Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS

Circolare sul contributo per l'assistenza (CCA)

Valida dal 1° gennaio 2015

Stato: 1° gennaio 2026

318.507.26 i

01.26

Introduzione

La presente versione della circolare sostituisce quella in vigore dal 1° gennaio 2025.

Le modifiche di natura strettamente linguistica o cambiamenti di date negli esempi non sono segnalati come tali.

I numeri marginali modificati, completati e/o nuovi sono i seguenti:

3010	Adeguamento in seguito alle raccomandazioni del Controllo federale delle finanze
3018	Adeguamento in seguito alle raccomandazioni del Controllo federale delle finanze
3019	Adeguamento in seguito alle raccomandazioni del Controllo federale delle finanze
5007.1	Aggiunta l’indicazione che il curatore non ha diritto ad alcun compenso per le prestazioni di consulenza
6021	Adeguamento alla terminologia del FAKT online
6048	Correzione, precisazione e aggiunta di esempi
6055.1	Aggiunta in seguito alle raccomandazioni del Controllo federale delle finanze
8007	Adeguamento in seguito alle raccomandazioni del Controllo federale delle finanze
8008	Adeguamento in seguito alle raccomandazioni del Controllo federale delle finanze
8009	Adeguamento in seguito alle raccomandazioni del Controllo federale delle finanze
9002.1	Aggiunta in seguito alle raccomandazioni del Controllo federale delle finanze
9003	Aggiunta della riduzione in seguito all'introduzione del N. 9002.1
9016	Aggiunta di un esempio
Allegato 7	Adeguamento in seguito alle raccomandazioni del Controllo federale delle finanze

Indice

Abbreviazioni 7
1. Inizio ed estinzione del diritto 10
1.1 Esercizio del diritto 10
1.2 Inizio del diritto 10
1.3 Estinzione del diritto 11
1.4 Sostituzione del contributo per l'assistenza dell'AI con quello dell'AVS (garanzia dei diritti acquisiti) 16
1.5 Ritiro della richiesta e rinuncia a prestazioni 20
2. Condizioni di diritto 21
2.1 Versamento dell'assegno per grandi invalidi dell'AI 22
2.2 Vivere a casa propria 22
2.3 Minorenni 23
2.4 Assicurati con una capacità limitata di esercitare i diritti civili 27
3. Prestazioni d'aiuto riconosciute 30
3.1 Prestazioni d'aiuto regolari 31
3.1.1 Il criterio della regolarità 32
3.2 Fornitori di prestazioni riconosciuti 32
3.2.1 Contratto di lavoro 34
3.2.2 Obbligo di continuare a versare il salario 36
3.2.2.1 Continuazione del versamento del salario in caso di impedimento del lavoratore (malattia, infortunio, maternità, servizio militare) 37
3.2.2.2 Continuazione del versamento del salario in caso di impedimento del datore di lavoro (dell'assicurato) 39
4. Bisogno di aiuto, bisogno di assistenza, contributo per l'assistenza 41
4.1 Ambiti di aiuto 41
4.1.1 Definizioni 42
4.1.2 In generale 43
4.1.2.1 Il sistema a livelli 43
4.1.2.2 Supplementi e riduzioni 47
4.1.3 Ambito Compimento degli atti ordinari della vita 48

4.1.4 Ambito Gestione dell’economia domestica 49
4.1.5 Ambito Partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero 52
4.1.6 Ambito Educazione e accudimento di bambini 52
4.1.7 Ambito Svolgimento di un’attività di pubblica utilità o a titolo onorifico 53
4.1.7.1 Definizione di «pubblica utilità» 54
4.1.8 Ambito Formazione e perfezionamento professionale 55
4.1.9 Ambito Esercizio di un’attività lucrativa nel mercato del lavoro primario 57
4.1.10 Ambito Sorveglianza diurna 59
4.1.11 Ambito Servizio notturno 62
4.1.12 Fasi acute 64
4.2 Limiti massimi 67
4.2.1 Limiti massimi negli ambiti Compimento degli atti ordinari della vita, Gestione dell’economia domestica e Partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero 68
4.2.2 Limiti massimi negli ambiti Educazione e accudimento di bambini, Svolgimento di un’attività di pubblica utilità o a titolo onorifico, Formazione e perfezionamento professionale ed Esercizio di un’attività lucrativa nel mercato del lavoro primario 71
4.2.3 Limiti massimi nell’ambito Sorveglianza diurna 72
4.2.4 Limiti massimi nell’ambito Servizio notturno 72
4.2.5 Riduzione dei limiti massimi 72
4.3 Calcolo del contributo per l’assistenza 73
4.3.1 Fissazione del bisogno di aiuto 73
4.3.2 Fissazione del bisogno di assistenza 74
4.3.3 Fissazione del contributo per l’assistenza 79
4.3.3.1 Contributo per l’assistenza mensile 79
4.3.3.2 Contributo per l’assistenza annuale 81
5. Consulenza 81
6. Procedura 86
6.1 Richiesta 86
6.2 Verifica delle condizioni di diritto 86
6.3 Accertamento 88

6.4 Preavviso 89
6.5 Decisione 90
6.5.1 Decisioni in caso di raggiungimento dell'età di riferimento o di anticipazione della riscossione della totalità della rendita di vecchiaia (garanzia dei diritti acquisiti) 91
6.6 Fatturazione 92
6.6.1 Prestazioni di consulenza 92
6.6.2 Contributo per l'assistenza 92
6.7 Controllo delle fatture 96
6.7.1 Controlli annuali o puntuali 104
6.8 Versamento 105
6.9 Anticipo 105
7. Revisione e riconsiderazione 106
7.1 Revisione 106
7.1.1 In generale 106
7.1.2 Motivi di revisione 107
7.1.3 Revisione d'ufficio 108
7.1.4 Revisione su richiesta 109
7.1.5 Revisione processuale 109
7.2 Effetti della revisione 109
7.2.1 In generale 109
7.2.2 Aumento del contributo per l'assistenza 110
7.2.3 Riduzione o soppressione del contributo per l'assistenza 111
7.2.4 Ottenimento illecito del contributo per l'assistenza o violazione dell'obbligo di informare 113
7.2.5 Situazione invariata 114
7.3 Riconsiderazione 115
7.3.1 In generale 115
8 Obblighi dell'assicurato 115
8.1 Obbligo di ridurre il danno 115
8.2 Obbligo di collaborare 116
8.3 Obbligo di informare 117
8.4 Obblighi del datore di lavoro 118
9. Sanzioni 119

9.1 Procedura di diffida e termine di riflessione 120
9.2 Sospensione del contributo per l’assistenza 120
9.3 Rifiuto del contributo per l’assistenza 122
10 Coordinamento con altre prestazioni 123
10.1 Coordinamento con l’assicurazione militare o contro gli infortuni 123
10.2 Coordinamento con le casse di compensazione 124
10.3 Coordinamento con l’assicurazione malattie 124
10.4 Coordinamento con le PC 125
11. Disposizioni finali 128
Allegato 1: Processo decisionale: condizioni di diritto 129
Allegato 2: Continuazione del versamento del salario secondo la scala bernese 130
Allegato 3: Tabella degli intervalli di tempo per livello e ambito 131
Allegato 4: Minorenni: riduzioni del bisogno di aiuto computabile nel modulo FAKT 133
Allegato 5: Fissazione del contributo per l’assistenza 136
Allegato 6: Procedura del contributo per l’assistenza 137
Allegato 7: Modello di contratto di lavoro 138

Abbreviazioni

AGI	Assegno per grandi invalidi
AI	Assicurazione invalidità
AIGM	Assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia
AINF	Assicurazione contro gli infortuni
AMal	Assicurazione malattie
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
AOV	Atti ordinari della vita
art.	articolo/i
AVS	Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
CC	Codice civile (RS *210*)
CGI	Circolare sulla grande invalidità
CNL	Contratto normale di lavoro
CO	Codice delle obbligazioni (RS *220*)
CPAI	Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità
CPPI	Circolare sul pagamento delle prestazioni individuali nell'AI e nell'AVS
cpv.	capoverso/i
DR	Direttive sulle rendite dell'assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità
DTF	Decisione del Tribunale federale (pubblicata)

FAKT	Modulo di accertamento standardizzato per il contributo per l'assistenza
LAI	Legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (RS *831.20*)
LAINF	Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni (RS *832.20*)
LAM	Legge federale del 19 giugno 1992 sull'assicurazione militare (RS *833.1*)
LAMal	Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (RS *832.10*)
LAMI	Legge federale del 13 giugno 1911 sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (abrogata)
LAVS	Legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (RS *831.10*)
lett.	lettera/e
LL	Legge federale del 13 marzo 1964 sul lavoro nell'industria, nell'artigianato e nel commercio (Legge sul lavoro; RS *822.11*)
LPGA	Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (RS *830.1*)
LPP	Legge federale del 25 giugno 1982 sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (RS *831.40*)
N.	Numero/i marginale/i
OAI	Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (RS *831.201*)
OLL 5	Ordinanza 5 del 28 settembre 2007 concernente la legge sul lavoro (Ordinanza sulla protezione dei giovani lavoratori; RS *822.115*)

OPGA	Ordinanza dell'11 settembre 2002 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (RS *830.11*)
OPre	Ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni; RS *832.112.31*)
PC	Prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità
Pratique VSI	Rivista destinata alle casse di compensazione, pubblicata in versione francese e tedesca dall'UFAS
RCC	Rivista mensile dell'AVS, dell'AI e delle IPG, edita dall'UFAS
SCI	Supplemento per cure intensive
seg.	seguente
segg.	seguenti
SMR	Servizio medico regionale
Suva	Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (in precedenza INSAI)
TF	Tribunale federale
UCC	Ufficio centrale di compensazione
v.	vedi

1. Inizio ed estinzione del diritto

1.1 Esercizio del diritto

1001 Il diritto al contributo per l'assistenza non è esaminato d'ufficio (ad esempio in seguito alla richiesta di un assegno per grandi invalidi dell'AI). L'assicurato deve presentare un'apposita richiesta scritta per ottenere un contributo per l'assistenza (servendosi del modulo ufficiale n. 001.006, per gli adulti, o n. 001.007, per i minorenni; cfr. art. 65 cpv. 1 OAI). In questo contesto sono applicabili le disposizioni dell'articolo 29 LPGA e i N. 1003 segg. CPAI.

1.2 Inizio del diritto

1002 Non è previsto alcun periodo d'attesa specifico per il contributo per l'assistenza (il periodo d'attesa dell'assegno per grandi invalidi vale indirettamente anche per il contributo per l'assistenza). Il diritto nasce al più presto nel momento in cui l'assicurato rivendica il diritto alle prestazioni ai sensi dell'articolo 29 LPGA (art. 42^{septies} cpv. 1 LAI).

1003 Se al momento della richiesta non sono adempiute tutte le condizioni (ad esempio perché l'assicurato vive in istituto), l'inizio del diritto è rinviato fino al momento in cui esse sono adempiute (ad esempio dimissione dall'istituto).

1003.1 1/22 In caso di uscita da un istituto va tenuto presente che l'assicurato va considerato da subito come persona che vive a casa propria (e che ha dunque diritto al contributo per l'assistenza), anche se per l'assegno per grandi invalidi gli è ancora versato l'importo in caso di soggiorno in istituto in virtù dell'articolo 82 OAI.

Esempio
Un assicurato esce dall'istituto il 17 ottobre. Secondo l'articolo 82 OAI, il nuovo importo viene pagato solo a partire dal mese successivo e quindi nel mese di ottobre riceve

soltanto un quarto dell'importo dell'assegno per grandi invalidi. L'importo integrale gli sarà versato solo a novembre. Il diritto al contributo per l'assistenza può però nascere già il 17 ottobre (tenuto conto del N. 1004, il contributo per l'assistenza potrà quindi essere versato con effetto dal 1° ottobre). Per il mese di ottobre, nel modulo FAKT va dedotto unicamente il quarto d'importo versato, mentre da novembre l'importo integrale dell'assegno per grandi invalidi (registrazione della revisione nel FAKT).

1004 1/18 Non appena è stata emanata una decisione in merito al contributo per l'assistenza, quest'ultimo può essere versato retroattivamente per il periodo intercorso tra il primo giorno del mese della richiesta e la data della decisione, se in quel periodo le condizioni di diritto erano soddisfatte e se la richiesta era stata presentata non più di dodici mesi prima (art. 42^{septies} cpv. 2 LAI). Eventuali costi sostenuti dall'assicurato che superano i costi contemplati dalla decisione non sono rimborsabili.

1.3 Estinzione del diritto

Articolo 42^{septies} capoverso 3 LAI
Il diritto si estingue nel momento in cui l'assicurato:

a. non adempie più le condizioni di cui all'articolo 42^{quater};
b. anticipa la riscossione della totalità della rendita di vecchiaia in virtù dell'articolo 40 capoverso 1 LAVS o raggiunge l'età di riferimento secondo l'articolo 21 capoverso 1 LAVS; o
c. decede.

1005 1/25 Non appena una condizione di diritto non è più adempiuta, il diritto al contributo per l'assistenza si estingue per tutte le prestazioni d'aiuto fornite dopo quella data. È il caso, ad esempio, quando l'assicurato non ha più diritto a un assegno per grandi invalidi o quando un assicurato minorenne non frequenta più la scuola regolare. In tal caso, il contributo per l'assistenza è soppresso dal momento della modifica della situazione. L'ufficio AI deve sancire la soppressione del contributo per l'assistenza mediante decisione,

tranne nel caso di decesso dell'assicurato (per l'obbligo di continuare a versare il salario v. cap. 3.2.2.2.1). Se le condizioni di diritto non sono adempiute durante un periodo massimo di tre mesi (cambiamento temporaneo), il contributo per l'assistenza può continuare a essere versato.

Esempio 1
Un assicurato con una capacità limitata di esercitare i diritti civili percepisce un contributo per l'assistenza, perché esercita un'attività lucrativa nel mercato del lavoro primario. A maggio informa l'ufficio AI del fatto che dal 15 giugno non lavorerà più; di conseguenza, non avrà più diritto al contributo per l'assistenza. Con decisione del 16 luglio 2025 l'ufficio AI comunica all'assicurato che il suo diritto al contributo per l'assistenza si estinguerà il 30 giugno 2025.

Esempio 2
Un assicurato di 16 anni frequenta la scuola dell'obbligo in una classe normale. Conclusa la scuola, trova un posto nel mercato del lavoro primario. Il rapporto di lavoro, tuttavia, inizia solo tre mesi dopo la fine della scuola. Il contributo per l'assistenza può essere concesso anche per questo periodo di tre mesi.

Esempio 3
Un assicurato minorenne trascorre di regola 10 notti al mese in istituto. Nel giugno 2022 ve ne trascorre 17 e da luglio riprende a pernottarvi 10 volte al mese. In questo caso si tratta di un cambiamento temporaneo, che non determina l'estinzione del diritto al contributo per l'assistenza.

1006 Una volta soppresso, il contributo per l'assistenza continua ad essere versato soltanto se sussistono obblighi derivanti dal contratto di lavoro. Per questi obblighi deve essere versato un contributo per l'assistenza anche se non è stata fornita alcuna prestazione d'aiuto da parte di un assistente, ma soltanto se l'assicurato non avrebbe potuto evitarli agendo adeguatamente. Il contributo per l'assistenza continua a essere versato per la durata del diritto al salario ai sensi del CO, ma al massimo per tre mesi.

1007 Se il diritto si estingue a causa della soppressione dell'assegno per grandi invalidi, il diritto al contributo per l'assistenza decade contemporaneamente alla soppressione dell'assegno per grandi invalidi. Dato che l'assegno per grandi invalidi viene soppresso due mesi dopo la notifica della relativa decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI), l'assicurato dispone di tempo sufficiente per disdire i contratti di lavoro. Pertanto non sono riconosciuti eventuali obblighi di continuare a versare il salario.

1007.1 1/25 Se un assicurato rinvia la riscossione della sua rendita di vecchiaia, il diritto all'assegno per grandi invalidi e quello al contributo per l'assistenza si estinguono alla fine del mese in cui raggiunge l'età di riferimento. L'obbligo di continuare a versare il salario non viene riconosciuto nemmeno in questo caso.

1008 Se l'assicurato soggiorna in un istituto per almeno 16 giorni al mese, il contributo per l'assistenza viene versato soltanto se sussistono obblighi derivanti da un contratto di lavoro ai sensi del CO per i quali è concesso un contributo per l'assistenza. In questi casi, il contributo per l'assistenza viene versato al massimo per tre mesi. Questi obblighi sono però riconosciuti soltanto se il ricovero in istituto non era prevedibile. In caso di ricovero prevedibile in un istituto, l'assicurato è tenuto a prendere tutte le misure (ad esempio disdire i contratti di lavoro) affinché dopo l'entrata in istituto non sussista più alcun obbligo.

1009 Il ricovero in istituto è considerato imprevedibile se non è possibile prevederlo e se avviene d'urgenza. Se invece vi erano già stati contatti con un istituto, l'entrata in questo istituto non è considerata imprevedibile.

1009.1 1/22 In caso di pernottamenti irregolari, per determinare se l'assicurato abbia trascorso in media più o meno di 15 notti al mese a casa o in istituto va considerata la media dell'ultimo anno o almeno degli ultimi sei mesi. Andrebbe effettuata una verifica regolare. Sono tuttavia pagate solo le ore effettivamente prestate, in particolare solo le notti trascorse a casa.

1010 Se il diritto al contributo per l'assistenza si estingue perché vengono meno i presupposti ai sensi degli articoli 39*a* e 39*b* OAI, di norma non viene concessa la continuazione del versamento del salario. Tuttavia, ogni caso va valutato singolarmente.

Esempio 1
Un assicurato di 15 anni frequenta la scuola dell'obbligo in una classe normale. Conclusa la scuola dell'obbligo, entra in un centro d'integrazione. Il diritto al contributo per l'assistenza si estingue e non viene concessa la continuazione del versamento del salario perché l'assicurato aveva tempo sufficiente per prepararsi al cambiamento.

Esempio 2
Un assicurato di 15 anni frequenta la scuola dell'obbligo in una classe normale. Dopo la conclusione della scuola dell'obbligo trova un posto di tirocinio nel mercato del lavoro primario. Improvvisamente il datore di lavoro fa marcia indietro e l'assicurato deve ripiegare su un centro d'integrazione. Il diritto al contributo per l'assistenza decade. Se sussistono obblighi derivanti da un contratto di lavoro ai sensi del CO, il contributo per l'assistenza continua a essere versato, ma al massimo per tre mesi.

1011 Nel caso di modifiche che fanno venire meno le condizioni di diritto sussiste l'obbligo di notifica. Se l'assicurato notifica la modifica, il diritto al contributo per l'assistenza viene meno alla data della modifica (N. 7021), fatta eccezione per eventuali obblighi derivanti dal contratto di lavoro ai sensi del CO (termine di disdetta). Se l'assicurato non osserva l'obbligo di notifica, il contributo per l'assistenza è soppresso retroattivamente dalla data della modifica rilevante per il diritto al contributo per l'assistenza (in analogia all'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI). In questo caso, però non è concesso alcun contributo per l'assistenza per l'obbligo di continuare a versare il salario. Le prestazioni riscosse indebitamente devono essere restituite.

1012 1/19 Nel caso di un soggiorno all'estero della durata di più di tre mesi il diritto al contributo per l'assistenza è sospeso (né

l’assegno per grandi invalidi né il contributo per l’assistenza sono esportabili). Non sono riconosciuti eventuali obblighi di continuare a versare il salario. Un soggiorno all’estero della durata di meno di tre mesi, invece, è considerato quale modifica temporanea che non causa la sospensione del diritto; il contributo per l’assistenza è versato come prima. Il limite di tre mesi va interpretato come punto di riferimento che occorre valutare di volta in volta. In caso di ripetuti soggiorni all’estero nel corso dello stesso anno va verificato se il domicilio e la dimora abituale continuino a trovarsi in Svizzera (art. 42 LAI, art. 13 LPGA e cap. 1.3 CGI). Se l’assicurato soggiorna temporaneamente all’estero e vi impiega un assistente, è possibile conteggiare le ore di assistenza fornite, a condizione che siano adempiuti gli obblighi del datore di lavoro ivi vigenti. In questo caso non sono riconosciuti eventuali obblighi di continuare a versare il salario per gli assistenti rimasti in Svizzera.

1013 1/24 Il diritto al contributo per l’assistenza sussiste in linea di massima fino alla nascita del diritto a una rendita di vecchiaia o alla riscossione anticipata della totalità della rendita di vecchiaia e si estingue al più tardi alla fine del mese in cui l’assicurato raggiunge l’età di riferimento o anticipa la riscossione della totalità della rendita di vecchiaia. Nel contempo, per garantire i diritti acquisiti, nasce il diritto a un contributo per l’assistenza dell’AVS (v. cap. 1.4).

1014 Se l’assicurato decede, il diritto al contributo per l’assistenza termina alla fine del mese del decesso dell’assicurato. Dopo quella data il contributo per l’assistenza continua a essere versato soltanto se sussistono obblighi derivanti dal contratto di lavoro o ai sensi del CO, a condizione che l’importo annuo del contributo per l’assistenza annuo (in proporzione) non sia già stato superato (v. cap. 3.2.2.2.1).

1014.1 In caso di soppressione del contributo per l’assistenza, le prestazioni proporzionalmente ricevute in eccedenza non sono fatturate, salvo in caso di soppressione per abuso, violazione degli obblighi del datore di lavoro o di quelli nei

confronti delle assicurazioni sociali oppure per mancata comunicazione da parte dell'assicurato dei cambiamenti che hanno determinato la soppressione del contributo per l'assistenza.

Esempio 1
Un assicurato riceve un contributo per l'assistenza di 1 000 franchi al mese, ovvero 12 000 franchi all'anno (gennaio–dicembre). Il 30 settembre il contributo per l'assistenza viene soppresso, poiché l'assicurato è entrato in un istituto. Per il periodo da gennaio a settembre ha già fatturato 11 000 franchi. In questo caso non viene richiesta alcuna restituzione.

Esempio 2
Un assicurato riceve un contributo per l'assistenza di 1 000 franchi al mese, ovvero 12 000 franchi all'anno (gennaio–dicembre). Il 30 aprile il contributo per l'assistenza viene soppresso, poiché l'assicurato non presenta alcun conteggio dei contributi sociali. Per il periodo da gennaio ad aprile ha già fatturato 6 000 franchi. Viene pertanto chiesta la restituzione delle prestazioni proporzionalmente ricevute in eccedenza, pari a 2 000 franchi (6 000 fr. – 1 000 fr. x 4).

1.4 Sostituzione del contributo per l'assistenza dell'AI con quello dell'AVS (garanzia dei diritti acquisiti)

1/24 *Articolo 43ter LAVS*
Chi, sino alla fine del mese in cui raggiunge l'età di riferimento o sino al momento in cui anticipa la riscossione della totalità della rendita, ha beneficiato di un contributo per l'assistenza dell'assicurazione per l'invalidità continua a ricevere un contributo d'importo pari al massimo a quello ricevuto fino ad allora. Al diritto al contributo per l'assistenza e alla sua entità si applicano per analogia gli articoli 42^{quater}–42^{octies} LAI.

1015 1/25 La persona che, prima del raggiungimento dell'età di riferimento o della riscossione anticipata della totalità della rendita di vecchiaia, ha beneficiato di un contributo per l'assistenza versato dall'AI continua a riceverlo per un importo al massimo equivalente a quello ricevuto fino a quel momento (art. 43ter LAVS); in caso di rinvio della rendita di vecchiaia si veda il N. 1015.3. Affinché i diritti acquisiti siano garantiti l'assicurato deve adempiere le condizioni di diritto e, nel mese precedente la riscossione della rendita di vecchiaia, aver già beneficiato di ore di assistenza. La data della fatturazione e del rimborso da parte dell'AI non sono rilevanti. È determinante l'importo in franchi (dopo deduzione delle altre prestazioni) stabilito mediante decisione, a prescindere da quello fatturato.

Esempio
Un assicurato nato il 15 luglio 1957 inoltra una domanda di contributo per l'assistenza il 3 febbraio 2022 (64 anni). L'inchiesta ha luogo il 10 maggio 2022 e l'ufficio AI emana il preavviso il 20 luglio 2022 e la decisione definitiva il 30 agosto 2022, riconoscendo il diritto al contributo per l'assistenza a partire dal mese di febbraio 2022. L'assicurato potrà beneficiare del contributo di assistenza dopo l'età di riferimento solo se ha beneficiato di ore di assistenza prima del 15 luglio 2022. In caso contrario, anche se si è annunciato prima dell'età di riferimento e che la decisione dell'ufficio AI è intervenuta solo dopo di essa, non potrà beneficiare della garanzia dei diritti acquisiti.

1015.1 1/24 Se anticipa la riscossione soltanto di una parte della rendita di vecchiaia, l'assicurato mantiene il proprio diritto al contributo per l'assistenza dell'AI.

1015.2 1/24 Se revoca la riscossione anticipata della totalità della rendita di vecchiaia (cfr. art. 56ter OAVS), l'assicurato deve essere posto nella situazione in cui si sarebbe trovato se non avesse anticipato la riscossione della rendita. Pertanto, il diritto al contributo per l'assistenza dell'AI rinasce con effetto retroattivo dall'inizio dell'anticipazione.

Esempio 1
Un assicurato di 64 anni inoltra una richiesta di rendita d'invalidità. In seguito anticipa la riscossione della totalità della rendita di vecchiaia. Due mesi dopo presenta una domanda di contributo per l'assistenza presso l'ufficio AI. Quest'ultimo gli notifica quindi una decisione di rifiuto temporaneo (senza preavviso), che lo informa che la sua domanda potrà essere nuovamente trattata se, a seguito di una decisione positiva concernente la rendita d'invalidità, revocherà la riscossione anticipata della rendita di vecchiaia (v. catalogo dei testi). Un anno dopo (all'età di 65 anni) gli viene concessa una rendita d'invalidità con effetto retroattivo ed egli revoca la riscossione anticipata della totalità della rendita di vecchiaia. Se è ancora interessato a un contributo per l'assistenza, deve comunicare questo cambiamento all'ufficio AI, che deve quindi riprendere l'istruttoria della relativa domanda. Il diritto a un contributo per l'assistenza dell'AI nasce a partire dal momento in cui è stata inoltrata la prima domanda (fatto salvo l' art. 42^{septies} cpv. 2 LAI). L'assicurato percepirà un contributo per l'assistenza dell'AVS soltanto se avrà assunto personale e fatturato il contributo per l'assistenza dell'AI (v. N. 1015, art. 43ter LAVS).

Esempio 2
Un assicurato di 63 anni che percepisce un contributo per l'assistenza inoltra una richiesta di rendita d'invalidità nel marzo del 2024. Nel giugno del 2024 anticipa la riscossione della totalità della rendita di vecchiaia. Il contributo per l'assistenza gli è quindi versato dall'AVS. Nel settembre del 2025, all'età di 64 anni, chiede un aumento del contributo per l'assistenza. L'ufficio AI procede all'istruttoria, ma rifiuta l'eventuale aumento, poiché un aumento dell'importo non è più possibile nell'ambito della garanzia dei diritti acquisiti dell'AVS (N. 1015). Informa l'assicurato che la sua domanda potrà essere nuovamente trattata se, a seguito di una decisione positiva concernente la rendita d'invalidità, revocherà la riscossione anticipata della rendita di vecchiaia. All'età di 65 anni gli viene concessa una rendita

d’invalidità con effetto retroattivo ed egli revoca la riscossione anticipata della totalità della rendita di vecchiaia. Pertanto l’ufficio AI potrà, se del caso, aumentare il contributo per l’assistenza a partire dal settembre del 2025.

1015.3 1/25 In caso di rinvio della totalità o di una parte della rendita di vecchiaia non sussiste alcun diritto all’assegno per grandi invalidi. Di conseguenza, non sussiste nemmeno il diritto al contributo per l’assistenza. L’eventuale garanzia dei diritti acquisiti si estingue definitivamente.

1016 1/16 Gli assicurati cui l’AI ha concesso un contributo per l’assistenza, mantengono il diritto a prestazioni dello stesso tipo e della stessa entità, a condizione che continuino a soddisfare i presupposti dell’AI, il bisogno di aiuto rimanga costante e la presente circolare non disponga diversamente. L’adeguamento al rincaro non è equiparato a un aumento del contributo e può quindi essere accordato.

1017 Un assicurato con una capacità limitata di esercitare i diritti civili che percepisce un contributo per l’assistenza in quanto esercita un’attività lucrativa (art. 39*b* lett. c OAI) e che interrompe quest’attività dopo il raggiungimento dell’età di riferimento, continua ad avere diritto al contributo.

1018 1/22 La revisione del contributo per l’assistenza dopo il raggiungimento dell’età di pensionamento continua a essere possibile. Da quel momento, tuttavia, non è più possibile aumentarne l’importo. Questo vale sia per l’importo mensile che per quello annuale: anche se l’aiuto di familiari viene meno o non è più esigibile (modifica del moltiplicatore; v. cap. 4.3.3.2), l’importo annuale non può essere aumentato.

1019 1/23 È invece possibile ridurre il contributo per l’assistenza a causa della modifica del bisogno di assistenza. Può per esempio venir meno un bisogno di aiuto precedentemente riconosciuto negli ambiti lavoro e istruzione. Eventualmente occorre procedere a rettifiche nella composizione dell’economia domestica o nell’ambito della custodia dei figli (ad

esempio numero maggiore/minore di adulti nella stessa economia domestica, età dei figli). Anche le modifiche durature relative ad altre prestazioni percepite, come ad esempio le prestazioni rimborsate secondo la LAMal o il soggiorno in un istituto, possono causare una modifica del bisogno di assistenza.

Esempio
Un assicurato ha bisogno di aiuto per 200 ore mensili, di cui 20 nell'ambito del lavoro. Percepisce prestazioni Spitex per un totale di 40 ore mensili e circa 36 ore mensili sono coperte dall'assegno per grandi invalidi. Pertanto percepisce un contributo per l'assistenza per 124 ore mensili (200 meno 40 meno 36).
Una volta raggiunta l'età di riferimento, l'assicurato non lavora più. Il suo bisogno di assistenza scende a 180 ore (200 meno 20) e il contributo per l'assistenza a 104 ore. Dopo alcuni mesi il suo stato di salute peggiora. Ora ha bisogno di prestazioni d'aiuto per 220 ore al mese. Gli viene concesso un assegno per grandi invalidi di grado elevato (grazie alla garanzia dei diritti acquisiti, l'importo rimane lo stesso e continua a coprire circa 36 ore), le prestazioni Spitex rimangono invariate. Teoricamente dovrebbe ricevere 144 ore (220 meno 36 meno 40), ma dato che dopo il raggiungimento dell'età di riferimento o l'anticipazione della riscossione della totalità della rendita di vecchiaia un aumento non è possibile, l'assicurato continua a percepire un contributo per l'assistenza per 124 ore.

1.5 Ritiro della richiesta e rinuncia a prestazioni

1020 1/22 I principi concernenti il ritiro della richiesta sono disciplinati al N. 1042 segg. CPAI.

1021 1/22 Per quanto riguarda il contributo per l'assistenza, in linea di massima è sempre possibile accettare il ritiro della richiesta.

1022 1/22 Soppresso

1023 1/22 Soppresso

1024 1/22 I principi relativi alla rinuncia a prestazioni sono disciplinati al N. 1047 segg. CPAI.

1025 1/22 Soppresso

1026 Le rinunce al contributo per l'assistenza possono essere trattate direttamente dall'ufficio AI.

1027 Se la rinuncia al contributo per l'assistenza è accettata, l'accettazione va notificata mediante decisione (art. 23 cpv. 3 LPGA). La decisione stabilisce il momento a partire dal quale il contributo per l'assistenza non è più concesso. L'assicurato va informato in merito alle conseguenze della rinuncia (nessuna continuazione del versamento del salario: v. N. 1028).

1028 Compete all'assicurato fare in modo che la disdetta del contratto di lavoro e la rinuncia al contributo per l'assistenza siano coordinati tra loro (in caso di rinuncia l'AI non è soggetta all'obbligo di continuare a versare il salario).

1029 La rinuncia può essere revocata in qualsiasi momento. A seconda del tempo trascorso dal momento della rinuncia, è sufficiente far sì che la decisione riprenda a produrre i suoi effetti oppure occorre svolgere nuovamente l'intera procedura (autodichiarazione, accertamento ecc.). In caso di revoca della rinuncia, tuttavia, le prestazioni possono essere versate soltanto a partire dalla revoca. È escluso il versamento di prestazioni arretrate per il periodo prima della revoca.

2. Condizioni di diritto

2001 1/22 Nell'allegato 1 è illustrato il processo decisionale per l'esame delle condizioni di diritto. Secondo l'articolo 42quater capoverso 1 LAI, hanno diritto al contributo per l'assistenza gli assicurati che:

- percepiscono un assegno per grandi invalidi;
- vivono a casa propria; e
- sono maggiorenni.

2.1 Versamento dell'assegno per grandi invalidi dell'AI

2002 La condizione della riscossione di un assegno per grandi invalidi è un criterio valido per verificare se sussiste il bisogno di un aiuto regolare dovuto all'invalidità.

2003 Il contributo per l'assistenza non è versato agli aventi diritto a un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione contro gli infortuni obbligatoria (art. 26 seg. LAINF e casi più vecchi secondo l'art. 77 cpv. 1 della vecchia legge sull'assicurazione malattie, LAMI, cfr. DTF 140 V 113), dell'assicurazione militare (art. 20 LAM) e dell'AVS (art. 43bis LAVS, eccettuati i diritti acquisiti secondo l'art. 43ter LAVS).

2004 1/16 Se la grande invalidità è imputabile solo parzialmente a un infortunio, l'assicurazione contro gli infortuni ha diritto a un contributo dell'AI corrispondente all'assegno per grandi invalidi che quest'ultima verserebbe se l'assicurato non avesse subito l'infortunio (art. 42 cpv. 6 LAI, art. 39*k* OAI). È tuttavia l'AINF che versa l'assegno per grandi invalidi all'assicurato, che non ha quindi diritto al contributo per l'assistenza.

2.2 Vivere a casa propria

2005 Il presupposto fondamentale per poter condurre una vita autonoma e responsabile è abitare a casa propria. Il contributo per l'assistenza è pertanto versato solo a persone che vivono a casa propria.

2006 1/22 Per stabilire se una persona abiti in un istituto oppure a casa propria ci si basa sulla decisione secondo l'articolo 42ter capoverso 2 LAI relativa all'ammontare dell'assegno per grandi invalidi. I minorenni che trascorrono ogni mese 16 o più notti a casa, sono considerati alla stregua di

assicurati che vivono a casa propria. In caso di pernottamenti irregolari, per determinare se l'assicurato abbia trascorso in media più o meno di 15 notti al mese a casa o in istituto va considerata la media dell'ultimo anno o almeno degli ultimi sei mesi. Andrebbe effettuata una verifica regolare (cfr. N. 1009.1 e 4026 CGI).

2007 Fatto salvo il N. 2019, è irrilevante se l'assicurato vive da solo o se condivide l'abitazione con altri (familiari o altri coinquilini).

2008 Agli assicurati che al momento della richiesta di un contributo per l'assistenza vivono in istituto, quest'ultimo può essere concesso solo a partire dal momento in cui lasciano l'istituto. Per garantire una pianificazione sicura all'assicurato, la valutazione del bisogno (autodichiarazione e accertamento) si svolge prima che questo lasci l'istituto. L'ufficio AI emana quindi una decisione negativa che tuttavia stabilisce in anticipo a quanto ammonteranno le prestazioni (v. N. 6027).

2009 Se l'assicurato lascia l'istituto entro 6 mesi dal ricevimento della decisione negativa, l'ufficio AI può emanare una decisione dello stesso tenore, ma questa volta positiva. Se l'assicurato non lascia l'istituto entro 6 mesi, l'ufficio AI deve verificare se la valutazione del bisogno è ancora attuale ed eventualmente disporre un nuovo accertamento.

2.3 Minorenni

Articolo 39a OAI

2010 Gli assicurati minorenni hanno diritto al contributo per l'assistenza, se adempiono le condizioni di cui all'articolo 42^{quater} capoverso 1 lettere a e b LAI e:

- frequentano la scuola dell'obbligo in una classe normale oppure svolgono una formazione professionale nel mercato del lavoro primario o un'altra formazione del livello secondario II con assiduità;

- esercitano un'attività lucrativa per almeno 10 ore alla settimana nel mercato del lavoro primario; o
- ricevono un supplemento per cure intensive ai sensi dell'articolo 42ter capoverso 3 LAI per un bisogno di cure e di sorveglianza di almeno 6 ore al giorno.

Queste condizioni non devono essere adempiute cumulativamente. È sufficiente che l'assicurato ne adempia una (art. 39*a* OAI).

2011 La frequentazione di una classe normale dà diritto alla prestazione a prescindere dal fatto che l'assicurato, all'interno della stessa, segua un piano didattico normale o speciale.

2012 1/22 Se l'assicurato è inserito in una classe normale solo a tempo parziale, vi deve trascorrere almeno 3 giorni alla settimana, affinché il diritto nasca. Per il conteggio dei giorni è considerato l'orario normale di ciascun giorno di scuola. Se, ad esempio, l'orario prevede lezioni solo il lunedì mattina, il lunedì è conteggiato alla stregua di una giornata intera. Se, invece, vi sono lezioni sia al mattino che al pomeriggio e l'assicurato frequenta solo quelle del mattino, il giorno conta come mezza giornata. La partecipazione a singole ore di lezione non è conteggiata. La frequentazione di una classe speciale inserita in uno stabile della scuola regolare non dà diritto al contributo per l'assistenza. Sono considerate classi speciali quelle designate come tali dal Cantone, ma non le classi speciali incluse (classi speciali inserite in una classe regolare con gestione in team teaching), né le piccole classi, le classi di introduzione e le classi per allievi con un particolare bisogno di promozione.

2013 L'attività lucrativa deve ammontare ad almeno 10 ore alla settimana. Lo svolgimento di attività occasionali non è sufficiente. Si presuppone l'esistenza di un contratto di lavoro valido.

2014 1/20 L'assicurato deve conseguire un salario corrispondente al lavoro prestato e conforme agli usi del settore o della funzione. Per il calcolo del salario si considerano tutte le sue componenti, incluse la tredicesima mensilità, le gratifiche,

l’indennizzo per le vacanze, ecc. La prestazione di lavoro è quantificata in funzione del livello del bisogno di aiuto nell’ambito dell’attività Attività (manuali/intellettuali). Per il livello 4 si presuppone una prestazione lavorativa massima del 10 per cento; il salario deve ammontare ad almeno 2.60 franchi svizzeri (corrisponde al salario minimo in un laboratorio protetto). Per il livello 3 si presuppone una prestazione lavorativa massima del 15 per cento, il salario deve ammontare ad almeno 3.90 franchi svizzeri all’ora. Per il livello 2 si presuppone una prestazione lavorativa massima del 20 per cento, il salario deve ammontare ad almeno 5.20 franchi svizzeri all’ora. Per il livello 1 si presuppone una prestazione lavorativa massima del 25 per cento, il salario deve ammontare ad almeno 6.50 franchi svizzeri all’ora. Per il resto valgono le disposizioni sui salari minimi dei contratti collettivi e dei contratti normali di lavoro. Per un orario a tempo pieno si calcolano 1 880 ore di lavoro annuali (47 settimane a 40 ore).

Esempio
Un assicurato di 17 anni lavora 20 ore alla settimana in un ristorante nel mercato del lavoro primario, guadagnando 250 franchi al mese. Il suo bisogno di aiuto nel settore Esercizio di un’attività lucrativa corrisponde al livello 3 (106 minuti) ed è composto come segue:

– attività (manuali/intellettuali): livello 4 = 100 minuti
– vestirsi/svestirsi: livello 2 = 5 minuti
– mobilità: livello 1 = 1 minuto

Il suo bisogno di aiuto nell’ambito delle attività (manuali / intellettuali) corrisponde al livello 4. Di conseguenza, l’assicurato deve guadagnare almeno 2.60 franchi all’ora per aver diritto al contributo per l’assistenza. Questo significa che per 20 ore al mese deve guadagnare almeno 203.65 franchi (2.60 fr. x 20 ore x 47 settimane ÷ 12 mesi). In questo esempio l’assicurato ha pertanto diritto a un contributo per l’assistenza. Se il suo bisogno di aiuto nell’ambito delle attività (manuali / intellettuali) fosse di livello 3, non avrebbe diritto al contributo per l’assistenza perché

non raggiungerebbe il salario minimo di 3.90 franchi all'ora (250 fr. x 12 ÷ 47 ÷ 20 = 3.19 fr.).

2014.1 1/20 Se un assicurato riceve una rendita intera sulla base di un grado d'invalidità del 100 per cento, non si può presumere che egli svolga un'attività lavorativa nel mercato del lavoro primario.

2014.2 1/20 Secondo l'articolo 25 capoverso 1 lettera b OAI, non sono considerate redditi del lavoro presumibili le componenti del salario per le quali è provato che il lavoratore non può fornire nessuna controprestazione a causa della limitata capacità lavorativa (salario sociale, sentenza del TF 8C_722/2016 del 28 giugno 2017). Anche se l'assicurato percepisce un salario che supera i limiti fissati al N. 2014, non si tratta di un'attività esercitata nel mercato del lavoro primario.

Esempio
Un assicurato lavora 10 ore alla settimana nell'impresa di sua zia. Il suo bisogno di aiuto in questo ambito corrisponde al livello 3. Egli percepisce un salario di 300 franchi al mese e dunque supera il salario minimo di 3.90 franchi all'ora necessario per considerare che esercita un'attività lucrativa nel mercato del lavoro primario. Tuttavia, la sua prestazione lavorativa reale è praticamente pari a zero e pertanto il salario percepito è palesemente un salario sociale che non sarebbe in grado di ottenere in un'altra impresa o con un'altra attività. In questo caso non si può considerare che l'assicurato esercita un'attività lucrativa nel mercato del lavoro primario.

2015 Per avere diritto al contributo per l'assistenza non è sufficiente seguire una formazione in un centro d'integrazione o svolgere un'attività in un laboratorio protetto. Non danno diritto al contributo per l'assistenza neanche i posti di lavoro protetti nel mercato del lavoro primario (posti di laboratorio esternalizzati o posti di lavoro in cui non si raggiungono i salari minimi per i singoli livelli di bisogno di aiuto fissati al N. 2014).

2015.11/16 Per i lavoratori indipendenti non è richiesto un salario minimo.

2016 Dato che con l'assistente va concluso un contratto di lavoro, gli assicurati minorenni hanno bisogno di un rappresentante legale, altrimenti i loro atti non sono validi (art. 19 cpv. 1 CC). Il rappresentante legale stabilisce dunque le modalità delle prestazioni da fornire e conclude il contratto di lavoro in nome dell'assicurato minorenne. In questo contesto si applicano le disposizioni usuali del codice civile. Il rappresentante legale non può agire contro la volontà dell'assicurato e, ove possibile, deve chiederne il consenso (cfr. art. 304 e 409 CC).

2.4 Assicurati con una capacità limitata di esercitare i diritti civili

2017 1/22 Gli assicurati maggiorenni con una capacità limitata di esercitare i diritti civili hanno diritto al contributo per l'assistenza, se adempiono le condizioni di cui all'articolo 42^{quater} capoverso 1 lettere a e b LAI e:

- gestiscono una propria economica domestica;
- seguono assiduamente una formazione professionale nel mercato del lavoro primario oppure un'altra formazione di livello secondario II o di livello terziario;
- esercitano un'attività lucrativa per almeno 10 ore alla settimana nel mercato del lavoro primario; o
- al raggiungimento della maggiore età percepivano un contributo per l'assistenza secondo l'articolo 39*a* lettera c.

Queste condizioni non devono essere adempiute cumulativamente. È sufficiente che l'assicurato ne adempia una.

2018 1/25 Sono considerati assicurati con una capacità limitata di esercitare i diritti civili in ogni caso le persone soggette a una curatela generale (art. 398 CC) o a una curatela di cooperazione (art. 396 CC) secondo il diritto in materia di protezione degli adulti (art. 360 segg. CC). In queste situa-

zioni l'assicurato non ha diritto al contributo per l'assistenza, salvo se adempie le condizioni supplementari di cui all'articolo 39*b* OAI. In caso di altri generi di curatela (curatela di rappresentanza ai sensi dell'art. 394 CC e amministrazione di sostegno ai sensi dell'art. 393 CC) l'esercizio dei diritti civili è di regola limitato solo se l'autorità di protezione degli adulti lo ordina espressamente (art. 394 cpv. 2 CC).

2018.1 1/25 La capacità limitata di esercitare i diritti civili non è sempre stabilita in una decisione emanata dall'APMA. Ciò non significa tuttavia che l'assicurato sia in grado di esercitare i diritti civili. Se, ad esempio, l'assicurato è totalmente rappresentato dai familiari nei confronti delle autorità o di terzi, l'incapacità di esercitare i diritti civili è dimostrata di fatto. In caso di dubbi sulla capacità di esercitare i diritti civili, l'ufficio AI può basarsi sugli atti medici, che devono contenere chiari indizi dell'incapacità di esercitare i diritti civili *de facto*.

2019 Il criterio della gestione di una propria economia domestica è più restrittivo del concetto di «vivere a casa propria» sancito dalla legge. Gestire una propria economia domestica significa che non si vive più sotto lo stesso tetto con i genitori o con i propri rappresentanti legali. La gestione di una propria economia domestica non si limita alla separazione di un proprio ambiente abitativo in termini di spazio, ma comprende per principio anche lo svolgimento delle varie attività che comporta un'economia domestica propria, quali ad esempio cucinare, ordinare l'alloggio, fare la spesa e il bucato, avere cura dei vestiti ecc. nonché la necessaria pianificazione e organizzazione di queste azioni. Nel caso delle persone sposate che vivono con il coniuge, il criterio della propria economia domestica è considerato soddisfatto. Lo stesso vale per le persone che vivono in un'unione domestica registrata o in una convivenza di fatto.

2020 Le comunità abitative in cui due o più persone condividono un appartamento, in cui ognuna dispone di una propria camera da letto e in cui un settore è di uso comune, possono essere equiparate a un'economia domestica propria.

2021 Le disposizioni sull'attività lucrativa dei N. 2013–2015 valgono per analogia anche per gli assicurati con una capacità limitata di esercitare i diritti civili.

2022 1/20 Gli assicurati maggiorenni con una capacità limitata di esercitare i diritti civili possono ottenere un contributo per l'assistenza se prima del raggiungimento della maggiore età ne percepivano uno in virtù dell'articolo 39*a* lettera c OAI (supplemento per cure intensive di almeno 6 ore al giorno; sentenza del TF 9C_753/2016 del 3 aprile 2017). Diversamente dalla garanzia dei diritti acquisiti in caso di raggiungimento dell'età di riferimento o di anticipazione della riscossione della totalità della rendita di vecchiaia (N. 1015), l'importo può aumentare dopo il passaggio alla maggiore età. Questi diritti acquisiti sono garantiti soltanto se le altre condizioni di diritto ai sensi dell'articolo 42^{quater} LAI continuano a essere adempiute.

Esempio 1
Un assicurato minorenne frequenta una scuola speciale durante il giorno. Oltre a un assegno per grandi invalidi, l'assicurato percepisce anche un SCI di 6 ore. Conclusa la scuola dell'obbligo frequenta un centro d'integrazione per tutta la giornata. In virtù dell'articolo 39*a* lettera c OAI ha diritto a un contributo per l'assistenza. Raggiunta la maggiore età, ha una capacità limitata di esercitare i diritti civili. Il diritto continua a sussistere in virtù dell'articolo 39*b* lettera d OAI. All'età di 25 anni l'assicurato entra in un istituto. Il diritto si estingue. Se egli dovesse lasciare l'istituto all'età di 30 anni, il diritto al contributo per l'assistenza in virtù dell'articolo 39*b* lettera d OAI non rinascerebbe.

Esempio 2
Un assicurato minorenne frequenta una classe normale della scuola dell'obbligo. A 16 anni inizia una formazione nel mercato del lavoro primario. In virtù dell'articolo 39*a* lettera a OAI ha diritto a un contributo per l'assistenza. Al raggiungimento della maggiore età è messo sotto curatela generale poiché ha una capacità limitata di esercitare i diritti civili. Il diritto continua a sussistere in virtù dell'articolo 39*b* lettera b OAI. In seguito deve interrompere la formazione

nel mercato del lavoro primario ed è in grado di continuarla soltanto in un centro d'integrazione. Se continua a vivere con i genitori, il diritto si estingue.

2022.11/19 Se non adempie più le condizioni di diritto solo temporaneamente, l'assicurato potrà nuovamente beneficiare della garanzia dei diritti acquisiti se adempirà le condizioni in un secondo momento. In caso di ricovero in ospedale o di soggiorno in istituto, i diritti acquisiti rinascono per un periodo massimo di un anno e, in caso di formazioni in un internato, per un periodo massimo di quattro anni (contrariamente a quanto menzionato nel N. 1005).

Esempio
La situazione è identica a quella dell'esempio 1 del N. 2022. All'età di 25 anni l'assicurato entra in un istituto. Il diritto si estingue. Se egli dovesse lasciare l'istituto dopo otto mesi, il diritto al contributo per l'assistenza in virtù dell'articolo 39*b* lettera d OAI rinascerebbe.

2023 Se l'ufficio AI nutre dubbi in merito alla capacità di esercitare i diritti civili di un assicurato, ma al riguardo non è in atto alcun provvedimento, può adire le autorità competenti e disporre un accertamento (art. 28 cpv. 3 LPGA, art. 6*a* cpv. 2 LAI).

3. Prestazioni d'aiuto riconosciute

Articolo 42^{sexies} capoverso 1 LAI
Il calcolo del contributo per l'assistenza si basa sul tempo necessario per fornire le prestazioni d'aiuto. Da questo valore è dedotto il tempo che corrisponde alle prestazioni seguenti:

a. l'assegno per grandi invalidi di cui agli articoli 42–42ter;
b. i sussidi per i servizi di terzi ai quali l'assicurato ricorre al posto di un mezzo ausiliario secondo l'articolo 21ter capoverso 2;
c. il contributo delle cure versato dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nell'ambito delle cure di base secondo l'articolo 25a LAMal.

3001 1/18 Il contributo per l’assistenza è versato se sussiste un bisogno di aiuto regolare non coperto da altre prestazioni. Di conseguenza non viene versato se l’assegno per grandi invalidi e/o altre prestazioni dell’AI o dell’assicurazione malattie obbligatoria già coprono, in termini temporali, il bisogno di aiuto riconosciuto.

3002 Per prestazioni d'aiuto si intendono tutte le attività che coprono il bisogno di aiuto regolare dovuto all’invalidità.

3.1 Prestazioni d'aiuto regolari

Articolo 42quinquies LAI
L’assicurazione versa il contributo per l’assistenza a copertura delle prestazioni d’aiuto di cui l’assicurato ha bisogno e che gli sono fornite regolarmente da una persona fisica (assistente) (...).

Articolo 39d OAI
L’assicurato ha diritto al contributo per l’assistenza soltanto se, a causa del suo bisogno di aiuto, necessita dell’assunzione di uno o più assistenti per più di tre mesi.

3003 Il contributo per l’assistenza è versato se sussiste un comprovato e regolare bisogno di aiuto e se le prestazioni d'aiuto sono fornite da un assistente.

3004 Il bisogno di aiuto deve essere regolare, vale a dire che si deve estendere su almeno 3 mesi. Durante questo periodo, il bisogno di aiuto deve inoltre essere coperto regolarmente da almeno un assistente. L’assicurato o il rappresentante legale deve aver concluso un contratto di lavoro per queste prestazioni.

3005 Lo scopo del contributo per l’assistenza è la copertura regolare del bisogno di aiuto da parte di un assistente e non la copertura di un bisogno transitorio. Il contributo per l’assistenza non va utilizzato per coprire prestazioni d'aiuto transitorie da parte di un assistente, neanche se all’assicurato è riconosciuto un bisogno di aiuto regolare. Occorre

evitare che un assicurato con un bisogno di aiuto regolare, il quale non viene però coperto da un assistente (bensì ad esempio da un familiare), percepisca un contributo per l'assistenza, ad esempio per coprire le vacanze dei familiari.

3.1.1 Il criterio della regolarità

3006 Per determinare il bisogno individuale di prestazioni d'aiuto regolari, il criterio della regolarità può essere interpretato in modo più ampio che nel caso dell'assegno per grandi invalidi. Sono pertanto considerate regolari anche le prestazioni d'aiuto che vengono fornite non quotidianamente ma con una certa frequenza (ad es. bagno periodico, taglio delle unghie o pulizia settimanale dell'appartamento). Di conseguenza, le prestazioni d'aiuto di cui l'assicurato necessita un'unica volta, eccezionalmente o sporadicamente, non sono considerate regolari.

3007 La regolarità è data se, per condurre una vita normale, sussiste un bisogno di aiuto duraturo, ad esempio, a seconda dell'ambito, quotidianamente o almeno mensilmente (ad es. igiene mensile, taglio delle unghie, pulizia settimanale dell'appartamento, spesa).

3008 Un aumento a breve termine del bisogno di aiuto in seguito a una malattia acuta non soddisfa il criterio della regolarità. Un accresciuto bisogno di aiuto nelle fasi acute è però computabile se tali oscillazioni fanno parte delle caratteristiche tipiche dell'infermità (v. cap. 4.1.12).

3.2 Fornitori di prestazioni riconosciuti

Articolo 42^{quinquies} LAI
L'assicurazione versa il contributo per l'assistenza a copertura delle prestazioni d'aiuto di cui l'assicurato ha bisogno e che gli sono fornite regolarmente da una persona fisica (assistente):

a. assunta dall'assicurato o dal suo rappresentante legale con un contratto di lavoro; e

b. che non sia il coniuge, il partner registrato, la persona con cui convive di fatto o un parente in linea retta.

3009 Le prestazioni sono rimborsate solo se sono fornite da un assistente assunto dall'assicurato o dal suo rappresentante legale. Ciò significa che l'assicurato deve concludere un contratto di lavoro con l'assistente, registrarsi quale datore di lavoro presso le autorità competenti e versare i contributi sociali prescritti.

3010 1/26 Ogni assistente può lavorare al massimo al 100 per cento (vale a dire 44 ore settimanali). Nell'orario di lavoro settimanale vengono computate solo le ore di lavoro attivo, senza tempi di presenza né pause. Per analogia con la legge del 13 marzo 1964 sul lavoro (RS *822.11*), la durata massima della settimana lavorativa (comprese le ore supplementari) è limitata a 50 ore. La durata massima del lavoro è di 11 ore al giorno. Per il computo dell'orario di lavoro di notte si veda il N. 4075.

3011 Il rappresentante legale non può fungere contemporaneamente da assistente.

3012 Per dare diritto al contributo per l'assistenza dell'AI, le prestazioni d'aiuto devono essere fornite da persone fisiche. Non danno invece diritto quelle fornite da stabilimenti ospedalieri (istituti, ospedali, cliniche psichiatriche) o semiospedalieri (laboratori, centri diurni, centri d'integrazione, scuole speciali) oppure da organizzazioni e altre persone giuridiche (tranne le prestazioni di consulenza, v. cap. 5).

3013 I familiari stretti non sono rimborsati con il contributo per l'assistenza per le prestazioni d'aiuto fornite.

3014 Per familiari stretti si intendono il coniuge, il partner registrato, il convivente di fatto o i parenti in linea retta (figli, genitori, nonni, nipoti). Questa distinzione si basa sull'obbligo di assistenza ai sensi dell'articolo 328 CC e l'obbligo di mantenimento ai sensi degli articoli 163 e 276 segg. CC.

3015 Il patrigno/la matrigna, i genitori del patrigno/della matrigna e i genitori/nonni affilianti sono equiparati ai genitori/nonni; pertanto non possono essere riconosciuti come assistenti.

3.2.1 Contratto di lavoro

3016 1/18 Il contratto di lavoro è riconosciuto valido dall'AI se è stato stipulato in forma scritta e firmato da entrambe le parti contraenti. Deve inoltre contenere le seguenti indicazioni:

- nome e indirizzo di entrambe le parti;
- data d'inizio del lavoro;
- campo d'attività;
- ammontare del salario e di tutti i supplementi (ad es. gratifiche, 13ª mensilità, indicazione se i giorni di festa sono inclusi nel salario ecc.);
- orario di lavoro settimanale o mensile;
- salario su base mensile o oraria;
- clausola sull'obbligo del segreto;
- regolamentazione dell'obbligo di versare il salario in caso d'incapacità al lavoro (per le donne anche in gravidanza) ossia regolamentazione in caso di assenza / malattia del datore di lavoro o dell'assistente;
- regolamentazioni diverse da quelle previste dalla legge (ad es. un periodo di prova più lungo di 1 mese, una regolamentazione speciale degli straordinari, un accordo sul rimborso forfettario delle spese o un periodo di disdetta in deroga alla legge ecc.);
- regolamentazione della durata massima della settimana lavorativa;
- contributi sociali e
- eventuale termine del contratto di lavoro.

L'AI mette a disposizione un contratto di lavoro tipo (v. allegato 7).

3017 Il rapporto giuridico è disciplinato dalle disposizioni del Codice delle obbligazioni sul contratto di lavoro. Dal contratto di lavoro nascono in particolare obblighi a carico del datore di lavoro (art. 322–330*a* CO). Se un assicurato soggiorna temporaneamente all'estero e vi impiega un assistente, è

possibile conteggiare le ore di assistenza fornite, a condizione che siano adempiuti gli obblighi del datore di lavoro ivi vigenti.

3018 1/26 L'AI non assume il ruolo di mediatore tra l'assicurato e l'assistente. Eventuali vertenze tra le due parti (ammontare del salario, concessione di vacanze ecc.) non riguardano l'AI. L'AI non è tenuta responsabile di eventuali violazioni degli obblighi da parte dell'assicurato (ad es. pagamento di salari arretrati non versati).

3019 1/26 Tuttavia, l'ufficio AI non può sostenere pratiche illegali. Se viene a sapere che l'assicurato non adempie i suoi obblighi, può sospendere, ridurre o rifiutare il versamento del contributo per l'assistenza (v. N. 9016).

3019.1 1/23 L'impiego di un assistente minorenne è soggetto a regole particolari volte a proteggere i giovani lavoratori (cfr. art. 2 cpv. 4 e 29 segg. LL nonché OLL 5). Le disposizioni seguenti si applicano con riserva delle disposizioni dei contratti normali di lavoro cantonali obbligatori.

In linea di principio l'AI può riconoscere un contratto di lavoro con un minorenne solo se:
– il giovane assistente ha almeno 15 anni; e
– non gli sono affidati lavori pericolosi.

Per lavori pericolosi si intendono tutti i lavori che per loro natura o per le condizioni nelle quali vengono eseguiti possono pregiudicare la salute, l'educazione, la formazione e la sicurezza dei giovani come anche il loro sviluppo psicofisico (art. 4 cpv. 2 OLL 5). È dunque necessario tenere conto di tutte le circostanze, in particolare dei danni alla salute dell'assicurato e del suo bisogno di aiuto, del rapporto tra l'assicurato e il giovane assistente, dell'esperienza del giovane assistente, delle sue esigenze in funzione della formazione svolta ecc.

L'impiego di un assistente minorenne di età inferiore ai 15 anni è ammesso solo a condizione che:
– il giovane assistente abbia almeno 13 anni; e

– gli siano affidati esclusivamente lavori leggeri (art. 8 OLL 5).

Un lavoro può essere considerato leggero se per sua natura o per le condizioni nelle quali viene eseguito non pregiudica la salute, la sicurezza e lo sviluppo psicofisico dei giovani e non ne pregiudica la frequenza e le prestazioni scolastiche.

È dunque necessario tener conto di tutte le circostanze nel qualificare un lavoro quale «leggero».

In ogni caso il lavoro di un giovane assistente non deve in alcun modo compromettere la sua frequenza scolastica o formazione e non deve contare più di qualche ora a settimana. È vietata l'occupazione del minorenne la domenica e durante la notte e deve essere garantito un riposo quotidiano di almeno 12 ore consecutive.
Il contratto di lavoro con un giovane assistente deve inoltre elencare in modo esaustivo i lavori richiesti per garantire che non si tratti di lavori pericolosi ed essere corredato di un attestato di età. Occorre inoltre garantire che il giovane assistente sia adeguatamente remunerato per il suo lavoro e che il suo impiego non abbia lo scopo di risparmiare.

In caso di dubbio si raccomanda agli uffici AI di sottoporre il contratto all'ispettorato del lavoro cantonale.

3.2.2 Obbligo di continuare a versare il salario

3020 1/19 Di norma l'AI rimborsa solo le ore effettivamente prestate. L'unica eccezione è rappresentata dall'obbligo di continuare a versare il salario derivante dal CO o dal contratto di lavoro. Anche in questo caso l'AI rimborsa l'importo ottenuto moltiplicando il forfait orario del contributo per l'assistenza per il numero di ore.

3021 L'AI riconosce al massimo gli impegni derivanti dal CO o secondo l'OAI, ma non quelli derivanti da prescrizioni cantonali o da contratti collettivi di lavoro che vanno al di là di

quanto prescritto dal CO. L'assicurato è comunque libero di concludere contratti di lavoro più generosi.

3.2.2.1 Continuazione del versamento del salario in caso di impedimento del lavoratore (malattia, infortunio, maternità, servizio militare)

Articolo 39h capoverso 1 OAI
Se l'assistente è impedito senza sua colpa di lavorare, per motivi inerenti alla sua persona, il contributo per l'assistenza continua a essere versato per la durata del diritto al salario secondo l'articolo 324a del Codice delle obbligazioni, ma al massimo per tre mesi; le prestazioni assicurative versate per compensare le conseguenze economiche di tale impedimento al lavoro sono dedotte.

3022 Se l'assistente non può fornire la prestazione lavorativa, per motivi inerenti alla sua persona che non gli sono imputabili, l'assicurato deve continuare a versargli il salario. Sono riconosciute le assenze seguenti:

– assenze per malattia e infortunio;
– assenze legate alla gravidanza (ma non alla maternità);
– assenze dovute all'adempimento di obblighi legali e all'esercizio di cariche pubbliche.

3023 La durata del diritto al salario dipende dalla durata dell'impiego. L'articolo 324*a* CO stabilisce che il datore di lavoro deve pagare il salario, nel primo anno di servizio, per almeno tre settimane (se il rapporto di lavoro sussiste da almeno tre mesi) e, poi, per un tempo adeguatamente più lungo. Le autorità giudiziarie hanno tradotto questo «tempo adeguatamente più lungo» in diverse scale. L'AI riconosce l'obbligo di continuare a versare il salario secondo la scala bernese (v. allegato 2), ma al massimo per tre mesi.

3024 1/22 Il diritto alla continuazione del versamento del salario sussiste per il singolo anno di servizio, non per il singolo evento di malattia, e si rinnova annualmente. Il diritto si riferisce alla somma di tutti gli impedimenti al lavoro di un

assistente nel corso di un anno. Se il diritto è esaurito, i pagamenti non vengono più considerati, indipendentemente dal fatto che l'impedimento al lavoro perduri o meno. Il «credito» residuo di un anno di servizio non è riportato all'anno successivo. All'inizio di un nuovo anno di servizio, il diritto alla continuazione del versamento del salario si rinnova.

Esempio
Un assistente lavora dal 1° giugno 2021. Dal 10 gennaio 2022 è malato per due settimane. Dal 18 maggio 2022 è malato per quattro settimane. Il salario continua a essere versato per due settimane a gennaio e per una settimana a maggio (dal 18 al 24 maggio). Dal 1° giugno 2021 al 31 maggio 2022 l'assistente si trova nel primo anno di servizio e ha quindi diritto alla continuazione del versamento del salario soltanto per tre settimane. Dal 1° giugno 2022 la continuazione del versamento del salario può riprendere (due settimane), poiché è iniziato un nuovo anno di servizio.

3025 1/22 I rimborsi di altre assicurazioni (p. es. della Suva in caso di infortunio) sono computati e riducono in misura corrispondente l'obbligo di continuare a versare il salario a carico del contributo per l'assistenza (v. N. 6048).

3026 I pagamenti dovuti alla continuazione del versamento del salario in caso di impedimento del lavoratore vengono indicati separatamente e non sono dedotti dal contributo annuale per l'assistenza.

3.2.2.1.1 Caso speciale: morte del lavoratore (dell'assistente)

3027 1/17 Con la morte del lavoratore, il rapporto di lavoro si estingue (art. 338 cpv. 1 CO). Tuttavia, qualora il lavoratore lasci persone verso le quali adempiva un obbligo di assistenza, il datore di lavoro deve versare il salario ai sensi dell'articolo 338 capoverso 2 CO. L'AI paga quindi un contributo per l'assistenza per la continuazione del versamento del

salario per un altro mese e, se il rapporto di lavoro è durato più di cinque anni, per altri due mesi a contare dal giorno della morte.

Esempio 1
Un'assistente al 3º anno di servizio, che convive con il suo partner, muore il 15 agosto 2022. In questo caso non sussiste l'obbligo di mantenimento. Né l'assicurato né l'AI sono dunque tenuti a continuare con il versamento del salario risp. il contributo per l'assistenza. Vanno però pagate le ore di lavoro già prestate.

Esempio 2
Un'assistente al 3º anno di servizio, che vive con il figlio di 19 anni ancora in formazione, muore il 15 agosto 2022. In questo caso sussiste l'obbligo di mantenimento. L'assicurato deve dunque continuare a versare il salario fino al 14 settembre 2022 e l'AI versare il contributo per l'assistenza per la continuazione del versamento del salario.

3.2.2.2 Continuazione del versamento del salario in caso di impedimento del datore di lavoro (dell'assicurato)

Articolo 39h capoverso 2 OAI
Se l'assistente è impedito di lavorare per motivi inerenti alla persona dell'assicurato, il contributo per l'assistenza continua a essere versato per al massimo tre mesi; l'importo annuo del contributo per l'assistenza non può essere superato.

3028 Secondo l'articolo 324 capoverso 1 CO, se il datore di lavoro (l'assicurato o il suo rappresentante legale) impedisce per sua colpa la prestazione del lavoro o è altrimenti in mora nell'accettazione del lavoro, rimane tenuto al pagamento del salario, senza che il lavoratore debba prestare ulteriormente il suo lavoro.

3029 Questa situazione si verifica se l'assicurato è assente o non può ricevere la prestazione per altri motivi (ricovero in

ospedale, malattia, vacanze ecc.). Tuttavia, spetta a lui fare in modo che non ne derivi un obbligo evitabile di continuare a versare il salario. Pertanto, l'assicurato deve organizzarsi in modo che, ad esempio, un soggiorno prevedibile in uno stabilimento ospedaliero coincida con le vacanze dell'assistente. Il rimborso da parte dell'AI deve tener conto delle circostanze particolari.

3030 1/22 In questo caso l'obbligo di continuare a versare il salario non è soggetto ad alcuna limitazione (le scale non sono applicabili), ma l'assicurato può interrompere il rapporto di lavoro. L'obbligo dell'AI di continuare a versare il salario sussiste per al massimo tre mesi per evento. È consigliabile disciplinare nel contratto di lavoro le questioni inerenti alla malattia e all'assenza del datore di lavoro.

3031 1/22 La continuazione del versamento del salario in caso di impedimento del datore di lavoro è inclusa nel contributo per l'assistenza. Quest'obbligo non giustifica pertanto il superamento degli importi mensili e annuali (v. N. 6050).

3032 1/22 soppresso

3033 Se l'assicurato è sottoposto a misure privative della libertà e deve continuare a versare il salario, l'AI non si fa carico di alcun costo (v. N. 9009).

3.2.2.2.1 Caso speciale: morte dell'assicurato

3034 1/18 Con la morte del datore di lavoro, il rapporto di lavoro si estingue (art. 338*a* cpv. 2 CO). In questo caso il lavoratore ha diritto al versamento del salario per la durata corrispondente al termine di disdetta ordinario (art. 338*a* cpv. 2 CO). Il contributo per l'assistenza viene pagato fino alla scadenza di questo termine. Se fino al momento della sua morte l'assicurato ha percepito un importo superiore alla quota del contributo per l'assistenza cui aveva diritto pro rata, non viene richiesta alcuna restituzione. Gli importi già

percepiti vengono computati nel calcolo degli eventuali importi dovuti a titolo di continuazione del versamento del salario fino alla scadenza del termine di disdetta.

Esempio 1
Un assicurato riceve un contributo per l'assistenza di 1 000 franchi al mese, ovvero 12 000 franchi all'anno (gennaio–dicembre). Muore il 25 settembre. Nel caso in questione il termine di disdetta ordinario è di due mesi (fine novembre). Per il periodo da gennaio a settembre l'assicurato ha già fatturato 10 000 franchi. Per la determinazione del contributo per l'assistenza annuo va considerata la durata corrispondente al termine di disdetta. Il diritto va dunque calcolato su 11 mesi (fino a fine novembre) ed è pertanto pari al massimo a 11 000 franchi. Possono quindi essere versati ancora 1 000 franchi al massimo.

3035 Con la morte dell'assicurato, lo scopo del contratto di lavoro si estingue anche se quest'ultimo è stato concluso tramite il rappresentante legale. In questo caso si applica per analogia quanto previsto al N. 3034.

3036 Se il contratto di lavoro è stato concluso tramite il rappresentante legale e quest'ultimo muore, il contratto rimane valido e deve essere sostituito il più rapidamente possibile da un nuovo contratto.

4. Bisogno di aiuto, bisogno di assistenza, contributo per l'assistenza

4.1 Ambiti di aiuto

Articolo 39c OAI
Può essere riconosciuto un bisogno di aiuto negli ambiti seguenti:
a. compimento degli atti ordinari della vita;
b. gestione dell'economia domestica;
c. partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero;

d. educazione e accudimento di bambini;
e. svolgimento di un'attività di pubblica utilità o a titolo onorifico;
f. formazione e perfezionamento professionale;
g. esercizio di un'attività lucrativa nel mercato del lavoro primario;
h. sorveglianza diurna;
i. servizio notturno.

4001 Oltre a questi ambiti è previsto un supplemento per l'insorgere di fasi acute (v. cap. 4.1.12).

4.1.1 Definizioni

4002 Ogni ambito (AOV, economia domestica, vita sociale ecc.) è suddiviso in settori. Per esempio, l'ambito dell'economia domestica comprende i seguenti settori:

– amministrazione,
– pasti,
– pulizia e ordine dell'alloggio,
– acquisti e commissioni, e
– bucato e cura dei vestiti.

4003 Ogni settore è suddiviso in diverse attività. Per esempio, il settore dei pasti comprende le seguenti attività:

– preparare i pasti quotidiani, e
– tenere la cucina in ordine.

4004 Ogni attività comprende diverse azioni. Per esempio, l'attività «preparare i pasti quotidiani» comprende le seguenti azioni:

– pulire/pelare/sbucciare,
– tagliare,
– cuocere,
– apparecchiare la tavola ecc.

4.1.2 In generale

4005 1/16 Il bisogno di aiuto viene determinato mediante un modulo di accertamento standardizzato (FAKT), sia per le prestazioni d'aiuto dirette che per quelle indirette (DTF 140 V 543). Sono riconosciute come aiuto diretto, oltre alle prestazioni d'aiuto per il sostegno o lo svolgimento di attività, le prestazioni che compensano menomazioni della vista o dell'udito (interpretariato, lingua dei segni modificata, linguaggi tattili, lettura a voce alta ecc.). Sono riconosciuti come aiuto indiretto le indicazioni, i controlli e la sorveglianza nello svolgimento di attività.

4005.1 1/23 Per ciascun livello e ciascuna attività il modulo FAKT propone una serie di esempi. Non si tratta di un elenco esaustivo, ma di un punto di riferimento anche per altre situazioni.

4006 Per l'accertamento deve essere rilevato il bisogno di aiuto complessivo, a prescindere da chi fornisca l'aiuto al momento della determinazione.

4007 Deve essere considerato anche l'aiuto necessario prestato fino ad allora gratuitamente (p. es. dai colleghi sul posto di lavoro), indipendentemente dal fatto che l'assicurato intenda o meno, in futuro, pagare questi servizi.

4008 È determinante il bisogno di aiuto dovuto all'invalidità, a prescindere dal fatto che l'assicurato ricorra effettivamente o meno all'aiuto. Non si deve tener conto di particolarità individuali (p. es. la frequenza con cui l'assicurato fa la doccia).

4.1.2.1 Il sistema a livelli

4009 Il bisogno di aiuto in ogni ambito o settore è graduato in cinque livelli. Per ogni livello è previsto un intervallo di tempo corrispondente al bisogno di aiuto (dal livello 0 = nessun bisogno, autonomia completa, al livello 4 = bisogno totale, nessuna autonomia). I livelli e i rispettivi intervalli di

tempo sono definiti per ogni ambito e sono riportati nell'allegato 3.

4010 Si attribuisce il livello 0 se l'assicurato è autonomo (eventualmente con mezzi ausiliari) e non ha bisogno di alcun aiuto.

4011 Si attribuisce il livello 1 se occorre solo un aiuto minimo o sporadico (ma regolare ai sensi del contributo per l'assistenza). Questo livello comprende pertanto ogni aiuto diretto o indiretto di portata limitata oppure di cui l'assicurato ha bisogno solo di tanto in tanto. Possono essere rilevati anche aiuti che non sono considerati nell'ambito della grande invalidità, in quanto non regolari o irrilevanti. A questo livello, l'assicurato riesce a fare quasi tutto da solo e ha bisogno soltanto di un aiuto occasionale, diretto o indiretto.

Esempi
- (per il resto autonomo);
- tagliare cibi molto duri;
- controllare che le finestre siano chiuse;
- dare indicazioni relative al momento di andare a letto;
- truccare gli occhi.

4012 Si attribuisce il livello 2 se deve essere prestato aiuto per un certo numero di azioni (alcune, un paio, diverse), ma l'assicurato è ancora sostanzialmente autonomo. A questo livello, egli riesce a compiere da solo una parte delle azioni e per il resto ha bisogno di un aiuto diretto oppure di indicazioni e di controllo costanti (nel frattempo l'assicurato compie da solo una parte delle azioni).

Esempi
- L'assicurato va guidato nella scelta degli abiti adatti e occorre controllare se ha scelto (in assenza dell'assistente) quelli adatti;
- può ancora lavare e asciugare da solo la parte superiore del corpo, ma per la parte inferiore ha bisogno di aiuto;
- può preparare pasti semplici o freddi, ma ha bisogno di aiuto per pulire/pelare/sbucciare e cucinare.

4013 Si attribuisce il livello 3 se l'assicurato è in grado di dare solo un piccolo aiuto nelle varie azioni oppure ha ancora un minimo di autonomia, che ne facilita l'esecuzione. Al livello 3 l'assicurato ha bisogno di aiuto per la maggior parte delle azioni, ha un'autonomia minima e necessita in larga parte di un aiuto diretto oppure di una sorveglianza frequente (l'assistente deve dare indicazioni e per lo più seguire da vicino le azioni).

Esempi
- L'assicurato può prendere dal cassetto solo abiti leggeri (biancheria intima);
- non può mangiare con le posate e, da solo, può portare ben poco alla bocca (p. es. un biscotto);
- può stare seduto da solo sotto la doccia;
- può stare in piedi da solo mentre lo si veste;
- può dettare un testo, ma non può lavorare con mezzi ausiliari elettronici, cosicché tutto gli deve essere scritto e letto ad alta voce;
- erra in casa senza meta, ma spesso non sa dove andare o si blocca e deve sempre essere guidato al tavolo da pranzo o al divano ecc.

4014 Si attribuisce il livello 4 se l'assicurato non è assolutamente in grado di prestare alcun aiuto nell'esecuzione di un'azione né di facilitarla in qualche modo. Al livello 4 l'assicurato ha bisogno di un aiuto completo e costante per tutto, non riesce a fare nulla autonomamente, ha bisogno di un aiuto diretto completo oppure di indicazioni e di sorveglianza costanti per tutte le azioni.

Esempi
- L'assicurato può prendere gli abiti dall'armadio, ma una persona deve essere al suo fianco per sorvegliarlo e dargli le indicazioni necessarie;
- gli devono essere somministrati cibo e bevande;
- non può stare seduto da solo sotto la doccia;
- non può stare in piedi da solo mentre lo si veste;
- non può leggere né scrivere e non ha alcuna idea del valore del denaro;

– ha forti blocchi e atti compulsivi (p. es. srotola incontrollatamente la carta igienica, ha paura di tirare l'acqua, non riesce a smettere di lavarsi le mani), per cui l'assistente deve essere costantemente presente e incoraggiarlo.

4015 Ogni ambito o settore è suddiviso in diverse attività. Per ogni attività va deciso il livello da attribuire all'assicurato. A ogni livello corrisponde un valore in minuti. Dalla somma dei valori di ogni attività risulta il livello dell'ambito o del settore corrispondente (v. tabella nell'allegato 3).

Per illustrare questo procedimento si prenda ad esempio il settore Vestirsi/svestirsi dell'ambito Compimento degli atti ordinari della vita. Il settore è suddiviso nelle seguenti attività con i relativi valori in minuti:

	Bisogno di aiuto in minuti al giorno				
Attività	Nessuno	Occasionale	Per diverse azioni	Per la maggior parte delle azioni	Ingente e costante per tutte le azioni
Abbinare gli abiti	0	**1**	2	3	5
Vestirsi/svestirsi	0	3	10	**27**	35
Mettere/togliere i mezzi ausiliari	**0**	1	3	5	10
Totale	**0**	**5**	**15**	**35**	**50**

Esempio
Ogni giorno l'assicurato ha bisogno di un aiuto puntuale per preparare i vestiti da indossare (livello 1, corrisponde, in media, a 1 minuto). Per vestirsi e svestirsi, ha però bisogno di un aiuto per la maggior parte delle azioni (livello 3, corrisponde a 27 minuti) e di nessun aiuto per mettere/togliere i mezzi ausiliari. Di conseguenza, l'assicurato ha un bisogno di aiuto di 28 minuti giornalieri, che corrisponde al livello 3 (v. tabella nell'allegato 3).

4.1.2.2 Supplementi e riduzioni

4016 In ogni ambito è possibile riconoscere un bisogno supplementare quando, per buone ragioni, l'aiuto necessario è superiore ai tempi previsti (p. es. se l'assicurato presenta spasmi violenti mentre si veste o si sveste, si può calcolare un bisogno supplementare di 10 minuti). Di norma, il bisogno supplementare può essere riconosciuto solo se il normale bisogno di aiuto nel relativo ambito o settore raggiunge almeno il livello 3.

4017 1/19 In caso di soggiorno presso un'istituzione (istituto, laboratorio, centro diurno o centro d'integrazione, scuola speciale) il bisogno di aiuto è ridotto (DTF 140 V 543 consid. 3.5.4). A seconda dell'ambito e del tipo di istituzione, la riduzione ammonta al 10 o al 20 per cento per ogni giornata intera o alla loro metà per ogni mezza giornata (per la definizione di mezza giornata, v. N. 4099) a settimana trascorsa nell'istituzione. I giorni settimanali di presenza in una scuola speciale o in un istituto vengono convertiti per tener conto dei periodi di vacanza. Nel caso dei centri d'integrazione, centri diurni e laboratori, si procede alla conversione solo se l'istituzione in questione è chiusa per vacanze per più di cinque settimane all'anno.

Esempio 1
Un assicurato ha un bisogno di aiuto di 45 minuti nel settore Mangiare e bere. Si reca in un laboratorio due giorni a settimana. Verrà quindi considerato solo un bisogno di aiuto di 36 minuti (45 – (2 x 10 % x 45) = 36). Se la stessa persona si reca in un istituto due giorni a settimana, la riduzione sarà del 40 per cento e il bisogno di aiuto scenderà a 27 minuti (45 – (2 x 20 % x 45) = 27).

Esempio 2
Un assicurato frequenta in qualità di esterno una scuola speciale per 2,5 giorni a settimana e trascorre le 13 settimane di vacanza a casa. Vanno quindi considerati 1,875 giorni a settimana. Calcolo: 2,5 giorni x 39 settimane scolastiche: 52 settimane all'anno = 1,875 giorni a settimana.

4018 1/18 Nel caso dei minorenni, il bisogno di aiuto dipende in parte dall'età. Si applica la stessa classificazione utilizzata per gli adulti. A seconda dell'ambito/settore e dell'età, è applicata una riduzione tra il 25 e il 100 per cento al bisogno di aiuto. Si procede a tale riduzione solo negli ambiti Compimento degli atti ordinari della vita e Partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero. Le riduzioni sono illustrate nei dettagli nell'allegato 4.

4.1.3 Ambito Compimento degli atti ordinari della vita

4019 In analogia all'assegno per grandi invalidi, gli AOV sono suddivisi in cinque settori:

- Vestirsi/svestirsi (incl. mettere e togliere un'eventuale protesi);
- Alzarsi/sedersi/sdraiarsi (incl. andare a letto, alzarsi dal letto e spostarsi in casa);
- Mangiare (portare il cibo all'assicurato a letto, sminuzzarlo, portarlo alla bocca, ridurlo in purè, alimentazione tramite sonda);
- Cura del corpo (lavarsi, pettinarsi, radersi, fare il bagno o la doccia);
- Espletare i bisogni corporali (risistemare i vestiti, pulirsi/verifica della pulizia, espletare i bisogni corporali in modo inusuale).

È inoltre riconosciuto un bisogno supplementare per prestazioni d'aiuto che occorrono nella vita quotidiana ma che non possono essere attribuite chiaramente a un AOV preciso (controllo della glicemia, della pressione sanguigna e del polso, assunzione di medicamenti).

4020 Il settore dello spostamento e dei contatti sociali non è indicato separatamente, bensì è considerato, per gli spostamenti all'interno dell'abitazione, nel settore Alzarsi/sedersi/sdraiarsi e, all'esterno, negli ambiti Economia domestica, Formazione e perfezionamento, Lavoro, Attività di pubblica utilità e Tempo libero.

4021 Nell’attribuzione a un determinato livello va rilevato il bisogno di aiuto dovuto all’invalidità (v. N. 4008). Non bisogna quindi tener conto di particolarità individuali (p. es. se l’assicurato è vegetariano e, di conseguenza, non gli capita di dover tagliare un pezzo di carne); per la classificazione è rilevante solo il bisogno dovuto all’invalidità.

4022 In caso di soggiorno in un’istituzione (laboratorio, centro diurno, scuola speciale o centro d’integrazione), il bisogno di aiuto è ridotto del 10 per cento per ogni giorno di soggiorno in diversi settori (alzarsi/sedersi/sdraiarsi; mangiare e bere; espletare i bisogni corporali) e attività (assunzione/somministrazione di medicamenti; cura degli occhi e delle orecchie; profilassi delle piaghe da decubito; cura delle piaghe da decubito; epidermolisi bollosa; terapia respiratoria e aspirazione faringea).

4023 In caso di soggiorno in un istituto, il bisogno di aiuto è ridotto del 20 per cento per ogni giorno di soggiorno in tutti i settori. Se l’assicurato pernotta solamente e l’istituto non fornisce alcuna prestazione durante il giorno, la riduzione è solo del 10 per cento per ogni giorno di pernottamento, eccetto nei settori o nelle attività seguenti, dove resta del 20 per cento: vestirsi/svestirsi; cura del corpo; preparare i medicamenti; iniezioni sottocutanee; controllo della glicemia, della pressione sanguigna e del polso; cura del tracheostoma.

4.1.4 Ambito Gestione dell’economia domestica

4024 Analogamente a quanto previsto per l’accertamento del diritto a una rendita per gli assicurati attivi nell’economia domestica, questo ambito è suddiviso in cinque settori:

- Amministrazione (pianificare, organizzare, ripartire le attività, controllare);
- Pasti (pulire/pelare/sbucciare, cucinare, apparecchiare e sparecchiare, pulire la cucina, gestire le scorte);
- Pulizia e ordine dell’alloggio (pulizie quotidiane / settimanali);

– Acquisti e commissioni (posta, assicurazioni, uffici pubblici);
– Bucato, cura dei vestiti (lavare, stendere e ritirare il bucato, stirare, rammendare).

4025 Per stabilire il livello, è determinante soltanto il bisogno di aiuto concretamente dovuto all'invalidità (v. N. 4008). Se la moglie dell'assicurato è esclusivamente casalinga e si occupa pertanto di tutte le mansioni domestiche, all'assicurato non può essere negato a priori il riconoscimento di un bisogno di aiuto in quest'ambito. Per fissare il relativo livello, occorre stabilire per quali attività l'assicurato ha bisogno di un aiuto a causa delle limitazioni dovute al suo stato di salute. Se la moglie esegue mansioni che l'assicurato potrebbe assumersi malgrado la sua invalidità, queste non possono essere tenute in considerazione. Come per l'accertamento del diritto a una rendita, non si tiene conto di un aiuto usuale dei familiari.

Esempio
Un assicurato ha un bisogno di aiuto giornaliero di 20 minuti nel settore Pulizia e ordine dell'alloggio (livello 3). La moglie dell'assicurato è casalinga e si occupa della casa. Il bisogno di aiuto deve comunque essere riconosciuto e all'assicurato va attribuito il livello 3.

4026 1/19 Ai minorenni e ai giovani fino a 25 anni che beneficiano di un contributo per l'assistenza e abitano ancora con i genitori (affidatari) o i nonni, nonché in generale ai minorenni fino a 15 anni (anche se non abitano nella stessa economia domestica dei genitori (affidatari) o dei nonni), non è riconosciuto alcun bisogno di aiuto nell'ambito Economia domestica. Tuttavia, essi possono assumere e remunerare assistenti anche per l'ambito Gestione dell'economia domestica. Questi assicurati possono comunque farsi riconoscere un bisogno di aiuto nel settore Amministrazione per «pianificare e organizzare la rete di aiuto e l'assistenza». Possono inoltre rivendicare un bisogno supplementare per allergie, sporcizia dovuta alla sedia a rotelle, comportamento aggressivo e distruttivo (nel settore Pulizia e ordine

dell’alloggio), un supplemento per trasporto/accompagnamento alle terapie o alle visite mediche (nel settore Acquisti e commissioni) nonché un supplemento per l’uso di una quantità maggiore di biancheria e vestiti a causa dell’invalidità (settore Bucato e cura dei vestiti).

4027 In caso di soggiorno in un’istituzione (laboratorio, centro diurno, scuola speciale o centro d’integrazione), il bisogno di aiuto è ridotto del 10 per cento per ogni giorno di soggiorno nel settore Pasti.

4028 In caso di soggiorno in un istituto, il bisogno di aiuto è ridotto del 20 per cento in tutti i settori per ogni giorno di soggiorno, ad eccezione dell’Amministrazione, dove non si applica alcuna riduzione.

4029 Se l’assicurato ha un curatore indennizzato per il suo lavoro in virtù del diritto tutorio (protezione degli adulti), il bisogno di aiuto nel settore Amministrazione è ridotto di conseguenza.

4030 1/19 A seconda della composizione dell’economia domestica, il bisogno di aiuto dovuto all’invalidità è incrementato o ridotto.

- Se nella stessa economia domestica sono presenti uno o due altri adulti, si applica una riduzione del 33 per cento; a partire dal terzo adulto, la riduzione è del 45 per cento. Anche gli assistenti che vivono presso l’assicurato possono essere considerati come adulti che vivono nella stessa economia domestica. Non sono invece considerati i propri figli e nipoti che non hanno ancora compiuto 25 anni. Lo stesso vale per i subaffittuari o altri membri dell’economia domestica (compresi gli assistenti) che non hanno praticamente nessun rapporto con l’assicurato.
- Se nella stessa economia domestica sono presenti figli o nipoti minorenni o figli o nipoti in formazione che non hanno ancora compiuto 25 anni, si applica un supplemento del 25 per cento per il primo figlio/nipote e del 12,5 per cento per ogni altro figlio/nipote. Se i figli o nipoti vivono solo in parte presso l’assicurato (p. es. in

caso di separazione/divorzio), il supplemento è ridotto proporzionalmente.
– I figli o nipoti che non hanno compiuto 25 anni e non sono in formazione non sono considerati né per il supplemento né per la riduzione.
– Nel settore Amministrazione (2.1) e nell'attività Altre commissioni (2.4.3) non si applicano riduzioni o supplementi dovuti alla presenza nella stessa economia domestica di altri adulti oppure di figli o nipoti minorenni o in formazione.

4.1.5 Ambito Partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero

4031 Questo ambito comprende passatempi quali piante/animali domestici, lettura, radio/televisione, sport, cultura, partecipazione a manifestazioni varie, viaggi e vacanze.

4032 1/16 Ogni assicurato ha bisogno di una vita sociale e di attività nel tempo libero. Per garantire una rilevazione standardizzata, bisogna far riferimento non alle attività effettivamente svolte, bensì alle risorse e ai limiti individuali (forza fisica, parlare, sentire, vedere, capire, nozione del tempo, paure ecc.). Nel settore dei contatti sociali, ad esempio, non importa che tipo di contatti sociali siano intrattenuti e con quale frequenza; occorre invece rilevare se la persona abbia bisogno di aiuto, ed eventualmente in che misura (occasionalmente, sempre ecc.), per superare le barriere architettoniche o per comunicare (perché il suo modo di parlare è incomprensibile, in generale o per gli estranei). Lo stesso vale per le vacanze: il bisogno di aiuto viene rilevato e considerato indipendentemente dal fatto che l'assicurato si rechi o meno in vacanza.

4.1.6 Ambito Educazione e accudimento di bambini

4033 Il bisogno di aiuto comprende le prestazioni che occorrono all'assicurato per prendersi cura dei propri figli, figliastri o affiliati minorenni ai sensi dell'articolo 316 CC.

4034 È possibile tener conto, proporzionalmente, delle cure necessarie a figli e affiliati che non vivono nella stessa economia domestica dell'assicurato se quest'ultimo li accudisce comunque regolarmente. Può essere il caso, ad esempio, di un assicurato divorziato che si occupa dei figli solo durante il fine settimana. In tal caso, l'impegno dedicato all'educazione e all'accudimento dei figli equivale al 28,6 per cento (2 giorni ÷ 7 giorni x 100 = 28,6 %).

4035 7/23 Per le famiglie monoparentali è concesso un supplemento del 20 per cento sul bisogno di aiuto complessivo.

4035.1 7/23 Le persone sposate, in concubinato o unione domestica registrata non sono considerate famiglie monoparentali, a prescindere dal fatto che il partner sia o meno il genitore dei figli.

4036 7/23 Il bisogno di aiuto è calcolato sulla base di un figlio, in funzione della fascia d'età (fino a 6 anni, da 6 a 18 anni). In presenza di più figli vengono concessi supplementi. Per un secondo figlio della stessa fascia d'età, il supplemento è del 40 per cento, a condizione che non vi siano altri figli della stessa fascia d'età. In caso contrario, il supplemento ammonta soltanto al 20 per cento. Per un terzo figlio, il supplemento è del 20 per cento. A partire dal quarto figlio non sono più concessi supplementi.

4036.1 1/22 In caso di soggiorno in un istituto, il bisogno di aiuto è ridotto del 10 per cento per ogni giorno di soggiorno.

4.1.7 Ambito Svolgimento di un'attività di pubblica utilità o a titolo onorifico

4037 Il bisogno di aiuto comprende le prestazioni di cui l'assicurato necessita per svolgere un'attività di pubblica utilità o a titolo onorifico.

4038 Non sono riconosciute le attività svolte in un'istituzione per invalidi che si occupa dell'assicurato.

4039 Affinché il bisogno di aiuto in questo ambito sia riconosciuto, l'assicurato deve fornire la prova della sua attività di pubblica utilità o onorifica. Non si richiede una durata minima. L'impegno deve tuttavia essere regolare ai sensi del N. 3004.

4040 Occorre verificare che l'assicurato abbia bisogno di aiuto solo per una parte e non per la totalità dell'attività svolta. L'assicurato deve quindi poter svolgere una parte dell'attività da solo.

4041 1/22 Il bisogno di aiuto è calcolato in base al grado di occupazione effettivo. Un tempo pieno corrisponde a 40 ore a settimana. Va considerato anche il tempo per la preparazione a casa. Questo è rilevante soprattutto in caso di riunioni. Per la preparazione può essere però computato al massimo un quarto del tempo dedicato all'attività di pubblica utilità o a titolo onorifico.

Esempio
L'assicurato ha bisogno mediamente di 50 minuti di aiuto al giorno per l'ambito Attività di pubblica utilità. Il grado di occupazione è solo del 20 per cento. Il bisogno di aiuto corrisponde quindi in media a 10 minuti al giorno (50 x 20 % = 10).

4.1.7.1 Definizione di «pubblica utilità»

4042 Sono riconosciute di pubblica utilità le attività svolte gratuitamente (o, al massimo, con un rimborso delle spese).

4043 Un'attività può essere considerata di pubblica utilità, se è chiaro che è utile non solo per l'organizzazione e la persona coinvolte, ma anche per la collettività. Nella maggior parte dei casi l'attività deve quindi essere svolta presso un'organizzazione di pubblica utilità.

4044 Di regola, per valutare la pubblica utilità di un'organizzazione, ci si può basare sui dati del registro di commercio e sull'esenzione fiscale a livello federale.

4045 Nei casi non chiari, si applica la definizione di pubblica utilità contenuta nella Circolare sul rimborso delle spese ai centri d'integrazione (CRSCI, valida dall'1.1.2008; aggiornata all'1.12.2008, v. N. 3003).

4045.1 7/23 Non è possibile riconoscere un'attività di pubblica utilità svolta all'estero o da un'organizzazione straniera.

4.1.8 Ambito Formazione e perfezionamento professionale

4046 1/16 Il bisogno di aiuto comprende le prestazioni di cui l'assicurato necessita per seguire una formazione o un perfezionamento. Vanno computati anche gli eventuali provvedimenti d'integrazione professionale dell'AI nel mercato del lavoro primario; in effetti in questo ambito il contributo per l'assistenza ha unicamente un ruolo accessorio.

Esempio 1
L'assicurato frequenta un corso di inglese durante 2 ore a settimana. Il piano di formazione prevede 40 settimane di insegnamento all'anno. Le 2 ore settimanali vengono suddivise sulle 52 settimane: 2 x 40 ÷ 52 = 1,53 ore.

Esempio 2
L'assicurato frequenta per un anno intero un corso di burotica il lunedì durante 8 ore e il giovedì mattina durante 4 ore. Il piano di formazione prevede 40 settimane di insegnamento all'anno. Le 12 ore settimanali vengono suddivise sulle 52 settimane: 12 x 40 ÷ 52 = 9,23 ore.

Esempio 3
L'assicurato frequenta l'università e ha bisogno di un interprete nella lingua dei segni. L'AI ha accordato le ore di interpretariato nell'ambito della formazione professionale iniziale. Questo bisogno di aiuto non può essere riconosciuto anche nel contributo per l'assistenza.

4047 La formazione o il perfezionamento deve avere luogo presso un centro di formazione integrativo aperto a tutti e

non presso un’organizzazione/un’istituzione per invalidi sovvenzionata (non sono quindi considerati né i corsi ai sensi dell’art. 74 LAI né le formazioni in centri d’integrazione professionale dell’AI o in laboratori).

4048 La formazione o il perfezionamento deve essere in relazione con l’attuale o una futura professione o attività di pubblica utilità; non deve invece necessariamente portare a una riduzione della rendita. Nel caso di un impiego o di un’attività futura, l’assicurato deve però già avere piani precisi, ad esempio aver inviato candidature oppure intrattenere contatti con il futuro datore di lavoro o un’organizzazione di pubblica utilità.

4049 1/22 Non sono riconosciuti i corsi di formazione o perfezionamento per hobby o attività nel tempo libero. Questi vanno rilevati nel settore della partecipazione alla vita sociale. Di norma, tenendo conto di quanto previsto ai N. 4047 e 4048, sono ammessi corsi di inglese o di una lingua nazionale e corsi di informatica. Non è il caso, invece, per i corsi di ceramica, pittura o cucina, a meno che non concernano strettamente l’attività professionale o di pubblica utilità della persona invalida.

4050 In questo ambito la regolarità è definita in modo diverso. I corsi di formazione o perfezionamento devono durare almeno tre mesi e contare almeno dieci ore settimanali. Le formazioni o i perfezionamenti semestrali devono contare almeno quattro ore settimanali e quelli annuali almeno due ore settimanali. Oltre alle lezioni in istituto, va computato anche il tempo dedicato allo studio al domicilio, che non dovrebbe però superare un quarto del tempo dedicato all’insegnamento nell’istituto.

4051 Nel calcolo del bisogno di aiuto non si tiene conto della normale attività didattica, che è compito dell’insegnante e non è in relazione con l’invalidità. Non sono considerate nemmeno le mansioni che spettano a insegnanti di sostegno o educatori speciali pagati dall’AI, dal Cantone o dal Comune.

4052 In generale non si tiene conto del bisogno di aiuto dovuto alla frequenza di una scuola dell'obbligo (scuola elementare e media) e per le lezioni private che dovessero risultare necessarie a tal fine. Non può essere riconosciuto un bisogno di aiuto nemmeno per la frequenza di una scuola speciale.

4053 Non sono rimborsate le spese legate alla formazione e ai viaggi (biglietti dei mezzi pubblici, indennità chilometrica, ecc.).

4054 Analogamente a quanto previsto per l'ambito Svolgimento di un'attività di pubblica utilità o a titolo onorifico, il bisogno di aiuto viene calcolato in base alle ore di frequenza effettive (v. N. 4041).

4.1.9 Ambito Esercizio di un'attività lucrativa nel mercato del lavoro primario

4055 Sono riconosciute le prestazioni d'aiuto di cui l'assicurato necessita per esercitare il suo lavoro. Gli eventuali provvedimenti d'integrazione professionale dell'AI nel mercato del lavoro primario vanno computati.

4056 L'attività professionale non deve essere esercitata in un'istituzione per invalidi che si occupa dell'assicurato. Non può essere tenuto in considerazione nemmeno il trasporto verso una tale istituzione (centro d'integrazione professionale, laboratorio o centro diurno). Non è riconosciuto alcun bisogno di aiuto, se l'assicurato ha un posto di lavoro protetto nel mercato del lavoro primario ed è assistito da un'istituzione nello svolgimento di questa attività.

4057 Per questo ambito, il bisogno di aiuto diretto accertato in ore deve essere inferiore alla prestazione di lavoro effettiva dell'assicurato. Il datore di lavoro non può essere riconosciuto come assistente, contrariamente ai colleghi di lavoro.

4058 Per beneficiare del contributo per l’assistenza nell’ambito dell’esercizio di un’attività lucrativa, l’assicurato deve presentare il contratto di lavoro o provare lo svolgimento di un’attività indipendente.

4059 1/16 Affinché il bisogno di aiuto in un’attività indipendente possa essere riconosciuto, deve essere effettuata una registrazione per l’attività in questione nel conto individuale. L’assicurato non deve invece raggiungere alcun salario minimo.

4060 1/25 Analogamente a quanto previsto per l’ambito Svolgimento di un’attività di pubblica utilità o a titolo onorifico, il bisogno di aiuto viene calcolato in base al grado di occupazione effettivo (v. N. 4041). Tuttavia se l’assicurato è a beneficio di una rendita, il grado di occupazione viene calcolato in base al grado di invalidità. Si possono incontrare diverse situazioni:

- L’assicurato ha la stessa (o simile) attività prima e dopo l’insorgere dell’invalidità e presenta un grado di invalidità, per esempio del 60 %. In questo caso il grado di occupazione che può essere riconosciuto per l’attività lucrativa si basa su al massimo 16 ore settimanali (40 % x 40 = 16) indipendentemente da quante ore l’assicurato effettivamente dedica all’attività lavorativa.
- Se invece, dopo l’insorgere dell’invalidità, l’assicurato ha cambiato attività e può ora realizzare solo un reddito inferiore, non ci si deve basare sul grado di invalidità, ma sulla capacità lavorativa residua.

Esempio
Un assicurato ha un grado di invalidità del 50 %. In base all’incarto e alla decisione concernente la rendita, risulta che può lavorare al 70 %, in un’attività adeguata. Dato che questa è meno impegnativa e quindi remunerata peggio rispetto alla sua attività da non invalido, il suo grado di invalidità è del 50 %. In questo caso il grado di occupazione che può essere riconosciuto per l’attività lucrativa si basa su al massimo 28 ore settimanali (70 % x 40 = 28) e non su 20 (50 %) indipendentemente da quante ore l’assicurato effettivamente dedica all’attività lavorativa.

4060.1 1/20 La collaborazione gratuita nell'azienda del/della partner non può essere equiparata a un'attività lucrativa. Non è neanche considerata un'attività di utilità pubblica.

4.1.10 Ambito Sorveglianza diurna

4061 1/15 Il diritto a una sorveglianza sussiste solo se è stato riconosciuto nell'ambito dell'accertamento del diritto a un assegno per grandi invalidi. Nei casi speciali in cui l'assegno per grandi invalidi è stato concesso senza accertamento e la relativa decisione non contiene alcuna informazione sul bisogno di sorveglianza, quest'ultima non può essere negata nel quadro del contributo per l'assistenza. In presenza di indicazioni a favore di un eventuale bisogno di sorveglianza, occorre innanzitutto accertarne il diritto conformemente alle prescrizioni relative all'assegno per grandi invalidi. Questa procedura si applica anche ai casi in cui il riconoscimento della sorveglianza non ha nessuna influenza sull'assegno per grandi invalidi (per esempio quando l'assicurato ha diritto a un assegno per grandi invalidi di grado medio con 4 AOV). Il risultato dell'accertamento deve sempre essere comunicato tramite decisione, anche quando il grado dell'assegno per grandi invalidi non cambia.

4061.1 Alle fasi acute si applicano condizioni diverse (v. N. 4085).

4062 1/22 Il bisogno di prestazioni d'aiuto dirette o indirette già riconosciuto in un altro ambito coperto dal contributo per l'assistenza non può esser fatto valere ancora una volta. Si possono computare solo periodi di sorveglianza attiva che, di giorno (per 16 ore), non sono coperti da altri aiuti (accompagnamento fuori casa, sorveglianza durante il compimento degli AOV ecc.). Se vengono assegnati provvedimenti sanitari a minorenni per un bisogno di sorveglianza secondo l'articolo 3^{quinquies} capoverso 3 OAI, la relativa quota di prestazioni viene dedotta dalla sorveglianza applicando la stessa percentuale. Questo accade solo se nell'ambito della sorveglianza il minorenne si trova al livello 4.

Esempio
Un bambino ha bisogno di sorveglianza 24 ore su 24, di cui 7 ore fornite da Spitex e coperte tramite i provvedimenti sanitari. Ciò corrisponde al 29 per cento del bisogno complessivo. Nel calcolo del contributo per l'assistenza è applicata una riduzione della stessa percentuale nell'ambito della sorveglianza. Pertanto, se il bambino si trova al livello 4 (4 ore al giorno), dal bisogno di aiuto viene dedotto il 29 per cento (29 % x 4 ore = 1 ora e 9 minuti) e vengono quindi riconosciute solo 2 ore e 51 minuti.

4063 La sorveglianza diurna permanente non si riferisce agli atti ordinari della vita. Va piuttosto intesa come una prestazione d'aiuto necessaria a causa dello stato di salute fisica e/o psichica dell'assicurato (assenze mentali), che per tutto il giorno non può essere lasciato solo (DTF 107 V 136) o può esserlo al massimo per brevi intervalli (cfr. N. 2075-2076 CGI).

4064 Il bisogno di sorveglianza va presupposto quando è fortemente probabile che, lasciato solo, l'assicurato costituirebbe un pericolo per sé o per altre persone.

4065 Un bisogno di sorveglianza può inoltre essere presupposto – anche se il rischio è basso – nel caso in cui la mancata sorveglianza potrebbe avere conseguenze nocive per la salute.

4066 Un'altra condizione è che la sorveglianza sia necessaria su un lungo periodo e non si tratti quindi di una sorveglianza "temporanea", come può essere il caso, ad esempio, in seguito a una malattia.

4067 1/15 È importante che la sorveglianza non si limiti a una semplice presenza, ma implichi determinate azioni. Anche semplici controlli visivi vanno considerati come azioni. Il calcolo del bisogno tiene pertanto conto solo dei periodi di sorveglianza attiva e di intervento, che possono essere computati. È rimborsato solo il tempo effettivamente necessario per queste azioni (p. es. se l'assistente deve sorvegliare che l'assicurato non metta in pericolo sé o gli altri, se

l’assicurato deve essere tranquillizzato oppure è soggetto ad attacchi epilettici). Se è stato riconosciuto il diritto a una sorveglianza nel quadro dell’assegno per grandi invalidi, il bisogno di aiuto dell’assicurato è almeno di livello 1. In questa situazione si presuppone infatti che sull’arco della giornata, oltre alla sorveglianza passiva, sia necessario intervenire attivamente per un massimo di 30 minuti al giorno in media.

L’attribuzione di un livello superiore dipende dall’intensità della sorveglianza necessaria e dalla sua eventuale copertura in altri ambiti del contributo per l’assistenza (Compimento degli atti ordinari della vita, Gestione dell’economia domestica ecc.).

4068 Non sono invece computabili i periodi di semplice presenza o sorveglianza passiva, che non richiedono alcun intervento da parte dell’assistente e durante i quali si possono svolgere altre attività. È il caso degli assicurati che non possono essere lasciati soli, poiché potrebbe eventualmente essere necessario intervenire, ma per i quali non occorre una sorveglianza immediata.

4069 Per il riconoscimento di un bisogno di aiuto nell’ambito della sorveglianza è irrilevante che nella stessa economia domestica vivano o meno altri familiari.

4070 In caso di soggiorno in un’istituzione (laboratorio, centro diurno, centro d’integrazione o scuola speciale), il bisogno di aiuto nell’ambito della sorveglianza è ridotto del 10 per cento per ogni giorno di soggiorno.

4071 1/22 In caso di soggiorno in un istituto con occupazione diurna, il bisogno di aiuto nell’ambito della sorveglianza è ridotto del 10 per cento per ogni giorno di soggiorno.

4.1.11 Ambito Servizio notturno

4072 1/19 Il bisogno di aiuto durante la notte può essere riconosciuto solo su prescrizione medica (certificato medico). Il certificato medico deve spiegare perché è necessaria una presenza notturna (p. es. possibili conseguenze sulla sua salute o necessità fisica o psichica). Prima di accordare il servizio notturno, occorre aver già messo in atto, o eventualmente escluso, tutti i provvedimenti adeguati che non richiedono l'impiego di personale, quali speciali letti antidecubito (obbligo di ridurre il danno).

4073 È possibile accordare il servizio notturno indipendentemente dal riconoscimento della necessità di una sorveglianza costante nell'ambito della grande invalidità.

4073.1 1/16 Anche per il servizio notturno, va applicata la nozione di regolarità. In quest'ambito è considerato regolare un bisogno di aiuto necessario almeno una volta a settimana.

4074 Per il riconoscimento del forfait notturno, in linea di massima non basta invocare la necessità di recarsi alla toilette, poiché l'ufficio AI non può verificarla. In applicazione del principio di riduzione del danno, si può ragionevolmente pretendere dall'assicurato che, giunta la sera e durante la notte, si comporti in modo tale da non doversi recare alla toilette (p. es. non beva inutilmente liquidi che potrebbero provocare stimoli notturni). La necessità di andare alla toilette di notte deve essere determinata da motivi di salute.

4075 1/22 La notte è definita come una fase di riposo. Per il computo dell'orario di lavoro di notte va impiegato il numero di ore per livello secondo il N. 4077.1.

4075.1 1/17 L'eventuale bisogno di aiuto che emerge in questo lasso di tempo per compiere atti ordinari della vita (bisogno supplementare compreso) o per la sorveglianza è preso in considerazione alla voce «Servizio notturno», a condizione che vi sia una conferma medica della sua effettiva necessità. Non va tuttavia preso in considerazione come servizio notturno il bisogno di aiuto per andare a letto alla sera o per

alzarsi al mattino, ma solo quello che si situa fra queste due attività.

4076 Il bisogno di aiuto è rilevato separatamente per le cure fisiche (p. es. cambiare la posizione dell'assicurato) e psichiatriche (p. es. tranquillizzare l'assicurato).

4077 1/22 In caso di soggiorno in un istituto, il bisogno di aiuto è ridotto in funzione del numero di notti trascorse in istituto (1 notte = 14 %). Se l'aiuto di notte è fornito da un'organizzazione Spitex e assunto dalla cassa malati o, nel caso di minorenni, dall'AI (p. es. quale sorveglianza medica di lunga durata), il bisogno di aiuto è ridotto in funzione del numero di notti prestate dall'organizzazione (1 notte = 14 %).

4077.1 1/22 I forfait accordati per il servizio notturno mediante decisione ma non utilizzati possono essere convertiti in ore e utilizzati durante il giorno (art. 39*i* cpv. 2ter OAI).

- Un servizio notturno di livello 1 corrisponde a 1,67 ore.
- Un servizio notturno di livello 2 corrisponde a 2,28 ore.
- Un servizio notturno di livello 3 corrisponde a 3,48 ore.
- Un servizio notturno di livello 4 corrisponde a 4,79 ore.

In tal caso l'assicurato deve spiegare perché non ha fatturato i forfait previsti per il servizio notturno. In mancanza di una chiara giustificazione, il bisogno di aiuto per la notte sarà oggetto di una revisione e non sarà più riconosciuto.

4077.2 1/22 Le notti trascorse in un istituto o un ospedale e il servizio notturno prestato da organizzazioni Spitex non possono essere convertiti in ore.

4077.3 1/22 In caso di obbligo di continuare a versare il salario secondo l'articolo 324 CO o l'articolo 39*h* capoverso 2 OAI, non si può procedere a una conversione in ore per il periodo in questione.

4077.4 7/23 Se diversi assicurati pagano un unico assistente a notte per fornire loro aiuto e uno solo di loro fattura i servizi notturni, le prestazioni non fatturate dagli altri assicurati non possono essere convertite in ore e utilizzate durante il giorno.

4.1.12 Fasi acute

4078 Agli assicurati che beneficiano di un assegno per grandi invalidi di grado lieve può essere accordato un aumento del bisogno di aiuto riconosciuto per fasi acute. La fase acuta può avere cause sia somatiche che psichiche (p. es. attacco di sclerosi multipla, fase prepsicotica o depressiva). Un singolo episodio di crisi asmatica o epilettica non può essere considerato una fase acuta, in quanto dopo la sua insorgenza non comporta alcun aumento del bisogno di aiuto.

4079 1/22 Per «fase acuta» si intende un periodo della durata massima di 90 giorni durante il quale il bisogno di aiuto dell'assicurato aumenta notevolmente. L'aumento del bisogno di aiuto deve essere direttamente riconducibile al danno alla salute che dà diritto all'assegno per grandi invalidi. Inoltre, queste oscillazioni devono essere caratteristiche dell'invalidità.

4080 La fase acuta deve essere attestata mediante un certificato medico, che va presentato mensilmente insieme al modulo di fatturazione.

4081 1/22 Il contributo per l'assistenza per fasi acute è accordato al massimo per 90 giorni consecutivi, indipendentemente dal fatto che sia effettivamente versato o meno. Se la fase acuta dura almeno 90 giorni senza interruzione notevole (v. N. 4083), va valutata la necessità di svolgere una procedura di revisione. Se la fase acuta è già terminata o se ne può prevedere il termine, la revisione non è opportuna poiché non vi è alcun cambiamento duraturo dello stato di salute.

4082 1/22 Soppresso

4083 1/22 I 90 giorni consecutivi sono considerati interrotti solo in caso di interruzione notevole ai sensi dell'articolo 29ter OAI, ovvero se questa dura almeno 30 giorni consecutivi. Ciò si applica anche al versamento: se vi è un'interruzione notevole di almeno 30 giorni consecutivi, i 90 giorni iniziano nuovamente a decorrere.

Esempio 1
La fase acuta dura dal 5 al 15 gennaio, poi di nuovo dal 23 febbraio al 10 marzo. Poiché vi è un'interruzione notevole di almeno 30 giorni consecutivi, non è soddisfatto il requisito dei 90 giorni necessari per avviare una revisione.

Esempio 2
La fase acuta dura dal 5 al 28 gennaio, poi di nuovo dal 23 febbraio al 10 aprile. Poiché non vi è un'interruzione notevole di almeno 30 giorni consecutivi, è soddisfatto il requisito dei 90 giorni necessari per una revisione, che dovrebbe quindi essere avviata dal 5 aprile. Tuttavia, dato che la fase acuta termina il 10 aprile, vi si può rinunciare.

4084 1/25 Nel mese della fase acuta possono essere fatturate solo le ore effettivamente prestate, ovvero il supplemento è concesso solamente se sono fatturate più ore rispetto a quelle mensili previste nella decisione.

Esempio
Nel 2025 un assicurato ha diritto a 100 ore, ossia 3 530 franchi al mese. Ha inoltre diritto a un supplemento per fasi acute (35.30 fr. al giorno, un'ora al giorno). Nel mese di luglio si verifica una fase acuta. L'assicurato fattura 100 ore, ovvero le ore mensili normali, quindi non è versato alcun supplemento per fasi acute. Nel mese di agosto l'assicurato fattura 120 ore. Possono essere rimborsate 100 ore normali e 20 ore come supplemento per fasi acute. Nel mese di settembre l'assicurato fattura 180 ore. Possono essere rimborsate 100 ore normali e 30 come

supplemento per fasi acute. Inoltre possono essere rimborsate altre 50 ore in virtù della possibilità di fatturare il 150 per cento del contributo per l'assistenza mensile.

4085 1/18 La fase acuta non può essere inclusa nel normale bisogno di aiuto a causa della sua irregolarità in termini di intensità e durata (bisogno fortemente variabile). Le ore standard supplementari concesse sono calcolate in base alla differenza tra il bisogno di assistenza regolare e la somma dei limiti massimi di tutti gli ambiti (limite massimo complessivo) dedotte le ore coperte da altre prestazioni (AGI, servizi di terzi, AMal; il limite massimo complessivo è ridotto in caso di soggiorno in un'istituzione). Di norma il limite massimo complessivo non viene raggiunto. In caso di fasi acute l'assicurato può fatturare, aggiuntivamente, la differenza tra il bisogno di aiuto riconosciuto e il limite massimo complessivo. Nell'ambito della sorveglianza è sempre computato il limite massimo, anche se in un caso normale non vi è alcun bisogno in questo ambito.

Esempio
Nel 2012, a causa di una limitazione nel compimento di due atti ordinari della vita, un assicurato beneficia di un assegno per grandi invalidi di grado lieve e ha un bisogno di aiuto di 72 ore, 10 delle quali coperte da Spitex. Il suo limite massimo individuale è pari a 40 ore. Gli sono riconosciute 40 ore, da cui sono detratte le 10 di Spitex e circa 14 dell'assegno per grandi invalidi (464 fr. ÷ 32.50 fr. = 14 ore), per cui nella decisione vengono concesse 16 ore. Durante la fase acuta può fatturare 120 ore supplementari, che costituiscono la differenza tra il normale contributo per l'assistenza e il limite massimo complessivo dedotte le altre prestazioni.

Determinazione del bisogno di aiuto riconosciuto al mese		Fase acuta
	Ore/mese	Ore/mese
Ambiti AOV, Economia domestica, Tempo libero		
Bisogno di aiuto Compimento degli atti ordinari della vita	55	
Bisogno di aiuto Gestione dell'economia domestica	15	
Bisogno di aiuto Partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero	2	
Totale	*72*	
Limite massimo individuale	**40,00**	**40,00**
Riduzione per limite massimo	-32,00	
Bisogno di aiuto riconosciuto	**40**	
Ambito Sorveglianza diurna		
Bisogno di aiuto	0,00	
Limite massimo individuale	0,00	
Riduzione per limite massimo	0,00	
Bisogno di aiuto riconosciuto	**0,00**	**120,00**
Computo di altre prestazioni		
Assegno mensile per grandi invalidi	-14,00	-14,00
Cure di base coperte dall'assicurazione malattie	-10,00	-10,00
Bisogno di assistenza	**16,00**	
		-16,00
Supplemento per fasi acute (solo per AGI di grado lieve)		**120,00**

4.2 Limiti massimi

Articolo 39e capoversi 2 e 3 OAI

[2] Sono previsti i limiti massimi di ore mensili seguenti:

a. per prestazioni di aiuto negli ambiti di cui all'articolo 39c lettere a–c, per ciascun atto ordinario della vita ritenuto per la fissazione dell'assegno per grandi invalidi:
   1. 20 ore in caso di grande invalidità di grado lieve,
   2. 30 ore in caso di grande invalidità di grado medio,
   3. 40 ore in caso di grande invalidità di grado elevato;

b. per prestazioni di aiuto negli ambiti di cui all'articolo 39c lettere d–g: in totale 60 ore;

c. per la sorveglianza di cui all'articolo 39c lettera h: 120 ore.

[3] Per i seguenti gruppi di persone, il numero di atti ordinari della vita da considerare conformemente al capoverso 2 lettera a è stabilito come segue:

a. per i sordociechi e i sordi gravemente ipovedenti: sei atti ordinari della vita;

b. per i ciechi e gli ipovedenti gravi: tre atti ordinari della vita;

c. per gli assicurati con una grande invalidità di grado lieve ai sensi dell'articolo 37 capoverso 3 lettere b, c, d o e: due atti ordinari della vita.

4.2.1 Limiti massimi negli ambiti Compimento degli atti ordinari della vita, Gestione dell'economia domestica e Partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero

4086 Per il calcolo del limite massimo negli ambiti AOV, Economia domestica e Tempo libero ci si basa sul grado della grande invalidità e sul numero di atti ordinari della vita.

Limite massimo per AOV, Economia domestica, Tempo libero			
Grado AGI	**Numero di atti ordinari della vita**	**Numero massimo di ore per atto ordinario della vita**	**Numero massimo di ore al mese**
Lieve	2	20	40
Lieve	3	20	60
Medio	2	30	60
Medio	3	30	90
Medio	4	30	120
Medio	5	30	150
Medio	6	30	180
Elevato	6	40	240

Esempio
Un assicurato ha bisogno dell'aiuto di terzi per il compimento di due atti ordinari della vita (Cura del corpo e Alzarsi/sedersi/sdraiarsi); beneficia pertanto di un assegno per grandi invalidi di grado lieve. Dall'accertamento del bisogno emerge un bisogno di aiuto quotidiano pari in media a 0,8 ore per il compimento degli atti ordinari della vita, 0,6 ore per la gestione dell'economia domestica e 0,1 ore

per il tempo libero. Il bisogno di aiuto dell'assicurato in questi tre ambiti è pertanto di 1,5 ore al giorno e 45,6 ore al mese (1,5 ore x 365 giorni ÷ 12 mesi = 45,6 ore). L'importo massimo in questi ambiti è però limitato a 40 ore, poiché l'assicurato beneficia di un assegno per grandi invalidi di grado lieve e presenta limitazioni per il compimento di due atti ordinari della vita (20 ore x 2 AOV). È quindi computato un bisogno di aiuto di sole 40 ore al mese.

4087 1/23 Soppresso

4088 Agli assicurati sordociechi sono riconosciute al massimo 240 ore al mese (6 AOV x 40 ore, in considerazione di una grande invalidità di grado elevato).

4089 Agli assicurati ciechi o gravemente ipovedenti sono riconosciute al massimo 60 ore al mese (3 AOV x 20 ore, in considerazione di una grande invalidità di grado lieve).

4090 Agli assicurati che hanno diritto a un assegno per una grande invalidità di grado lieve poiché necessitano di una sorveglianza personale permanente (art. 37 cpv. 3 lett. b OAI) sono riconosciute al massimo 40 ore al mese negli ambiti degli atti ordinari della vita, dell'economia domestica e del tempo libero. In caso di grande invalidità di grado superiore ci si basa sul numero di AOV.

4091 Agli assicurati che percepiscono un assegno per una grande invalidità di grado lieve poiché necessitano di cure particolarmente impegnative secondo l'articolo 37 capoverso 3 lettera c OAI sono riconosciute al massimo 40 ore al mese.

4092 1/23 Agli assicurati che in virtù dell'articolo 37 capoverso 3 lettera d OAI beneficiano di un assegno per una grande invalidità di grado lieve per mantenere i contatti sociali sono riconosciute al massimo 40 ore al mese (per l'eccezione v. N. 4089).

4093 Agli assicurati che beneficiano di un assegno per una grande invalidità di grado lieve poiché necessitano di un accompagnamento costante nell'organizzazione della realtà quotidiana secondo l'articolo 37 capoverso 3 lettera e OAI sono riconosciute al massimo 40 ore al mese. In caso di grande invalidità di grado medio, ci si basa sul numero di AOV.

Esempio 1
Un assicurato ha bisogno di aiuto per alzarsi/sedersi/sdraiarsi e per la pulizia del corpo e deve inoltre ricorrere a un accompagnamento costante nell'organizzazione della realtà quotidiana. Per questo beneficia di un assegno per una grande invalidità di grado medio. Il limite massimo è calcolato come segue:
2 AOV x 30 ore (AGI di grado medio) = 60 ore

Esempio 2
Un assicurato ha bisogno di aiuto per alzarsi/sedersi/sdraiarsi e deve inoltre ricorrere a un accompagnamento costante nell'organizzazione della realtà quotidiana. Per questo beneficia di un assegno per una grande invalidità di grado lieve. Il limite massimo è calcolato come segue:

Limite massimo per l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana = 40 ore
1 AOV x 20 ore (AGI di grado lieve) = non riconosciuto
Totale = 40 ore

4093.1 Non è possibile sommare le ore dei limiti massimi negli ambiti Compimento degli atti ordinari della vita, Gestione dell'economia domestica e Partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero. In presenza di un caso speciale, sono riconosciute le ore previste per esso nell'OAI. In presenza di più casi speciali, è computato il valore più elevato (p. es. se un assicurato è cieco e necessita anche di cure particolarmente impegnative, sono riconosciute le 60 ore di limite massimo per la cecità e non le 40 per le cure particolarmente impegnative). Se l'assicurato ha bisogno di aiuto anche per il compimento degli AOV e

questi determinano un valore pari o superiore a quello del caso speciale in questione, il calcolo si basa sul numero di AOV secondo l'articolo 37 OAI.

4.2.2 Limiti massimi negli ambiti Educazione e accudimento di bambini, Svolgimento di un'attività di pubblica utilità o a titolo onorifico, Formazione e perfezionamento professionale ed Esercizio di un'attività lucrativa nel mercato del lavoro primario

4094 Nei quattro ambiti Educazione e accudimento di bambini, Svolgimento di un'attività di pubblica utilità o a titolo onorifico, Formazione e perfezionamento professionale ed Esercizio di un'attività lucrativa nel mercato del lavoro primario possono essere riconosciute al massimo 60 ore al mese per un grado di occupazione del 100 per cento o più. Per un grado di occupazione inferiore, il tempo necessario computabile è ridotto di conseguenza.

Esempio 1
Un assicurato lavora al 50 per cento e svolge una formazione due sere a settimana (corrispondente, in termini di ore, a un 20 %). Si ottiene così un grado di occupazione del 70 per cento. Si può riconoscere un bisogno di aiuto in entrambi gli ambiti, ma il limite massimo non è di 60 bensì di 42 ore al mese (il 70 % di 60).

Esempio 2
Un assicurato lavora all'80 per cento e svolge un'attività di pubblica utilità un giorno e due sere a settimana (corrispondente, in termini di ore, a un 40 %). Si ottiene così un grado di occupazione del 120 per cento. Se l'assicurato ha un bisogno di aiuto di 50 ore, se ne può tenere conto integralmente. Se invece il suo bisogno di aiuto è di 65 ore al mese, si tiene conto al massimo di 60 ore al mese (limite massimo).

4.2.3 Limiti massimi nell’ambito Sorveglianza diurna

4095 Il limite massimo per la sorveglianza diurna corrisponde a 120 ore al mese.

4.2.4 Limiti massimi nell’ambito Servizio notturno

4096 Non esiste alcun limite massimo per il servizio notturno. Questo è dato implicitamente dal numero di notti in un anno.

4.2.5 Riduzione dei limiti massimi

Articolo 39e capoverso 4 OAI
I limiti massimi di ore sono ridotti del 10 per cento per ogni giorno e per ogni notte che l’assicurato trascorre settimanalmente in un istituto [recte: istituzione].

4097 Per istituzione si intendono tutte le strutture in cui l’assicurato è assistito, quali istituti (case per invalidi), laboratori, centri diurni, centri d’integrazione, scuole speciali e centri diurni di cliniche psichiatriche.

4098 1/19 Il limite massimo è ridotto del 10 per cento per ogni giorno e per ogni notte della settimana che l’assicurato trascorre in un’istituzione (DTF 140 V 543). Ciò corrisponde a una riduzione del 10 per cento in caso di occupazione diurna (scuola speciale, centro d’integrazione professionale, centro diurno e laboratorio) o di solo pernottamento (istituto) e a una riduzione del 20 per cento in caso di assistenza in un istituto con prestazioni diurne e notturne. La sorveglianza viene ridotta del 10 per cento solo in caso di occupazione diurna. Per il servizio notturno, la riduzione non è percentuale ma è effettuata in base al numero di notti trascorse in un istituto. Per il settore Educazione e accudimento di bambini la riduzione del 10 per cento avviene solo in caso di pernottamento. Questa riduzione non si applica al limite massimo negli ambiti della formazione, dello svolgimento di un’attività lucrativa o di pubblica utilità.

4099 1/19 In caso di mezze giornate la riduzione ammonta solo al 5 per cento. Si considera un soggiorno in un istituto fino a 6 ore come mezza giornata e a partire da 6 ore come giornata intera. I giorni settimanali di presenza vengono convertiti per tener conto dei periodi di vacanza analogamente al N. 4017.

4.3 Calcolo del contributo per l'assistenza

4100 L'intera procedura, dall'accertamento del bisogno di aiuto alla fissazione del contributo per l'assistenza, è illustrata nell'allegato 5.

4.3.1 Fissazione del bisogno di aiuto

4101 Per stabilire i livelli corrispondenti a ogni prestazione d'aiuto, gli uffici AI devono tener conto delle dichiarazioni dell'assicurato, delle osservazioni dell'addetto all'accertamento e di dati empirici. Per standardizzare il più possibile la procedura di accertamento, nel modulo FAKT sono forniti alcuni esempi, che possono essere consultati anche nel documento «Descrizione dei livelli».

4102 1/22 Il bisogno di aiuto necessario è stabilito per ogni ambito su base quotidiana. Il modulo FAKT calcola eventuali supplementi (dovuti a un onere supplementare) o riduzioni (per motivi di efficienza, per evitare doppie indennità ecc.) direttamente inerenti al settore in questione. Le prestazioni che non possono essere attribuite con chiarezza a un determinato ambito (p. es. AGI, Spitex) sono rilevate all'inizio dell'accertamento e detratte dal bisogno di aiuto riconosciuto (v. N. 4104 e 4105; v. N. 4107 segg.).

4103 Per convertire il bisogno di aiuto giornaliero di ogni ambito in bisogno di aiuto mensile, si moltiplica quello giornaliero per 365 e lo si divide per 12.

4104 Dopo la rilevazione del bisogno di aiuto, questo viene confrontato con il relativo limite massimo (eventualmente ridotto in caso di soggiorno presso un'istituzione o di grado

di occupazione parziale). Il bisogno di aiuto riconosciuto corrisponde al più basso dei due valori.

4.3.2 Fissazione del bisogno di assistenza

Articolo 42sexies capoversi 1 e 2 LAI
1 Il calcolo del contributo per l'assistenza si basa sul tempo necessario per fornire le prestazioni d'aiuto. Da questo valore è dedotto il tempo che corrisponde alle prestazioni seguenti:

a. l'assegno per grandi invalidi di cui agli articoli 42–42ter, ad eccezione del supplemento per cure intensive di cui all'articolo 42ter capoverso 3;
b. i sussidi per i servizi di terzi ai quali l'assicurato ricorre al posto di un mezzo ausiliario secondo l'articolo 21ter capoverso 2;
c. il contributo delle cure versato dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nell'ambito delle cure di base secondo l'articolo 25a LAMal.

2 Nel calcolo del contributo per l'assistenza il tempo trascorso in uno stabilimento ospedaliero o semiospedaliero è dedotto dal tempo necessario per fornire le prestazioni d'aiuto.
Articolo 39e capoverso 5 OAI
5 I contributi concessi dall'assicurazione per l'invalidità per la sorveglianza di lunga durata secondo l'articolo 3 quinquies capoverso 3 sono dedotti proporzionalmente dal bisogno di aiuto secondo l'articolo 39 c lettera h.

4105 Il bisogno di aiuto riconosciuto corrisponde fondamentalmente al bisogno complessivo dell'assicurato al di fuori delle istituzioni (fatte salve eventuali riduzioni dovute ai limiti massimi), indipendentemente dall'entità delle prestazioni d'aiuto e da chi le fornisce.

4106 Successivamente si deve stabilire il bisogno di assistenza, ovvero la parte del bisogno di aiuto che può essere coperta dal contributo per l'assistenza.

4107 1/25 Il numero di ore coperte dall'assegno per grandi invalidi viene determinato dividendo l'importo dell'assegno per grandi invalidi per l'importo orario standard del contributo per l'assistenza (p. es. AGI di grado elevato: 2 016 fr. al mese diviso35.30 fr. all'ora = circa 57 ore al mese).

4108 Per i servizi di terzi sono dedotte le ore fatturate regolarmente, ma non oltre il bisogno di aiuto riconosciuto negli ambiti Formazione e perfezionamento professionale ed Esercizio di un'attività lucrativa nel mercato del lavoro primario. Se le ore non figurano nella decisione e/o nel modulo di fatturazione, viene dedotto il bisogno di aiuto riconosciuto.

Esempio
Un assicurato lavora al 100 per cento. Ha un bisogno di aiuto di livello 4 nell'ambito della mobilità, che corrisponde a 10 minuti al giorno, ovvero 5 ore e 2 minuti al mese (10 x 365 ÷ 12 ÷ 60 = 5). L'assicurato riceve servizi di terzi per il trasporto sul posto di lavoro per un importo mensile di 1 700 franchi. Poiché nella decisione e nella fattura figura solo l'importo, ma non l'indicazione delle ore, i 10 minuti corrispondenti al bisogno di aiuto nel contributo per l'assistenza, già coperti dal servizio di terzi, vengono dedotti.

4109 4/20 Per le prestazioni LAMal sono dedotte le ore di cui l'assicurato beneficia regolarmente nell'ambito delle cure di base ad opera di un fornitore di prestazioni riconosciuto dall'assicurazione malattie, a condizione che siano rimborsate dalla cassa malati. A tal fine, vengono considerati i giustificativi di rimborso degli ultimi tre mesi (sei, in caso di bisogno irregolare e soggetto a variazioni notevoli). Se i giustificativi non indicano chiaramente cosa sia compreso nelle cure di base, si richiedono i conteggi di Spitex. Se su questi non figura il numero di ore prestate ma solo un importo in franchi, quest'ultimo viene diviso per la tariffa applicata dalla cassa malati per le cure di base (attualmente: 52.60 fr.; cfr. art. 7*a* cpv. 1 lett. c OPre).

4109.1 1/16 Le prestazioni riconducibili a un bisogno supplementare per compiere gli atti ordinari della vita sono in parte definite

nella LAMal quali cure terapeutiche. Ciò significa che, se fornite da personale qualificato riconosciuto dalla LAMal, queste prestazioni possono essere rimborsate dalla cassa malati o come provvedimenti sanitari (ai sensi dell'art. 13 LAI). Essendo classificate come cure terapeutiche, tali prestazioni non sono dedotte dal contributo per l'assistenza conformemente al N. 4109. Se un assicurato le riceve da Spitex o da organizzazioni analoghe, non si deve indicare nulla nel modulo FAKT, ma inserire solo un'osservazione che indica che queste prestazioni sono a carico della cassa malati o dei provvedimenti sanitari. Se esse sono invece fornite da assistenti, devono essere registrate nel FAKT.

4109.2 1/17 Se, in ragione delle condizioni di salute dell'assicurato, due persone forniscono contemporaneamente le stesse prestazioni LAMal, va dedotta solo la metà delle ore di servizio (vale a dire solo le ore di una persona). In questo caso, però, per quanto concerne il bisogno supplementare non si deve indicare che l'assicurato ha bisogno dell'aiuto di due persone.

4110 Per la fissazione del bisogno di aiuto/di assistenza non sono presi in considerazione né i provvedimenti sanitari dell'AI eseguiti a domicilio in caso di infermità congenita né le prestazioni dell'assicurazione malattie nell'ambito delle cure terapeutiche (per le eccezioni v. N. 4062).

4111 1/25 Il bisogno di assistenza di cui al N. 4106 viene calcolato come segue: bisogno di aiuto riconosciuto (N. 4104 e 4105), composto dal numero di ore standard riconosciute (secondo i limiti massimi) di tutti gli ambiti meno le prestazioni di cui ai N. 4107–4109 (DTF 140 V 543).

Esempio 1
Un assicurato ha un bisogno di aiuto di 300 ore al mese, 50 delle quali sono fornite da Spitex. L'assicurato vive con familiari, beneficia di un assegno per grandi invalidi di grado elevato, svolge un'attività di pubblica utilità e ha bisogno di sorveglianza.

Il bisogno di aiuto (300 ore) è composto come segue:

- 250 ore per gli atti ordinari della vita, l'economia domestica e il tempo libero;
- 20 ore per l'attività di pubblica utilità;
- 30 ore per la sorveglianza.

I limiti massimi sono pari a:

- 240 ore per i primi tre ambiti;
- 60 ore per l'attività di pubblica utilità;
- 120 ore per la sorveglianza.

Il bisogno di aiuto riconosciuto (inclusa la riduzione dovuta ai limiti massimi) è composto come segue:

- 240 ore per gli atti ordinari della vita, l'economia domestica e il tempo libero;
- 20 ore per l'attività di pubblica utilità;
- 30 ore per la sorveglianza;

per un totale di 290 ore.

Ambito	**Bisogno di aiuto mensile**	**Importo massimo**	**Bisogno di aiuto riconosciuto**
AOV, Economia domestica, Tempo libero	250 ore	240 ore	240 ore
Attività di pubblica utilità	20 ore	60 ore	20 ore
Sorveglianza	30 ore	120 ore	30 ore
Totale	300 ore		290 ore

Per determinare il bisogno di assistenza, devono essere dedotte ancora circa 57 ore dell'assegno per grandi invalidi (AGI di grado elevato = 2 016 fr. ÷ 35.30 fr. = 57) e 50 ore di Spitex, per cui restano 183 ore. Il bisogno di assistenza annuale è pari a 2013 ore (183 x 11 = 2013).

Esempio 2
Un assicurato ha un bisogno di aiuto di 60 ore al mese e beneficia di un assegno per grandi invalidi di grado lieve (limitazione nel compimento di due atti ordinari della vita). Lavora al 50 per cento e una volta a settimana si reca in un centro diurno. Sono possibili fasi acute. L'assicurato vive da solo.

Il bisogno di aiuto (60 ore) è composto come segue:

- 40 ore per gli atti ordinari della vita, l'economia domestica e il tempo libero;
- 20 ore per il lavoro.

I limiti massimi sono pari a:

- 36 ore per i primi tre ambiti (2 AOV x 20 = 40 – 10 % [istituzione] = 36);
- 30 ore per il lavoro (60 x 50 % = 30).

Il bisogno di aiuto riconosciuto è composto come segue:

- 36 ore per gli atti ordinari della vita, l'economia domestica e il tempo libero;
- 20 ore per il lavoro,

per un totale di 56 ore.

Ambito	**Bisogno di aiuto mensile**	**Limiti massimi**	**Bisogno di aiuto riconosciuto**
AOV, Economia domestica, Tempo libero	40 ore	36 ore	36 ore
Lavoro	20 ore	30 ore	20 ore
Totale	60 ore	66 ore	56 ore

Per determinare il bisogno di assistenza, devono essere dedotte ancora circa 14 ore dell'assegno per grandi invalidi (504 fr. ÷ 35.30 fr. = 14), per cui restano 42 ore. Il bisogno di assistenza annuale è pari a 504 ore (42 x 12 = 504). Durante la fase acuta l'assicurato può raggiungere il limite massimo, compreso quello nell'ambito della sorveglianza, ovvero può fatturare per il mese in questione 118 ore supplementari (36 + 30 + 108 per la sorveglianza [120 - 10 % in istituto], meno le 42 ore del bisogno regolare di assistenza e le circa 14 ore dell'AGI), per un totale di 160 ore. Se la fase acuta dura solo per una parte del mese, il bisogno supplementare riconosciuto è ridotto di conseguenza, per cui l'assicurato può fatturare 3,88 ore supplementari al giorno (118 ÷ 365 x 12 = 3,88).

4.3.3 Fissazione del contributo per l'assistenza

4.3.3.1 Contributo per l'assistenza mensile

Articolo 39f OAI
[1] Il contributo per l'assistenza ammonta a 35.30 franchi all'ora.
[2] Se le prestazioni di aiuto necessarie negli ambiti di cui all'articolo 39c lettere e–g richiedono qualifiche particolari dell'assistente, il contributo per l'assistenza ammonta a 52.95 franchi all'ora.
[3] L'ufficio AI stabilisce il contributo per l'assistenza per il servizio notturno in modo forfettario, in base all'intensità delle prestazioni di aiuto da fornire. L'importo massimo del contributo ammonta a 169.10 franchi per notte.
[4] Per l'adeguamento degli importi di cui ai capoversi 1–3 all'evoluzione dei prezzi e dei salari è applicabile per analogia l'articolo 33ter LAVS.

4112 Per determinare il contributo per l'assistenza mensile si moltiplica il bisogno di assistenza per il rispettivo importo orario.

4113 1/25 La tariffa standard è pari a 35.30 franchi l'ora (30 fr. +8,33 % di indennità di vacanza + adeguamento al rincaro = 35.30 fr.).

4114 1/25 Se sono richieste qualifiche particolari, l'importo orario ammonta a 52.95 franchi (45 fr. + 8,33 % + adeguamento al rincaro = 52.95 fr.). Questa tariffa è accordata solo se per la prestazione di assistenza in questione sono richieste conoscenze particolarmente impegnative. Inoltre, la qualifica dell'assistente è un prerequisito indispensabile per la prestazione di assistenza nell'ambito in questione. La necessità di qualifiche particolari va sempre accertata.

4115 1/19 L'importo per le qualifiche particolari è concesso solo negli ambiti della formazione, del lavoro e dello svolgimento di un'attività di pubblica utilità (sentenza del TF 8C_622/2016 del 28 giugno 2017). Le principali prestazioni d'aiuto cui si

può applicare questa tariffa sono la lingua dei segni modificata per sordociechi e la lingua dei segni.

4116 1/25 In caso di assistenza notturna si applicano i seguenti forfait:

- 58.85 franchi a notte se il bisogno di aiuto notturno è solo saltuario;
- 80.50 franchi a notte se l'assicurato ha un bisogno di aiuto notturno almeno 4 volte la settimana o 16 notti al mese;
- 122.80 franchi a notte se l'assicurato ha bisogno di aiuto almeno una volta ogni notte;
- 169.10 franchi a notte se l'assicurato ha bisogno di aiuto almeno due ore ogni notte.

Il forfait è sempre concesso per 30,4 notti al mese (365 ÷ 12 = 30,4).

4117 1/16 Gli importi sopra menzionati valgono per tutti gli assicurati, indipendentemente dall'entità dei costi effettivi (DTF 140 V 543).

4118 Gli importi orari vengono regolarmente adeguati all'evoluzione dei prezzi e dei salari. L'adeguamento avviene al contempo e nella stessa misura dell'adeguamento delle rendite e degli assegni per grandi invalidi. In questo modo il numero di ore coperte dall'assegno per grandi invalidi resta invariato e non è quindi necessario emanare una nuova decisione. Per il controllo delle fatture occorrerà utilizzare gli importi orari adeguati e verificare il nuovo importo del contributo per l'assistenza mensile e annuale (v. N. 6054).

4119 Questi importi orari/forfait comprendono un supplemento dell'8,33 per cento a titolo di indennità di vacanza per gli assistenti. Il periodo di vacanze dell'assistente non può essere fatturato all'AI. Nel caso di un'assunzione con salario mensile, spetta all'assicurato risparmiare l'importo necessario per continuare a versare il salario all'assistente durante le vacanze.

4.3.3.2 Contributo per l'assistenza annuale

Articolo 39g OAI
[1] L'ufficio AI calcola l'importo mensile e annuo del contributo per l'assistenza.
[2] L'importo annuo del contributo per l'assistenza ammonta a:
a. 12 volte l'importo mensile del contributo per l'assistenza;
b. 11 volte l'importo mensile del contributo per l'assistenza, se:
1. l'assicurato convive con il coniuge, il partner registrato, il convivente di fatto o un parente in linea retta, e
2. la persona con cui convive è maggiorenne e non percepisce a sua volta alcun assegno per grandi invalidi.

4119.1 1/16 Per determinare il contributo per l'assistenza annuale si moltiplica il bisogno di assistenza mensile per 11 o per 12.

4119.2 1/16 Il coefficiente 11 si applica quando l'assicurato vive con il coniuge, il partner registrato, il convivente di fatto o un parente in linea retta maggiorenne (familiari nell'accezione di cui al N. 3014) che non percepisce alcun assegno per grandi invalidi (sentenza del TF 8C_225/2014 del 21 novembre 2014).

4119.3 1/16 Nel caso in cui le persone summenzionate sono molto anziane, spetta all'ufficio AI determinare in che misura il fatto di ricevere solo 11 mesi il contributo di assistenza costituisca per loro un carico non esigibile (DTF 141 V 642).

5. Consulenza

Articolo 39j OAI
[1] L'ufficio AI fornisce agli assicurati consulenza sul contributo per l'assistenza di cui agli articoli 42quater–42octies LAI. Può delegare l'incarico a terzi di sua scelta o proposti dall'assicurato.
[2] Se la consulenza è fornita da terzi, l'ufficio AI può accordare ogni tre anni prestazioni per un importo massimo di

1 500 franchi. Dopo la richiesta di un contributo per l'assistenza e prima della sua concessione, l'importo delle prestazioni non può superare i 700 franchi
[3] Il contributo massimo per prestazioni di consulenza fornite da terzi ammonta a 75 franchi all'ora.

5001 7/23 Si possono considerare prestazioni di consulenza le seguenti prestazioni:

- aiuto nella ricerca di un alloggio per gli assicurati che vivono in istituto;
- formazione e consulenza per l'assunzione del ruolo di datore di lavoro, in particolare:
  - informazioni sugli obblighi del datore di lavoro,
  - sostegno nella redazione di certificati di lavoro, lettere di licenziamento ecc.,
  - sostegno nel calcolo relativo all'obbligo di continuare a versare il salario,
  - sostegno per questioni assicurative (LPP, LAINF, AIGM);
- sostegno nella ricerca di assistenti;
- aiuto per trovare attività adatte negli ambiti formazione, lavoro e attività di pubblica utilità;
- spiegazioni sulla fatturazione delle prestazioni all'ufficio AI;
- informazioni su eventuali altre prestazioni e sul loro coordinamento con il contributo per l'assistenza (calcolo delle PC, prestazioni dell'AOMS).

Sono escluse le spese legali, in particolare nell'ambito di una controversia in materia di diritto del lavoro e le prestazioni fiduciarie regolari (p. es. conteggi salariali mensili).

Il tempo necessario per recarsi dall'assicurato per fornirgli prestazioni di consulenza non può essere fatturato come consulenza.

5002 1/18 Soppresso

5003 1/18 Soppresso

5004 1/22 Se del caso, l’ufficio AI emette una decisione di assunzione delle spese di consulenza, tenendo conto della situazione concreta (formazione dell’assicurato, prestazioni di consulenza già concesse per altri familiari ecc.). Può essere assunto fino a un massimo di 1 500 franchi ogni tre anni. Per poter nuovamente beneficiare dopo tre anni della consulenza, l’assicurato deve motivare in modo plausibile il suo rinnovato bisogno. In particolare in caso di assegnazioni ripetute, va verificato di volta in volta se possa essere assegnato l’intero importo massimo.

5004.1 1/22 Per la motivazione plausibile del bisogno di consulenza non sono posti requisiti troppo elevati. È sufficiente, ad esempio, che l’assicurato debba redigere nuovi contratti di lavoro o che le modalità di fatturazione dell’ufficio AI siano cambiate.

5005 1/18 L’ufficio AI emette una garanzia di copertura delle spese a favore di un agente esecutore scelto dall’assicurato. Se l’assicurato non propone un agente, l’ufficio AI può sceglierne uno.

5006 1/15 Alle prestazioni di consulenza non si applica il modello del datore di lavoro, per cui possono essere fornite da organizzazioni e persone giuridiche.

5007 1/15 I familiari (nell’accezione di cui al N. 3014) non possono essere rimborsati per le proprie prestazioni di consulenza.

5007.1 1/26 Il curatore non può essere remunerato per le sue prestazioni di consulenza.

5008 7/23 Il diritto alle prestazioni di consulenza si rinnova ogni tre anni. Il periodo decorre dal giorno della decisione, indipendentemente dal fatto che alla fine di ogni mese l’assicurato presenti o meno il modulo di fatturazione delle ore di assistenza.

La garanzia di copertura delle spese per le prestazioni di consulenza può essere accordata già prima della concessione del contributo per l'assistenza, se è verosimile che le condizioni per la concessione saranno adempiute (diritto a un AGI ecc.). Una volta emessa la garanzia di copertura delle spese, è possibile inoltrare le fatture fino a concorrenza di 700 franchi, indipendentemente dal fatto che un contributo per l'assistenza sia stato concesso mediante decisione o meno. In caso di decisione positiva, le fatture possono essere rimborsate fino a concorrenza di 1 500 franchi entro tre anni dalla garanzia di copertura delle spese.

Esempio 1
Il 9 settembre 2022 l'assicurato riceve una decisione che gli concede il contributo per l'assistenza e al contempo prestazioni di consulenza. Emette una prima fattura (per il contributo per l'assistenza) nel giugno 2023. Può fatturare prestazioni di consulenza fino a 1 500 franchi dal settembre 2022 alla fine di agosto 2025 (3 anni dalla decisione). Se nel novembre 2025 ha ulteriormente bisogno di prestazioni di consulenza, può nuovamente fatturare tali prestazioni fino a 1 500 franchi dal novembre 2025 alla fine di ottobre 2028 ecc.

Esempio 2
Il 5 maggio 2022 l'assicurato riceve la concessione di prestazioni di consulenza e il 9 settembre 2022 la decisione che gli attribuisce il contributo per l'assistenza. Emette una prima fattura (per il contributo per l'assistenza) nel giugno 2023. Può fatturare prestazioni di consulenza fino a 700 franchi dal maggio 2022 al settembre 2022. Da maggio 2022 alla fine di aprile 2025, invece, può fatturare al massimo 1 500 franchi in totale. Successivamente può nuovamente fatturare prestazioni di consulenza fino a 1 500 franchi dal maggio 2025 alla fine di maggio 2028 ecc.

Esempio 3
Il 5 maggio 2022 l'assicurato riceve la concessione di prestazioni di consulenza. Può fatturare prestazioni di consulenza fino a 700 franchi dal maggio 2022, se fino ad allora non ha ricevuto alcuna decisione sul contributo per l'assistenza (in caso contrario, si applica l'esempio 2).

5008.1 1/22 I beneficiari di un contributo per l'assistenza che hanno esaurito il loro diritto a prestazioni di consulenza già prima del 1° gennaio 2022, a partire da questa data possono fatturare nuovamente per tali prestazioni fino a 1 500 franchi ogni tre anni. Anche in questo caso spetta all'assicurato motivare in modo plausibile il suo rinnovato bisogno di consulenza.

Esempio
L'assicurato ha ricevuto una decisione che gli concede il contributo per l'assistenza nel 2015. Allora aveva fatto ricorso a prestazioni di consulenza. Nel giugno 2022 presenta una richiesta di nuove prestazioni di consulenza. Può fatturarle fino a 1 500 franchi dal giugno 2022 alla fine di maggio 2025. Successivamente può nuovamente fatturare prestazioni di consulenza fino a 1 500 franchi ogni tre anni.

5008.2 1/22 Se le prestazioni di consulenza sono state decise secondo il diritto anteriore e fruite fino al 2022 o successivamente, una nuova richiesta di presa a carico per prestazioni di consulenza può essere inoltrata a partire dalla fine del vecchio periodo di 18 mesi.

Esempio
L'assicurato ha ricevuto una garanzia di copertura delle spese per prestazioni di consulenza nel marzo 2021 e fatturato tali prestazioni dal maggio 2021. Può fatturare prestazioni di consulenza fino a 1 500 franchi fino a fine agosto 2022. Dal settembre 2023 può nuovamente richiedere prestazioni di consulenza.

5009 1/15 L'importo per la consulenza ammonta al massimo a 75 franchi all'ora. Questo importo non viene adeguato automaticamente all'evoluzione dei prezzi e dei salari. Sono

rimborsati solo i compensi orari effettivi, ma non oltre i 75 franchi all'ora.

5010 L'agente esecutore fattura le prestazioni direttamente all'ufficio AI. Quest'ultimo verifica le fatture conformemente alla CPPI e le inoltra all'UCC per il pagamento.

6. Procedura

6001 L'intera procedura è illustrata nell'allegato 6.

6.1 Richiesta

6002 1/19 L'assicurato deve richiedere il contributo per l'assistenza servendosi del modulo ufficiale di richiesta (modulo di richiesta n. 001.006 per gli adulti o n. 001.007 per i minorenni, v. N. 1001 e art. 65 cpv. 1 OAI). In questo contesto si applicano l'articolo 29 LPGA e i N. 1003 segg. CPAI. L'assicurato può allegare l'autodichiarazione alla richiesta.

6003 L'assicurato deve richiedere espressamente il contributo per l'assistenza. La sussistenza del diritto non viene accertata d'ufficio (v. N. 1001).

6004 L'ufficio AI conferma all'assicurato di aver ricevuto la richiesta e gli fornisce informazioni sul contributo per l'assistenza tramite l'apposito opuscolo informativo, e sui tempi previsti per lo svolgimento della procedura di accertamento.

6.2 Verifica delle condizioni di diritto

6005 Dopo aver ricevuto la richiesta, l'ufficio AI verifica se le condizioni assicurative relative al contributo per l'assistenza sono adempiute (v. allegato 1).

6006 Per tutti gli assicurati va verificata la percezione di un assegno per grandi invalidi dell'AI e la forma abitativa.

6007 Nel caso dei minorenni, l'ufficio AI verifica inoltre se l'assicurato soddisfa una delle seguenti condizioni:

– frequenta una classe normale;
– svolge una formazione regolare oppure esercita un'attività lucrativa nel mercato del lavoro primario;
– beneficia di un SCI di almeno sei ore.

6008 Nel caso degli assicurati con una capacità limitata di esercitare i diritti civili, l'ufficio AI verifica se l'assicurato soddisfa una delle seguenti condizioni:

– gestisce una propria economia domestica;
– svolge una formazione regolare oppure esercita un'attività lucrativa nel mercato del lavoro primario;
– al raggiungimento della maggiore età percepiva un contributo per l'assistenza in virtù del diritto a un supplemento per cure intensive di almeno sei ore al giorno.

6009 Se durante la verifica l'ufficio AI constata che l'assicurato vive ancora in istituto o che le condizioni di cui agli articoli 39*a* e 39*b* OAI non sono adempiute, deve chiedere all'assicurato se grazie al contributo per l'assistenza intenda lasciare l'istituto o soddisfare le condizioni di cui agli articoli 39*a* e 39*b* OAI.

6010 Se l'ufficio AI non ritiene soddisfatte le condizioni assicurative, emana una decisione negativa, previa audizione dell'assicurato.

6011 1/19 Se le condizioni di diritto sono soddisfatte, ne dà conferma all'assicurato (eventualmente, nei casi di cui al N. 6009, con riserva di condizioni speciali quali la forma abitativa/lavorativa/formativa), inviandogli al contempo l'autodichiarazione del bisogno di aiuto da compilare, se questa non è già stata allegata alla richiesta.

6012 1/19 Non appena riceve l'autodichiarazione, l'ufficio AI avvia l'accertamento del bisogno di aiuto.

6.3 Accertamento

6013 L’ufficio AI si procura le informazioni e i documenti necessari per poter valutare il caso ed emanare una decisione.

6014 1/22 L’ufficio AI esegue in prima persona gli accertamenti, compresi eventuali rilevamenti sul posto.

6015 In linea di massima, per stabilire il bisogno di aiuto occorre sempre eseguire un accertamento sul posto, al quale l’assicurato deve necessariamente essere presente. Vi si può rinunciare in caso di revisione dovuta alla semplice modifica di fattori contestuali (p. es. cambiamento del numero di adulti nell’economia domestica, del numero di giorni presso un’istituzione ecc.). Gli accertamenti sono eseguiti da personale specializzato istruito appositamente.

6016 Devono essere registrate tutte le prestazioni dell’AI rilevanti per determinare il contributo per l’assistenza.

6017 Rientrano nell’accertamento:

- il colloquio con l’assicurato o eventualmente il suo rappresentante legale al suo attuale domicilio (alloggio privato o istituto) o, se occorre, al suo posto di lavoro (mercato del lavoro primario o istituzione);
- la comunicazione di informazioni giuridiche sull’AI e su altre prestazioni d'aiuto;
- la raccolta di informazioni sulle prestazioni d'aiuto di cui l’assicurato ha beneficiato fino a quel momento (cure di base AMal, altre istituzioni) ed eventualmente sulle modifiche previste in caso di percezione del contributo per l’assistenza;
- la redazione dei rapporti di accertamento.

6018 L’ufficio AI decide se sottoporre al SMR competente la documentazione necessaria per la verifica del bisogno di aiuto.

6019 1/22 Per gli accertamenti l'ufficio AI utilizza il modulo FAKT online. Il FAKT è uno strumento di accertamento che al contempo funge da rapporto di accertamento, calcola il contributo per l'assistenza e riassume le informazioni rilevanti per la decisione. Deve essere salvato presso l'ufficio AI e conservato per almeno un anno, anche in forma cartacea, nell'incarto.

6.4 Preavviso

6020 1/22 Se l'ufficio AI ha concluso gli accertamenti necessari (art. 41 cpv. 3 OAI), emana una decisione. Sono applicabili i N. 6020 segg. CPAI.

6021 1/26 Prima di comunicare all'assicurato la decisione prevista in merito al contributo per l'assistenza o alla sua soppressione, riduzione o aumento, l'ufficio AI deve dare la possibilità all'assicurato di esprimersi al riguardo in forma scritta o orale (art. 57*a* cpv. 1 LAI). Al più tardi al momento della notifica del preavviso, deve essere notificato all'assicurato anche il riassunto del calcolo e dell'accertamento secondo il FAKT online (documento «Rapporto di accertamento»).

6022 1/22 Soppresso

6023 1/22 Soppresso

6024 1/22 Soppresso

6025 Il preavviso è notificato anche alla cassa malati (art. 73bis cpv. 2 OAI).

6025.1 Se l'assicurato percepisce prestazioni complementari per il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità, occorre inviare una copia del preavviso anche all'ufficio PC.

6.5 Decisione

6026 La decisione viene emanata al termine della procedura di audizione.

6027 Se le condizioni di diritto non sono soddisfatte, viene emanata una decisione negativa. Altrettanto vale se queste condizioni non sono ancora soddisfatte, ma l'assicurato intende soddisfarle o è prevedibile che ciò avvenga (p. es. un assicurato è ancora in istituto, ma vuole lasciarlo e sta già cercando un alloggio). In questo caso, però, la decisione riporta già il numero di ore riconosciute e l'importo del contributo per l'assistenza. Non appena l'assicurato comunica di aver adempiuto le condizioni, può essere emanata una decisione positiva (v. N. 2008).

6028 È possibile che un assicurato riceva la decisione, ma non concluda immediatamente un contratto di lavoro e non invii le fatture (p. es. perché non ha ancora trovato un assistente). In questo caso l'ufficio AI deve contattare per iscritto l'assicurato al massimo entro un anno dalla decisione, chiedendogli se sia ancora interessato al contributo per l'assistenza.

6029 Se l'assicurato non è più interessato, deve confermare per iscritto la propria rinuncia (v. cap. 1.5).

6030 Se l'assicurato è ancora interessato al contributo per l'assistenza, gli si deve eventualmente far pervenire un questionario di revisione.

6031 Le modifiche dovute all'adeguamento dei compensi orari al rincaro non richiedono una nuova decisione. Le nuove tariffe sono pubblicate e spetta agli assicurati utilizzare per la fatturazione queste ultime invece di quelle precedentemente in vigore.

6032 L'ufficio AI notifica l'originale della decisione alle seguenti persone:

– all'assicurato, se non è rappresentato da terzi;

– al rappresentante legale degli assicurati minorenni o interdetti, se non è rappresentato da terzi (p. es. da avvocati);
– al rappresentante che al momento della notifica è in possesso di una procura dell'assicurato o del suo rappresentante legale.

6033 1/22 L'ufficio AI notifica una copia di ogni decisione ai seguenti servizi:

– l'UCC (notifica elettronica automatica);
– la cassa malati competente;
– la cassa di compensazione responsabile del conteggio dei contributi sociali;
– l'ufficio PC, se l'assicurato beneficia di queste prestazioni.

6.5.1 Decisioni in caso di raggiungimento dell'età di riferimento o di anticipazione della riscossione della totalità della rendita di vecchiaia (garanzia dei diritti acquisiti)

6034 1/24 Per le decisioni relative al contributo per l'assistenza per le persone che hanno raggiunto l'età di riferimento o anticipato la riscossione della totalità della rendita di vecchiaia è competente la cassa di compensazione Cantone di domicilio dell'assicurato. Tuttavia, è l'ufficio AI ad eseguire gli accertamenti ed emanare la decisione in nome della cassa di compensazione del Cantone di domicilio dell'assicurato. Questa procedura si applica anche in caso di opposizione.

6035 1/24 Al raggiungimento dell'età di riferimento o in caso di anticipazione della riscossione della totalità della rendita di vecchiaia, se non sono intervenute modifiche nel calcolo del contributo per l'assistenza non deve essere emanata una nuova decisione.

6.6 Fatturazione

6.6.1 Prestazioni di consulenza

6036 1/19 Le prestazioni di consulenza sono fatturate direttamente dall'organo di esecuzione. Non esiste alcun modulo apposito a tal fine. La fatturazione è eseguita al più tardi al termine della consulenza.

6037 1/15 Per queste prestazioni sono rimborsati i costi effettivi, a condizione che non superino il limite massimo di 75 franchi all'ora (IVA inclusa).

6.6.2 Contributo per l'assistenza

6038 7/23 L'assicurato fattura il contributo per l'assistenza all'ufficio AI, di regola mensilmente, comprovando le prestazioni di assistenza ricevute nel mese in questione mediante il modulo di fatturazione 318.536 e allegando un giustificativo delle ore. Spetta all'ufficio AI stabilire il grado di dettaglio richiesto per il giustificativo (p. es. soltanto il numero di ore fornite di giorno da ogni assistente o un elenco con l'orario di inizio e fine del lavoro per ogni assistente). Giustificativi molto dettagliati andrebbero tuttavia richiesti soltanto in casi specifici o per brevi periodi.

6039 Per le prestazioni di assistenza viene versato un forfait orario / per notte, indipendentemente dal salario effettivamente pagato dall'assicurato all'assistente.

6039.1 7/23 Se due o più assicurati che vivono nella stessa economia domestica (fratelli e sorelle, coppia, coinquilini) pagano un solo assistente che fornisce aiuto a tutti (p. es. cucina o fa le pulizie per tutti), le prestazioni in questione possono essere fatturate all'AI una sola volta. Spetta agli assicurati concordare tra loro la ripartizione della fatturazione.

6039.2 1/25 Se due o più assicurati pagano un solo assistente che fornisce il servizio notturno per tutti, le prestazioni in questione possono essere fatturate da tutti gli assicurati. In tal caso, il forfait per il servizio notturno è ridotto del 10 per

cento per ogni assicurato, se l'assistente fornisce prestazioni per due assicurati, e di un ulteriore 10 per cento per ogni assicurato supplementare che ricorre al medesimo assistente. Tuttavia, la riduzione massima è del 40 per cento. Nel calcolo dell'importo mensile e annuale del contributo vengono però considerati i forfait interi (la riduzione del forfait non può essere utilizzata per fatturare più ore o servizi notturni).

Esempio
Gli assicurati A, B e C abitano nello stesso immobile. Gli assicurati A e B hanno un bisogno di aiuto durante la notte di livello 1 e l'assicurato C di livello 2. Hanno due assistenti che, a turno, forniscono aiuto durante la notte per tutti e tre gli assicurati simultaneamente. L'assicurato B trascorre sette notti al mese altrove e durante questo periodo non beneficia quindi dell'aiuto di questi assistenti. La fatturazione per un mese di 30 giorni si presenterà come segue:

- Assicurato A: 23 notti condivise con altri due assicurati e 7 notti condivise con un altro assicurato con un bisogno di aiuto di livello 1: 23 x 58.85 x 80 % + 7 x 58.85 x 90 %.
- Assicurato B: 23 notti condivise con altri due assicurati: 23 x 58.85 x 80 %. Se negli altri 7 giorni ricorre a un altro assistente soltanto per sé, può fatturare queste notti al 100 %.
- Assicurato C: 23 notti condivise con altri due assicurati e 7 notti condivise con un altro assicurato con un bisogno di aiuto di livello 2: 23 x 80.50 x 80 % + 7 x 80.50 x 90 %.

6039.37/23 In questa situazione, in caso di obbligo di continuare a versare il salario, il forfait per il servizio notturno versato in virtù dell'articolo 39*h* OAI deve essere ridotto nello stesso modo.

6039.41/25 Se più assicurati ricorrono abitualmente ai servizi notturni di un assistente e il forfait per il servizio notturno versato a uno di loro in virtù dell'articolo 39*h* capoverso 2 OAI viene

ridotto, verranno ridotti anche i forfait per il servizio notturno versati agli altri assicurati, dato che per il periodo in questione hanno usufruito dei servizi dell'assistente simultaneamente al primo assicurato.

Esempio
Gli assicurati A e B abitano insieme e hanno un bisogno di aiuto durante la notte di livello 3. Hanno due assistenti che, a turno, forniscono aiuto durante la notte a entrambi simultaneamente. Gli assicurati A e B fatturano entrambi 30 notti di livello 3 alla tariffa ridotta (110.50 fr. invece di 122.80). Nel mese di aprile, l'assicurato B trascorre 10 notti in ospedale e fattura il forfait per il servizio notturno in virtù dell'articolo 39*h* capoverso 2 OAI. L'ufficio AI rimborserà all'assicurato B 20 notti effettive a 110.50 franchi e altre 10 notti a 110.50 in virtù dell'obbligo di continuare a versare il salario. All'assicurato A rimborserà 30 notti a 110.50 franchi.

6040 1/25 L'assicurato può fatturare mensilmente al massimo il 150 per cento del contributo mensile per l'assistenza (fatta eccezione per le fasi acute; v. N. 4078 segg). Per un mese può fatturare più ore standard o con qualifiche particolari. Occorre badare a non superare il numero di ore (standard e con qualifiche particolari) accordato annualmente. In tal caso, per un altro mese l'assicurato deve quindi fatturare meno ore di quelle accordate mensilmente (v. però anche N. 6040.1).

Esempio
Nel 2025 sono state concesse mediante decisione 50 ore standard (1 762 fr.) e 10 ore con qualifiche particolari (529.50 fr.) per un importo mensile complessivo di 2 291.50 franchi. L'assicurato può fatturare mensilmente fino a 3 437.25 franchi, per esempio 97 ore standard (ovvero oltre il 150 % delle ore standard = 75) per 3 424 franchi. Per gli altri 11 mesi potrà quindi fatturare solo 503 (50 x 12 - 97) ore standard (ovvero in media 45 ore al mese), poiché non è possibile superare non solo l'importo annuo in franchi ma nemmeno il numero di ore accordate all'anno.

6040.1 1/25 Se l'assicurato decide di non fatturare forfait per il servizio notturno o di fatturarne meno (p. es. perché sono coperte da familiari), questi possono essere convertiti in ore (v. N. 4077.1 segg.) e fatturati per il giorno. Non è possibile superare né gli importi massimi né il numero di ore e di forfait per il servizio notturno accordati. I forfait per il servizio notturno non fatturati in quanto un assistente ha fornito il servizio simultaneamente anche per un altro assicurato (v. N. 4077.4) non possono essere convertiti in ore.

Esempio
Nel 2025 sono state concesse mediante decisione 50 ore standard (1 762 fr.), 10 ore con qualifiche particolari (529.5 fr.) e 30,4 notti (servizio notturno di livello 3, 3 733.10 fr.) per un importo mensile complessivo di 6 024.60 franchi. L'assicurato può fatturare annualmente 550 ore standard, 110 con qualifiche particolari e 334,4 notti. Il coniuge dell'assicurato si fa regolarmente carico dell'aiuto per 10 notti al mese. L'assicurato fattura pertanto solo 214 notti all'anno. Di conseguenza può fatturare annualmente 969 (50 x 11 + 120,4 x 3,48) ore standard.

6040.2 1/22 Non tutte le prestazioni di servizio notturno non fatturate possono essere automaticamente convertite in ore. Se ad esempio un assicurato pernotta in un istituto, non può fatturare le prestazioni in questione e nemmeno convertirle in ore standard. Per ogni prestazione non fatturata, l'assicurato deve indicarne il motivo.

6040.3 1/22 Per i livelli 1 e 2 l'aiuto non è necessario ogni notte. È però possibile fatturare prestazioni di servizio notturno per tutte le notti. In tal caso, la conversione in ore delle prestazioni non fruite può riguardare soltanto le notti durante le quali nessun assistente è rimasto a disposizione, ma non quelle in cui un assistente lo è stato, ma non si è fatto ricorso ad alcun aiuto (v. esempi al N. 6056).

6.7 Controllo delle fatture

6041 L'ufficio AI deve controllare mensilmente le fatture.

6042 Ogni fattura deve basarsi su una decisione/comunicazione dell'ufficio AI.

6043 1/22 Si applicano i criteri di verifica elencati nella CPPI. L'ufficio AI deve inoltre verificare quanto segue:

- la corrispondenza tra le prestazioni indicate nella fattura e la decisione (p. es. fatturazione di notti non riconosciute nella decisione);
- l'annuncio di cambiamenti che richiedono una modifica o una revisione del contributo per l'assistenza (p. es. fasi acute che durano oltre 90 giorni o soggiorni presso istituzioni);
- il rispetto dell'importo mensile e annuale accordato nella decisione.

6044 1/22 In caso di fasi acute, l'ufficio AI deve verificare che queste siano state riconosciute nella decisione e che sia stato presentato il relativo certificato medico. Deve inoltre controllare che non durino più di 90 giorni consecutivi. Infine, deve verificare se occorra avviare una procedura di revisione.

6045 1/19 Se l'assicurato esige pagamenti in virtù dell'obbligo di continuare a versare il salario secondo l'articolo 39*h* capoverso 1 OAI, l'ufficio AI deve verificare che a partire dal quarto giorno di malattia sia stato presentato il relativo certificato medico.

6046 Se l'assicurato esige pagamenti in virtù dell'l'obbligo di continuare a versare il salario secondo l'articolo 39*h* capoverso 1 OAI, l'ufficio AI deve verificare che per ogni assistente non sia stata superata la durata della continuazione del versamento del salario secondo la scala bernese (v. N. 6048, esempio 2). In questo caso, l'ufficio AI può aver eventualmente bisogno di una copia dei contratti di lavoro per verificare la durata del rapporto di lavoro. Per ogni assistente vengono rimborsati comunque al massimo tre mesi l'anno.

6046.1 7/23 Se l’assicurato esige pagamenti in virtù dell’obbligo di continuare a versare il salario secondo l’articolo 39*h* capoverso 1 OAI, l’ufficio AI deve controllare per ogni assistente se lavorava la notte per più assicurati simultaneamente. In tal caso, versa soltanto il forfait per il servizio notturno ridotto.

6047 1/19 Soppresso

6048 1/26 In caso di obbligo di continuare a versare il salario secondo l’articolo 39*h* capoverso 1 OAI, l’ufficio AI deve inoltre distinguere tra le situazioni seguenti.

– Malattia dell’assistente (art. 324a cpv. 1 CO)
  - Rapporto di lavoro previsto per una durata determinata: in questo caso, l'AI versa un contributo per l'assistenza a titolo di continuazione del versamento del salario solo se il rapporto di lavoro è stato previsto per una durata superiore a tre mesi.Per calcolare la durata dell’obbligo di continuare a versare il salario si applica la scala bernese (allegato 2).

    Esempio 1
    Il 1° marzo, un assicurato ha assunto un assistente per una durata determinata fino al mese di maggio. Ad aprile l’assistente si ammala. L’assicurato non deve pagargli il salario e l’ufficio AI non è tenuto ad alcun versamento a titolo di continuazione del versamento del salario.

    Esempio 2
    Il 1° marzo, un assicurato ha assunto un assistente per una durata determinata fino al mese di settembre. Ad aprile l’assistente si ammala. L’assicurato deve pagargli il salario e l’ufficio AI deve versare un contributo per l’assistenza a titolo di continuazione del versamento del salario secondo la scala bernese.

- Rapporto di lavoro previsto per una durata indeterminata: in questo caso l'AI versa un contributo per l'assistenza a titolo di continuazione del versamento del salario solo se il rapporto di lavoro è durato per più di tre mesi. Per calcolare la durata dell'obbligo di continuare a versare il salario si applica la scala bernese (allegato 2).

  Esempio 1
  Il 1° marzo un assicurato assume un assistente per una durata indeterminata. Ad aprile l'assistente si ammala. L'assicurato non deve pagargli il salario e l'ufficio AI non è tenuto ad alcun versamento a titolo di continuazione del versamento del salario.

  Esempio 2
  Il 1° marzo 2022 un assicurato assume un assistente per una durata indeterminata. Nel maggio 2024 l'assistente si ammala per 50 giorni. L'assicurato deve continuare a versagli il salario e anche l'ufficio AI deve continuare a versare il contributo per l'assistenza a titolo di continuazione del versamento del salario. Parallelamente, l'assicurato può assumere un sostituto e percepire a tale scopo il contributo per l'assistenza ordinario. Lo stesso assistente si ammala nuovamente nel settembre 2024, per un mese. Poiché si trova nel terzo anno di servizio, secondo la scala bernese (allegato 2) ha diritto soltanto a due mesi di continuazione del versamento del salario. L'ufficio AI verserà quindi un contributo per l'assistenza a titolo di continuazione del versamento del salario soltanto per dieci giorni (60–50 = 10).

- Assicurazione di indennità giornaliera (art. 324a cpv. 4 CO): in questo caso tocca all'assicurazione di indennità giornaliera farsi carico dell'obbligo di continuare a versare il salario dopo un periodo di attesa. L'ufficio AI deve rimborsare solo il salario versato all'assicurato nella stessa misura durante il periodo di attesa. In tal caso, ha bisogno di una copia della polizza assicurativa.

Esempio
Il 1° marzo 2022 un assicurato assume un assistente per una durata indeterminata. Nel maggio 2024 l'assistente si ammala per 50 giorni. Poiché l'assicurato ha sottoscritto un'assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia che prevede un periodo di attesa di 14 giorni, deve pagare l'80 per cento del salario per 14 giorni. In seguito l'assistente riceverà l'80 per cento del suo salario dall'assicurazione di indennità giornaliera. L'ufficio AI deve pertanto rimborsare solo i 14 giorni all'80 per cento dei forfait.

– Infortunio o malattia professionale dell'assistente (art. 324*b* cpv. 1 CO)
  Secondo la legge sull'assicurazione contro gli infortuni, il periodo di attesa è di due giorni, escluso il giorno dell'infortunio. L'obbligo di continuare a versare il salario comincia il terzo giorno successivo all'infortunio. L'assicurato deve quindi versare il salario (80 %) per questo periodo di attesa. Anche in questo caso l'ufficio AI deve rimborsare solo l'80 per cento del forfait.

6049 Se l'assicurato esige pagamenti in virtù dell'obbligo di continuare a versare il salario secondo l'articolo 39*h* capoverso 2 OAI, l'ufficio AI deve verificare il motivo della continuazione del versamento del salario.

– Se l'assicurato è stato in vacanza e non ha ricevuto assistenza, l'AI non è tenuta a rimborsare la continuazione del versamento del salario, vista la prevedibilità dell'avvenimento (poiché le vacanze dell'assistente possono essere fissate nello stesso periodo).
– Se l'assicurato si è ammalato o ha avuto un impedimento dovuto a motivi non prevedibili, l'ufficio AI si fa carico anche delle ore di assistenza che non sono state effettivamente fornite.
– Se l'assicurato è stato ricoverato in ospedale o in un istituto, l'ufficio AI deve verificare la prevedibilità dell'avvenimento. Se era previsto, l'ufficio AI non è tenuto a rimborsare la continuazione del versamento del salario.

– Se l’assicurato è stato in prigione, l’AI non è tenuta a rimborsare la continuazione del versamento del salario.

6049.1 7/23 Se l’assicurato esige pagamenti in virtù dell’obbligo di continuare a versare il salario secondo l’articolo 39*h* capoverso 2 OAI, l’ufficio AI deve controllare se per le notti beneficiava di prestazioni fornite da un assistente che lavorava anche per altri assicurati. In tal caso, versa soltanto il forfait per il servizio notturno ridotto. L’ufficio AI deve accertarsi di versare il forfait ridotto anche agli altri assicurati.

6050 1/24 Quando il salario deve continuare a essere versato in virtù dell’articolo 39*h* capoverso 2 OAI, occorre anche verificare che l’importo del contributo per l’assistenza mensile (150 %) e annuale non sia superato.

6051 1/21 Soppresso

6052 Le ore o le prestazioni di cui non si è beneficiato in un anno non possono essere riportate all’anno successivo.

6053 1/21 Il controllo delle fatture è eseguito per anno civile (da gennaio a dicembre). Il primo anno è considerato proporzionalmente, vale a dire che inizia il mese in cui l’assicurato ha ricevuto la prima ora o la prima notte di assistenza, e termina il 31 dicembre. Per i casi correnti la modifica verrà attuata in occasione della prossima revisione.

Esempio
Il 15 giugno 2022 un assicurato riceve una decisione, valida dal 1° giugno 2022, che gli attribuisce un contributo mensile per l’assistenza di 1 000 franchi (contributo annuale per l’assistenza di 11 000 fr.). La decisione precisa che per il primo anno (fino alla fine di dicembre 2022) può fatturare al massimo 6 417 franchi (11 000 ÷12 x 7). Tuttavia, se le prestazioni sono fatturate solo a partire da settembre, il primo anno inizia in settembre e termina alla fine di dicembre (e quindi il contributo annuale per l’assistenza per il primo anno ammonta soltanto a 3 667 franchi (11 000 ÷12 x 4).

6053.1 1/22 In caso di revisione, il diritto va ricalcolato in proporzione.

Esempio
Il 15 giugno 2017 un assicurato riceve una decisione che gli attribuisce un contributo annuale per l'assistenza di 12 000 franchi. In seguito a un peggioramento del suo stato di salute, si procede a una revisione del diritto e con decisione del 25 novembre 2021 il contributo annuale è fissato a 15 000 franchi a partire dal 1° settembre 2021. Da giugno 2020 a ottobre 2021 l'assicurato ha fatturato 7 000 franchi. Sino alla fine di dicembre 2021 può quindi fatturare ancora 500 franchi (1 000 x 5+ 1 250 x 2 – 7000). A partire dal gennaio 2022 potrà fatturare 15 000 franchi per anno civile.

6054 1/19 Le modifiche dovute all'adeguamento degli importi orari al rincaro non comportano una nuova decisione. L'importo mensile o annuale da rispettare deve tuttavia essere adeguato.

Esempio
Nel 2022 un assicurato riceve una decisione che gli attribuisce un contributo per l'assistenza di 1 000 franchi al mese, ovvero 12 000 franchi all'anno. Nel 2023 la compensazione del rincaro è del 2 per cento. Dal 2023 l'assicurato può fatturare 1 020 franchi al mese, ovvero 12 240 franchi all'anno.

6055 1/18 Prima di effettuare il primo versamento, l'ufficio AI deve verificare di aver ricevuto dall'assicurato una copia dei contratti di lavoro conclusi fino a quel momento e una conferma della sua affiliazione quale datore di lavoro presso la cassa di compensazione.

6055.1 1/26 Se durante il controllo delle fatture l'ufficio AI constata violazioni delle norme in materia di diritto del lavoro, informa l'assicurato che non adempie i suoi obblighi di datore di lavoro e che gli verserà soltanto le prestazioni previste dalla legge. In caso di violazioni gravi o ripetute, l'ufficio AI può sospendere o sopprimere il contributo per l'assistenza.

Esempio
Un assicurato invia una fattura. L'ufficio AI constata che un assistente ha lavorato tutto il mese senza alcun giorno di libero. Esso informa l'assicurato che ciò è contrario all'articolo 329 CO (un giorno di libero alla settimana) ed eventualmente alle disposizioni del CNL cantonale e non versa alcun contributo per l'assistenza per le ore effettuate durante tale periodo. Se la situazione si ripete, può sopprimere il contributo di assistenza (dopo una procedura di diffida, v. cap. 9.1 e 9.3).

6056 1/22 L'ufficio AI deve verificare sia gli importi in franchi che le ore o il numero di prestazioni di servizio notturno. Ad esempio, non possono essere fatturate ore con qualifiche particolari, se non sono state riconosciute nella decisione. Lo stesso vale per le prestazioni di servizio notturno, in quanto sono computabili solo il numero di notti – compresa la disponibilità su chiamata – pattuito nel contratto di lavoro e l'importo del forfait notturno previsto dalla decisione.

Esempio 1
Dall'accertamento risulta che un assicurato ha bisogno di aiuto per 1-3 notti alla settimana (servizio notturno di livello 1). Egli ha assunto un assistente che fornisce aiuto su chiamata per le 30 notti del mese. In base alla fattura e ai controlli svolti, sono state remunerate 30 prestazioni di servizio notturno. La fattura è corretta, indipendentemente dal fatto che l'assistente abbia effettivamente fornito prestazioni d'aiuto o sia solo rimasto a disposizione.

Esempio 2
Dall'accertamento risulta che un assicurato ha bisogno di aiuto per 1–3 notti alla settimana (servizio notturno di livello 1). Egli ha assunto un assistente che fornisce aiuto su chiamata per 20 notti al mese. In base alla fattura e ai controlli svolti, sono state remunerate 20 prestazioni di servizio notturno. La fattura è corretta, indipendentemente dal fatto che l'assistente abbia effettivamente fornito prestazioni d'aiuto o sia solo rimasto a disposizione. Per le altre 10 notti, l'assicurato deve indicare come è stato fornito l'aiuto. A seconda del caso, queste prestazioni di servizio

notturno possono quindi essere convertite in ore (v. N. 4077.1 segg.).

6057 1/22 Soppresso

6058 1/22 L'ufficio AI verifica che il numero di notti indicato dall'assicurato nella fattura mensile non superi quello delle prestazioni fatturabili (considerata la riduzione, in caso di ricovero in ospedale, del numero di notti corrispondente) e che l'importo sia registrato correttamente. Se non sono fatturate tutte le prestazioni di servizio notturno, l'ufficio AI verifica se quelle non fatturate possano essere convertite in ore e se il numero delle ore convertite e quello delle prestazioni di servizio notturno fatturate per l'anno non superi il numero delle prestazioni accordate.

6059 1/22 Le fatture che non rispettano le prescrizioni formali o contengono errori, ma che non comportano una decisione/comunicazione complementare, possono essere, a seconda dei casi, corrette o completate dall'ufficio AI oppure rinviate al creditore, con la richiesta di apportare le rettifiche necessarie.

Esempio
Un assicurato inoltra la fattura per il gennaio 2023. Vi sono indicati ancora gli importi orari del 2022. L'ufficio AI corregge l'importo orario, trasmette la fattura all'UCC e informa l'assicurato circa i nuovi importi.

6060 Se sono apportate modifiche al tipo, al numero, alla durata o ai costi delle prestazioni fatturate, queste vanno segnalate adeguatamente al creditore, eventualmente con una fotocopia della fattura modificata. Si può rinunciare ad informare i creditori se si tratta solo di modifiche o aggiunte formali (numero AVS, data ecc.).

Esempio
La decisione non riconosce alcun bisogno di aiuto per qualifiche particolari. L'assicurato fattura 10 ore con qualifiche particolari. L'ufficio AI invia all'assicurato una copia della

rettifica, specificando che per quelle 10 ore può essere rimborsato solo l'importo standard.

6061 Se l'ufficio AI riduce l'importo della fattura, deve informarne l'assicurato.

Esempio
Un assicurato può fatturare al massimo 45 ore al mese (30 ore al mese x 150 % = 45). Invia una fattura di 60 ore (senza dichiarare né una fase acuta né un obbligo di continuare a versare il salario). L'ufficio AI informa l'assicurato che possono essere rimborsate al massimo 45 ore.

6062 1/22 Le fatture per il contributo per l'assistenza devono essere contrassegnate come urgenti e inviate all'UCC.

6.7.1 Controlli annuali o puntuali

6063 Una volta all'anno gli uffici AI richiedono agli assicurati un certificato attestante che hanno regolato il conteggio dei contributi sociali con la cassa di compensazione. Se l'assicurato non fa pervenire il certificato, il contributo per l'assistenza viene sospeso (v. N. 9007).

6064 7/23 Gli uffici AI possono richiedere in qualsiasi momento i contratti di lavoro più recenti, i certificati salariali e i giustificativi dettagliati delle ore o dei piani di lavoro per verificare se le ore indicate nella fattura e i servizi notturni (compresa la disponibilità su chiamata) corrispondano a verità. In determinati casi (p. es. a fronte di sospetta irregolarità o frode) possono anche procedere a controlli più accurati e, in questo contesto, chiedere documenti molto dettagliati e specifici. Se non si può esigere dall'assicurato che abbia questi documenti a disposizione, la richiesta può essere fatta soltanto per il futuro.

6065 I controlli possono essere più frequenti e più approfonditi nel caso di assicurati che in più di un'occasione non hanno adempiuto i propri obblighi di datore di lavoro o nei confronti dell'assicurazione.

6.8 Versamento

6066 Il contributo per l'assistenza è versato dall'Ufficio centrale di compensazione a Ginevra.

6.9 Anticipo

6067 1/22 L'assicurato può richiedere un anticipo.

6068 1/22 Soppresso

6069 1/23 L'anticipo è versato, su richiesta, per un importo pari alle retribuzioni convenute nei contratti di lavoro inviati, ma non superiore al contributo mensile per l'assistenza.

Esempio
Il 13 febbraio 2023 un assicurato riceve una decisione che gli attribuisce un contributo per l'assistenza di 2 500 franchi al mese. Il 25 febbraio invia all'ufficio AI due contratti di lavoro. Il primo stabilisce un salario orario di 25 franchi per 30 ore al mese, il secondo un salario mensile di 700 franchi per un grado di occupazione del 20 per cento. L'ufficio AI può concedere un anticipo massimo di 2 337 franchi (30 x 34.30 fr. + 20 % x 44 x 52 ÷ 12 x 34.30 fr.). Se il secondo contratto di lavoro avesse stabilito un salario mensile di 1 750 franchi, l'ufficio AI avrebbe potuto rimborsare al massimo un anticipo di 2 500 franchi.

6070 L'assicurato fattura l'anticipo con il modulo 318.536. Gli uffici AI devono trattare la richiesta di anticipo rapidamente e inoltrarla all'UCC come pagamento urgente.

6071 L’anticipo non è considerato per il controllo del contributo annuale massimo per l’assistenza.

6072 In caso di abusi o violazione degli obblighi nei confronti dell’assicurazione e/o degli assistenti, l’ufficio AI esige la restituzione dell’anticipo. Gli abusi e le violazioni degli obblighi possono comportare il rifiuto del contributo per l’assistenza (v. N. 9016 e 9018).

6073 1/18 Se l’assunzione degli assistenti è scaglionata nel tempo (ovvero se non tutti i contratti di lavoro sono conclusi con la stessa decorrenza), l’anticipo può essere versato in più rate.

6074 Nel caso di una revisione che comporti un aumento rilevante del contributo per l’assistenza, può essere versato un anticipo supplementare per la differenza.

6075 1/22 L’anticipo deve essere rimborsato al più tardi alla fine del contributo per l’assistenza.

7. Revisione e riconsiderazione

7.1 Revisione

7.1.1 In generale

7001 1/22 Alla modifica del contributo per l’assistenza si applicano per analogia le disposizioni vigenti per la modifica del diritto alla rendita (cfr. cap. 5 CIRAI; art. 17 cpv. 2 LPGA).

7002 1/22 Soppresso

7003 1/22 Soppresso

7004 Ove possibile, il contributo per l'assistenza è sottoposto a revisione insieme con l'assegno per grandi invalidi. Va tuttavia tenuto conto delle circostanze del singolo caso.

7005 Il venir meno delle condizioni di diritto (l'assicurato vive in un istituto e non più a casa propria, l'assicurato minorenne non frequenta più la scuola regolare bensì quella speciale ecc.) non è considerato un motivo di revisione. Il diritto al contributo per l'assistenza decade.

7.1.2 Motivi di revisione

7006 Sussiste un motivo di revisione, ovvero una modifica delle condizioni determinante per il diritto al contributo per l'assistenza, se si è verificata una modifica della situazione personale dell'assicurato, in particolare nei seguenti casi:

- miglioramento o peggioramento dello stato di salute;
- cambiamento del grado della grande invalidità;
- cambiamenti relativi all'attività lucrativa, all'attività di pubblica utilità o alla formazione, compresi l'aumento o la diminuzione del grado di occupazione;
- cambiamenti nella fruizione di offerte istituzionali (scuole speciali, centri d'integrazione professionale, laboratori, centri diurni, istituti);
- cambiamenti nella fruizione di prestazioni delle cure di base secondo la LAMal e di altre prestazioni dell'AI;
- cambiamento delle condizioni familiari determinanti (numero di figli, convivenza con familiari ecc.).

7007 Un altro motivo di revisione è costituito da modifiche di legge o di ordinanza che prevedono un inasprimento o un'agevolazione delle condizioni di diritto (RCC 1983 pag. 538).

7008 Non vi è motivo di revisione nei seguenti casi:

- cambiamenti solo temporanei, come ad esempio un peggioramento transitorio dello stato di salute dell'assicurato a seguito di una malattia (RCC 1971 pag. 265, 1964 pag. 392; art. 88*a* OAI);

– cambiamenti solo temporanei nel ricorso ai fornitori di prestazioni consueti (Spitex, istituzioni), inclusi i cambiamenti temporanei del numero di pernottamenti in istituto, anche se questi superano i 15 al mese (v. N. 1009.1);
– cambiamenti di breve periodo (meno di tre mesi) nella situazione scolastica o professionale (grado di occupazione, centro di formazione, posto di lavoro);
– modifiche delle direttive amministrative che stabiliscono condizioni di diritto più restrittive (RCC 1982 pag. 252);
– valutazione diversa di fatti sostanzialmente invariati (RCC 1987 pag. 36; DTF 141 V 9).

7009 La privazione della libertà disposta da un'autorità non costituisce un motivo di revisione, bensì di sospensione (v. N. 9008 segg.). In questo caso le disposizioni sulla revisione non sono direttamente applicabili (DTF 116 V 20; DTF 114 V 143).

7.1.3 Revisione d'ufficio

Articolo 87 capoverso 1 OAI
La revisione avviene d'ufficio quando
a. .in previsione di una possibile modifica importante del bisogno di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione ... del contributo per l'assistenza; o
b. allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica … del bisogno di aiuto dovuto all'invalidità.

7010 A ogni decisione l'ufficio AI stabilisce quando si dovrà procedere a una revisione. Per fissare il *termine di revisione* si applicano le seguenti regole:

– se al momento della decisione l'ufficio AI presume che le condizioni dell'assicurato potrebbero successivamente cambiare, fissa la revisione al momento in cui prevede il cambiamento (p. es. se l'assicurato segue una formazione che terminerà tra un anno o se l'assicurato ha un figlio che diventerà maggiorenne tra due anni);

– negli altri casi, il termine di revisione è fissato alla scadenza di tre o al massimo cinque anni a decorrere dal giorno della decisione.

7011 Il termine di revisione non è riportato nella decisione. L'ufficio AI gestisce le revisioni previste.

7012 Le revisioni d'ufficio devono essere previste anche nel periodo in cui l'assicurato sconta una privazione della libertà disposta dalle autorità e il contributo per l'assistenza è sospeso (v. N. 9008).

7.1.4 Revisione su richiesta

7013 1/22 Si applicano l'articolo 87 capoverso 2 OAI e, per analogia, le disposizioni sulle rendite (cap. 5.2.2 CIRAI).

7014 1/22 Soppresso

7015 1/22 Soppresso

7.1.5 Revisione processuale

7016 1/22 Si applicano l'articolo 53 capoverso 1 LPGA e, per analogia, le disposizioni sulle rendite (cap. 6.2 CIRAI).

7.2 Effetti della revisione

7.2.1 In generale

7017 1/15 In linea di massima, la revisione ha effetto per il futuro (salvo in caso di ottenimento indebito della prestazione o di violazione dell'obbligo di informare, v. cap. 7.2.4). Sono tuttavia fatturate le prestazioni precedentemente ricevute in eccedenza (v. N. 6053.1).

Esempio
Un assicurato riceve un contributo per l'assistenza di 1 000 franchi al mese, ovvero 12 000 franchi all'anno. Beneficia delle prime ore di assistenza nel mese di gennaio 2013. Nel maggio 2013 viene effettuata una revisione, che riduce il contributo per l'assistenza a 800 franchi al mese, ovvero 9 600 franchi all'anno, a partire dal luglio 2013. Il nuovo contributo valido sino alla fine di dicembre 2013, ammonta quindi a 10 800 franchi (800 fr. x 6 + 1 000 fr. x 6). Se per i mesi da gennaio a giugno l'assicurato fattura 8 000 franchi (quindi più di 6/12 di 12 000 fr.), potrà poi fatturare solo 2 800 franchi sino alla fine dell'anno. Se invece per i mesi da gennaio a giugno fattura 4 000 franchi (ovvero meno di 6/12 di 12 000 fr.), sino alla fine dell'anno potrà fatturare ancora 6 800 franchi. Il nuovo anno intero, con un contributo per l'assistenza di 9 600 franchi, inizia a gennaio e termina a dicembre del 2014.

7.2.2 Aumento del contributo per l'assistenza

Articolo 88bis capoverso 1 lettere a e b OAI
L'aumento … del contributo per l'assistenza avviene al più presto:
a. se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata;
b. se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista.

7018 1/25 Il contributo per l'assistenza può essere aumentato solo se l'aumento del bisogno di aiuto è durato almeno tre mesi senza interruzione notevole. Si può rinunciare al periodo di attesa di tre mesi (art. 88*a* cpv. 2 OAI) se l'aumento è riconducibile a un contesto ormai stabilizzatosi (p. es. la riduzione del numero di giorni trascorsi in un laboratorio, l'aumento del grado d'occupazione, la nascita di un figlio, la riduzione delle prestazioni LAMal) o se è chiaro che il peggioramento di salute in questione durerà più di tre mesi (p. es. se ora l'assicurato necessita di sorveglianza o di respirazione artificiale).

Esempio 1
Nel marzo 2012 un assicurato che riceve un contributo per l'assistenza riduce il suo numero di giorni trascorsi in un laboratorio. Il 15 aprile 2012 l'assicurato inoltra una richiesta di revisione. Dopo gli accertamenti necessari, a giugno l'ufficio AI constata che l'assicurato avrebbe diritto a un aumento del contributo per l'assistenza dal marzo 2012. Il contributo per l'assistenza è però aumentato solo a decorrere dal 1° aprile 2012.

Esempio 2
Un assicurato beneficia di un contributo per l'assistenza. L'ufficio AI ha fissato il termine di revisione al 31 gennaio 2015. Dopo gli accertamenti del caso, nel maggio 2015 constata che l'assicurato avrebbe avuto diritto a un contributo per l'assistenza più elevato già dal giugno 2014. Dal momento che la revisione era prevista per il 31 gennaio 2015, il nuovo contributo per l'assistenza gli viene tuttavia versato dal 1° gennaio 2015. Se lo stesso assicurato soddisfa le condizioni di diritto solo nel marzo 2015, riceve il nuovo contributo per l'assistenza a decorrere dal 1° marzo 2015.

7.2.3 Riduzione o soppressione del contributo per l'assistenza

Articolo 88bis capoverso 2 lettera a OAI
La riduzione o la soppressione … del contributo per l'assistenza è messa in atto:
a. il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

7019 1/25 L'articolo 88bis capoverso 2 lettera a OAI si applica se sono adempiute le condizioni di cui all'articolo 88*a* capoverso 1 OAI.

Esempio
Un assicurato ha diritto a un contributo per l'assistenza. A maggio informa l'ufficio AI del miglioramento del suo stato

di salute. Con preavviso del 16 luglio 2025 l'ufficio AI stabilisce che il miglioramento dello stato di salute è durato più di tre mesi e comunica quindi all'assicurato la soppressione del suo contributo per l'assistenza (non è più riconosciuto un bisogno di aiuto al di là delle altre prestazioni). La decisione di soppressione è inviata dall'ufficio AI il 29 agosto 2025 e notificata all'assicurato il 2 settembre 2025. Di conseguenza, il contributo per l'assistenza può essere soppresso con effetto dal 1° novembre 2025.

7020 Questa regola si applica anche se il contributo per l'assistenza è ridotto o soppresso soltanto nel corso di una procedura giudiziaria dall'esito sfavorevole all'assicurato. In questo caso, il contributo per l'assistenza è ridotto o soppresso all'inizio del secondo mese che segue la notifica della sentenza (RCC 1982 pag. 34).

7020.1 1/25 Se la riduzione del contributo per l'assistenza è riconducibile a un contesto ormai stabilizzatosi (p. es. modifica del numero di giorni trascorsi in un laboratorio, riduzione del grado d'occupazione, aumento delle prestazioni LAMal, incremento dell'assegno per grandi invalidi o anche un miglioramento dello stato di salute presumibilmente destinato a perdurare, p. es. dopo un'operazione che ha attenuato i problemi di salute), si può rinunciare al termine di tre mesi previsto nell'articolo 88*a* capoverso 1 OAI. L'articolo 88bis capoverso 2 lettera a OAI resta tuttavia applicabile, se l'assicurato ha adempiuto il suo obbligo di informare (v. cap. 7.2.4).

Esempio
Un assicurato capace di esercitare i diritti civili esercita un'attività lucrativa nel mercato del lavoro primario. A maggio informa l'ufficio AI che da giugno non lavorerà più. Con preavviso del 16 luglio 2025 all'assicurato viene comunicata la riduzione del suo contributo per l'assistenza (non è più riconosciuto un bisogno di aiuto nell'ambito dell'attività lucrativa). La decisione di revisione è inviata dall'ufficio AI il 29 agosto 2025 e notificata all'assicurato il 2 settembre 2025. Di conseguenza, il contributo per l'assistenza può essere soppresso con effetto dal 1° novembre 2025.

7021 1/25 Se il contributo per l'assistenza è soppresso in seguito alla cessazione dell'adempimento di una delle condizioni di diritto (p. es. trasferimento del domicilio all'estero, decesso, entrata in istituto, passaggio dalla scuola regolare a quella speciale, soppressione dell'AGI), il diritto si estingue alla fine del mese in questione, diversamente da quanto avviene per la soppressione/riduzione in caso di cambiamento del bisogno di aiuto. Successivamente, può essere concessa soltanto l'eventuale continuazione del versamento del salario in virtù di un obbligo derivante dal decesso o dall'entrata imprevedibile in istituto. In tali casi si deve procedere secondo quanto illustrato al capitolo 1.3.

7022 1/22 La decisione di revisione che riduce o sopprime un contributo per l'assistenza stabilisce che è revocato l'effetto sospensivo a un eventuale ricorso. La disposizione della revoca dell'effetto sospensivo deve figurare espressamente nel testo della decisione.

7.2.4 Ottenimento illecito del contributo per l'assistenza o violazione dell'obbligo di informare

Articolo 88bis capoverso 2 lettera b OAI
La riduzione o la soppressione … del contributo per l'assistenza è messa in atto:

b. retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se il beneficiario ha ottenuto indebitamente la prestazione o ha violato l'obbligo di informare impostogli ragionevolmente dall'articolo 77, indipendentemente dal fatto che la prestazione abbia continuato a essere versata a causa dell'ottenimento indebito della medesima o della violazione dell'obbligo di informare.

7023 L'assicurato, il suo rappresentante legale, le autorità oppure terzi ai quali spetta la prestazione (RCC 1987 pag. 519, 1986 pag. 664) devono comunicare immediatamente all'ufficio AI ogni cambiamento importante della situazione determinante per il diritto alle prestazioni (p. es. dello stato di salute, della percezione di altre prestazioni,

delle condizioni personali; obbligo di informare, art. 31 LPGA e art. 77 OAI).

7024 L'assicurato non viola invece l'obbligo di informare se può ragionevolmente supporre che le mutate condizioni siano già note agli organi dell'AI (p. es. modifica del grado di grande invalidità; RCC 1974 pag. 140, 1971 pag. 265, sentenza del TF 8C_870/2013 del 19 agosto 2014).

7025 1/15 Se l'assicurato non adempie l'obbligo di informare e beneficia quindi indebitamente di prestazioni dell'AI, deve restituire tali prestazioni (cfr. art. 7*b* cpv. 2 lett. b e c LAI in combinato disposto con l'art. 25 cpv. 1 LPGA e l'art. 7*b* cpv. 3 LAI). L'ufficio AI stabilisce mediante decisione l'importo indebitamente percepito da restituire (art. 3 OPGA).

7026 Le prestazioni indebitamente percepite vanno restituite anche in caso di lieve violazione dell'obbligo di informare. La restituzione può però essere condonata se costituisce un onere troppo gravoso per l'assicurato e se quest'ultimo ha agito in buona fede (art. 25 cpv. 1 LPGA, art. 4 e 5 OPGA; cfr. N. 10401 segg. DR; DTF 112 V 97; RCC 1986 pag. 664). La violazione grave e intenzionale dell'obbligo di informare esclude invece la buona fede, ragion per cui in questi casi non è necessario verificare la possibilità di un condono secondo l'articolo 25 capoverso 1 LPGA.

7027 L'ufficio AI stabilisce se l'assicurato si è reso colpevole di una violazione dell'obbligo di informare e quando è intervenuto un cambiamento importante della situazione determinante per il diritto al contributo per l'assistenza.

7.2.5 Situazione invariata

7028 1/20 Se una procedura di revisione svolta d'ufficio o su richiesta non comporta un adeguamento determinante del contributo per l'assistenza, la prestazione continua a essere versata invariata e l'ufficio AI emana una comunicazione.

7.3 Riconsiderazione

7.3.1 In generale

7029 1/22 Si applicano l'articolo 53 capoverso 2 e 3 LPGA e, per analogia, le disposizioni sulle rendite (cap. 6.1 CIRAI).

7030 1/22 Soppresso

7031 1/22 Soppresso

7032 1/22 Soppresso

7033 1/22 Soppresso

7034 1/22 Soppresso

8 Obblighi dell'assicurato

8.1 Obbligo di ridurre il danno

Articolo 21 capoverso 4 LPGA
Le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate se l'assicurato, nonostante una sollecitazione scritta che indichi le conseguenze giuridiche e un adeguato termine di riflessione, si sottrae, si oppone oppure, entro i limiti di quanto gli può essere chiesto, non si sottopone spontaneamente a una cura o a un provvedimento d'integrazione professionale ragionevolmente esigibile e che promette un notevole miglioramento della capacità di lavoro o una nuova possibilità di guadagno. Non si possono esigere cure e provvedimenti d'integrazione che rappresentano un pericolo per la vita o per la salute.

8001 1/18 In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, l'assicurato è tenuto ad adottare misure adeguate e ragionevolmente esigibili per mantenere o ristabilire la propria autonomia (p. es. mezzi ausiliari, attrezzi). In caso contrario, l'aiuto cui deve far ricorso non è preso in considerazione nel calcolo del contributo per l'assistenza. L'obbligo di ridurre il danno si applica ai più svariati aspetti della vita. Tuttavia, bisogna esaminare alla luce di tutte le circostanze oggettive e soggettive del caso concreto se si possa esigere da un assicurato di partecipare a un provvedimento (DTF 113 V 22 consid. 4a). Inoltre, quanto più sarebbe elevato l'onere a carico dell'assicurazione, tanto più severe dovranno essere le esigenze in materia di obbligo di ridurre il danno.

Esempio
L'assicurato dichiara di aver bisogno di aiuto nella gestione dell'economia domestica. Tuttavia, si può ragionevolmente esigere da lui che acquisti determinati mezzi ausiliari per ridurre il bisogno di aiuto. L'assicurato non lo fa. L'ufficio AI fissa il contributo per l'assistenza come se i mezzi ausiliari fossero disponibili (analogamente a quanto previsto per il calcolo dell'AGI).

8.2 Obbligo di collaborare

Articolo 43 capoverso 3 LPGA
Se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia.

8002 L'assicurato è tenuto a *collaborare*, ossia a fornire tutte le informazioni necessarie per l'accertamento del diritto e a sottoporsi a tutti i provvedimenti di accertamento ragionevolmente esigibili (art. 28 e 43 cpv. 2 LPGA; N. 5001 CPAI). Deve sottoporsi, per esempio, agli esami medici necessari o all'accertamento sul posto (RCC 1967 pag. 255).

8003 Conformemente all'articolo 43 capoverso 3 LPGA, in caso di violazione dell'obbligo di collaborare l'ufficio AI può decidere *in base agli atti*, se è possibile accertare i fatti senza difficoltà e senza costi particolari anche senza la collaborazione dell'assicurato. In caso contrario, sospende gli accertamenti e *decide di non entrare in materia.* La scelta dell'una o dell'altra opzione dipende dalle circostanze specifiche del caso. Nel dubbio, va scelta la variante più favorevole all'assicurato (RCC 1983 pagg. 525 e 528, 1978 pag. 476).

Esempio
L'assicurato dichiara di aver bisogno di un servizio notturno. L'ufficio AI richiede il relativo certificato. Nonostante la procedura di diffida e la concessione di un termine di riflessione, l'assicurato non fa pervenire i documenti richiesti. L'ufficio AI fissa il contributo per l'assistenza sulla base dei documenti disponibili e quindi non riconosce il bisogno di aiuto nell'ambito del servizio notturno.

8.3 Obbligo di informare

Articolo 31 capoverso 1 LPGA
L'avente diritto, i suoi congiunti o i terzi ai quali è versata la prestazione sono tenuti a notificare all'assicuratore o, secondo i casi, al competente organo esecutivo qualsiasi cambiamento importante sopraggiunto nelle condizioni determinanti per l'erogazione di una prestazione.

8004 L'assicurato deve comunicare ogni cambiamento importante della situazione personale ed economica che può incidere sul diritto alle prestazioni.

8005 Ciò è necessario in particolare nei seguenti casi:

- cambiamento dello stato di salute e/o del bisogno di aiuto;
- aumento o riduzione del numero di giorni trascorsi in un'istituzione (istituto, laboratorio, centro diurno, scuola speciale), compresi l'entrata e l'uscita da un istituto e i ricoveri in ospedale;

– cambiamenti nel ricorso ad altre prestazioni (AI, cure di base LAMal);
– cambiamenti dello stato civile (compresi la composizione dell'economia domestica e i cambiamenti d'indirizzo);
– assunzione o cessazione di un'attività lucrativa o di pubblica utilità e cambiamento del grado di occupazione e/o del reddito;
– assunzione, interruzione o conclusione di una formazione, compreso il cambiamento del centro di formazione (per esempio da una classe normale a una scuola speciale);
– soggiorni all'estero di oltre tre mesi.

8006 In caso di violazione dell'obbligo di informare, le prestazioni dell'assicurazione invalidità possono essere ridotte o rifiutate (art. 7*b* cpv. 2 lett. b LAI) e ne può essere richiesta la restituzione.

8.4 Obblighi del datore di lavoro

8007 1/26 L'assicurato o il suo rappresentante legale è il datore di lavoro degli assistenti.. In qualità di datore di lavoro, deve rispettare i requisiti del CNL cantonale per il personale domestico applicabili nel suo Cantone e/o i salari minimi definiti nel CNL personale domestico (RS 221.215.329.4), le disposizioni del CO sul contratto di lavoro (vacanze, indennità in caso di malattia ecc.) e gli obblighi di versamento dei contributi alle assicurazioni sociali.

8008 1/26 Prima di effettuare il primo versamento del contributo per l'assistenza, l'ufficio AI richiede all'assicurato una copia della sua iscrizione quale datore di lavoro presso la cassa di compensazione. Successivamente, una volta l'anno richiede all'assicurato un giustificativo del conteggio dei contributi sociali.

Esempio
L'ufficio AI non riceve dall'assicurato alcuna copia della sua iscrizione quale datore di lavoro presso la cassa di compensazione. Gliela richiede, poiché in sua mancanza non

potrà versare alcun contributo per l’assistenza, nonostante abbia ricevuto le fatture. Ciò vale anche per l’anticipo.

8009 1/26 L'ufficio AI non può accettare contratti di lavoro contenenti disposizioni contrarie alle norme del diritto del lavoro (salari inferiori a quelli previsti nei CNL, periodi di riposo non rispettati, assunzione di personale senza permesso di lavoro ecc.).

9. Sanzioni

Articolo 42^{octies} LAI
Il contributo per l’assistenza può essere ridotto o rifiutato all’assicurato che non adempie i propri obblighi legali nei confronti dell’assistente o dell’assicurazione. Prima di ridurre o rifiutare il contributo, l’assicurazione deve inviare all’assicurato una diffida scritta e avvertirlo delle conseguenze giuridiche.

9001 La sanzione consiste generalmente nella sospensione o nel rifiuto del contributo per l’assistenza.

9002 Di norma si rinuncia ad una riduzione, poiché risulta praticamente impossibile determinarla tenendo conto di tutte le circostanze (gravità della colpa dell’assicurato, gravità del danno alla salute ed entità del bisogno di aiuto coperto mediante il contributo per l’assistenza).

9002.1 1/26 Tuttavia, il contributo per l'assistenza sarà ridotto se le prestazioni fatturate non sono conformi agli obblighi legali o alle disposizioni dell'assicurazione, in particolare per quanto riguarda la durata del lavoro, i periodi di riposo e le vacanze.

Esempio
L'ufficio AI constata che un assistente ha lavorato 40 ore alla settimana ogni mese per tutto l'anno senza mai prendere vacanze. Può dedurre 4 settimane di 40 ore dal contributo per l'assistenza.

9003 1/26 L’ufficio AI accerta d’ufficio se sono soddisfatte le condizioni per una riduzione, una sospensione o un rifiuto.

9.1 Procedura di diffida e termine di riflessione

9004 1/22 Prima di sospendere o rifiutare le prestazioni, l’ufficio AI avvia di norma una procedura di diffida e impartisce un adeguato termine di riflessione (Pratique VSI 1997 pag. 36). Si applicano i N. 5006 segg. CPAI.

9005 1/22 Soppresso

9006 1/22 Soppresso

9.2 Sospensione del contributo per l’assistenza

9007 Se l’assicurato non adempie i propri obblighi legali nei confronti degli assistenti (obblighi del datore di lavoro) o dell’assicurazione (in particolare, obblighi di collaborare e di informare), dopo la procedura di diffida e allo scadere del termine di riflessione l’ufficio AI può sospendere il contributo per l’assistenza.

Esempio
In primavera l’ufficio AI non riceve alcun giustificativo del conteggio dei contributi sociali. Nonostante la procedura di diffida e il termine di riflessione impartito, l’assicurato (datore di lavoro) non produce la prova richiesta.
La prestazione viene sospesa fintantoché l’assicurato non potrà provare di aver iscritto l’assistente presso la cassa di compensazione e di aver pagato i contributi.

9008 La privazione della libertà disposta da un’autorità può determinare una sospensione del contributo per l’assistenza. Quest’ultimo può essere sospeso anche durante il periodo di carcerazione preventiva e in caso di esecuzione anticipata della pena.

9009 La sospensione del contributo per l’assistenza si fonda sul presupposto che l’assicurato non possa emettere alcuna fattura, dal momento che l’assistente non può fornire prestazioni d'aiuto in carcere. In questo caso l’ufficio AI non riconosce alcun obbligo di continuare a versare il salario, benché l’assicurato sia soggetto a tale obbligo.

9010 Il contributo per l’assistenza non è quindi sospeso e continua ad essere erogato, se la pena è comminata sotto forma di arresti domiciliari o se il genere di esecuzione offre all’assicurato la possibilità di svolgere un’attività lucrativa (o formazione) per la quale l’assicurato necessita di aiuto. In questo caso, tuttavia, si tiene conto solo delle ore accertate per questo ambito.

Esempio
Un assicurato ha bisogno di aiuto nell’ambito dell’economia domestica (2 ore al mese) e degli atti ordinari della vita (30 minuti al mese). Lavora e in questo ambito ha bisogno di un’ora di aiuto al mese. Commette un reato e viene condannato a una pena privativa della libertà. Può tuttavia recarsi al posto di lavoro durante il giorno. L’ufficio AI può continuare a versare il contributo per l’assistenza per il bisogno di un’ora al mese nell’ambito del lavoro.

9011 Dopo il rilascio, il diritto al contributo per l’assistenza rinasce automaticamente, ossia senza che sia necessario procedere prima a una revisione. Restano riservati altri motivi di revisione (composizione della famiglia ecc.).

9012 Il versamento del contributo per l’assistenza è sospeso, inoltre, se l’assicurato soggiorna all’estero per oltre tre mesi. Anche in questo caso non sono riconosciuti gli obblighi di continuare a versare il salario.

9013 1/22 Soppresso

9014 Nei casi previsti ai N. 9008–9012 non ha luogo alcuna procedura di diffida e non è impartito alcun termine di riflessione.

9015 La sospensione può avere anche effetto retroattivo. In questo caso le prestazioni versate in eccedenza devono essere rimborsate.

9.3 Rifiuto del contributo per l’assistenza

9016 1/26 Se l’assicurato non adempie i propri obblighi legali nei confronti degli assistenti o dell’assicurazione, dopo la procedura di diffida e allo scadere del termine di riflessione l’ufficio AI può rifiutargli il versamento del contributo per l’assistenza.

Esempio
Un assicurato invia una fattura. L'ufficio AI constata che un solo assistente ha prestato aiuto ogni notte del mese e lavorato anche durante il giorno. L'ufficio AI informa l'assicurato che non adempie i suoi obblighi di datore di lavoro e indica le possibili sanzioni (riduzione o rifiuto del contributo per l'assistenza). In caso di ulteriori violazioni, l'ufficio AI può sopprimere il contributo per l'assistenza.

9017 Alla prima violazione dell’obbligo di informare l’ufficio AI richiede solo il rimborso delle prestazioni versate in eccedenza e informa l’assicurato che ha violato l’obbligo di informare e che ciò può comportare sanzioni quali la riduzione o il rifiuto del contributo per l’assistenza.

Esempio
Un assicurato riduce il proprio grado di occupazione e non lo comunica. L'ufficio AI, dopo esserne venuto a conoscenza, richiede eventualmente il rimborso dell'importo versato in eccedenza ed emana una nuova decisione. Al contempo informa l'assicurato che ha violato il suo obbligo di informare e che ciò può comportare sanzioni quali la riduzione o il rifiuto del contributo per l'assistenza. Un anno dopo, l'assicurato aumenta il numero dei giorni trascorsi in un'istituzione e non comunica nemmeno questo cambiamento. L'ufficio AI può rifiutare il contributo per l'assistenza.

9018 Un altro motivo di rifiuto è l'abuso del diritto. In questo caso, l'ufficio AI informa l'assicurato che ha commesso un abuso del diritto e che ciò può comportare sanzioni quali la riduzione o il rifiuto del contributo per l'assistenza, nonché una denuncia. Al contempo l'ufficio AI corregge l'importo del contributo per l'assistenza, eventualmente con effetto retroattivo, e richiede il rimborso dell'importo versato in eccedenza (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI).

10 Coordinamento con altre prestazioni

10.1 Coordinamento con l'assicurazione militare o contro gli infortuni

10001 1/18 L'introduzione del contributo per l'assistenza non interessa l'assicurazione militare o contro gli infortuni, dato che vi hanno diritto solo i beneficiari di un assegno per grandi invalidi dell'AI. Di conseguenza, in caso di diritto a un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione militare o contro gli infortuni, non viene versato alcun contributo per l'assistenza (DTF 140 V 113). Il diritto non sussiste, poiché l'assicurato percepisce l'assegno per grandi invalidi esclusivamente dall'assicurazione militare o dall'assicurazione contro gli infortuni (art. 66 cpv. 3 LPGA), anche se la grande invalidità è imputabile solo parzialmente a un infortunio.

10.2 Coordinamento con le casse di compensazione

10002 Il versamento del contributo per l'assistenza è effettuato non tramite la cassa di compensazione ma tramite l'UCC.

10003 1/22 Va tuttavia garantito il coordinamento con la cassa di compensazione per verificare la riscossione dei contributi sociali. La cassa di compensazione sorveglia l'osservanza dell'obbligo assicurativo nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e l'adesione dell'assicurato in qualità di datore di lavoro a un istituto di previdenza registrato nella previdenza professionale. Può eventualmente informare l'ufficio AI in caso di mancata osservanza dei suddetti obblighi.

10004 Se in primavera l'ufficio AI non riceve il giustificativo richiesto del conteggio dei contributi sociali per l'anno trascorso, invia una copia della lettera di diffida alla cassa di compensazione per informarla. La riscossione dei contributi spetta alla cassa di compensazione.

10005 1/24 La cassa di compensazione cantonale del Cantone di domicilio dell'assicurato è competente per le decisioni relative al contributo per l'assistenza per le persone che hanno raggiunto l'età di riferimento o anticipato la riscossione della totalità della rendita di vecchiaia. L'ufficio AI esegue gli accertamenti in merito, calcola il contributo per l'assistenza ed emana la decisione in nome della cassa di compensazione del Cantone di domicilio dell'assicurato. Questa procedura si applica anche in caso di opposizione.

10.3 Coordinamento con l'assicurazione malattie

10006 Il tempo necessario per le cure di base per le quali è versato un contributo secondo l'articolo 7 capoverso 2 lettera c OPre rientra nel calcolo del contributo per l'assistenza. Le cure terapeutiche non sono invece prese in considerazione.

10007 Il tempo necessario per le cure di base fornite da Spitex o da altro personale di cura riconosciuto sono dedotte dal bisogno di aiuto e dall'importo massimo. Nel quadro del calcolo del contributo per l'assistenza è indispensabile per l'AI sapere se l'assicurato riceve cure di base secondo la LAMal, al fine di evitare il rischio di un doppio rimborso.

10008 1/16 È in primo luogo l'assicurato a dover fornire queste informazioni. Di conseguenza, un assicurato che richieda un contributo per l'assistenza deve procurarsi presso la propria assicurazione malattie un certificato delle prestazioni di cui beneficia e farlo pervenire all'ufficio AI. Se l'ufficio AI necessita di ulteriori informazioni, può richiederle all'assicuratore-malattie in virtù dell'articolo 84*a* LAMal (cfr. art. 32 cpv. 2 LPGA).

10009 L'ufficio AI notifica una copia del preavviso e della decisione alla cassa malati.

10.4 Coordinamento con le PC

10010 È inoltre necessario un coordinamento con l'ufficio PC per quanto riguarda il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità nell'ambito delle PC.

10011 Se un contributo per l'assistenza è versato retroattivamente per un periodo per il quale le spese di aiuto, di cure e di assistenza a domicilio erano già state rimborsate tramite le PC, l'ufficio PC deve chiedere la restituzione degli importi versati, che possono essere dedotti direttamente dal contributo per l'assistenza.

10012 L'ufficio AI deve verificare, al più tardi al momento dell'accertamento sul posto, se l'assicurato percepisca o meno PC. Se è il caso, l'ufficio AI fa pervenire all'ufficio PC competente una copia del preavviso e della decisione definitiva sul contributo per l'assistenza.

10013 Dopo aver ricevuto la decisione, l’ufficio PC inoltra, se del caso, una richiesta di compensazione. Questa deve contenere il numero AVS del beneficiario delle PC, il numero della decisione sul contributo per l’assistenza e le prestazioni da compensare (indicate per ciascun mese).

10014 L’ufficio PC deve inoltrare la richiesta di compensazione all’ufficio AI entro 30 giorni dalla notifica della decisione sul contributo per l’assistenza. Per evitare ulteriori richieste di restituzione, l’AI non dovrà versare alcun contributo per l’assistenza durante questi 30 giorni. Un eventuale anticipo non deve essere compensato e può quindi essere versato in questo periodo. Va tuttavia sottolineato che se l’assicurato ha già ricevuto delle prestazioni dalle PC per le spese di malattia e invalidità non ha probabilmente bisogno di un anticipo.

10015 L’importo del contributo per l’assistenza concesso retroattivamente è versato all’ufficio PC, a condizione che questo abbia inoltrato la richiesta di compensazione entro i termini previsti. In tal caso, l’ufficio AI deve eventualmente ripartire le fatture inviate dall’assicurato.

10016 1/22 Se l’importo mensile contenuto nella richiesta di compensazione è pari (o superiore) a quello fatturato dall’assicurato, l’ufficio AI inoltra la fattura all’UCC, indicando che il pagamento andrà effettuato direttamente alla cassa di compensazione. Il rimborso all’ufficio PC viene effettuato sulla base del salario effettivo, se questo è inferiore ai forfait orari.

10017 Se l’importo mensile contenuto nella richiesta di compensazione è inferiore a quello fatturato dall’assicurato, l’ufficio AI deve inoltrare all’UCC due fatture separate. La prima corrisponde alla richiesta di compensazione ed è pagata direttamente alla cassa di compensazione, mentre la seconda corrisponde all’importo rimanente, che è versato direttamente all’assicurato.

Esempio
Nel maggio 2022 un assicurato si iscrive all'ufficio AI. Il 17 ottobre 2022 riceve una decisione che gli attribuisce un contributo per l'assistenza di 2 500 franchi al mese dal maggio 2022. Dato che in precedenza l'assicurato ha percepito PC per le spese di malattia e d'invalidità, l'ufficio AI invia una copia del preavviso e della decisione all'ufficio PC.

Il 10 novembre l'assicurato inoltra le fatture seguenti:

Maggio 2022	2 000 franchi
Giugno 2022	2 400 franchi
Luglio 2022	1 200 franchi+ 800 franchi obbligo di continuare a versare il salario
Agosto 2022	1 400 franchi
Settembre 2022	3 800 franchi
Ottobre 2022	2 600 franchi

Il 15 novembre 2022 l'ufficio PC inoltra la richiesta di compensazione seguente:

Maggio 2022	2 500 franchi
Giugno 2022	1 400 franchi
Luglio 2022	2 200 franchi
Agosto 2022	1 800 franchi
Settembre 2022	3 800 franchi
Ottobre 2022	2 300 franchi

L'ufficio AI verifica la richiesta di compensazione e le fatture e inoltra all'UCC il risultato seguente:

Maggio 2022	2 000 franchi pagamento diretto all'ufficio PC
Giugno 2022	1 400 franchi pagamento diretto all'ufficio PC 1 000 franchi pagamento diretto all'assicurato
Luglio 2022	1 200 franchi pagamento diretto all'ufficio PC 800 franchi pagamento diretto all'ufficio PC

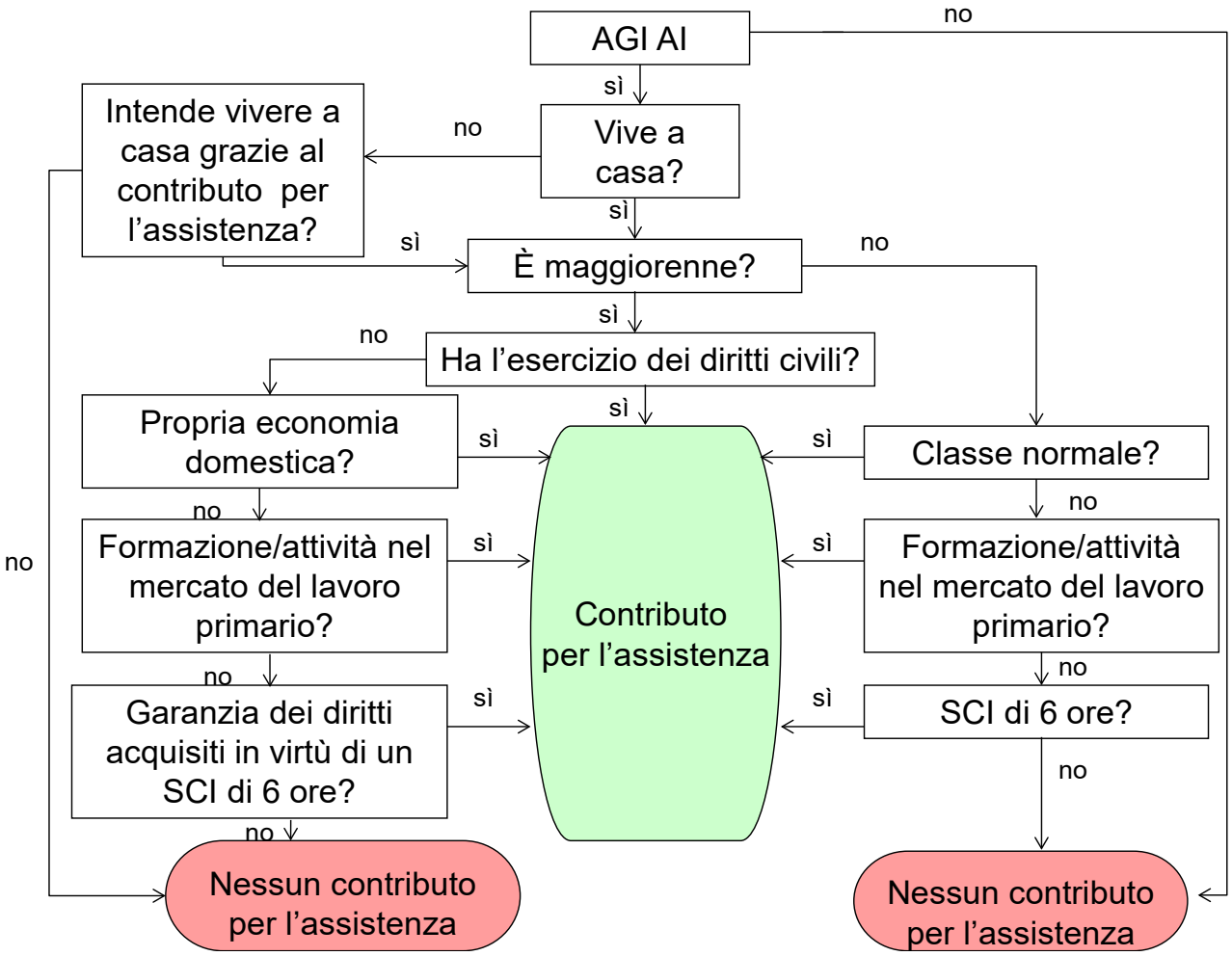
Agosto 2022	1 400 franchi pagamento diretto all'ufficio PC
Settembre 2022	3 750 franchi pagamento diretto all'ufficio PC (max. 150 % del contributo per l'assistenza mensile)
Ottobre 2022	2 300 franchi pagamento diretto all'ufficio PC 300 franchi pagamento diretto all'assicurato

10018 Se non è presentata alcuna richiesta di compensazione entro 30 giorni dalla notifica della decisione, l'ufficio AI può inoltrare la fattura all'UCC, che verserà il contributo per l'assistenza all'assicurato con effetto liberatorio. In caso di ritardo nella presentazione della richiesta di compensazione, non sussiste alcun obbligo di compensazione a posteriori né per l'ufficio AI né per l'UCC. In tal caso, l'ufficio PC deve richiedere la restituzione delle prestazioni versate direttamente all'assicurato.

11. Disposizioni finali

11001 La presente circolare entra in vigore il 1° gennaio 2026.

Allegato 1: Processo decisionale: condizioni di diritto



Allegato 2: Continuazione del versamento del salario secondo la scala bernese

Scala bernese

1° anno di servizio	3 settimane di salario
2° anno	1 mese di salario
3°–4° anno	2 mesi di salario
5°–9° anno	3 mesi di salario
10°–14° anno	4 mesi di salario
15°–19° anno	5 mesi di salario
20°–25° anno	6 mesi di salario

Allegato 3: Tabella degli intervalli di tempo per livello e ambito
1/25

Livello	0	1	2	3	4
Bisogno di aiuto	Nessuno	Occasionale	Per diverse azioni	Per la maggior parte delle azioni (autonomia minima)	Ingente e costante per tutte le azioni (nessuna autonomia)
Compimento degli atti ordinari della vita					
Vestirsi/svestirsi	0 min./giorno	1-10 min./giorno	11-25 min./giorno	26-49 min./giorno	Da 50 min./giorno
Alzarsi/sedersi/sdraiarsi	0 min./giorno	1-10 min./giorno	11-25 min./giorno	26-49 min./giorno	Da 50 min./giorno
Mangiare e bere	0 min./giorno	1-15 min./giorno	16-35 min./giorno	36-59 min./giorno	Da 60 min./giorno
Cura del corpo	0 min./giorno	1-15 min./giorno	16-35 min./giorno	36-69 min./giorno	Da 70 min./giorno
Espletare i bisogni corporali	0 min./giorno	1-15 min./giorno	16-35 min./giorno	36-59 min./giorno	Da 60 min./giorno
Economia domestica					
Amministrazione	0 min./giorno	1-3 min./giorno	4-6 min./giorno	7-9 min./giorno	Da 10 min./giorno
Pasti	0 min./giorno	1-20 min./giorno	21-40 min./giorno	41-59 min./giorno	Da 60 min./giorno
Pulizia e ordine dell'allog-	0 min./giorno	1-7 min./giorno	8-15 min./giorno	16-29 min./giorno	Da 30 min./giorno
Acquisti	0 min./giorno	1-4 min./giorno	5-10 min./giorno	11-19 min./giorno	Da 20 min./giorno
Bucato	0 min./giorno	1-2 min./giorno	3-5 min./giorno	6-9 min./giorno	Da 10 min./giorno
Partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero					
Tempo libero	0 min./giorno	1-15 min./giorno	16-35 min./giorno	36-59 min./giorno	Da 60 min./giorno
Accudimento di bambini					
Intervalli di tempo	0 min./giorno	1-35 min./giorno	36-70 min./giorno	71-119 min./giorno	Da 120 min./giorno
Lavoro, attività di pubblica utilità, formazione e perfezionamento professionale					
Intervalli di tempo	0 min./giorno	1-30 min./giorno	31-70 min./giorno	71-119 min./giorno	Da 120 min./giorno

Sorveglianza					
Livello	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Bisogno di aiuto	Nessuno	Occasionale	Ogni ora	Sorveglianza ogni quarto d'ora (1:4)	Sorveglianza permanente (1:1)
Tempo	0 min./giorno	30 min./giorno	60 min./giorno	120 min./giorno	240 min./giorno
Servizio notturno					
Livello	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Bisogno di aiuto	Nessuno	Occasionale per 1-3 notti a settimana	Almeno 4 volte a settimana/16 notti al mese	Almeno 1 volta ogni notte	Almeno 2 ore ogni notte
Tempo	0 ore al giorno	1,67 ore al giorno	2,28 ore al giorno	3,48 ore al giorno	4,79 ore al giorno
Forfait	0 fr.	58.85 fr.	80.50 fr.	122.80 fr.	169.10 fr.

Allegato 4: Minorenni: riduzioni del bisogno di aiuto computabile nel modulo FAKT

Nota: se sussiste un bisogno di aiuto dovuto all'invalidità, gli uffici AI devono applicare la stessa classificazione in livelli utilizzata per gli adulti, anche se il bisogno di aiuto dipende in parte dall'età. Il FAKT tiene automaticamente conto della riduzione corrispondente a seconda della fascia d'età del minore.

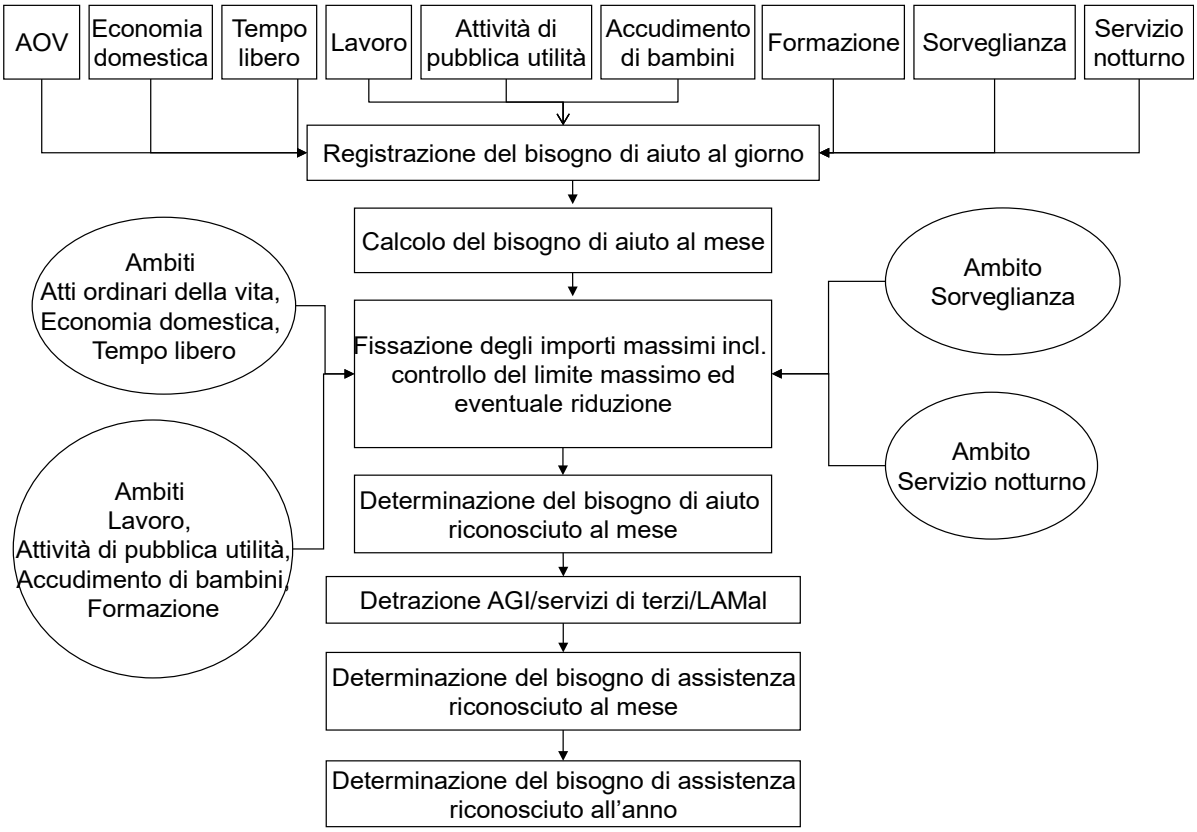
Ambito	0–2 anni	3–5 anni	6–12 anni
1.1 Vestirsi/svestirsi			
1.1.1 Abbinare gli abiti	- 100 %	- 100 %	Nessuna detrazione
1.1.2 Vestirsi/svestirsi	- 100 %	- 50 %	Nessuna detrazione
1.1.3 Mettere/togliere mezzi ausiliari	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.1.4 Supplemento per spasmi ecc.	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.1.5 Supplemento per 2 assistenti	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.1.6 Supplemento per la temperatura corporea	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.2 Alzarsi/sedersi/sdraiarsi, spostarsi in casa			
1.2.1 Cambiare posizione	- 75 %	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.2.2. Mobilità in casa	- 75 %	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.2.3 Supplemento per cambiare posizione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.2.4 Supplemento per 2 assistenti/sollevatore	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.2.5 Supplemento per esercizi di mobilità	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione

1.3 Mangiare/bere			
1.3.1 Versare da bere ecc.	- 100 %	- 75 %	- 50 %
1.3.2 Mangiare e bere	- 75 %	- 25 %	Nessuna detrazione
1.3.3 Supplemento per spasmi	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.3.4 Supplemento per masticazione/deglutizione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.3.5 Supplemento per cure speciali	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.4 Cura del corpo			
1.4.1 Igiene personale	- 100 %	- 50 %	Nessuna detrazione
1.4.2 Spostamenti	- 100 %	- 50 %	Nessuna detrazione
1.4.3 Igiene orale	- 100 %	- 50 %	Nessuna detrazione
1.4.4 Cure periodiche (capelli, manicure)	- 100 %	- 75 %	- 25 %
1.4.5 Cosmesi	- 100 %	- 75 %	- 25 %
1.4.6 Supplemento per 2 assistenti	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.4.7 Supplemento per mezzi ausiliari	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione

1.5 Espletare i bisogni corporali			
1.5.1 Spostamenti	- 100 %	- 50 %	Nessuna detrazione
1.5.2 Espletare i bisogni corporali	- 100 %	- 50 %	Nessuna detrazione
1.5.3 Pulirsi	- 100 %	- 50 %	Nessuna detrazione
1.5.4 Vestirsi/svestirsi	- 100 %	- 50 %	Nessuna detrazione
1.5.5 Supplemento per spasmi ecc.	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.5.6 Supplemento per 2 assistenti/sollevatore	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.5.7 Supplemento per clistere, cura dello stoma	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
1.6 Bisogno supplementare per gli atti ordinari della vita	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione	Nessuna detrazione
3.1 Hobby/tempo libero			
3.1.1 Attività	- 75 %	- 50 %	- 25 %
3.1.2 Comunicazione/contatti	- 75 %	- 25 %	Nessuna detrazione
3.1.3 Mobilità	- 100 %	- 100 %	- 25 %
3.1.4 Vacanze/viaggi	- 100 %	- 50 %	- 25 %

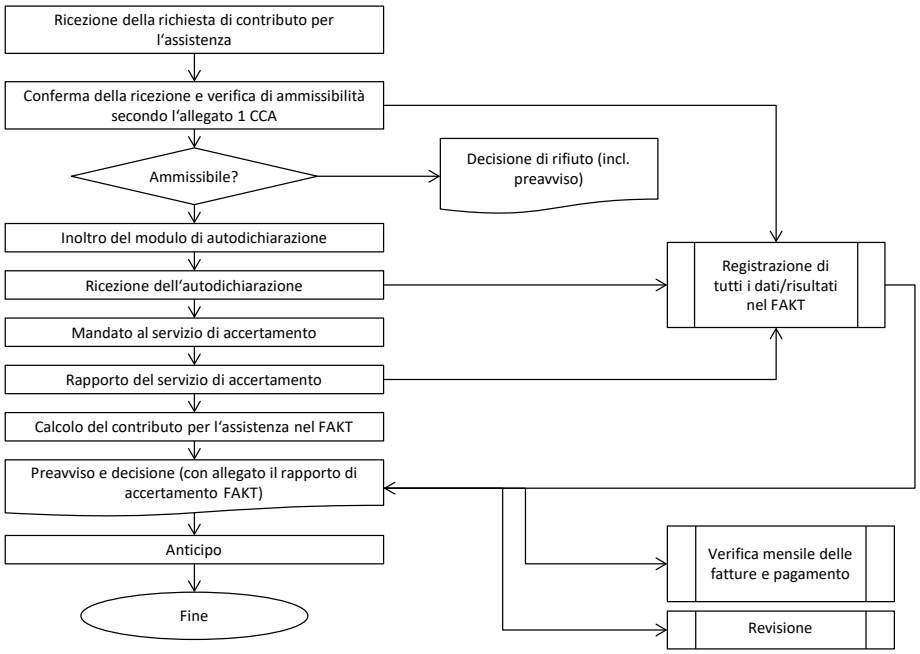
Allegato 5: Fissazione del contributo per l’assistenza

Grafico 2: Procedura per la fissazione del contributo per l’assistenza



Allegato 6: Procedura del contributo per l’assistenza

Grafico 3: Procedura del contributo per l’assistenza



Allegato 7: Modello di contratto di lavoro

1/26

Contratto di lavoro

(contratto modello)

tra

persona assistita /datore di lavoro

Cognome, nome: ……

Indirizzo: ……

……

rappresentato/a da:

datore di lavoro

Cognome, nome: ……

Indirizzo: ……

……

e

lavoratore/lavoratrice

Cognome, nome: ……

Indirizzo: ……

……

Data di nascita: …….. Stato civile: …….

Nazionalità: …… Permesso di soggiorno: …….

N. AVS: ……..

1. Funzione

Il lavoratore/La lavoratrice è assunto/a come assistente personale della persona assistita / del datore di lavoro alle condizioni esposte qui di seguito.

Le sue mansioni comprendono prestazioni di assistenza nei seguenti ambiti:

☐ *compimento degli atti ordinari della vita*
☐ *gestione dell'economia domestica*
☐ *partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero*
☐ *formazione / lavoro*
☐ *servizio notturno*
☐ *altro: ……...*

2. Entrata in servizio e durata del rapporto di lavoro

Il rapporto di lavoro inizia il ……...
Il rapporto di lavoro è di durata determinata e termina il …….. / Di comune accordo può essere prorogato di ……. mesi entro ……. giorni dalla scadenza del presente contratto. / Il rapporto di lavoro è di durata indeterminata.

3. Periodo di prova

Il periodo di prova è di 1/2/3 mese/i[1]. Durante questo periodo il rapporto di lavoro può essere disdetto da entrambe le parti in qualsiasi momento con preavviso di sette giorni. In caso di disdetta durante il periodo di prova, il lavoratore/la lavoratrice non ha diritto al pagamento pro rata della 13ª mensilità eventualmente convenuta.

4. Orario di lavoro

La durata normale dell'orario di lavoro è di

……. ore a settimana / al mese
……. notti (23.00–6.00) a settimana / al mese.

[1] Il periodo di prova dura almeno un mese e non può superare i tre mesi (art. 335*b* CO).

Il lavoratore/La lavoratrice può essere chiamato/a a prestare servizio anche durante i giorni festivi riconosciuti o durante la notte. A seconda delle necessità, il lavoratore / la lavoratrice può essere chiamato/a a prestare più ore, da compensare con un congedo fissato di comune accordo o da retribuire conformemente al punto 7[2]. La durata massima della settimana lavorativa è di 44 ore e anche in caso di ore supplementari non può mai superare le 50 ore. La durata massima della giornata lavorativa è di 11 ore. Il lavoratore/La lavoratrice ha diritto ad almeno un giorno di riposo a settimana.

[Per le persone con salario orario:] I giorni festivi e le ore e i giorni di congedo ordinari non danno diritto ad alcuna compensazione salariale.

[Per le persone con salario mensile:] Il lavoratore / La lavoratrice ha diritto alla retribuzione dei giorni festivi e beneficia di un congedo nei giorni festivi ufficiali. Se lavora durante questi giorni, egli / essa ha diritto a una compensazione di tempo corrispondente o a una retribuzione equivalente.

Cambiamenti a breve termine del tempo di assistenza per esigenze imprevedibili o inevitabili sono un aspetto intrinseco di questo lavoro. Le parti si impegnano a trovare soluzioni accettabili per entrambe in stretta collaborazione.

5. Luogo di lavoro

Il lavoratore / La lavoratrice fornisce le sue prestazioni principalmente
☐ *al domicilio*
☐ *al posto di lavoro*
☐ *durante le trasferte*
☐ *altro* ……
della persona assistita / del datore di lavoro.

[2] Art. 321*c* CO.

6. Obbligo di diligenza e di segretezza

Il lavoratore/La lavoratrice svolge il proprio lavoro con diligenza e tratta con cura l'infrastruttura messa a sua disposizione.

Il lavoratore/La lavoratrice è tenuto/a al segreto su tutte le informazioni di cui viene a conoscenza nell'esercizio della sua attività, e in particolare su tutte le informazioni riguardanti la sfera privata e la salute della persona assistita / del datore di lavoro. Il lavoratore/La lavoratrice deve osservare tale obbligo anche dopo la fine del rapporto di lavoro.

7. Retribuzione[3]

Il lavoratore/La lavoratrice riceve un salario mensile lordo di …… franchi. / Il lavoratore/La lavoratrice riceve un salario orario lordo di …….. franchi, più un supplemento vacanze del / dell'8,33/ 10.64 /13.04 per cento[4]. Lo stesso salario è anche versato per le ore effettive di lavoro notturno. Il servizio di sorveglianza/picchetto non è retribuito / è retribuito con un importo forfettario di …….. franchi a notte / con …….. franchi l'ora.

Le ore di lavoro straordinario non compensate mediante congedo vengono retribuite sulla base del salario orario / sulla base del salario orario con un supplemento del ……. %.

Non sono versate retribuzioni speciali come gratifiche, 13a mensilità o premi[5]./ È prevista una 13a mensilità, versata in dicembre. / È prevista una 13a mensilità, versata in due rate in giugno e dicembre.

Il lavoratore/La lavoratrice ha diritto al rimborso delle spese rese necessarie dall'esecuzione del lavoro[6].

[3] I salari minimi fissati dall'ordinanza del 20 ottobre 2010 sul contratto normale di lavoro per il personale domestico (https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20102376/index.html; RS *221.215.329.4*). devono essere rispettati se il rapporto di lavoro rientra nel suo campo di applicazione.
[4] Il supplemento ammonta all'8,33 % per quattro settimane di vacanze all'anno, al 10,64 % per cinque settimane e al 13,04 % per sei settimane; cfr. art. 329*a* CO.
[5] Art. 322*d* CO.
[6] Art. 327*a* CO.

Il versamento è effettuato al più tardi all'inizio del mese successivo sul seguente conto:

……

……

I contributi alle assicurazioni sociali sono ripartiti nel modo seguente:

	Datore di lavoro	Lavoratore/trice	Assicuratore
AVS/AI/IPG/AD	50 %	50 %	
Spese amministrative AVS	100 %		
Infortuni professionali	100 %		…….……
Infortuni non professionali[7]	……. %	……. %	……..……
Previdenza professionale[8]	……. %	……... %	……
Assegni familiari[9]	……. %	……... %	
Indennità giornaliere in caso di malattia[10]	……. %	…..….. %	……

8. Vacanze

Il lavoratore/La lavoratrice ha diritto a 4/5/6 settimane di vacanze pagate all'anno. Per gli anni di servizio incompleti le vacanze sono concesse *pro rata temporis*. Il periodo di fruizione delle vacanze è stabilito d'intesa con il datore di lavoro.

9. Fine del rapporto di lavoro

Il rapporto di lavoro può essere disdetto da entrambe le parti contraenti mediante lettera raccomandata per la fine di un mese con preavviso di un mese[11]. Sono fatte salve le disposizioni dell'articolo 336*c* CO.

[7] Pagato normalmente nella misura del 100 % dal lavoratore/dalla lavoratrice; obbligatorio a partire da otto ore settimanali.
[8] Pagato normalmente almeno nella misura del 50 % dal datore di lavoro; obbligatorio a partire da un determinato importo salariale.
[9] Pagato normalmente nella misura del 100 % dal datore di lavoro, salvo in Vallese.
[10] Il datore di lavoro paga al massimo l'intero premio, solitamente la metà; l'assicurazione è facoltativa.
[11] Art. 335*c* CO.

10. Obbligo di continuare a versare il salario in caso di impedimento al lavoro del lavoratore/della lavoratrice

Il lavoratore/La lavoratrice è tenuto/a a comunicare senza indugio ogni assenza e s'impegna a trovare una soluzione adeguata per la sua sostituzione con il datore di lavoro. In caso di assenza superiore a tre giorni il lavoratore/la lavoratrice deve presentare un certificato medico al datore di lavoro. In caso di assenze frequenti, il datore di lavoro può richiedere il certificato medico già dal primo giorno.

Se il lavoratore/la lavoratrice è impedito/a di lavorare ai sensi dell'articolo 324*a* CO per motivi inerenti alla sua persona come malattia, infortunio o gravidanza, il suo salario continua ad essere versato per la durata prevista dalla scala bernese[12]/ secondo le disposizioni dell'assicuratore perdita di guadagno. Il lavoratore / la lavoratrice riceve una copia della polizza di assicurazione.

Il salario versato in caso di impedimento al lavoro è calcolato sulla base della media delle ore realmente effettuate negli ultimi 12 mesi, fatte salve modifiche importanti dell'orario di lavoro intervenute in questo lasso di tempo.

11. Obbligo di continuare a versare il salario in caso di impedimento al lavoro per motivi inerenti al datore di lavoro / alla persona assistita

Se il lavoratore/la lavoratrice non può prestare servizio perché il datore di lavoro [la persona assistita] è assente (ricovero in ospedale ecc.), egli/essa ha diritto al salario[13]. Durante questo periodo, egli/essa può fornire prestazioni d'aiuto presso il domicilio del datore di lavoro /della persona assistita o anche in ospedale.

Il salario versato in caso di impedimento al lavoro è calcolato sulla base della media delle ore realmente effettuate negli ultimi 12 mesi, fatte salve modifiche importanti dell'orario di lavoro intervenute in questo lasso di tempo.

[12] Impedimento al lavoro (admin.ch)
[13] Art. 324 CO.

12. Decesso del datore di lavoro / della persona assistita

Giusta l'articolo 338*a* capoverso 2 CO, il rapporto di lavoro si estingue con il decesso del datore di lavoro /della persona assistita, ma al più tardi alla data convenuta secondo il punto 9 del presente contratto. In caso di decesso del datore di lavoro che rappresenta la persona assistita il presente contratto resta in vigore.

13. Modifiche contrattuali

Ogni modifica al presente contratto richiede il consenso scritto di entrambe le parti.

14. Diritto applicabile e foro competente

Per quanto non disciplinato altrimenti nel presente contratto, si applicano le disposizioni del Codice delle obbligazioni (CO). Per tutte le controversie riguardanti il presente contratto è applicabile esclusivamente il diritto svizzero.

15. Accordi speciali

……

……

……

Il presente contratto di lavoro è redatto in due esemplari. Se richiesto dall'assicurazione invalidità, dal Cantone o da un altro assicuratore, il datore di lavoro può allestirne una copia.

Luogo e data: ……

Il datore di lavoro

……

Il lavoratore/La lavoratrice

……