



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Circolare sulla statistica delle infermità e delle prestazioni (CSIP)

Valida dal 1° gennaio 2008

Stato: 1° gennaio 2017

318.108.03 i

01.17

¹⁷Modifiche al 1° gennaio 2017

- N. 19 adeguamento: soppressione del riferimento N. 31.2.
N. 31.2 soppresso

3.6 Piano d'integrazione [soppresso]

- N. 82-86 La rilevazione statistica del “piano d'integrazione” viene soppressa.

¹⁶Modifiche al 1° gennaio 2016

- N. 32 adeguamento: nuovi codici di prestazione per i provvedimenti sanitari (codice 301 e 302). Il soppresso articolo 11 LAI non viene più menzionato.
- N. 34 adeguamento: nuovi codici di prestazione per i provvedimenti sanitari (codice 301 e 302).

6. Allegato

Esempi: adeguamento: nuovi codici di prestazione per i provvedimenti sanitari (codice 301 e 301) e modificazione di un esempio.

¹³Modifiche al 1° gennaio 2013

- N. 42.03 rettifica del rimando al N. della CRIT;
aggiunta al titolo 3.3 di «...nonché revisioni di rendite e di assegni per grandi invalidi»;
aggiunta al titolo 3.3.1 di «...e revisioni»;
- N. 48.1 aggiunta di «articolo 9 OMAI»;
- N. 48.2 rinvio all'OMAI invece che alla CMAI;
- N. 60 aggiunta di «in caso di nuove prestazioni e di aumenti o riduzioni di prestazioni già concesse»;
- N. 60.1 nuovo;
- N. 60.2 nuovo;
- N. 61 aggiunta del riferimento alle revisioni;
- N. 67 rettifica del rimando all'articolo dell'OAI.

¹²Modifiche al 1° gennaio 2012

All'elenco delle abbreviazioni vengono aggiunte le sigle CCA Circolare sul contributo per l'assistenza (318.507.26) e CRIT Circolare sul rilevamento e sull'intervento tempestivo (318.507.22), la sigla «SAM» viene cancellata;

- N. 4 sostituzione dell'espressione «numero AVS» con «numero d'assicurato»
- N. 6 aggiunta dei moduli 001.006 e 001.007 per le richieste di contributi per l'assistenza;
- N. 10.1 nuovo;
- N. 16 *19° trattino*: aggiunta di «codice supplementare per prestazioni ai sensi dell'articolo 8a LAI»;
- N. 31 *1° trattino*: sostituzione dell'espressione «accertamenti SAM» con «perizie mediche pluridisciplinari»,
3° trattino: sostituzione dell'espressione «accertamenti SAM» con «perizie mediche pluridisciplinari»;
- N. 31.1 *1° trattino*: sostituzione dell'espressione «accertamenti SAM» con «perizie mediche pluridisciplinari»,
3° trattino: sostituzione dell'espressione «accertamenti SAM» con «perizie mediche pluridisciplinari»;
- N. 31.2 sostituzione dell'espressione «accertamenti SAM» con «perizie mediche pluridisciplinari»;
- N. 35 sostituzione dell'espressione «accertamenti SAM» con «perizie mediche pluridisciplinari»;
- N. 41.21 nuovo;
- N. 41.4 adeguamento ai nuovi codici relativi alla fase successiva a quella dell'intervento tempestivo;
- N. 42.01 adeguamento ai nuovi codici relativi alla fase successiva a quella dell'intervento tempestivo;
- N. 42.02 nuovo;
- N. 42.03 nuovo;
aggiunta al titolo 3.2.6.4 di «...e reintegrazione dei beneficiari di una rendita (art. 8a LAI)»;
- N. 42.55 nuovo,
nuovo titolo 3.2.6.6 Contributo per l'assistenza (art. 42quater segg. LAI);
- N. 48.3 nuovo;
- N. 48.4 nuovo,

- aggiunta al titolo 3.2.6.7 di «... e diritti acquisiti relativi al contributo per l'assistenza»;
- N. 50.1 nuovo;
nuovo titolo 3.2.6.8;
- N. 51.1 nuovo;
- N. 51.2 nuovo;
adeguamento del titolo 3.2.6.9;
- N. 53 aggiunta di «comunicazione»;
- N. 53.1 nuovo;
nuovo titolo 3.2.6.10;
- N. 54.1 nuovo;
- N. 59.1 adeguamento: «(codici 671–673)»;
- N. 59.3 nuovo;
- N. 61 9° trattino: aggiunta di «dopo la revisione»,
10° trattino: aggiunta di «dopo la revisione»,
17° trattino: nuovo,
18° trattino: nuovo,
19° trattino: nuovo,
20° trattino: nuovo;
- N. 65 aggiunta del riferimento alle revisioni di rendita;
- N. 66 aggiunta del riferimento alle revisioni dell'assegno per grandi invalidi;
- N. 67.2 aggiunta di «reddito determinante senza invalidità» e «reddito da attività lucrativa» (v. N. 67.27), nonché del riferimento alle revisioni di rendita
- N. 67.21 nuovo;
- N. 67.22 nuovo;
- N. 67.23 nuovo;
- N. 67.24 nuovo;
- N. 67.25 nuovo;
- N. 67.26 nuovo;
- N. 67.27 nuovo;
- N. 67.28 nuovo;
- N. 67.29 nuovo;
- N. 67.30 nuovo;
- N. 67.31 nuovo;
- N. 83 1° *trattino*: adeguamento dei codici,
2° *trattino*: adeguamento dei codici;
- N. 85 1° *trattino*: adeguamento dei codici,
2° *trattino*: adeguamento dei codici,

- N. 88 6° *trattino*: aggiunta di «lavoro a titolo di prova» e
 «assegno per il periodo d'introduzione»;
 1° *trattino*: aggiunta di «tranne nel caso del codice di
prestazione 595»;
- N. 90 3° *trattino*: adeguamento dei codici,
 4° *trattino*: nuovo;
- N. 93 1° *trattino*: adeguamento dei codici,
 2° *trattino*: adeguamento dei codici,
 4° *trattino*: 2° periodo nuovo,
 5° *trattino*: nuovo.

¹¹Modifiche al 1° gennaio 2011

Osservazione preliminare

Nella precedente versione della CSIP (stato: 1° gennaio 2009) alcuni numeri marginali erano stati assegnati due volte in capitoli diversi; pertanto si è proceduto a una nuova assegnazione dei numeri a partire dal N. 75.

- N. 1 aggiunta del riferimento all'articolo 64a LAI; sostituzione dell'articolo 92bis OAI con gli articoli 50 segg. OAI;
- N. 2 *1° trattino:* aggiunta di «(rilevamento tempestivo)»;
- N. 6 soppressione di «001.100 Formulario di notifica per adulti», in quanto non comporta automaticamente una richiesta di prestazioni;
- N. 9 adeguamento redazionale;
- N. 19 *3° trattino:* aggiunta del rimando al N. 31.2;
- N. 28 *1° trattino:* adeguamento redazionale (sostituzione dell'espressione «spese di viaggio» con «spese di trasporto»);
- N. 29 nuova formulazione per contrasto parziale con il N. 28;
- N. 31 *3° trattino:* nuova formulazione, perché il codice 297 è applicato, oltre che alle perizie e agli accertamenti SAM, anche a tutte le altre perizie mediche e a tutti gli altri accertamenti medici;
- N. 31.2 nuova formulazione, perché il codice 297 è applicato, oltre che alle perizie e agli accertamenti SAM, anche a tutte le altre perizie mediche e a tutti gli altri accertamenti medici;
- N. 34 nell'elenco dei mezzi ausiliari aggiunta di «occhiali» e del rimando alla lettera circolare UFAS N. 253;
- N. 36 adeguamento redazionale dovuto alla soppressione del codice 440/490 (attività in un laboratorio protetto) è stato soppresso;
- N. 40.1 nuovo, perché i codici 425/475 sono stati riformulati;
- N. 41 adeguamento redazionale;
- N. 41.2 adeguamento redazionale e aggiunta del rimando all'assegnazione di un codice nella fase dell'intervento tempestivo;

- N. 41.4 adeguamento redazionale ai nuovi codici 548/549 e aggiunta del rimando all'assegnazione di un codice nella fase dell'intervento tempestivo;
- N. 42.01 aggiunta del rimando all'assegnazione di un codice nella fase dell'intervento tempestivo;
- N. 42.51 adeguamento redazionale;
- N. 48 aggiunta del rimando alla lettera circolare UFAS n. 253;
- N. 59 aggiunta del rimando all'eccezione;
- N. 67 adeguamento redazionale;
- N. 67.3 nuovo;
- N. 70 *6° trattino*: aggiunta di «o di conclusione»;
- N. 72 aggiunta di «in ambito AI o AVS»;
- N. 76 nuovo;
- N. 80 (ex N. 75.04) correzione: il codice (sbagliato) 6 è sostituito con il 7 (corretto);
- N. 81 (ex N. 75.05) aggiunta del riferimento all'articolo art. 3b LAI;
- N. 84 (ex N. 75.12) soppresso, perché il codice 440/490 è stato soppresso;
- N. 88 (ex N. 75.51) adeguamenti redazionali, *5° trattino*: nuovo (codice di rifiuto 02), *6° trattino*: nuovo (codice di rifiuto 60);
- N. 89 (ex N. 75.52) soppresso, perché il codice 440/490 è stato soppresso;
- N. 90 (ex N. 75.53) *3° trattino*: nuovo «provvedimenti d'intervento tempestivo», *4° trattino*: nuovo; spiegazione dei codici di rifiuto;
- N. 93 (ex N. 75.1) nuova formulazione e aggiunta di «funzioni/professioni esercitate/formazione più elevata conseguita» nonché elenco di quanto rientra fra i provvedimenti professionali;
- N. 96 (ex N. 75.4) soppresso, perché inserito nel N. 93;
- N. 97 (ex N. 75.5) ridimensionato, perché si rinuncia al rilevamento dei frontalieri a livello settoriale;
- N. 98 nuovo N. in sostituzione dei N. 99/100/101 (ex 75.6/75.7/75.8);
- N. 99 (ex N. 75.6) soppresso, perché inserito nel N. 98;
- N. 100 (ex N. 75.7) soppresso, perché inserito nel N. 98;
- N. 101 (ex N. 75.8) soppresso, perché inserito nel N. 98;

- N. 102 (ex N. 75.9) nuova formulazione; pertanto i N. 99/100/101 (ex N. 75.6/75.7/75.8) risultano obsoleti;
N. 104 (ex N. 75.11) aggiunta di «funzioni» e «professioni esercitate».

I seguenti numeri sono stati adeguati solo a livello redazionale:

10, 11, 12, 18, 21, 22, 23, 26, 30, 31.1, 35, 41.1, 42.52, 42.53, 51, 61, 73, 74.1, 74.2, 74.3, 75, 83 (ex 75.11), 85 (ex 75.13).

Ai seguenti numeri è stato aggiunto «giornalmente»:

5, 17, 62, 71, 79 (ex 75.03), 86 (ex 75.14).

I seguenti numeri marginali sono stati adeguati alle nuove denominazioni ufficiali delle professioni:

37, 38, 39, 40.

10 Modifiche al 1° gennaio 2009

- N. 6 *6° trattino*: nuovo «Formulario di notifica per adulti: rilevamento tempestivo (001.100)»; modifiche redazionali;
- N. 10 nuova formulazione; rimando al numero 6;
- N. 31.2 aggiunta al codice 297 di «Perizie mediche mono- e bidisciplinari»
- N. 33 *1° trattino*: aggiunta al codice 305 di «Provvedimento sanitario/donazioni da donatore vivente»;
- N. 41.5 nuovo; codifica dei provvedimenti d'integrazione in caso di riscossione di indennità giornaliera per il periodo d'attesa;
- N. 42.54 nuovo; i codici 588 e 589 possono essere assegnati solo in collegamento con il codice 587.

Indice

Abbreviazioni.....	14
1. Scopo.....	16
2. Campo d'applicazione	16
3. Ambiti statistici	16
3.1 Richieste di prestazioni	16
3.1.1 Frequenza delle notifiche; notifica all'UCC	17
3.1.2 Definizione dei dati.....	17
3.2 Decisioni/comunicazioni su provvedimenti individuali.....	19
3.2.1 Frequenza delle notifiche; notifica all'UCC	20
3.2.2 Codifica dell'infermità, della disfunzione e della prestazione	20
3.2.3 Codice d'infermità	21
3.2.4 Codice di disfunzione	22
3.2.5 Codice di prestazione.....	22
3.2.6 Determinazione del codice di prestazione	23
3.2.7 Procedura	29
3.2.8 Decisioni/comunicazioni relative ai provvedimenti d'accertamento	30
3.2.9 Assegno per grandi invalidi e supplemento per cure intensive destinati a minorenni	30
3.3 ¹³ Delibere relative alle rendite e agli assegni per grandi invalidi destinati ad assicurati maggiorenni nonché revisioni di rendite e di assegni per grandi invalidi.....	31
3.3.1 ¹³ Comunicazione all'UCC di una delibera relativa alla rendita o all'assegno per grandi invalidi per assicurati maggiorenni e revisioni	31
3.3.2 Frequenza delle notifiche; notifica all'UCC	32
3.3.3 Definizione dei dati.....	32
3.3.4 Decisioni relative alle rendite e agli assegni per grandi invalidi destinati a maggiorenni	35
3.4 Rifiuto della richiesta di prestazioni e conclusione della procedura.....	35
3.4.1 Frequenza delle notifiche; notifica all'UCC	36
3.4.2 Definizione dei dati.....	36
3.4.3 Altre modalità di conclusione della procedura	36
3.4.4 Rifiuti plurimotivati	37
3.5 Comunicazione (rilevamento tempestivo).....	37

3.5.1	Modulo	37
3.5.2	Definizione dei dati.....	37
3.6	Piano d'integrazione [sopresso]	38
3.7	Decisione di principio	38
3.8	Settori/funzioni/professioni esercitate/formazione più elevata conseguita	39
3.8.1	Frequenza delle notifiche; notifica all'UCC	40
3.8.2	Definizione dei dati.....	40
4.	Notifica dei dati all'UCC.....	41
4.1	Frequenza delle notifiche	41
4.2	Notifica all'UCC	41
4.3	Trattamento delle segnalazioni dell'UCC.....	41
5.	Entrata in vigore e disposizioni transitorie	42
6.	Allegato.....	43

Abbreviazioni

AD	Assicurazione contro la disoccupazione
art.	articolo
AVS	Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
cpv.	capoverso
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 25 giugno 1982 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (RS 830.1)
CAP	Centro di accertamento professionale dell'AI
OIC	Ordinanza del 9 dicembre 1985 sulle infermità congenite (RS 831.232.21)
AGI	Assegno per grandi invalidi
OMAV	Ordinanza del 28 agosto 1978 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per la vecchiaia (RS 831.135.1)
OMAI	Ordinanza del DFI del 29 novembre 1976 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per l'invalidità (RS 831.232.51)
CCA ¹²	Circolare sul contributo per l'assistenza (318.507.26)
CRIT ¹²	Circolare sul rilevamento e sull'intervento tempestivo (318.507.22)
CSIP	Circolare sulla statistica delle infermità e delle prestazioni (318.108.03)
AI	Assicurazione invalidità
LAI	Legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (RS 831.20)

UAI	Ufficio dell'assicurazione invalidità (ufficio AI)
OAI	Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (RS 831.201)
N.	Numero marginale
p. es.	per esempio
seg.	seguinte
segg.	seguinti
v.	vedi
UCC	Ufficio centrale di compensazione
001.001	Numero di formulario catalogo dei testi

1. Scopo

- 1¹¹ La CSIP disciplina la rilevazione dei dati necessari per la vigilanza sull'AI e sull'AVS. Le basi legali sono costituite dagli articoli 76 e 77 LPGGA, 72 LAVS, 64 e 64a LAI nonché dagli articoli 50 segg. OAI.

2. Campo d'applicazione

- 2¹¹ La presente circolare è applicabile alle prestazioni concesse o rifiutate nei seguenti ambiti:
- comunicazioni all'AI (rilevamento tempestivo);
 - richieste relative alle prestazioni dell'AI/AVS;
 - decisioni/comunicazioni relative ai provvedimenti d'integrazione dell'AI;
 - decisioni/comunicazioni relative ai provvedimenti d'intervento tempestivo dell'AI;
 - decisioni/comunicazioni relative ai mezzi ausiliari dell'AVS;
 - decisioni/comunicazioni relative ai provvedimenti d'accertamento;
 - comunicazione della delibera concernente la rendita d'invalidità e l'assegno per grandi invalidi dell'AI;
 - comunicazione della delibera concernente l'assegno per grandi invalidi dell'AVS;
 - rifiuto di prestazioni.

3. Ambiti statistici

3.1 Richieste di prestazioni

- 3 I dati sono rilevati sotto forma di codici al momento della registrazione della richiesta.
- 4¹² Riguardo alle richieste vanno notificati i seguenti dati:
- codice dell'ufficio AI competente;
 - numero d'assicurato completo;
 - data della richiesta;

- domicilio della persona assicurata
Svizzera = NPA,
Estero = codice secondo l'elenco degli Stati;
- assicurazione;
- modulo;
- prima richiesta;
- riscossione di indennità giornaliera dell'AD (negli ultimi tre anni).

3.1.1 Frequenza delle notifiche; notifica all'UCC

5¹¹ Ai sensi dei N. 106 segg. le notifiche vanno effettuate giornalmente.

3.1.2 Definizione dei dati

3.1.2.1 Richiesta

6^{10/11/12} Si tratta di una richiesta di prestazioni se all'ufficio AI viene inoltrato uno dei seguenti moduli:

- 001.001 Richiesta per adulti: integrazione professionale/rendita
- 001.002 Richiesta per adulti: mezzi ausiliari dell'AI
- 001.003 Richiesta per minorenni relativa a provvedimenti sanitari fino al compimento dei 20 anni di età
- 001.004 Richiesta per adulti: assegno per grandi invalidi AI
- 001.005 Richiesta per minori: assegno per grandi invalidi AI
- 001.006 Richiesta per adulti: contributo per l'assistenza dell'AI
- 001.007 Richiesta per minorenni: contributo per l'assistenza dell'AI
- 009.001 Richiesta: mezzo ausiliario dell'AVS
- 009.002 Richiesta: assegno per grandi invalidi AVS. Se la richiesta è presentata in altra forma (p. es. per via telefonica), la sua ricezione va annotata negli atti e la data segnata per analogia ai sensi del N. 7.

3.1.2.2 Data di ricezione

- 7 Gli uffici AI notificano la data di ricezione del modulo.
- 8 La data di presentazione di uno scritto che non soddisfa le esigenze formali o di un modulo sbagliato è considerata quale data determinante di deposito della richiesta, a condizione che venga poi rispettato il termine supplementare concesso per la rettifica della richiesta.

3.1.2.3 Assicurazione

- 9¹¹ Occorre specificare se si tratti di una richiesta di prestazioni AI o AVS.

3.1.2.4 Tipo di richiesta

- 10^{10/11} Occorre indicare quale modulo (N. 6) è stato inoltrato.
- 10.1¹² A partire dal 1° gennaio 2012 il numero identificativo del modulo di richiesta ai sensi del N. 10 va indicato esclusivamente nel campo 22 del record 73 (v. N. 105 segg.).

3.1.2.5 Prima richiesta

- 11¹¹ Le prime richieste sono rilevate con il codice 1 (eccezione: frontalieri; v. N. 12). Si tratta di una prima richiesta se la persona assicurata dichiara di non avere mai fatto richiesta di prestazioni dell'AI in precedenza e/o
- secondo i dati disponibili in Telezas e/o Sumex, fino a quel momento non sono mai state versate prestazioni e/o
 - fino a quel momento non sono state emanate decisioni, comunicazioni o delibere.
- Se in precedenza è stata inoltrata una comunicazione ai sensi dell'articolo 3b LAI (rilevamento tempestivo), quest'ultima va registrata come prima richiesta.

- 12¹¹ I frontalieri che non hanno mai fatto richiesta di prestazioni AI ai sensi del N. 11 vanno rilevati con il codice 2.

3.1.2.6 Riscossione di indennità giornaliera dell'AD

- 13 La riscossione di indennità giornaliera va indicata soltanto se la richiesta è stata inoltrata mediante il modulo Richiesta per adulti: integrazione professionale/rendita (001.001). Se dal campo 5.9 risulta la riscossione di indennità giornaliera nel corso dei tre anni precedenti, va indicato il periodo di disoccupazione. In caso di dubbio, questo dato va verificato appositamente.
- 14 In presenza di periodi di disoccupazione sia totale che parziale, occorre indicare «disoccupazione totale» (codice 2).

3.2 Decisioni/comunicazioni su provvedimenti individuali

- 15 I dati sono rilevati sotto forma di codici al momento dell'elaborazione della decisione/comunicazione.
- 16¹² Riguardo alla decisione/comunicazione devono essere notificati i seguenti dati:
- codice dell'ufficio AI competente;
 - numero della decisione;
 - numero d'assicurato completo;
 - data della decisione/comunicazione;
 - data della richiesta;
 - domicilio della persona assicurata
Svizzera = NPA,
Estero = codice secondo l'elenco degli Stati;
 - numero identificativo delle prestazioni o del fornitore di prestazioni;
 - visto del collaboratore / della collaboratrice competente dell'UAI;
 - codice d'infermità;
 - codice di disfunzione;
 - codice di prestazione;
 - prestazione secondo tariffa (se nota);

- numero identificativo del fornitore di prestazioni (se noto);
- validità da (data);
- validità fino a (data, se prevedibile);
- limite massimo;
- codice della validità della prestazione;
- status della decisione;
- codice supplementare per prestazioni ai sensi dell'articolo 8a LAI.

3.2.1 Frequenza delle notifiche; notifica all'UCC

17¹¹ Ai sensi dei N. 106 segg. le notifiche vanno effettuate giornalmente.

3.2.2 Codifica dell'infermità, della disfunzione e della prestazione

18¹¹ Vengono codificati i seguenti dati:

- Il tipo di infermità mediante il codice d'infermità a tre cifre
- Il tipo di disfunzione mediante il codice di disfunzione a due cifre
- La prestazione concessa mediante il codice di prestazione a tre cifre

19^{11/17} Vengono assegnati i seguenti codici:

- decisioni/comunicazioni relative ai provvedimenti d'integrazione dell'AI: tutti e tre i codici
- Decisioni/comunicazioni agli assicurati relative ai mezzi ausiliari dell'AVS
 - se si tratta di una prima consegna dopo il raggiungimento dell'età di pensionamento AVS: solo il codice di prestazione
 - in caso di consegna in virtù della garanzia dei diritti acquisiti (art. 4 OMAV): tutti e tre i codici
- Decisioni/comunicazioni relative ai provvedimenti di accertamento: di regola solo il codice di prestazione; tuttavia, se al momento della concessione del provvedimento il tipo di infermità e della disfunzione sono noti, vengono assegnati tutti e tre i codici.

3.2.3 Codice d'infermità

3.2.3.1 Considerazioni generali

- 20¹¹ L'elenco dei codici d'infermità comprende, nella prima parte, i codici delle infermità congenite e, nella seconda, i codici delle malattie e degli infortuni.
- 21¹¹ I codici delle infermità congenite 101–499 corrispondono ai numeri dell'elenco delle infermità congenite (Allegato dell'OIC).
- 22¹¹ I codici 501–599 sono riservati alle infermità congenite non contenute nell'OIC e vanno utilizzati per la codifica delle decisioni/comunicazioni relative a provvedimenti professionali, mezzi ausiliari o rendite e assegni per grandi invalidi.
- 23¹¹ Occorre tenere presente che l'utilizzo dei codici delle infermità congenite non è limitato agli assicurati fino al compimento dell'età di 20 anni (v. N. 26).
- 24 L'elenco delle malattie e degli infortuni contenuto nella seconda parte è esaustivo. Per ogni infermità va specificato se è insorta in seguito a malattia o infortunio. L'elenco presenta pertanto una doppia colonna di codici: ogni infermità è provvista di due codici, nonostante alcune non siano mai dovute a infortunio o lo siano solo raramente.

3.2.3.2 Determinazione dei codici d'infermità

- 25 Ogni decisione/comunicazione deve recare il codice dell'infermità determinante per la concessione della prestazione del caso.
- 26¹¹ I codici delle infermità vanno utilizzati anche per gli adulti che, in qualità di assicurati, hanno percepito prestazioni dell'AI per le infermità in questione fino al compimento dell'età di 20 anni. Se tuttavia una prestazione per

un'infermità congenita contenuta nell'OIC è concessa all'assicurato per la prima volta in età adulta, va selezionato sempre un codice figurante nella seconda parte dell'elenco dei codici delle infermità (malattie e infortuni). Per esempi sulla determinazione corretta dei codici si rimanda all'allegato.

3.2.4 Codice di disfunzione

- 27 È possibile che a una prestazione non corrisponda alcuna disfunzione (caso frequente nel trattamento delle infermità congenite). In questi casi va selezionato il codice 00. Per esempi sulla determinazione corretta dei codici si rimanda all'allegato.

3.2.5 Codice di prestazione

- 27.1 Ogni provvedimento concesso all'assicurato va codificato.
- 28¹¹ Il codice della prestazione di base include le eventuali prestazioni accessorie. Se queste ultime sono oggetto di una decisione separata, vanno codificate come la prestazione di base di cui fanno parte. Ciò vale in particolare per:
- le spese di trasporto, vitto e alloggio connesse all'esecuzione di provvedimenti d'integrazione;
 - le spese di riparazione o eventualmente di noleggio di mezzi ausiliari;
 - le spese d'uso e di manutenzione di mezzi ausiliari (art. 7 cpv. 3 OMAI);
 - accessori e adeguamenti di mezzi ausiliari;
 - la preparazione all'uso di mezzi ausiliari (art. 7 cpv. 1 OMAI);
 - le spese di mantenimento di cani da guida per ciechi (art. 7 cpv. 4 OMAI).
- 29¹¹ Le spese di trasporto assunte a titolo di servizio prestato da terzi (N. 1037, 1° trattino CMAI) vanno codificate con 009.

- 30 Ad eccezione dei casi menzionati al N. 31, i provvedimenti di accertamento vanno disposti mediante decisione/comunicazione e codificati con 299; includono le spese di trasporto, vitto e alloggio. Se queste prestazioni vengono decise separatamente, vanno codificate anch'esse con il codice 299. Lo stesso vale per i codici di prestazione 290, 295, 297 e 400 (v. N. 31).
- 31^{11/12} Eccezioni a quanto disposto al N. 30:
- Codice 290: perizie mediche pluridisciplinari
 - Codice 295: accertamenti CAP
 - Codice 297: tutte le perizie mediche (mono- e bidisciplinari) che non rientrano nella categoria delle perizie mediche pluridisciplinari
 - Codice 400: accertamenti relativi all'orientamento professionale (v. N. 35).
- 31.1^{11/12} Se l'UAI ritiene necessario lo svolgimento di perizie mediche pluridisciplinari o accertamenti CAP, è tenuto a emanare senza indugio una decisione/comunicazione in tal senso, anche ove non fosse ancora fissato alcun appuntamento medico.
- 31.2^{10/11/12/17} [soppresso]

3.2.6 Determinazione del codice di prestazione

3.2.6.1 Provvedimenti sanitari

- 32¹⁶ Per tutte le prestazioni concesse in virtù degli articoli 12 e 13 LAI va indicato il codice 301 o 302. Oltre agli accorgimenti medici, fra queste prestazioni rientrano in particolare:
- specialità medicinali, farmaci e prodotti dietetici (incl. importi forfettari);
 - fisioterapia, ergoterapia e psicoterapia;
 - corsi per migliorare la vista (trattamento tramite occlusione, trattamento pleottico o ortottico);
 - apparecchi di trattamento.

- 33¹⁰ Eccezioni a quanto disposto al N. 32:
- in caso di donazioni da donatore vivente va utilizzato il codice 305. Vanno comunicati il numero d'assicurato, l'infermità e la disfunzione della persona ricevente.
 - Nel caso di un impianto cocleare, per la componente interna occorre utilizzare il codice 330.
- 34^{11/16} I mezzi ausiliari di cui all'articolo 21 capoverso 1 LAI (protesi dentarie, occhiali e sostegni plantari) forniti agli assicurati fino all'età di 20 anni compiuti vanno registrati come apparecchi di trattamento con il codice 301 o 302; se forniti agli adulti, vanno invece considerati alla stregua di mezzi ausiliari e quindi corredati del codice corrispondente dell'elenco, a condizione che il provvedimento sanitario d'integrazione cui si riferiscono sia stato o debba essere assunto dall'AI (per l'insorgenza dell'evento assicurato riguardo ai provvedimenti sanitari d'integrazione prima del 1° gennaio 2008, v. lettera circolare UFAS n. 253).

3.2.6.2 Provvedimenti professionali

- 35^{11/12} Agli accertamenti e stage d'orientamento nell'ambito dell'orientamento professionale con fornitori esterni che hanno lo scopo di mostrare le possibilità d'integrazione (p. es. riguardo all'indirizzo professionale, alla capacità di rendimento, alla resistenza psicofisica, alle limitazioni) di una persona idonea all'integrazione va assegnato il codice 400. Gli accertamenti che hanno lo scopo di verificare l'idoneità all'integrazione e a cui non sono applicabili i codici di prestazione 290 (perizie mediche pluridisciplinari), 295 (accertamenti CAP) e 297 (perizie mediche) vanno provvisti del codice 299.
- 36¹¹ I provvedimenti per la prima formazione professionale o la riformazione professionale vanno provvisti del codice per il livello d'istruzione prefissato (v. N. 37–41) o, se si tratta di una nuova formazione nella professione esercitata anteriormente, del codice 500.
- 37¹¹ Formazione superiore (codice 401 o 451)

- Formazioni nell'ambito delle scuole universitarie, delle scuole universitarie professionali, delle alte scuole pedagogiche e della formazione professionale superiore (scuole specializzate superiori SSS, esami federali di professione ed esami professionali federali superiori)
- 38¹¹ Scuole del livello secondario (codice 402 o 452)
- Formazioni nell'ambito delle scuole di maturità liceale, delle scuole medie professionali e degli istituti di formazione di maturità professionale
- 39¹¹ Apprendistato e formazione equivalente (codice 410 o 460)
- Formazione professionale di base su tre o quattro anni con attestato federale di capacità AFC ai sensi dell'articolo 17 capoverso 3 della legge sulla formazione professionale (LFPr)
- 40¹¹ Formazione professionale di base ai sensi della legge sulla formazione professionale (codice 420 o 470)
- Formazione professionale di base su due anni con certificato federale di formazione pratica CFP ai sensi dell'articolo 17 capoverso 2 LFPr
- 40.1¹¹ Formazione pratica INSOS o avviamento professionale AI (codice 425 o 475)
- Formazione INSOS di uno o due anni
 - Avviamento professionale AI di durata compresa tra sei mesi e due anni
- 41¹¹ Altre formazioni (codice 430 o 480)
- Tutte le formazioni che non possono essere attribuite inequivocabilmente ai codici 401–425/451–475
- 41.1¹¹ Per gli aiuti in capitale ai sensi dell'articolo 18d LAI occorre utilizzare il codice 510. I mutui con autoammortamento ai sensi dell'articolo 14 capoverso 1 lettera e OAI (mezzi ausiliari) vanno corredati del codice 010 (v. N. 48.1).
- 41.2¹¹ Quando viene deciso/comunicato un orientamento professionale svolto dall'ufficio AI ai sensi dell'articolo 15

LAI, va utilizzato il codice 530; durante la fase d'intervento tempestivo va tuttavia utilizzato il codice 564 (v. N. 42.01).

- 41.21¹² Nel caso lavoro a titolo di prova occorre distinguere fra persone che percepiscono una rendita (codice di prestazione 541) e persone che non ne percepiscono (codice di prestazione 542).
- 41.3 Agli assegni per il periodo d'introduzione va attribuito il codice 545.
- 41.4^{11/12} Nel caso del collocamento va utilizzato il codice 548 (sostegno attivo nella ricerca di un nuovo posto di lavoro ai sensi dell'art. 18 cpv. 1 lett. a LAI) o 549 (consulenza costante al fine di conservare il posto di lavoro attuale ai sensi dell'art. 18 cpv. 1 lett. b LAI); durante la fase d'intervento tempestivo occorre utilizzare i codici corrispondenti 567/568 (v. N. 42.01 segg.).
- 41.5¹⁰ Nel caso delle indennità giornaliere per il periodo d'attesa occorre utilizzare il codice del provvedimento d'integrazione previsto per il periodo successivo. Se questo provvedimento non è ancora stato determinato, occorre utilizzare il codice del provvedimento più probabile.

3.2.6.3 Provvedimenti d'intervento tempestivo

- 42.01^{11/12} In caso di adeguamenti del posto di lavoro (codice 561), collocamento (codice 567/568) e orientamento professionale (codice 564) nel quadro dell'intervento tempestivo occorre osservare che questi non sono codificati quali provvedimenti professionali.
- 42.02¹² Per il sostegno attivo nella ricerca di un nuovo posto di lavoro (art. 7d cpv. 2 lett. c LAI e N. 3012.3 CRIT) occorre utilizzare il codice 567.
- 42.03^{12/13} Per la consulenza costante al fine di mantenere il posto di lavoro attuale (art. 7d cpv. 2 lett. c LAI e N. 3012.4 CRIT) occorre utilizzare il codice 568.

¹²3.2.6.4 Provvedimenti di reinserimento e reintegrazione dei beneficiari di una rendita (art. 8a LAI)

42.51¹¹ Nel caso dei provvedimenti di reinserimento occorre distinguere a seconda che essi siano attuati all'esterno o all'interno dell'azienda in cui la persona assicurata lavorava.

42.52¹¹ Se essi sono attuati all'esterno dell'azienda, occorre utilizzare i codici 581–584.

42.53¹¹ Se essi sono attuati all'interno dell'azienda, occorre utilizzare i codici 587–589.

42.54¹⁰ I codici 588 e 589 possono essere utilizzati soltanto se è stata concessa una prestazione secondo il codice 587.

42.55¹² Il provvedimento di consulenza e accompagnamento dei beneficiari di una rendita e dei loro datori di lavoro (art. 8a cpv. 2 lett. d LAI) può essere provvisto del codice 595 soltanto nel quadro della reintegrazione dei beneficiari di una rendita.

43 [soppresso]

44 [soppresso]

45 [soppresso]

3.2.6.5 Mezzi ausiliari dell'AI

46 I codici dei mezzi ausiliari dell'AI derivano dalle cifre dell'elenco dei mezzi ausiliari (Allegato dell'OMAI).

47 I sussidi di ammortamento per mezzi ausiliari acquistati dagli assicurati sono provvisti del codice assegnato al mezzo ausiliario corrispondente.

48¹¹ Il codice 070 viene utilizzato soltanto se al momento della delibera non è ancora stabilito se siano necessari occhiali o lenti a contatto. Nella prassi, questo succede soprattutto in relazione con provvedimenti sanitari (operazioni alla cataratta) (per l'insorgenza dell'evento assicurato riguardo ai provvedimenti sanitari d'integrazione prima del 1° gennaio 2008, v. lettera circolare UFAS n. 253).

48.1¹³ Per la consegna di un mezzo ausiliario sotto forma di mutuo con autoammortamento invece del mezzo ausiliario secondo l'articolo 9 OMAI va usato il codice 010.

48.2¹³ Nel caso degli apparecchi acustici impiantati e ad ancoraggio osseo (impianti cocleari, *sound bridge*, BAHA), le componenti di cui al n. 5.07.1 Allegato dell'OMAI vanno provviste del codice 059.

¹²3.2.6.6 Contributo per l'assistenza (art. 42^{quater} segg. LAI)

48.3¹² La concessione del contributo per l'assistenza va codificata con il codice di prestazione 665.

48.4¹² Le prestazioni di consulenza e sostegno ai sensi dei N. 6001 segg. CCA vanno provviste del codice 666.

¹²3.2.6.7 Mezzi ausiliari dell'AVS e diritti acquisiti relativi al contributo per l'assistenza

49 Se i mezzi ausiliari vengono consegnati per la prima volta all'età di pensionamento AVS, occorre utilizzare il relativo codice di prestazione dell'AVS.

50 In presenza di diritti precedentemente acquisiti (ai sensi dell'art. 4 OMAV) da parte di ex assicurati all'AI, sia per l'infermità e la disfunzione che per la prestazione vanno utilizzati i codici corrispondenti al diritto allora acquisito nei confronti dell'AI.

50.1¹² In presenza di diritti precedentemente acquisiti (ai sensi dell'art. 43^{ter} LAVS Contributo per l'assistenza) da parte di ex assicurati all'AI va utilizzato il codice di prestazione 665.

51¹¹ Per le carrozzelle rimborsate dall'AVS con un importo forfettario occorre utilizzare il codice di prestazione 791 (Allegato 9.51 dell'OMAV).

¹²3.2.6.8 Reintegrazione dei beneficiari di una rendita

51.1¹² Nel caso dei provvedimenti di cui all'articolo 8a LAI, al codice di prestazione occorre aggiungere il codice supplementare 1.

51.2¹² Quale data della richiesta vale il giorno in cui la persona assicurata notifica l'avvenuta modifica della propria situazione. Se si tratta di una revisione d'ufficio, vale la data in cui è iniziata la revisione.

¹²3.2.6.9 Dati relativi alla fattura

52 Il numero identificativo del fornitore (NIF) assegnato dall'UCC va indicato se noto.

53¹² Se al momento della decisione/comunicazione si conoscono i costi di un provvedimento, occorre indicarne l'importo nella decisione/comunicazione.

53.1¹² Nella decisione/comunicazione relativa alla concessione del contributo per l'assistenza occorre indicare l'importo massimo possibile all'anno.

54 La definizione degli altri dati è di competenza dell'UCC.

¹²3.2.6.10 Notifica di dati alle autorità cantonali competenti (art. 66c LAI)

54.1¹² I dati vanno notificati alle autorità cantonali competenti (art. 66c LAI) mediante comunicazione e all'UCC con il codice di prestazione 901.

3.2.7 Procedura

- 55 L'Ufficio AI è responsabile della codifica.
- 56 In caso di modifica parziale di una delibera precedente tramite l'ampliamento della prestazione o la proroga della sua validità, la decisione/comunicazione va provvista del codice corrispondente come se si trattasse di una prima emanazione.
- 57 Ogni decisione/comunicazione relativa a provvedimenti individuali contiene un numero univoco a 14 cifre:
IIIJJJNNNNNP
III Numero dell'ufficio AI
JJJJ Anno di emanazione della decisione/comunicazione
NNNNN Numero progressivo della decisione/comunicazione
P Numero di controllo
- 58 Il numero di controllo è determinato in base alla definizione stabilita dall'UCC.

3.2.8 Decisioni/comunicazioni relative ai provvedimenti d'accertamento

- 59¹¹ Se al momento della concessione del provvedimento di accertamento si sa di quale infermità e disfunzione si tratta, occorre assegnare il codice corrispondente. In caso contrario si utilizza solo il codice di prestazione (eccezione: N. 31.2).

3.2.9 Assegno per grandi invalidi e supplemento per cure intensive destinati a minorenni

- 59.1¹² L'assegno per grandi invalidi per i minorenni va provvisto di un codice per provvedimenti individuali (codici 671–673).
- 59.2 Se oltre al diritto all'assegno per grandi invalidi sussiste anche quello al supplemento per cure intensive, occorre utilizzare i codici 691–699.

59.3¹² I sussidi di assistenza per minorenni grandi invalidi percepiti da assicurati residenti all'estero con garanzia dei diritti acquisiti ai sensi della lettera a capoverso 6 delle disposizioni finali della 4^a revisione dell'AI vanno provvisti del codice 660.

3.3¹³ Delibere relative alle rendite e agli assegni per grandi invalidi destinati ad assicurati maggiorenni nonché revisioni di rendite e di assegni per grandi invalidi

3.3.1¹³ Comunicazione all'UCC di una delibera relativa alla rendita o all'assegno per grandi invalidi per assicurati maggiorenni e revisioni

60¹³ I dati relativi alle rendite e agli assegni per grandi invalidi destinati agli assicurati maggiorenni sono assegnati sotto forma di codici al momento dell'elaborazione della delibera in caso di nuove prestazioni e di aumenti o riduzioni di prestazioni già concesse.

60.1¹³ I dati vanno assegnati con una procedura analoga per le revisioni che non comportano modifiche della prestazione in questione.

60.2¹³ I dati vanno assegnati con una procedura analoga per le revisioni che comportano la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi.

61^{11/12/13} Nell'ambito delle delibere/revisioni di rendite o assegni per grandi invalidi per maggiorenni si assegnano i seguenti codici:

- codice dell'ufficio AI competente;
- numero d'assicurato completo;
- data della delibera;
- data della richiesta;
- domicilio della persona assicurata
Svizzera = NPA,
Estero = codice secondo l'elenco degli Stati;

- codice d'infermità;
- codice di disfunzione;
- codice di revisione;
- grado d'invalidità dopo la revisione;
- grado della grande invalidità dopo la revisione;
- metodo di calcolo dell'invalidità;
- tipo di contributo;
- mese e anno dell'inizio del diritto;
- mese e anno dell'inizio del diritto alla prima rendita o al primo assegno per grandi invalidi;
- cassa di compensazione competente;
- agenzia AVS;
- reddito annuo in franchi senza invalidità determinante per il calcolo dell'invalidità;
- reddito da attività lucrativa;
- grado d'invalidità prima della revisione;
- grado della grande invalidità prima della revisione.

3.3.2 Frequenza delle notifiche; notifica all'UCC

62¹¹ Ai sensi dei N. 106 segg. le notifiche vanno effettuate giornalmente.

3.3.3 Definizione dei dati

63 Per l'assegnazione dei codici d'infermità e di disfunzione si applicano i N. 20 segg.

64 Il grado d'invalidità va indicato in numeri percentuali interi.

65¹² Ogniqualvolta viene comunicata una prima delibera relativa alla rendita e alla cassa di compensazione viene notificata una revisione di rendita, va trasmessa la data d'inizio del diritto alla prima rendita.

66¹² Ogniqualvolta viene comunicata una prima delibera relativa all'assegno per grandi invalidi e alla cassa di compensazione viene notificata una revisione dell'assegno per grandi invalidi, va trasmessa la data d'inizio del diritto al primo assegno per grandi invalidi.

- 67^{11/13} Eventuali interruzioni della riscossione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi sono irrilevanti. Anche in caso d'interruzione della riscossione della rendita ai sensi degli articoli 29^{bis} e 29^{ter} OAI va indicata la data d'inizio della prima riscossione.
- 67.1 Tipo di contributo: va indicato il tipo di contributo che era determinante prima dell'insorgenza del danno alla salute.
- 67.2¹² In caso di concessione di una nuova rendita e aumento/riduzione/soppressione della rendita nonché in caso di una revisione di rendita che lasci invariato il grado d'invalidità rilevante per la rendita, vanno indicati il metodo di calcolo dell'invalidità, il tipo di contributo, il reddito determinante senza invalidità e il reddito da attività lucrativa (v. N. 67.27).
- 67.21¹² Per tutte le revisioni di rendita ai sensi delle disposizioni finali della 6^a revisione dell'AI va utilizzato il codice di revisione 8, a prescindere dal risultato della revisione.
- 67.22¹² Per tutte le altre revisioni di rendita che non comportano alcuna modifica del grado d'invalidità rilevante per la rendita va utilizzato il codice di revisione 2.
- 67.23¹² In caso di riduzione o soppressione della rendita da cui deriva il potenziale diritto a una prestazione transitoria ai sensi dell'articolo 32 LAI, va utilizzato il codice di revisione 5.
- 67.24¹² Se nasce il diritto a una prestazione transitoria ai sensi dell'articolo 32 LAI, va utilizzato il codice di revisione 6. Il grado d'invalidità prima della revisione corrisponde a quello della rendita ridotta. Se prima dell'erogazione della prestazione transitoria non è stata versata alcuna rendita, occorre indicare un grado d'invalidità prima della revisione pari a 0.
- 67.25¹² Se la prestazione transitoria ai sensi dell'articolo 32 LAI è soppressa in seguito alla cessazione dell'incapacità

lavorativa, va utilizzato il codice di revisione 7. Il grado d'invalidità dopo la revisione corrisponde alla rendita versata immediatamente prima dell'erogazione della prestazione transitoria. Se immediatamente prima dell'erogazione della prestazione transitoria non è stata versata alcuna rendita, il grado d'invalidità è sempre uguale a 0.

67.26¹² Le revisioni ai sensi dell'articolo 34 LAI vanno notificate con il codice 7. Il grado d'invalidità prima della revisione corrisponde a quello della prestazione transitoria.

67.27¹² Per tutte le revisioni che comportano la riduzione del grado d'invalidità rilevante per la rendita o la soppressione della rendita va indicato se al momento della riduzione/soppressione la persona assicurata realizzasse un reddito da attività lucrativa effettivo.

67.28¹² I redditi da attività lucrativa realizzati presso datori di lavoro privati e pubblici (Confederazione, Cantoni, Comuni ecc.) sono trattati alla stregua di redditi da attività lucrativa conseguiti sul mercato del lavoro primario e richiedono l'utilizzo del codice 1.

67.29¹² I redditi realizzati presso laboratori, aziende sociali e istituzioni simili sono trattati per principio alla stregua di redditi conseguiti in ambienti protetti e richiedono l'utilizzo del codice 2. I redditi realizzati da assicurati in qualità di assistenti presso tali istituzioni sono considerati redditi da attività lucrativa effettivi e richiedono l'utilizzo del codice 1.

67.30¹² Se vengono percepiti redditi sostitutivi quali indennità giornaliera dell'AD, dell'assicurazione contro gli infortuni, dell'AI o dell'aiuto sociale, o se non viene realizzato alcun reddito, non va indicato alcun reddito; in questi casi va utilizzato il codice 3.

67.31¹² Le revisioni vanno provviste dei codici riportati nello schema seguente:

Codici delle revisioni

	Aumento	Nessuna modifica	Riduzione/soppressione	
	Codice di revisione			Reddito da attività lucrativa
Disposizioni finali	8	8	8	1, 2, 3, 9
Potenziale diritto a una prestazione transitoria	-	-	5	1, 2, 3, 9
Diritto a una prestazione transitoria	6	-	-	
Cessazione dell'incapacità lavorativa	-	-	7	
Revisione art. 34 LAI	7	7	7	1, 2, 3, 9
Altre revisioni	1	2	1	1, 2, 3, 9

– = non è possibile

67.3¹¹ Per le delibere concernenti gli assegni per grandi invalidi dell'AVS senza garanzia dei diritti acquisiti dell'AI occorre utilizzare il codice 1 in caso di grande invalidità di grado lieve, il codice 2 in caso di grande invalidità di grado medio e il codice 3 in caso di grande invalidità di grado elevato.

3.3.4 Decisioni relative alle rendite e agli assegni per grandi invalidi destinati a maggiorenni

68 Per le notifiche al Registro centrale delle rendite sono valide le Direttive sulle rendite (DR 318.104.01). Le casse di compensazione possono trarre i dati relativi all'invalidità e alla grande invalidità dalla comunicazione della delibera dell'ufficio AI.

3.4 Rifiuto della richiesta di prestazioni e conclusione della procedura

69 I dati relativi al rifiuto sono assegnati sotto forma di codici al momento dell'elaborazione della delibera/decisione.

70¹¹ Vanno notificati i seguenti dati:

- codice dell'ufficio AI competente;
- numero d'assicurato completo;
- data della decisione;
- data della richiesta;

- domicilio della persona assicurata
Svizzera = NPA,
Estero = codice secondo l'elenco degli Stati;
- codice di rifiuto o di conclusione.

3.4.1 Frequenza delle notifiche; notifica all'UCC

71¹¹ Ai sensi dei N. 106 segg. le notifiche vanno effettuate giornalmente.

3.4.2 Definizione dei dati

72¹¹ Si tratta di un rifiuto se la decisione negativa è stata emanata in ambito AI o AVS.

73¹¹ In caso di concessione parziale di prestazioni, occorre emanare una decisione/comunicazione solo sulla parte concessa; per la parte non concessa non occorre alcuna decisione/comunicazione negativa separata.

74 [soppresso]

3.4.3 Altre modalità di conclusione della procedura

74.1¹¹ In caso di ritiro della richiesta da parte della persona assicurata occorre utilizzare il codice di conclusione 18 (ritiro da parte della persona assicurata).

74.2¹¹ In caso di trasmissione dell'incarto a un altro ufficio AI occorre utilizzare il codice di conclusione 25 (trasmissione dell'incarto a un altro ufficio AI).

74.3¹¹ Se una pratica in sospeso non può essere conclusa mediante decisione/comunicazione o delibera, occorre chiuderla utilizzando il codice di conclusione 30 (conclusione del caso senza decisione/comunicazione o delibera). Questo codice è stato introdotto su richiesta dei responsabili dell'informatica degli uffici AI per consentire la conclusione di vecchi casi; va da sé che va usato con la massima moderazione.

3.4.4 Rifiuti plurimotivati

75¹¹ Se vi sono più motivi di rifiuto, i codici di rifiuto pertinenti vanno indicati in ordine d'importanza.

3.5 Comunicazione (rilevamento tempestivo)

3.5.1 Modulo

76¹¹ Si tratta di una comunicazione se viene inoltrato il «Formulario di notifica per adulti: rilevamento tempestivo» (001.100).

77 I dati sono assegnati sotto forma di codici al momento della registrazione della comunicazione.

78 Riguardo alla comunicazione vanno trasmessi i seguenti dati:

- codice dell'ufficio AI competente;
- numero d'assicurato completo;
- data della comunicazione;
- domicilio della persona assicurata
Svizzera = NPA,
Estero = codice secondo l'elenco degli Stati;
- formulario di notifica;
- autore della comunicazione.

3.5.1.1 Frequenza delle notifiche; notifica all'UCC

79¹¹ Ai sensi dei N. 106 segg. le notifiche vanno effettuate giornalmente.

3.5.2 Definizione dei dati

80¹¹ Il formulario va notificato con il codice 7.

81¹¹ L'autore della comunicazione va sempre indicato. Se l'autore della comunicazione è diverso da quelli previsti dall'articolo 3b LAI, occorre indicarlo con il codice 99.

3.6 Piano d'integrazione [soppresso]

82-86 [soppresso]

3.7 Decisione di principio

87 I dati sono assegnati sotto forma di codici al momento dell'elaborazione della decisione/comunicazione.

88^{11/12} Per tutte le richieste di provvedimenti professionali/rendita presentate dopo il 1° gennaio 2008 da assicurati che a quella data avevano già compiuto 20 anni è necessario emanare una decisione di principio in merito ai provvedimenti professionali e/o ai provvedimenti di reinserimento richiesti. Il codice 1 (relativo alla decisione di principio) va utilizzato ogniqualvolta viene emanata una prima decisione in merito alle seguenti prestazioni:

- concessione di provvedimenti di reinserimento (tranne nel caso del codice di prestazione 595);
- concessione di provvedimenti professionali (tranne nel caso dei codici di prestazione 400 e 530);
- comunicazione che non è possibile attuare provvedimenti d'integrazione e pertanto si esamina il diritto a una rendita (codici di rifiuto 05 e 40);
- rifiuto per danno alla salute inesistente o insufficiente (codice di rifiuto 01);
- rifiuto per inadempimento delle condizioni assicurative (codice di rifiuto 02);
- rifiuto per violazione dell'obbligo di collaborare (codice di rifiuto 60).

89¹¹ [soppresso]

90^{11/12} Non possono essere concessi nell'ambito di una decisione di principio:

- accertamenti professionali (codice 400);
- orientamento professionale (codice 530);
- provvedimenti d'intervento tempestivo (codici 561–568);

- consulenza e accompagnamento dei beneficiari di una rendita e dei loro datori di lavoro (codice 595);
- rifiuti provvisti di codici diversi da quelli elencati al N. 88.

91 La decisione/comunicazione va provvista del codice 1.

3.7.1 Frequenza delle notifiche; notifica all'UCC

92¹¹ Ai sensi dei N. 106 segg. le notifiche vanno effettuate giornalmente.

3.8 Settori/funzioni/professioni esercitate/formazione più elevata conseguita

93^{11/12} I dati relativi a settori/funzioni/professioni esercitate/formazione più elevata conseguita sono assegnati sotto forma di codici al momento della presentazione del modulo Richiesta per adulti: Integrazione professionale/rendita (001.001) o al più tardi al momento dell'emanazione della decisione/comunicazione relativa a un provvedimento professionale o della delibera relativa a una rendita ordinaria.

Sono considerati provvedimenti professionali:

- i provvedimenti d'intervento tempestivo (codici 561–568);
- i provvedimenti di reinserimento (codici 581–595).
- i provvedimenti professionali (codici 400–551).

Eccezioni:

- Nel caso di una «prima formazione professionale» (codici 401–430) va rilevata soltanto la formazione. Gli altri dati (settori/funzioni/professioni esercitate) vanno provvisti del codice «senza attività lucrativa» (codice 40/8/37).
- Nel caso di provvedimenti di reintegrazione di beneficiari di una rendita (codice supplementare 1) occorre rilevare il settore e la formazione.

94 Vanno notificati i seguenti dati:

- codice dell'ufficio AI competente;
- numero d'assicurato completo;
- data della richiesta;

- domicilio della persona assicurata
Svizzera = NPA,
Estero= codice secondo l'elenco degli Stati;
- settore;
- funzione;
- professione esercitata;
- formazione più elevata conseguita.

3.8.1 Frequenza delle notifiche; notifica all'UCC

95¹¹ Ai sensi dei N. 106 segg. le notifiche vanno effettuate giornalmente.

3.8.2 Definizione dei dati

96¹¹ [soppresso]

97¹¹ La rilevazione è limitata alle persone domiciliate in Svizzera.

98¹¹ Per quanto concerne i settori/funzioni/professioni esercitate vanno rilevati solo i dati relativi all'ultima attività lucrativa svolta prima della richiesta. Se l'ultima attività lucrativa risale a oltre tre anni prima della richiesta, occorre indicare «senza attività lucrativa» (codice 40/8/37).

99¹¹ [soppresso]

100¹¹ [soppresso]

101¹¹ [soppresso]

102¹¹ Se prima della presentazione della richiesta la persona assicurata esercitava diverse attività lucrative contemporaneamente, per quanto concerne i dati sui settori/funzioni/professioni esercitate occorre rilevare quelli relativi all'attività lucrativa con cui ha realizzato il reddito più elevato.

- 103 In caso di conseguimento di una formazione all'estero, occorre indicare il codice corrispondente alla formazione in Svizzera.
- 104¹¹ Se in base alle analisi statistiche riguardo a una prestazione di cui al N. 93 si constata che i dati sui settori/funzioni/professioni esercitate/formazione più elevata conseguita non sono stati rilevati, l'ufficio AI competente deve fornirli a posteriori.

4. Notifica dei dati all'UCC

- 105 I Codici per la statistica delle infermità e delle prestazioni (318.108.04) e le *Directives techniques pour l'échange informatisé des données avec la Centrale* (d/f) (318.106.04) sono parte integrante della CSIP.

4.1 Frequenza delle notifiche

- 106 Le notifiche vanno effettuate giornalmente.

4.2 Notifica all'UCC

- 107 I dati vanno notificati all'UCC conformemente alle *Directives techniques pour l'échange informatisé des données avec la Centrale* (d/f) (318.106.04).
- 108 I dati trasmessi per via elettronica all'UCC conformemente alle *Directives techniques pour l'échange informatisé des données avec la Centrale* (d/f) devono essere conservati per almeno 18 mesi in maniera tale da permettere, se necessario, di notificarli un'altra volta (p. es. in caso di perdita o danneggiamento del supporto elettronico, manipolazioni errate ecc.).

4.3 Trattamento delle segnalazioni dell'UCC

- 109 Al momento della ricezione l'UCC sottopone i dati a una verifica di plausibilità.

- 110 Se i dati trasmessi presentano degli errori, l'UCC segnala il caso all'ufficio AI competente.
- 111 L'ufficio AI corregge l'errore nei propri documenti e notifica all'UCC l'avvenuta rettifica secondo le modalità previste dalle *Directives techniques pour l'échange informatisé des données avec la Centrale* (d/f) (318.106.04).

5. Entrata in vigore e disposizioni transitorie

- 112 La CSIP entra in vigore il 1° gennaio 2008. A partire da questa data è applicabile a tutte le pratiche in sospeso presso gli uffici AI.

6. Allegato

Qui di seguito è illustrata l'assegnazione di codici mediante alcuni esempi. Si raccomanda di confrontare i codici citati con gli elenchi dei codici pertinenti.

1. Immediatamente dopo la nascita, i dati di un bambino affetto da mielomeningocele lombare (n. 381 Allegato dell'OIC) vengono notificati all'AI. La malformazione deve essere corretta chirurgicamente. Non sono disponibili/non è possibile fornire dati precisi su eventuali disfunzioni. L'ufficio AI concede provvedimenti sanitari mediante il codice 381/00/301. All'età di due anni il bambino viene operato per idrocefalo. Le indicazioni su eventuali disfunzioni sono piuttosto vaghe. L'ufficio AI autorizza di nuovo provvedimenti sanitari con il codice 386/00/301. A tre anni gli viene concesso un assegno per grandi invalidi, per cui è stato determinante il mielomeningocele: codice 381/91/671. A sei anni gli vengono consegnate protesi delle gambe con l'utilizzo del codice 381/03/011. Se la rendita e l'assegno per grandi invalidi fossero stati concessi più tardi, non sarebbe stato necessario utilizzare un codice di prestazione. L'infermità richiederebbe l'uso del codice 381 o 386, a seconda che sia stata provocata dal mielomeningocele o dall'idrocefalo. Per la disfunzione sarebbe corretto usare il codice 91.
2. Si effettua una comunicazione all'AI per un bambino affetto da un Medulloblastoma. Il provvedimento sanitario (intervento chirurgico) viene accordato con il codice 355/00/301. Due anni dopo il medico constata la presenza di un idrocefalo congenito che deve essere operato; vengono pertanto accordati provvedimenti sanitari con il codice 386/00/301. Come conseguenza dell'idrocefalo si sviluppa un forte strabismo che deve essere operato. Il trattamento dello strabismo viene accordato con il codice 386/28/301. Successivamente viene conseguita una prima formazione professionale con attestato, concessa con il codice 386/91/420. Una carrozzella consegnata in aggiunta a questi provvedimenti è concessa con il codice 386/03/091.

Successivamente si accorderà eventualmente una rendita o un assegno per grandi invalidi (codice 386/91).

3. A un assicurato che da bambino ha beneficiato di provvedimenti AI a causa di una distrofia muscolare (p. es. n. 184 Allegato dell'OIC) vengono concessi i provvedimenti del caso (ad eccezione dei provvedimenti sanitari d'integrazione) anche in età adulta, mediante l'utilizzo del codice d'infermità 184 (N. 23). Il codice di disfunzione varia a seconda del provvedimento accordato, per esempio 184/03/091 in caso di consegna di una carrozzella normale, ma 184/04/092 se si tratta di una carrozzella elettrica.
Se la distrofia muscolare è diagnosticata solo in età adulta, occorre utilizzare il codice d'infermità 738, mentre gli altri codici rimangono invariati.
4. L'AI assume i costi per il trattamento del diabete mellito congenito di un bambino (n. 451 Allegato dell'OIC). Tutte le relative prestazioni sono provviste del codice d'infermità 451. Per la disfunzione occorre indicare il codice 00 finché è prioritario il trattamento farmacologico della disfunzione del metabolismo. Un'eventuale delibera su una rendita giustificerebbe l'utilizzo del codice 81 per la disfunzione. Se il diabete si è manifestato dopo la quarta settimana di vita, occorre utilizzare il codice d'infermità 623 e la disfunzione va codificata alla stregua dell'infermità congenita.
5. A una persona paraplegica vengono accordati provvedimenti sanitari fino all'età di 20 anni compiuti ai sensi dell'articolo 12 LAI (se sono a carico dell'AI) mediante il codice 856/01/302. Successivamente segue una formazione commerciale, indicata con il codice 856/01/420; i sussidi di ammortamento per l'acquisto di un'auto sono provvisti del codice 856/01/104 e le modifiche apportate all'auto stessa del codice 856/01/105. La concessione di un assegno per grandi invalidi è codificata con 856/01 (senza codice di prestazione), finché la paraplegia è da considerarsi la causa principale dell'invalidità. Una rendita concessa per insufficienza renale terminale va indicata con il codice 911/72.

6. Per le collagenopatie non è previsto alcun codice d'infermità. Se sono presenti esclusivamente o prevalentemente alterazioni delle articolazioni, queste vanno rilevate con il codice 731. Il codice di disfunzione va scelto in base alla prestazione accordata dall'AI, per esempio in caso di sinovectomia delle articolazioni delle dita: 02/302, delibera su una rendita: 08, consegna di una carrozzella: 03/091. Se la collagenopatia si manifesta nella forma del morbo di Still con interessamento prevalente degli occhi, occorre scegliere il codice 661 per l'infermità e il codice 22 per la disfunzione. La sclerodermia è provvista del codice 721. Il codice di disfunzione varia a seconda della prestazione concessa dall'AI: se si tratta di una rendita va inserito il codice 81, per una carrozzella va usato 731/03/091 e per una carrozzella elettrica 731/04/092. Il lupus eritematoso sistemico (viscerale) deve essere valutato in base alla sua localizzazione. Se colpisce il cuore, occorre utilizzare il codice 682, per la periarterite nodosa invece il codice 684. I codici di disfunzione andrebbero basati come sempre sulla prestazione concessa dall'AI.
7. A una persona rimasta cieca in seguito a un infortunio l'AI concede una riforma professionale da fisioterapista; la decisione/comunicazione corrispondente viene provvista del codice 861/21/451. Successivamente la persona potrà svolgere un'attività che esclude la riscossione di una rendita.
8. Una persona assicurata rimane paraplegica a causa di una frattura vertebrale in seguito a un incidente stradale; i provvedimenti sanitari assunti dall'AI solo fino all'età di 20 anni compiuti vanno codificati con 938/01/302. Successivamente l'assicurato si rivela incapace al lavoro. La rendita va provvista del codice 938/01.