatung UP sarebbe opportuno completare l'articolo 3^{quinquies} AP-OAI aggiungendo che le «prestazioni di cura mediche» fornite dai familiari devono essere remunerate in modo adeguato (retribuzione identica a quella del personale infermieristico). Questo per evitare che si risparmi sulle spalle dei familiari.

unimedsuisse è dell'avviso che la formulazione dell'articolo 3^{quinquies} capoverso 3 sia ambigua in quanto potrebbe indurre a credere che negli ospedali e nelle case di cura non vengono fornite prestazioni di cura mediche.

ASPS e Spitex Svizzera accolgono con favore l'inserimento della sorveglianza di lunga durata nell'OAI, ma auspicano che determinate formulazioni delle direttive vengano riprese nell'ordinanza. Mfe approva il fatto che i compiti di coordinamento possano essere rimborsati e che l'entità della sorveglianza medica di lunga durata assunta dall'AI sia determinata mediante una procedura messa a punto in collaborazione con i fornitori di prestazioni.

Contributi per la sorveglianza di lunga durata (art. 39e cpv. 5 AP-OAI)

Le osservazioni dei 63 partecipanti alla consultazione che si sono espressi su questo articolo possono essere suddivise in due blocchi.

Da un lato SZ, OW, AI, GR, NE, VS, TG, JU e CUI fanno notare che il termine «proporzionalmente» non è chiaro e chiedono che venga precisato nelle direttive dell'UFAS.

D'altro lato PES, IH e altre organizzazioni d'aiuto agli invalidi sostengono la volontà di evitare i doppi indennizzi e insistono sulla necessità di una deduzione proporzionale. CURAVIVA, Pro Infirmis, ProRaris, Verein Morbus Wilson e dravetsuisse, ASPS e Spitex Svizzera aggiungono però che i genitori con figli disabili devono poter beneficiare di un sostegno nella misura in cui hanno un bisogno di assistenza superiore rispetto ai genitori con figli non disabili.

Analisi, medicinali, mezzi e apparecchi (art. 3^{novies} AP-OAI)

Per BE, VS e per la CDS è problematico escludere dall'obbligo dell'AI di fornire prestazioni i provvedimenti diagnostici che non hanno ripercussioni dirette per la gestione di un'infermità congenita. Esistono infatti malattie rare per le quali non sono (ancora) disponibili misure terapeutiche, ma che è comunque importante diagnosticare precocemente. In questi casi i provvedimenti diagnostici devono essere rimborsati.

Iph e VIPS si chiedono chi assumerà le spese dei provvedimenti diagnostici di cui all'articolo 3^{novies} AP-OAI, se dagli accertamenti risulta che non sussiste un'infermità congenita.

Kosek, ProRaris, fsmm, unimedsuisse, Verein Morbus Wilson e dravetsuisse approvano la formulazione dell'articolo 3^{novies} AP-OAI, in quanto la disposizione prevede esplicitamente che

un provvedimento diagnostico possa essere finalizzato anche alla diagnosi (e non soltanto alla cura).

3.3 Pareri in merito al blocco tematico 3: centro di competenza per i medicinali

3.3.1 In generale

Diversi partecipanti (SO, VD, PSS, UCS, curafutura e VIPs) si dichiarano favorevoli all'allestimento di un elenco delle specialità per le infermità congenite e alla creazione di un centro di competenza per i medicinali presso l'UFSP. Secondo santésuisse, ciò contribuirà a coordinare meglio l'elenco delle specialità (ES) e l'elenco delle specialità per le infermità congenite (ES-IC). Dal canto loro, IH, NOVEOS e VASOS - FARES rilevano che la creazione di un centro di competenza in seno all'UFSP e il nuovo ES-IC consentiranno una migliore armonizzazione con l'elenco delle specialità dell'assicurazione malattie.

Alcuni partecipanti chiedono che sia garantita una governance adatta tra l'UFAS e l'UFSP (iph) e che venga istituito un organo ad hoc per tenere adeguatamente conto delle diverse finalità delle due assicurazioni sociali (AI / AOMS) in fase di valutazione dell'ammissione di nuovi medicinali nell'ES-IC o nell'ES (fsrmm e CI Malattie rare). Viene inoltre auspicato che, in sede di verifica del rispetto dei criteri EAE, non ci si limiti a seguire la valutazione stabilita dall'UFSP. Un'altra richiesta riguarda i processi, che devono essere più rapidi, semplici ed efficienti (unimedsuisse).

Suscita molte critiche il fatto che l'avamprogetto di ordinanza non indichi un termine per l'elaborazione delle richieste di ammissione nell'ES-IC.

Un numero ristretto di partecipanti deplora che non si tenga conto in misura sufficiente della rarità di una malattia.

Altri ritengono che manchino precisazioni sul rimborso di prodotti alimentari speciali e dietetici da parte dell'AI/AOMS.

3.3.2 In dettaglio

Centro di competenza per i medicinali

L'allestimento di un ES-IC e la creazione di un centro di competenza per i medicinali presso l'UFSP sono accolti con favore dalla maggioranza dei partecipanti.

Elenco delle specialità per le infermità congenite (art. 3^{sexies} AP-OAI)

Capoverso 1

VS approva la creazione di un ES-IC e ritiene che porterà vantaggi in termini di leggibilità ed efficacia. Santésuisse concorda con il capoverso 1. Mfe chiede che nella Commissione federale dei medicinali sieda un rappresentante dei pediatri e attira l'attenzione sul problema ricorrente della mancanza di medicinali adatti ai bambini, da ricondurre alla scarsa consapevolezza dei differenti bisogni farmacologici di adulti e bambini. Secondo AllKids all'allestimento dell'elenco delle specialità dovrebbero partecipare specialisti di farmacologia, medicina e cure infermieristiche che conoscono bene le specificità legate all'impiego quotidiano dei medicinali. L'organizzazione chiede inoltre che venga notevolmente semplificata la procedura di garanzia dell'assunzione dei costi dei medicinali figuranti nell'elenco.

Capoverso 2

Santésuisse si dichiara d'accordo anche con il capoverso 2. Per ProRaris e Verein Morbus Wilson è irrilevante che i medicinali siano indicati esclusivamente per la cura di infermità congenite o che abbiano anche altre indicazioni. A contare è soltanto l'indicazione per l'infermità congenita in questione. Unimedsuisse è del parere che l'articolo sia necessario per motivi di sistematica del diritto, ma fa notare che il criterio dell'«esclusività» può comportare delle insidie. In caso di esito negativo della valutazione dei benefici, gli organi LAMal possono per esempio decidere di non ammettere nell'ES un medicinale con diversi ambiti d'impiego la

cui ammissione sarebbe però opportuna nell'ES-IC (valutazione diversa dei benefici nell'ambito dell'AI).

Capoverso 3

Per BE e CDS, questa disposizione garantisce che le condizioni concernenti l'ES si applichino per analogia anche all'ES-IC, incluso l'uso off-label. Dal punto di vista degli assicurati affetti da malattie rare è molto positivo il fatto che, nel singolo caso, i medicinali possano essere rimborsati per i beneficiari di una rendita AI in analogia a quanto previsto dagli articoli 71a-d OAMal. Occorre tuttavia anche garantire che i beneficiari di una rendita AI non siano penalizzati rispetto alla situazione attuale. Per BE, CDS e curafutura non basta definire a livello di direttive che tutte le infermità congenite sono considerate malattie che possono avere esito letale per l'assicurato o possono provocare danni cronici alla sua salute. Le relative disposizioni dovrebbero essere introdotte a livello di ordinanza.

Santésuisse concorda con la formulazione del capoverso 3.

CI Malattie rare ritiene che con l'introduzione della verifica del rispetto dei criteri EAE non si tenga conto della rarità di una malattia, come invece è stato richiesto dal Parlamento. Secondo Kosek, con la disposizione proposta al capoverso 3 il rischio che le lacune della procedura OAMal vengano riprese anche nell'AI è elevato. Dal suo punto di vista è essenziale che l'AI affronti queste lacune in modo sistematico nel rimborso di medicinali nel singolo caso e istituisca una procedura trasparente e giuridicamente paritaria. ProRaris, Verein Morbus Wilson e fsmm rifiutano categoricamente l'allineamento delle disposizioni LAI a quelle della LA-Mal e chiedono lo stralcio del capoverso. RDAF ritiene che la formulazione «si applicano per analogia» sia troppo imprecisa e chiede che i criteri EAE vengano definiti esplicitamente per il contesto dell'AI. Kosek e unimedsuisse si dichiarano favorevoli all'inserimento di un capoverso distinto sul tema dell'uso off-label, il quale stabilisca tra l'altro che l'attuazione è di competenza dell'AI.

Capoverso 4

PES, IH e altri nonché molti altri partecipanti (tra cui ASPS, Pro Infirmis, NOVEOS, AGILE, RDAF) reputano che l'espressione «entro un termine adeguato» riferita al trattamento della richiesta di ammissione nell'ES-IC sia troppo vaga e chiedono di fissare il termine a 30 giorni. Altri partecipanti come santésuisse, VIPS, iph da un lato e organizzazioni di pazienti come ProRaris, RDAF o Verein Morbus Wilson dall'altro invitano a concretizzare la durata della procedura di ammissione. A loro avviso quest'ultima dovrebbe concludersi di norma entro 60 giorni dall'omologazione definitiva da parte di Swissmedic.

Restituzione delle eccedenze (art. 3^{septies} AP-OAI)

Iph e VIPS sono del parere che la regolamentazione proposta per la restituzione delle eccedenze conseguite con i medicinali figuranti nell'ES-IC possa indurre una notevole incertezza di pianificazione per i titolari dell'omologazione e non abbia molto senso nel contesto dell'AI. In caso di dubbio i titolari dell'omologazione (ossia aziende farmaceutiche che producono e distribuiscono medicinali) potrebbero addirittura rinunciare all'ammissione nell'ES-IC. Le due organizzazioni suggeriscono dunque di stralciare l'articolo o, in alternativa, di riformularlo analogamente alle disposizioni dell'OAMal e dell'OPre.

Condizioni di ammissione (art. 65 cpv. 1^{bis} AP-OAMal)

Santésuisse approva il coordinamento tra l'ES e l'ES-IC. A suo giudizio è assolutamente giusto che ogni medicamento figuri in una sola lista in quanto ciò permette di evitare malintesi e doppioni. Santésuisse auspica che, prima di spostare un medicamento dall'ES-IC all'ES perché la sua indicazione è stata estesa, si verifichi il rispetto dei criteri EAE del medicamento in questione.

Disposizione transitoria AP-OAMal

Santésuisse concorda con la disposizione transitoria e si dichiara esplicitamente favorevole alla proposta di effettuare una verifica prima di trasferire un medicamento dall'ES-IC all'ES o viceversa.

Disposizioni transitorie delle modifiche / Medicamenti AI figuranti nell'elenco D dell'allegato 2 della CPSI (pag. 70 del rapporto esplicativo)

Curafutura solleva la questione delle modalità con le quali i titolari delle omologazioni di medicinali non ammessi in Svizzera figuranti in questo elenco verranno informati del fatto che dall'entrata in vigore della modifica gli articoli 71a e seguenti dell'OAMal verranno applicati per analogia anche nell'AI. Un altro aspetto poco chiaro secondo curafutura è quello della gestione dei casi in cui l'AI ha emesso una garanzia di assunzione dei costi per un medicamento non omologato.

3.4 Pareri in merito al blocco tematico 4: tariffazione e controllo delle fatture

3.4.1 In generale

In merito alle disposizioni concernenti la tariffazione e la fatturazione si sono espressi 20 Cantoni, CUAJ e CDS. Tutti si dichiarano favorevoli o piuttosto favorevoli alle misure adottate in questo ambito, soprattutto a quelle tese a rafforzare l'economicità delle prestazioni e migliorare il coordinamento con le altre assicurazioni sociali (in particolare l'AM). Approvano inoltre le aggiunte in relazione al controllo delle fatture.

Gli organi assicurativi, diverse organizzazioni d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate si sono anch'essi pronunciati su questo tema e chiedono precisazioni specifiche per il loro ambito di attività.

Per quanto concerne il controllo delle fatture e l'introduzione dei principi relativi alla remunerazione delle prestazioni, i partecipanti accolgono positivamente la trasparenza creata dalle nuove disposizioni e approvano il fatto che l'economicità delle prestazioni sia rafforzata. Esprimono inoltre soddisfazione per il fatto che il vuoto giuridico riguardo alla procedura per la fissazione delle tariffe sia colmato. A questo proposito diversi pareri fanno un amalgama fra tale procedura e situazioni in cui il fornitore di prestazioni di cura non ha concluso una convenzione tariffale con la CTM, incaricata dall'AI di provvedere alla loro conclusione.

Alcuni partecipanti si soffermano su aspetti tecnici legati alla tariffazione delle prestazioni (25° percentile, migliore remunerazione delle cure per le malattie rare, migliore copertura dei costi, considerazione della gravità dei casi nella tariffa) che si riferiscono sia alla procedura per le trattative tariffali sia alla composizione delle pertinenti strutture.

Diverse organizzazioni chiedono che le disposizioni degli articoli 24^{bis}-24^{sexies} AP-OAI non siano applicabili per la tariffazione delle perizie mediche o neuropsicologiche.

3.4.2 In dettaglio

Diritto di opzione e convenzioni (art. 24 cpv. 3 AP-OAI)

VS approva la precisazione secondo cui i fornitori che non hanno aderito a una convenzione, e che attualmente risultano avvantaggiati, dovranno soddisfare le stesse condizioni dei fornitori che hanno concluso una convenzione.

Tariffazione dei provvedimenti sanitari (art. 24^{bis} cpv. 2 e 5 AP-OAI)

Per quanto concerne il capoverso 2, CDS e VD incoraggiano l'UFAS a negoziare tariffe che coprano i costi in ambito AI. A tal fine è opportuno basarsi soltanto sui costi riguardanti l'ambito AI e non su quelli di tutte le assicurazioni sociali. Per santésuisse è giusto che le disposizioni applicabili all'AOMS siano applicate anche nell'ambito dell'AI, ma la disposizione andrebbe completata con tutti i requisiti di cui all'articolo 59c OAMal.

VS approva il fatto che in virtù del capoverso 5 del nuovo articolo 24^{bis} AP-OAI il Consiglio federale possa adeguare le tariffe qualora le parti non giungano a un accordo. Ritiene invece che le conseguenze per quanto riguarda i compiti e i controlli che incombono agli uffici AI siano tuttora poco chiare. Per evitare di sovraccaricare gli uffici AI sarebbe opportuno precisare quali compiti spettano agli uffici AI e quali all'UCC.

ZH chiede di sostituire «autorità competente» con «DFI» nel capoverso 5.

Calcolo dei costi dei provvedimenti sanitari (art. 24^{ter} cpv. 2 e 3 AP-OAI)

AllKids auspica che la disposizione sul ricorso al Sorvegliante dei prezzi (capoverso 2) venga stralciata.

ZH invita a precisare chi sono le autorità della Confederazione competenti in materia e i partner tariffali menzionati al capoverso 3.

Rimunerazione delle cure ospedaliere (art. 24^{quater} AP-OAI)

BE, BS, TI e VD come pure la CDS fanno notare che se da un lato l'avamprogetto stabilisce che l'UFAS può stipulare convenzioni tariffali e di collaborazione con gli ospedali per la remunerazione delle cure ospedaliere, dall'altro non specifica cosa accade se i partner tariffali non giungono a un accordo. Perciò propongono di istituire un'autorità che abbia la competenza di determinare la tipologia di tariffa applicabile, pur sottolineando che non può trattarsi dei Cantoni. Adducendo che i Cantoni hanno un interesse degno di protezione di essere consultati, questi partecipanti sostengono la necessità di introdurre una disposizione aggiuntiva concernente il coinvolgimento dei Cantoni nelle trattative tariffali e nel processo di fissazione delle tariffe.

Santésuisse approva l'articolo 24^{quater} AP-OAI in quanto ritiene che strutture tariffali uniformi vadano a vantaggio della trasparenza e della comparabilità degli ospedali.

Iph e VIPS temono il rischio di una lacuna di finanziamento nella remunerazione delle cure ospedaliere nel settore altamente innovativo delle terapie geniche e cellulari nel caso in cui non si giungesse a una soluzione per la fatturazione delle prestazioni. A loro parere occorre garantire che i medicinali presi a carico dall'AI per la cura di infermità congenite siano rimborsati anche come parte di un complesso terapeutico ospedaliero.

Procap e SADC spiegano che spesso esistono soltanto uno o due ospedali specializzati che dispongono delle competenze necessarie per curare malattie rare, e questo soprattutto nel settore dell'ortopedia pediatrica. Per il trattamento ospedaliero di infermità congenite occorre dunque che la garanzia di assunzione dei costi dell'AI continui a valere per tutta la Svizzera (libera scelta del medico), contrariamente a quanto previsto nell'AOMS.

Per AllKids bisognerebbe tenere conto delle finalità diverse dell'AI e dell'AOMS (e dell'AINF) e fa notare in particolare che la nozione e il criterio di efficienza non sono identici nell'ambito dell'AI e in quello dell'AOMS. L'organizzazione propone inoltre di rinunciare alla protezione tariffale di cui all'articolo 24^{quater} capoverso 4 AP-OAI.

Rimunerazione delle cure ambulatoriali (art. 24^{quinquies} AP-OAI)

BE, VD e VS come pure la CDS chiedono di prevedere, per le cure ambulatoriali, la possibilità di stipulare convenzioni regionali anziché nazionali, ritenendo che ciò permetterebbe di tenere maggiormente conto delle differenze regionali.

Santésuisse approva l'articolo 24^{quinquies} AP-OAI in quanto è dell'avviso che strutture tariffali uniformi vadano a vantaggio della trasparenza e della comparabilità degli ospedali.

Collaborazione e tariffe dei provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale e dei provvedimenti professionali (art. 24^{sexies} AP-OAI)

SZ, OW, GL, AI, GR, TG, VS e NE come pure la CUIA suggeriscono di completare le disposizioni dell'articolo 24^{sexies} AP-OAI precisando che non sussiste alcun diritto alla conclusione di convenzioni.

Tariffazione (art. 72^{ter} AP-OAI)

SZ ritiene che l'articolo 72^{ter} AP-OAI sia superfluo in quanto non sussiste alcuna necessità d'intervento. Anche LU caldeggia lo stralcio dell'articolo: una riserva, a livello di tariffazione, a favore dei singoli uffici AI potrebbe indurre a una proliferazione delle convenzioni, il che sarebbe contrario alle finalità della riforma.

Per Rechtsberatung UP l'ordinanza dovrebbe precisare che le tariffe concordate e rimborsate devono essere tali da coprire i costi.

Presentazione delle fatture (art. 79 cpv. 5 AP-OAI)

AllKids è d'accordo con la disposizione proposta a condizione che l'indipendenza e la discrezionalità dei medici siano garantite senza restrizioni. L'organizzazione vuole in particolare evitare che il controllo delle fatture possa essere usato come pretesto per influenzare le decisioni dei medici.

Disposizioni generali per la fatturazione dei provvedimenti sanitari (art. 79^{ter} AP-OAI)

La CUAJ e 12 Cantoni (AR, SZ, GR, GL, LU, TG, JU, SO, AI, NE, VS, OW) esprimono qualche dubbio sulla necessità di indicare la data della decisione sulla fattura e si interrogano sul significato del termine «procedure».

FSP e ASNP vorrebbero che nella rubrica dell'articolo 79^{ter} AP-OAI venissero menzionati anche i provvedimenti neuropsicologici.

Secondo mfe è coerente che i requisiti in materia di fatturazione siano simili per l'AI e per l'AMal. I requisiti per la fatturazione dei provvedimenti sanitari devono rimanere ragionevoli.

Fatturazione nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG (art. 79^{quater})

Otto Cantoni (SZ, GR, GL, TG, JU, AI, NE, VS) fanno notare che il termine «procedure» menzionato all'articolo 79^{quater} capoverso 2 AP-OAI è poco chiaro e invitano a precisarlo. VS vorrebbe che il rapporto di ammissione all'ospedale venisse trasmesso con la fattura DRG e che l'ordinanza venisse completata in tal senso.

Fatturazione nel settore ambulatoriale e nel settore della riabilitazione medica (art. 79^{quinqüies} AP-OAI)

VD ritiene che allo stato attuale non vi sia chiarezza sulle conseguenze concrete di questa novità e della relativa procedura per un ufficio AI e invita l'UFAS a fornire precisazioni a livello di direttive.

FSP e ASNP vorrebbero che nel titolo dell'articolo 79^{quinqüies} AP-OAI venissero menzionati anche i provvedimenti neuropsicologici.

Fatturazione dei provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale e dei provvedimenti professionali (art. 79^{sexies} AP-OAI)

Nel complesso la disposizione è accolta favorevolmente dai partecipanti, nessuno dei quali formula osservazioni negative.

Alcune organizzazioni private d'aiuto agli invalidi auspicano che l'articolo 79^{sexies} capoverso 2 AP-OAI venga completato nel seguente modo, analogamente a quanto previsto dalle disposizioni del secondo pacchetto di misure per il contenimento dei costi:

«I fornitori di prestazioni fanno pervenire all'assicurato una copia della fattura. Questa può essere inviata in formato cartaceo o per via elettronica. Su richiesta dell'assicurato, la fattura gli viene trasmessa gratuitamente in formato cartaceo».

Nuove proposte formulate dai partecipanti

Provvedimenti d'integrazione all'estero per le persone soggette all'assicurazione obbligatoria (art. 23^{bis} OAI)

La CUAJ e diversi Cantoni e organizzazioni chiedono di aggiungere una regola generale riguardo al rimborso delle spese di cura e di limitare l'importo di quest'ultimo alla tariffa massima applicabile in Svizzera.

Determinazione dello statuto (art. 24^{septies} AP-OAI)

Procap propone di inserire nell'ordinanza le scadenze per la garanzia (parziale) di assunzione dei costi da parte dell'AI.

3.5 Pareri in merito al blocco tematico 5: sistema di rendite

3.5.1 In generale

Sintesi globale

I partecipanti alla consultazione accolgono positivamente il fatto che i principi fondamentali per la valutazione del grado d'invalidità siano disciplinati a livello di ordinanza e non più di direttive.

La maggioranza degli interpellati considera invece problematico il ricorso alle tabelle della RSS dell'Ufficio federale di statistica (UST), poiché ritiene che non rispondano alle esigenze specifiche legate alla determinazione del reddito con invalidità. Gran parte dei partecipanti si oppone alla soppressione della deduzione dovuta al danno alla salute fintantoché vengono applicate queste tabelle.

La stragrande maggioranza dei partecipanti approva la parallelizzazione automatica dei redditi di confronto ma fa notare che non può sostituire la deduzione sul reddito con invalidità determinato in base alla tabella dei salari.

Sintesi in base alle categorie di partecipanti

In merito al blocco tematico 5 si sono espressi tutti i Cantoni ad eccezione di SG, BL e FR (AR si associa al parere della CDOS). Oltre ai 23 Cantoni, hanno inoltrato un parere su questo blocco tematico PES, PSS, UDC, ACS, UCS, USS, Travail.Suisse, USI, diversi organi assicurativi e oltre 60 organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate.

Hiki e graap si associano alla posizione di AGILE. Fragile Suisse, GELIKO, insieme Svizzera, avanti donne, ASP, Società SM, PMS, Pro Infirmis, Cerebral, Associazione Cerebral Svizzera (compresi i gruppi regionali di Cerebral), Profil, CAB, debra, FSC, ASGBA, Elpos, Autismus deutsche Schweiz, USC, UCBCIECHI, Procap, VASOS - FARES, NOVEOS, Pro auditio Svizzera, Lega svizzera contro il cancro, GREA-CRIAD, SBH, Réseau Romand ASA, Lega polmonare svizzera, SAR, Aiuto Aids svizzero, atgabbes, Fondazione STCA – Ingrado, inclusione handicap ticino e Insieme-Cerebral ZG si associano esplicitamente alla posizione di IH.

L'USS dichiara da parte sua di appoggiare il parere dettagliato di IH.

Qui di seguito è riportato il parere dei partecipanti delle singole categorie sul progetto in generale.

Cantoni e organi assicurativi

I Cantoni accolgono positivamente il fatto che i principi essenziali per la valutazione dell'invalidità siano disciplinati a livello di ordinanza e non più di direttive. GR, SO e VD rilevano tuttavia che il nuovo sistema di rendite causerà un aumento del carico lavorativo (revisioni, opposizioni) e che gli uffici AI necessiteranno di risorse supplementari in termini di personale. VS chiede precisazioni riguardo alla limitazione delle rendite nei casi in cui uno dei coniugi beneficia di una rendita AI e l'altro di una rendita AVS. Fa peraltro notare che il progetto AVS 21 comporta anch'esso modifiche per quanto concerne la limitazione delle rendite e che gli scenari da sviluppare nel sistema ACOR (software di calcolo delle rendite) potrebbero aumentare in modo esponenziale.

La Suva rileva che alcune delle regole definite per la determinazione dei redditi di confronto corrispondono alla prassi vigente negli altri rami delle assicurazioni sociali e che altre invece sono state modificate o inasprite. A suo avviso ciò crea incertezza giuridica, poiché non è chiaro in che misura le nuove regole dell'OAI si applicano anche agli altri rami delle assicurazioni sociali. L'organo assicurativo chiede pertanto di valutare l'opportunità di integrare le regole di carattere generale nell'OPGA e di tenere nell'OAI unicamente le disposizioni specifiche all'AI. Fa inoltre notare che soltanto alcuni punti della giurisprudenza vigente sono stati codificati nell'OAI. Anche questo crea incertezza giuridica in quanto è difficile determinare se per i punti non codificati continua ad applicarsi la giurisprudenza vigente o se invece è prevista una

normativa di deroga. La Suva si dice consapevole del fatto che una regolamentazione chiara sarebbe inevitabilmente molto ampia e dettagliata, ma ritiene sia essenziale migliorare la densità normativa.

La CCCC rileva che l'introduzione del sistema di rendite lineare, in particolare la gestione dei casi soggetti al regime transitorio saranno particolarmente complesse per le casse di compensazione. La Conferenza appoggia il progetto posto alla consultazione e non ritiene opportuno integrare ulteriori disposizioni esecutive a livello di ordinanza.

L'ASA è dell'avviso che la revisione richiederà adeguamenti considerevoli (dei sistemi amministrativi, dei regolamenti, delle tariffe ecc.) e che sia quindi irrealistico pensare di introdurre il sistema di rendite lineare nella previdenza professionale il 1° gennaio 2022.

Partiti e associazioni mantello nazionali dell'economia

PES, Travail.Suisse, PSS, UCS e USS sono d'accordo con le disposizioni proposte nell'ordinanza per la valutazione del grado d'invalidità ma attirano l'attenzione sul fatto che il «mercato del lavoro equilibrato» su cui gli uffici AI si basano per determinare il grado d'invalidità non corrisponde al mercato del lavoro reale sul quale le persone con un danno alla salute non hanno nessuna possibilità di integrarsi. Le associazioni in questione rilevano peraltro che le ripercussioni della pandemia di coronavirus non faranno che peggiorare la situazione. Il PSS si dice preoccupato degli effetti di distorsione creati dal nuovo sistema di rendite lineare. Il cambiamento penalizzerebbe gli assicurati con un alto grado d'invalidità le cui possibilità di integrazione sono minime. L'UCS condivide il parere dei Cantoni secondo cui il numero di opposizioni e procedure giudiziarie aumenterebbe con conseguenti maggiori oneri amministrativi. L'associazione sottolinea inoltre che si dovranno versare più spesso prestazioni dell'aiuto sociale a titolo di anticipo.

L'ACS fa notare che una parte dei beneficiari di una rendita AI non può essere integrata nel mercato del lavoro e sottolinea che la sussistenza materiale di queste persone dovrà essere garantita anche in futuro con prestazioni dell'AI e PC per evitare il ricorso all'aiuto sociale. A tale proposito rimanda allo studio di Jürg Guggisberg e Severin Bischof sull'andamento dei passaggi dall'AI all'AS («Entwicklung der Übertritte von der Invalidenversicherung in die Sozialhilfe. Analysen auf Basis der SHIVALV-Daten» in *Beiträge zur Sozialen Sicherheit*, rapporto di ricerca UFAS n. 8/20, Berna 2020). L'associazione ritiene che, in considerazione della difficile situazione sul mercato del lavoro e del prevedibile forte aumento dei beneficiari di prestazioni dell'aiuto sociale, si debbano categoricamente evitare ulteriori passaggi dall'AI all'aiuto sociale.

Organizzazioni private d'aiuto agli invalidi, altre organizzazioni interessate

Anche AGILE, IH, INSOS, IPT, Coraasp, Cap-Contact faïtière, CURAVIVA, ProRaris, RDAF, Verein Morbus Wilson, dravetsuisse, fsrmm nonché le organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate che si associano alla posizione di AGILE e IH approvano la regolamentazione proposta nell'ordinanza per la valutazione del grado d'invalidità ma sollevano anch'esse una riserva sul «mercato del lavoro equilibrato» utilizzato come criterio per determinare il grado d'invalidità. Coraasp chiede inoltre di modificare le disposizioni finali della legge adottata al Parlamento nel giugno 2020, ossia di abbassare il limite di età a 50 anni (anziché 55) per l'esenzione dall'adeguamento delle rendite correnti.

L'organizzazione richiama peraltro l'attenzione su un problema di fondo, ossia il ricorso alle tabelle della RSS per determinare il reddito con invalidità, e rileva che tali tabelle riportano salari mediani calcolati in base ai salari conseguiti da persone sane. Questo parere è condiviso anche da GDS e Rechtsberatung UP.

Le due organizzazioni ritengono inoltre che i principi per la valutazione del grado d'invalidità non vadano inseriti nell'OAI, ma nell'OPGA, visto che vengono applicati anche in altri rami delle assicurazioni sociali.

AGILE, IH, Cap-Contact faïtière e le organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate che si associano alla posizione di AGILE e IH fanno inoltre notare che la valutazione del grado d'invalidità è molto complicata e risulta difficile da capire per molti assicurati. È dunque importante spiegare loro in modo comprensibile, usando un linguaggio semplificato, i termini tecnici e le abbreviazioni come pure i dati sui quali l'ufficio AI si basa per confrontare i redditi e come determina il grado d'invalidità, AI riguardo le organizzazioni in questione rimandano alla mozione Flach «Redigere le decisioni AI anche in linguaggio semplificato per renderle comprensibili alle persone interessate».

Anche TGPP, AGPP, FMPP, Dr. med. Klaus Begle, ZGPP e FMH si aspettano una maggiore trasparenza nel calcolo del grado d'invalidità con l'introduzione del sistema di rendite lineare. Gli assicurati devono riuscire a capire quali basi sono state applicate e quali fattori hanno portato a limitazioni o deduzioni. Secondo il Dr. med. Klaus Begle i conflitti sul posto di lavoro, i conflitti di coppia, i debiti, l'età avanzata, la mancanza di una formazione o di conoscenze linguistiche non vanno considerati fattori di per sé estranei all'AI. L'aspetto cruciale è però se questi fattori possono determinare un'incapacità lavorativa in presenza o in assenza dei postumi di una malattia. AGPP, FMPP, Dr. med. Klaus Begle, ZGPP e FMH considerano inoltre necessario far capo a specialisti per determinare le conseguenze che una limitazione funzionale può avere su un posto di lavoro. Ritengono inoltre che occorra sfruttare più attivamente le possibilità offerte nell'ambito dei programmi d'integrazione e dei laboratori protetti e tenere conto in maggior misura delle valutazioni che ne derivano riguardo alla capacità funzionale in relazione al posto di lavoro.

CP e FER accolgono con favore l'introduzione del sistema di rendite lineare. Rilevano tuttavia che il rapporto esplicativo è poco chiaro per quanto concerne il calcolo delle rendite, forse perché mancano esempi concreti, e sollecitano spiegazioni chiare corredate di esempi. Osservano peraltro che un cambiamento di questa portata ha notevoli ripercussioni in termini di costi, gestione quotidiana degli incarti e bisogni formativi per cui è imprescindibile un buon coordinamento delle informazioni.

Secondo schadenanwälte il concetto di grado d'invalidità secondo l'articolo 16 LPGA è stato distorto da una giurisprudenza troppo attenta a considerazioni di politica finanziaria. Occorre quindi vagliare se non sia il caso di sostituirlo con una definizione che si avvicini il più possibile alla valutazione individuale concreta. In tal senso i diversi statuti andrebbero aboliti e gli unici aspetti rilevanti dovrebbero essere la biografia professionale e la sua evoluzione fino all'insorgere dell'invalidità, anche se al momento della valutazione, per esempio, l'assicurato non esercita un'attività lucrativa, ma svolge esclusivamente lavori domestici. Il grado d'invalidità dovrebbe essere valutato in base al parametro medico delle limitazioni funzionali fisiche, mentali e psichiche e al parametro economico della minore capacità di creare valore con lo svolgimento di un'attività lucrativa. La capacità dal punto di vista medico dovrebbe essere valutata da un medico del lavoro. Gli specialisti del mercato del lavoro, gli orientatori professionali, i collocatori ecc. avrebbero invece il compito di valutare la perdita in termini di valore aggiunto nel caso concreto.

schadenanwälte si sofferma infine sull'esigibilità e osserva che la giurisprudenza del Tribunale federale si basa sul criterio del mercato del lavoro equilibrato. Secondo questo partecipante la nozione di mercato del lavoro equilibrato è diventata una finzione e va sostituita rapidamente con un criterio più concreto e vicino alla realtà.

3.5.2 In dettaglio

Sistema di rendite lineare

In merito ai singoli articoli si sono espressi due partecipanti.

Tavole delle rendite (art. 53 cpv. 1 AP-OAVS)

BS è favorevole alla modifica dell'articolo 53 capoverso 1 AP-OAVS.

Riduzione degli importi limite in misura corrispondente alla percentuale di rendita nella previdenza professionale obbligatoria (art. 4 AP-OPP 2)

La Fondazione istituto collettore LPP approva la modifica dell'articolo 4 AP-OPP 2 ma osserva che andrebbero adeguati anche l'articolo 15 capoverso 1 OPP 2 e l'articolo 3 capoverso 1 dell'ordinanza sulla previdenza professionale obbligatoria dei disoccupati. Suggerisce inoltre di specificare nelle disposizioni transitorie i casi in cui si applicano le nuove disposizioni.

Valutazione del grado d'invalidità

Determinazione dello statuto (art. 24^{septies} AP-OAI)

Sulle disposizioni relative alla determinazione dello statuto si sono espressi 12 partecipanti (10 Cantoni, CUI e UCS) che per la maggior parte chiedono soltanto una modifica redazionale al capoverso 2. Un Cantone formula un'osservazione sulle spiegazioni fornite in merito a questo articolo e l'UCS sullo statuto degli assicurati in formazione.

BE, SZ, OW, NW, GL, SH, GR, TG, VS e la CUI non sono convinti che sia opportuno prendere come riferimento l'attività lucrativa per determinare lo statuto e chiedono quindi di apportare una modifica redazionale al capoverso 2, sostituendo «sull'attività lucrativa che eserciterebbe» con «sulla situazione in cui si troverebbe», se non soffrisse di un danno alla salute.

UR fa notare che il Tribunale federale valuta in modo diverso (o differenziato) lo statuto delle persone che vivono di rendita o riscuotono anticipatamente una rendita di vecchiaia e il cui danno alla salute è insorto dopo il passaggio a tale statuto, rispetto a quanto esposto nel commento all'articolo 24^{septies} AP-OAI.

L'UCS approva che gli assicurati in formazione che prima dell'insorgere dell'invalidità non esercitavano un'attività lucrativa siano per principio considerati come esercitanti un'attività lucrativa e che la valutazione dell'invalidità avvenga mediante un confronto dei redditi.

Principi del confronto dei redditi (art. 25 cpv. 2-4 AP-OAI)

Sulle disposizioni concernenti il confronto dei redditi hanno espresso un parere oltre la metà dei Cantoni, CUI, Suva, PSS, PES, UDC, ACS, UCS, USS, Travail.Suisse e numerose organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate.

Questi partecipanti sono dell'avviso che sia fondamentale opportuno utilizzare tabelle standardizzate, ma fanno notare che le tabelle della RSS dell'UST non rispondono alle esigenze specifiche legate alla determinazione del reddito con invalidità.

ZH, OW, NW, ZG, BS, SH, VD, JU, GE, NE, PEV, PSS, UDC, ACS, UCS, USS, Travail.Suisse, AGILE, IH, INSOS, Cap-Contact faîtière, CURAVIVA, CDOS e le organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate che si associano alla posizione di AGILE e IH fanno notare che le tabelle della RSS dell'UST non sono state sviluppate per il confronto dei redditi nell'assicurazione invalidità e ritengono che non rispondano alle esigenze specifiche legate alla determinazione del reddito con invalidità. Questi partecipanti chiedono di sviluppare ulteriormente le basi per il confronto dei redditi in modo da renderle compatibili con le esigenze specifiche di cui va tenuto conto per la determinazione del reddito con invalidità. Per ACS e UCS questa richiesta è importante soprattutto alla luce del fatto che se il reddito con invalidità viene sopravvalutato, l'assicurato riceve una rendita troppo bassa o addirittura non ne riceve nessuna, e rischia di dover ricorrere all'aiuto sociale. TI propone, in alternativa, di continuare

sì ad utilizzare le tabelle della RSS, ma riferite alle Grandi regioni e non alle statistiche nazionali, tenendo conto del fatto che debbano essere aggiornate. Secondo TI questo permetterebbe un avvicinamento alla realtà salariale del Cantone.

La maggioranza dei partecipanti alla consultazione rimanda allo studio di Jürg Guggisberg et al., «Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung. Fakten oder Fiktion - Was sagen die Zahlen?», Berna 2021 (di seguito Guggisberg et al. 2021), e al parere legale di Thomas Gächter et al., «Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung», Zurigo/Winterthur 2021 (di seguito Gächter et al. 2021). La maggioranza dei partiti summenzionati (i Cantoni non si sono espressi in merito), delle associazioni mantello, delle organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e delle altre organizzazioni interessate osserva inoltre che il Tribunale federale ha ribadito a più riprese che le tabelle della RSS rappresentano una soluzione transitoria. Molti dei partecipanti menzionano inoltre il gruppo di lavoro diretto dalla professoressa emerita Dr. iur. Riemer-Kafka, autrice di una tabella che riflette con maggior precisione le possibilità salariali delle persone con disabilità. Dato che per valutare il grado d'invalidità è essenziale disporre di redditi di confronto il più possibile precisi, la maggioranza dei partecipanti summenzionati vorrebbe imporre l'uso di tale tabella per il confronto dei redditi.

BS, PES, Travail.Suisse, AGILE, IH, INSOS, CURAVIVA, le organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e le altre organizzazioni interessate che si associano alla posizione di AGILE e IH aggiungerebbero una disposizione (p. es. art. 25^{bis} OAI) secondo cui l'UFAS, in collaborazione con l'UST, provvede all'ulteriore sviluppo delle tabelle della RSS che fungono da base per il confronto dei redditi.

Per Procap occorrerebbe aggiungere una disposizione transitoria in virtù della quale le domande di revisione di rendite correnti o di rendite rifiutate prima dell'entrata in vigore della modifica perché il grado d'invalidità era insufficiente devono essere esaminate se il calcolo del grado d'invalidità in base alle tabelle della RSS secondo l'articolo 25^{bis} OAI determinerebbe presumibilmente una rendita più elevata o il diritto a una rendita. L'eventuale aumento della rendita dovrebbe essere concesso a contare dal momento dell'entrata in vigore della modifica.

Infine AGILE, IH, INSOS, Cap-Contact faïtière, CURAVIVA, CDOS, le organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e le altre organizzazioni interessate che si associano alla posizione di AGILE e IH ritengono poco chiara la formulazione dell'articolo 25 capoverso 3 secondo periodo AP-OAI e auspicano che si specifichi in quali casi si può rinunciare a utilizzare i valori RSS e basarsi su altri valori statistici. Queste organizzazioni chiedono di adeguare l'articolo 25 capoverso 3 AP-OAI specificando che si devono utilizzare altri valori statistici rispetto ai valori centrali RSS, se ciò permette corrisponde meglio alla situazione del singolo caso. GDS avanza la stessa proposta, ma chiede di inserirla nell'OPGA e non nell'OAI.

Anche OG SH osserva che non rientra nelle finalità della RSS fornire le basi per il calcolo delle rendite AI. Di conseguenza il valore centrale RSS non rappresenta con sufficiente precisione la categoria dei lavori leggeri da svolgere in posizione alternata, importante per il calcolo della rendita. Ritene pertanto che sarebbe opportuno creare una base statistica corrispondente.

Anche GDS e Rechtsberatung UP ritengono che le tabelle della RSS non siano adatte per determinare il reddito con invalidità, in quanto riflettono per lo più il livello salariale di persone sane. Rechtsberatung UP sollecita pertanto lo stralcio del rinvio generico alla RSS. L'organizzazione è favorevole alla proposta di utilizzare valori differenziati a seconda del sesso ma è contraria a quella di applicare valori indipendenti dall'età. È infatti assodato statisticamente che i redditi possono evolvere in ampia misura fino al 55° anno di età e che all'inizio della carriera lavorativa i redditi senza invalidità sono inferiori. Ora, se questi vengono confrontati con il reddito medio su tutta la durata della carriera lavorativa, il parallelismo non è garantito. Rechtsberatung UP propone dunque di adeguare il valore statistico all'evoluzione dei salari e di completare l'articolo 25 capoverso 4 AP-OAI di conseguenza.

Coraasp prende atto della proposta di utilizzare valori differenziati a seconda del sesso e si chiede se è un modo per tenere conto delle disparità salariali che interessano tuttora le donne.

La Suva non concorda con il commento a questo articolo secondo cui, in conformità alla prassi del Tribunale federale, sono di regola determinanti i valori del settore privato. L'organo assicurativo reputa infatti che la maggior parte dei posti di lavoro nel settore pubblico siano di per sé accessibili a tutti, per cui tale settore è da considerarsi come facente parte del mercato del lavoro equilibrato. Di conseguenza la limitazione al solo settore privato non è plausibile. La Suva propone quindi di stabilire all'articolo 25 capoverso 3 AP-OAI, in deroga alla prassi vigente, che sono di regola determinanti i valori del settore pubblico e del settore privato.

Diversi Cantoni (SZ, OW, GL, SH, GR, TG, VS, NE, JU), CUIAI e Suva si chiedono inoltre se non occorra prevedere, al capoverso 4, che i valori statistici vengano adeguati all'orario di lavoro settimanale usuale nel rispettivo settore piuttosto che a livello aziendale.

Determinazione del reddito senza invalidità (art. 26 AP-OAI)

In merito alla determinazione del reddito senza invalidità hanno espresso un parere la metà dei Cantoni, CUIAI, Suva, PES, PSS, USI, UCS, Travail.Suisse e numerose organizzazioni private d'aiuto ai disabili e altre organizzazioni interessate.

I partiti politici, le associazioni mantello nazionali dell'economia, le organizzazioni d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate sono contrari alla proposta di determinare il reddito senza invalidità sulla base del valore totale di tutti i settori economici e di tutti i livelli di competenze unicamente per le persone che non hanno potuto iniziare una formazione professionale a causa dell'invalidità. Questa regola dovrebbe applicarsi anche alle persone che iniziano una formazione o che eventualmente la concludono ma che, a causa della loro disabilità, non possono conseguire lo stesso reddito di una persona con la medesima formazione ma senza disabilità.

Nel complesso la parallelizzazione automatica incontra il favore dei partecipanti, alcuni dei quali formulano qualche proposta di adeguamento.

Computo del reddito effettivamente conseguito quale reddito senza invalidità (art. 26 cpv. 1–3 AP-OAI)

NE, JU e CUIAI propongono modifiche di natura linguistica. Sono dell'avviso che sarebbe preferibile usare l'espressione «per principio» anziché «per quanto possibile», dato che quest'ultima fa riferimento alla disponibilità dei dati e che il ricorso ai valori statistici può essere indicato anche se l'importo dell'ultimo reddito è disponibile. NE, JU e CUIAI chiedono inoltre di sostituire, nella versione francese, «survenance de l'invalidité» con «survenance de l'atteinte à la santé» in quanto si tratta di nozioni diverse da non confondere.

A giudizio di GE, il cosiddetto metodo straordinario (applicato nel caso dei lavoratori indipendenti i cui redditi non possono essere determinati in modo attendibile) andrebbe codificato a livello di ordinanza, visto che è ammesso da lungo tempo dalla giurisprudenza federale ed è una prassi generalizzata negli uffici AI, specialmente nel contesto economico attuale. Il Cantone ritiene che non si tratti semplicemente di un caso speciale di determinazione dei valori effettivi secondo l'articolo 26 capoverso 2 AP-OAI, come si può leggere nel rapporto esplicativo che accompagna l'avamprogetto, in quanto il metodo in questione permette di determinare sia il reddito senza invalidità, sia il reddito con invalidità ai fini del confronto.

Secondo la Suva, per poter tenere conto di un grado di occupazione superiore al 100 per cento (per una o più attività) nella procedura di determinazione del reddito senza invalidità, occorre presumere che l'assicurato avrebbe continuato a lavorare con un tale grado di occupazione in assenza del danno alla salute. Ciò va stabilito esplicitamente all'articolo 26 capoverso 1 AP-OAI.

La Suva rileva inoltre che, per i lavoratori indipendenti, i soci con un'influenza determinante e i membri della famiglia che lavorano con il capo dell'azienda, la giurisprudenza ha elaborato principi per la valutazione dell'invalidità nel caso in cui i redditi di confronto non possono essere

determinati in modo attendibile. Secondo l'organo assicurativo, questi principi vanno assolutamente sanciti a livello di ordinanza, in un capoverso distinto. La questione del reddito inferiore alla media potrebbe essere disciplinata in tale capoverso anziché al capoverso 6 lettera c.

VD formula due osservazioni sul commento al capoverso 2. In primo luogo fa notare che una persona può conseguire un AFC o un CFP in un contesto particolare, senza essere idonea al collocamento nel mercato del lavoro primario. In questi casi sarebbe opportuno poter applicare l'articolo 26 capoverso 4 AP-OAI, purché la persona fosse già invalida quando ha iniziato la formazione. Secondariamente, per quanto concerne la valutazione del grado d'invalidità di persone che hanno conseguito un CFP, VD ritiene problematico applicare il livello di competenza 2 della RSS, una prassi che peraltro è stata messa in discussione in una sentenza del Tribunale federale (9C_668/2019 del 3 marzo 2020).

Rechtsberatung UP chiede di adeguare l'articolo 26 capoverso 1 AP-OAI in modo che il reddito conseguito prima dell'invalidità funga da base anche nei casi in cui la perdita del posto di lavoro è dovuta a motivi estranei alla malattia o all'invalidità e giustifica la sua richiesta spiegando che nella maggior parte dei casi è altamente probabile che la persona assicurata possa conseguire un reddito pari a quello che percepiva prima di perdere il posto di lavoro. In questo modo gli assicurati altamente qualificati con un reddito superiore ai 200 000 franchi, per i quali non esiste nessuna tabella dei salari, non sarebbero più svantaggiati. Secondo Rechtsberatung UP l'articolo 26 capoverso 3 AP-OAI andrebbe modificato in modo tale che si possa considerare l'esperienza professionale ipotetica al momento della conclusione della seconda formazione. A motivazione della richiesta, l'organizzazione spiega che se avesse potuto concludere la prima formazione, l'assicurato disporrebbe di una certa esperienza professionale qualora ne intraprendesse una seconda. La disposizione d'ordinanza deve garantire la possibilità di tenere conto di questa evoluzione del reddito determinata dagli anni di servizio.

Assicurati invalidi dalla nascita o precoci (art. 26 cpv. 4 AP-OAI)

Secondo SZ, OW, GL, GR, AG, TG, NE, GE, JU, CUI, Suva e Rechtsberatung UP la formulazione «in deroga all'articolo 25 capoverso 3, sono impiegati soltanto valori indipendenti dall'età» è in contraddizione con il tenore dell'articolo 25 capoverso 3 AP-OAI in virtù del quale devono essere utilizzati valori indipendenti dall'età. I Cantoni, la CUI e la Suva sono dell'avviso che il testo debba menzionare esplicitamente l'obbligo di utilizzare valori indipendenti dall'età e dal sesso. Diversamente dai Cantoni, dalla CUI e dalla Suva, Rechtsberatung UP ritiene che si debba rinunciare a utilizzare valori indipendenti dall'età nella determinazione dei redditi di confronto (v. l'osservazione riguardo all'art. 25 cpv. 3 AP-OAI). La Suva vorrebbe che l'articolo 26 capoverso 4 AP-OAI specificasse, come spiegato nel commento, che per gli invalidi dalla nascita e per quelli precoci ci si deve basare sul valore totale di tutti i settori economici e sul totale per tutti i livelli di competenze.

VS si è espresso sul commento alla disposizione. A suo avviso la spiegazione relativa alla mancata considerazione dei valori differenziati a seconda del sesso è incomprensibile e crea una disparità di trattamento rispetto a tutti gli altri assicurati per i quali il sesso è determinante per la scelta dei valori da considerare.

PSS e USS sono contrari alla proposta di considerare soltanto le persone che, a causa dell'invalidità, non hanno potuto iniziare una formazione professionale. Questa disposizione dovrebbe applicarsi anche alle persone che iniziano una formazione e che eventualmente la concludono ma che, a causa della loro disabilità, non possono conseguire lo stesso reddito di una persona con la medesima formazione ma senza disabilità. Secondo la prassi vigente del Tribunale federale e dell'Amministrazione, queste persone sarebbero coperte dall'attuale articolo 26 capoverso 1 OAI. La nuova regolamentazione non dovrebbe implicare una deroga dalla prassi attuale. Ne conseguirebbe un importante peggioramento che scoraggerebbe le persone invalide dalla nascita o precoci a iniziare una formazione, il che sarebbe insensato

per un'assicurazione sociale che ha quale scopo primario l'integrazione. Il PSS chiede quindi di riformulare l'articolo 26 capoverso 4 AP-OAI integrandovi la prassi attuale.

PES, Travail.Suisse, IH, AGILE nonché le organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate che si associano alla posizione di AGILE e IH accettano la soppressione delle fasce d'età, pur ritenendo che quelle vigenti siano senz'altro valide in quanto corrispondono allo sviluppo professionale di persone senza danni alla salute.

I partecipanti in questione non concordano invece con le spiegazioni fornite nel rapporto esplicativo secondo cui il reddito senza invalidità delle persone invalide dalla nascita o precoci non viene più determinato in base al valore centrale del settore pubblico e privato, ma soltanto in base a quello del settore privato. Dato che nel caso degli invalidi dalla nascita e di quelli precoci non è dato sapere quale formazione professionale avrebbero intrapreso, occorre considerare un reddito senza invalidità che rispecchi sia il settore privato che quello pubblico.

Gli stessi partecipanti respingono la limitazione, all'articolo 26 capoverso 4 AP-OAI, alle persone che non possono iniziare alcuna formazione professionale. A loro avviso, in conformità alla prassi vigente del Tribunale federale, devono essere incluse anche le persone che iniziano una formazione professionale ed eventualmente la concludono ma le cui possibilità di guadagno, a causa della disabilità, non sono le stesse di quelle di una persona non disabile. Occorre inoltre procedere in base agli stessi principi quando una persona, a causa di un danno alla salute, è riuscita a concludere una formazione secondo la LFPr, ma una formazione speciale adeguata alle sue esigenze specifiche. In tal caso, infatti, è praticamente impossibile valutare quale percorso professionale una persona avrebbe intrapreso senza danni alla salute e quali formazioni continue rilevanti dal punto di vista del salario avrebbe seguito dopo alcuni anni di attività professionale. Di conseguenza, basarsi sulla professione scelta a causa del danno alla salute per determinare il reddito senza invalidità porterebbe a una disparità di trattamento ingiustificata verso le persone che a causa della loro disabilità non possono concludere alcuna formazione secondo la LFPr. A questo riguardo PES, Travail.Suisse, IH, AGILE nonché le organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate che si associano alla posizione di AGILE e IH formulano proposte concrete.

Parallelizzazione dei redditi di confronto (art. 26 cpv. 5-6 AP-OAI)

NE, JU e CUAJ ritengono che all'articolo 26 capoverso 5 AP-OAI si faccia confusione tra il reddito che l'assicurato ha conseguito prima del danno alla salute e la nozione di reddito senza invalidità, per cui chiedono di adeguare la formulazione.

Partendo dal presupposto che non dovrebbe succedere spesso che una persona si accontenti volontariamente di un reddito inferiore alla media, la Suva considera accettabile la proposta di compensare anche in questi casi un reddito inferiore alla media, benché ciò sia contrario alla giurisprudenza vigente. Dopotutto, nell'ambito dell'AINF si procede in certa misura a una compensazione tramite il guadagno annuo assicurato. La Suva rileva inoltre che, nella formulazione proposta, l'articolo 26 capoverso 5 AP-OAI non specifica quale sia il salario usuale nel settore e propone un adeguamento affinché sia chiaro che si tratta del valore centrale della RSS usuale nel settore (come indicato nel rapporto esplicativo). Occorre inoltre specificare quale valore centrale della RSS usuale nel settore si intende esattamente (differenziato a seconda del sesso e del livello di competenze oppure no).

UR suggerisce di spostare i capoversi 5 e 6 dopo il capoverso 1, visto che la questione della parallelizzazione si pone soltanto nei casi in cui il reddito senza invalidità è determinato sulla base del reddito effettivo conseguito prima dell'insorgere del danno alla salute, come previsto all'articolo 26 capoverso 1 AP-OAI, e non nei casi in cui è determinato in base a valori statistici, come stabilito all'articolo 26 capoversi 2-4 AP-OAI.

VS suggerisce di specificare, all'articolo 26 capoverso 6 lettera a AP-OAI, se si intende un contratto collettivo di lavoro (CCL) o un contratto normale di lavoro (CNL) valido a livello nazionale o cantonale. Se si intende un CCL o un CNL cantonale, il capoverso 5 sarebbe privo

di senso e scopo in tutti i Cantoni in cui i salari sono di regola inferiori alla media svizzera (tra cui il Vallese). In tal caso, infatti, si continuerebbe a confrontare il reddito senza invalidità di una data regione (corrispondente al salario minimo del settore) e inferiore alla media svizzera con il reddito con invalidità fondato su tale media, con la conseguenza che un assicurato invalido potrebbe (spesso) guadagnare di più rispetto a quando era in salute.

Secondo SZ, OW, GL, AI, GR, AG, TG, JU e CUA, il tasso a partire dal quale un reddito è inferiore alla media deve essere definito non solo per il reddito senza invalidità, ma anche per quello con invalidità (art. 26 cpv. 6 lett. b AP-OAI), al fine di evitare disparità di trattamento nel caso in cui la differenza rispetto alla media diverge notevolmente tra il reddito senza invalidità e quello con invalidità.

GE accoglie con favore il fatto che l'ufficio AI non debba più determinare i fattori (estranei o no all'invalidità) che hanno motivato il conseguimento di un salario inferiore alla media. A suo avviso, tuttavia, la soluzione proposta all'articolo 26 capoverso 6 lettera b OP-OAI è penalizzante nel caso ipotetico di un assicurato che percepisce un reddito d'invalido (effettivo) inferiore alla media a causa di fattori (estranei all'invalidità) diversi da quelli che hanno determinato il versamento di un salario inferiore alla media prima del danno alla salute. In questa situazione l'assicurato sarebbe svantaggiato pur avendo fatto sforzi per reintegrarsi.

Secondo la Suva, la limitazione di cui all'articolo 26 capoverso 6 lettera b AP-OAI è obsoleta in quanto il reddito con invalidità effettivamente conseguito è sempre influenzato anche da fattori estranei all'invalidità. Nel confronto tra il reddito effettivo con invalidità e il reddito effettivo senza invalidità, i fattori estranei all'invalidità verrebbero in ogni caso considerati in ugual misura per entrambi i redditi, di modo che non vi è spazio per un'ulteriore parallelizzazione.

PES, Travail.Suisse, AGILE, IH nonché le organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate che si associano alla posizione di AGILE e IH si compiacciono del fatto che in futuro la parallelizzazione secondo l'articolo 26 capoverso 5 AP-OAI verrà effettuata automaticamente. Questi partecipanti rilevano tuttavia che la parallelizzazione non può sostituire la deduzione dovuta al danno alla salute effettuata sul reddito con invalidità, visto che la parallelizzazione si basa sul reddito lavorativo inferiore alla media conseguito prima dell'insorgere dell'invalidità. Reputano inoltre positivo il fatto che le nuove disposizioni permettano di tenere meglio conto della situazione particolare degli indipendenti nella determinazione del reddito senza invalidità. Approvano in particolare la considerazione nel commento all'articolo 26 capoverso 6 lettera c AP-OAI secondo cui, soprattutto nei casi in cui l'impresa è ancora molto giovane, i redditi dei primi anni non sono rappresentativi e si deve quindi far ricorso a valori statistici. Anche l'USS approva la parallelizzazione automatica, purché i redditi effettivamente conseguiti siano inferiori alla media di più del 5 per cento.

L'UCS chiede di valutare se, con la soppressione della deduzione dovuta al danno alla salute e la parallelizzazione automatica, la situazione finanziaria degli assicurati non sarà migliore rispetto a quella di cui beneficiano con la regolamentazione vigente. L'associazione è inoltre dell'avviso che la possibilità di una deduzione dovuta al danno alla salute debba assolutamente essere mantenuta per le persone che, secondo l'articolo 26 capoverso 6 AP-OAI, non possono beneficiare di una parallelizzazione. In caso contrario vi è il rischio, per un'ampia cerchia di assicurati, che nella valutazione del grado d'invalidità non vengano minimamente considerati i fattori (prevalentemente economici) che incidono negativamente sul reddito già prima dell'insorgere del danno alla salute, come ad esempio un livello salariale basso sul piano regionale, la categoria di permesso di soggiorno o la nazionalità, nonché condizioni personali quali le carenze linguistiche, la mancanza di una formazione professionale o l'età.

In linea di principio GDS e Rechtsberatung UP sono favorevoli alla parallelizzazione, ma auspicano che si rinunci al limite del 5 per cento. L'articolo 26 capoverso 5 AP-OAI andrebbe adeguato in modo che, se è inferiore al salario usuale nel settore, il reddito senza invalidità corrisponda al valore centrale della RSS usuale nel settore. Secondo Rechtsberatung UP, il limite generalizzato del 95 per cento non permette di evitare «gradi d'invalidità negativi» (ossia

casi in cui gli assicurati invalidi guadagnano di più rispetto a quando erano sani), che non sono conformi al sistema. Questi casi possono infatti verificarsi anche per scarti inferiori al 5 per cento dal salario statistico usuale. L'organizzazione chiede inoltre di stralciare l'articolo 26 capoverso 6 lettera a AP-OAI in quanto le eccezioni alla regolamentazione di cui al capoverso 5 in esso contenute sono in contraddizione con il principio del parallelismo. Ciò vale in tutti i casi in cui per il confronto dei redditi si considerano come reddito senza invalidità i salari minimi in virtù di un CCL o di un CNL e come reddito senza invalidità i salari statistici. GDS ritiene invece che si debba stralciare l'articolo 26 capoverso 6 lettere a e b AP-OAI, ossia che si debba rinunciare alla parallelizzazione soltanto nei casi in cui l'assicurato è un lavoratore indipendente.

Per Regula Berchtold Gerichtsschreiberin Luzern, l'articolo 26 capoverso 5 e 6 AP-OAI penalizza le persone che lavorano in settori caratterizzati da salari bassi, visto che la parallelizzazione, così come viene effettuata oggi in base alla prassi del Tribunale federale, è matematicamente sbagliata. Se da un lato il Tribunale federale esige che i fattori estranei all'invalidità siano presi in considerazione in ugual misura per il reddito senza invalidità e per quello con invalidità, dall'altro la prassi seguita dallo stesso tribunale per la parallelizzazione non soddisfa questa esigenza. Infatti, per determinare se un reddito è inferiore alla media lo si confronta con il salario usuale nel settore. Per determinare il reddito con invalidità, invece, ci si basa sul valore totale di tutti i settori economici e quindi su un salario molto più elevato. Visto che non viene utilizzata la stessa base, i fattori estranei all'invalidità non vengono ignorati o considerati in ugual misura per il reddito con invalidità e per quello senza.

La partecipante aggiunge che la parallelizzazione così come viene effettuata attualmente induce un inutile aumento delle rendite di una parte degli assicurati, visto che il confronto con il salario mediano porta a procedere a una parallelizzazione anche nei casi in cui ciò non è necessario né opportuno. Oltretutto i lavoratori con un basso salario continuerebbero ad essere penalizzati, benché la parallelizzazione sia stata introdotta proprio per loro.

Per risolvere il problema, Regula Berchtold Gerichtsschreiberin Luzern propone di ripiegare su un confronto percentuale quando il reddito statistico con invalidità risulta più elevato del reddito senza invalidità e di adeguare l'articolo 26 capoverso 5 AP-OAI di conseguenza.

La partecipante è inoltre dell'avviso che abbia poco senso prevedere un'eccezione alla parallelizzazione in presenza di un salario minimo stabilito in un CCL. Alcuni assicurati, infatti, guadagnano molto poco per motivi personali estranei all'invalidità. Il fatto di stabilire un salario minimo e di impedire così una parallelizzazione ed eventualmente la concessione di una rendita non è conciliabile con l'obiettivo di protezione a cui si mira con una clausola sul salario minimo in un CCL. Per questo motivo Regula Berchtold chiede di stralciare l'articolo 26 capoverso 6 AP-OAI.

Determinazione del reddito con invalidità (art. 26^{bis} AP-OAI)

In merito alla determinazione del reddito con invalidità si sono espressi la metà dei Cantoni, CUI, Suva, PSS, PES, ASA, Travail.Suisse, USS, numerose organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e varie altre organizzazioni interessate.

Computo del reddito effettivamente conseguito quale reddito con invalidità (art. 26^{bis} cpv. 1 AP-OAI)

Per SZ, OW, GL, GR, AG, TG, VS, NE, TI e CUIAI, le spiegazioni relative all'articolo 26^{bis} capoverso 1 AP-OAI risultano in contraddizione con l'articolo 25 capoverso 1 lettera b OAI, in quanto non è chiaro se sarà ancora possibile tenere in considerazione le quote di salario sociale. Secondo OW, GL, GR, AG, TG, VS, NE, TI e CUIAI, la questione del computo del salario effettivo si pone regolarmente anche per i lavoratori indipendenti che dopo l'insorgere dell'invalidità continuano a versarsi la retribuzione precedente o un salario troppo elevato. Tali situazioni andrebbero chiarite.

NE, GE, JU e CUIAI fanno peraltro notare che, contrariamente ai commenti alla disposizione, la formulazione dell'articolo 26^{bis} capoverso 1 AP-OAI suggerisce che, qualora la capacità funzionale residua non venga sfruttata, il reddito con invalidità debba essere determinato su altre basi. Per evitare qualsiasi confusione, propongono di modificare la formulazione precisando che, se dopo l'insorgere dell'invalidità l'assicurato consegue un reddito lavorativo, questo gli va computato quale reddito con invalidità, se necessario estrapolandolo in funzione della capacità funzionale residua. VD considera problematica la nozione di «capacità funzionale» poiché inerente esclusivamente all'aspetto medico, e dunque propone di sostituirla con «capacità al guadagno».

Secondo la Suva, nell'articolo 26^{bis} capoverso 1 AP-OAI manca un riferimento esaustivo all'obbligo di ridurre il danno. Sfruttare al meglio la capacità funzionale non è considerato sufficiente: quest'ultima deve essere anche valorizzata nel migliore dei modi per poter computare il reddito lavorativo concretamente conseguito come reddito con invalidità. La Suva auspica pertanto una modifica in tal senso del capoverso 1.

Per PSS, PES, Travail.Suisse, USS, IH, AGILE, Cap-Contact faïtière, le suddette organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate che condividono le osservazioni di AGILE e IH, le persone con disabilità, siccome incontrano maggiori difficoltà a trovare un impiego e risultano molto più spesso disoccupate o sottoccupate rispetto a chi non soffre di disabilità, dovrebbero poter disporre di un margine di manovra per sfruttare la loro capacità funzionale e adeguarsi alle condizioni del mercato del lavoro. A sostegno di tale tesi, questi partecipanti citano lo studio di Guggisberg et al. 2021. Essi chiedono che nell'articolo 26^{bis} capoverso 1 AP-OAI si tenga conto del fatto che queste persone potrebbero vedersi costrette ad accettare un posto di lavoro con un salario inferiore pur di rimanere nel mercato del lavoro.

Per Rechtsberatung UP, la formulazione «al meglio» è imprecisa, poco specifica e non offre abbastanza indicazioni sui criteri da adottare nella prassi. In linea di massima non occorre stabilire requisiti rigidi, poiché nella maggior parte dei casi è poco probabile che un assicurato si accontenti di un salario «insufficiente». Rechtsberatung UP chiede di adeguare la disposizione in modo tale che il reddito conseguito venga per principio computato quale reddito con invalidità, a meno di indizi concreti che l'assicurato non stia sfruttando la sua capacità funzionale residua in maniera ragionevolmente esigibile in base alle circostanze del caso.

Computo del reddito statistico quale reddito con invalidità (art. 26^{bis} cpv. 2 AP-OAI)

SZ, OW, GL, AI, GR, TG, TI, VS, JU e CUIAI sottolineano che i lavoratori indipendenti senza disabilità spesso lavorano nettamente più a lungo dell'orario «usuale nelle aziende». Specialmente per gli indipendenti che in questo modo hanno conseguito un reddito molto elevato, si pone la questione di quale grado d'occupazione (massimo) computare in caso di malattia. I Cantoni summenzionati e la CUIAI auspicano un'aggiunta al riguardo nelle direttive.

Secondo la Suva, il coordinamento tra i capoversi 1 e 2 dell'articolo 26^{bis} AP-OAI è lacunosa. Pertanto chiede che nel capoverso 2 venga anche disciplinata la fattispecie per cui un reddito concretamente conseguito non può essere computato perché l'obbligo di ridurre il danno non è stato adempiuto. Va inoltre esplicitamente regolamentata l'eventualità di un grado d'occupazio-

zione superiore al 100 per cento. Per la Suva occorre inoltre adeguare il tenore del capoverso 2 in modo tale che, per gli assicurati invalidi dalla nascita o precoci, il reddito con invalidità venga determinato in base a valori non differenziati a seconda del sesso (in analogia all'art. 26 cpv. 4 AP-OAI).

PSS, PES, Travail.Suisse, USS, IH, AGILE, VASK Svizzera, le suddette organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate che condividono le osservazioni di AGILE e IH sono contrari alla soppressione della deduzione dovuta al danno alla salute, considerata l'unico fattore di correzione in grado di tenere conto dei requisiti specifici del reddito con invalidità, anche perché le tabelle della RSS non rispecchiano le prospettive salariali delle persone con un danno alla salute. Secondo VS, l'abolizione della deduzione dovuta al danno alla salute rischia, nei «Cantoni poveri», di acuire lo scarto tra il reddito senza invalidità effettivamente conseguito prima dell'insorgere del danno alla salute e il reddito con invalidità ragionevolmente esigibile calcolato in funzione dei valori centrali svizzeri, il che potrebbe comportare un aumento del numero di assicurati invalidi con un reddito superiore a quello conseguito prima dell'insorgere del danno alla salute. Anche per VD, rinunciare a tale deduzione nella forma prevista fino a oggi dal Tribunale federale pone dei problemi. Secondo ZH e BS, la deduzione dal salario statistico potrà essere soppressa soltanto quando saranno disponibili tabelle salariali adeguate alle esigenze dell'AI.

Rechtsberatung UP ritiene non appropriato basarsi sulla RSS per determinare il reddito con invalidità e pertanto, citando a sostegno lo studio di Guggisberg et al. 2021, chiede di introdurre nell'articolo 26^{bis} capoverso 2 AP-OAI una deduzione generalizzata del 17 per cento dal salario mediano finché l'UST non rileverà ed elaborerà dati salariali inerenti ai beneficiari di rendite AI e alle persone con un danno alla salute.

Deduzione per attività lucrativa a tempo parziale dovuta all'invalidità (art. 26^{bis} cpv. 3 AP-OAI)

Secondo VD, una deduzione automatica in caso di lavoro a tempo parziale è inappropriata e priva di riscontri statistici. Per contro, SZ, OW, GL, AI, GR, TG, NE, JU e CUAJ al contrario sono d'accordo con l'introduzione di una deduzione automatica, ma auspicano che la deduzione del 10 per cento per attività lucrativa a tempo parziale prevista dall'articolo 26^{bis} capoverso 3 AP-OAI venga applicata solo se, dopo l'insorgere dell'invalidità, l'assicurato può lavorare soltanto con un grado d'occupazione inferiore al 50 per cento (e non «pari o inferiore al 50 per cento»). I Cantoni summenzionati, VS, TI e CUAJ chiedono inoltre di introdurre nell'articolo 26^{bis} capoverso 3 AP-OAI un'indicazione che escluda ulteriori deduzioni.

VS fa notare che fino a oggi questa deduzione veniva applicata agli uomini in quanto questi ultimi guadagnano proporzionalmente di meno lavorando a tempo parziale e non a tempo pieno (al contrario delle donne). La rigidità di questa deduzione forfettaria prevista all'articolo 26^{bis} capoverso 3 AP-OAI non consente di correggere tale disparità.

Per GE, non è chiaro se questa deduzione si applichi anche alla valutazione dell'invalidità (nella sfera professionale) delle persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale ai sensi dell'articolo 27^{bis} AP-OAI se il loro grado d'occupazione dopo l'insorgere dell'invalidità corrisponde a quello che avrebbero in assenza di un danno alla salute.

PES, Travail.Suisse, AGILE, IH, le sopraccitate organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate che condividono le osservazioni di AGILE e IH approvano la deduzione forfettaria sistematica per attività lucrativa a tempo parziale. Sono però dell'avviso che una tale deduzione non debba valere soltanto in presenza di un grado d'occupazione pari o inferiore al 50 per cento, ma anche nei casi in cui un assicurato con un grado d'occupazione superiore (fino al tempo pieno) sia in grado di fornire soltanto una prestazione lavorativa pari o inferiore al 50 per cento: anche in questi casi infatti sono probabili diminuzioni salariali. Pertanto propongono un'aggiunta in tal senso nell'articolo 26^{bis} capoverso 3 AP-OAI.

Per l'UCS, in caso di capacità al lavoro parziale pari o inferiore al 50 per cento non ha senso concedere una deduzione dovuta al danno alla salute fissata su base forfettaria al 10 per cento

indipendentemente dal sesso. I dati statistici dimostrerebbero infatti che sono soprattutto gli uomini occupati a tempo parziale a guadagnare meno rispetto ai colleghi che lavorano a tempo pieno. A tale riguardo risulta pure rilevante il grado di capacità al lavoro residua. Per questo motivo, l'UCS deplora che una deduzione dovuta al danno alla salute venga concessa soltanto a partire da una capacità al lavoro parziale del 50 per cento e che non sia prevista una graduazione in funzione della capacità al lavoro residua.

Anche Rechtsberatung UP plaude all'introduzione di una deduzione forfettaria per attività lucrativa a tempo parziale, ma considera incomprensibile il fatto che essa venga concessa soltanto se il grado d'occupazione è pari o inferiore al 50 per cento.

Rechtsberatung UP si oppone inoltre alla soppressione della deduzione dovuta al danno alla salute e sottolinea come fattori quali l'età, il sesso, gli anni di servizio, il livello di formazione o la nazionalità influiscano sull'ammontare del reddito. Se altri fattori legati alla persona indipendenti dalle condizioni di salute fanno sì che l'assicurato non sia in grado di sfruttare in maniera ottimale la propria capacità al guadagno residua, tale circostanza va tenuta in considerazione consentendo una deduzione fino al 25 per cento dal valore determinato in base a valori statistici. Rechtsberatung UP chiede pertanto un'aggiunta in tal senso all'articolo 26^{bis} capoverso 3 AP-OAI.

Anche i GDS sono contrari alla soppressione della deduzione dovuta al danno alla salute e propongono di mantenere una deduzione dal reddito con invalidità determinato in base alle tabelle della RSS, ma di renderla forfettaria e di regolamentarla nell'articolo 26^{bis} capoverso 3 AP-OAI finché non saranno disponibili dati statistici attendibili sui salari effettivi delle persone con un danno alla salute. Basandosi sullo studio di Guggisberg et al. 2021, i GDS raccomandano una deduzione generalizzata del 15 per cento per le perdite salariali delle persone con un danno alla salute, poiché i salari statistici della RSS riflettono i salari mediani delle persone senza un danno alla salute. Inoltre suggeriscono una deduzione del 15 per cento se l'assicurato esercita un'attività adattata nonché una deduzione supplementare pari al 5 per cento per ogni anno di assenza dal mercato del lavoro (fino a un massimo del 25 %). Queste ultime deduzioni sono giustificate dal fatto che una persona costretta a lasciare il proprio lavoro abituale e a intraprendere un'attività adattata subisce un'ulteriore diminuzione salariale a causa della mancanza di esperienza professionale e della necessità di imparare cose nuove.

Valutazione del grado d'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale (art. 27^{bis} AP-OAI)

In merito alla valutazione del grado d'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale si sono espressi 15 Cantoni, CUI, PES, Travail.Suisse, USS, numerose organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e varie altre organizzazioni interessate. La maggior parte lo ha fatto circa la soppressione dello statuto di «assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza mansioni consuete», giudicata favorevolmente.

ZG, OW, NW, SH, JU, VS, GE e TI concordano con l'abolizione di tale statuto. In questo modo, in futuro l'attività lucrativa e le mansioni consuete non lucrative saranno complementari e la somma delle due parti corrisponderà sempre a un valore del 100 per cento, per cui gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza mansioni consuete non risulteranno più penalizzati in quanto futuri beneficiari di una rendita AI. VD si domanda se tutto ciò che non rientra nell'attività professionale debba essere ascritto alle mansioni consuete: una tale estensione di questa nozione imporrebbe ad esempio di prendere in considerazione gli impedimenti legati al tempo libero.

Secondo GE, l'applicazione pratica di questo principio rischia di essere difficile, in particolare se prima dell'insorgere del danno alla salute l'assicurato non si occupava delle faccende domestiche ma era dedito ad attività non tenute in considerazione per la valutazione dell'invalidità nelle mansioni consuete. La ponderazione degli impedimenti e il paragone della situazione prima e dopo il danno alla salute (tramite un sopralluogo nell'economia domestica) è in effetti

impossibile in assenza di mansioni consuete effettivamente esercitate al momento determinante.

Al contrario dei Cantoni menzionati in precedenza, BE non condivide le motivazioni addotte nel rapporto esplicativo a favore della soppressione dello statuto di «assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza mansioni consuete». A suo avviso, un trattamento differenziato tra lavoratori a tempo parziale con e senza mansioni consuete assicurate è appropriato e corrisponde anche all'espressa volontà del legislatore (art. 28a cpv. 3 LAI). Inoltre sottolinea che attualmente il metodo definito dal Tribunale federale per la determinazione del grado d'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza mansioni consuete non è disciplinato nell'ordinanza, ma unicamente in direttive dell'UFAS, una situazione che appare insoddisfacente sotto il profilo della certezza del diritto. BE chiede pertanto di lasciare invariato l'attuale articolo 27^{bis} capoverso 1 AP-OAI e di aggiungere un apposito capoverso supplementare per rimediare a tale circostanza.

SZ, OW, GL, GR, TG, NE e CUIAI chiedono di riformulare l'articolo 27^{bis} capoverso 2 lettera b AP-OAI, giudicando incomprensibile il tenore proposto.

Analogamente ai Cantoni, PES, Travail.Suisse, USS, AGILE, IH, Cap-Contact faîtière, CDOS, le sopraccitate organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate che condividono le osservazioni di AGILE e IH approvano la soppressione dello statuto di «assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza mansioni consuete». In aggiunta chiedono però una disposizione transitoria affinché la rendita degli assicurati occupati a tempo parziale il cui diritto è stato valutato tra il 1° gennaio 2018 e il 1° gennaio 2022 (data prevista dell'entrata in vigore della modifica in questione) senza mansioni consuete complementari venga adeguata al nuovo sistema mediante revisioni d'ufficio.

In relazione alla soppressione dello statuto di «assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza mansioni consuete», l'ASE domanda come vengono esattamente presi in considerazione i lavori domestici e l'educazione dei figli in caso di attività «miste».

Tenere sistematicamente conto delle limitazioni causate dal danno alla salute nello stabilire la capacità funzionale (art. 49 cpv. 1^{bis} AP-OAI)

In merito alla considerazione delle limitazioni causate dal danno alla salute al momento di stabilire la capacità funzionale, si sono espressi dieci Cantoni, CUIAI, Suva, PES, UCS, USI, Travail.Suisse, numerose organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate. Per alcuni partecipanti alla consultazione, la regolamentazione proposta è inutile in quanto non sancisce nulla che non si possa già desumere dal diritto sovraordinato e dai principi generali del diritto. Secondo altri occorre aggiungere che, per stabilire la capacità funzionale, il servizio medico regionale (SMR) deve collaborare a stretto contatto con i medici curanti, con gli specialisti della medicina del lavoro e dell'integrazione nonché con i datori di lavoro.

OW, NW, GL, GR, TG, NE e CUIAI ritengono che il capoverso in questione non stabilisca nulla che non si possa già inferire dal diritto sovraordinato e dai principi generali del diritto, per cui ne auspicano lo stralcio.

Con il venir meno della possibilità di concedere una deduzione supplementare dovuta al danno alla salute dal reddito con invalidità e di tenere pienamente conto delle ripercussioni della disabilità sull'attività lucrativa nell'ambito del profilo medico di resistenza e di esigibilità, secondo AG la grande sfida consisterà nel garantire l'uniformità delle valutazioni mediche. La deduzione dovuta al danno alla salute finora è stata una questione giuridica e non medica, e ciò dovrebbe in linea di massima rimanere così. Per AG, la considerazione degli aspetti legati all'attuale deduzione deve confluire nella valutazione medica della capacità funzionale, un compito che non spetta in ogni caso al SMR. La formulazione deve quindi essere modificata in tal senso.

Anche VD è dell'avviso che la riduzione correlata alle limitazioni funzionali non rientri nella competenza dei medici. Senza conoscere la professione, un medico non può pronunciarsi in

anticipo sul rendimento. Tale compito spetta all'ufficio AI al momento di determinare le attività adattate e i redditi realizzabili.

Per contro, LU e SH plaudono al fatto di tenere conto delle limitazioni causate dal danno alla salute nello stabilire la capacità funzionale. LU fa tuttavia notare che, nella prassi, non vi è una comprensione uniforme e l'attuazione da parte dei diversi attori (medici curanti, periti, SMR) risulta finora assai eterogenea, ragion per cui occorre valutare se il mandato peritale debba essere eventualmente adeguato per quanto concerne la capacità funzionale.

Siccome le limitazioni causate dal danno alla salute d'ora in poi verranno sistematicamente considerate al momento di stabilire la capacità funzionale, la deduzione massima prevista finora pari al 25 per cento potrà anche essere superata. Anche in questo caso, secondo LU occorre prestare attenzione affinché le relative valutazioni vengano motivate in maniera plausibile ed effettuate *lege artis*. Vanno garantite valutazioni uniformi sotto il profilo del diritto.

VS suggerisce di stralciare il termine «plausibilmente», considerato troppo vago e soggettivo e atto a suscitare controversie inutili, e di limitarsi a stabilire la necessità di una motivazione (senza criteri soggettivi). UR sottolinea che la nozione di «capacità funzionale» non è definita nella LPGa.

Secondo la Suva è probabile che l'articolo 26^{bis} capoverso 3 AP-OAI andrà tenuto in considerazione anche per la determinazione del reddito con invalidità nell'AINF. Pertanto occorre valutare l'opportunità di completare l'OAINF con una disposizione analoga all'articolo 49 capoverso 1^{bis} AP-OAI.

L'USI dubita che sia appropriato affidare al SMR la determinazione delle limitazioni causate dal danno alla salute, in quanto tale compito richiede una conoscenza approfondita del mercato del lavoro. Inoltre teme che, prendendo in considerazione le limitazioni causate dal danno alla salute già nel quadro della determinazione della capacità funzionale da parte del SMR, la valutazione del grado d'invalidità diventi meno trasparente. Per questi motivi, l'USI ritiene che tali limitazioni debbano anche in futuro essere accertate in separata sede, lasciando al SMR le questioni più strettamente mediche.

L'UCS domanda come si potrà garantire che il SMR tenga sistematicamente conto delle limitazioni causate dal danno alla salute. Già oggi negli atti dell'AI dovrebbero figurare motivazioni riguardo alla deduzione dovuta al danno alla salute, che in pratica però sono quasi sempre assenti. Pertanto va introdotto l'obbligo di documentare la valutazione in merito alla capacità funzionale negli atti dell'AI (in analogia alla regolamentazione vigente in materia di deduzione dovuta al danno alla salute).

Secondo PES, Travail.Suisse, AGILE, IH, le suddette organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre organizzazioni interessate che condividono le osservazioni di AGILE e IH, la valutazione delle ripercussioni dei disturbi funzionali sul posto di lavoro non può costituire un compito unicamente medico. Per giudicare l'impatto di limitazioni funzionali dovute a un danno alla salute su determinate attività e ambiti lavorativi e le possibilità di valorizzare la capacità al lavoro, occorrono conoscenze specifiche dei contesti lavorativi e del mercato del lavoro. Ai fini della valutazione della capacità funzionale e delle possibilità effettive di valorizzarla sul mercato del lavoro, bisogna inoltre tenere conto dei risultati dei provvedimenti d'integrazione attuati, così da ottimizzare la transizione tra provvedimento d'integrazione e attività lucrativa. A tale riguardo, i suddetti partecipanti alla consultazione rinviano a Franziska Müller, Michael Liebreuz, Roman Schleifer, Christof Schwenkel, Andreas Balthasar, *Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung, 2020*, e propongono un'aggiunta all'articolo 49 capoverso 1^{bis} AP-OAI la quale sancisca che, per stabilire la capacità funzionale, il SMR deve collaborare a stretto contatto con i medici curanti, con gli specialisti della medicina del lavoro e dell'integrazione nonché con i datori di lavoro.

Rechtsberatung UP chiede di specificare nell'articolo 49 capoverso 1^{bis} AP-OAI che, per la valutazione della plausibilità, devono valere gli stessi requisiti applicati alle perizie (ossia com-

pletezza dell'accertamento dei fatti, conoscenza di tutti gli atti pregressi, assenza di contraddizioni nel rapporto del SMR e motivazione di giudizi discordanti). Inoltre auspica l'introduzione di un riferimento alla qualifica professionale dei medici dei SMR a livello di ordinanza, al fine di evitare che un ortopedico valuti ad esempio quadri clinici di natura psichiatrica.

Revisione del diritto alla rendita AI per gli assicurati invalidi dalla nascita o precoci (disposizione transitoria, lett. b)

Per SZ, OW, GL, GR, AG, TG, VS, NE, TI e CUIAI, una revisione ha senso soltanto per gli assicurati che non beneficiano ancora di una rendita intera. Per giunta considerano poco chiara la situazione in caso di revisione per gli «invalidi precoci» di età superiore ai 30 anni, e domandano se sia possibile adeguare il reddito senza invalidità soltanto se esiste un altro motivo di revisione secondo l'articolo 17 LPGa. Ritenendo inoltre poco chiara la procedura di revisione nel caso in cui un assicurato che ha seguito una formazione secondo la LFPr sia stato precedentemente considerato come invalido precoce, chiedono una precisazione della disposizione transitoria in tal senso. Anche JU reputa che la formulazione delle disposizioni transitorie lasci delle questioni in sospeso per quanto riguarda gli invalidi precoci.

Considerazione dei contributi AVS/AI versati per l'aumento della rendita AI (proposta di aggiungere un nuovo art. 32^{ter} OAI)

PES, Travail.Suisse, AGILE, IH, le suddette organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e le altre organizzazioni interessate che condividono le osservazioni di AGILE e IH fanno notare che i beneficiari di una frazione di rendita d'invalidità che continuano a esercitare un'attività lucrativa a tempo parziale devono anche continuare a versare i contributi AVS/AI. In caso di un successivo peggioramento dello stato di salute e di un aumento della rendita AI, tali contributi non incidono però sulla rendita. In circostanze del genere, quale base di calcolo per la rendita AI viene preso in considerazione unicamente il reddito lavorativo medio determinante all'insorgere dell'invalidità parziale.

I suddetti partecipanti alla consultazione chiedono pertanto di introdurre un nuovo articolo nell'OAI che sancisca che, in caso di un aumento della rendita AI, i contributi AVS/AI versati si ripercuotono su quest'ultima, se ciò risulta più favorevole per gli assicurati.

3.6 Pareri in merito al blocco tematico 6: gestione dei casi

3.6.1 In generale

La gestione dei casi ha in linea di massima riscosso un ampio consenso da parte dei partecipanti alla consultazione: una gestione dei casi continua e uniforme per tutta la procedura dell'AI è infatti considerata efficace. Sono altresì salutati con favore l'accento posto sul bisogno di riabilitazione e integrazione e sullo stato di salute dell'assicurato nonché il fatto che il procedimento sia impostato sulle sue risorse e limitazioni. Ha raccolto consensi (di Physioswiss e altri) anche la volontà di garantire una buona interazione dei diversi provvedimenti sanitari e professionali e il loro coordinamento mirato con tutti i fornitori di prestazioni coinvolti.

Critiche sono giunte da alcuni Cantoni e dalla CUIAI, che propongono di specificare nell'articolo 41a AP-OAI che per gli assicurati non sussiste alcun diritto alla gestione dei casi e desiderano che alcune parti del suddetto articolo siano disciplinate a livello di direttive. Organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre cerchie interessate auspicano per contro indicazioni più precise sulla gestione dei casi a livello di ordinanza.

3.6.2 In dettaglio

Articolo 41 capoverso 1 lettere e–^fter AP-OAI (abrogate)

Nel complesso sono pervenuti tre pareri al riguardo.

Per BE e ASA, vi è un'incongruenza tra il testo dell'ordinanza e il rapporto esplicativo che va corretta.

ZH propone un modello dinamico per l'attribuzione delle risorse a disposizione degli uffici AI per la gestione dei casi.

Articolo 41a AP-OAI Gestione dei casi

In totale si sono espressi in merito 51 partecipanti alla consultazione.

L'idea di fondo della gestione dei casi è unanimemente condivisa.

Per garantire una gestione obiettiva dei casi, l'AGPP chiede tra l'altro che la persona responsabile della gestione dei casi non si faccia influenzare dagli interessi economici dell'assicurazione. A suo avviso, obiettivi di ordine economico o la fissazione di una quota delle rendite per gli uffici AI e dunque indirettamente per i responsabili dei casi non sono ammissibili. Inoltre non è chiaro quali qualifiche professionali occorrano per occuparsi della gestione dei casi. L'AGPP teme che non vi sia abbastanza personale sufficientemente qualificato in grado di svolgere questo compito impegnativo. Kosek auspica una sensibilizzazione mirata degli uffici AI e dei responsabili della gestione dei casi in merito alla situazione specifica delle persone con malattie rare.

GL, GR, JU, NE, OW, SH, SZ, VS e CUIAI esigono l'inserimento di un nuovo capoverso dal seguente tenore: «Non sussiste alcun diritto alla gestione dei casi».

Capoverso 2: GL, GR, JU, NE, OW, SH, SZ, VS e CUIAI chiedono di stralciare la menzione degli elementi della gestione dei casi (analisi della situazione del momento, pianificazione, accompagnamento e sorveglianza, coordinamento). Rechtsberatungsstelle UP, AGPP, ZGPP e FMPP domandano invece la seguente aggiunta: «Gli assicurati sono informati regolarmente sullo stato e sull'avanzamento del trattamento dei casi, almeno ogni tre mesi».

Capoverso 3: Rechtsberatungsstelle UP, AGPP, ZGPP e FMPP chiedono la seguente aggiunta: «[...] e perseguono una gestione dei casi orientata al consenso con l'assicurato e il suo personale curante. Promuovono la discussione e la definizione congiunta della procedura e dei suoi risultati, soprattutto per le fasi procedurali di notevole importanza e per l'accertamento del rendimento professionale». Physiotherapia Paediatrica e Physioswiss chiedono una precisazione delle espressioni «tra i diversi attori interessati» e «tutti gli attori» nel rapporto esplicativo.

Integrazione dell'articolo 41a AP-OAI nell'OPGA: i GDS propongono di integrare la gestione dei casi nell'OPGA, di stralciare l'articolo 41a AP-OAI e di adottare la seguente modifica. «Ripresa dell'articolo 41a capoversi 1–3 e 5 AP-OAI e sua estensione a tutti gli assicuratori. Aggiunta al capoverso 1: "Gestiscono i casi in modo orientato al dialogo e alla cooperazione d'intesa e con la partecipazione dell'assicurato e dei suoi specialisti curanti, degli specialisti dell'integrazione professionale e di altri interessati. Promuovono la discussione e la definizione congiunta della procedura e dei suoi risultati, soprattutto per le fasi procedurali di notevole importanza e per l'accertamento del rendimento professionale"».

3.7 Pareri in merito al blocco tematico 7: procedure e perizie

3.7.1 In generale

Sintesi globale

Le regolamentazioni proposte in materia di procedure e perizie sono in linea di massima condivise dalla grande maggioranza dei partecipanti alla consultazione. Hanno riscosso consensi in particolare le disposizioni relative alla tenuta di un elenco pubblico dei periti incaricati, la regolamentazione dei requisiti che periti e centri peritali devono soddisfare nonché l'istituzione di una Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche. Vi sono state però anche molte richieste di miglioramenti e segnalazioni di punti problematici, spesso accompagnate da proposte concrete di modifica.

Oltre a pareri positivi, l'introduzione del metodo aleatorio per l'attribuzione delle perizie bidisciplinari ha suscitato critiche e alcune opposizioni. Per alcuni partecipanti alla consultazione, tale proposta è eccessiva, mentre per altri non risulta abbastanza ambiziosa. In generale, da più parti è stato chiesto di attuare sistematicamente, nel quadro delle disposizioni previste e anche oltre, le raccomandazioni del rapporto *Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung*, redatto da Interface Politikstudien Forschung Beratung e dall'Università di Berna e pubblicato il 10 agosto 2020 (di seguito: rapporto peritale).

Sintesi dei pareri in merito all'intero blocco tematico in base alle categorie dei partecipanti alla consultazione

In merito al blocco tematico 7 sono pervenuti in totale 93 pareri. Si sono espressi la metà dei Cantoni, PES, PSS, ACS, UCS, USS, Travail.Suisse, diversi organi assicurativi, quasi 50 organizzazioni private d'aiuto agli invalidi (in parte con una presa di posizione standard) e altre cerchie interessate, tra cui in particolare associazioni specializzate e professionali dei settori attività peritali, cure, medicina, psichiatria e psicologia.

Come già indicato in precedenza, gran parte dei singoli temi, tra cui ad esempio i requisiti per i periti e i centri peritali, risulta condivisa in ogni suo aspetto da un'ampia maggioranza dei partecipanti alla consultazione. Spesso i pareri includono anche riflessioni e proposte (p. es. da parte di vari Cantoni, PES, ACS, UCS, organizzazioni mantello dell'economia, organi assicurativi, organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e altre cerchie interessate). Alcuni Cantoni, tra cui GR, sottolineano la necessità di un aumento delle risorse di personale degli uffici AI visti i nuovi requisiti in materia di procedure e perizie.

PES, ACS, UCS, USS e organizzazioni private d'aiuto agli invalidi tra cui IH, Cerebral, Pro Infirmis, Pro auditio Svizzera e Procap approvano l'introduzione del metodo aleatorio per l'attribuzione delle perizie bidisciplinari, ma ne auspicano pure l'estensione alle perizie monodisciplinari nonché alle perizie di altre assicurazioni. Vari Cantoni, SIM, Medas Verband e diverse associazioni di categoria, tra cui ASNP e FSP, perorano invece il mantenimento della procedura attuale e si oppongono al metodo aleatorio per l'attribuzione delle perizie bidisciplinari, poiché temono che la sua introduzione possa comportare una riduzione del numero di periti disponibili. Inoltre considerano molto più sensate le altre misure previste per accrescere la trasparenza e la qualità.

In generale, PES, ACS, USS, Travail.Suisse e diverse organizzazioni private d'aiuto agli invalidi quali IH, Pro Infirmis, Fragile Suisse e PMS hanno ribadito più volte la necessità di attuare sistematicamente le raccomandazioni contenute nel rapporto peritale. A loro avviso, è necessario in particolare impedire che i periti lavorino per diversi centri peritali e che si formino consorzi tra centri peritali nonché prestare attenzione alla raccomandazione E5 del rapporto peritale. Occorre inoltre controllare l'indipendenza dei centri peritali sotto il profilo organizzativo ed economico e, mediante indicazioni sulla persona responsabile del coordinamento delle perizie, garantire la trasparenza per quanto riguarda i periti che lavorano per essi. A tale proposito,

alcune voci critiche, tra cui in particolare il PSS, considerano le disposizioni previste soltanto un primo passo nella giusta direzione. Dal canto loro, le organizzazioni d'aiuto agli invalidi deplorano che non sia stato affrontato con decisione il problema delle «pecore nere» tra i periti e i centri peritali, problema sollevato nel rapporto peritale e noto sia all'opinione pubblica che all'UFAS. Secondo IH e numerose altre organizzazioni d'aiuto agli invalidi, questi periti devono essere sistematicamente controllati e, all'occorrenza, interdetti dal lavorare per l'AI.

3.7.2 In dettaglio

Elenco pubblico dei periti incaricati (art. 41b AP-OAI)

In merito alla tenuta di un elenco pubblico dei periti incaricati sono pervenuti in totale 77 pareri, in generale unanimemente favorevoli a regole chiare in questo campo. I numerosi riscontri includono considerazioni e proposte di aggiunte di svariata natura sui singoli aspetti disciplinati dalla disposizione in questione.

Diversi partecipanti chiedono lo stralcio delle disposizioni contenute nell'articolo 41b capoverso 1 lettera c numeri 3 e 4 AP-OAI. AG, FR e CEMED SA si oppongono al rilevamento del numero di perizie oggetto di una decisione di un tribunale prevista dal numero 3, in quanto il rapporto costi-benefici di una tale operazione è considerato sfavorevole. Quasi tutti i partecipanti alla consultazione che si sono espressi al riguardo, tra cui la maggioranza dei Cantoni, la CUIAI e diverse associazioni di categoria, chiedono, per svariati motivi (assenza di una base legale; lesione dei diritti personali dei periti; nessun valore aggiunto per la valutazione della qualità delle perizie e la loro attribuzione; ragioni amministrative, dato che gli uffici AI che tengono l'elenco non dispongono di tali informazioni), di stralciare l'indicazione del rimborso complessivo prevista dal numero 4.

VD e AG sottolineano gli oneri che il rilevamento di questi dati comporterebbe per gli uffici AI. AG chiede pertanto che i dati da rilevare, il loro utilizzo e i relativi effetti attesi siano chiaramente definiti e che i relativi processi vengano digitalizzati.

Dati contenuti nell'elenco (art. 41b cpv. 1 AP-OAI)

Per quanto riguarda i dati di cui all'articolo 41b capoverso 1 lettera b AP-OAI, Rechtsberatung UP suggerisce che per ogni centro peritale vengano menzionati in aggiunta i periti impiegati e la rispettiva disciplina medica, affinché si possa capire quali esperti allestiscono quante perizie monodisciplinari, bidisciplinari e pluridisciplinari per quale centro peritale.

Per AG occorre specificare il momento del rilevamento delle perizie (cfr. art. 41b cpv. 1 lett. a n. 1), ad esempio indicando la data dell'attribuzione del mandato o la data di consegna della perizia commissionata. A tale riguardo, AG afferma che una correlazione con il perito o il centro peritale sussiste unicamente se il rilevamento avviene al momento della consegna della perizia. A proposito dell'articolo 41b capoverso 1 lettera c numero 1 AP-OAI, LU vorrebbe che si precisasse cosa si intende per «numero di perizie», ossia se vadano incluse anche le perizie non prese in considerazione e le perizie di controllo. Secondo ASNP e FSP, per le perizie monodisciplinari e bidisciplinari sarebbe opportuno fornire anche una motivazione sintetica della scelta del perito.

Vari riscontri sono giunti in merito all'indicazione delle incapacità al lavoro attestate di cui all'articolo 41b capoverso 1 lettera c numero 2 AP-OAI. Per GL, GR, OW, TG, AG, NE e CUIAI, le incapacità al lavoro attestate nell'ambito delle mansioni consuete sono poco rappresentative, in quanto a tale riguardo risultano determinanti gli accertamenti sul posto. AG chiede di precisare se per un centro peritale occorra indicare le incapacità al lavoro attestate da ogni perito oppure il numero totale di incapacità al lavoro attestate dal centro. Per le perizie pluridisciplinari, GE suggerisce anche di chiarire se le perizie di ciascun perito vadano conteggiate come perizie singole, se la perizia globale è già stata computata nel numero dei mandati attribuiti al centro peritale. LU preferirebbe che si parlasse di «capacità al lavoro» piuttosto che di «incapacità al lavoro». Secondo FR, SZ e CEML, le incapacità al lavoro attestate non forniscono

indicazioni né sulla qualità di una perizia né sulla complessità dei casi. Rechtsberatung UP osserva che si prevede di rilevare soltanto l'aspetto quantitativo delle limitazioni e non quello qualitativo.

Per ASNP e FSP occorre tener conto del fatto che possono esserci casi per cui, sulla base dei dati disponibili, l'incapacità al lavoro non è attestabile. La FSP fa inoltre notare che spesso i neuropsicologi si occupano di mandati peritali preselezionati nell'ambito della validazione dei disturbi, il che rischia di metterli in cattiva luce nelle statistiche.

Anche per quanto riguarda il numero delle perizie oggetto di una decisione passata in giudicato di un tribunale (cfr. art. 41b cpv. 1 lett. c n. 3 AP-OAI), sono state formulate proposte di aggiunte. Secondo ASNP e FSP occorre indicare per quale motivo la perizia è stata oggetto di un procedimento giudiziario, ad esempio se è stata ordinata da un tribunale o se essa stessa è stata oggetto del procedimento per via della sua qualità discutibile.

Per Travail.Suisse, IH, Cerebral, Pro Infirmis, Pro auditio Svizzera, Procap e altre organizzazioni private d'aiuto agli invalidi, non è chiaro in quale momento vada contattata una perizia, ad esempio se faccia stato la data della perizia, della decisione impugnata o della sentenza. LU è del parere che per il valore probatorio di una perizia non è determinante il momento del suo allestimento, ma quello dell'emanazione della decisione, fatto salvo il diritto ai nova. A una perizia stringente e coerente al momento della stesura potrebbe ad esempio essere negato il valore probatorio a causa del tempo intercorso fino alla decisione o di documenti medici presentati in un secondo momento. Siccome il rilevamento di questi dati è oneroso e non apporta alcun valore aggiunto per la valutazione della qualità delle perizie, AG, FR e CEMED SA propongono di stralciare il numero 3.

Quasi tutti i partecipanti che si esprimono al riguardo auspicano inoltre lo stralcio dell'articolo 41b capoverso 1 lettera c numero 4 AP-OAI. Tra di essi figurano GL, LU, FR, JU, SZ, GR, TI, OW, TG, NE, VS e CUA, la quale a tale proposito sottolinea che, a causa del processo di pagamento automatizzato, questi dati non sono disponibili presso gli uffici AI ma presso l'UCC. AG teme che i periti più «convenienti» possano richiedere rimborsi più elevati, il che comporterebbe un aumento dei costi. CEMED SA reputa che tale disposizione sia priva di basi giuridiche. ASNP, SIM, FSP e Medas Verband sono dello stesso avviso e temono una violazione dei diritti della personalità: secondo il Medas Verband, una tale pubblicazione non può essere d'interesse pubblico in quanto presta il fianco a discussioni inappropriate. Dedurre in maniera automatica l'allestimento di perizie di favore o l'esistenza di un rapporto di dipendenza economica dall'ammontare del rimborso totale è considerato improprio. Secondo il CEMED, neanche il lavoro degli altri partner dell'AI è misurato in funzione dei rispettivi onorari: i medici curanti ad esempio ricevono il rimborso che spetta loro indipendentemente dalla qualità dei loro rapporti. Con la pubblicazione di questi dati, sugli specialisti che esercitano un'attività peritale ricadrebbero le responsabilità di un'intera amministrazione.

Rilevamento per anno civile (art. 41b cpv. 2 AP-OAI)

AG fa notare che, in molti casi, il conferimento del mandato peritale e la consegna della perizia all'ufficio AI non avvengono nello stesso anno civile, ragion per cui viene a mancare il nesso tra i rispettivi dati. Lo stesso vale per le perizie oggetto di una decisione passata in giudicato.

Pubblicazione di una panoramica a livello nazionale (art. 41b cpv. 3 AP-OAI)

Secondo LU, l'UFAS dovrebbe elaborare la panoramica in maniera centralizzata e uniforme. Diverse organizzazioni private d'aiuto agli invalidi (tra cui IH, Muskelkrank und lebensstark, insieme Svizzera, Cerebral, CAB, debra, Procap, Lega polmonare svizzera, avanti donne, UCBCIECHI, USC, Sonos e Aiuto Aids svizzero) auspicano l'aggiornamento della panoramica a cadenza trimestrale.

Per SIM, ASA, ASNP, FSP e Medas Verband, l'UFAS dovrebbe elaborare, sulla base degli elenchi degli uffici AI, una panoramica a livello nazionale all'attenzione della Commissione

federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche. Quest'ultima dovrebbe poi analizzare i dati, pubblicare un rapporto al riguardo e quindi autorizzare la pubblicazione della panoramica da parte degli uffici AI e dell'UFAS (cfr. le considerazioni più avanti relative all'art. 7n cpv. 1 AP-OAI). Una pubblicazione diretta degli elenchi ad opera degli uffici AI comporterebbe infatti il rischio di una discussione poco obiettiva e, dunque, di una polarizzazione.

Attribuzione delle perizie bidisciplinari con metodo aleatorio (art. 72^{bis} cpv. 1 AP-OAI)

In merito all'estensione del metodo aleatorio anche all'attribuzione delle perizie bidisciplinari sono pervenuti in totale 74 pareri. Tale estensione è salutata con favore dalla maggior parte dei partecipanti che si sono espressi al riguardo, tra cui in particolare diversi Cantoni, la CUIAI e la maggioranza delle organizzazioni d'aiuto agli invalidi. Questi riscontri positivi sono stati accompagnati da svariate proposte di aggiunte.

Per contro, diversi organi assicurativi e altre organizzazioni interessate, tra cui SIM, Medas Verband, Suva e FMPP, sono piuttosto contrari e chiedono di mantenere la procedura attuale.

Approvazione con proposte di aggiunte

LU, OW, GL, GR, TG, TI, VS, NE e CUIAI condividono l'introduzione del metodo aleatorio per le perizie bidisciplinari, ma perlopiù con la riserva di mantenere la chiave di ripartizione regionale esistente. AG propone che, in futuro, le perizie bidisciplinari possano essere allestite non soltanto dai centri peritali, ma anche da coppie di periti. Ciò è considerato auspicabile anche da organizzazioni d'aiuto agli invalidi quali IH, NOVEOS, Pro Infirmis e PMS.

Almeno nella fase introduttiva, GE teme un sovraccarico dei centri peritali. Per tale motivo, la CUIAI suggerisce di prevedere una fase transitoria nell'attuazione, dato che l'ulteriore sviluppo della piattaforma SuisseMED@P necessita di un certo tempo.

PES, ACS, UCS, USS come pure IH, Pro Infirmis, Fragile Suisse, PMS e numerose altre organizzazioni d'aiuto agli invalidi plaudono all'adozione del metodo aleatorio per l'attribuzione delle perizie bidisciplinari. UCS, IH, GELIKO, insieme Svizzera e Procap, tra gli altri, chiedono inoltre di estendere tale metodo a tutti i tipi di perizie, ossia anche a quelle monodisciplinari. Per altri, tra cui NOVEOS, Pro Infirmis e PMS, sarebbe opportuno introdurre il metodo aleatorio per le perizie bidisciplinari e pluridisciplinari nel quadro di tutte le assicurazioni sociali, un parere condiviso anche dalla SSMC. In rappresentanza di numerose altre organizzazioni d'aiuto agli invalidi, IH sottolinea inoltre che è necessario impedire che i periti lavorino per diversi centri peritali e che si formino consorzi tra centri peritali nonché attuare sistematicamente la raccomandazione E5 del rapporto peritale. Occorre altresì controllare l'indipendenza dei centri peritali sotto il profilo organizzativo ed economico e, mediante indicazioni sulla persona responsabile del coordinamento delle perizie, garantire la trasparenza per quanto riguarda i periti che lavorano per essi.

Ragioni per il mantenimento dello status quo

SZ, SH e NW auspicano il mantenimento della procedura esistente. FMPP, ZGPP, AGPP e Dr. med. Klaus Begle fanno notare che l'attribuzione con metodo aleatorio anche delle perizie bidisciplinari può impedire un'assegnazione tendenziosa da parte degli uffici AI. Questo metodo non costituisce tuttavia una risposta efficace alle perizie lacunose sotto il profilo contenutistico. Non è ammissibile che un assicurato venga penalizzato da una perizia lacunosa per motivi dettati dal caso. A loro avviso, un accordo tra le parti al riguardo è dunque da preferire a un'attribuzione con metodo aleatorio. Per garantire una qualità e un grado di approfondimento sufficienti, occorre inoltre prevedere un congruo rimborso.

SIM, Medas Verband, ASNP e FSP avanzano una serie di argomenti a favore del mantenimento della prassi di attribuzione odierna. Essi paventano tra l'altro una diminuzione del numero di periti disponibili, già oggi carenti in determinate discipline mediche. Tale problema sarebbe destinato ad aggravarsi, se per vari motivi alcuni periti dovessero scegliere di non legarsi a un istituto. Limitarsi a periti attivi per un centro peritale comporterebbe inoltre il rischio

di un'«omologazione» e contrasterebbe con l'esigenza di periti preferibilmente attivi anche nell'assistenza ai pazienti. L'adozione del metodo aleatorio impedirebbe altresì l'attribuzione di mandati a periti con competenze specifiche nel campo in questione. Per queste ragioni, le altre misure previste per accrescere la trasparenza e la qualità sono considerate molto più appropriate dell'assegnazione di perizie bidisciplinari con metodo aleatorio. Secondo la Suva, nell'ambito dell'AINF l'adozione del metodo aleatorio sarebbe inopportuna in quanto di regola si ricorre a medici specialisti che devono disporre di conoscenze specifiche per la tipologia di lesione in questione.

Tentativo di conciliazione (art. 7j AP-OPGA)

In merito alla procedura per il tentativo di conciliazione nell'ambito della scelta dei periti sono pervenuti in totale 75 pareri. Per la maggioranza dei partecipanti che si sono espressi al riguardo, la proposta di effettuare un tentativo di conciliazione soltanto in presenza di motivi di ricasazione non è ammissibile.

ZH, UR e BS contestano la maniera in cui la procedura di conciliazione è stata regolamentata nell'ordinanza. OW, GL, GR, VS, NE, TG e JU auspicano una precisazione del capoverso 1, la cui formulazione è considerata ambigua. ZH e BS chiedono che venga adottata la procedura descritta nel rapporto peritale. SZ si limita a constatare che la procedura prevista per la designazione di un perito è più restrittiva di quella attuale.

PES, le organizzazioni private d'aiuto agli invalidi, tra cui graap, hiki, AGILE, IH, Pro Infirmis, Pro auditio Svizzera, insieme Svizzera, PMS, nonché, tra gli altri, AGPP, FMPP, ZGPP, Spitex Svizzera e Dr. med. Klaus Begle chiedono che per la scelta dei periti venga adottata la procedura di conciliazione raccomandata nel rapporto peritale. Essi auspicano in particolare che la designazione del perito avvenga previo accordo tra le parti. Quando una conciliazione tra l'assicurato e l'organo esecutivo non è possibile, due periti devono effettuare una perizia congiunta. Procap propone una procedura simile, ma reputa che, qualora non sia possibile trovare un accordo, l'organo esecutivo debba scegliere il perito e dare la possibilità all'assicurato di far valere dei motivi di ricasazione. Per contro, Rechtsberatung UP suggerisce di attribuire i mandati peritali con metodo aleatorio in assenza di un accordo al riguardo.

FSP, ASNP, ASA, OG SH, Suva e SIM propongono di modificare la formulazione del capoverso 1 e di prevedere una procedura di conciliazione anche quando le obiezioni sollevate dall'assicurato non costituiscono motivo di ricasazione. La CUIA suggerisce l'adozione di una simile procedura nel caso in cui l'assicurato non accetti la designazione del perito.

Registrazione dei colloqui su supporto audio (art. 7k AP-OPGA)

In merito a questa disposizione, che disciplina i dettagli della registrazione dei colloqui su supporto audio nel quadro delle perizie mediche, sono pervenuti in totale 87 pareri. La maggioranza dei partecipanti che si sono pronunciati al riguardo approva questo nuovo strumento, finalizzato alla trasparenza delle perizie. Le modalità di attuazione previste hanno tuttavia suscitato qualche perplessità.

UR, SZ, OW, GL, SH, GR, TG, NE, FMH, FSP, ASNP, Suva, ASA, SIM, CUIA, OG SH, Medas Verband e i centri peritali SMAB chiedono di concretizzare la nozione di «colloquio» nell'ordinanza.

Organizzazioni private d'aiuto agli invalidi quali IH, Pro auditio Svizzera, AGILE e Pro Infirmis, nonché Travail.Suisse propongono che, nel caso di colloqui con interpretariato nella lingua dei segni, l'assicurato possa richiedere una registrazione su supporto video anziché audio.

Comunicazione all'assicurato (art. 7k cpv. 1 AP-OPGA)

Le organizzazioni d'aiuto agli invalidi, come ad esempio IH, Pro Infirmis e Procap, nonché Spitex Svizzera propongono di comunicare agli assicurati non solo che i colloqui verranno

registrati e che hanno la possibilità di rinunciare alla registrazione su supporto audio, ma anche lo scopo e l'eventuale utilizzo di tali registrazioni.

Rinuncia (art. 7k cpv. 2 AP-OPGA)

Secondo l'avamprogetto, l'assicurato può comunicare la propria decisione di rinunciare alla registrazione su supporto audio all'assicuratore o, durante il colloquio, direttamente al perito. SZ, OW, GL, SH, GR, TG, VS, NE, CUIAI, Medas Verband e i centri peritali CEMEDEX e SMAB auspicano che la rinuncia possa essere comunicata unicamente all'assicuratore, in particolare perché temono che il perito possa influenzare l'assicurato o esercitare pressioni e che la relazione di fiducia tra medico e paziente possa quindi essere intaccata. Per le stesse ragioni, organizzazioni d'aiuto agli invalidi come IH, Procap e hiki chiedono di eliminare la possibilità di comunicare la rinuncia al perito immediatamente prima o dopo il colloquio. FMH, FSP, ASNP e SIM vogliono peraltro evitare che i periti debbano accollarsi compiti amministrativi. Secondo Rechtsberatung UP occorre invece registrare tutti i colloqui e dare all'assicurato la possibilità di decidere se utilizzare la registrazione nel corso della procedura.

La Suva suggerisce di offrire la possibilità all'assicurato di rinunciare alla registrazione su supporto audio per tutta la durata del colloquio. Il CEML propone di concedere all'assicurato più tempo per decidere al riguardo, cosicché possa realizzare meglio le implicazioni di una registrazione. Secondo il centro peritale CEMED SA, l'assicurato dovrebbe avere la facoltà di rinunciare a una parte della registrazione, se ciò è nel suo interesse.

Organizzazioni d'aiuto agli invalidi quali IH, Pro auditio Svizzera, AGILE e Pro Infirmis, nonché Travail.Suisse chiedono un'aggiunta dal seguente tenore: «la decisione di rinunciare alla registrazione su supporto audio può anche essere presa immediatamente dopo il colloquio con il perito. In tal caso, la registrazione su supporto audio può essere cancellata o inoltrata all'assicuratore soltanto dopo che quest'ultimo ha ottenuto dall'assicurato una conferma scritta della rinuncia. La rinuncia alla registrazione su supporto audio non può in alcun caso essere decisa immediatamente prima della perizia».

Per ragioni di sicurezza giuridica e di praticabilità, l'ASA è dell'avviso che vi debbano essere regole procedurali chiare che non possono essere modificate immediatamente prima o dopo la perizia. Gli assicurati che prima del colloquio hanno comunicato all'assicuratore di voler rinunciare alla registrazione su supporto audio non devono avere la possibilità di tornare sulla loro decisione.

Diversi Cantoni (SZ, OW, NW, GR, TG, VS e NE) e la CUIAI auspicano che per la dichiarazione di rinuncia venga utilizzato un solo modulo standard.

Prescrizioni tecniche (art. 7k cpv. 3 AP-OPGA)

Suva, SIM, ASA, FSP, ASNP, FMPP, ZGPP, Medas Verband e i centri peritali SMAB e CEMJa, **kann gelöscht werden**

EDEX chiedono di precisare che le prescrizioni tecniche dei diversi assicuratori devono essere uniformate, in modo da evitare che i periti debbano adempiere requisiti tecnici divergenti.

Durata del colloquio (art. 7k cpv. 4 AP-OPGA)

Nel capoverso 4, FSP, ASNP e Suva propongono di introdurre l'obbligo di confermare eventuali interruzioni dei colloqui.

Verifica della registrazione su supporto audio (art. 7k cpv. 5 AP-OPGA)

Secondo SH, AG e OG SH, la verifica della completezza della registrazione su supporto audio dopo il colloquio appare poco proficua. Come FMH, Suva, ASA, SIM, FSP e ASNP, sono dell'avviso che il perito debba sincerarsi sin dall'inizio che la registrazione non presenti lacune e sia correttamente riproducibile.

SH, OG SH e Rechtsberatung UP fanno notare che la disposizione non precisa quali sono le conseguenze se la registrazione su supporto audio è incompleta o difettosa sotto il profilo

tecnico. Secondo Rechtsberatung UP, una ripetizione della perizia sarebbe sproporzionata, ma l'assenza di una registrazione andrebbe tenuta in considerazione nel quadro della valutazione della perizia. Il centro peritale CEML è dell'avviso che un problema tecnico non dovrebbe comportare l'invalidamento del rapporto, considerato sproporzionato e all'origine di ingenti costi individuali e sociali. Suva, ASA, SIM, FSP, ASNP e Medas Verband sottolineano che la ripetizione del colloquio non può compensare la documentazione mancante. Per CEMED SA, ripetere il colloquio è impossibile, perché ciò priverebbe la perizia di qualsiasi validità.

Accesso alla registrazione su supporto audio (art. 7k cpv. 6 AP-OPGA)

Conformemente al riveduto articolo 44 capoverso 6 LPGA, le registrazioni sono acquisite agli atti dell'assicuratore. Per questa ragione, GL, BS, SH, GR, TG, VS, NE e JU nonché CUAJ, OG SH, Suva, FMPP, AGPP e Dr. med. Klaus Begle reputano che le registrazioni su supporto audio debbano essere trattate come gli altri atti ed essere sempre accessibili, e dunque chiedono la soppressione delle limitazioni di accesso previste dall'avamprogetto.

Secondo AG, nella disposizione occorre precisare che le registrazioni su supporto audio vengono messe a disposizione soltanto in presenza di obiezioni specifiche pertinenti. Per contro, Suva e UCS ritengono che se un assicurato solleva obiezioni subito dopo la perizia, l'assicuratore deve avere la possibilità di utilizzare la registrazione su supporto audio per verificare il valore probatorio della perizia già prima dell'emanazione di un preavviso.

Per BE, gli accessi devono essere verbalizzati conformemente all'articolo 10 capoverso 1 dell'ordinanza relativa alla legge federale sulla protezione dei dati (OLPD).

Secondo FSP, ASNP, ASA e il centro peritale CEML, occorre definire quali sono le persone autorizzate ad ascoltare le registrazioni. Inoltre, GDS, Spitex Svizzera, CEML e organizzazioni d'aiuto agli invalidi tra cui hiki, IH, NOVEOS, Pro Infirmis, VASOS - FARES e Procap chiedono che l'assicurato possa ascoltare la registrazione in qualsiasi momento. Rechtsberatung UP propone che le registrazioni su supporto audio possano essere ascoltate unicamente con il consenso dell'assicurato.

Conservazione delle registrazioni su supporto audio

Secondo OW, GL, SH, GR, TG, VS, NE, JU e CUAJ, la formulazione proposta dell'articolo 7k capoverso 6 AP-OPGA implica che le registrazioni su supporto audio debbano essere conservate per un lungo periodo, così come gli altri atti. La conservazione delle registrazioni comporta un investimento tecnico notevole e, dunque, costi supplementari. I partecipanti summenzionati auspicano che le registrazioni su supporto audio vengano trattate in analogia al materiale ottenuto in occasione di un'osservazione.

Requisiti per i periti e i centri peritali (art. 7I AP-OPGA)

In merito ai requisiti previsti per i periti e i centri peritali sono pervenuti in totale 75 pareri. Tutti i partecipanti che si sono espressi al riguardo salutano in linea di principio l'esistenza di regole chiare in materia. I numerosi riscontri includono considerazioni e proposte di aggiunte di svariata natura sui singoli aspetti disciplinati dalla disposizione in questione.

Osservazioni generali

Organi assicurativi quali Suva, ASA e SIM, organizzazioni private d'aiuto agli invalidi come Verein Morbus Wilson, dravetsuisse e ProRaris e vari centri peritali tra cui CEMEDEX sottolineano in generale che i requisiti non vanno formulati in maniera troppo restrittiva, da un lato per non provocare una carenza di periti abilitati e, dall'altro, per consentire il ricorso a esperti stranieri dotati delle necessarie conoscenze specifiche, ad esempio in caso di malattie rare.

SIM e FMH chiedono di prevedere requisiti specifici anche per i medici dei SMR, poiché tra i compiti di questi ultimi rientra tra l'altro la valutazione delle perizie. Rechtsberatung UP aggiunge che occorre garantire che nei SMR le perizie riguardanti una determinata disciplina

medica vengano valutate soltanto da medici che dispongono della specializzazione corrispondente.

Siccome i requisiti professionali per i periti sono stati resi più severi (art. 71 AP-OPGA), per SH e OG SH è indispensabile stabilire condizioni di questo genere anche per i medici dei SMR, in quanto ha poco senso imporre criteri restrittivi per i periti se poi in fin dei conti le relative perizie saranno valutate ed eventualmente giudicate non utilizzabili da medici dei SMR meno qualificati di loro.

Requisiti di base per i periti medici secondo l'articolo 71 capoverso 1 lettere c e d AP-OPGA

Secondo UR, ZH, SO, CUI e FMH, il requisito dell'esperienza clinica di almeno cinque anni di cui all'articolo 71 capoverso 1 lettera d AP-OPGA va formulato in maniera più aperta: l'acquisizione di tale esperienza dovrebbe essere possibile anche al di fuori di una funzione medica direttiva in un ospedale o di uno studio medico.

Per quanto concerne l'autorizzazione all'esercizio della professione secondo l'articolo 71 capoverso 1 lettera c AP-OPGA, ASA, Suva e SIM chiedono di formulare la disposizione in modo tale da non escludere i medici che lavorano in un ospedale.

Secondo ASA, SIM, Medas Verband e i centri peritali SMAB e CEMEDEX, tale disposizione va stralciata, in quanto rischia di ostacolare ulteriormente il ricambio generazionale, già di per sé difficile, e perché tutti i medici specialisti devono accumulare almeno cinque anni di esperienza clinica per ottenere il relativo titolo. Sempre nell'ottica di favorire il ricambio generazionale, per SO si dovrebbe consentire che una perizia venga effettuata da due persone, anche se solo una di loro soddisfa i requisiti. Tra gli altri, SH, AG, PMS e FMH sottolineano che in generale almeno due anni di esperienza dovrebbero essere acquisiti in studi medici in Svizzera.

Per PES, organizzazioni private d'aiuto agli invalidi come graap, hiki, AGILE, IH, Pro Infirmis, Pro auditio Svizzera, insieme Svizzera, PMS e, tra gli altri, anche FMPP, ZGPP, AGPP e Dr. med. Klaus Begle, i periti parallelamente alla loro attività peritale devono continuare a operare a livello clinico. Secondo graap, hiki, Pro Infirmis, Pro auditio Svizzera e altre organizzazioni d'aiuto agli invalidi, occorre stabilire un tetto massimo annuo di perizie per singolo specialista.

Certificazione ad opera della SIM secondo l'articolo 71 capoverso 2 AP-OPGA

PES, Suva, organizzazioni private d'aiuto agli invalidi quali IH, graap, AGILE, Pro auditio Svizzera, GREA-CRIAD, Pro Infirmis e altre organizzazioni interessate tra cui SSMC, mfe, SSMIG, Medas Verband e Rechtsberatung UP auspicano che, per quanto concerne la certificazione dei periti, oltre alla formazione SIM vengano riconosciuti anche titoli di capacità equivalenti. A tale proposito, AG rileva che la competenza di decidere quali titoli ulteriori accettare dovrebbe spettare all'autorità di sorveglianza.

Secondo CHUV, i primari e i medici responsabili di servizi di cliniche universitarie vanno esentati da questo requisito in virtù della loro situazione particolare sotto il profilo del perfezionamento professionale. Per FSP, ASNP, SIM e FMH, anche i neuropsicologi riconosciuti a livello federale dovrebbero disporre di un certificato della SIM o di un'attestazione equivalente.

Il CEML chiede di vagliare la formazione SIM odierna nell'ottica dei requisiti futuri e, all'occorrenza, di modificarla, tra l'altro per quanto concerne gli obiettivi della formazione e, in ultima analisi, anche sotto il profilo dei contenuti, della durata e dei costi.

Secondo CEMED SA, da periti che svolgono la loro attività peritale da tanti anni non si può pretendere di seguire una formazione di base di due anni che termina con un esame. Per quanto riguarda questo aspetto, anche VD chiede il riconoscimento di un'equivalenza o un periodo di transizione per acquisire il certificato in questione.

Altri aspetti fondamentali di natura pratica e organizzativa, tra cui la durata della formazione e le capacità della SIM, sono adottati da Suva, SIM, SSMIG, mfe e FMH per sollecitare che il

periodo di transizione, già previsto dall'avamprogetto di ordinanza, venga prolungato da tre a quattro o cinque anni. FSP e ASNP si spingono ancora oltre e chiedono una cosiddetta «fase di qualificazione». In base a tale proposta, entro quattro anni dall'ottenimento del titolo di medico specialista, e dunque prima dell'acquisizione della qualificazione supplementare, i giovani medici specialisti dovrebbero avere la possibilità di allestire perizie se si annunciano a tale scopo presso la Commissione per la garanzia della qualità delle perizie mediche e si sottopongono regolarmente a una supervisione. Dopo la conclusione della formazione di medico specialista, è infatti opportuno che i giovani medici maturino una sufficiente esperienza nell'allestimento di perizie prima di poter conseguire un certificato come quello della SIM.

Fornitura di documenti secondo l'articolo 7l capoverso 4 AP-OPGA

Secondo SO, i documenti andrebbero forniti non soltanto agli assicuratori e agli organi esecutivi ma anche ai tribunali. Per SIM e FMH, il diritto di accedere a tali documenti va esteso anche agli assicurati.

IH, GELIKO, AGILE, PMS e altre organizzazioni d'aiuto agli invalidi chiedono di far pervenire i documenti in questione a un organo competente a livello nazionale da definire preventivamente, a cui spetterebbe anche la verifica dei requisiti professionali e delle prescrizioni qualitative. Tale organo avrebbe inoltre il compito di consolidare le informazioni emerse e di comunicare i relativi risultati alla Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche, in modo da agevolare quest'ultima nello svolgimento dei propri compiti di controllo. Contestualmente si auspica l'allestimento di un elenco nazionale dei periti abilitati pubblicamente accessibile.

Istituzione della Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche (art. 7m e 7n AP-OPGA)

In merito alla composizione (art. 7m AP-OPGA) della Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche (di seguito: Commissione) sono pervenuti in totale 80 pareri, e in merito ai suoi compiti (art. 7n AP-OPGA) 63 pareri. In linea di principio, l'istituzione della Commissione è salutata con favore da tutti i partecipanti alla consultazione che si sono espressi al riguardo. I numerosi riscontri includono considerazioni e proposte di aggiunte di svariata natura sui singoli aspetti disciplinati dalle disposizioni in questione.

Considerazioni generali sull'organizzazione della Commissione

UR, CUIAI, SIM, Suva e FSP sottolineano che occorre stabilire per principio a chi spetta la nomina dei membri della Commissione (ad esempio il DFI o il Consiglio federale).

Diversi partecipanti alla consultazione, tra cui AG, SIM, Medas Verband, ASNP, FMH, FSP e CEML, chiedono di chiarire le qualifiche e il profilo dei requisiti dei membri della Commissione, ad esempio stabilendo che questi devono disporre di approfondite conoscenze ed esperienza in materia di allestimento, garanzia della qualità e valutazione di perizie mediche nonché di ottime conoscenze del sistema svizzero delle assicurazioni sociali. Secondo SIM, ASNP e FSP, alla Commissione vanno attribuite ampie competenze. La ZGPP rileva che, alla luce delle elevate qualifiche richieste e della necessità di partecipare a cinque-sei riunioni all'anno, l'esborso previsto è troppo basso e non costituisce un incentivo adeguato per attrarre persone qualificate nella Commissione. Per graap, hiki e AGILE, il mandato dei singoli membri va limitato a otto anni.

Composizione della Commissione (art. 7m AP-OPGA)

Prese di posizione sono pervenute non soltanto sulla composizione, ma anche sul numero dei membri della Commissione. Il CEML raccomanda ad esempio di tenere conto delle regioni linguistiche e auspica di lasciare aperta la questione del numero di membri adottando una formulazione del tipo «almeno».

La Suva propone di definire più chiaramente e ripartire diversamente i rappresentanti delle categorie di cui all'articolo 7m lettere a–h AP-OPGA. I centri peritali menzionati alla lettera b

non dovrebbero essere rappresentati separatamente, ma piuttosto attraverso il corpo medico (lett. d) o il settore scientifico (lett. f). La rappresentanza separata dei periti medici è giudicata poco chiara e inopportuna (lett. c), e anche la nozione di «corpo medico» (lett. d) andrebbe meglio definita facendo riferimento alla FMH e alle società mediche specialistiche riconosciute da quest'ultima. La lettera f non precisa quali discipline scientifiche vanno rappresentate nella Commissione (medicina, diritto ecc.). Per quanto riguarda le persone menzionate alle lettere b–g, si tratta sempre di medici o di persone vicine alla medicina: tale sovrarappresentanza è considerata non necessaria, tanto più che l'articolo 7n capoverso 3 lettera b AP-OPGA prevede la possibilità di coinvolgere dei periti. Anche secondo SIM, ASNP e FSP occorre una ripartizione più equilibrata tra discipline mediche, assicurazioni sociali, competenze giuridiche e organizzazioni di pazienti. Secondo la FMH, la denominazione della Commissione dovrebbe inoltre riflettere il fatto che essa si occupa pure di perizie neuropsicologiche.

Per garantire una ripartizione più equilibrata, SIM, ASNP e FSP propongono di aumentare il numero dei membri da 13 a 15: secondo il loro parere, condiviso anche dalla Suva, sarebbe meglio se le assicurazioni sociali disponessero di tre rappresentanti (anziché due come previsto dall'art. 7m lett. a AP-OPGA), di cui uno della Suva, anche perché la Commissione dovrà formulare raccomandazioni per tutte le assicurazioni sociali. GL, JU, SZ, GR, AR, OW, NW, NE, VS e CUAL auspicano che l'AI e i medici dei SMR siano esplicitamente rappresentati nella Commissione.

Per SIM, ASNP e FSP, l'articolo 7m lettera b AP-OPGA dovrebbe prevedere tre periti medici, di cui uno in rappresentanza dei centri peritali, uno in rappresentanza dei periti in neuropsicologia e uno in rappresentanza dei periti medici, la lettera c un rappresentante della società mediche (FMH/società mediche specialistiche), e la lettera d un rappresentante dell'ASNP o delle società dei neuropsicologi svizzeri.

Sempre in merito alla lettera d, Procap propone di ridurre i rappresentanti del corpo medico da tre a due, Hiki e AGILE chiedono che tra i suddetti tre rappresentanti figurino almeno uno psichiatra curante, mentre mfe auspica la presenza di un pediatra. FMPP, ZGPP e AGPP desiderano essere espressamente rappresentate, possibilmente da uno specialista di psichiatria dell'età adulta (proposto dalla SSPP) e da un secondo specialista di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (proposto dalla SSPPIA).

Per quanto concerne l'articolo 7m lettera f AP-OPGA, SIM, ASNP e FSP desiderano tre rappresentanti del settore scientifico, di cui uno della medicina, uno della (neuro)psicologia e uno del diritto.

In merito all'articolo 7m lettera g AP-OPGA, la Suva rileva che, siccome la legge non prevede espressamente la presenza della SIM nella Commissione ed essa non ha lo status di società medica specialistica né rappresenta il settore scientifico, l'attribuzione di un seggio non appare giustificata. Se in futuro dovesse diventare possibile conseguire un titolo di perfezionamento diverso da quello della SIM, l'istituzione che lo rilascia dovrebbe essere rappresentata in seno alla Commissione, ad esempio tramite la società specialistica di appartenenza.

La Suva, organizzazioni private d'aiuto agli invalidi tra cui graap, hiki, AGILE come pure SIM, ASNP e FSP ritengono che le organizzazioni di pazienti e quelle d'aiuto ai disabili (art. 7m lett. h AP-OPGA) dovrebbero essere rappresentate da almeno tre persone; secondo graap, hiki e AGILE, una di queste dovrebbe operare nell'ambito dell'autoaiuto. Altre organizzazioni private d'aiuto agli invalidi, come IH, insieme, Cerebral, Procap, NOVEOS e VASOS - FARES, chiedono due rappresentanti.

Compiti della Commissione (art. 7n AP-OPGA)

Considerazioni generali sui compiti e sulle competenze della Commissione

La Suva sottolinea che, nell'elaborazione dei criteri, non bisogna trascurare le esigenze e i requisiti eterogenei delle diverse assicurazioni sociali. Inoltre occorre chiarire il carattere vincolante delle raccomandazioni della Commissione e le conseguenze giuridiche di una loro

inosservanza, sia per quanto concerne le singole perizie che per l'ulteriore collaborazione con i periti in questione.

Anche secondo FMPP, ZGPP e AGPP, la Commissione deve poter dettare condizioni e prescrizioni vincolanti; limitarsi alle raccomandazioni non basta. A loro avviso, inoltre, lo strumento delle sanzioni non è disciplinato in misura sufficiente. Su questo punto si esprimono anche graap, hiki e AGILE, che esigono che la Commissione possa formulare raccomandazioni all'attenzione degli organi decisionali in merito al sanzionamento di periti e centri peritali che non soddisfano i requisiti di accreditamento o le cui perizie risultano ripetutamente lacunose.

Elaborazione di raccomandazioni (art. 7n cpv. 1 AP-OPGA) – altri compiti

UR, CUIAI e organizzazioni private d'aiuto agli invalidi come IH, debra, Pro Infirmis e Pro Auditio Svizzera osservano in generale che i compiti della Commissione nel complesso vanno definiti in modo più chiaro. Dello stesso parere è Spitex Svizzera, in particolare per quanto riguarda l'incarico di sorvegliare l'abilitazione dei centri peritali nonché la procedura e i risultati delle perizie mediche.

Secondo UR e CUIAI, la Commissione dovrebbe descrivere, oltre allo svolgimento di una perizia, anche le condizioni quadro personali, organizzative, tecniche e logistiche che una perizia medica deve soddisfare e, inoltre, formulare prescrizioni qualitative per le perizie mediche e sorvegliare la qualità. Se venissero constatate lacune qualitative sistematiche, dovrebbe altresì avere la possibilità di formulare raccomandazioni all'attenzione dell'UFAS nella sua veste di partner tariffale dei centri peritali.

SIM, FSP e ASNP chiedono che la Commissione possa anche emanare raccomandazioni relative alle attività di perfezionamento nel quadro del certificato SIM o di moduli di aggiornamento equivalenti, al tempo necessario per allestire una perizia nelle diverse discipline mediche e alle questioni legate alla struttura tariffale.

Secondo il CEML, la Commissione dovrebbe anche sorvegliare i servizi competenti per la formazione di periti ed emanare le necessarie raccomandazioni in materia di garanzia della qualità. Inoltre dovrebbe elaborare proposte, indicatori e principi per il controllo della qualità del lavoro dei periti e dei centri peritali.

FMPP, ZGPP e AGPP auspicano che la Commissione allestisca statistiche sulla ripartizione delle perizie e dei rispettivi risultati nonché sulla qualità e indipendenza delle perizie mediche mediante *peer review* regolari, in particolare quando dalle statistiche emergono indizi di lacune qualitative o singolarità nell'attribuzione delle perizie o nei risultati di queste ultime. Inoltre occorre diminuire il numero complessivo di perizie e la quota delle procedure che sfociano in un procedimento giuridico.

Secondo SIM, FSP e ASNP, un possibile compito della Commissione potrebbe essere di pubblicare l'elenco nazionale dei periti incaricati dall'AI secondo l'articolo 41b AP-OAI con un rapporto di accompagnamento esplicativo (cfr. considerazioni relative all'art. 41b cpv. 3 AP-OAI più sopra). Per contro, l'ASA osserva che con la nuova lettera n dell'articolo 57 capoverso 1 LAI il legislatore ha incaricato esclusivamente gli uffici AI di tenere un elenco dei periti, e che la LPGGA non prevede lo stesso per l'AINF e l'AMal.

Accesso ai documenti necessari (art. 7n cpv. 2 AP-OPGA)

Per UR e CUIAI, la formulazione della disposizione non chiarisce a sufficienza che la Commissione può richiedere gli atti agli assicuratori, allo scopo di valutare la qualità delle perizie. Il capoverso in questione si limita a menzionare i «documenti necessari» che la Commissione può esigere: secondo il rapporto esplicativo, con questa nozione si intendono i «documenti sui processi e sulle strutture dei centri peritali». Questi ultimi però possono tutt'al più essere utili per valutare la qualità di processi e strutture, ma non per accertare la qualità delle perizie in sé, ossia la qualità dei risultati. Bisogna pertanto valutare, anche sotto il profilo della protezione dei dati, se gli assicuratori siano legittimati a fornire atti assicurativi alla Commissione.

Per graap, hiki, AGILE, FMPP, ZGPP e AGPP, occorre aggiungere che la Commissione, per la sorveglianza dell'adempimento dei criteri di cui all'articolo 7n capoverso 1 AP-OPGA, può esigere che gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali le forniscano non soltanto i documenti, ma anche le registrazioni su supporto audio necessarie. Secondo Spitex Svizzera ciò è importante soprattutto in caso di anomalie strutturali e problemi inerenti ai risultati delle perizie.

La Suva è del parere che non esista un'esplicita base legale che obblighi gli organi esecutivi (tranne gli uffici AI in base alla nuova lett. n dell'art. 57 cpv. 1 LAI) a raccogliere sistematicamente e fornire i documenti in questione: il riveduto articolo 44 capoverso 6 lettera c LPGGA infatti è reputato non abbastanza concreto in tal senso. Raccogliere sistematicamente e fornire tali documenti potrebbe pertanto costituire una violazione del diritto in materia di protezione dei dati e dell'obbligo del segreto secondo l'articolo 33 LPGGA.

Regolamento e metodo di lavoro (art. 7n cpv. 3 AP-OPGA)

Secondo SIM, ASNP e FSP, alla fine di ogni mandato quadriennale la Commissione dovrebbe stilare un rapporto pubblicamente accessibile sullo stato di attuazione delle sue raccomandazioni, prendendo a riferimento le linee guida per le perizie mediche e neuropsicologiche. Siccome le competenze della Commissione si limitano alla formulazione di raccomandazioni, occorre garantire che disponga perlomeno di uno «strumento di reporting» autonomo indipendente dall'Amministrazione. La Commissione dovrebbe inoltre riferire in particolare sul grado di attuazione delle linee guida mediche/neuropsicologiche in Svizzera. Anche secondo graap, hiki e AGILE, va sorvegliata l'attuazione delle raccomandazioni e occorre stilare verbali delle riunioni della Commissione.

3.8 Pareri in merito al blocco tematico 8: ordine di priorità in riferimento all'articolo 74 LAI / ordine di priorità in riferimento all'articolo 101^{bis} LAVS

L'ordine di priorità in riferimento all'articolo 74 LAI (cap. 3.8.1) e l'ordine di priorità in riferimento all'articolo 101^{bis} LAVS (cap. 3.8.2) costituiscono due temi singoli indipendenti.

3.8.1 Ordine di priorità in riferimento all'articolo 74 LAI

3.8.1.1 In generale

Tra i riscontri dei 109 partecipanti che si sono espressi al riguardo, vanno segnalati in particolare quelli di diversi Cantoni (ZH, NW, AR, SG, GR, AG, TI, VD, NE, GE, BS, JU, OW, BL, SH, VS, BE, NW e ZG), due partiti (PSS e PES; quest'ultimo rinvia alla presa di posizione di IH), UCS, ACS e numerose organizzazioni private d'aiuto agli invalidi, la maggior parte delle quali si associa o rinvia al parere di IH. Sebbene la promozione dell'inclusione e dell'innovazione sia in linea di principio accolta con favore, si può constatare in sintesi che tutti i partecipanti pronunciatisi al riguardo sono fondamentalmente contrari alle proposte poste in consultazione. Da un lato vorrebbero impiegare più risorse per le prestazioni ai sensi dell'articolo 74 LAI e adeguarsi alle disposizioni in materia di assistenza alle persone anziane, e dall'altro non intravedono un vero e proprio ordine di priorità nelle proposte avanzate. Inoltre auspicano che la cerchia di destinatari delle prestazioni venga estesa a tutti i gruppi target.

I partecipanti salutano però il tentativo della Confederazione di fare chiarezza sull'attribuzione dei sussidi dopo la mancanza di trasparenza e l'incertezza latente degli ultimi periodi contrattuali.

3.8.1.2 In dettaglio

Diritto (art. 108 cpv. 1, 1^{ter} e 2, 108^{bis} cpv. 1 e 1^{bis} AP-OAI)

BS, GE, OW, SO, SH, AR, VS, NE, JU, CDOS e UCS plaudono alla promozione dell'inclusione in ottemperanza alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CDPD). Secondo il loro parere, la promozione dell'inclusione va considerata non soltanto nell'assegnazione degli aiuti finanziari alle organizzazioni, ma anche dalle stesse autorità federali, che dovrebbero coinvolgere direttamente le persone con disabilità nel versamento di tali aiuti. Per BS, GE, OW, SH, AR, VS, NE, JU, UCS e CDOS, è positivo che il Consiglio federale sia intenzionato ad attuare un ordine di priorità nell'ambito dell'aiuto privato agli invalidi.

Se con integrazione si intende l'integrazione sia quella professionale sia quella sociale, secondo VD è necessario precisarlo.

Per le organizzazioni d'aiuto agli invalidi AGILE, graap e hiki, è importante che le organizzazioni sovvenzionate sviluppino costantemente la propria offerta in modo da offrire prestazioni adeguate alle esigenze e al passo con i tempi.

Condizioni (art. 108^{ter} AP-OAI)

OW, SO, BL, SH, AR, VS e NE approvano il principio di un ordine di priorità e la promozione dell'inclusione, che va estesa anche alle autorità federali, le quali dovrebbero coinvolgere le persone con disabilità nel versamento degli aiuti finanziari.

Secondo BL, la questione della ripartizione dei compiti non è stata risolta nel quadro della NPC. Siccome i Cantoni adottano vieppiù un approccio globale nell'organizzazione del sistema di aiuto agli invalidi, BL chiede il coinvolgimento dei Cantoni e delle organizzazioni mantello nella definizione dei principi pianificatori sotto il profilo qualitativo e strategico, come pure la definizione a livello giuridico di uno standard minimo per quanto concerne il coordinamento tra Confederazione e Cantoni.

PES, USS, IH e altri, VASOS - FARES e vhs plus sostengono senza riserve la promozione dell'inclusione, sia come obiettivo che quale condizione imposta alle organizzazioni per ottenere aiuti finanziari. Incoraggiare l'inclusione e l'attuazione della CDPD non spetta però unicamente alle organizzazioni private d'aiuto agli invalidi. A tale proposito, i suddetti partecipanti sottolineano, tra l'altro, che pure il Consiglio federale e le autorità sono invitati ad attuare il principio dell'inclusione a livello interdipartimentale e a non limitarsi a imporre condizioni in tal senso alle organizzazioni private d'aiuto agli invalidi. Questo processo non può tuttavia andare a scapito delle esigenze attuali, delle prestazioni necessarie e quindi delle persone con disabilità. L'inclusione implica un cambiamento di paradigma a livello sociale e necessita di un approccio che vada ben oltre gli aiuti finanziari alle organizzazioni private d'aiuto agli invalidi. Tale processo pertanto richiede imperativamente risorse supplementari e non può essere raggiunto mediante la riduzione dei mezzi attualmente disponibili, che mette in pericolo la copertura dei bisogni esistenti.

Importo massimo (art. 108^{quater} AP-OAI)

ZH, BE, OW, NW, ZG, BS, SH, AR, VD, VS, NE, GE, JU e CDOS sono contrari a fissare nell'OAI un importo massimo per gli aiuti finanziari alle organizzazioni private d'aiuto agli invalidi, e propongono in alternativa di adottare lo stesso sistema vigente nell'assistenza alle persone anziane, dove il Consiglio federale stabilisce un tetto massimo ogni quattro anni. In questo modo è possibile tenere conto del bisogno di prestazioni in continuo mutamento, dell'inflazione e dell'evoluzione demografica; inoltre il calcolo dell'importo massimo deve essere comprensibile e trasparente.

ZG sottolinea che gli aiuti finanziari devono essere commisurati alle necessità reali e non prendere a riferimento gli importi stanziati nel passato. Inoltre condivide appieno i progetti previsti dall'articolo 108 AP-OAI e il conseguente aumento dell'importo complessivo.

Secondo BE, OW, NW, ZG, SH, VD, VS, GE, JU e CDOS, i rimborsi per le prestazioni di cui all'articolo 74 LAI devono coprire interamente i costi, il che oggi non avviene ad esempio negli ambiti dell'accompagnamento a domicilio e della consulenza sociale.

BE, OW, NW, ZG, SH, VS, GE, JU e CDOS ritengono che il riferimento alla sussidiarietà nel rapporto esplicativo vada cancellato, e nel contempo sottolineano espressamente che sarebbe auspicabile un più intenso coordinamento tra la Confederazione e i Cantoni.

L'UCS è contraria a fissare un importo massimo nell'OAI e propone anch'essa un adeguamento al sistema in materia di assistenza alle persone anziane.

IH e altri, USS, PES, CURAVIVA e VASOS - FARES non capiscono l'importo massimo previsto dall'avamprogetto e si oppongono alla sua fissazione nell'OAI. Questo tetto non tiene infatti conto dell'evoluzione demografica e della copertura già insufficiente secondo il rapporto di ricerca sull'analisi del bisogno e dell'offerta di prestazioni secondo l'articolo 74 LAI (*Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG*; in tedesco con riassunto in italiano). IH sottolinea inoltre che, negli ultimi dieci anni, l'importo in questione è stato progressivamente ridotto malgrado l'ampliamento del volume di prestazioni. Questo bisogno aggiuntivo risulta tra l'altro attestato, nel quadro del reporting annuale, da prestazioni non coperte da aiuti finanziari. IH rinvia al messaggio concernente la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, in cui si afferma che «si tratta semplicemente di sancire per legge la prassi attuale, [ragion per cui] non vi sarà alcuna ripercussione per le organizzazioni private d'aiuto agli invalidi».

Qualora la fissazione di un importo massimo venisse mantenuta, i suddetti partecipanti chiedono di inserire nell'OAI il tetto massimo annuo di 161,5 milioni di franchi, ossia la cifra prevista per il periodo contrattuale 2011–2014. Anche AGILE sollecita che venga messo a disposizione un importo annuo di tale ammontare e che, per la definizione degli importi massimi futuri, si tenga conto dell'evoluzione del bisogno, una richiesta condivisa anche dalle organizzazioni Cap-Contact faitière, graap e hiki. Un tetto massimo fisso impedisce infatti alle organizzazioni

di soddisfare bisogni accresciuti. Secondo AGILE occorre altresì tenere conto dell'evoluzione demografica e della crescita della popolazione in Svizzera.

Cap-Contact faitière sottolinea che un importo massimo fissato in modo rigido non consente alle organizzazioni di reagire in maniera flessibile a situazioni straordinarie.

Anche questi partecipanti propongono in alternativa di adottare lo stesso sistema vigente nell'assistenza alle persone anziane, dove il Consiglio federale stabilisce un tetto massimo ogni quattro anni.

L'adeguamento dell'importo massimo al rincaro raccoglie invece consensi.

Considerata la crescita del gruppo target delle persone con malattie psichiche, Coraasp reputa che l'importo massimo non sia commisurato al bisogno di prestazioni e pertanto chiede di non applicare o incrementare il tetto previsto per il periodo 2024–2027. Coraasp ritiene inoltre che le conseguenze della pandemia potrebbero far lievitare ulteriormente tale bisogno.

L'associazione Kosek è contraria alla fissazione di un importo massimo nell'OAI e, unitamente a unimedsuisse, chiede lo stralcio degli articoli 108^{quater} e 108^{quinquies} AP-OAI, perché altrimenti le risorse per importanti compiti pubblici assunti dalle organizzazioni della società civile verrebbero limitate o addirittura ridotte per anni rispetto a oggi, sebbene tali organizzazioni risultino già attualmente sottofinanziate. Anche la SHCH teme che i tagli ingiustificati degli ultimi anni vengano perpetuati a tempo indeterminato.

Calcolo degli aiuti finanziari (art. 108^{quinquies} AP-OAI)

ZH, BE, OW, NW, ZG, BS, SH, AR, VD, VS, NE, GE, JU, UCS e ACS sottolineano che, a livello cantonale, le organizzazioni private d'aiuto agli invalidi offrono attività importanti e utili a queste persone. Secondo il loro parere, vi è il rischio di una copertura finanziaria insufficiente del bisogno e che i Cantoni debbano impiegare risorse proprie per garantire le attività dell'aiuto privato agli invalidi se l'AI dovesse ridurre i propri contributi. Pertanto sono contrari al fatto che automaticamente l'importo non esaurito non possa più essere utilizzato, rilevando che nell'ambito dell'assistenza alle persone anziane non è prevista una disposizione del genere, e propongono in alternativa di utilizzare gli aiuti non esauriti per coprire il bisogno effettivo e, dunque, per finanziare progetti volti a sviluppare nuove prestazioni.

Per VD, la Confederazione dovrebbe finanziare attività di rilevanza nazionale, mentre i Cantoni dovrebbero assumersi la responsabilità per le attività sul piano cantonale e comunale in vari ambiti dell'aiuto agli invalidi; va inoltre garantito il coordinamento tra questi due livelli.

IH e altri, PES, USS, CURAVIVA, CDOS, Kosek e VASOS - FARES considerano inaccettabile la creazione di un sistema che comporta ulteriori tagli e sono dell'avviso che le risorse previste debbano essere reinvestite conformemente al loro scopo. L'intenzione di destinare mezzi per lo sviluppo di nuove prestazioni è quindi accolta con favore, ma essa non deve andare a scapito delle prestazioni esistenti. Alla luce della copertura finanziaria del bisogno di prestazioni già insufficiente, delle sfide future e delle difficoltà ulteriori provocate dalla pandemia di COVID-19, per i suddetti partecipanti si tratta soprattutto di interrogarsi su come utilizzare i mezzi a disposizione, e non di introdurre di straforo misure di risparmio ingiustificate e controproducenti. Inoltre deplorano che dalle proposte avanzate non traspaia un ordine di priorità vero e proprio. A tale proposito, i suddetti partecipanti sottolineano, tra l'altro, che la prassi adottata finora di non impiegare tutti i mezzi disponibili, malgrado il finanziamento insufficiente del bisogno di prestazioni, e di trasferirne una parte nel fondo AI non deve essere legittimata. I mezzi non impiegati devono essere utilizzati per la copertura del bisogno effettivo o per il finanziamento di prestazioni e progetti secondo l'articolo 74 LAI. Essi propongono di obbligare tutte le organizzazioni a dimostrare all'UFAS di aver utilizzato almeno il 3 per cento degli aiuti finanziari per il perfezionamento delle prestazioni. Gli importi non esauriti devono essere utilizzati per il finanziamento di progetti volti allo sviluppo di nuove prestazioni secondo l'articolo 108^{septies} AP-OAI. IH e altri rilevano che, in assenza di risorse supplementari e strutture snelle, non è possibile promuovere l'innovazione.

AGILE, graap e hiki chiedono che i contributi non esauriti possano essere riportati da un periodo contrattuale all'altro, in modo da garantire un impiego ottimale delle risorse.

PMS e Coraasp sottolineano che le persone affette da malattie psichiche sono penalizzate più di altre categorie dall'insufficiente copertura finanziaria delle prestazioni a loro destinate, e che dunque occorre tenere in debita considerazione tale circostanza nella definizione dell'ordine di priorità. Perciò propongono di destinare i mezzi non impiegati al gruppo target delle persone affette da malattie psichiche.

Prestazioni esistenti (art. 108^{sexies} AP-OAI)

Tutti i partecipanti che si sono espressi in merito all'articolo 108^{quinquies} AP-OAI ritengono che, alla luce delle richieste avanzate in relazione a quest'ultimo articolo, l'articolo 108^{sexies} non sia più necessario, e dunque ne propongono lo stralcio o una formulazione più aperta.

Progetti (art. 108^{septies} AP-OAI)

ZH, BE, OW, NW, ZG, BS, SH, AR, VD, VS, NE, GE, JU, UCS, ACS e USS propongono di impiegare gli importi non esauriti (ai sensi dell'art. 108^{quinquies} AP-OAI) per il finanziamento di progetti.

PES, ACS, USS e VASOS - FARES affermano che l'ordine di priorità va stabilito dal Consiglio federale (e non dall'UFAS) coinvolgendo le persone con disabilità e le loro organizzazioni e deve valere per gli aiuti finanziari nel loro insieme, senza limitarsi all'attribuzione di progetti. Per l'elaborazione di un ordine di priorità, la delega all'UFAS non è reputata ammissibile. Prevedere un unico termine per la presentazione di progetti per ciascun periodo contrattuale è considerato in contraddizione con l'obiettivo dichiarato nel rapporto esplicativo, ovvero di reagire con maggiore flessibilità in funzione del bisogno del gruppo target. Pro Infirmis aggiunge che l'avvio e il finanziamento di progetti necessitano di un certo margine di manovra e non vanno ostacolati da impedimenti burocratici (contratti di prestazioni e fasi contrattuali), mentre VASOS - FARES auspica che i mezzi non utilizzati vengano destinati a progetti.

Anche AGILE, graap e hiki chiedono che, in ossequio alla CDPD, le persone con disabilità vengano strettamente coinvolte nella definizione dell'ordine di priorità, e si oppongono a una limitazione dei gruppi target a bambini, adolescenti e giovani adulti nonché a persone affette da malattie psichiche. Inoltre chiedono di svincolare i progetti dal ciclo quadriennale e che l'ordine di priorità non valga soltanto per i progetti. Per Coraasp occorre tenere conto dell'evoluzione del bisogno di prestazioni delle persone affette da malattie psichiche.

L'associazione Kosek ritiene che gli articoli 108^{sexies} e 108^{septies} AP-OAI debbano essere riformulati in maniera più aperta.

PMS auspica lo stralcio dell'articolo 108^{septies} AP-OAI, in quanto la distinzione tra progetti e prestazioni esistenti non apporta alcun valore aggiunto e genera tra l'altro ingenti oneri burocratici. Inoltre l'articolo in questione non consente di andare al di là dei diritti acquisiti e non costituisce nemmeno un ordine di priorità come richiesto dall'articolo 74 LAI. PMS chiede altresì di tenere conto del fatto che, per le persone affette da malattie psichiche, la copertura insufficiente del bisogno di prestazioni è superiore alla media, come attesta il rapporto di ricerca sull'analisi del bisogno e dell'offerta di prestazioni secondo l'articolo 74 LAI.

Procedura (art. 110 AP-OAI)

Siccome anche OW, NW, BS, SH, AR, VS, NE, GE e JU sostengono le organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e ne finanziano le prestazioni, per questi Cantoni è importante essere a conoscenza degli aiuti finanziari attribuiti dall'UFAS. Per questa ragione propongono che l'UFAS pubblichi ogni anno l'entità degli aiuti finanziari concessi alle singole organizzazioni e ai singoli fornitori di prestazioni, specificando anche le prestazioni per le quali tali aiuti sono stati versati.

IH e altri, USS (che si rifà alla presa di posizione di IH), PES, CURAVIVA, CDOS e VASOS - FARES sono contrari alla riduzione a quattro mesi del termine per l'inoltro dei documenti prevista dall'articolo 110 capoverso 2 lettera b AP-OAI. Poiché per le organizzazioni mantello con diverse submandatarie il reporting costituisce un impegno molto oneroso, tale scadenza è considerata inattuabile per ragioni amministrative. Le organizzazioni mantello devono infatti controllare la completezza e l'esattezza dei conti annuali, delle quantità delle unità di prestazione e della contabilità analitica delle submandatarie e in seguito consolidare e verificare la plausibilità dei relativi dati. Una riduzione dei termini comporterebbe inevitabilmente la trasmissione di dati non verificati all'UFAS. Inoltre nella maggior parte dei casi i conti annuali sottoposti a revisione e approvati sono disponibili solamente tra aprile e giugno. Per queste ragioni, i partecipanti in questione auspicano il mantenimento del termine di sei mesi.

3.8.2 Ordine di priorità in riferimento all'articolo 101^{bis} LAVS

3.8.2.1 In generale

In merito a questa parte del blocco tematico 8 sono pervenuti 33 pareri: si sono pronunciati 17 Cantoni (AG, AR, BE, BS, GE, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TI, TG, VD, VS e ZH), un partito politico (PSS), due associazioni mantello dei Comuni e delle città (ACS e UCS) e 13 altre organizzazioni in rappresentanza dei Cantoni e, soprattutto, del settore dell'assistenza alle persone anziane (CLASS, CDS, CDOS, ALZ CH, CURAVIVA, CIFC, Pro Senectute Svizzera, Pro Senectute AR, Pro Senectute TG, Ssup, Spitex Svizzera, CRS e VASOS - FARES).

Nel complesso, le disposizioni d'esecuzione dell'articolo 101^{bis} LAVS sono state accolte positivamente. Vari Cantoni e la CDOS plaudono alla trasparenza creata grazie all'inserimento delle relative norme nell'OAVS e sostengono sia il meccanismo di fissazione di un importo massimo per gli aiuti finanziari da parte del Consiglio federale, sia l'ordine di priorità. Per contro, altre due disposizioni non legate all'ordine di priorità, ma modificate nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, hanno raccolto pressoché esclusivamente critiche e pareri contrari. Numerosi partecipanti alla consultazione, in particolare le associazioni mantello dei Comuni e delle città e la maggior parte delle organizzazioni, interpretano in effetti tali modifiche come un disimpegno della Confederazione e temono conseguenze finanziarie negative per le collettività, le organizzazioni e l'offerta di prestazioni alle persone anziane.

3.8.2.2 In dettaglio

Precisazioni formali

Le tre organizzazioni di assistenza alle persone anziane Pro Senectute Svizzera, Spitex Svizzera e CRS chiedono di introdurre un riferimento alla legge sui sussidi (LSu²) nell'articolo 222 capoverso 1 AP-OAVS e di riservare gli aiuti finanziari alle organizzazioni di utilità pubblica attive su scala nazionale.

Versamento degli aiuti finanziari

Secondo ALZ CH, Pro Senectute Svizzera e CRS, la modalità di versamento e di calcolo in funzione del numero di prestazioni fornite è imprecisa o inadeguata, in quanto le prestazioni sono eterogenee e non possono essere contabilizzate in maniera uniforme. Per quanto riguarda l'articolo 223 capoverso 1 AP-OAVS, Pro Senectute Svizzera chiede che gli aiuti finanziari per le prestazioni di consulenza e i corsi siano versati sotto forma di importi forfettari e che il calcolo tenga debitamente conto della diversità delle prestazioni. La CRS propone di calcolare gli aiuti finanziari per le prestazioni di cui al capoverso 1 sulla base di un indicatore e chiede, per la formazione continua di cui al capoverso 3, un importo forfettario in funzione del numero di prestazioni fornite.

² RS 616.1

Condizioni relative al volontariato

Sette Cantoni della Svizzera tedesca, le associazioni mantello dei Comuni e delle città e la maggior parte delle organizzazioni si sono espressi in merito alle disposizioni dell'articolo 223 AP-OAVS, che non sono nuove ma sono state riformulate. Sulla falsariga in particolare di Pro Senectute Svizzera, essi criticano la distinzione operata nel 2008 a seguito della NPC tra prestazioni «a domicilio» fornite da volontari, le sole che possono beneficiare di aiuti finanziari, e le prestazioni effettuate da professionisti. Alcuni, come ZH e Pro Senectute Svizzera, imputano anche all'articolo 223 capoverso 1 AP-OAVS di estendere le condizioni relative al volontariato alle prestazioni «in relazione con il domicilio». Secondo tutti questi pareri, la condizione del volontariato non può essere soddisfatta nelle circostanze attuali, dato che ricorrere al lavoro prezioso dei volontari non è sempre opportuno o possibile. Come sottolineano tra gli altri ALZ CH e VASOS - FARES, un inquadramento professionale è spesso necessario. Pro Senectute Svizzera suggerisce di riformulare il secondo periodo del capoverso 1 in modo più aperto: «Per le prestazioni fornite a domicilio o in relazione con il domicilio possono essere versati aiuti finanziari soltanto se le prestazioni sono fornite prevalentemente da volontari». Questa idea è condivisa anche da UCS, ALZ CH, CIFIC e Ssup. In alternativa, AR, SO, TG, ZH, Pro Senectute AR, Pro Senectute TG e VASOS - FARES propongono di stralciare tout court il secondo periodo del capoverso 1.

Un'ulteriore ragione a favore della soppressione o della modifica della disposizione contestata risiede nel fatto, invocato da diversi partecipanti, che la definizione di volontariato non risulta uniforme ed è, a loro avviso, interpretata in materia troppo rigida nell'ambito dell'assistenza sovvenzionata alle persone anziane. Secondo AG, SH e Pro Senectute Svizzera tra gli altri, questa definizione restrittiva di volontariato, che non consente il rimborso dei costi effettivi, limita la possibilità di coprire tali spese con un importo forfettario e non corrisponde alla pratica attuale di accordare un modesto rimborso. Con questo approccio, si rischia non solo di ostacolare il reclutamento di volontari e di dover fare a meno delle loro prestazioni, ma anche di generare spese amministrative sproporzionate per le organizzazioni. Diversi partecipanti, tra cui AR e Ssup, sollecitano dunque un indennizzo forfettario delle spese o una forma di compensazione finanziaria per i volontari. AG, SH e Ssup chiedono di conseguenza di rendere meno rigida la disposizione in questione. AG propone in particolare di adeguare l'articolo 223 capoverso 1, secondo periodo AP-OAVS stabilendo che «possono essere versati aiuti finanziari soltanto se le prestazioni sono fornite da volontari o sono indennizzate con importi forfettari e/o rimborsi spese».

Dal canto loro, CRS e ALZ CH sottolineano i costi indiretti del volontariato e chiedono di tenerne conto nel calcolo dei costi effettivi di cui all'articolo 224 capoverso 3 AP-OAVS.

Ammontare degli aiuti finanziari e limite della partecipazione della Confederazione

La modifica della regola relativa all'ammontare degli aiuti finanziari codifica nell'articolo 224 AP-OAVS una prassi già prevista nelle direttive dell'UFAS. Diversi Cantoni e la CDOS salutano il disciplinamento a livello di ordinanza, in quanto accresce la sicurezza giuridica. In generale, però, è proprio questo articolo a essere al centro delle critiche e dei pareri negativi espressi su questa parte del blocco tematico 8. Tali perplessità sono condivise da 26 partecipanti su 33 che si sono espressi al riguardo, vale a dire da quasi tutti i Cantoni e gli organismi che li rappresentano (CLASS, CDS e CDOS), da ACS, UCS e dalla maggior parte delle organizzazioni. Al centro delle preoccupazioni vi è la limitazione della partecipazione finanziaria della Confederazione al 50 per cento dei costi effettivi delle prestazioni, salvo in alcuni casi eccezionali predefiniti (art. 224 cpv. 3 AP-OAVS, secondo e terzo periodo). La maggior parte dei pareri teme un disimpegno della Confederazione e mette in guardia contro lo smantellamento delle prestazioni, e in particolare della consulenza sociale di Pro Senectute a livello cantonale, a scapito delle persone anziane più vulnerabili.

Entrando più nello specifico, le prese di posizione riguardano tre aspetti: la sussidiarietà nell'assistenza alle persone anziane, la chiave di finanziamento e, soprattutto, l'applicazione di quest'ultima alle organizzazioni e alle diverse prestazioni.

SG riconosce espressamente che la regola corrisponde alla ripartizione delle competenze, sottolineando che in linea di principio l'adeguamento è inoltre conforme alla vigente ripartizione dei compiti tra la Confederazione e i Cantoni (o i Comuni), dato che la consulenza sociale spetta principalmente ai Cantoni (o, come nel Cantone di San Gallo, ai Comuni). Questa presa di posizione non è però in alcun modo condivisa da TG e CLASS in particolare, che contestano l'interpretazione della sussidiarietà su cui si fonda la limitazione della partecipazione federale. A loro avviso, spetta alla Confederazione sovvenzionare le organizzazioni attive su scala nazionale e le organizzazioni cantonali o regionali a loro affiliate. Per numerosi partecipanti alla consultazione tra cui AR, TG, ACS, VASOS - FARES, Pro Senectute Svizzera e le sue sezioni cantonali Pro Senectute AR e Pro Senectute TG, l'inserimento nell'OAVS della regola del 50 per cento si fonda sull'ipotesi irrealistica che Cantoni e Comuni si faranno carico della parte restante dei costi. A tale proposito, AR osserva che la Confederazione parte dal presupposto che il restante 50 per cento sia assunto dai Cantoni o dai Comuni nel quadro di un'assistenza alle persone anziane delegata, ma non in tutti i Cantoni ciò corrisponde alla prassi cantonale o comunale attualmente vigente. Tramite l'ACS, i Comuni condividono questa preoccupazione ritenendo che vi sia il pericolo che una parte delle prestazioni fornite dall'assistenza privata alle persone anziane in futuro non sarà più disponibile nella medesima misura. Considerata la difficile situazione finanziaria attuale, soprattutto i Comuni con minori risorse avranno difficoltà a colmare eventuali lacune in questo campo. BE, SO, CDS e le organizzazioni cantonali Pro Senectute AR e Pro Senectute TG chiedono pertanto la soppressione pura e semplice della regola del 50 per cento, mentre altri (ACS, VASOS - FARES) auspicano espressamente che la Confederazione si faccia carico della totalità dei costi.

In generale, tuttavia, non è tanto il principio di una chiave di ripartizione a essere messo in discussione quanto piuttosto la quota prevista e, soprattutto, la sua applicazione uniforme a tutte le organizzazioni e a tutte le categorie di prestazioni. La maggior parte dei partecipanti che si sono espressi al riguardo auspica un aumento del contributo federale al 70–75 per cento o addirittura all'80 per cento (AG, GE, NW, OW, SH, TG, CIFIC e Pro Senectute Svizzera) e/o un ampliamento del catalogo di eccezioni (JU, NE, TI, VD, CDOS, CLASS, Pro Senectute Svizzera, CRS e CIFIC). Per AR e Pro Senectute Svizzera, occorre tenere conto delle differenze tra i Cantoni in termini di capacità finanziaria e struttura sociodemografica.

La richiesta di un'alternativa all'articolo proposto è innanzitutto dettata dalla preoccupazione per il finanziamento della consulenza sociale, gratuita per le persone anziane. Al riguardo, la CDOS rileva che in molti Cantoni, a seguito di questa nuova disposizione, importanti prestazioni parziali di Pro Senectute, tra cui in particolare la consulenza sociale, non potrebbero più essere interamente finanziate mediante la chiave di finanziamento attuale, ma soltanto in ragione del 50 per cento al massimo. In pratica ne risulterebbero notevoli costi supplementari soprattutto per i Cantoni latini. Concretamente, la CDOS propone di riformulare la parte relativa alle eccezioni dell'articolo 224 capoverso 3 AP-OAI: «Di regola, gli aiuti finanziari coprono al massimo il 50 per cento dei costi effettivi. Questo limite può essere aumentato fino all'80 per cento se, in assenza di un tale contributo, un'organizzazione incontrerebbe difficoltà tali da dover rinunciare a fornire determinate prestazioni che rivestono un interesse cruciale per la popolazione». CLASS condivide appieno questo parere.

Per taluni partecipanti, si tratta soprattutto di precisare che la chiave di finanziamento non va applicata a prestazioni considerate singolarmente, ma a intere categorie o al budget globale. In questo modo è possibile garantire una certa flessibilità e la compensazione tra le prestazioni che oggi dipendono in larga misura dagli aiuti federali e quelle che possono contare su altre fonti di finanziamento. UCS, ma in particolare anche Pro Senectute Svizzera e VASOS - FARES, chiedono di applicare la quota massima al budget globale, e non alle singole categorie di prestazioni o ai singoli Cantoni.

Fissazione di un importo massimo per il versamento degli aiuti finanziari

Una decina di partecipanti alla consultazione si sono espressi sull'articolo 224^{bis} AP-OAVS, che introduce nella suddetta ordinanza un meccanismo per determinare l'importo massimo a disposizione della Confederazione per il versamento degli aiuti finanziari. Il principio di un importo fissato ogni quattro anni dal Consiglio federale è generalmente condiviso; diversi Cantoni e organizzazioni, tra cui la CDOS, apprezzano il fatto che il meccanismo in questione non comporti alcuna riduzione degli aiuti rispetto ai livelli attuali. L'adeguamento al rincaro è accolto con soddisfazione, così come la presa in considerazione dell'evoluzione del bisogno come fattore supplementare di cui tenere conto. Mentre alcuni pareri favorevoli (tra cui CDOS e VD) rilevano che l'evoluzione demografica costituirà un elemento determinante ai fini della determinazione del bisogno, le organizzazioni di assistenza alle persone anziane CURAVIVA, Pro Senectute Svizzera, CRS, ALZ CH e Spitex Svizzera come pure VASOS - FARES sono più critiche e ritengono che tale fattore non debba restare implicito, ma figurare espressamente accanto all'inflazione nell'articolo 224^{bis} capoverso 1 AP-OAVS («Il Consiglio federale fissa ogni quattro anni, tenendo conto del rincaro e dell'evoluzione demografica, l'importo massimo annuo [...]»). Dal canto suo, il PSS chiede più risorse per l'assistenza alle persone anziane e auspica che sia possibile reagire alle fluttuazioni del bisogno anche a breve termine nel corso del periodo quadriennale.

Pro Senectute Svizzera e CRS reputano insufficienti le risorse destinate ai mandati per determinare il bisogno secondo l'articolo 224^{bis} capoverso 3 AP-OAVS e, pertanto, propongono di aumentarne l'ammontare all'1-3 per cento del volume complessivo annuo degli aiuti finanziari versati.

Ordine di priorità

Disposizione al centro della modifica dell'OAVS, il nuovo ordine di priorità introdotto con l'articolo 224^{ter} AP-OAVS ha suscitato relativamente pochi commenti: soltanto sei organizzazioni si sono infatti pronunciate al riguardo. CURAVIVA e Spitex Svizzera approvano espressamente l'ordine di priorità, che privilegia i lavori di coordinamento e sviluppo condotti su scala nazionale. Secondo Pro Senectute Svizzera, CRS e CIFC, occorre invece dare la precedenza alle prestazioni che vanno direttamente a beneficio delle persone anziane. A tale proposito, Pro Senectute Svizzera afferma che, pur riconoscendo l'importanza dei lavori di coordinamento e sviluppo, Pro Senectute è fermamente convinta che occorra dare la priorità ai finanziamenti per le prestazioni individuali destinate agli anziani e, soprattutto, alle persone vulnerabili. Le organizzazioni in questione propongono di conseguenza di modificare l'ordine di priorità di cui all'articolo 224^{ter} capoverso 1 AP-OAVS e di collocare al primo posto le prestazioni di consulenza per le persone anziane e i loro familiari, seguite dalle ulteriori prestazioni destinate in particolare a persone vulnerabili. Per contro, ALZ CH suggerisce di mantenere il coordinamento al primo posto, seguito dalle prestazioni di consulenza.

3.9 Pareri in merito al blocco tematico 9: altre misure della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI

3.9.1 In generale

Il blocco tematico 9 include adeguamenti di ordinanze correlati alla revisione della LAI che non presentano però un minimo comun denominatore. Pertanto si rinuncia a una sintesi relativa all'intero blocco tematico.

3.9.2 In dettaglio

Convenzioni di collaborazione con le associazioni mantello del mondo del lavoro (art. 98^{ter} e 98^{quater} AP-OAI)

In merito alle convenzioni di collaborazione si sono espressi 38 partecipanti alla consultazione, di cui 23 si associano al parere di IH oppure a quello dell'Associazione Cerebral Svizzera, che a sua volta si rifà alla presa di posizione di IH. IH sottolinea che gli obiettivi d'integrazione possono essere completamente raggiunti soltanto se l'assunzione di persone con disabilità diventa vincolante per i datori di lavoro sia pubblici sia privati, cui andrebbe imposto un obbligo d'impiego. La stessa richiesta viene espressamente avanzata anche da AGILE, IS, IPT, Profil e IDA Sozialversicherungen, che deplora che la Confederazione, e in particolare il Parlamento, abbia rinunciato, a differenza di quanto avvenuto ad esempio in Germania e in Austria, a imporre condizioni chiare alle PMI e alle imprese più grandi per quanto concerne la permanenza e la reintegrazione nel mercato del lavoro delle persone uscite dal processo lavorativo. A proposito delle quote e del crescente consenso nei loro confronti, Travail.Suisse afferma che per la medesima e per INSOS è cruciale che la questione dell'integrazione venga affrontata in maniera vincolante dalle parti sociali in collaborazione con le associazioni dei disabili. Sotto ogni punto di vista, le soluzioni concordate tra le parti sociali risultano molto più promettenti delle quote, sia per i datori di lavoro che per i lavoratori. Per Travail.Suisse, la formulazione dell'articolo 98^{ter} AP-OAI dovrebbe però essere molto più vincolante. Travail.Suisse e USS auspicano inoltre la convocazione di un incontro tra tutte le associazioni mantello delle parti sociali per fare un'analisi riguardo a possibili progetti congiunti per l'integrazione delle persone con disabilità.

CURAVIVA e INSOS negano l'esistenza di ostacoli tecnici od organizzativi che impediscano la conclusione di convenzioni con attori non presenti in tutto il Paese e considerano questa limitazione addirittura come una violazione del principio di legalità. Pertanto entrambe le organizzazioni chiedono lo stralcio dell'articolo 98^{ter} capoverso 2 AP-OAI. CURAVIVA e INSOS ritengono altresì che le convenzioni di collaborazione dovrebbero avere un carattere più vincolante. Per accrescere l'efficacia di questo strumento di partenariato sociale, le due organizzazioni auspicano che l'UFAS accompagni il relativo processo nei singoli casi. Travail.Suisse e INSOS propongono che le convenzioni di collaborazione vengano concluse da almeno un'associazione dei lavoratori e una dei datori di lavoro.

In linea generale, l'ASE sostiene espressamente le convenzioni di collaborazione. Per CURAVIVA, l'attribuzione della responsabilità per la conclusione di convenzioni di collaborazione al DFI e dei relativi compiti amministrativi e operativi all'UFAS è opportuna e giuridicamente lecita; inoltre (come INSOS) approva il previsto obbligo di consultare preventivamente la Commissione federale AVS/AI. Secondo INSOS, l'applicabilità della legge sui sussidi garantisce che gli aiuti finanziari vengano utilizzati in maniera conforme allo Stato di diritto. Anche il Netzwerk Enthinderung plaude alle disposizioni in questione, ma sottolinea che occorre evitare il sovvenzionamento trasversale delle associazioni a scapito delle persone con disabilità e dell'AI, e auspica una collaborazione con le associazioni e organizzazioni dell'ambito delle risorse umane. L'USI si rallegra del fatto che le disposizioni dell'ordinanza lascino ai datori di lavoro sufficiente libertà per quanto concerne le convenzioni di collaborazione e chiede che

questa venga imperativamente mantenuta: le convenzioni di collaborazione non devono essere in alcun modo strumentalizzate per imporre obblighi ai datori di lavoro (come quote in materia d'integrazione o simili) che vadano oltre la collaborazione pattuita.

Per la FER, le convenzioni di collaborazione e, di conseguenza, anche le relative disposizioni di ordinanza sono inutili, in quanto dai datori di lavoro e dai loro rappresentanti non si possono pretendere sforzi a favore dell'integrazione delle persone con disabilità che non siano volontari.

Indennità giornaliera dell'AD (art. 120a AP-OADI)

Sul tema «indennità giornaliera dell'AD» si sono espressi SG e VS. Mentre SG non ravvisa criticità nella modifica, VS ne approva il principio e la conseguente collaborazione tra l'AD e l'AI, ma sottolinea che essa comporta oneri amministrativi supplementari per le casse di compensazione e richiede un coordinamento con le prestazioni complementari.

Locali (art. 56 cpv. 2 AP-OAI)

Per UR, nell'articolo 56 capoverso 2 AP-OAI non è chiaro se anche il semplice affitto possa essere considerato usufrutto. La concessione di un usufrutto sui locali per gli organi d'esecuzione non è per forza nell'interesse di compenswiss. Secondo AG, il nuovo capoverso 2 legittima l'influenza esercitata dall'UFAS.

Legittimazione (art. 66 cpv. 1^{bis} e 2 AP-OAI)

GL, GR, OW, UR e CUAJ segnalano un errore formale nell'articolo 66 capoverso 1^{bis} AP-OAI, mentre santésuisse sottolinea che, per ragioni legate alla protezione dei dati, le informazioni fornite devono limitarsi al diritto fatto valere.

Imprese ai sensi dell'articolo 68^{quinquies} LAI (art. 98^{bis} AP-OAI)

BE chiede di conformare il commento all'articolo 98^{bis} AP-OAI al contenuto dell'articolo, ossia di specificare che la responsabilità è limitata al mercato del lavoro primario.

3.10 Pareri in merito al blocco tematico 10: misure non legate alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI

3.10.1 In generale

Il blocco tematico 10 include adeguamenti di ordinanza non correlati alla revisione della LAI. Poiché si tratta di modifiche relative a singoli temi distinti che non possono essere ricondotti a un unico minimo comun denominatore, come nel capitolo 3.9 si rinuncia a una sintesi relativa all'intero blocco tematico.

3.10.2 In dettaglio

Spese di amministrazione (art. 53 cpv. 1 e 2 e 55 cpv. 1 AP-OAI)

In merito alle spese di amministrazione sono pervenuti 11 pareri. GR è favorevole al nuovo modello di gestione delle spese di amministrazione incentrato su un budget globale e una pianificazione pluriennale. Inoltre chiede che in futuro il numero di richieste costituisca un fattore determinante per il calcolo delle spese in questione e richiama l'attenzione sulle proprie esigenze specifiche (dimensioni del territorio cantonale, trilinguismo). SO approva gli strumenti di pianificazione proposti e l'introduzione di un periodo di pianificazione progressivo quadriennale, rilevando che, grazie soprattutto alla separazione della pianificazione dalla pianificazione aziendale e degli investimenti e alla conseguente eliminazione dell'importo forfettario per le TIC per posto di lavoro a tempo pieno, gli uffici AI possono investire nella digitalizzazione e nello sviluppo di nuovi canali di comunicazione con gli utenti al passo con i tempi.

Per AG, la formulazione più generica dell'articolo 53 capoverso 2 AP-OAI estende il margine di manovra dell'UFAS a livello di direttive e, eventualmente, ne amplia l'attività di sorveglianza finanziaria, ma costituisce anche la positiva premessa per un budget globale e per le opportunità offerte dalla sicurezza nella pianificazione. AG rileva che, a seconda del grado di dettaglio (posizioni singole o stima globale), l'onere supplementare per gli uffici AI sarà ridotto o notevole. Per quanto concerne il budget globale, CUIAI, OW, GL, GR, TG VS e NE auspicano che le direttive siano elaborate in modo tale da attribuire la necessaria libertà imprenditoriale agli uffici AI. Anche per JU, le direttive in questione devono lasciare agli uffici AI un margine di manovra che ne garantisca l'autonomia. CUIAI, BE, OW, SH, GR, TG, VS e NE rilevano che dal rapporto esplicativo si desume che i documenti necessari sono messi congiuntamente a disposizione dagli uffici AI e dalle casse di compensazione. Poiché l'avamprogetto menziona soltanto gli uffici AI, si ha però l'impressione che le casse di compensazione non abbiano più alcun compito. Questi partecipanti chiedono pertanto la seguente aggiunta: «Gli uffici AI, in collaborazione con le casse di compensazione che tengono la contabilità, devono sottoporre all'UFAS per approvazione [...]».

L'UDC si oppone a un finanziamento delle spese di amministrazione tramite un budget globale (pluriennale).

Contributo per l'assistenza

Tutti i partecipanti che si sono espressi al riguardo approvano i cambiamenti previsti, ossia l'aumento degli importi forfettari per il servizio notturno, la possibilità di usufruire di prestazioni di consulenza ogni tre anni e le disposizioni transitorie.

AG condivide le modifiche previste concernenti il contributo per l'assistenza.

Cap-Contact faitière critica la prassi di certi uffici AI della Svizzera romanda in materia di determinazione dei bisogni di assistenza di notte e di giorno, sottolineando che qualunque miglioramento nell'ambito del contributo per l'assistenza deve essere accompagnato da una sensibilizzazione sui reali bisogni degli assicurati e dal loro riconoscimento da parte del personale competente degli uffici AI. Cap-Contact faitière esige che il miglioramento delle prestazioni non rimanga sulla carta e trovi applicazione nella realtà.

I gruppi regionali di insieme Cerebral (Zugo, Argovia, Ginevra, Vallese e Neuchâtel) e SBH sottolineano che neanche i salari diurni per gli assistenti sono in alcun modo conformi al mercato. Le retribuzioni troppo basse ostacolano notevolmente il reclutamento di persone competenti e favoriscono una forte fluttuazione del personale, il che accresce ulteriormente i già eccessivi oneri amministrativi nel campo dell'assistenza.

Coraasp chiede che, nel quadro del contributo per l'assistenza, sia consentita l'assunzione, come assistenti e consulenti, di esperti in supporto tra pari (ESP), ossia di persone che hanno sofferto di problemi psichici e li hanno superati e che, dopo un'apposita formazione, possono prestare aiuto e sostegno ad altre persone con problemi di salute mentale e/o disabilità.

Sottolineando che i contributi per l'assistenza e gli importi forfettari per il servizio notturno sono molto bassi, l'ASE deplora lo scarso apprezzamento per il lavoro di assistenza e cura.

Adeguamento degli importi forfettari per il servizio notturno (art. 39f cpv. 1–3 AP-OAI)

Nove Cantoni (OW, NW, BS, SH, TI, VS, NE, JU e GE) e la CDOS approvano l'adeguamento degli importi forfettari per il servizio notturno, in quanto consente di rispettare il CNL modello della SECO senza attingere al proprio patrimonio personale o ricorrere a deroghe nel contratto di lavoro e, al tempo stesso, di migliorare le condizioni di lavoro degli assistenti. Secondo GE, la soluzione proposta favorisce anche il mantenimento dell'assistenza per le persone che ne hanno bisogno durante la notte. SH rileva però che, a causa della mancanza di coordinamento tra il CNL modello e i vigenti importi forfettari ridotti per il contributo di assistenza, si è creato un «gap finanziario», in particolare per quanto concerne la remunerazione del servizio notturno. Questo divario non va scaricato né sui diretti interessati né sui Cantoni, poiché in entrambi i casi ne conseguirebbe una penalizzazione e, dunque, una riduzione delle prestazioni di assistenza, il che sarebbe in contraddizione con gli attuali obiettivi di individualizzazione, autonomia e inclusione e, pertanto, con la CDPD.

UR suggerisce di introdurre nella disposizione un automatismo legato all'evoluzione dei prezzi e dei salari.

L'UDC approva la soluzione proposta, perché favorisce l'assistenza a domicilio delle persone anziane e con un danno alla salute.

Anche ACS e UCS salutano l'aumento degli importi forfettari notturni per il contributo per l'assistenza.

L'USS si rallegra del fatto che il Consiglio federale abbia colto l'occasione per mettere in pratica le conoscenze acquisite nell'ambito della valutazione del contributo per l'assistenza, ma reputa inaccettabile che non vengano garantite in ogni caso le condizioni del CNL modello per il personale domestico. L'USS chiede di tenere maggiormente in considerazione gli interessi degli assistenti e di non favorire, tramite il contributo per l'assistenza dell'AI, condizioni d'impiego per queste persone ancora più precarie di quelle del CNL modello.

PES, CURAVIVA, ASPS, Spitex Svizzera, IH e altri nonché altri partecipanti alla consultazione, tra cui ACS, UCS e VASOS - FARES, condividono l'adeguamento degli importi forfettari per il servizio notturno e il fatto di aver preso a riferimento il CNL modello. Essi chiedono però anche di riprendere il supplemento del 25 per cento per l'assistenza notturna attiva previsto dal CNL modello e fanno notare che gli importi massimi per il contributo per l'assistenza dovranno essere aumentati all'entrata in vigore della riforma della previdenza professionale (LPP 21). Inoltre auspicano che la tariffa per le prestazioni di aiuto che richiedono qualifiche particolari (qualifica B) venga estesa anche agli ambiti «compimento degli atti ordinari della vita» e «partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero».

InVIE dual concorda con queste tre richieste e sollecita anche l'assunzione dei costi per l'affitto di una camera per gli assistenti.

Cap-Contact faitière condivide le richieste inerenti al supplemento del 25 per cento per l'assistenza attiva notturna e all'applicazione della tariffa per le qualifiche particolari a ulteriori ambiti e chiede che le persone con disabilità, in qualità di datori di lavoro, possano versare ai propri

assistenti salari equi e competitivi in linea con le condizioni del CNL modello e con eventuali salari minimi cantonali più elevati.

Anche il graap è del parere che la tariffa per le qualifiche particolari vada estesa ad altri ambiti e si aspetta che gli importi forfettari per il servizio notturno verranno precisati a livello di circolare e si baseranno sulle proposte del gruppo di lavoro Assistenza dell'UFAS.

I gruppi regionali di insieme Cerebral Zugo, Argovia, Ginevra, Vallese e Neuchâtel, CIFC, dra-vetsuisse, fsrmm, Verein Morbus Wilson e ProRaris appoggiano l'aumento degli importi forfettari per il servizio notturno e deplorano la rinuncia al supplemento del 25 per cento previsto dal CNL modello della SECO, che deprime salari già di per sé bassi. Gli ultimi tre partecipanti sottolineano inoltre che gli importi proposti non vanno bene in tutti i casi, dato che esistono assistenti che lavorano attivamente anche per più di tre ore a notte.

ASPS e Spitex Svizzera lamentano che l'innalzamento dell'importo massimo per il servizio notturno a 160.50 franchi a notte per bambini e giovani con patologie complesse che richiedono molti interventi difficili non è sufficiente: in questi casi vanno previsti come minimo 320–350 franchi.

Il Netzwerk Enthinderung lamenta che la tariffa per il servizio notturno stabilita dall'articolo 39f capoverso 3 AP-OAI è troppo bassa rispetto agli altri settori, per cui i costi effettivi non potrebbero essere coperti. L'ammontare del contributo per l'assistenza dovrebbe essere tale da consentire il versamento di salari conformi agli standard locali e settoriali, in modo da evitare che gli assistenti vengano penalizzati dal fatto di avere come datore di lavoro una persona con un danno alla salute.

Pur salutando l'adeguamento degli importi forfettari per il servizio notturno, NOVEOS e VASOS - FARES rilevano che continueranno a esserci casi in cui le prescrizioni del CNL modello non potranno essere rispettate.

Fatturazione degli importi forfettari per il servizio notturno (art. 39i cpv. 2–2^{ter} AP-OAI)

Dieci Cantoni (BE, SZ, OW, NW, GL, SH, GR, TG, VS e NE) e la CUIAI fanno notare che l'espressione «si può fatturare al massimo l'importo forfettario previsto per il servizio notturno» lascia intendere che si possa fatturare anche una cifra inferiore. In tal caso però non si tratterebbe più di un importo forfettario, ma di un importo massimo. Nell'articolo 39i capoverso 2^{bis}, i suddetti partecipanti chiedono pertanto di precisare che «si può fatturare esclusivamente l'importo forfettario previsto per il servizio notturno». JU condivide tale parere ma chiede lo stralcio puro e semplice del primo periodo del capoverso. I partecipanti in questione sottolineano inoltre che tale aspetto va distinto dalla determinazione dell'ammontare dell'importo forfettario. L'importo menzionato all'articolo 39f capoverso 3 AP-OAI costituisce indubbiamente un importo massimo, che non può essere superato dall'ufficio AI che stabilisce l'importo forfettario.

Sette dei Cantoni summenzionati (SZ, VS, NW, NE, GL, GR e AG) e la CUIAI danno per scontato che la persona debba trovarsi sul posto, il che però non emerge chiaramente dalla formulazione della disposizione. Per questa ragione, essi suppongono che verrebbe applicato molto spesso il capoverso 2^{ter}.

Sette Cantoni (SZ, VS, NW, NE, GL, GR e TG) e la CUIAI denunciano una netta disparità di trattamento per le persone che sfruttano appieno gli importi forfettari per il servizio notturno e l'alto rischio di abusi che ne consegue. A loro parere, andrebbero dunque rimborsati soltanto gli interventi effettivamente compiuti oppure stabiliti requisiti più severi. In base alle circolari vigenti, attualmente viene considerata soltanto la durata effettiva dell'intervento. Se tuttavia da un lato si presuppone che un'assistenza notturna sia necessaria, ma dall'altro in caso di mancato utilizzo essa può essere «sfruttata» anche di giorno, si crea una discrepanza e la necessità di un importo forfettario per il servizio notturno è fortemente messa in dubbio. L'esperienza dimostra che i medici curanti spesso rilasciano certificati «compiacenti» per l'assistenza notturna, che poi non viene sfruttata appieno. I suddetti partecipanti temono che in molti casi debba essere concessa l'assistenza notturna senza che le relative prestazioni vengano poi fornite davvero. L'elevato importo non utilizzato sarebbe quindi fatturato per il giorno, il che

equivale a un evidente trattamento di favore per le persone che hanno diritto all'assistenza notturna. Unitamente ad AI, essi chiedono di rimborsare l'importo forfettario per il servizio notturno soltanto se si è effettivamente usufruito di esso o, in alternativa, di rimborsare l'utilizzo del suddetto importo durante il giorno soltanto in base alla tariffa diurna.

VD sottolinea che si tratta di una modifica importante e che occorrerà pure informare gli assicurati di questa nuova possibilità che darà loro maggiore flessibilità.

PES, IH e altri e ulteriori interessati sono favorevoli alla possibilità di impiegare in maniera più flessibile gli importi forfettari per il servizio notturno.

Consulenza (art. 39j cpv. 2 e 3 AP-OAI)

Tutti i 70 pareri espressi su questo articolo approvano il fatto che in futuro il contributo per prestazioni di consulenza potrà essere percepito ogni tre anni. Tra i favorevoli figurano 11 Cantoni (OW, NW, SH, AI, GE, NE, JU, ZG, VS, VD e TI), un partito politico (PES), l'UCS e numerose altre organizzazioni interessate, tra cui INSOS, Cap-Contact faitière e CURAVIVA.

Secondo CDOS, OW, NW, SH, AI, GE, JU, ZG e NE, il contributo massimo di 75 franchi all'ora è però ancora troppo basso. Essi ritengono infatti pressoché impossibile fornire una consulenza professionale qualificata a questa tariffa, dato che il relativo costo effettivo è probabilmente doppio, e dunque chiedono di adeguare l'importo orario alla realtà tenendo conto dei costi di riferimento per prestazioni di consulenza di questo tipo (i primi sei Cantoni citati e la CDOS suggeriscono ad esempio di basarsi sul costo orario delle consulenze personali fornite dagli uffici AI). Anche VD è dell'avviso che il contributo massimo di 75 franchi all'ora sia insufficiente e, basandosi sulle tariffe orarie in ambito medico (circa 180 franchi all'ora), giuridico (perlomeno 150 franchi all'ora) e nel settore dell'accompagnamento (circa 120 franchi all'ora), suggerisce un tetto di 150 franchi per i consulenti indipendenti e di 100 franchi per quelli salariati.

PES nonché IH e altri chiedono di evitare che la necessità per l'assicurato di «motivare in modo plausibile il suo rinnovato bisogno di consulenza» faccia sì che la prestazione di fatto venga accordata soltanto in misura ridotta oppure negata e/o che vi siano forti differenze nella prassi in materia tra un Cantone e l'altro. Dal canto suo, Cap-Contact faitière chiede che questa condizione di fornire una motivazione plausibile venga cancellata del tutto.

ASPS e Spitex Svizzera chiedono che i genitori di minorenni vengano equiparati agli adulti che usufruiscono di prestazioni di assistenza e che, di conseguenza, anch'essi possano beneficiare del contributo previsto dalla legge per la consulenza sul contributo per l'assistenza.

La CIFIC si rallegra di questa modifica che offre un sostegno alle persone con disabilità nel loro ruolo di datori di lavoro, sottolineando come tale sostegno sia fondamentale anche per i familiari, in quanto spesso sono proprio questi ultimi a occuparsi del lavoro amministrativo legato all'impiego di personale privato.

Revisione dell'importo del contributo per l'assistenza per il servizio notturno (disposizioni transitorie, lett. d AP-OAI)

PES e IH e altri sono favorevoli all'adeguamento dell'importo del contributo per l'assistenza per il servizio notturno dal momento dell'entrata in vigore della modifica. Siccome la modifica riguarda unicamente l'ammontare dell'importo, secondo AGILE e altre organizzazioni non occorre rivedere le condizioni di assegnazione. INSOS, CURAVIVA e VASOS - FARES danno per scontato che gli uffici AI provvederanno di propria iniziativa a rivedere di conseguenza i casi in essere.

Nuova proposta avanzata dai partecipanti alla consultazione

Entlastungsdienst Schweiz e le relative associazioni regionali (Entlastungsdienst ZH, Entlastungsdienst AG/SO, Entlastungsdienst SG), Entlastungsdienst Innerschwyz ed Entlastungsdienst Ostschweiz chiedono di concedere ai beneficiari di contributi per l'assistenza la possibilità di assumere i propri assistenti tramite un'organizzazione senza scopo di lucro.

Spese di viaggio

VD deplora il mantenimento del capoverso 5 dell'articolo 90 OAI, relativo alla concessione di buoni per i trasporti pubblici. Tale prassi è considerata anacronistica alla luce dell'evoluzione tecnologica e della soppressione degli sportelli FFS. Numerose organizzazioni private d'aiuto agli invalidi, tra cui IPT, ProRaris, graap, Verein Morbus Wilson e dravetsuisse, approvano l'abrogazione della disposizione relativa ai tragitti nel raggio locale, che pone rimedio alla disparità di trattamento insita nella regolamentazione attuale. Unitamente ad AGILE, hiki, IH, Pro Infirmis, Procap, Lega polmonare svizzera e a numerose altre organizzazioni il cui parere si rifà alla presa di posizione di IH o AGILE, chiedono inoltre di allineare l'ammontare del viatico (art. 90 cpv. 4 OAI) al rincaro intervenuto dal 1992, di procedere d'ora in poi a verifiche regolari (p. es. ogni cinque anni) e, all'occorrenza, di adeguare gli importi in questione. Rinviando alla presa di posizione di IH, anche Travail.Suisse condivide questa richiesta.

Destinatari del preavviso (art. 73^{bis} cpv. 2 lett. g e h AP-OAI)

Tra i 18 partecipanti che si sono espressi al riguardo, oltre due terzi sono Cantoni (UR, SZ, OW, GL, SO, GR, AG, TG, VD, VS, NE, GE e JU). Secondo UR e CUIAI, i destinatari del preavviso di cui all'articolo 73^{bis} capoverso 2 AP-OAI vanno distinti tra quelli con e quelli senza qualità di parte, in modo da chiarire che i medici curanti e gli agenti esecutori non possono presentare obiezioni, sebbene da poco i preavvisi in materia di provvedimenti di reintegrazione debbano essere notificati anche a questi ultimi. Diversi Cantoni (SZ, OW, GL, SO, GR, TG, VS e NE) fanno notare che – nella versione tedesca – la terminologia dell'avamprogetto di ordinanza non corrisponde a quella del rapporto esplicativo, e chiedono di chiarire se si tratta di «provvedimenti di reintegrazione» (versione tedesca dell'ordinanza) o di «provvedimenti d'integrazione» (rapporto esplicativo). Ai fini di una maggiore chiarezza e di una migliore comprensione, auspicano pertanto l'inserimento di un rinvio all'articolo 8a LAI. I suddetti partecipanti fanno inoltre notare che, in caso di rifiuto di prestazioni, la notifica del preavviso non migliora la collaborazione con il medico curante, ma piuttosto accresce la quota delle obiezioni e gli oneri amministrativi. Per migliorare la collaborazione, essi propongono invece di notificare l'assegnazione di provvedimenti di reintegrazione ai fornitori di prestazioni, in modo che questi ultimi siano informati in dettaglio sul tipo, sulla durata e sul contenuto dei provvedimenti in questione. Non da ultimo sotto il profilo del diritto in materia di protezione dei dati, si dubita che una disposizione a livello di ordinanza sia sufficiente per una comunicazione di dati in questi casi. AG deplora che, nell'ambito della reintegrazione, il preavviso sia notificato al medico curante soltanto in caso di rifiuto di prestazioni o di accettazione parziale della richiesta di prestazioni. Se le prestazioni sono invece concesse per intero, ci si limita a una semplice comunicazione poiché non occorre una decisione con relativo preavviso. AG auspica che questa discrepanza venga corretta; JU è di parere simile. VD e GE si oppongono alla proposta di notificare il preavviso ai medici curanti. Oltre a paventare l'aumento degli oneri amministrativi, menzionato anche da altri Cantoni, VD sottolinea che il progetto di modifica introduce un'incertezza giuridica soprattutto per quanto riguarda il ruolo del medico curante che è deplorabile, a maggior ragione se si considera che la scadenza di 30 giorni per reagire a un preavviso dall'inizio del 2021 costituisce un termine che non può essere prorogato. A suo avviso, bisogna evitare che gli assicurati facciano affidamento sul loro medico curante per reagire e lascino passare involontariamente il termine per opporsi al preavviso. A tale proposito si è espresso anche GE, rilevando che non vi è ragione di notificare la bozza di decisione al medico curante, visto l'onere amministrativo che tale invio costituisce per l'ufficio AI, specialmente qualora, come sovente accade, vi siano più medici curanti. Ciò vale in particolare in caso di decisioni

di rifiuto di una rendita o di provvedimenti professionali, se questi ultimi non sono mai stati possibili a causa dello stato di salute. L'assicurato stesso può tranquillamente sollecitare il proprio medico curante nel quadro dell'audizione, se reputa necessario che quest'ultimo esprima il suo parere in merito al diritto a provvedimenti professionali.

Per AGPP, Dr. med. Klaus Begle, FMPP e ZGPP è importante che, grazie al preavviso, è possibile presentare rapidamente delle obiezioni. A loro parere, eventuali rifiuti vanno chiariti in maniera molto più sistematica mediante consultazioni con i medici, e pertanto i preavvisi con segnalazione della possibilità di opposizione devono costituire uno standard vincolante. Occorre peraltro prestare attenzione a non portare la procedura su un piano giuridico prima di aver svolto un'approfondita discussione medica.

3.11 Ulteriori richieste avanzate

Oltre a pronunciarsi sulle disposizioni d'esecuzione relative alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, taluni partecipanti alla consultazione hanno anche avanzato alcune richieste supplementari.

Diritto alla rifusione delle spese cagionate da servizi di terzi (art. 9 OMAI)

42 organizzazioni private d'aiuto agli invalidi (AGILE, Aiuto Aids svizzero, autismo svizzera, avanti donne, debra, Elpos, Fragile Suisse, GELIKO, GREA-CRIAD, IH e altri, Lega svizzera contro il cancro, Muskelkrank und lebensstark, NOVEOS, Procap, Profil, Réseau Romand ASA, ASP, CAB, Lega polmonare svizzera, Società SM, Cerebral, ASGBA, SBH, USC, UCBCIECHI, Sonos, SAR, VASOS - FARES) e il PES avanzano le due richieste esposte di seguito. 1. Per rendere accessibili i provvedimenti di reinserimento e orientamento professionale al maggior numero possibile di assicurati, prestazioni di terzi come ad esempio l'interpretariato nella lingua dei segni devono essere possibili anche per questi provvedimenti. 2. Per consentire alle persone con disabilità che, per esercitare la loro attività professionale, dipendono da prestazioni di terzi in misura variabile a seconda delle circostanze (vacanze, più riunioni, ore supplementari, lettura di testi di un certo volume), urge maggiore flessibilità nel finanziamento delle prestazioni di terzi, ad esempio mediante un rimborso annuo. AGILE, Lega polmonare svizzera, VASOS - FARES e Pro audit Svizzera sottolineano inoltre che, a seconda del grado di occupazione e della forma di impiego, l'importo attuale di 1793 franchi al mese non è sufficiente (e in parte impedisce anche un avanzamento di carriera) a coprire i costi effettivi delle prestazioni di terzi. Le tariffe orarie stabilite dagli uffici AI per le prestazioni di terzi sono in parte considerate di gran lunga troppo basse e da rivedere urgentemente.

Prossima revisione dell'AI

Diversi partecipanti auspicano che si proceda presto a una nuova revisione dell'AI. Da un lato tale richiesta si fonda sulla constatazione che le disposizioni d'esecuzione proposte sono estremamente complesse e presentano un'elevata densità normativa, il che rende l'OAI ancora meno chiara e di più difficile lettura. Secondo NW, AI, SG, VS, NE, GE e CDOS, a medio termine è indispensabile rivedere la struttura dell'OAI sotto il profilo formale, in quanto essa diventa sempre più confusa per i destinatari. Per rimediare a tale problema, TI non sollecita invece una revisione totale, ma propone piuttosto di «rivedere la struttura dell'ordinanza provvedendo ad abrogare le norme che hanno carattere direttivo e di introdurle in una circolare». A tale proposito, vari Cantoni, tra cui NE, constatano che le nuove disposizioni sono contrarie allo spirito della 5ª revisione dell'AI, che intendeva privilegiare l'azione e la comunicazione nei confronti degli assicurati riducendo al minimo le pratiche amministrative; a loro avviso, la sovraregolamentazione prevista va infatti nella direzione opposta. Secondo NE, bisogna contenere maggiormente la densità normativa dell'OAI. USI e CP sottolineano invece con forza che la presente revisione non risolve i problemi strutturali e soprattutto finanziari dell'AI. Al fine di garantire un risanamento vero e proprio dell'AI, occorrono misure strutturali a lungo termine nel quadro di una nuova immediata revisione della LAI all'insegna del risparmio. L'UCS infine sottolinea che il travaso dall'AI all'aiuto sociale, causato dal cambiamento di paradigma delle ultime revisioni dell'AI (da un'assicurazione di rendite a un'assicurazione per l'integrazione), rappresenta un aggravio per l'aiuto sociale e, di conseguenza, anche per le città. Oltre all'aumento del numero di beneficiari, i servizi sociali devono anche fare i conti con più persone con gravi problemi di salute che necessitano di un sostegno prolungato. Le future riforme dell'AI dovranno tenere conto di tali circostanze, riconoscere i limiti dei provvedimenti d'integrazione e assicurare efficacemente le persone che, per via dei propri problemi di salute, non sono in grado di lavorare o possono essere inserite nel mercato del lavoro soltanto in misura ridotta. Cap-Contact faitière condivide questa richiesta e, unitamente all'ACS, auspica che la pressione attuale sui costi venga alleviata mediante il rimborso del debito dell'AI nei confronti dell'AVS.

Fabbisogno di risorse

Diversi partecipanti alla consultazione, tra cui in particolare la CUIAI e i Cantoni OW, LU, GL, SH, TG, TI e VS, si sono espressi sul tema delle risorse: «i nuovi compiti devono essere implementati con competenza e professionalità. Ciò richiede risorse umane e finanziarie adeguate. Il disegno di legge non può più essere equiparato al messaggio originale perché il Parlamento ha adottato alcune modifiche supplementari che hanno un maggiore impatto sulla sua attuazione. Questi cambiamenti non sono stati considerati nei calcoli delle risorse contenuti nel messaggio». NE e GR auspicano che gli uffici AI siano dotati di risorse finanziarie adeguate, il che implica che l'insieme dei cambiamenti previsti venga preso in considerazione in un nuovo calcolo delle risorse. Di parere simile è anche SZ: per fare in modo che il suo ufficio AI cantonale possa continuare a contribuire attivamente al raggiungimento degli obiettivi, l'UFAS deve mettere a disposizione sufficienti risorse finanziarie e di personale. Il Cantone summenzionato è favorevole a un sistema dinamico, che tenga debitamente conto delle mutate richieste del legislatore e del numero di casi assicurativi.

Secondo la CCCC, invece, le disposizioni d'esecuzione non comportano ripercussioni finanziarie aggiuntive rispetto a quelle derivanti dalla revisione della LAI.

La ZGPP sottolinea infine che gli psichiatri locali percepiscono in modo molto netto le conseguenze dei cambiamenti sociali in generale e delle ultime revisioni dell'AI in particolare: i casi di rendite rifiutate in sede preliminare dagli addetti dell'AI oppure dopo una perizia non vengono rilevati. Per questo motivo occorre preventivare i costi per un adeguato aumento del numero di nuove rendite.

Mercato del lavoro equilibrato, quote

AGILE e altri partecipanti alla consultazione, tra cui Profil, hiki, RDAF, schadenanwälte, ProRaris, Verein Morbus Wilson, dravetsuisse e fsmm criticano la nozione di «mercato del lavoro equilibrato», ritenendo che per le persone con problemi di salute è impossibile affermarsi sul mercato del lavoro reale, una circostanza che sarà resa ancora più evidente dalle ripercussioni della pandemia di COVID-19. Anche l'USS ammonisce che il «mercato del lavoro equilibrato» non corrisponde alla situazione effettiva. A tale proposito, IH, Procap e INSOS affermano che la nozione di «mercato del lavoro equilibrato» si sta viepiù tramutando in un concetto astratto e teorico sempre più lontano dal mercato del lavoro reale. Secondo IS, il cosiddetto mercato del lavoro equilibrato per le persone con disabilità è praticamente inesistente e rischia di rimanere un costrutto teorico per i prossimi cinque–dieci anni, se i datori di lavoro non considereranno in misura crescente l'integrazione di queste persone come un mandato sociale vincolante. INSOS e Aiuto Aids svizzero esprimono scetticismo nei confronti della linea odierna dell'AI, che privilegia il mercato del lavoro primario: siccome il mercato del lavoro odierno tuttora non può essere considerato inclusivo, è importante perpetuare e sviluppare anche offerte in un ambiente protetto. Tale esigenza è condivisa anche da SBH, Lega svizzera contro il cancro, GELIKO e Lega polmonare svizzera, che sono favorevoli a porre in linea di massima l'accento sul mercato del lavoro primario. A loro avviso, però, laddove necessario occorre continuare a considerare l'ambiente protetto.

Varie organizzazioni private d'aiuto agli invalidi e AGILE deplorano che le rendite AI vengano concesse soltanto a partire da un grado d'invalidità pari almeno al 40 per cento e la mancanza di obblighi per i datori di lavoro. Travail.Suisse rileva che dal 2004 (anno di entrata in vigore della LDis) le opportunità di lavoro delle persone con disabilità non sono sostanzialmente migliorate, il che dà forza alla richiesta di introdurre delle quote. A tale proposito, il Netzwerk Enthinderung chiede l'adozione di quote minime obbligatorie per le grandi aziende e un relativo monitoraggio efficace. INSOS ritiene invece che le soluzioni concordate tra le parti sociali siano più promettenti delle quote.

Digitalizzazione

Alcuni partecipanti alla consultazione hanno sollevato il tema della digitalizzazione. AG deplora che non sia stata colta l'occasione per promuovere la digitalizzazione (p. es. soluzioni basate su piattaforme) e l'automatizzazione (p. es. coordinamento tra diverse assicurazioni sociali), favorendo così l'attuazione rapida, semplice ed efficace dei processi. Secondo AG, una digitalizzazione sistematica semplificherebbe l'attuazione e consentirebbe decisioni più rapide, il che può influire positivamente sulle spese di esecuzione e frenare il costante aumento dei costi. CUIA, OW, GR e SH sottolineano di essere pronti ad adoperarsi per un'attuazione efficiente della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI avvalendosi di soluzioni digitali. La digitalizzazione tuttavia può essere promossa e messa efficacemente in atto soltanto se gli uffici AI verranno dotati delle necessarie risorse finanziarie. Il Netzwerk Enthinderung si rammarica del fatto che il rapporto esplicativo relativo alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI menzioni solo indirettamente la digitalizzazione, in quanto ritiene che la comunicazione elettronica senza barriere con le autorità costituisca una premessa indispensabile per agevolare la partecipazione dei diretti interessati.

Ulteriori richieste

Sulla base dell'articolo 27 CDPD, il Netzwerk Enthinderung chiede di potenziare gli incentivi per i datori di lavoro, ad esempio mediante agevolazioni fiscali alle imprese o il sostegno di progetti mirati per il collocamento di persone con disabilità altamente qualificate.

Dal piano di valutazione della 7^a revisione dell'AI, Cap-Contact faitière si aspetta un controllo efficace dell'impatto dei provvedimenti d'integrazione che ponga l'accento su un reddito in grado di garantire la copertura del fabbisogno vitale.

Schadenanwälte ritiene infine che una struttura e organizzazione a economia mista degli organi dell'AI risulterebbe più efficace.

Allegato – Elenco dei partecipanti alla consultazione³

Kantone / Cantons / Cantoni

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni

³ In ordine alfabetico in base all'abbreviazione.

JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt

	Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
GPS PES PES	Grüne Partei der Schweiz Parti écologiste suisse Partito ecologista svizzero
SPS PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union démocratique du Centre Unione democratica di centro

Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
SGV ACS ACS	Schweizerischer Gemeindeverband Association des communes suisses Associazione dei Comuni Svizzeri
SSV UVS	Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses

UCS	Unione delle città svizzere
-----	-----------------------------

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
SAV USI	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV) Union patronale suisse Unione svizzera degli imprenditori
SGB USS USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)
	Travail.Suisse

Weitere Vernehmlassungsadressaten / Liste des destinataires supplémentaires / Elenco di ulteriori destinatari

Organi assicurativi

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
IVSK CUAI	IV-Stellen-Konferenz Conferenza degli uffici AI
KKAK CCCC	Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen Conferenza delle casse cantonali di compensazione
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
Suva Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni
SVV ASA	Schweizerischer Versicherungsverband Associazione svizzera d'assicurazioni

Organizzazioni private d'aiuto agli invalidi

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
AGILE	AGILE.ch AGILE.CH Le organizzazioni di persone con handicap
	Fragile Suisse
GELIKO	GELIKO - Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute
IH	Inclusion Handicap
	insieme Schweiz insieme Svizzera
INSOS	INSOS Schweiz INSOS Svizzera
avanti donne	avanti donne - Interessenvertretung Frauen und Mädchen mit Behinderung
Kosek	Nationale Koordination Seltene Krankheiten Coordinazione nazionale malattie rare
Procap	Procap - Schweizerischer Invaliden-Verband Associazione svizzera degli invalidi
ProRaris	ProRaris, Allianz seltener Krankheiten ProRaris Alleanza malattie rare – Svizzera
SPV ASP	Schweizer Paraplegiker-Vereinigung Associazione svizzera dei paraplegici
MS-Gesellschaft Società SM	Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft Società svizzera sclerosi multipla
PMS	Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana Fondazione svizzera Pro Mente Sana
	Pro Infirmis
Cerebral	Stiftung Cerebral Fondazione Cerebral
	Vereinigung Cerebral Schweiz Associazione Cerebral Svizzera
Profil	Profil – Arbeit & Handicap
IPT	Fondation Intégration Pour Tous Fondazione Intégration Pour Tous

graap	Groupe d'accueil et d'action psychiatrique
	Insieme Horgen
Insieme BL	Insieme Basel-Land
	Insieme Freiamt
Insieme BS	Insieme Basel-Stadt
	Insieme Baden-Wettingen
	Insieme Zuzach
Insieme VD	Insieme Vaud
Insieme JU	Insieme Jura bernois
Insieme-Cerebral GR	Insieme-Cerebral Graubünden
	Insieme Innerschwyz
	Insieme Rheinfelden
	Insieme Rapperswyl Jona
	Insieme Winterhur-ZüriUnterland
	Insieme Zürcher Oberland & insieme Dachverband Kanton Zürich
Muskelkrank und lebensstark	Schweizerische Muskelgesellschaft Muskelkrank und lebensstark
CAB	Schweizerische Caritasaktion der Blinden
debra	debra Hilfe für Schmetterlingskinder debra Aiuto per i bambini farfalla
	Insieme Aarau-Lenzburg
	Insieme 21
Insieme BE	Insieme Region Bern
Insieme FR	Insieme Fribourg
Insieme GE	Insieme Genève
Insieme UR	Insieme Uri
Insieme VS	Insieme Valais romand
Insieme SH	insieme Schaffhausen
	Insieme Ostschweiz
	Insieme Unterwalden
Insieme-Cerebral ZG	Insieme-Cerebral Zug

Insieme ZH	Insieme Zürich
	Vereinigung Cerebral Zentralschweiz
Vereinigung Cerebral ZH	Vereinigung Cerebral Zürich
Association Cerebral JU	Association Cerebral Jura
Vereinigung Cerebral GL	Vereinigung Cerebral Glarus
Vereinigung Cerebral BE	Vereinigung Cerebral Bern
Vereinigung Cerebral SH	Vereinigung Cerebral Schaffhausen
Vereinigung Cerebral BS	Vereinigung Cerebral Basel
Vereinigung Cerebral VS	Vereinigung Cerebral Valais
Vereinigung Cerebral AG	Vereinigung Cerebral Aargau
Vereinigung Cerebral GE	Vereinigung Cerebral Genève
Vereinigung Cerebral NE	Vereinigung Cerebral Neuchâtel
Vereinigung Cerebral SO	Vereinigung Cerebral Solothurn
	Fondation Cap Loisirs
	Cap-Contact faïtière
atgabbes	Associazione Ticinese di Genitori ed Amici dei Bambini Bisognosi di Educazione Speciale
Sonos	Sonos Schweizerischer Hörbehindertenverband
SBV FSC	Schweizerischer Blinden- und Sehbehindertenverband Federazione svizzera dei ciechi e deboli di vista
SVEHK ASGBA	Schweizerische Vereinigung der Eltern hörgeschädigter Kinder Associazione svizzera dei genitori di bambini audiolesi
	inclusion e handicap ticino
Elpos	Elpos – ADHS-Organisation

	IG Seltene Krankheiten CI Malattie rare
	autismus schweiz autismo svizzera
SBb USC	Schweizerischer Blindenbund Unione svizzera dei ciechi
InVIE dual	InVIE dual – Menschen mit Behinderungen stellen Assistent_innen an InVIE dual – Persone con handicap impiegano assistenti
SZBLIND UCBCIECHI	Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen Unione centrale svizzera per il bene dei ciechi
	Netzwerk Enthinderung
vhs plus	volkshochschule plus

Altre organizzazioni interessate

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
AllKids	Allianz Kinderspitäler der Schweiz
ASPS	Association Spitex privée Suisse
CP	Centre Patronal
FER	Fédération des entreprises romandes
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
FMH	Swiss Medical Association Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi
GDK CDS	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Direktoren Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren

CDOS	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali
EDK CDPE	Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione
Physioswiss	Schweizer Physiotherapie Verband Associazione svizzera di fisioterapia
SAPN	Schweizerische Arbeitsgruppe für pädiatrische Nephrologie
SGP SSP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie Società svizzera di pediatria
SGKC SSCP	Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie Società svizzera di chirurgia pediatrica
SGMG	Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik
SGNP	Schweizerische Gesellschaft für Neuropädiatrie Società svizzera di neuropediatria
SGV SSMC	Schweizerische Gesellschaft Vertrauensärzte und Versicherungsärzte Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances
FMPP	Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz Federazione svizzera dei medici psichiatri-psicoterapeuti
	Dr. med. Klaus Begle
SACD	Swiss Academy of Childhood Disability Accademia svizzera della disabilità dell'infanzia
SZH CSPS	Schweizerisches Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik Centro svizzero di pedagogia speciale
Spitex Schweiz Spitex Svizzera	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
	Stiftung Auffangeinrichtung BVG Fondazione istituto collettore LPP
SIM	Swiss Insurance Medicine SIM Medicina assicurativa svizzera
SO	Swiss Orthopaedics
SGN SSN	Swiss Society of Neonatology Società svizzera di neonatologia
	swissstaffing

VIPS	Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz
	CEMED SA
	CEMEDEX
CEML	Centre d'expertise médicale de Lancy CEML
hiki	Hilfe für hirnerkrankte Kinder hiki
VASOS - FARES	Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz VASOS - FARES Federazione associazioni dei pensionati e d'autoaiuto in Svizzera
NPSuisse	Schweizerische Niemann-Pick Vereinigung NPSuisse Associazione svizzera Niemann Pick
SGG Ssup	Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft SGG Società svizzera di utilità pubblica
NOVEOS	NOVEOS – Perspektiven für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung
Entlastungsdienst SG	Entlastungsdienst der Stadt St. Gallen
Entlastungsdienst AG / SO	Entlastungsdienst Aargau / Solothurn
	Entlastungsdienst Schweiz
	Entlastungsdienst Ostschweiz
Entlastungsdienst ZH	Entlastungsdienst Zürich
	Entlastungsdienst Innerschweiz
	Gutachterstellen SMAB AG Bern und SMAB AG St. Gallen
SVNP ASNP	Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen Associazione svizzera delle neuropsicologhe e dei neuropsicologi
dravetsuisse	Vereinigung Dravet Syndrom Schweiz
	Pro auditio Schweiz Pro auditio Svizzera
OG SH	Obergericht des Kantons Schaffhausen
VASK Schweiz VASK Svizzera	Dachverband der Vereinigungen der Angehörigen von psychisch Kranken Associazione delle organizzazioni regionali dei familiari di malati psichici
TGPP	Thurgauer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
	Verein Morbus Wilson

SHCH	Stiftung Selbsthilfe Schweiz Fondazione Auto-aiuto Svizzera
EVS ASE	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz Associazione svizzera degli ergoterapisti
unimedsuisse	unimedsuisse – Universitäre Medizin Schweiz
DJS GDS	Demokratische Jurist*innen Schweiz Giuristi e giuriste democratici svizzeri
	Krebsliga Schweiz Lega svizzera contro il cancro
	Praxis Passung & WirWerk
ZGKJPP	Zürcher Gesellschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
	Datenschutzbeauftragter des Kantons Luzern
GREA-CRIAD	GREA-CRIAD
SBH	Schweizerische Vereinigung zugunsten von Personen mit Spina bifida und Hydrocephalus
AGPP	Aargauische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
Medas Verband	Verband Medizinischer Abklärungsstellen der Schweiz (Medas Verband)
mfe	mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
RDAF	Rare Disease Action Forum
Coraasp	Coraasp - organisation faîtière romande d'action en santé psychique
Rechtsberatung UP	Rechtsberatungsstelle UP für Unfallopfer und Patienten
ZGPP	Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
	Physiotherapia Paediatrica
iph	interpharma iph
	Fondazione STCA – Ingrado
	Réseau Romand ASA
CHUV	Universitätsspital Basel USB und Unisanté/Centre hospitalier universitaire vaudois – CHUV
	Lungenliga Schweiz Lega polmonare svizzera

SAR	Swiss Association of Rehabilitation
	Aids-Hilfe Schweiz Aiuto Aids svizzero
IDA Sozialversicherungen	IDA Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Sozialversicherungen
AIS IS	Arbeitsintegration Schweiz Inserimento Svizzera
IGAB CIFC	Interessengemeinschaft Angehörigenbetreuung Comunità di interesse Familiari curanti
schadenanwälte	schadenanwälte – Fachanwaltskanzlei für Haftpflicht und Versicherungsrecht
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales
	Regula Berchtold Gerichtsschreiberin Luzern
fsrmm	Schweizerische Stiftung für die Erforschung der Muskelkrankheiten Fondazione svizzera per la ricerca sulle malattie muscolari
SSMIG	Società svizzera di medicina interna generale
SSPP	Società svizzera di psichiatria e psicoterapia
SSPIA	Società svizzera di psichiatria e psicoterapia infantile e dell'adolescenza

Organizzazioni di assistenza alle persone anziane

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
	Pro Senectute Schweiz Pro Senectute Svizzera
ALZ CH	Schweizerische Alzheimervereinigung
SRK CRS	Schweizerisches Rotes Kreuz Croce Rossa Svizzera
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
Spitex Schweiz Spitex Svizzera	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile

	Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
	Pro Senectute Thurgau
	Pro Senectute AR