



## Provvedimenti sanitari dell'assicurazione invalidità Valutazione dell'attuazione e analisi dell'evoluzione dei costi

### L'essenziale in breve

---

Le uscite per i provvedimenti sanitari dell'assicurazione invalidità sono in continuo aumento da oltre dieci anni. Nel 2010 i costi ammontavano a 692 milioni di franchi, di cui 669 milioni per le infermità congenite e 23 milioni per le misure di reintegrazione. Nell'arco di 10 anni i costi delle infermità congenite sono aumentati del 61%. Nel 2010 poco più di 113 000 beneficiari hanno usufruito di prestazioni sanitarie legate a infermità congenite, ciò che tra il 2001 e il 2010 corrisponde a un aumento del 12%. Sempre nel 2010, il costo medio per beneficiario si attesta attorno ai 5920 franchi e nello stesso decennio è quindi aumentato del 43%. In circa 10 anni, i costi delle prestazioni sanitarie legate a infermità congenite hanno subito un aumento di 1,5 volte più rapido di quello dei costi della salute. Tuttavia, dal 2006 l'evoluzione dei costi segue la stessa tendenza dell'aumento dei costi dell'assicurazione malattie.

Il Controllo federale delle finanze (CDF) ha ricercato le cause di questo aumento dei costi, le possibili spiegazioni e le eventuali differenze importanti da un'infermità all'altra e a seconda dei Cantoni. Il CDF ha esaminato sia le direttive elaborate dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) sulle condizioni di presa a carico, l'attuazione e il trattamento degli incarti da parte degli uffici cantonali dell'AI. Ha inoltre verificato se l'UFAS è in grado di esercitare un pilotaggio efficace degli incarti e di svolgere adeguatamente il proprio ruolo di autorità di sorveglianza. Oltre che su un'analisi degli archivi dell'UFAS, la valutazione si basa su un'analisi statistica, su un'inchiesta svolta tra gli uffici AI e su approfonditi colloqui.

### **Tra misura reintegrativa e alternativa all'assicurazione malattie: carattere ibrido dei provvedimenti**

I provvedimenti sanitari rientrano sin dall'inizio tra le prestazioni previste nel quadro della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI). Mentre l'articolo 12 disciplina i provvedimenti direttamente destinati all'integrazione nella vita professionale, l'articolo 13 riguarda in modo specifico le infermità congenite che compromettono in misura importante la futura capacità di guadagno. L'elenco delle infermità congenite è stabilito dal Consiglio federale. Se l'articolo 13 è rimasto praticamente immutato sin dall'entrata in vigore della legge, la quinta revisione dell'AI ha stabilito che l'articolo 12 fosse applicabile agli assicurati sino all'età di 20 anni compiuti. Le disposizioni della legge sull'assicurazione per l'invalidità sono state formulate in un tempo in cui non esisteva ancora l'assicurazione malattie obbligatoria. La legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) disciplina la ripartizione delle competenze tra le varie assicurazioni sociali e stabilisce che l'AI ha il primato sull'assicurazione contro le malattie. Gli incarti respinti dall'AI sono generalmente presi a carico dall'assicurazione malattie. Nella prassi, gli organi incaricati dell'attuazione hanno concezioni divergenti sulle disposizioni in questione dell'AI; per taluni i provvedimenti sanitari sono una semplice alternativa all'assicurazione malattie, mentre secondo altri essi perseguono anche un obiettivo di reintegrazione o di integrazione sociale, legato ad altre prestazioni individuali concesse dall'AI. Il problema principale consiste nel definire le prestazioni a carico dell'AI secondo la logica d'integrazione introdotta con la quinta revisione dell'AI.

### **Elenco delle infermità congenite obsoleto e poco coerente**

Quantunque possa essere formalmente aggiornato di anno in anno, l'elenco delle infermità congenite ha subito l'ultima grande revisione nel 1985. Pertanto, non è più necessariamente conforme ai criteri e agli standard della medicina odierna. In realtà, le modifiche introdotte dopo l'ultima revisione del 1985 sono state invero esigue. Inoltre, l'elenco è un artificio della medicina delle assicurazioni e non corrisponde alla classificazione internazionale delle malattie. Per fare un esempio, non è facile capire per quale motivo i prematuri sono presi a carico dall'AI, né per quale motivo l'unico criterio determinante sia il peso del neonato. La distinzione tra infermità congenite e infermità acquisite non è sempre ovvia. La vigente circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione dell'assicurazione invalidità (CPSI) precisa i trattamenti o stabilisce limiti. Ma essendo stata sviluppata progressivamente nel corso del tempo, può presentare incoerenze, ad esempio quando introduce precisazioni sulla durata di un trattamento per determinate infermità, mentre per altre prevede pochissime delimitazioni. Secondo le disposizioni in vigore, le infermità di poca importanza possono essere escluse dall'elenco e i provvedimenti devono essere semplici e adeguati. Nella prassi si tratta di nozioni di difficile definizione.

### **Commissione accantonata e modifiche introdotte *ad hoc***

Fino al 2005 era attiva una commissione federale specializzata nelle questioni di reintegrazione incaricata di sottoporre all'UFAS proposte per l'adeguamento dell'elenco delle infermità o della circolare sui provvedimenti sanitari. Questa commissione è esistita sotto varie forme ma la sua attività è stata sospesa con il pretesto che l'attuazione della quinta revisione dell'AI assorbiva tutte le risorse dell'UFAS, e che i membri della commissione si preoccupavano soprattutto di difendere gli interessi del proprio ramo della medicina. In seguito l'UFAS ha preferito risolvere le questioni specifiche – che sorgevano spesso in seguito a pressioni o rivendicazioni esterne – creando gruppi di lavoro *ad hoc*. In realtà, per disporre di una direttiva che definisse i criteri di presa a carico della sindrome psico-organica, i quali erano oggetto di discussioni sin dal 1974, si è dovuto attendere fino al 2011, il principale aumento di casi essendosi prodotto negli anni Novanta. I criteri applicabili all'autismo sono stati modificati nel 2010 su richiesta di un'associazione specializzata e hanno comportato un'estensione della presa a carico dello spettro dei disturbi di tipo autistico. Stando a quanto indicato dall'UFAS, la modifica corrispondeva già alla prassi e non avrebbe comportato un aumento dei costi ma queste indicazioni si sono poi rivelate inesatte. In pratica, tra gli attori interessati molti sostengono, anche in seno alla stessa Confederazione, che il processo di adeguamento dell'elenco delle infermità e della circolare sia divenuto poco trasparente.

### **Trattamento dei casi: incarti semplici a detta dell'AI ma tutto dipende dalla loro complessità**

Gli uffici AI esaminano le domande per decidere se i criteri sono adempiuti e successivamente seguono gli incarti per i quali vengono concesse prestazioni ed effettuano un primo controllo delle fatture per poi trasmetterle alla Centrale di compensazione per il pagamento. Benché gli uffici AI ritengano che gli incarti concernenti provvedimenti sanitari siano più semplici da trattare, in particolare rispetto agli incarti concernenti le rendite, in realtà questo dipende dalla complessità del caso. Le decisioni relative a taluni incarti possono assorbire molte risorse. Questa situazione si avvera segnatamente nel caso delle malattie psichiche, tanto per i provvedimenti di reintegrazione quanto per i casi di infermità congenita, e anche per le infermità motorie cerebrali. Si tratta di casi impegnativi nei quali spesso esiste un margine di interpretazione ed è necessario acquisire informazioni complementari. Gli uffici AI si trovano spesso in difficoltà nel distinguere i costi a

carico dell'AI dai costi a carico dell'assicurazione malattie, nel controllare le fatture, e in particolare quelle degli ospedali che hanno introdotto il sistema dei forfait per caso, o nell'accordare provvedimenti psicoterapeutici, apparecchi per la cura o provvedimenti applicati da personale paramedico.

### **Divario tra gli uffici AI, sia nella prassi sia nel livello di conoscenze**

Gli uffici AI, organi incaricati dell'esecuzione della legislazione federale, hanno facoltà di definire liberamente la propria organizzazione, ad esempio istituendo un servizio specializzato per i minorenni. Per la gestione degli incarti riguardanti persone minorenni dispongono di 130 posti in equivalenti a tempo pieno. Per quanto concerne le conoscenze nel campo dei provvedimenti sanitari, il livello varia molto da un ufficio AI all'altro, senza essere necessariamente proporzionale alle dimensioni del singolo ufficio. Taluni uffici hanno sviluppato un sistema d'informazione che consente loro di disporre di una visione d'insieme, mentre altri faticano a indicare le risorse che investono in questo tipo di incarti, il numero di prime domande presentate o di incarti respinti. Le modifiche introdotte nel 2011 hanno ridotto il ruolo e le possibilità di intervento dell'UFAS nei confronti dei servizi medici regionali (SMR). Gli uffici AI sono liberi di decidere se sottoporre o no gli incarti che devono essere esaminati dal SMR. In pratica, si riscontrano importanti differenze riguardo agli incarti che devono, per obbligo o raccomandazione, essere trasmessi al SMR. A dipendenza dell'ufficio AI, il controllo delle fatture è più o meno approfondito, al pari del ricorso a un medico del SMR in caso di dubbi su prestazioni. I SMR dipendono dalla presenza di un pediatra o di uno specialista che possa pronunciarsi sull'incarto o sulla fondatezza delle prestazioni con maggior facilità. In realtà è impossibile trovare specialisti di ogni infermità in tutti gli SMR.

### **UFAS: sistema di pilotaggio insufficiente e sorveglianza limitata**

Dal 2005 l'UFAS ha elaborato un nuovo modello per il pilotaggio e per la sorveglianza, ma il nuovo modello non considera a pieno titolo i provvedimenti sanitari, i quali sono considerati un dossier secondario rispetto alle rendite e all'attuazione della quinta revisione. Le convenzioni sulle prestazioni stipulate con gli uffici AI non contemplano, per la valutazione dell'attività di questi ultimi nel campo dei provvedimenti sanitari, né obiettivi né indicatori specifici. L'UFAS dispone di statistiche dettagliate sui provvedimenti sanitari, le quali però, pur essendo da tempo accessibili, sono utilizzate soltanto in misura esigua. Queste statistiche offrono interessanti possibilità di analisi sia a livello di differenze tra i Cantoni sia per un confronto tra prestazioni fatturate. Esse sono tuttavia discusse solo raramente con i partner dell'UFAS interessati dai provvedimenti sanitari. In effetti, il sistema di informazione dell'UFAS è debole, in quanto l'Ufficio federale non sfrutta sufficientemente i dati a disposizione per identificare i rischi e se del caso intraprendere le opportune rettifiche.

### **Alcune malattie generano costi elevati**

Sull'insieme delle infermità congenite, il 60% dei costi è attribuibile a una quindicina di malattie. Tre infermità, ossia le paralisi cerebrali, i parti prematuri e la sindrome psico-organica generano da sole costi per pressappoco 60 milioni di franchi. Se si escludono le patologie dentarie e la neonatologia, le malattie croniche generano logicamente uscite più elevate, poiché accade che i pazienti debbano essere seguiti per diversi anni. L'aumento del numero di beneficiari supera ampiamente la media registrata per l'autismo e i disturbi della crescita. Quanto al costo medio annuo per beneficiario, la cifra più elevata si registra per i prematuri (circa 35'000 franchi) e la cura della mucoviscidosi (circa 32'000 franchi). L'aumento di questo costo è superiore alla media per i

pazienti colpiti da paralisi cerebrale e i prematuri. Per quanto riguarda l'epilessia, la sindrome psico-organica, l'autismo e la paralisi cerebrale, l'AI accorda altre prestazioni, tra cui mezzi ausiliari, assegni per grandi invalidi o formazioni professionali iniziali. Con riferimento agli importi fatturati, le prestazioni stazionarie rappresentano il 40% dei costi pur riguardando soltanto il 10% dei beneficiari, alcuni dei quali costituiti da casi complessi. Seguono le prestazioni ambulatorie, che rappresentano soltanto il 10% degli importi fatturati, e poi le cure dentarie. In generale, il CDF ha avuto modo di constatare che l'aumento dei costi è dovuto principalmente all'evoluzione del costo per caso. Questo è dovuto all'aumento del volume delle prestazioni legato allo sviluppo tecnico della medicina.

### **Differenze tra Cantoni di difficile spiegazione**

Il CDF ha messo a confronto l'evoluzione Cantone per Cantone. I risultati di tale confronto evidenziano che le differenze esistenti tendono a seguire l'evoluzione che si osserva nel campo della salute (tasso di ospedalizzazione, livello dei premi delle casse malati). Tuttavia, se si esaminano le malattie separatamente, si possono riscontrare differenze significative da un Cantone all'altro. Il CDF ha constatato che queste differenze tendono ad acuirsi quando i criteri applicati alle infermità e alle misure concedono un ampio margine di interpretazione (malattie psichiche); in queste circostanze il costo per caso può triplicare da un Cantone all'altro. Lo sviluppo dell'offerta di servizi sanitari assume pure un'importanza e questo riguarda la prossimità di centri urbani e dei poli della medicina di punta.

### **Ampio margine di manovra dei fornitori di prestazioni**

I provvedimenti sanitari dell'AI costituiscono un ambito complesso, poiché toccano tutta una serie di malattie di genere molto diverso. Malattie psichiche, paralisi cerebrali, malformazioni facciali e dentarie, neonatologia, disturbi della crescita non sollevano gli stessi problemi. È vero che l'offerta sanitaria, i progressi della ricerca, la migliorata conoscenza delle malattie, i progressi a livello diagnostico e la scoperta di nuove terapie migliorano la presa a carico dei pazienti, la loro qualità e indiscutibilmente hanno un effetto sui costi. In questo senso, i progressi compiuti ad esempio nella presa a carico di bambini affetti da cardiopatia congenita o da mucoviscidosi sono impressionanti. Esistono tuttavia anche altri fattori di costo più specifici, quali la difficoltà di definire criteri chiari e obiettivi o di stabilire la durata, l'intensità e la frequenza delle cure o della somministrazione di prodotti terapeutici. Tenerli aggiornati sugli ultimi sviluppi in campi tanto vari della medicina è un'impresa impossibile. Dato che il livello di conoscenze dell'UFAS e degli uffici AI è spesso basso, frammentario o concentrato su un ristretto gruppo di operatori, i fornitori di prestazioni e le società di medicina godono di un ampio margine di manovra nel definire gli standard diagnostici e terapeutici. Nella maggior parte dei casi l'AI rimane ai margini del dibattito, per non dire totalmente al di fuori.

### **Potenzialità di miglioramento e raccomandazioni**

A seguito della debolezza dell'attività di pilotaggio esercitata dall'UFAS esistono importanti differenze tra i Cantoni mentre ai fornitori di prestazioni è lasciata una grande libertà. Il dibattito sul trasferimento dei provvedimenti sanitari dall'AI all'assicurazione contro le malattie, in atto da diversi anni, si riassume spesso in un trasferimento di oneri da un'assicurazione sociale all'altra. Ciononostante non sono state effettuate riflessioni di fondo né sul controllo dei costi né sulla gestione di questo dossier da parte dell'AI. Fintanto che la Svizzera intende mantenere un sistema di assicurazioni sociali segmentato, conviene perlomeno preoccuparsi della sua ottimizzazione.

Alla luce dei risultati della presente valutazione, il CDF ritiene necessaria una serie di miglioramenti. Il CDF rivolge all'UFAS sei raccomandazioni. Due di esse, di portata strategica, riguardano il futuro dei provvedimenti sanitari nonché la revisione dell'elenco delle infermità congenite e della circolare sui provvedimenti sanitari. Questo aspetto è tanto più importante se si considera che l'UFAS ammette di non disporre né delle risorse né degli strumenti di pilotaggio necessari per seguire il dossier, in particolare gli sviluppi della medicina. Due raccomandazioni riguardanti il pilotaggio e la sorveglianza consigliano di definire obiettivi e indicatori specifici nell'ambito delle convenzioni con gli uffici AI, di sfruttare meglio i dati disponibili e di identificare i rischi in funzione delle malattie, dei Cantoni e dei fornitori di prestazioni. Le due ultime raccomandazioni interessano i compiti d'esecuzione e prevedono la creazione di centri di competenza specializzati per ramo della medicina e un esame rigoroso dei casi complessi e di quelli costosi.

L'UFAS è d'accordo con le raccomandazioni e s'impegna ad attuarle entro 3 a 5 anni. Precisa che, in una prima fase, un concetto deve essere sviluppato entro la fine dell'anno 2014, che includa eventuali modificazioni legislative.

**Testo originale in francese**