



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 2013

318.507.26

12.12

La presente versione della Circolare sostituisce quella in vigore dal 1° gennaio 2012.

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

2014	Precisazione
2018	Modifica ai sensi della nuova legge sulla protezione degli adulti
2022	Modifica ai sensi della nuova legge sulla protezione degli adulti
3020	Nuovi importi
4011	Precisazione
4012 - 4014	Precisazione
4017	Computo delle vacanze nelle scuole speciali
4046	Fissazione del tasso di occupazione per le formazioni
4050	Computo del tempo dedicato allo studio
4062	Precisazione
4070 - 4071	Precisazione
4077	Precisazione
4093	Nuova regolamentazione
4093.1	Nuova regolamentazione
4107	Nuovi importi
4109	Computo delle prestazioni Spitex solo se finanziate dalla cassa malati
4111	Precisazione e nuovi importi
4113 - 4114	Nuovi importi
4116	Nuovi importi
6025.1	Copia del preavviso anche all'ufficio PC
6033	Copia all'ufficio PC
6056	Precisazione e nuovi esempi
6058	Precisazione
6064	Precisazione
7031	Modifiche analoghe a quelle della CIGI
8001	Modifiche analoghe a quelle della CIGI
9004	Modifiche analoghe a quelle della CIGI
10010-10018	Coordinamento con le PC
Allegato III	Nuovi importi

Indice

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)	14
1.5	Ritiro della richiesta	16
1.6	Rinuncia a prestazioni.....	16
2	Condizioni di diritto.....	17
2.1	Versamento dell'assegno per grandi invalidi dell'AI.....	18
2.2	Vivere a casa propria.....	18
2.3	Minorenni	19
2.4	Assicurati con una capacità limitata di esercitare i diritti civili.....	22
3	Prestazioni di aiuto riconosciute	25
3.1	Prestazioni di aiuto regolari.....	25
3.1.1	Il criterio della regolarità.....	26
3.2	Fornitori di prestazioni riconosciuti	27
3.2.1	Contratto di lavoro	28
3.2.2	Obbligo di continuare a versare il salario	29
3.2.2.1	Continuazione del versamento del salario in caso di impedimento del lavoratore (malattia, infortunio, maternità, servizio militare)	30
3.2.2.1.1	Caso speciale: morte del lavoratore (dell'assistente).....	32
3.2.2.2	Continuazione del versamento del salario in caso di impedimento del datore di lavoro (dell'assicurato)	32
3.2.2.2.1	Caso speciale: morte dell'assicurato.....	33

4	Bisogno di aiuto, bisogno di assistenza, contributo per l'assistenza	34
4.1	Ambiti di aiuto	34
4.1.1	Definizioni.....	34
4.1.2	In generale.....	35
4.1.2.1	Il sistema a livelli.....	36
4.1.2.2	Supplementi e riduzioni	39
4.1.3	Ambito Compimento degli atti ordinari della vita	40
4.1.4	Ambito Gestione dell'economia domestica	42
4.1.5	Ambito Partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero	44
4.1.6	Ambito Educazione e accudimento di bambini.....	45
4.1.7	Ambito Svolgimento di un'attività di pubblica utilità o a titolo onorifico.....	45
4.1.7.1	Definizione di «pubblica utilità»	46
4.1.8	Ambito Formazione e perfezionamento professionale	47
4.1.9	Ambito Esercizio di un'attività lucrativa nel mercato del lavoro regolare	49
4.1.10	Ambito Sorveglianza diurna.....	50
4.1.11	Ambito Servizio notturno.....	52
4.1.12	Fasi acute	53
4.2	Importi massimi	56
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	57
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 regolare ..	60
4.2.3	Limiti massimi nell'ambito Sorveglianza diurna	61

4.2.4	Limiti massimi nell'ambito Servizio notturno.....	61
4.2.5	Riduzione dei limiti massimi.....	61
4.3	Calcolo del contributo per l'assistenza.....	62
4.3.1	Fissazione del bisogno di aiuto.....	62
4.3.2	Fissazione del bisogno di assistenza.....	63
4.3.3	Fissazione del contributo per l'assistenza.....	67
5	Consulenza e sostegno	69
6	Procedura	70
6.1	Richiesta.....	71
6.2	Verifica delle condizioni di diritto.....	71
6.3	Accertamento.....	72
6.4	Preavviso.....	73
6.5	Decisione.....	74
6.5.1	Decisioni per persone in età AVS (garanzia dei diritti acquisiti).....	76
6.6	Fatturazione	76
6.6.1	Prestazioni di consulenza e sostegno.....	76
6.6.2	Contributo per l'assistenza.....	76
6.7	Controllo delle fatture.....	77
6.7.1	Controlli annuali o puntuali.....	85
6.8	Versamento	85
6.9	Anticipo	85
7	Revisione e riconsiderazione	87
7.1	Revisione.....	87
7.1.1	In generale.....	87
7.1.2	Motivi di revisione	88
7.1.3	Revisione d'ufficio.....	89
7.1.4	Revisione su richiesta.....	90
7.1.5	Revisione processuale.....	91
7.2	Effetti della revisione.....	91

7.2.1	In generale.....	91
7.2.2	Aumento del contributo per l'assistenza.....	92
7.2.3	Riduzione o soppressione del contributo per l'assistenza	93
7.2.4	Ottenimento illecito del contributo per l'assistenza o violazione dell'obbligo di informare	94
7.2.5	Situazione invariata	96
7.3	Riconsiderazione	96
7.3.1	In generale.....	96
7.3.2	Riconsiderazione a favore dell'assicurato	97
7.3.3	Riconsiderazione a sfavore dell'assicurato	97
8	Obblighi dell'assicurato.....	98
8.1	Obbligo di ridurre il danno.....	98
8.2	Obbligo di collaborare.....	99
8.3	Obbligo di informare.....	100
8.4	Obblighi del datore di lavoro	101
9	Sanzioni	102
9.1	Procedura di diffida e termine di riflessione.....	102
9.2	Sospensione del contributo per l'assistenza	103
9.3	Rifiuto del contributo per l'assistenza	104
10	Coordinamento con altre prestazioni	105
10.1	Coordinamento con l'assicurazione militare o contro gli infortuni.....	105
10.2	Coordinamento con le casse di compensazione	106
10.3	Coordinamento con l'assicurazione malattie.....	107
10.4	Coordinamento con le PC.....	107
11	Disposizioni finali e misure transitorie.....	110
Allegato 1 – Processo decisionale: condizioni di diritto		111
Allegato 2 – Continuazione del versamento del salario secondo la scala bernese.....		112

Allegato 3 – Tabella degli intervalli di tempo per livello e ambito	113
Allegato 4 – Minorenni: riduzioni del bisogno di aiuto computabile nel modulo FAKT	115
Allegato 5 – Fissazione del contributo per l'assistenza	118
Allegato 6 – Procedura del contributo per l'assistenza.....	119

Abbreviazioni

AGI	Assegno per grandi invalidi
AI	Assicurazione per l'invalidità
AINF	Assicurazione contro gli infortuni
AMal	Assicurazione malattie
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
AOV	Atti ordinari della vita
art.	articolo
AVS	Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
CC	Codice civile
CIGI	Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità
CO	Codice delle obbligazioni
CPAI	Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità
CPPI	Circolare sul pagamento delle prestazioni individuali nell'AI e nell'AVS
cpv.	capoverso
DR	Direttive sulle rendite dell'assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità
DTF	Decisione del Tribunale federale
FAKT	Modulo di accertamento standardizzato per il contributo per l'assistenza
Suva	Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (in precedenza INSAI)
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
LPGA	Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (RS 830.1)
N.	Numero marginale
OAI	Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (RS 831.201)
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	Pratique VSI/AHI-Praxis, 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.	segunte
segg.	seguenti
SMR	Servizio medico regionale
UCC	Ufficio centrale di compensazione

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 LPGGA e i N. 1001ss. CPAI.

1.2 Inizio del diritto

*Articolo 42^{septies} capoverso 1 LAI
In deroga all'articolo 24 LPGGA il diritto al contributo per l'assistenza nasce nel momento in cui l'assicurato rivendica tale 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 LPGGA.

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).

1004 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 la richiesta e la 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. si avvale del diritto al godimento anticipato della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 40 capoverso 1 LAVS o raggiunge l'età di pensionamento; oppure*
- c. decede.*

- 1005 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. L'ufficio AI deve sancire la soppressione del contributo per l'assistenza mediante decisione. 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

Un assicurato di 16 anni frequenta la scuola dell'obbligo in una classe normale. Conclusa la scuola, trova un posto sul 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.

- 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'AGI, il diritto al contributo per l'assistenza decade contemporaneamente alla soppressione dell'AGI. Dato che l'AGI viene soppresso due mesi dopo la notifica della relativa decisione (art. 88^{bis} 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.
- 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.
- 1010 Se il diritto al contributo per l'assistenza si estingue perché vengono meno i presupposti ai sensi degli articoli 39a e 39b 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 apprendistato sul 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. 88^{bis} 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 Nel caso di un soggiorno all'estero della durata di più di tre mesi il diritto al contributo per l'assistenza decade (né l'AGI 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 l'estinzione del diritto; il contributo per l'assistenza è versato come prima. 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 LPGGA). 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 e-

ventuali obblighi di continuare a versare il salario per gli assistenti rimasti in Svizzera.

- 1013 Il diritto al contributo per l'assistenza sussiste in linea di massima fino alla riscossione, anticipata o meno, della rendita di vecchiaia e si estingue al più tardi alla fine del mese in cui l'assicurato raggiunge l'età di pensionamento. Nel contempo, per garantire i diritti acquisiti, nasce il diritto a un contributo per l'assistenza dell'AVS (cfr. 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 (cfr. cap. 3.2.2.2.1).

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

Articolo 43^{ter} LAVS

Se fino al raggiungimento dell'età di pensionamento o alla riscossione anticipata della rendita l'assicurato ha percepito un contributo per l'assistenza dell'AI, il contributo per l'assistenza continua a essere concesso per al massimo l'importo ricevuto fino a quel momento. Per il diritto e l'importo sono applicabili per analogia gli articoli 42^{quater} – 42^{octies} LAI.

- 1015 Per beneficiare della garanzia dei diritti acquisiti, l'assicurato deve adempiere le condizioni di diritto prima di raggiungere il limite di età (mese della riscossione della rendita AVS).
- 1016 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.

- 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. 39b lett. c OAI) e che interrompe quest'attività dopo il raggiungimento dell'età di pensionamento AVS, continua ad avere diritto al contributo.
- 1018 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 aumentare l'importo del contributo per l'assistenza.
- 1019 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 permanenti 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'AGI. Pertanto percepisce un contributo per l'assistenza per 124 ore mensili (200 meno 40 meno 36). Una volta raggiunta l'età di pensionamento AVS, 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 di aiuto per 220 ore al mese. Gli viene concesso un assegno per gran-

di invalidi di grado elevato (che copre circa 57 ore), le prestazioni Spitex rimangono invariate. Teoricamente dovrebbe ricevere 123 ore (220 meno 57 meno 40), ma dato che dopo l'età di pensionamento AVS un aumento non è possibile, l'assicurato continua a percepire un contributo per l'assistenza per 104 ore.

1.5 Ritiro della richiesta

- 1020 L'assicurato o il suo rappresentante possono ritirare la richiesta in qualsiasi momento. La dichiarazione di ritiro deve essere formulata per iscritto e senza riserve.
- 1021 Il ritiro della richiesta può essere trattato direttamente dall'ufficio AI. In linea di massima, è sempre possibile accettare il ritiro della richiesta.
- 1022 In caso di regresso, l'ufficio AI sottopone il ritiro della richiesta unitamente all'incarto al parere del servizio regressi competente e decide successivamente.
- 1023 Il ritiro della richiesta deve essere confermato per iscritto all'assicurato (art. 23 cpv. 3 LPGA).

1.6 Rinuncia a prestazioni

- 1024 L'assicurato può rinunciare a prestazioni, a condizione che ciò non pregiudichi gli interessi degni di protezione dell'assicurato o di altre persone (art. 23 cpv. 1 e 2 LPGA). La rinuncia a prestazioni deve essere formulata per iscritto e senza riserve.
- 1025 In linea di massima, la questione della rinuncia a prestazioni si pone soltanto dopo che l'ufficio AI ha concesso la prestazione mediante decisione. Fino a quel momento l'assicurato può ritirare la propria richiesta ai sensi del N. 1020. Sono fatti salvi i casi di regresso.
- 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: cfr. 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. 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

Articolo 42^{quater} LAI

¹ *Hanno diritto al contributo per l'assistenza gli assicurati che:*

- a. percepiscono un assegno per grandi invalidi dell'AI secondo l'articolo 42 capoversi 1-4;*
- b. vivono a casa propria; e*
- c. sono maggiorenni.*

² *Il Consiglio federale stabilisce le condizioni per cui le persone con una capacità limitata di esercitare i diritti civili non hanno diritto al contributo per l'assistenza.*

³ *Il Consiglio federale stabilisce le condizioni alle quali i minorenni hanno diritto al contributo per l'assistenza.*

- 2001 Nell'allegato 1 è illustrato il processo decisionale per l'esame delle condizioni di diritto.

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. 26seg. LAINF e casi più vecchi secondo l'art. 77 cpv. 1 della vecchia legge sull'assicurazione malattie, LAMI), dell'assicurazione militare (art. 20 LAM) e dell'AVS (art. 43^{bis} LAVS, eccettuati i diritti acquisiti secondo l'art. 43^{ter} LAVS).
- 2004 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). 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 Per stabilire se una persona abiti in un istituto oppure a casa propria ci si basa sulla decisione secondo l'articolo 42^{ter} 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 (analogamente al N. 8003.1 CIGI).

- 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.
- 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

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:

- a. frequentano la scuola dell'obbligo in una classe normale oppure svolgono una formazione professionale nel mercato del lavoro regolare o un'altra formazione del livello secondario II con assiduità;*
- b. esercitano un'attività lucrativa per almeno 10 ore alla settimana nel mercato del lavoro regolare; o*
- c. ricevono un supplemento per cure intensive ai sensi dell'articolo 42^{ter} capoverso 3 LAI per un bisogno di cure e di sorveglianza di almeno 6 ore al giorno.*

- 2010 Queste condizioni non devono essere adempiute cumulativamente. È sufficiente che l'assicurato ne adempia una.

- 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 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.
- 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 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 2,55 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 3,80 franchi svizzeri all'ora. Per il livello 2 si presuppone una prestazione lavorativa massima del 20 per cento, il salario deve ammontare ad almeno 5,10 franchi svizzeri all'ora. Per il livello 1 si presuppone una prestazione lavorativa massima del 25 per cento, il salario deve ammontare ad almeno 6,35 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 1880 ore di lavoro annuali (47 settimane a 40 ore).

Esempio

Un assicurato di 17 anni lavora 20 ore alla settimana in un ristorante sul 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 2,55 franchi all'ora per aver diritto al contributo per l'assistenza. Questo significa che per 20 ore al mese deve guadagnare almeno 199,75 franchi ($2,55 \text{ fr.} \times 20 \text{ ore} \times 47 \text{ settimane} \div 12 \text{ mesi}$). 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 3,80 franchi all'ora ($250 \text{ fr.} \times 12 \div 47 \div 20 = 3,19 \text{ fr.}$).

- 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 sul 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).
- 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 minorenni. 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

Articolo 39b OAI

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:

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

- 2017 Queste condizioni non devono essere adempiute cumulativamente. È sufficiente che l'assicurato ne adempia una.
- 2018 Sono considerati assicurati con una capacità limitata di esercitare i diritti civili le persone soggette a una curatela generale (art. 398 CC) o a una curatela di cooperazione (art. 396 CC) secondo il nuovo diritto in materia di protezione degli adulti (art. 360 segg. CC). Nel caso della curatela di rappresentanza (art. 394 CC) l'esercizio dei diritti civili è limitato solo se l'autorità di protezione degli adulti lo ordina espressamente (art. 394 cpv. 2 CC). Un tipo particolare della curatela di rappresentanza è la curatela di rappresentanza per l'amministrazione dei beni (art. 395 CC), tramite la quale l'autorità di protezione degli adulti può

privare l'interessato dell'accesso a dati beni senza limitarne l'esercizio dei diritti civili. Di conseguenza, se nel dispositivo della decisione dell'autorità di protezione degli adulti l'esercizio dei diritti civili non è limitato, l'assicurato ha diritto al contributo per l'assistenza. L'amministrazione di sostegno (art. 393 CC), invece, non limita l'esercizio dei diritti civili dell'interessato.

Le persone che già prima del 1° gennaio 2013 erano interdette e poste sotto tutela o sotto l'autorità parentale (art. 385 cpv. 3 CC nella versione in vigore fino al 31.12.2012), a partire da questa data sono automaticamente poste sotto curatela generale con effetto immediato (cfr. art. 14 cpv. 2 CC), per cui sono private dell'esercizio dei diritti civili.

Per le persone per le quali era stato nominato un tutore o un assistente prima del 1° gennaio 2013 restano provvisoriamente valide le misure previgenti. Per il momento, la loro situazione in termini di esercizio dei diritti civili resta pertanto immutata. L'autorità di protezione degli adulti deve procedere a una revisione della misura entro tre anni. A dipendenza del risultato di detta revisione, il diritto al contributo per l'assistenza può modificarsi.

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. 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 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 39a lettera c OAI (supplemento per cure intensive di almeno 6 ore al giorno). 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 minorenni frequenta una scuola speciale durante il giorno. Oltre a un AGI, 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 39a 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 39b lettera d OAI. All'età di 25 anni l'assicurato entra in un istituto. Il diritto si estingue. Se un giorno dovesse lasciare l'istituto, il diritto al contributo per l'assistenza in virtù dell'articolo 39b lettera d OAI non rinascerrebbe.

Esempio 2

Un assicurato minorenni frequenta una classe normale della scuola dell'obbligo. A 16 anni inizia una formazione sul mercato del lavoro primario. In virtù dell'articolo 39a 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 39b lettera b OAI. In seguito deve interrompere la formazione sul 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.

- 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 LPGGA, art. 6a cpv. 2 LAI).

3 Prestazioni di aiuto riconosciute

Articolo 42^{sexies} cpv.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 42–42^{ter};*
- b. i sussidi per i servizi di terzi ai quali l'assicurato ricorre al posto di un mezzo ausiliario secondo l'articolo 21^{ter} 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 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, il supplemento per cure intensive e/o altre prestazioni dell'AI o dell'assicurazione malattie obbligatoria già coprono, in termini temporali, il bisogno di aiuto riconosciuto.
- 3002 Per prestazioni di aiuto si intendono tutte le attività che coprono il bisogno di aiuto regolare dovuto all'invalidità.

3.1 Prestazioni di aiuto regolari

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) (...).

Art. 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 di 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 di 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 le prestazioni di 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 di 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. lavaggio dei capelli, 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 (cfr. 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 Ogni assistente può lavorare al massimo al 100 per cento (vale a dire 42 ore settimanali).
- 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 o-

spedali (istituti, ospedali, cliniche psichiatriche) o semiospedali (laboratori, centri diurni, centri d'integrazione, scuole speciali) oppure da organizzazioni e altre persone giuridiche (tranne le prestazioni di consulenza e di sostegno, cfr. cap. 5).

- 3013 I familiari stretti non sono rimborsati con il contributo per l'assistenza per le prestazioni di 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 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, 13^a 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 re-

golamentazione speciale degli straordinari, un accordo sul rimborso forfettario delle spese o un periodo di disdetta in deroga alla legge ecc.);

- contributi sociali e
- eventuale termine del contratto di lavoro.

L'Al mette a disposizione un contratto di lavoro tipo.

- 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. 322–330a CO).
- 3018 Non spetta all'Al controllare l'osservanza di questi obblighi. L'Al non assume neppure 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'Al. L'Al non è tenuta responsabile di eventuali violazioni degli obblighi da parte dell'assicurato (ad es. pagamento di salari arretrati non versati).
- 3019 Tuttavia, se l'ufficio Al viene a sapere che l'assicurato non adempie i suoi obblighi, può interrompere o rifiutare il versamento del contributo per l'assistenza (cfr. N. 9016).

3.2.2 Obbligo di continuare a versare il salario

- 3020 Di norma l'Al 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. In questo caso l'Al rimborsa esclusivamente il salario effettivamente versato dall'assicurato in virtù di quest'obbligo e non l'importo ottenuto moltiplicando il compenso orario del contributo per l'assistenza per il numero di ore. Se tuttavia l'assicurato versa un salario orario più elevato del compenso orario del contributo per l'assistenza, l'Al rimborsa al massimo l'importo calcolato in base al contributo per l'assistenza.

Esempio 1

Un assistente lavora 100 ore al mese per un salario mensile netto pari a 2000 franchi. L'assicurato riceve un contributo per l'assistenza di 3280 franchi al mese. Dalla metà di giugno la prestazione lavorativa non può essere fornita (per motivi dipendenti dall'assicurato o dall'assistente). L'assicurato, che ha l'obbligo di continuare a versare il salario, fattura all'AI 1200 franchi per la continuazione del versamento del salario (salario e contributi alle assicurazioni sociali effettivamente versati per 15 giorni) e 1640 franchi per le ore prestate (15 giorni). Per il mese di giugno l'AI rimborsa all'assicurato 2840 franchi.

Esempio 2

Un assistente lavora 100 ore al mese per un salario mensile netto pari a 4000 franchi. L'assicurato riceve un contributo per l'assistenza di 3280 franchi al mese. Nel mese di giugno l'assistente è malato per 15 giorni. L'assicurato, che ha l'obbligo di continuare a versare il salario, versa all'assistente 4000 franchi e fattura all'AI 2400 franchi per la continuazione del versamento del salario (compresi gli oneri salariali accessori) e 1640 franchi per le ore prestate (50 x 32.50 fr.). Per il mese di giugno l'AI rimborsa all'assicurato solo 3280 franchi, di cui 1640 in virtù dell'obbligo di continuare a versare il salario (applicando l'importo orario massimo rimborsabile del contributo per l'assistenza) e 1640 per le ore svolte.

- 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 324a 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 (cfr. allegato 2), ma al massimo per tre mesi.
- 3024 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.
- 3025 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.

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 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'Al 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.

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 orga-

nizzarsi 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 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. È consigliabile disciplinare nel contratto di lavoro le questioni inerenti alla malattia e all'assenza del datore di lavoro.
- 3031 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.
- 3032 Se l'assicurato viene ricoverato imprevedibilmente in un istituto, l'AI deve continuare a versare il salario per tre mesi al massimo.
- 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 (cfr. N. 9009).

3.2.2.2.1 Caso speciale: morte dell'assicurato

- 3034 Con la morte del datore di lavoro, il rapporto di lavoro si estingue (art. 338a cpv. 2 CO). Per il danno derivatogli dalla fine prematura del rapporto il lavoratore può chiedere un equo risarcimento (equivalente al termine di disdetta). In questo caso si deve continuare a versare il salario al massimo per la durata corrispondente al termine di disdetta (art. 338a cpv. 2 CO). Se del caso, il contributo per l'assistenza viene pagato per lo stesso periodo di tempo.
- 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 numero 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 regolare;*
- h. sorveglianza diurna;*
- i. servizio notturno.*

4001 Oltre a questi ambiti è previsto un supplemento per l'insorgere di fasi acute (cfr. 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 Il bisogno di aiuto viene determinato mediante un modulo di accertamento standardizzato (FAKT), sia per le prestazioni di aiuto dirette che per quelle indirette. Sono riconosciute come aiuto diretto, oltre alle prestazioni di 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.
- 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

- pedicure (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 (cfr. 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:

Attività	Bisogno di aiuto in minuti al giorno				
	Nes- suno	Occasio- nale	Per diverse azioni	Per la maggior parte delle azioni	Ingente e co- stante 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 (cfr. 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 In caso di soggiorno presso un'istituzione (istituto, laboratorio protetto, centro diurno o centro d'integrazione, scuola speciale) il bisogno di aiuto è ridotto. A seconda dell'ambito e del tipo di istituzione, la riduzione ammonta al 10 o al 20 per cento per ogni giorno a settimana trascorso nell'istituzione. I giorni settimanali di presenza in una scuola speciale o in un centro d'integrazione vengono convertiti per tener conto dei periodi di vacanza.

Esempio 1

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

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 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. 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 di 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 medicinali).

- 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 (cfr. 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 protetto, 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 medicinali; 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 (casa per invalidi), 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 medicinali; 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 (cfr. 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 Ai minorenni e ai giovani fino a 25 anni che beneficiano di un contributo per l'assistenza e abitano ancora con i genitori, nonché in generale ai minorenni fino a 15 anni (anche se non abitano nella stessa economia domestica dei genitori), non è riconosciuto alcun bisogno di aiuto nell'ambito Economia domestica. Questi assicurati possono però 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 protetto, 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 (casa per invalidi), 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 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. Non sono considerati i giovani che non hanno ancora compiuto 25 anni.
 - Se nella stessa economia domestica sono presenti figli minorenni o giovani in formazione che non hanno ancora compiuto 25 anni, si applica un supplemento del 25 per cento per il primo figlio e del 12,5 per cento per ogni altro figlio. Se i bambini/giovani vivono solo in parte presso l'assicurato (p. es. in caso di separazione/divorzio), il supplemento è ridotto proporzionalmente.
 - I giovani 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 non si applicano riduzioni o supplementi dovuti alla presenza nella stessa economia domestica di altri adulti oppure di minorenni o giovani 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 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 archit-

toniche o per comunicare (perché il suo modo di parlare è incomprensibile, in generale o per gli estranei).

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 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 ($2 \text{ giorni} \div 7 \text{ giorni} \times 100 = 28,6 \%$).
- 4035 Non si distingue tra famiglie monoparentali e coppie.
- 4036 Il bisogno di aiuto è calcolato indipendentemente dal numero di figli che vivono nell'economia domestica. È tuttavia possibile distinguere tra l'aiuto che occorre per un bambino piccolo e quello che occorre per uno più grande.

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 Il bisogno di aiuto è calcolato in base al grado di occupazione effettivo. Un tempo pieno corrisponde a 40 ore a settimana.

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 ($50 \times 20 \% = 10$).

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, cfr. N. 3003).

4.1.8 Ambito Formazione e perfezionamento professionale

4046 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.

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 due ore settimanali vengono suddivise sulle 52 settimane: $2 \times 40 / 52 = 1.53$ ore.

Esempio 2

L'assicurato frequenta per un anno intero un corso di burocratica 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: $12 \times 40 / 52 = 9.23$ ore.

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 protetti).

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 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. L'importante è che il corso sia in relazione con il campo di attività attuale o futuro.
- 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 per la formazione e i 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 (cfr. N. 4041).

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

- 4055 Sono riconosciute le prestazioni di 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 protetto 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 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.
- 4060 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 (cfr. N. 4041).

4.1.10 Ambito Sorveglianza diurna

- 4061 Il diritto a una sorveglianza sussiste solo se è stato riconosciuto nell'ambito dell'accertamento del diritto a un assegno per grandi invalidi. Alle fasi acute si applicano condizioni diverse (cfr. N. 4085).
- 4062 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, nell'arco di una giornata di 16 ore (ovvero dalle ore 6.00 alle 22.00), 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 la lettera circolare 308, si tratta di situazioni in cui occorre prevedere 24 ore su 24 interventi d'urgenza da parte di personale infermieristico diplomato), la relativa quota di prestazioni viene dedotta dalle cure di base e dalla sorveglianza applicando la stessa percentuale.

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 ($29\% \times 4 \text{ ore} = 1 \text{ ora e } 9 \text{ minuti}$) e vengono quindi riconosciute solo 2 ore e 51 minuti.

- 4063 La sorveglianza diurna costante non si riferisce agli atti ordinari della vita. Va piuttosto intesa come una prestazione di 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 (RCC 1986 pag. 512 consid. 1.a. con rinvii) o può esserlo al massimo per brevi

intervalli (RCC 1989 pag. 189 consid. 3.b., 1980 pag. 64 consid. 4.b.; cfr. N. 8020 CIGI).

- 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 È importante che la sorveglianza non si limiti a una semplice presenza, ma implichi determinate 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).
- 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 protetto, 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 In caso di soggiorno in un istituto (casa per invalidi), il bisogno di aiuto nell'ambito della sorveglianza è ridotto del 20 per cento per ogni giorno di soggiorno.

4.1.11 Ambito Servizio notturno

- 4072 Il bisogno di aiuto durante la notte può essere riconosciuto solo su prescrizione medica (certificato medico). L'aiuto notturno deve essere assolutamente necessario a causa dello stato di salute dell'assicurato. In altre parole, se questo aiuto mancasse per un periodo prolungato, lo stato di salute dell'assicurato peggiorerebbe ulteriormente oppure la sua vita sarebbe seriamente a rischio. Il certificato medico deve spiegare quali sarebbero le conseguenze sulla salute se, ad esempio, durante la notte non si cambiasse la posizione dell'assicurato. 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.
- 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 Per l'accertamento del bisogno si parte dal presupposto che si dorma normalmente otto ore. La notte è pertanto definita come la fase di riposo di otto ore tra le 22.00 e le 6.00.
- 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 In caso di soggiorno in un istituto (casa per invalidi), il bisogno di aiuto è ridotto del 20 per cento per ogni notte di soggiorno.

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 a causa di fasi acute.
- 4079 Per «fase acuta» si intende un periodo della durata massima di tre mesi 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 regolari e caratteristiche dell'invalidità.
- 4080 La fase acuta deve essere attestata mediante un certificato medico, che va presentato mensilmente insieme al modulo di fatturazione.
- 4081 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 tre mesi senza interruzione notevole (cfr. 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 Ai fini della revisione si considerano come tre mesi consecutivi tre mesi civili. I mesi iniziati devono essere calcolati per intero, analogamente a quanto previsto dalle disposizioni sulle modifiche del diritto alla rendita.

Esempio

La fase acuta inizia il 25 gennaio. I tre mesi sono gennaio, febbraio e marzo. Se la fase acuta si protrae, dal 1° aprile (e non dal 25 aprile) va valutata la necessità di avviare una revisione. Il versamento per la fase acuta viene effettuato al massimo fino al 24 aprile (90 giorni).

- 4083 I tre mesi consecutivi sono considerati interrotti solo in caso di interruzione notevole ai sensi dell'articolo 29^{ter} 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 tre mesi 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 tre mesi necessari per una revisione, che dovrebbe quindi essere avviata dal 1° aprile. Tuttavia, dato che la fase acuta termina il 10 aprile, vi si può rinunciare.

- 4084 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 2012 un assicurato ha diritto a 100 ore, ossia 3250 franchi al mese. Ha inoltre diritto a un supplemento

per fasi acute (32.50 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 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, SCI, 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'AGI ($464 \text{ fr.} \div 32.50 \text{ fr.} = 14 \text{ ore}$), 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	
<i>Totale</i>	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 Importi 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 ($1,5 \text{ ore} \times 365 \text{ giorni} \div 12 \text{ mesi} = 45,6 \text{ ore}$). 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 Per alcune invalidità questo calcolo non è possibile, perché di regola il diritto a un assegno per grandi invalidi non dipende da una limitazione determinante nel compimento dei sei atti ordinari della vita (cfr. anche N. 8056 segg. CIGI). In questi casi speciali di grande invalidità di grado elevato o lieve, il calcolo è quindi disciplinato in modo particolare.
- 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'art. 37 cpv. 3 lett. c OAI sono riconosciute al massimo 40 ore al mese.
- 4092 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.
- 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:

$2 \text{ AOV} \times 30 \text{ ore (AGI di grado medio)} = 60 \text{ ore}$

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 atto ordinario della vita 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 regolare

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 regolare 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 protetti, centri diurni, centri d'integrazione, scuole speciali e centri diurni di cliniche psichiatriche.
- 4098 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. Ciò corrisponde a una riduzione del 10 per cento in caso di occupazione diurna (scuola speciale, centro d'integrazione professionale, centro diurno e laboratorio protetto) 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.

- 4099 Le mezze giornate sono calcolate come giornate intere. Tuttavia, se in un giorno si frequentano due istituzioni diverse per mezza giornata ciascuna, è calcolato solo un giorno e non due. La riduzione corrisponde quindi al massimo al 20 per cento per giorno. Nel caso di un assicurato che lavora mezza giornata in un laboratorio protetto, trascorre mezza giornata in una clinica diurna e pernotta in un istituto, non si deduce quindi il 30, bensì il 20 per cento.

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 di 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 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 complessivo.
- 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 42^{sexies} 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 42–42^{ter};*
- b. i sussidi per i servizi di terzi ai quali l'assicurato ricorre al posto di un mezzo ausiliario secondo l'articolo 21^{ter} 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.*

- 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 di 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 Il numero di ore coperte dall'assegno per grandi invalidi o dal supplemento per cure intensive viene determinato dividendo l'importo dell'AGI per l'importo orario standard del contributo per l'assistenza (p. es. AGI di grado elevato: 1872 fr. al mese ÷ 32.80 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 regolare. 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 ($10 \times 365 \div 12 \div 60 = 5$). L'assicurato riceve servizi di terzi per il trasporto sul posto di lavoro per un importo mensile di 1700 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 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 o che potrebbero esserlo.

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

4111 Il bisogno di assistenza deve essere determinato su base annua. Il disciplinamento varia a seconda del fatto che l'assicurato viva o meno con familiari (nell'accezione di cui al N. 3014). Nel primo caso, se i familiari maggiorenni hanno meno di 25 anni e sono in formazione oppure beneficiano di un assegno per grandi invalidi, il bisogno di assistenza mensile viene moltiplicato per 12. In tutti gli altri casi in

cui l'assicurato vive con i familiari e nei casi in cui non vive con i familiari, questo valore viene moltiplicato per 11.

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 e 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 e 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 e 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 = $1872 \text{ fr.} \div 32.80 \text{ fr.} = 57$) e 50 ore di Spitex, per cui restano 183 ore. Il bisogno di assistenza annuale è pari a 2013 ore ($183 \times 11 = 2013$).

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 e 20 ore per il lavoro.

I limiti massimi sono pari a 36 ore per i primi tre ambiti ($2 \text{ AOV} \times 20 = 40 - 10 \% [\text{istituzione}] = 36$) e 30 ore per il lavoro ($60 \times 50 \% = 30$).

Il bisogno di aiuto riconosciuto è composto come segue: 36 ore per gli atti ordinari della vita, l'economia domestica e il tempo libero e 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 ($468 \text{fr.} \div 32.80 \text{ fr.} = 14$), per cui restano 42 ore. Il bisogno di assistenza annuale è pari a 504 ore ($42 \times 12 = 504$). 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, 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 ($118 \div 365 \times 12 = 3,88$).

4.3.3 Fissazione del contributo per l'assistenza

Articolo 39f OAI

¹ Il contributo per l'assistenza ammonta a 32.80 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 49.15 franchi all'ora.

³ L'ufficio AI stabilisce il contributo per l'assistenza per il servizio notturno in base all'intensità delle prestazioni di aiuto da fornire. L'importo massimo del contributo ammonta a 87.40 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 si moltiplica il bisogno di assistenza per il rispettivo importo orario.
- 4113 La tariffa standard è pari a 32.80 franchi l'ora (30 fr. + 8,33 % di indennità di vacanza + adeguamento al rincaro = 32.80 fr.).
- 4114 Se sono richieste qualifiche particolari, l'importo orario ammonta a 49.15 franchi (45 fr. + 8,33 % + adeguamento al rincaro = 49.15 fr.). Questa tariffa è accordata solo se per la prestazione di assistenza in questione sono richieste conoscenze particolarmente impegnative. Inoltre, deve essere indispensabile che la prestazione di assistenza nell'ambito in questione sia fornita da un assistente qualificato. La necessità di qualifiche particolari va sempre accertata.
- 4115 L'importo per le qualifiche particolari è concesso solo negli ambiti della formazione, del lavoro e dello svolgimento di un'attività di pubblica utilità. Le principali prestazioni di aiuto cui si può applicare questa tariffa sono la lingua dei segni modificata per sordociechi e la lingua dei segni.

- 4116 In caso di assistenza notturna si applicano i seguenti forfait:
- 10.95 franchi a notte se il bisogno di aiuto notturno è solo saltuario (10 fr. + 8,33 % + adeguamento al rincaro);
 - 32.80 franchi a notte se l'assicurato ha un bisogno di aiuto notturno almeno 4 volte la settimana o 16 notti al mese (30 fr. + 8,33 % + adeguamento al rincaro);
 - 54.65 franchi a notte se l'assicurato ha bisogno di aiuto almeno una volta ogni notte (50 fr. + 8,33 % + adeguamento al rincaro);
 - 87.40 franchi a notte se l'assicurato ha bisogno di aiuto almeno due ore ogni notte (80 fr. + 8,33 % + adeguamento al rincaro).
- Il forfait è sempre concesso per 30,4 notti al mese ($365 \div 12 = 30,4$).
- 4117 Gli importi sopra menzionati valgono per tutti gli assicurati, indipendentemente dall'entità dei costi effettivi.
- 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 (cfr. 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'Al. 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.

5 Consulenza e sostegno

Articolo 39j OAI

¹ *L'ufficio AI può fornire consulenza e sostegno per 18 mesi a contare dalla concessione del contributo per l'assistenza. A tal fine può delegare l'incarico a terzi di sua scelta o proposti dall'assicurato.*

² *Il contributo massimo per prestazioni di consulenza e sostegno ammonta a 75 franchi all'ora. L'importo totale massimo pagato dall'assicurazione è di 1500 franchi.*

- 5001 Si possono considerare prestazioni di consulenza e sostegno 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;
 - 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).
- 5002 Se un assicurato esprime un bisogno di consulenza e sostegno, l'ufficio AI deve accertare se e in quale misura può essere dato seguito alla richiesta.
- 5003 Non viene fornita alcuna consulenza agli assicurati che dispongono delle conoscenze necessarie o dai quali è ragionevole pretendere che siano in grado di capire il sistema anche senza consulenza.
- 5004 Se del caso, l'ufficio AI emette una decisione di assunzione delle spese di consulenza e sostegno fino a un massimo di 1500 franchi. Le persone che vivono in istituto o che intendono lasciare il domicilio dei genitori, ad esempio, hanno generalmente bisogno di un aiuto maggiore rispetto alle

persone che vivono a casa propria e che organizzano già autonomamente l'assistenza di cui necessitano.

- 5005 Se viene riconosciuto il bisogno di prestazioni di consulenza e sostegno, l'ufficio AI emette una garanzia di copertura delle spese a favore di un organo di esecuzione scelto dall'assicurato. Se l'assicurato non propone nessun organo, l'ufficio AI può sceglierne uno.
- 5006 Alle prestazioni di consulenza e sostegno non si applica il modello del datore di lavoro, per cui possono essere fornite da organizzazioni e persone giuridiche.
- 5007 I familiari (nell'accezione di cui al N. 3014) non possono essere rimborsati per le proprie prestazioni di consulenza e sostegno.
- 5008 Il diritto alle prestazioni di consulenza e sostegno sussiste per 18 mesi dall'assegnazione del contributo per l'assistenza. 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 e sostegno può essere accordata già prima della concessione del contributo per l'assistenza.
- 5009 L'importo per la consulenza e il sostegno 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'organo di esecuzione 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 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, cfr. art. 65 cpv. 1 OAI). In questo contesto si applicano l'articolo 29 LPGGA e i numeri 1001 e seguenti della CPAI.
- 6003 L'assicurato deve richiedere espressamente il contributo per l'assistenza. La sussistenza del diritto non viene accertata d'ufficio.
- 6004 L'ufficio AI conferma all'assicurato di aver ricevuto la richiesta e gli fornisce informazioni sul contributo per l'assistenza, allegandogli l'apposito promemoria, 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 (cfr. 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 almeno 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 39a e 39b OAI non sono adempiute, deve chiedere all'assicurato se grazie al contributo per l'assistenza intende lasciare l'istituto o soddisfare le condizioni di cui agli articoli 39a e 39b OAI.
- 6010 Se l'ufficio AI non ritiene soddisfatte le condizioni assicurative, emana una decisione negativa, previa audizione dell'assicurato.
- 6011 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.
- 6012 Dopo aver ricevuto 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 L'ufficio AI esegue in prima persona gli accertamenti, compresi eventuali rilevamenti sul posto. In casi eccezionali, può demandarli a terzi.
- 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 nu-

mero 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 o istituzione);
 - la comunicazione di informazioni giuridiche sull'AI e su altre prestazioni di aiuto;
 - la raccolta di informazioni sulle prestazioni di 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 Per gli accertamenti l'ufficio AI utilizza il modulo FAKT. Per il rilevamento sul posto può usare il modulo in forma cartacea, ma in questo caso è necessario registrare le osservazioni e le classificazioni inserite in quest'ultimo anche nel modulo elettronico. 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 Se l'ufficio AI ha concluso gli accertamenti necessari, emana una decisione.

- 6021 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. 57a 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 modulo FAKT (foglio di lavoro "Rapporto".)
- 6022 Nel comunicare l'esito previsto, l'ufficio AI informa l'assicurato sulla sua possibilità di essere sentito, precisando che, in caso di mancato riscontro dell'assicurato entro 30 giorni, la decisione sarà emanata senza audizione.
- 6023 Se l'audizione si svolge oralmente nel quadro di un colloquio personale, l'ufficio AI redige un verbale sommario che deve essere firmato dall'assicurato.
- 6024 Se l'assicurato formula obiezioni rilevanti per la decisione e l'ufficio AI ribadisce la propria decisione, quest'ultimo deve indicare nella decisione i motivi per i quali non ammette o non può prendere in considerazione le obiezioni dell'assicurato (DTF 124 V 180).
- 6025 Il preavviso è notificato anche alla cassa malati (art 73^{bis} 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.

- 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.
- 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 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;
- eventualmente i servizi di cui agli articoli 49 capoverso 4 LPGa e 76 capoverso 1 lettere f–g OAI.

6.5.1 Decisioni per persone in età AVS (garanzia dei diritti acquisiti)

- 6034 Per le decisioni relative al contributo per l'assistenza per le persone in età AVS è competente la cassa di compensazione cantonale del 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 Al raggiungimento dell'età AVS (raggiungimento dell'età ordinaria di pensionamento AVS o anticipazione della rendita), 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 e sostegno

- 6036 Le prestazioni di consulenza e sostegno sono fatturate direttamente dall'organo di esecuzione.
- 6037 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 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.

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

6040 L'assicurato può fatturare mensilmente al massimo il 150 per cento del contributo mensile per l'assistenza (fatta eccezione per le fasi acute).

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 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 tre mesi o soggiorni presso istituzioni);
- il rispetto dell'importo mensile e annuale accordato nella decisione.

6044 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 tre mesi consecutivi. Infine, deve verificare se occorre avviare un procedura di revisione.

6045 Se l'assicurato rivendica pagamenti per l'obbligo di continuare a versare il salario secondo l'articolo 39h capoverso 1 OAI, l'ufficio AI deve verificare che sia stato presentato il relativo certificato medico.

- 6046 Se l'assicurato rivendica pagamenti per l'obbligo di continuare a versare il salario secondo l'articolo 39h 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 (cfr. 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.
- 6047 Se l'assicurato rivendica pagamenti per l'obbligo di continuare a versare il salario secondo l'articolo 39h capoverso 1 OAI, l'ufficio AI deve verificare che il salario dell'assistente che beneficia del diritto alla continuazione del versamento del salario non superi l'importo orario del contributo per l'assistenza (cfr. N. 3020).
- 6048 In caso di obbligo di continuare a versare il salario secondo l'articolo 39h capoverso 1 OAI, l'ufficio AI deve inoltre distinguere tra le situazioni seguenti:
- malattia dell'assistente
 - *Nessun accordo scritto né contratto normale o collettivo di lavoro, rapporto di lavoro di durata indeterminata (art. 324a cpv. 1 CO):* in questo caso l'AI rimborsa la continuazione del versamento del salario solo se il rapporto di lavoro è durato o è stato concluso per più di tre mesi. Per calcolare la durata dell'obbligo di continuare a versare il salario si applica la scala bernese.

Esempio 1

Il 1° marzo un assicurato assume un assistente per una durata determinata fino alla fine di maggio. Ad aprile l'assistente si ammala. L'assicurato non deve pagargli il salario e l'ufficio AI non è tenuto ad alcun rimborso in virtù dell'obbligo di continuare a versare il salario.

Esempio 2

Il 1° marzo 2012 un assicurato assume un assistente per una durata indeterminata. Nel maggio 2014 l'assistente si ammala per 50 giorni. L'assicurato deve continuare a versargli il salario e anche l'ufficio AI deve continuare a versare il contributo per l'assistenza per la 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 2014, per un mese. Poiché si trova nel terzo anno di servizio, secondo la scala bernese ha diritto soltanto a due mesi di continuazione del versamento del salario. L'ufficio AI rimborserà quindi soltanto 10 giorni a titolo di continuazione del versamento del salario ($60 - 50 = 10$).

- *Accordo scritto, contratto normale o contratto collettivo di lavoro che prevedono un'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 verificare che le indennità non siano versate in doppio e rimborsa all'assicurato, all'occorrenza, solo il salario versato durante il periodo di attesa. In tal caso, ha bisogno di una copia della polizza assicurativa.

Esempio

Il 1° marzo 2012 un assicurato assume un assistente per una durata indeterminata. Nel maggio 2014 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.

- Infortunio dell'assistente (art. 324b cpv. 1 CO)

Secondo la legge sull'assicurazione contro gli infortuni, il periodo di attesa è di due giorni. L'obbligo di continuare a versare il salario comincia il terzo giorno. L'assicurato deve quindi versare il salario (80 %) per questo periodo di attesa di due giorni. Anche in questo caso l'ufficio AI deve verificare che le indennità non siano versate in doppio e rimborsa solo l'80 per cento del salario corrisposto per i due giorni in questione.

- 6049 Se l'assicurato chiede il rimborso dei pagamenti effettuati in virtù dell'obbligo di continuare a versare il salario secondo l'articolo 39h 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.
- 6050 Quando il salario deve continuare a essere versato in virtù dell'articolo 39h capoverso 2 OAI, occorre anche verificare che l'importo del contributo annuale per l'assistenza non sia superato.
- 6051 Se l'assicurato chiede il rimborso dei pagamenti effettuati in virtù dell'obbligo di continuare a versare il salario secondo l'articolo 39h capoverso 2 OAI, l'ufficio AI deve verificare che i salari degli assistenti aventi diritto alla continuazione del versamento del salario siano rimborsati solo fino a

concorrenza dell'importo orario / per notte del contributo per l'assistenza (cfr. N. 3020).

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

6053 Per il controllo delle fatture, l'anno inizia il mese in cui l'assicurato ha ricevuto la prima ora o la prima notte di assistenza e dura 12 mesi. Ad ogni revisione inizia un nuovo anno.

Esempio

Il 15 giugno 2012 un assicurato riceve una decisione che gli attribuisce un contributo annuale per l'assistenza di 12 000 franchi. L'assicurato beneficia delle prime ore di assistenza il 3 settembre 2012. Fino alla fine di agosto 2013 può fatturare al massimo 12 000 franchi. Il 25 gennaio riceve una nuova decisione, che fissa il contributo annuale a 15 000 franchi a partire dal 1° gennaio 2013. Il diritto inizia a partire da questa data.

6054 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 1

Nel 2012 un assicurato riceve una decisione che gli attribuisce un contributo per l'assistenza di 1000 franchi al mese, ovvero 12 000 franchi all'anno. Nel 2014 la compensazione del rincaro è del 2 per cento. Dal 2014 l'assicurato può fatturare 1020 franchi al mese, ovvero 12 240 franchi all'anno.

Esempio 2

Nell'agosto 2012 un assicurato riceve una decisione che gli attribuisce un contributo per l'assistenza di 1000 franchi al mese, ovvero 12 000 franchi all'anno. Nel 2013 la compensazione del rincaro è del 2 per cento. Dal 2013 l'assicurato può fatturare 1020 franchi al mese, per cui il suo contributo

annuale per l'assistenza è pari a 12 140 franchi all'anno per il periodo che va da agosto 2012 a luglio 2013 (5000 fr. per 5 mesi nel 2012 e 7000 fr. + 2 % = 7140 fr. per 7 mesi nel 2013). Per il calcolo della compensazione del rincaro è irrilevante l'importo del contributo per l'assistenza di cui l'assicurato ha già beneficiato nel 2012. Tuttavia è possibile che non tutte le ore concesse possano essere versate. È il caso, ad esempio, di un assicurato che fatturi nel 2012 meno ore e nel 2013 più ore di quelle mediamente previste. Viceversa, il contributo annuale per l'assistenza non viene raggiunto nel caso in cui l'assicurato fatturi nel 2012 più ore di quelle mediamente previste.

- 6055 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 della sua iscrizione quale datore di lavoro presso la cassa di compensazione.
- 6056 L'ufficio AI deve verificare sia gli importi in franchi che le ore o il numero di notti. Ad esempio, non possono essere fatturate ore con qualifiche particolari, se non sono state riconosciute nella decisione. Lo stesso vale per le notti, 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 (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 notti. La fattura è corretta, indipendentemente dal fatto che l'assistente abbia effettivamente fornito prestazioni di aiuto o sia solo rimasto a disposizione.

Esempio 2

Dall'accertamento risulta che un assicurato ha bisogno di aiuto per 1-3 alla settimana (livello 1). Egli ha assunto un assistente che fornisce aiuto su chiamata per 15 notti al

mezzo. In base alla fattura e ai controlli svolti, sono state remunerate 15 notti. La fattura è corretta, indipendentemente dal fatto che l'assistente abbia effettivamente fornito prestazioni di aiuto o sia solo rimasto a disposizione.

- 6057 Una verifica approfondita delle ore non è svolta mensilmente, bensì su un arco di tempo più lungo. Si verificano, per esempio, quante ore standard e quante con qualifiche particolari sono state fatturate rispetto alle ore previste nella decisione.

Esempio 1

Un assicurato ha diritto a un contributo mensile per l'assistenza di 30 ore, di cui 20 ore standard e 10 con qualifiche particolari. A gennaio fattura 12 ore con qualifica particolare. L'ufficio AI non rettifica fintantoché il totale annuale previsto per le ore con qualifiche particolari non sia esaurito (in questo caso le ore eccedenti devono essere rimborsate come ore standard, purché non siano superati i limiti di ore). Se però sono fatturate troppe ore con qualifiche particolari per diversi mesi, l'ufficio AI deve contattare l'assicurato ed eventualmente avviare una revisione.

Esempio 2

Un assicurato ha diritto a un contributo mensile per l'assistenza di 30 ore, di cui 20 ore standard e 10 con qualifiche particolari. A gennaio fattura 7 ore con qualifiche particolari. L'ufficio AI non reagisce. Tuttavia, se per diversi mesi sono fatturate sempre meno ore con qualifiche particolari ma più ore standard, l'ufficio AI deve verificare se il numero di ore con qualifiche particolari sia ancora giustificato ed eventualmente avviare una revisione.

- 6058 L'ufficio AI verifica che il numero di notti indicato dall'assicurato nella fattura mensile non superi quello fatturabile (considerata la riduzione, in caso di ricovero in ospedale, del numero di notti corrispondente) e che l'importo sia registrato correttamente.

- 6059 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 dichiara una fase acuta, ma non presenta alcun certificato medico. L'ufficio AI gli rimanda la fattura indicando che non potrà trattarla fintantoché non riceverà il certificato medico.

- 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 d'assicurato, 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 50 ore al mese. 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 50 ore.

- 6062 Le fatture per il contributo per l'assistenza devono essere contrassegnate come urgenti e inviate all'UCC in un plico contenente quanto segue:

- i pagamenti prioritari (eccezioni e contributo per l'assistenza);
- gli aiuti in capitale e le relative decisioni/comunicazioni;
- le fatture emesse in valuta estera;
- le fatture con sconti;
- le fatture dei nuovi organi di esecuzione o degli assicurati senza numero d'identificazione del fornitore (NIF).

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 (cfr. N. 9007).
- 6064 Gli uffici AI possono richiedere in qualsiasi momento i contratti di lavoro più recenti e i certificati salariali, per verificare se le ore indicate nella fattura e i servizi notturni, (compresa la disponibilità su chiamata) corrispondano a verità.
- 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 Il contributo per l'assistenza può ammontare a diverse migliaia di franchi al mese. Dato che non sempre dispone delle risorse necessarie per pagare i salari degli assistenti, l'assicurato può richiedere un anticipo.
- 6068 Poiché il contributo per l'assistenza stabilito nella decisione corrisponde al bisogno di aiuto complessivo, ma magari

l'assicurato assume un assistente solo per una parte di esso, l'anticipo non dovrebbe essere concesso solo in base alla decisione, in quanto il grado di incertezza sarebbe troppo elevato.

- 6069 L'anticipo è versato, su richiesta, entro il 15 del primo mese, 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 2012 un assicurato riceve una decisione che gli attribuisce un contributo per l'assistenza di 2500 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 2158 franchi ($30 \times 32.50 \text{ fr.} + 20 \% \times 42 \times 52 / 12 \times 32.50 \text{ fr.} = 2158 \text{ fr.}$). Se il secondo contratto di lavoro avesse stabilito un salario mensile di 1750 franchi, l'ufficio AI avrebbe potuto rimborsare al massimo un anticipo di 2500 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 (cfr. N. 9016 e 9018).
- 6073 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. Tuttavia, la richiesta può essere inoltrata solo nei primi

sei mesi e non è possibile in alcun caso effettuare più di tre versamenti.

- 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 Se un assicurato rinuncia al contributo per l'assistenza per un determinato periodo di tempo e successivamente ne fa nuovamente richiesta, l'anticipo va concesso una sola volta. Se è concesso un importo più elevato, può essere pagata la differenza come anticipo, analogamente a quanto avviene in caso di revisione (N. 6074).

Esempio

In occasione della prima richiesta viene accordato un contributo per l'assistenza di 20 ore. Si concede un anticipo di 20 ore. Dopo due anni l'assicurato rinuncia al contributo e ne fa nuovamente richiesta tre anni dopo. Il nuovo contributo per l'assistenza è pari a 30 ore al mese. Può essere concesso un anticipo di 10 ore.

7 Revisione e riconsiderazione

7.1 Revisione

7.1.1 In generale

Articolo 17 capoverso 2 LPGA

.. Ogni ... prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

- 7001 Alla modifica del contributo per l'assistenza si applicano per analogia le disposizioni vigenti per la modifica del diritto alla rendita (cfr. N. 4008 segg. e 5001 segg. CIGI; art. 17 cpv. 2 LPGA).

- 7002 La revisione ha lo scopo di adeguare una decisione alle mutate condizioni (motivo di revisione).
- 7003 La fissazione di una data di revisione al momento dell'assegnazione del contributo per l'assistenza non preclude la possibilità di svolgere una revisione prima del termine previsto, nel caso in cui le condizioni siano cambiate in anticipo. Anche i contributi per l'assistenza assegnati per via giudiziaria possono essere sottoposti a revisione se dopo la decisione interviene un motivo di revisione.
- 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 minorenni 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 protetti, centri diurni, istituti);
 - cambiamenti nella fruizione di prestazioni delle cure di base secondo la LAMal e di altre prestazioni dell'Al;
 - 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);
 - cambiamenti solo temporanei nel ricorso ai fornitori di prestazioni consueti (Spitex, istituzioni);
 - 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; cfr. N. 5033 CIGI);
 - valutazione diversa di fatti sostanzialmente invariati (RCC 1987 pag. 36).
- 7009 La privazione della libertà disposta da un'autorità non costituisce un motivo di revisione, bensì di sospensione (cfr. N. 9008 segg.). In questo caso le disposizioni sulla revisione non sono direttamente applicabili (DTF 116 V 20; RCC 1989 pag. 225, 1988 pag. 269).

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 (cfr. N. 9008).

7.1.4 Revisione su richiesta

Articolo 87 capoverso 2 OAI

Se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che ... il bisogno di aiuto ... è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni.

- 7013 L'ufficio AI avvia la procedura di revisione su richiesta se l'assicurato o altre persone legittimate (cfr. CPAI) inoltrano una domanda in forma scritta.
- 7014 Con la richiesta l'assicurato deve dimostrare la sussistenza di un motivo di revisione (RCC 1985 pag. 332, 1981 pag. 123). Se necessario, l'ufficio AI può richiedere all'assicurato dei mezzi di prova (p. es. un certificato medico).
- 7015 L'ufficio AI verifica se nella richiesta di revisione sono indicati motivi di revisione plausibili:

- se l'assicurato non fa valere alcun motivo di revisione plausibile, l'ufficio AI non entra nel merito della richiesta. Di conseguenza, non procede ad accertamenti ed emana una decisione di non entrata in materia (RCC 1985 pag. 332, 1984 pag. 364, 1983 pag. 382).
- Se l'assicurato fa valere motivi di revisione plausibili, l'ufficio AI entra nel merito della richiesta e procede agli accertamenti necessari per stabilire se la modifica delle condizioni adottata è effettivamente intervenuta e in che misura questa incida sul contributo per l'assistenza. L'ufficio AI emana quindi una decisione di approvazione o di rifiuto della richiesta (RCC 1984 pag. 364, 1983 pag. 386).

7.1.5 Revisione processuale

Articolo 53 capoverso 1 LPGA

Le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza.

- 7016 Se emergono fatti o mezzi di prova che possono cambiare la valutazione precedente, l'ufficio AI è tenuto a riconsiderare una decisione passata in giudicato (DTF 126 V 46). Questo vale per fatti rilevanti o mezzi di prova decisivi emersi dopo il passaggio in giudicato della decisione (DTF 126 V 24 consid. 4b) e che non potevano essere prodotti in precedenza. La revisione è obbligatoria, inoltre, se la decisione è stata influenzata da un delitto o da un crimine.

7.2 Effetti della revisione

7.2.1 In generale

- 7017 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, cfr. cap. 7.2.4). Se la revisione causa una riduzione del contributo per l'assistenza, non può essere chiesto il rimborso di eventuali prestazioni ricevute in eccedenza.

Esempio

Un assicurato riceve un contributo per l'assistenza di 1000 franchi al mese, ovvero 12 000 franchi all'anno. A maggio viene effettuata una revisione, che riduce il contributo per l'assistenza a 800 franchi al mese, ovvero 9600 franchi all'anno, a partire da luglio. La nuova decisione si applica da luglio a giugno dell'anno successivo. La prima decisione termina a giugno. Anche se per i mesi da gennaio a giugno l'assicurato fattura 8000 franchi (quindi più di 6/12 di 12 000 fr.), non è possibile chiedergli la restituzione delle prestazioni versate in eccesso (certezza del diritto).

7.2.2 Aumento del contributo per l'assistenza

Articolo 88^{bis} 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 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. 88a 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 protetto) 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 protetto. 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 88^{bis} 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 In linea di massima, devono essere adempiute le condizioni dell'articolo 88a capoverso 1 OAI.

Esempio

Un assicurato con una capacità limitata di esercitare i diritti civili percepisce un contributo per l'assistenza poiché esercita un'attività lucrativa nel mercato del lavoro primario. A maggio comunica all'ufficio AI che da giugno non lavorerà più e quindi non avrà più diritto al contributo per l'assistenza. Con deliberazione del 16 luglio 2012, l'ufficio AI gli comunica la soppressione del suo contributo per l'assistenza. La decisione di soppressione è inviata dall'ufficio AI il 29 agosto 2012 e notificata all'assicurato il 2 settembre 2012. Di conseguenza, il contributo per l'assistenza può essere soppresso il 1° novembre 2012.

- 7020 Questa regola si applica anche se il contributo per l'assistenza è ridotto o soppresso solo 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).
- 7021 Negli altri casi (trasferimento del domicilio all'estero, decesso, entrata in istituto, 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.
- 7022 La decisione di revisione che riduce o sopprime un contributo per l'assistenza stabilisce che è revocato l'effetto sospensivo a un eventuale ricorso («In virtù dell'articolo 97 LAVS in combinato disposto con l'articolo 66 LAI, è revocato l'effetto sospensivo a un ricorso interposto contro la presente decisione»). 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 88^{bis} 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 l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77.

- 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).
- 7025 Se l'assicurato non adempie l'obbligo di informare e beneficia quindi indebitamente di prestazioni dell'AI, deve restituire tali prestazioni (art. 25 LPGA, art. 2–5 OPGA). L'ufficio AI stabilisce mediante decisione l'importo indebitamente percepito da restituire (art. 3 OPGA). In linea di massima, sono soggette all'obbligo di restituzione le prestazioni percepite indebitamente fino alla comunicazione tardiva delle mutate condizioni. Non devono invece essere rimborsate le prestazioni percepite dopo la comunicazione (Pratique VSI 1994 pag. 38).
- 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 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 decisione.

7.3 Riconsiderazione

7.3.1 In generale

Articolo 53 capoversi 2 e 3 LPGA

² *L'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza.*

³ *L'assicuratore può riconsiderare una decisione o una decisione su opposizione, contro le quali è stato inoltrato ricorso, fino all'invio del suo preavviso all'autorità di ricorso.*

- 7029 Una riconsiderazione si prefigge di rettificare una decisione manifestamente errata passata in giudicato. Contrariamente alla revisione, la riconsiderazione non presuppone un cambiamento importante della situazione determinante per il diritto alle prestazioni (cfr. Circolare sul contenzioso; RCC 1987 pag. 36, 1985 pagg. 58 e 332, 1980 pag. 58, 1963 pag. 273).
- 7030 Oltre alla manifesta erroneità della prima decisione, per una riconsiderazione è necessario che la rettifica sia di importanza rilevante e che la decisione non sia già stata giudicata da un tribunale.
- 7031 Il fatto che una modifica delle direttive amministrative abbia introdotto condizioni di diritto più restrittive non costituisce un motivo di riconsiderazione (RCC 1982 pag. 252; cfr. N 4006 CIGI). Non giustifica una riconsiderazione neppure una modifica della prassi giudiziaria (RCC 1974 pag. 447 consid. 4.b). Lo stesso vale se la valutazione delle condizioni di diritto materiali appare difendibile secondo la prassi giuridica in vigore al momento della decisione: in questo

caso l'ipotesi della manifesta erroneità è scartata (9C-587/2010). L'articolo 7b capoverso 2 lettera c LAI non costituisce un motivo a se stante per ritornare su una decisione passata in giudicato. Una tale decisione deve invece essere dapprima annullata mediante riconsiderazione o revisione prima che si ponga eventualmente la questione del sanzionamento dell'assicurato (DTF 138 V 63 consid. 4.3).

- 7032 L'ufficio AI decide a propria discrezione se procedere o meno a una riconsiderazione. Il tribunale non può costringerlo, l'UFAS invece sì (art. 64 LAI).

7.3.2 Riconsiderazione a favore dell'assicurato

Articolo 88^{bis} capoverso 1 lettera c OAI

L'aumento ... del contributo per l'assistenza avviene al più presto:

- c. se viene constatato che la decisione dell'ufficio AI, sfavorevole all'assicurato, era manifestamente errata, a partire dal momento in cui il vizio è stato scoperto.*

- 7033 Se si constata che una decisione dell'ufficio AI sfavorevole all'assicurato era manifestamente errata, il contributo per l'assistenza è aumentato o versato dal primo giorno del mese in cui il vizio è scoperto. Il vizio è considerato scoperto già dal momento in cui risulta plausibile o probabile dalle verifiche dell'amministrazione e non solo da quando è stabilito con certezza (RCC 1985 pag. 235).

7.3.3 Riconsiderazione a sfavore dell'assicurato

Articolo 85 capoverso 2 OAI

Quando una prestazione deve essere ridotta o soppressa in seguito al riesame dei diritti dell'assicurato, la modificazione corrispondente è valida soltanto a partire dal mese seguente la nuova decisione. Per le rendite, l'assegno per grandi invalidi e il contributo per l'assistenza è applicabile l'articolo 88^{bis} capoverso 2.

Articolo 88^{bis} capoverso 2 OAI

La riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o 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;*
- b. retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77.*

7034 Se l'amministrazione ha effettuato una valutazione manifestamente errata, le prestazioni devono essere rettificate soltanto per il futuro. In questo caso il contributo per l'assistenza va ridotto o soppresso dal primo giorno del secondo mese seguente la notifica della nuova decisione (art. 85 cpv. 2 e art. 88^{bis} cpv. 2 lett. a OAI; RCC 1980 pag. 120). È fatto salvo il caso della violazione dell'obbligo di informare da parte dell'assicurato.

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 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. 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 LPGGA

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 art. 43 cpv. 2 LPGGA). Deve sottoporsi, per esempio, agli esami medici necessari o all'accertamento sul posto (RCC 1967 pag. 255; cfr. N. 7014.1 CIGI).

- 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 pag. 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 protetto, 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 dimensione 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;
- 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. 7b cpv. 2 lett. b LAI) e ne può essere richiesta la restituzione.

8.4 Obblighi del datore di lavoro

8007 L'assicurato o il suo rappresentante legale è il datore di lavoro degli assistenti. Ciò comporta determinati obblighi. Gli obblighi del datore di lavoro sono disciplinati negli articoli 322 – 330a CO.

8008 Non spetta all'AI controllare l'osservanza di questi obblighi. Prima di effettuare il primo versamento del contributo per l'assistenza, l'ufficio AI richiede tuttavia 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.

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).
- 9003 L'ufficio AI accerta d'ufficio se sono soddisfatte le condizioni per una sospensione o un rifiuto.

9.1 Procedura di diffida e termine di riflessione

- 9004 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; cfr. anche CPAI). La diffida e la fissazione di un termine di riflessione adeguato, accompagnate dall'indicazione delle conseguenze in caso di inadempienza (sospensione o rifiuto delle prestazioni, decisione in base agli atti o decisione di non entrata in materia); avvengono sotto forma di comunicazione senza indicazione dei rimedi giuridici (RCC 1983 pag. 330). Sono possibili deroghe nei casi previsti dall'articolo 7b capoverso 2 LAI.
- 9005 Se l'assicurato non risponde al richiamo entro la data stabilita, al termine della procedura di preavviso l'ufficio AI emana una decisione come annunciato nella diffida.

- 9006 Nella decisione occorre revocare l'effetto sospensivo a un eventuale ricorso.

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 di 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 Se l'assicurato si trova in ospedale, il contributo per l'assistenza è sospeso per il periodo del ricovero. Se del caso, continua ad essere versato in virtù dell'articolo 39h capoverso 2 OAI.
- 9014 Nei casi previsti ai numeri 9008 – 9013 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 Se l'assicurato non adempie i propri obblighi legali nei confronti degli assistenti o dell'assicurazione, dopo la procedu-

ra di diffida e allo scadere del termine di riflessione l'ufficio AI può rifiutargli il versamento del 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. 88^{bis} cpv. 2 lett. b OAI).

10 Coordinamento con altre prestazioni

10.1 Coordinamento con l'assicurazione militare o contro gli infortuni

- 10001 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 in-

validi dell'Al. 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.

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 LPG), 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 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 Al in caso di mancata osservanza dei suddetti obblighi. Dopo una procedura di diffida e allo scadere del termine di riflessione impartito, l'ufficio Al può sospendere o rifiutare il contributo per l'assistenza.
- 10004 Se in primavera l'ufficio Al 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 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 in età AVS. L'ufficio Al 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 dell'ordinanza sulle prestazioni (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 LA-Mal, al fine di evitare il rischio di un doppio rimborso.
- 10008 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 84a LAMal.
- 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 d'assicurato 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 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.
- 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 2012 un assicurato si iscrive all'ufficio AI. Il 17 ottobre 2012 riceve una decisione che gli attribuisce un contributo per l'assistenza di 2500 franchi al mese dal maggio 2012. 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 2012	2000 fr.
Giugno 2012	2400 fr.
Luglio 2012	1200 fr. + 800 fr. obbligo di continuare a versare il salario
Agosto 2012	1400 fr.
Settembre 2012	3800 fr.
Ottobre 2012	2600 fr.

Il 15 novembre 2012 l'ufficio PC inoltra la richiesta di compensazione seguente:

Maggio 2012	2500 fr.
Giugno 2012	1400 fr.
Luglio 2012	2200 fr.
Agosto 2012	1800 fr.
Settembre 2012	3800 fr.
Ottobre 2012	2300 fr.

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

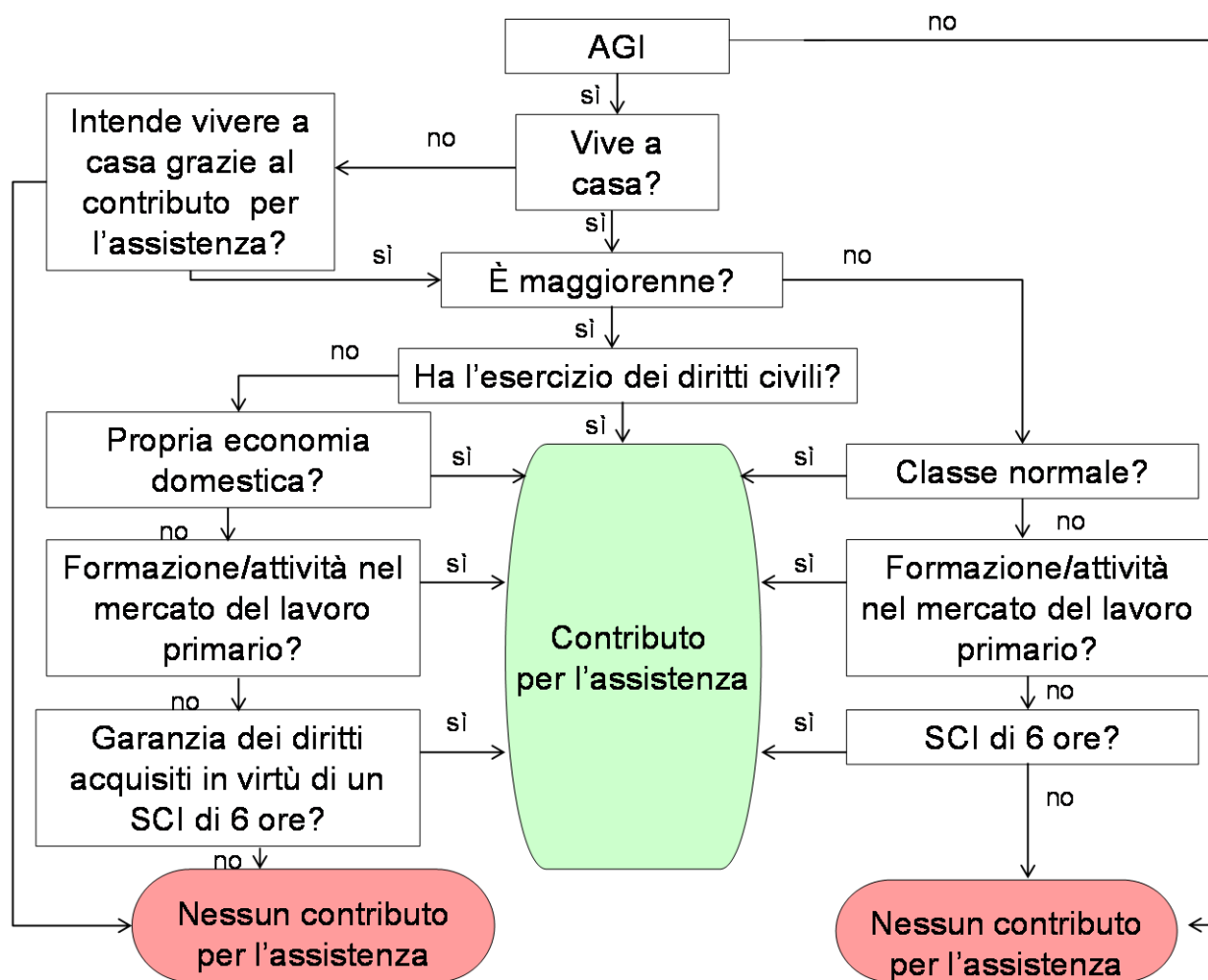
Maggio 2012	2000 fr. pagamento diretto all'ufficio PC
Giugno 2012	1400 fr. pagamento diretto all'ufficio PC
	1000 fr. pagamento diretto all'assicurato
Luglio 2012	1200 fr. pagamento diretto all'ufficio PC
	800 fr. pagamento diretto all'ufficio PC
Agosto 2012	1400 fr. pagamento diretto all'ufficio PC
Settembre 2012	3750 fr. pagamento diretto all'ufficio PC (max. 150 % del contributo per l'assistenza mensile)
Ottobre 2012	2300 fr. pagamento diretto all'ufficio PC
	300 fr. 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 e misure transitorie

11001 La presente circolare entra in vigore il 1° gennaio 2012.

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

Fonte: <http://www.kmu.admin.ch/themen/00208/00225/00227/index.html?lang=it>

Allegato 3 – Tabella degli intervalli di tempo per livello e ambito

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	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
Lavoro, attività di pubblica utilità, accudimento di bambini, 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 poche notti	Almeno 4 volte a settimana/16 notti al mese	Almeno 1 volta ogni notte	Almeno 2 ore ogni notte
Tempo	0 min./giorno	12 min./giorno	36 min./giorno	60 min./giorno	96 min./giorno
Forfait	0 fr.	10.95 fr.	32.80 fr.	54.65 fr.	87.40 fr.

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

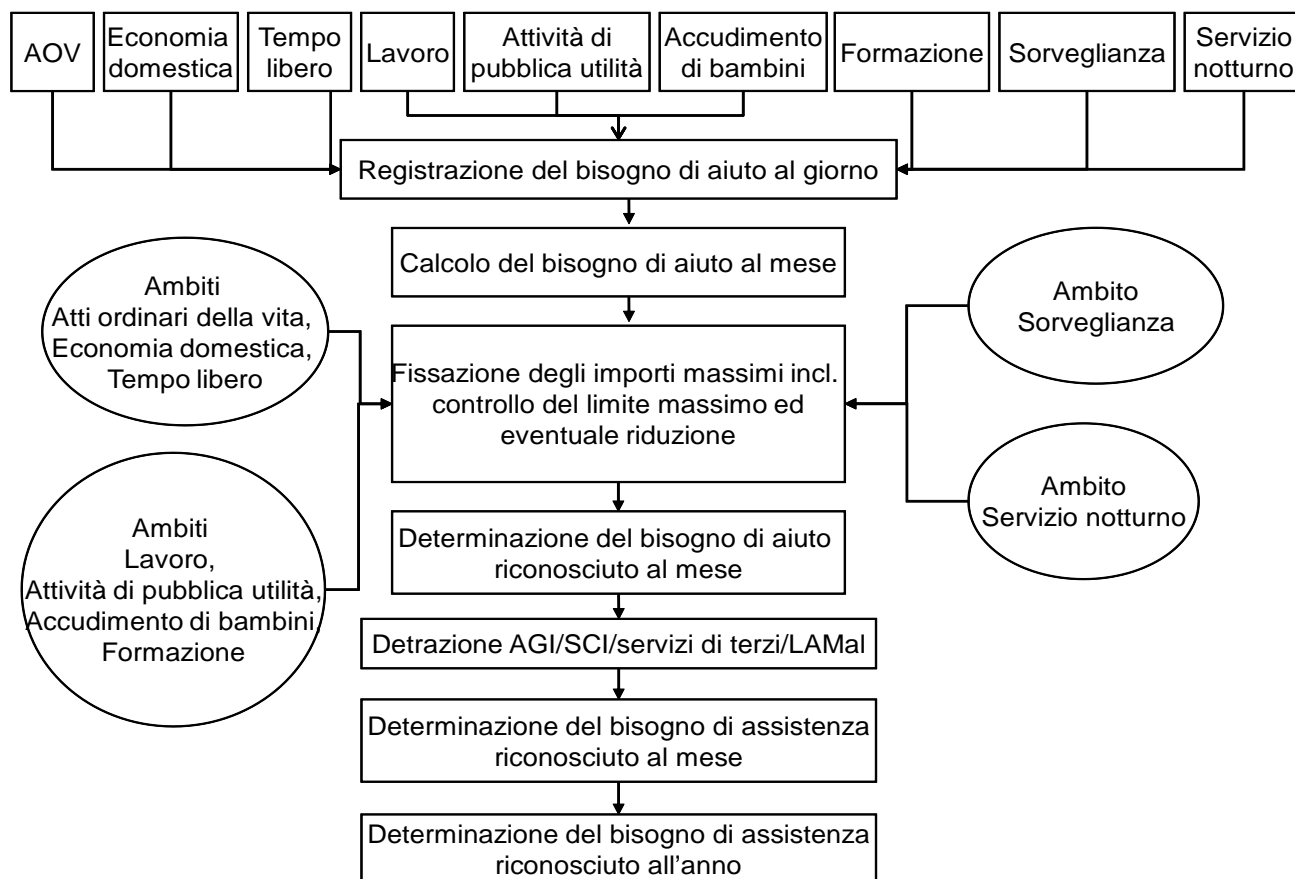
Nota: se sussiste un bisogno di aiuto dovuto all'invalidità, gli uffici AI devono applicare la stessa classificazione in livelli utilizzata per gli adulti, anche se il bisogno di aiuto dipende in parte dall'età. Il FAKT tiene automaticamente conto della riduzione corrispondente a seconda della fascia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



Allegato 6 – Procedura del contributo per l'assistenza

