



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI)

Valida dal 1° gennaio 2015

Stato: 1° luglio 2020

318.507.13 i

07.20

Premessa

La presente modifica della circolare sostituisce la versione valida dal 1° gennaio 2018.

I numeri marginali nuovi o modificati dal 1° luglio 2020 sono i seguenti:

N.	Modifica/Spiegazione
8003.1	Adeguamento degli importi
8004	Adeguamento degli importi
8010	Precisazione
3.1.2	Precisazione
8014	Precisazione (la condizione è che la scelta dei vestiti sia impossibile a causa di problemi cognitivi)
8014.1	Aggiunta delle stecche per la notte
8016	Precisazione
8016.1	Precisazione del fatto che le esortazioni verbali a sedersi o alzarsi non sono considerate un aiuto notevole
8016.2	Rituali per addormentarsi
8018	Aggiunta della celiachia
8021	Adeguamento redazionale
8026.1	Precisazione del fatto che i solleciti e le indicazioni verbali non sono considerati notevoli
8029.1	Precisazione del fatto che l'aiuto indiretto deve raggiungere una certa intensità
8033.1	Precisazione del fatto che la semplice preparazione di medicinali non basta per riconoscere cure permanenti
8035.1	Precisazione del fatto che il rischio di cadere e il bisogno di aiuto per rialzarsi non giustificano una sorveglianza personale permanente
8047.3	Precisazione del fatto che è irrilevante che l'assicurato ricorra o meno all'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana
8057	Soppressione della condizione dei costi elevati
8065.1	Precisazione

8067–8067.4	Nuove disposizioni per i bambini gravemente audiolesi
8074	Integrazione della lettera circolare AI n. 379
8076	Precisazione del fatto che l'accompagnamento alle consuete visite pediatriche non è conteggiabile
8077.3	Riduzione del supplemento per cure intensive in caso di sorveglianza di lunga durata
8077.4	Nessuna riduzione del supplemento per cure intensive in caso di sorveglianza di breve durata
8094	Applicabilità delle disposizioni sull'inoltro della domanda e sulla domanda tardiva di prestazioni anche nel primo anno di vita
8123	Adeguamento degli importi
8123.1	Adeguamento degli importi
8123.2	Adeguamento degli importi
8127	Adeguamento degli importi
8127.1	Adeguamento degli importi
Allegato III	Diverse aggiunte
Allegato IV	Integrazione della lettera circolare AI n. 379
Allegato V	Adeguamento in seguito alla modifica del N. 8050 del 1° gennaio 2018
Allegato VIII	Albero decisionale per il riconoscimento di un AGI ai bambini audiolesi

Indice

Abbreviazioni.....	14
Parte 1: Introduzione	18
Capitolo 1: Invalidità	18
1. Definizione	18
2. Danno alla salute (elemento medico)	18
2.1 In generale.....	18
3. Incapacità al guadagno di lunga durata (elemento economico)	21
4. Rapporto causale fra incapacità al guadagno e danno alla salute (elemento causale)	22
Capitolo 2: Insorgere dell'invalidità (evento assicurato)	24
1. In generale	24
2. Inizio dell'invalidità per prestazioni di stessa natura scagionate nel tempo	26
Capitolo 3: Condizioni assicurative	26
Capitolo 4: Priorità dell'integrazione sulla rendita / Integrazione dei beneficiari di rendite.....	28
1. Principio	28
2. Procedura	28
Capitolo 5: Obbligo di ridurre il danno, obbligo d'informare e di collaborare	29
Capitolo 6: Procedura per determinare le condizioni di diritto alle prestazioni.....	33
1. In generale	33
2. Accertamenti medici.....	33
3. Accertamento sul posto.....	33

Parte 2: Rendita AI	34
Capitolo 1: Inizio e fine del diritto alla rendita	34
1. Condizioni di diritto generali	34
1.1 Incapacità al lavoro	35
1.2 Incapacità al guadagno	35
1.3 Periodo di attesa	36
1.3.1 In generale	36
1.3.2 Calcolo dell'incapacità al lavoro media e del periodo di attesa	37
1.4 Incapacità al lavoro che continua oltre il periodo di attesa	38
1.5 Assicurati domiciliati in uno Stato non appartenente all'UE	38
1.6 Basi decisionali	39
2. Inizio del diritto alla rendita	39
3. Domanda tardiva di prestazioni	40
4. Estinzione del diritto alla rendita	42
Capitolo 2: Determinazione del grado di invalidità	42
1. Metodi di calcolo	42
1.1 In generale	42
1.2 Determinazione del metodo di calcolo	43
2. Metodo generale del confronto dei redditi	45
2.1 Applicazione dei vari metodi di calcolo	45
2.2 Elementi di confronto	46
2.2.1 Parallelizzazione dei redditi	47
2.3 Reddito senza invalidità	49
2.3.1 Concetto	49
2.3.2 Calcolo del reddito senza invalidità	52
2.3.2.1 Salariati	52
2.3.2.2 Lavoratori indipendenti in generale	53
2.3.2.3 Lavoratori indipendenti con aziende familiari	54
2.3.2.4 Invalidi dalla nascita e invalidi precoci privi di sufficienti conoscenze professionali	54

2.3.2.5	Assicurati, che a causa dell'invalidità, non hanno potuto ultimare una formazione professionale iniziata.....	56
2.3.2.6	Assicurati che seguono una formazione professionale, di cui si può ragionevolmente pretendere che intraprendono un'attività lucrativa	57
2.3.2.7	Assicurati con un'attività lucrativa a tempo parziali che non svolgono mansioni consuete	58
2.4	Reddito d'invalido	58
2.4.1	Concetto.....	58
2.4.2	Attività lucrativa esigibile	58
2.4.2.1	In generale	58
2.4.2.2	Possibilità di guadagno esigibili.....	59
2.4.2.3	Esigibilità dei provvedimenti d'integrazione.....	59
2.4.2.4	Mercato del lavoro equilibrato	60
2.4.3	Calcolo del reddito d'invalido	63
2.4.3.1	Condizioni per parificare il reddito effettivo al reddito d'invalido	63
2.4.3.2	Redditi esclusi dal calcolo	64
2.4.3.3	Deduzione delle spese per il conseguimento del reddito causate dall'invalidità.....	66
2.4.3.4	Tabelle dei salari	67
2.4.3.5	Salariati	69
2.4.3.6	Lavoratori indipendenti in generale.....	70
2.4.3.7	Lavoratori indipendenti con aziende familiari.....	70
2.5	Calcolo del grado d'invalidità	71
2.5.1	In generale.....	71
2.5.2	Lavoratori a tempo parziale senza mansioni consuete.....	72
3.	Metodo specifico del confronto dei campi di attività.....	73
3.1	Applicazione	73
3.2	Calcolo del grado d'invalidità	74
3.2.1	In generale	74
3.2.2	Assicurati occupati nell'economia domestica.....	75
3.2.3	Assicurati in corso di formazione	78

3.2.4 Membri di comunità religiose	79
4. Metodo misto.....	79
4.1 Applicazione	79
4.2 Calcolo del grado d'invalidità	80
4.2.1 Lavoratori a tempo parziale occupati nell'economia domestica	80
4.2.2 Collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge	83
5.1 In generale.....	85
5.2 Calcolo del grado d'invalidità	85
 Capitolo 3: Frazione di rendita alla prima assegnazione di una rendita.....	 87
1. Principio	87
2. Casi speciali.....	88
2.1 Risorgere dell'invalidità	88
3. Modifica del diritto alla rendita	89
3.1 Peggioramento dell'incapacità al guadagno.....	89
3.1.1 Principio	89
3.1.2 Effetti	91
3.2 Miglioramento della capacità lavorativa	92
3.2.1 Principio	92
3.2.2 Effetti	93
 Capitolo 4: Revisione e riconsiderazione	 94
1. Revisione	94
1.1 In generale.....	94
1.2 Motivi di revisione	95
1.3 Revisione d'ufficio.....	98
1.4 Revisione su domanda	99
1.5 Revisione processuale.....	100
1.6 Calcolo dell'invalidità nella procedura di revisione	100
1.7 Effetti della revisione.....	103
1.7.1 In generale	103
1.7.2 Aumento della rendita.....	103
1.7.3 Riduzione o soppressione della rendita	104
1.7.3.1 In generale	104
1.7.3.2 In caso di provvedimenti di reintegrazione	105

1.7.3.3 In caso di miglioramento della capacità al guadagno	106
1.7.3.4 Ottenimento indebito della rendita o violazione dell'obbligo d'informare.....	107
1.7.3.5 Invalidità immutata	108
2. Riconsiderazione.....	109
2.1 In generale.....	109
2.2 Riconsiderazione a sfavore dell'assicurato	110
2.3 Riconsiderazione a favore dell'assicurato	111
Capitolo 5: Sospensione della rendita.....	112
Capitolo 6: Riduzione e rifiuto di prestazioni	115
1. Condizioni	115
1.1 In generale.....	115
1.2 Dolo ai sensi dell'articolo 21 capoverso 1 LPGA.....	116
1.3 Crimine o delitto.....	117
1.4 Provvedimenti esigibili di cura o integrazione nel mondo del lavoro	118
1.5 Violazione degli obblighi di ridurre il danno, di informare e di collaborare	118
2. Sanzioni	118
2.1 In generale.....	118
2.2 Violazione degli obblighi di informare e collaborare ...	119
3. Procedura	120
3.1 In generale.....	120
3.2 Procedura di diffida e termine di riflessione	120
Parte 3: Assegni per grandi invalidi dell'AI e dell'AVS.....	122
Capitolo 1: Assegni per grandi invalidi dell'AI – diritto e calcolo	122
1. Condizioni di diritto.....	122
1.1 In generale.....	122
1.2 Importi degli assegni per grandi invalidi	122
1.2.1 Concetto di «istituto»	125
2. Grande invalidità – Definizione e gradi	129
2.1 Definizione.....	129

2.2 Grande invalidità – tre gradi	129
2.2.1 Grande invalidità di grado elevato	129
2.2.2 Grande invalidità di grado medio	130
2.2.3 Grande invalidità di grado lieve	131
3. Grande invalidità – singoli aspetti	131
3.1 Atti ordinari della vita	131
3.1.1 In generale	131
3.1.2 Vestirsi, svestirsi.....	132
3.1.3 Alzarsi, sedersi, sdraiarsi.....	133
3.1.4 Mangiare	134
3.1.5 Pulizia personale	135
3.1.6 Espletare i bisogni corporali.....	135
3.1.7 Spostarsi (in casa o al di fuori di essa), intrattenere contatti sociali.....	136
3.2 Aiuto di terzi.....	136
3.2.1 Aiuto regolare e notevole.....	136
3.2.2 Aiuto diretto e indiretto.....	137
3.3 Cure permanenti (prestazioni mediche e assistenziali)	138
3.4 Sorveglianza personale permanente	139
3.5 Accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana	141
3.5.1 In generale	141
3.5.2 Casi d'applicazione.....	144
3.5.2.1 Accompagnamento finalizzato a rendere possibile una vita autonoma	144
3.5.2.2 Accompagnamento per compiere attività della vita quotidiana fuori casa	146
3.5.2.3 Accompagnamento destinato a evitare un isolamento permanente	147
3.5.3 Accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana	148
3.5.4 Distinzione tra accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana e misure di curatela	148
3.5.5 Forma mista: grande invalidità nello svolgimento degli atti ordinari della vita e necessità di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana.....	148
4. Casi speciali di grande invalidità	149

4.1	Caso speciale di grande invalidità di grado elevato....	149
4.2	Casi speciali di grande invalidità di grado lieve	150
4.2.1	Cure particolarmente impegnative	150
4.2.2	Mantenimento dei contatti sociali.....	153
5.	Diritti particolari dei minorenni	156
5.1	In generale.....	156
5.2	Supplemento per cure intensive.....	156
5.2.1	In generale	156
5.2.2	Assistenza conteggiabile	157
5.2.2.1	Cure e cure di base	157
5.2.2.2	Sorveglianza permanente.....	161
6.	Determinazione della grande invalidità e dell'onere d'assistenza	164
6.1	In generale.....	164
6.2	Determinazione della grande invalidità degli adulti	164
6.3	Determinazione della grande invalidità dei minorenni	165
6.4	Determinazione dell'onere d'assistenza nel caso dei minorenni per il supplemento per cure intensive	166

Capitolo 2: Assegno per grandi invalidi dell'AI: nascita, esclusione, revisione e fine del diritto 167

1.	Nascita del diritto.....	167
1.1	In generale.....	167
1.2	Particolarità concernenti gli assicurati che non hanno ancora compiuto il primo anno d'età	169
1.3	Particolarità concernenti l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana.....	170
2.1	In generale.....	170
2.2	Soggiorno in un'istituzione allo scopo di attuare provvedimenti d'integrazione	171
2.2.1	Assicurati maggiorenni	171
2.2.2	Assicurati minorenni	173
2.3	Soggiorno in uno stabilimento ospedaliero	174
2.4	Accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana in caso di soggiorno in istituto.....	175
3.	Revisione – modifica del diritto.....	176
4.	Fine del diritto.....	177

Capitolo 3: Assegno per grandi invalidi dell'AVS.....	178
1. Condizioni di diritto.....	178
2. Ammontare dell'assegno per grandi invalidi	179
3. Nascita del diritto dopo aver raggiunto l'età AVS.....	179
4. Sostituzione dell'assegno per grandi invalidi dell'AI con un assegno per grandi invalidi dell'AVS (diritti acquisiti).....	180
5. Esclusione del diritto	183
6.1 In generale.....	184
6.2 Revisione nei casi di garanzia dei diritti acquisiti.....	184
6.2.1 In caso di peggioramento della grande invalidità	184
6.2.2 In caso di miglioramento della grande invalidità	186
7. Fine del diritto.....	186
Capitolo 4: Procedura.....	186
1. Assegno per grandi invalidi dell'AI.....	186
1.1 Disposizioni procedurali generali	186
1.1.1 Accertamento	186
1.1.2 Decisione e pagamento nel caso degli assicurati maggiorenni.....	188
1.1.3 Decisione e pagamento nel caso degli assicurati minorenni	189
1.2 Disposizioni procedurali particolari a proposito dell'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana	189
1.3 Disposizioni procedurali particolari nei casi speciali di grande invalidità.....	190
2. Assegno per grandi invalidi dell'AVS	191
Parte 4: Cumulo di diritti alle prestazioni	192
Capitolo 1: Rendita AI – provvedimenti d'integrazione e indennità giornaliera dell'AI	192
1. Principio della priorità del diritto alle indennità giornaliera	192
2. Periodi di convalescenza dopo provvedimenti sanitari d'integrazione.....	193

3. Sostituzione di una rendita AI con un'indennità giornaliera	194
4. Nessun diritto ad una rendita AI durante l'istruttoria della domanda o durante provvedimenti d'integrazione di cui l'AI assume la parte preponderante delle spese di vitto e alloggio.....	195
5. Sostituzione di un'indennità giornaliera AI con una rendita AI	196
6. Reintegrazione e provvedimenti di reinserimento: rendita anziché indennità giornaliera.....	196
7. Diritto sia all'indennità giornaliera che alla rendita	197
Capitolo 2: Rendita AI – rendita dell'AVS.....	198
Capitolo 3: Rendita AI – Rendita o provvedimento di integrazione dell'AINF obbligatoria, dell'AM o della PP.....	198
1. Rendita AI – Provvedimenti d'integrazione dell'AINF o dell'AM	198
2. Rendita AI – Rendita dell'AINF o dell'AM	199
3. Rendita AI – Rendita della PP	201
Capitolo 4: Assegno per grandi invalidi dell'AI o dell'AVS – Assegno per grandi invalidi dell'AINF o dell'AM.....	201
Parte 5: Disposizioni finali.....	202
Allegato I: Elenco dei moduli	203
Allegato II: Calcolo dell'incapacità lavorativa media e del periodo di attesa in base a un esempio (v. N. 2023 segg.).....	204
Allegato III: Direttive sul calcolo della grande invalidità determinante per i minorenni.....	205
Allegato IV: Tetti massimi di tempo e aiuto prestato in funzione dell'età.....	212

Allegato V: Processo AGI	220
Allegato VI: Indicatori standard in dettaglio	222
Allegato VII: Confronto tra la RSS 2010 e la RSS 2012	226
Allegato VIII: Albero decisionale per il riconoscimento di un AGI ai bambini audiolesi	228

Abbreviazioni

AD	Assicurazione contro la disoccupazione
AGI	Assegno per grandi invalidi
AI	Assicurazione invalidità
AINF	Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni
AM	Assicurazione militare federale
art.	articolo
AVS	Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
CAP	Centro d'accertamento professionale dell'AI
CI	Conto individuale
CIGAI	Circolare sulle indennità giornaliere dell'assicurazione invalidità
Circ.	Circolare
CP	Codice penale svizzero
CPAI	Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità
cpv.	capoverso
DPC	Direttive sulle prestazioni complementari all'AVS/AI
DR	Direttive sulle rendite dell'assicurazione vecchiaia, superstiti e invalidità federale
DTF	Raccolta ufficiale delle decisioni del Tribunale federale
FAKT	Strumento di accertamento standardizzato dell'AI

LADI	Legge federale del 25 giugno 1982 sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza (RS 837.0)
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)
LAVS	Legge federale del 20 settembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (RS 831.10)
LCStr	Legge federale del 19 dicembre 1958 sulla circolazione stradale (RS 741.01)
lett.	lettera
LIPG	Legge federale del 25 settembre 1952 sulle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio o in caso di maternità (RS 834.1)
LIPIn	Legge federale del 6 ottobre 2006 sulle istituzioni che promuovono l'integrazione degli invalidi (RS 831.26)
LPC	Legge federale del 6 ottobre 2006 sulle prestazioni complementari all'AVS/AI (RS 831.30)
LPGA	Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (RS 830.1)
N.	numero marginale
OADI	Ordinanza del 31 agosto 1983 sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza (RS 837.02)

OAI	Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (RS 831.201)
OAINF	Ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni (RS 832.202)
OAVS	Ordinanza del 31 ottobre 1947 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (RS 831.101)
OPC-AVS/AI	Ordinanza del 15 gennaio 1971 sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (RS 831.301)
OPGA	Ordinanza dell'11 settembre 2002 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (RS 830.11)
PC	Prestazioni complementari all'AVS/AI
Pra	Die Praxis (rivista)
RAMI	Rivista mensile sull'assicurazione malattie e infortuni edita dall'UFAS (soppressa a fine 2006)
RCC	Rivista mensile sull'AVS, l'AI e le IPG, pubblicata dall'UFAS fino al 1992 (dal 1993: Pratique VSI)
RS	Raccolta sistematica del diritto federale
RSS	Rilevazione svizzera della struttura dei salari dell'Ufficio federale di statistica
SCI	Supplemento per cure intensive
seg./segg.	seguito/seguiti
SMR	Servizio medico regionale
Suva	Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni

SVR	Sozialversicherungsrecht. Rechtsprechung des Schweizerischen Bundesgerichts, des Bundesverwaltungsgerichts und kantonaler Instanzen = Droit des assurances sociales. Jurisprudence du Tribunal fédéral, du Tribunal administratif fédéral et des instances cantonales
TF	Tribunale federale
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali
VCF	Valutazione della capacità funzionale
VSI	Pratique VSI, rivista mensile sull'AVS, l'AI e le IPG pubblicata dall'UFAS (dal 1993 al 2004; fino al 1992: RCC)

Parte 1: Introduzione

Capitolo 1: Invalidità

1. Definizione

Art. 8 LPGA

¹ È considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.

² Gli assicurati minorenni che non esercitano un'attività lucrativa sono ritenuti invalidi se hanno un danno alla salute fisica o psichica che presumibilmente provocherà un'incapacità al guadagno totale o parziale.

³ Gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le mansioni consuete.

Art. 4 cpv. 1 LAI

L'invalidità (art. 8 LPGA) può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio.

- 1001 L'invalidità comporta 3 elementi costitutivi:
- un danno alla salute;
 - un'incapacità al guadagno;
 - un rapporto causale fra il danno alla salute e l'incapacità al guadagno.

2. Danno alla salute (elemento medico)

2.1 In generale

- 1002
3/16 L'invalidità implica un danno alla salute fisico, mentale o psichico causato da infermità congenita, malattia o infortunio. Sono assicurati anche i danni causati da tentato suicidio o intervento medico (RCC 1965 pag. 368).
- 1003 Un danno alla salute assicurato sussiste se è comprovato da una diagnosi medica approfondita e basata su un sistema di classificazione scientificamente riconosciuto (DTF

130 V 396, 9C_862/2014, 9C_366/2015). Inoltre sono indispensabili indicatori relativi alla gravità del danno alla salute (DTF 141 V 281).

- 1004
3/16
- Di norma non sussiste alcun danno alla salute assicurato, laddove la riduzione della capacità di rendimento è da ricondurre ad aggravamento clinico o a un fenomeno simile (DTF 141 V 281 consid. 2.2.1, BGE 131 V 49, 9C_173/2015, 9C_899/2014). Indizi in questo senso si hanno in particolare quando l'assicurato:
- descrive dolori che contrastano notevolmente con il suo comportamento o l'anamnesi;
 - dice di soffrire di dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago;
 - non fa ricorso ad alcun trattamento medico né ad alcuna terapia;
 - si lamenta in modo ostentato ma poco credibile;
 - afferma di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, ma presenta un contesto psicosociale largamente intatto.
- 1005
- La sussistenza di un danno alla salute invalidante va accertata dopo che è stata formulata una diagnosi medica basata su una procedura probatoria strutturata (DTF 141 V 281; v. N. 1006). Quest'ultima è applicabile a tutti i tipi di danno alla salute. Dato che il grado di difficoltà dell'emissione della diagnosi, della rilevazione delle limitazioni funzionali della capacità di rendimento e della valutazione dei fattori personali e sociali varia a seconda che il quadro clinico sia di natura fisica, mentale o psichica (oggettivabile e non), le esigenze qualitative per la procedura probatoria strutturata possono variare da un quadro clinico all'altro.
- 1006
3/16
- Nella procedura probatoria strutturata, la gravità delle limitazioni funzionali e la plausibilità del danno alla salute devono essere comprovate mediante l'impiego di cosiddetti indicatori. L'Allegato VI riporta in dettaglio gli indicatori standard.

Panoramica sistematica degli indicatori

A. Categoria «gravità delle limitazioni funzionali»

a. Sottocategoria «Danno alla salute»

- i. Entità dei reperti rilevanti ai fini della diagnosi
- ii. Successo della terapia o resistenza alla stessa
- iii. Successo dell'integrazione o resistenza alla stessa
- iv. Comorbilità

b. Sottocategoria «Personalità» (diagnostica della personalità, risorse personali)

c. Sottocategoria «Contesto sociale»

B. Categoria «plausibilità» (aspetti comportamentali)

a. Analogia delle limitazioni nello svolgimento delle attività in tutti i gli ambiti affini della vita

b. Sofferenza comprovata dall'anamnesi del percorso terapeutico e d'integrazione

- 1007
3/16 Di regola è il medico curante a pronunciarsi per primo sia sul danno alla salute e sulle sue ripercussioni sulla capacità lavorativa che sul trattamento medico effettuato o previsto (N. 1057 seg.).
- 1008
3/16 La valutazione dell'esistenza di un danno alla salute invalidante ai sensi del N. 1005 spetta al SMR (art. 59 cpv. 2^{bis} LAI), che esamina le condizioni mediche del diritto alle prestazioni all'attenzione dell'ufficio AI tenendo conto del trattamento medico effettuato fino a quel momento o previsto.
- 1009 – Soppressi
1018
3/16

3. Incapacità al guadagno di lunga durata (elemento economico)

Art.7 LPGA

È considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, provocata da un danno alla salute fisica o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione esigibili, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato rientrante in linea di conto.

- 1018.1
1/15 Si presuppone un'incapacità al guadagno solo dopo che l'assicurato è stato sottoposto ai provvedimenti d'integrazione indicati e ai provvedimenti sanitari ragionevolmente esigibili, quali ad esempio terapie farmacologiche, operazioni, psicoterapia, ergoterapia o fisioterapia. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute (art. 7 cpv. 2 LPGA). In particolare, non si può tenere conto di motivi estranei all'invalidità, quali l'età (v. però il N. 3050.1), il basso livello d'istruzione, le difficoltà linguistiche, fattori socioculturali, i fenomeni di dipendenza in quanto tali e l'esagerazione dei sintomi (v. N. 1026).

Inoltre, l'incapacità al guadagno è riconosciuta tale soltanto se non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). La percezione soggettiva dell'assicurato (ad es. dolori) non è determinante. La valutazione di cosa si possa obiettivamente esigere o meno, spetta agli uffici AI, che si basano sui dati sanitari dei servizi medici regionali.

- 1019 Il danno alla salute dà diritto alle prestazioni dell'AI soltanto quando causa un'incapacità al guadagno presumibilmente di lunga durata.
- 1020 Per le persone non esercitanti un'attività lucrativa, l'impossibilità di svolgere le mansioni consuete è equiparata all'incapacità al guadagno (art. 8 cpv. 3 LPGA, art. 5 cpv. 1 LAI). Si parla di *incapacità lavorativa specifica*, ossia

dell'incapacità o della ridotta capacità di svolgere i precedenti compiti (ad es. nell'economia domestica o nello studio).

- 1021 L'incapacità al guadagno differisce dall'*inabilità professionale*, ossia l'incapacità di lavorare nella professione imparata. Se un assicurato può esercitare un'altra attività lucrativa senza rilevanti perdite di guadagno non è considerato invalido ai sensi della legge.
- 1022 L'incapacità al guadagno differisce anche dall'*incapacità lavorativa*, ossia l'incapacità di svolgere, per ragioni mediche, una determinata attività in una determinata misura (art. 6 LPGGA, N. 3047 segg.).
- 1023 L'AI assicura l'incapacità al guadagno dovuta a motivi di salute; l'AD invece assicura l'incapacità o l'assenza di guadagno derivanti da ragioni economiche.

4. Rapporto causale fra incapacità al guadagno e danno alla salute (elemento causale)

- 1024 Vi è invalidità ai sensi dell'AI quando l'incapacità al guadagno o l'incapacità di svolgere le mansioni consuete è la conseguenza di un danno fisico, mentale o psichico, ossia quando sussiste un rapporto causale fra i due elementi.
- 1025 Per provare l'invalidità è sufficiente che l'incapacità al guadagno sia dovuta solo parzialmente al danno alla salute. Tuttavia chi non è almeno parzialmente incapace al lavoro non può essere incapace al guadagno e quindi essere considerato invalido (RCC 1985 pag. 224).
- 1026 Non vi è rapporto causale, né invalidità, se l'incapacità al guadagno non è dovuta a un danno alla salute ma deriva da altri fattori (*motivi estranei all'invalidità*, v. RCC 1989 pag. 322) in particolare a:
– ragioni economiche (RCC 1984 pag. 361) come disoccupazione, crisi, mancanza o calo delle possibilità di lavoro

in una determinata regione o in un determinato settore (qui interviene comunque l'AD);

- ragioni personali quali scarso impegno (RCC 1964 pag. 278), basso livello di formazione (RCC 1980 pag. 260) o conoscenze linguistiche insufficienti, l'età, l'incapacità di lavorare in modo superiore alla norma (RCC 1988 pag. 503).

Esempio 1:

Una gerente cieca da un occhio perde il posto a 60 anni per chiusura dell'azienda e per ragioni congiunturali trova soltanto un'attività di rappresentante a basso reddito. Essendo l'incapacità al guadagno dovuta a ragioni economiche, l'assicurata non è invalida ai sensi della legge.

Esempio 2:

A causa di un'operazione alla schiena un assicurato non può più svolgere l'attività di aiuto montatore d'impianti sanitari ma grazie alla lunga esperienza professionale è pienamente abile al lavoro e collocabile, eccezione fatta per le attività che richiedono una posizione china o il sollevamento di pesi superiori a 10 chili. Avendo perso un duro lavoro ausiliario meglio retribuito, in futuro subirà probabilmente delle perdite di guadagno. Questa incapacità al guadagno è dovuta a un danno alla salute e l'assicurato è considerato invalido.

- 1027 In seguito a ragioni estranee all'invalidità, la capacità al guadagno può essere anche superiore rispetto alla situazione reale. In tal caso può esservi invalidità (p. es. condizioni economiche particolarmente favorevoli; nel caso degli indipendenti può trattarsi di ragioni aziendali, come per esempio, degli ottimi collaboratori che con un impegno superiore alla media, compensano la lacuna dovuta all'invalidità dell'assicurato; il maggior impegno dei familiari; la precaria situazione finanziaria dell'assicurato che lo costringe a un lavoro o una prestazione altrimenti insostenibile; v. N. 3044 segg.).

Capitolo 2: Insorgere dell'invalidità (evento assicurato)

1. In generale

Art. 4 cpv. 2 LAI

L'invalidità è considerata insorta quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

- 1028 L'insorgere dell'invalidità o dell'evento assicurato coincide con il momento in cui una prestazione dell'AI è per la prima volta oggettivamente indicata. Essa va accertata singolarmente per ogni tipo di prestazione (provvedimenti professionali o sanitari, mezzi ausiliari, rendite ecc.). Per lo stesso danno alla salute possono esserci diversi eventi assicurati.
- 1028.1 Il peggioramento di un danno alla salute già esistente non comporta l'insorgere di un nuovo evento assicurato. Quest'ultimo può invece insorgere se compare un ulteriore danno alla salute totalmente diverso da quello iniziale (DTF 136 V 369, 9C_294/2013).
- 3/16
- 1029 Il momento in cui è inoltrata una domanda o a partire dal quale è richiesta una prestazione non è determinante per stabilire l'insorgere dell'evento assicurato (9C_655/2015).
- 1/17
- 1030 Per il *diritto alla rendita* l'evento assicurato insorge quando l'assicurato, inabile al lavoro da un anno senza interruzioni rilevanti in ragione di almeno il 40 per cento in media (9C_882/2009), continua a essere incapace al lavoro per almeno il 40 per cento, ossia il primo giorno dopo che è decorso il periodo di attesa di un anno. L'evento assicurato insorge tuttavia al più presto il primo giorno del mese seguente il compimento dei 18 anni (RCC 1984 pag. 463).
- 1031 L'evento assicurato non può insorgere, fintantoché l'assicurato beneficia delle indennità giornaliere di attesa (art. 18 cpv. 1 e 2 OAI), o finché è sottoposto a provvedimenti d'integrazione, essendo questi incompatibili con il diritto alla rendita ai sensi dell'articolo 29 capoverso 2 LAI (Pratique VSI 2001 pag. 148).

- 1032
1/13 Per gli invalidi dalla nascita o precoci l'evento assicurato insorge generalmente nel momento in cui l'assicurato compie 18 anni, questa regola si applica solo a condizione che questi assicurati non siano a beneficio di un provvedimento di integrazione al momento del compimento del 18° anno di età. In questi casi l'invalidità che dà diritto alla rendita può insorgere solo con la fine o l'interruzione dei provvedimenti di integrazione (N. 9001 seg.; DTF 137 V 417; Pratique VSI 2001 pag. 148).
- 1033
1/13 Per gli assicurati domiciliati al di fuori di uno Stato dell'UE/AELS il diritto alla rendita sorge se sono stati inabili al lavoro per il 50 per cento in media durante un anno senza rilevanti interruzioni e se dopo il periodo di attesa il grado d'invalidità è almeno del 50 per cento o se sono incapaci al guadagno in maniera permanente per almeno il 50 per cento (art. 29 cpv. 4 in combinato disposto con l'art. 28 cpv. 1 LAI, art. 10 del regolamento n. 1408/71 per gli Stati dell'AELS o art. 7 regolamento n. 883/04 per gli Stati dell'UE).
- 1034 L'insorgere dell'evento assicurato e il diritto alla rendita di regola coincidono. Possono però anche divergere per esempio in caso di domanda tardiva (N. 2027 segg.).
- 1035 In caso di *provvedimenti d'integrazione*, la persona interessata è da considerare invalida dal momento in cui per la prima volta diviene evidente che il danno alla salute giustifica la concessione di una prestazione secondo le condizioni di diritto previste per legge.
- 1036 Per gli assicurati con un'*infermità congenita* che non hanno ancora compiuto 20 anni, l'invalidità insorge nel momento in cui l'infermità ha reso necessario per la prima volta una cura medica o un controllo permanente (RCC 1967 pag. 40).
- 1037 L'ufficio AI accerta l'insorgere dell'evento assicurato con particolare attenzione, poiché esso è determinante per l'adempimento delle condizioni assicurative, per l'inizio

delle prestazioni in generale, la determinazione del diritto alla rendita e il calcolo della rendita (DR).

2. Inizio dell'invalidità per prestazioni di stessa natura scagionate nel tempo

- 1038 In caso di provvedimenti d'identica natura che si susseguono e sono strettamente connessi tra loro, per l'insorgere dell'invalidità è determinante il primo provvedimento. Se le condizioni assicurative non sono adempiute al momento in cui si rende necessaria per la prima volta l'adozione di una cura medica o la consegna di un mezzo ausiliario, non possono essere accordate neppure le misure connesse all'infermità in questione che diventano necessarie più tardi. Se per esempio un assicurato si sottopone ad un intervento chirurgico prima di essere assicurato, un secondo intervento reso necessario dal primo non può andare a carico dell'AI neanche se al momento della seconda operazione sono adempiute le condizioni assicurative.
- 1039 Se vengono adottati provvedimenti d'integrazione per un nuovo disturbo non connesso al primo oppure se in una seconda fase dell'integrazione è fornito un mezzo ausiliario di un nuovo genere (p. es. un apparecchio sul posto di lavoro ad assicurati con protesi) se ne deve invece desumere un nuovo evento assicurato per il cui insorgere vanno rivedute le condizioni assicurative.

Capitolo 3: Condizioni assicurative

Art. 6 LAI

¹ Gli svizzeri e gli stranieri nonché gli apolidi hanno diritto alle prestazioni conformemente alle seguenti disposizioni. È fatto salvo l'articolo 39.

^{1bis} Qualora una convenzione di sicurezza sociale conclusa dalla Svizzera obblighi soltanto uno Stato contraente a versare prestazioni, non sussiste alcun diritto ad una rendita d'invalidità se la totalizzazione dei periodi di assicurazione congiunti in entrambi i Paesi da parte di cittadini svizzeri o

cittadini dell'altro Stato contraente giustifica il diritto alla rendita secondo la legislazione dell'altro Stato contraente.
² *Fatto salvo l'articolo 9 capoverso 3 LAI, i cittadini stranieri hanno diritto alle prestazioni solo finché hanno il loro domicilio e la loro dimora abituale (art. 13 LPGA) in Svizzera, e in quanto, all'insorgere dell'invalidità, abbiano pagato i contributi almeno per un anno intero o abbiano risieduto ininterrottamente in Svizzera per dieci anni. Nessuna prestazione è assegnata ai loro congiunti domiciliati all'estero.*

- 1040 All'insorgere dell'invalidità devono essere adempiute le condizioni assicurative necessarie al versamento delle prestazioni AI.
- 1041 Le condizioni assicurative comprendono due criteri:
– la durata minima di contribuzione (art. 36 cpv. 1 LAI);
– il domicilio e il soggiorno abituale in Svizzera (N. 4101 segg. DR).
- 1042
1/13 In virtù dell'accordo sulla libera circolazione delle persone con l'UE/AELS, di convenzioni bilaterali e del Decreto federale sullo statuto dei rifugiati e degli apolidi, per determinati cittadini stranieri e per i rifugiati si possono prevedere condizioni assicurative più vantaggiose che devono essere adempiute all'insorgere dell'invalidità (Direttive sullo statuto degli stranieri e degli apolidi nell'AVS e nell'AI e *Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI [CIBIL]*, d/f).
- 1043 Per i cittadini stranieri che non hanno ancora compiuto 20 anni si applicano condizioni assicurative agevolate (art. 9 cpv. 2 e 3 LAI in combinato disposto con l'art. 39 cpv. 3 LAI).
- 1044 L'ufficio AI accerta, all'occorrenza con la collaborazione della cassa di compensazione competente, se sono date le condizioni assicurative (art. 57 cpv. 1 lett. c, art. 60 cpv. 1 lett. a LAI) e ne riporta il risultato negli atti (N. 2016 segg. CPAI).

Capitolo 4: Priorità dell'integrazione sulla rendita / Integrazione dei beneficiari di rendite

1. Principio

- 1045 Nell'AI si applica il principio «Priorità dell'integrazione sulla rendita». Per principio, i provvedimenti d'integrazione sono quindi prioritari rispetto alla rendita. Di regola, non si ha diritto alla rendita finché i provvedimenti d'integrazione possono comportare modifiche incidenti sulla rendita (art. 28 cpv. 1 lett. a LAI, RCC 1984 pag. 359, 1982 pag. 471, 1981 pag. 123, 1970 pagg. 162 e 395, 1969 pag. 424).
- 1045.1
1/15 La situazione medica, personale e professionale dell'assicurato è riesaminata costantemente. Dopo la concessione della rendita si possono attuare in ogni momento provvedimenti di reintegrazione volti a migliorare la capacità al guadagno, a condizione che siano indicati.

2. Procedura

- 1046
1/15 Prima di accordare una rendita, l'ufficio AI considera, che l'assicurato lo chieda o no, tutti i provvedimenti d'integrazione legalmente possibili, necessari e adeguati per ripristinare, conservare o migliorare la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete (art. 8 cpv. 1 LAI; RCC 1962 pag. 125). Oltre ai provvedimenti d'integrazione dell'AI devono essere valutate anche misure non coperte dall'AI (ad es. i provvedimenti sanitari per gli adulti o l'impegno cui l'assicurato è tenuto in virtù dell'obbligo di ridurre il danno). Nessuna rendita deve essere concessa senza che l'ufficio AI abbia verificato e documentato per ogni singolo caso che tutti i trattamenti medici esigibili sono stati eseguiti.

Esempio:

Un operaio di 35 anni, intelligente, addetto ai lavori pesanti, in seguito ad un disturbo alla schiena può ormai svolgere, praticamente a tempo pieno, soltanto leggeri lavori ausiliari. Considerato che le sue possibilità di guadagno sono

notevolmente ridotte e che per motivi di salute sono possibili assenze dal lavoro, gli rimane soltanto una capacità al guadagno del 50 per cento. Senza provvedimenti professionali avrebbe diritto a una mezza rendita. L'ufficio AI verifica anzitutto se la riqualifica ad un lavoro leggero accresce il reddito ad un livello che incida sulla rendita, ossia se la capacità al guadagno può essere migliorata o ripristinata totalmente.

- 1047 Per valutare la capacità d'integrazione sono determinanti il parere del SMR e gli altri accertamenti. Gli accertamenti devono mostrare quali attività professionali potrebbe ancora svolgere l'assicurato in considerazione del suo stato di salute e se vi sono corrispondenti possibilità di impiego sul mercato equilibrato del lavoro (N. 3047 segg.). A tal fine l'ufficio AI può richiedere rapporti, informazioni e perizie e procedere ad accertamenti sul posto (art. 69 cpv. 2 OAI). L'impossibilità di un'integrazione deve essere suffragata da indicazioni concrete e oggettive. L'ufficio AI non può basarsi unicamente sulle indicazioni soggettive dell'assicurato (RCC 1981 pag. 42).

Capitolo 5: Obbligo di ridurre il danno, obbligo d'informare e di collaborare

- 1048
1/13 In virtù dell'*obbligo di ridurre il danno*, l'assicurato deve adoperarsi spontaneamente, per quanto possibile, a migliorare la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete (p. es. attività domestica, N. 3089; art. 7 LAI). 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. Per circostanze soggettive vanno intesi innanzitutto l'entità della capacità lavorativa residua e i fattori personali quali l'età, la situazione professionale concreta o l'esistenza di legami stretti con il luogo di domicilio. Tra le circostanze oggettive vanno prese in considerazione segnatamente l'esistenza di un mercato del lavoro equilibrato e la durata prevedibile dei rapporti di lavoro. 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. È il caso, ad esempio, quando la rinuncia a provvedimenti volti a ridurre il danno porterebbe alla concessione di una rendita o alla riforma in una professione completamente nuova (9C_924/2011).

- 1048.1 In particolare l'assicurato è tenuto a:
- 1/18
- trovare, accettare o conservare ogni attività lucrativa esigibile adeguata alla sua invalidità; se l'assicurato presenta durevolmente una capacità lavorativa del 50 per cento e non la sfrutta al meglio, l'ufficio AI non è tenuto – neanche dopo aver versato una rendita per 17 anni – a esaminare la possibilità di attuare provvedimenti d'integrazione né a continuare a versare la rendita durante questo periodo (9C_752/2013);
 - procedere a tutti i cambiamenti possibili ed esigibili nella sua attività lucrativa o nel suo ambito di competenze per sfruttare al meglio la capacità lavorativa residua (p. es. chi prima svolgeva lavori prevalentemente manuali può assumere sempre più compiti amministrativi). Tuttavia, in caso di ristrutturazione di un'azienda (familiare) l'assicurato non è soggetto all'obbligo di ridurre il danno se, per permettere a uno dei proprietari con problemi di salute o a un familiare di lavorare nell'azienda, quest'ultima dovrebbe organizzarsi in modo inadeguato o inefficiente (9C_955/2011 consid. 4.2);
 - intraprendere un'attività lucrativa dipendente (che lo esclude dal beneficio di una rendita), nonostante sia ancora in grado di conseguire un certo guadagno nell'azienda in cui svolge attualmente la sua attività indipendente (9C_357/2014, 8C_460/2011);
 - sottoporsi a un trattamento terapeutico ragionevolmente esigibile se atto a migliorare la capacità al guadagno in modo da ridurre o sopprimere la rendita (9C_671/2016; 9C_418/2010). Per i trattamenti medici non devono essere applicati criteri severi (RCC 1985 pagg. 328 e 331). In particolare sono ragionevolmente esigibili soltanto

quelli che comportano un rischio trascurabile (“operazione di routine”, nessun grave rischio legato alla narcosi ecc.). Che i costi del trattamento medico siano assunti o meno dall’Al è irrilevante;

- procedere, se indicato, ad analisi del sangue: la misurazione della concentrazione sierica dei farmaci somministrati costituisce uno dei metodi regolarmente utilizzati per esaminare l’osservanza terapeutica dell’assicurato. Pur recando pregiudizio, in assoluto, alla libertà personale in quanto implica il prelievo di sangue, questo esame è un provvedimento di accertamento del tutto esigibile da parte dell’assicurato, considerando in particolare l’obbligo per quest’ultimo di collaborare all’accertamento e di sottoporsi agli esami medici e tecnici necessari (9C_732/2012);
- cambiare, se necessario, domicilio se vi sono adeguate possibilità di guadagno (RCC 1983 pag. 246, 1970 pag. 331).

L’assicurato deve partecipare attivamente a tutti i provvedimenti ragionevolmente esigibili che possono permettergli di mantenere il posto di lavoro, (re)integrarsi nella vita lavorativa o accedere a mansioni ad essa equiparate (art. 7 cpv. 2 LAI, art. 21 cpv. 4 LPGGA).

- 1049 L’assicurato è tenuto ad *informare e a partecipare*, ossia a sottoporsi a tutti i provvedimenti di accertamento e di (re)integrazione ragionevolmente esigibili che gli sono stati ordinati e a contribuire attivamente alla loro buona riuscita (art. 28 e 43 cpv. 2 LPGGA). Deve sottoporsi per esempio agli esami medici necessari (RCC 1967 pag. 255; N. 7014.1); l’assicurato residente all’estero deve, se necessario, sottoporsi in Svizzera agli accertamenti necessari per valutare il diritto alla rendita (RCC 1978 pag. 265).
- 1049.1 L’assicurato è tenuto a fornire informazioni veritiere
3/16 e non può avvalersi della facoltà di non rispondere (art. 28 LPGGA; 9C_258/2014).

- 1050
1/15 Negli accertamenti si assumono per principio soltanto i costi connessi all'invalidità (p. es. per un interprete nel caso di una persona audiolesa) e ai provvedimenti d'integrazione ordinati dall'ufficio AI (art. 45 LPGGA, art. 51 LAI). Se l'assicurato non padroneggia la lingua ufficiale del Cantone, deve provvedere da solo (a proprie spese), in virtù dell'obbligo di partecipare, affinché durante l'istruttoria presso l'ufficio AI sia presente una persona che conosca la sua lingua madre (p. es. familiari, rappresentanti del consolato o dell'ambasciata). Sono fatte salve le disposizioni di trattati internazionali relative all'accettazione di documenti nella lingua ufficiale dell'altra Parte contraente. Per gli esami psichiatrici nell'ambito di accertamenti medici ordinati (p. es. centri peritali) e per la VCF, le spese d'interpretariato possono essere assunte se non è a disposizione un membro del personale medico che parli la lingua dell'assicurato (v. CPAI).
- 1051 Sia i provvedimenti disposti che quelli spontanei devono essere ragionevolmente esigibili, cioè funzionali alla (re)integrazione dell'assicurato compatibilmente con il suo stato di salute. I provvedimenti che possono costituire un pericolo per la vita e la salute non rientrano, quindi, tra quelli ragionevolmente esigibili (art. 21 cpv. 4 LPGGA e art. 7a LAI; RCC 1985 pagg. 328 e 331).
- 1052
1/15 Se dall'incarto emerge che, viste le condizioni di salute dell'assicurato, non ci si possono attendere risultati affidabili da una perizia medica (ad es. in caso di tossicodipendenza), l'ufficio AI esige che l'assicurato segua un trattamento orientato all'astinenza finché potrà sottoporsi a tale perizia.
- 1053 Per le sanzioni in caso di violazione dell'obbligo di ridurre il danno o di informare e collaborare si applicano i N. 7011 segg.

Capitolo 6: Procedura per determinare le condizioni di diritto alle prestazioni

1. In generale

- 1054 Per la procedura di determinazione delle condizioni di diritto, si applicano le prescrizioni della CPAI.
- 1055 L'AI non prevede principi secondo i quali in casi dubbi si debba decidere a favore dell'assicurato. Si ha diritto alle prestazioni soltanto se le condizioni sono adempiute con preponderante probabilità (RAMI 1993 pag. 156).

2. Accertamenti medici

- 1056 Per verificare le condizioni di diritto, l'ufficio AI richiede un referto al medico curante dell'assicurato.
- 1057
1/17 La valutazione delle condizioni di diritto dal punto di vista medico, sulla scorta del referto e di altri documenti, spetta all'ufficio AI. Allo scopo, quest'ultimo ha a disposizione medici del SMR specializzati in diverse discipline (9C_858/2014). Se necessario, il SMR raccomanda di richiedere ulteriori documenti medici e decide se l'assicurato debba sottoporsi a un esame presso il SMR. Se questi provvedimenti non permettono di accertare sufficientemente la sussistenza delle condizioni di diritto dal punto di vista medico, il SMR raccomanda all'ufficio AI un accertamento medico esteso in una o più discipline specifiche e designa il servizio idoneo allo scopo. Un accertamento più approfondito è esigibile dall'assicurato e non è sproporzionato quando mancano sufficienti atti sullo stato di salute, la capacità lavorativa e le possibilità d'integrazione (RCC 1980 pag. 322).

3. Accertamento sul posto

- 1058
1/14 L'ufficio AI effettua accertamenti sul posto (a domicilio, nella casa di cura, sul posto di lavoro) in particolare per le persone che esercitano un'attività indipendente, gli agricoltori e

le contadine, gli assicurati che sono occupati nell'economia domestica oppure quando deve verificare il diritto agli assegni per grandi invalidi (compreso un eventuale SCI nel caso dei minorenni). L'ufficio AI può rinunciare a questo accertamento se le condizioni personali dell'assicurato gli sono sufficientemente note e se il caso è debitamente documentato. Per gli accertamenti, l'ufficio AI utilizza appositi moduli.

1059 soppresso
1/13

1060 L'incaricato dell'accertamento fornisce nel suo rapporto dati precisi sulle condizioni dell'assicurato e ne verifica concretamente le affermazioni, in particolare per stabilire quali attività siano esigibili in quale misura.

1061 In mancanza di conoscenze tecniche specifiche, l'ufficio AI può affidare l'accertamento a specialisti in materia. Questo incarico non può essere conferito a persone, autorità o istituzioni che tutelano gli interessi dell'assicurato, l'assistono e lo consigliano. Esse possono tuttavia essere invitate ad esprimersi per iscritto sul caso prima della decisione dell'ufficio AI.

Parte 2: Rendita AI

Capitolo 1: Inizio e fine del diritto alla rendita

1. Condizioni di diritto generali

2001 Prima di concedere una rendita, va in ogni caso valutata la possibilità di eseguire provvedimenti d'integrazione (v. N. 1045 segg.).

2002 Hanno diritto a una rendita gli assicurati che per un anno hanno accusato, senza interruzioni di rilievo, un'incapacità al lavoro di almeno il 40 per cento in media (9C_882/2009) e dopo questo periodo d'attesa rimangono incapaci al guadagno almeno nella stessa misura presumibilmente per un periodo prolungato (art. 28 cpv. 1 LAI).

2003 L'incapacità al lavoro e l'incapacità al guadagno vanno chiaramente distinte (v. N. 2004 segg.).

1.1 Incapacità al lavoro (art. 6 LPGA)

2004 È incapace al lavoro chi, in seguito ad un danno alla salute fisica, mentale o psichica non può più o può essere solo parzialmente attivo nella professione o nel campo d'attività abituali.

2005
1/15 La valutazione eseguita dal medico delle ripercussioni del danno alla salute sulla capacità al lavoro, con la conseguente determinazione dell'incapacità al lavoro (totale o parziale), non è decisiva; il medico esprime unicamente il suo parere in merito. La valutazione decisiva, sulla base del parere medico, è di competenza dell'ufficio AI (DTF 140 V 193). Se non indicato altrimenti, le indicazioni mediche concernenti l'incapacità lavorativa si riferiscono a un posto a tempo pieno (9C_648/2010).

1.2 Incapacità al guadagno (art. 7 LPGA)

2006 È incapace al guadagno chi, in seguito ad un danno alla salute fisica, mentale o psichica, non può svolgere un'attività sull'intero mercato del lavoro che entra in considerazione o può svolgerla solo in parte. Per il calcolo del grado d'invalidità è determinante unicamente l'incapacità al guadagno.

2007 Non è compito del medico, bensì dell'ufficio AI, determinare l'incapacità al guadagno e quindi l'invalidità nonché il grado della medesima.

1.3 Periodo di attesa

1.3.1 In generale

- 2008 Il periodo di attesa, durante il quale l'incapacità al lavoro deve essere in media almeno del 40 per cento, è di un anno.
- 2009 Per stabilire l'incapacità al lavoro media durante il periodo di attesa sono irrilevanti i motivi di salute che l'hanno causata. I motivi di salute possono essere consecutivi o cumulativi.
- 2010 Il periodo di attesa inizia quando nel singolo caso si constata un chiaro pregiudizio alla capacità al lavoro. Un'incapacità al lavoro del 20 per cento è di regola già rilevante (Pratique VSI 1998 pag. 126).
- 2010.1
1/17 In presenza di più disturbi diversi, l'inizio del periodo di attesa non è determinato separatamente per ogni singolo disturbo (9C_800/2015). Ciò significa che il periodo di attesa non riparte da capo, se per quanto riguarda uno dei diversi disturbi presenti si verifica una notevole interruzione della capacità lavorativa.
- 2011 Il periodo di attesa può anche iniziare quando un assicurato che ha assunto una nuova attività per ragioni di salute consegue un reddito notevolmente inferiore pur lavorando a tempo pieno (RCC 1979 pag. 281).

Esempio:

Un ingegnere meccanico deve abbandonare alla fine di marzo del 2007 il suo posto di lavoro per motivi di salute. Assume un'attività di rappresentante che può svolgere a tempo pieno, ma conseguendo soltanto la metà del suo reddito di ingegnere. Secondo il rapporto medico, l'assicurato è incapace al lavoro all'80 per cento dall'1.4.2007 nella sua professione di ingegnere meccanico. Il periodo di attesa inizia a partire da questa data.

- 2012 Il periodo di attesa può anche iniziare nel momento in cui si ottiene l'indennità di disoccupazione, per esempio quando una persona è idonea al collocamento secondo l'AD, ma la sua capacità al lavoro è già notevolmente pregiudicata (RCC 1984 pag. 240, 1979 pag. 360). Le ripercussioni finanziarie di una diminuzione della capacità lavorativa sono per principio irrilevanti per la valutazione durante il periodo di attesa, che può quindi iniziare (o scorrere) anche quando l'assicurato lavora oltre quanto da lui ragionevolmente esigibile (8C_961/2010).
- 2013 Il periodo di attesa scorre anche durante una pena detentiva (RCC 1989 pag. 276, 1977 pag. 128).
- 2014 Un'*interruzione notevole del periodo di attesa* sussiste se l'assicurato è *interamente* atto al lavoro durante almeno 30 giorni consecutivi (art. 29^{ter} OAI). A causa dell'interruzione, ad un nuovo insorgere dell'incapacità al lavoro il periodo di attesa riparte da capo.
- 2015 La ripresa del lavoro è irrilevante se serve solo come terapia e non sussiste una capacità al lavoro economicamente valorizzabile (RCC 1969 pag. 571) o se un medico stabilisce che essa è chiaramente insostenibile per l'assicurato (RCC 1964 pag. 168, 1963 pag. 226).
- 2016 Per il periodo di attesa durante i provvedimenti d'integrazione si veda il N. 9005.

1.3.2 Calcolo dell'incapacità al lavoro media e del periodo di attesa

- 2017 L'incapacità al lavoro media e il periodo di attesa vanno calcolati in giorni (base 365 giorni).
- 2018 La formula è la seguente:
(a giorni con un'incapacità al lavoro dell'x %) +
(b giorni con un'incapacità al lavoro dell'y %) +
(c giorni con un'incapacità al lavoro dell'z %) +

... = 365 giorni con un'incapacità al lavoro almeno del 40 per cento

Nell'Allegato II è riportato un esempio di calcolo.

- 2019 Anche il calcolo del periodo di attesa delle persone attive nell'economia domestica si basa unicamente sull'incapacità al lavoro accertata da un medico e verificata da un SMR e non sulle limitazioni nello svolgimento delle mansioni consuete constatate durante l'accertamento sul posto (DTF 130 V 97).
- 2019.1 Nel quadro del metodo misto ci si deve basare, analogamente alla determinazione del grado d'invalidità, sulla media ponderata dell'incapacità al lavoro nei due ambiti d'attività (DTF 130 V 97).

1.4 Incapacità al lavoro che continua oltre il periodo di attesa

- 2020 Oltre a un'incapacità al lavoro del 40 per cento in media durante l'anno di attesa, la condizione per aver diritto alla rendita è che l'assicurato, scaduto il termine, continui ad essere incapace al lavoro almeno al 40 per cento (art. 28 cpv. 1 lett. c LAI in combinato disposto con l'art. 7 LPGA; Pratique VSI 1996 pag. 187).
- 2021 La durata di questa incapacità al lavoro non è determinante. Essa dà diritto alla rendita anche se è di breve durata (RCC 1963 pag. 131).
- 2022 L'incapacità al lavoro successiva al periodo d'attesa è determinata secondo i metodi di calcolo previsti dai N. 3001 segg.

1.5 Assicurati domiciliati in uno Stato non appartenente all'UE

- 2023 Gli assicurati domiciliati in uno Stato non appartenente all'UE hanno diritto alla rendita soltanto se sono stati incapaci al lavoro per il 50 per cento in media durante un anno

senza interruzioni notevoli e se, dopo il periodo di attesa, il loro grado d'invalidità è almeno del 50 per cento (v. N. 1033).

1.6 Basi decisionali

- 2024 Tutti i documenti di rilievo devono essere disponibili al momento della decisione. Essi devono in particolare informare riguardo:
- allo stato di salute (referti di medici, ospedali e del SMR, pareri/perizie);
 - alla capacità al lavoro (referti di medici, ospedali e del SMR, pareri/perizie);
 - all'attività lucrativa e/o alle mansioni (rapporti del datore di lavoro, rapporti d'accertamento);
 - alla situazione di reddito (rapporti del datore di lavoro, risultati contabili, incarti fiscali, estratti di CI);
 - alla capacità al guadagno (in base al metodo di calcolo applicato);
 - alla capacità d'integrazione.

2. Inizio del diritto alla rendita

Articolo 29 capoversi da 1 a 3 LAI

¹ *Il diritto alla rendita sorge al più presto trascorsi sei mesi dalla presentazione della richiesta formale di prestazioni secondo l'articolo 29 capoverso 1 LPGA, ma al più presto dal mese seguente il compimento dei 18 anni.*

² *Il diritto non sorge fintantoché l'assicurato può esigere un'indennità giornaliera ai sensi dell'articolo 22.*

³ *La rendita viene corrisposta a partire dall'inizio del mese nel quale sorge il diritto.*

- 2025
1/14 Per principio, il diritto alla rendita nasce con l'insorgere dell'evento assicurato (N. 1028 segg.), ma al più presto sei mesi dopo la presentazione della richiesta.
Sotto il profilo dell'esecuzione, ne consegue che l'ufficio AI deve esaminare il diritto alla rendita per il periodo precedente la presentazione della richiesta e per i primi sei mesi

successivi. L'evento assicurato sorge un giorno dopo la scadenza del periodo di attesa di un anno.

- 2025.1
3/16 Se un'invalidità rinasce per motivi diversi da quelli che hanno giustificato nel passato la concessione di una rendita limitata nel tempo (nel frattempo soppressa), si tratta di un nuovo evento assicurato. In tal caso la nuova rendita è versata al più presto dopo sei mesi dalla data in cui è stata inoltrata la nuova richiesta di prestazioni presso l'AI. L'articolo 88^{bis} capoverso 1 lettera a OAI non è applicabile per analogia (DTF 140 V 2).
- 2026
3/16 Il diritto alla rendita non nasce fintantoché l'assicurato beneficia di un'indennità giornaliera (art. 22 OAI in combinato disposto con l'art. 29 cpv. 2 LAI), o finché è sottoposto a provvedimenti d'integrazione (Pratique VSI 2001 pag. 148).

3. Domanda tardiva di prestazioni

Art. 24 cpv. 1 LPGA

Il diritto a prestazioni ... arretrate si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione ...

- 2027
1/18 In ogni caso, il diritto alla rendita sorge al più presto trascorsi sei mesi dalla presentazione della richiesta di prestazioni AI (8C_544/2016). Se un assicurato si annuncia all'ufficio AI più di sei mesi dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa (o del periodo d'attesa di cui ai N. 2008 segg.), si tratta di una domanda tardiva e l'interessato perde il diritto alla rendita per ogni mese di ritardo.

Esempio:

Un assicurato diviene inabile al lavoro il 15.9.2008.

L'evento assicurato rendita potrebbe, quindi, insorgere il 15.9.2009 (con inizio dei versamenti a partire dall'1.9.2009 secondo l'art. 29 cpv. 3 LAI). Ciò presuppone, tuttavia, che l'assicurato si annunci all'AI entro il 15.3.2009. Se l'assicurato presenta la domanda solo il 3.8.2009, la rendita gli può essere pagata a partire dall'1.2.2010. In altre parole, egli

perde il diritto per il periodo che va dal settembre 2009 al gennaio 2010.

2028
1/18

soppresso

2029 La domanda non è tardiva se in occasione di una prima domanda l'amministrazione non ha riconosciuto un diritto alla prestazione debitamente rivendicato né ha adottato alcuna decisione in merito. Se l'assicurato si annuncia di nuovo in un secondo tempo, il pagamento delle prestazioni non rioscose sottostà ad un termine assoluto di perenzione di 5 anni, retroattivamente dal momento della seconda domanda (Pratique VSI 1997 pag. 186).

Esempio:

Un assicurato aveva chiesto nel maggio del 1998 dei mezzi ausiliari AI che gli sono stati accordati. Sebbene dagli atti emergesse anche il diritto alla rendita, l'ufficio AI non l'aveva verificato. Nel maggio del 2004, l'assicurato ha inoltrato una nuova domanda chiedendo espressamente la rendita. Le condizioni risultano soddisfatte già nel febbraio 1997, ragion per cui la rendita può essergli accordata dal maggio 1999 (retroattivamente di 5 anni a contare dalla nuova domanda).

2030 Diversa è la situazione se il diritto alle prestazioni è stato esaminato e giustamente respinto in occasione della prima domanda. Se l'ufficio AI entra nel merito della seconda domanda, l'eventuale rendita sorge al più presto sei mesi dopo la presentazione della richiesta di prestazioni (v. N. 2025).

2031 Gli assicurati minorenni che a 18 anni percepiscono prestazioni periodiche dall'AI oppure beneficiano di altre misure (p. es. di natura medica) sono considerati annunciati per il diritto a un'indennità giornaliera, a una rendita o ad un AGI. L'ufficio AI verifica d'ufficio tale diritto. In questo caso, il diritto alla rendita sorge al compimento dei 18 anni senza dover presentare in precedenza una formale richiesta.

4. Estinzione del diritto alla rendita

Art. 30 LAI

Il diritto alla rendita si estingue con l'inizio del diritto a una rendita di vecchiaia dell'AVS o con la morte dell'avente diritto.

- 2032 Il diritto alla rendita AI si estingue anche quando il beneficiario di una rendita AI percepisce una rendita di vecchiaia anticipata (art. 40 LAVS).
- 2033 Il rinvio della rendita di vecchiaia non è preso in considerazione. Una rendita di vecchiaia che sostituisce una rendita di invalidità non può essere rinviata (art. 55^{bis} lett. b OAVS).

Capitolo 2: Determinazione del grado di invalidità

1. Metodi di calcolo

1.1 In generale

- 3001 L'AI prevede quattro differenti metodi di calcolo:
- *il metodo generale del confronto dei redditi*
Per principio si applica a tutte le persone che esercitano un'attività lucrativa e agli assicurati dai quali si può ragionevolmente esigere l'esercizio di un'attività lucrativa. Il grado d'invalidità è determinato confrontando il reddito da attività lucrativa esigibile con e senza il danno alla salute (N. 3009 segg.);
 - *metodo specifico del confronto delle attività*
Riguarda le persone che non esercitano un'attività lucrativa, ossia le persone che sono occupate nell'economia domestica, quelle che collaborano gratuitamente nell'azienda del coniuge, gli studenti, i membri di comunità religiose ecc. Il grado d'invalidità è calcolato confrontando l'attività effettiva o possibile con e senza danno alla salute (N. 3079 segg.);
 - *metodo misto*
Riguarda le persone che svolgono altre mansioni (p. es. economia domestica, studio) oltre ad un'attività lucrativa

a tempo parziale. Il grado d'invalidità per l'attività lucrativa è determinato confrontando i redditi, il grado d'invalidità per l'attività nell'economia domestica mediante un confronto delle attività (N. 3097 segg.;

– *metodo straordinario*

Riguarda le persone che esercitano un'attività lucrativa per le quali non ha potuto essere effettuato un confronto dei redditi attendibile – per esempio a causa della situazione economica generale (recessione). Il grado d'invalidità è determinato in base alle ripercussioni sul reddito causate dalla ridotta capacità di prestazione (N. 3103 segg.).

- 3002 Per principio il grado d'invalidità è determinato in base a un confronto dei redditi. Soltanto se questo metodo non permette di rilevare il grado d'invalidità se ne può scegliere un altro.
- 3003 Non sono ammessi altri tipi di calcolo, quali per esempio il metodo medico-teorico (tabelle d'invalidità) in quanto non previsti dalla legge (RCC 1967 pag. 83, 1963 pag. 222, 1962 pagg. 125 e 483).
- 3004 Non è ammesso – salvo in condizioni evidenti (p. es. in caso di un'incapacità lavorativa totale) – dedurre automaticamente un grado d'invalidità dall'incapacità lavorativa stabilita dal medico (RCC 1962 pag. 441). L'ufficio AI deve sempre verificare se, ed eventualmente in che misura, la residua capacità lavorativa possa essere sfruttata al meglio e quale reddito permetterebbe di conseguire con un'attività esigibile. Parimenti, nel metodo specifico, per il calcolo del grado d'invalidità è determinante il confronto delle attività e non la valutazione dell'incapacità lavorativa fatta dal medico.

1.2 Determinazione del metodo di calcolo

- 3005 Per stabilire il metodo di calcolo occorre verificare nei singoli casi quale attività svolgerebbe l'assicurato in assenza del danno alla salute (attività lucrativa, attività lucrativa a

tempo parziale, occupazione nell'economia domestica ecc.).

- 3006 Bisogna prendere in considerazione l'insieme dei dati nei singoli casi, quali gli eventuali compiti educativi e di assistenza dispensati ai figli, l'età, le capacità professionali, la formazione, le inclinazioni e le doti personali dell'assicurato, secondo il criterio dell'esperienza generale della vita (DTF 117 V 194). Nel diritto delle assicurazioni sociali, si richiede di regola la prova della verosimiglianza preponderante (DTF 117 V 194; RCC 1989 pag. 128). Bisogna valutare ragionevolmente, sulla base di circostanze obiettive, come l'assicurato, nella sua situazione concreta, avrebbe deciso se non avesse avuto un danno alla salute. Questa decisione soggettiva non deve essere per forza quella obiettivamente più ragionevole (8C_319/2010, 8C_731/2010). In particolare va considerata l'evoluzione sociale nella ripartizione dei compiti fra uomo e donna (nessuna assegnazione rigida dei ruoli). Nel caso di un assicurato salariato occorre presumere che egli avrebbe continuato ad esercitare un'attività lucrativa dipendente anche senza il danno alla salute, a meno che non sia provato o sufficientemente probabile che nel frattempo avrebbe intrapreso un'attività indipendente.
- 3007 Il metodo di calcolo è stabilito in base alla situazione sviluppatasi fino all'emanazione della decisione (RCC 1989 pag. 127 consid. 2b). Modifiche sostanziali intervenute entro questo termine possono rendere necessario un altro metodo di calcolo. Una modifica sostanziale successiva all'emanazione della decisione può rappresentare un motivo di revisione (N. 5005 segg.).
- 3008 L'ufficio AI riporta nell'incarto il metodo di calcolo, gli elementi di calcolo per la determinazione del grado d'invalidità e una breve motivazione.

2. Metodo generale del confronto dei redditi

Art. 16 LPGA

Per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti di integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido.

2.1 Applicazione dei vari metodi di calcolo

Il metodo generale del confronto dei redditi si applica alle seguenti persone:

- 3009 – gli assicurati che devono interrompere o abbandonare l'attività lucrativa per infortunio o malattia e che senza l'invalidità avrebbero continuato ad esercitarne una;
- 3010 – gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa e che a causa dell'invalidità guadagnano meno dei non invalidi (p. es. invalidi precoci e invalidi dalla nascita);
- 3011 – gli assicurati che all'insorgere del danno alla salute non esercitavano un'attività lucrativa ma che senza l'invalidità ne avrebbero intrapresa una (p. es. persone attive nell'economia domestica che senza l'invalidità avrebbero probabilmente iniziato un'attività lucrativa o gli assicurati che non hanno potuto terminare una formazione professionale a causa dell'invalidità, N. 3039);
- 3012 – gli assicurati che all'insorgere del danno alla salute non esercitavano nessuna attività lucrativa ma dai quali se ne potrebbe esigere una (p. es. che seguono una formazione professionale e che potrebbero esercitare un'attività lucrativa adeguata, N. 3040 segg.). L'interrogativo si pone anche per chi vive di rendita e i pensionati (9C_9/2013 consid. 2.4). In caso negativo si applicano i N. 3079 seg.;

- 3012.1 – gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo
1/18 parziale e non svolgono mansioni consuete (cosiddetti
lavoratori a tempo parziale senza mansioni consuete).

2.2 Elementi di confronto

- 3013 Con il metodo del confronto dei redditi si determina il grado d'invalidità paragonando
- il *reddito ipotetico senza invalidità*, ossia il reddito che l'assicurato conseguirebbe presumibilmente se non fosse divenuta invalido (N. 3021 segg.)
 - con il *reddito ipotetico d'invalido*, ossia il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire malgrado l'invalidità con un'attività ragionevolmente esigibile (N. 3043 segg.).
- 3014 Sono considerati reddito senza invalidità e d'invalido determinanti i redditi da lavoro presumibili sui quali sarebbero riscossi contributi AVS (art. 25 cpv. 1 OAI; RCC 1986 pag. 432, 9C_699/2008). Non sono prese in considerazione altre fonti di reddito, quali i proventi del patrimonio, le rendite, le pensioni, le prestazioni di assistenza, gli assegni familiari e gli assegni per figli e i diritti nei confronti di altre assicurazioni (v. N. 3054 segg.).
- 3015 Il confronto dei redditi va determinato in base all'attività lucrativa complessiva (attività principale e attività accessoria; 9C_883/2007, I 433/06).
- 3016 L'ufficio AI si basa in generale soltanto sui redditi annui che si riferiscono allo stesso periodo e stabilisce i redditi determinanti tenendo conto della situazione effettiva al momento dell'inizio della rendita (DTF 129 V 222 e 128 V 174). Il reddito d'invalido e il reddito senza invalidità vanno dunque rilevati sulla stessa base temporale e tenendo conto dei cambiamenti determinanti per la rendita che intervengono fino all'emanazione della decisione. All'occorrenza, il confronto dei redditi va ripetuto prima della decisione.
- 3017 Per le persone residenti all'estero devono essere confrontati i redditi che potrebbero essere conseguiti sullo stesso

mercato del lavoro con e senza invalidità perché non è possibile un confronto oggettivo del livello dei salari e del costo della vita fra differenti paesi (RCC 1985 pag. 469).

- 3018 Nei casi limite – per gradi di invalidità intorno al 40, 50, 60 o 70 per cento – i due redditi vanno determinati con particolare precisione. In caso di dubbio si deve procedere ad esami supplementari.
- 3019 L'ufficio AI procede ad una riunione dei CI, in particolare quando il reddito non è provato chiaramente.

2.2.1 Parallelizzazione dei redditi

- 3020
1/18 Nell'ambito del confronto dei redditi i fattori estranei all'invalidità non verranno presi in considerazione o lo saranno in ugual misura per entrambi i redditi. Se nell'attività esercitata quando non era invalido un assicurato percepiva un salario nettamente inferiore alla media, in quanto le sue condizioni personali (in particolare la mancanza di una formazione professionale, le carenze linguistiche o la categoria di permesso di soggiorno) o il basso livello salariale della regione in cui lavorava non gli permettevano di percepire un salario corrispondente alla media, occorre considerare che con un danno alla salute egli può conseguire solo un salario inferiore alla media (DTF 135 V 58). In questi casi occorre effettuare una parallelizzazione dei redditi, al fine di eliminare o di prendere in considerazione in ugual misura i fattori estranei all'invalidità.
- 3020.1
1/18 La parallelizzazione va per principio effettuata quando il reddito effettivamente conseguito (reddito senza invalidità) è inferiore di almeno il 5 per cento rispetto al salario usuale nel settore secondo la tabella della RSS (DTF 135 V 297).
- 3020.2
1/18 Va considerata soltanto la parte della differenza che eccede il 5 per cento. Se la differenza è, per esempio, del 12 per cento, al reddito conseguito potrà essere aggiunto soltanto il 7 per cento.

3020.3 1/18 La parallelizzazione va eseguita o sul *reddito senza invalidità* aumentando il reddito effettivamente conseguito oppure sul *reddito d'invalido* riducendo il valore statistico (8C_2/2017).

Esempio:

Al momento dell'insorgere del danno alla salute, un assicurato impiegato come lavoratore stradale percepiva un salario di 56 104 franchi all'anno.

In base alla tabella della RSS, il reddito annuo determinante nel settore edilizio (adeguato in funzione dell'orario di lavoro consueto nel ramo e indicizzato al momento in esame) ammonta a 68 592 franchi.

Il reddito annuo ancora conseguibile nonostante il danno alla salute con l'impiego ragionevolmente esigibile della capacità al lavoro residua (reddito d'invalido) ammonta a 32 602 franchi.

Il reddito senza invalidità conseguito è dunque inferiore del 18,2 per cento al reddito determinante nel settore in base alla tabella RSS.

$$(68\ 592 - 56\ 104) \times 100 / 68\ 592 = 18,2 \%$$

Ne risulta dunque una differenza determinante rispetto al reddito medio del 13,2 %

$$(18,2 \% - 5 \% = \mathbf{13,2 \%})$$

Variante di calcolo per la riduzione del valore statistico del reddito d'invalido:

$$RSI = 56\ 104.-$$

$$RI = 32\ 602.- \times [(100 - \mathbf{13,2})/100] = 28\ 298.53$$

$$\text{Perdita di guadagno} = 56\ 104 - 28\ 298.53 = 27\ 805.47$$

$$\text{Grado d'invalidità} = 27\ 805.47 \times 100 / 56\ 104 = 49,56 \%$$

Variante di calcolo per l'aumento del reddito effettivamente conseguito:

$$RSI = [56\ 104.- / (100 - \mathbf{13,2})] \times 100 = 64\ 635.94$$

$$RI = 32\ 602.-$$

$$\text{Perdita di guadagno} = 64\ 635.94 - 32\ 602 = 32\ 033.94$$

Grado d'invalidità = $32\,033.94 \times 100 / 64\,635.94 = 49,56 \%$

Per le due varianti sussiste dunque un grado d'invalidità arrotondato del 50 per cento e quindi il diritto a una mezza rendita.

3020.4
1/18 Dopo la parallelizzazione dei redditi, bisogna ancora procedere, se del caso, a una deduzione dal reddito d'invalido dovuta alla disabilità (N. 3067.1 segg.). I fattori estranei all'invalidità considerati per la parallelizzazione non possono essere considerati anche nel calcolo della deduzione dovuta alla disabilità.

3020.5
1/18 Non si procede alla parallelizzazione se:

- vi sono indizi secondo cui l'assicurato si è accontentato volontariamente di un reddito più modesto (DTF 135 V 297, DTF 134 V 322, 9C_488/2008, DTF 135 V 58, 9C_996/2010), in particolare un reddito modesto proveniente da un'attività lucrativa indipendente (8C_626/2011);
- per entrambi i redditi (da invalido e senza invalidità), gli stessi fattori estranei all'invalidità hanno inciso (negativamente) sul livello salariale (9C_112/2012 consid. 4.5);
- l'assicurato non avrebbe comunque proseguito (esclusivamente) uno dei rapporti di lavoro avuti fino a quel momento e dunque il reddito effettivamente conseguito (eventualmente inferiore alla media) non può essere preso come base per il reddito d'invalido, ma occorre prendere un valore statistico (9C_595/2010).

2.3 Reddito senza invalidità

2.3.1 Concetto

3021 È considerato reddito ipotetico senza invalidità il reddito che la persona probabilmente conseguirebbe, considerato l'insieme delle circostanze, se non fosse diventata invalida (Pratique VSI 2002, pag. 161, consid. 3b, RCC 1973 pag. 198, 1964 pag. 388, 1961 pag. 338, I 1034/06, DTF

131 V 51, 129 V 224 consid. 4.3.1, 9C_404/2007). Il reddito senza invalidità va calcolato per principio in funzione dell'ultimo salario conseguito. È infatti determinante il reddito che l'assicurato conseguirebbe effettivamente, non quello che potrebbe conseguire nel migliore dei casi. Per l'AI non entra in linea di conto se gli assicurati, pur essendo in grado di lavorare a tempo pieno, riducono volontariamente il proprio tasso d'occupazione per avere più tempo libero o non possono esercitare un'attività a tempo pieno a causa della situazione del mercato del lavoro.

3022 Come riferimento può servire il reddito che conseguirebbe una persona mentalmente, psichicamente, e fisicamente sana della stessa età, con la stessa formazione, in condizioni di lavoro equivalenti o simili e in un luogo con caratteristiche identiche (RCC 1989 pag. 456, 1986 pag. 432).

3023
1/13 Fa parte del reddito ipotetico senza invalidità anche l'eventuale reddito di un'attività lucrativa accessoria se presumibilmente svolta regolarmente e per un lungo periodo. Nel reddito senza invalidità vanno anche considerate le ore supplementari effettuate regolarmente (9C_45/2008, I 181/05, I 273/05, 8C_671/2010). Se per determinare il reddito senza invalidità viene considerato un tasso d'occupazione superiore al 100 per cento, questo tasso può essere preso come base anche per la determinazione del reddito d'invalido, se non vi si oppongono motivi di salute (9C_766/2011 consid. 3.2).

3023.1
1/14 Le mance non sono prese in considerazione nel calcolo del reddito senza invalidità, a condizione che su queste non vengano prelevati contributi paritetici (8C_514/2012 consid. 4.2).

3024
1/14 Vanno considerati inoltre i seguenti casi speciali:
– in caso di variazioni molto forti del reddito ad intervalli relativamente brevi, il reddito senza invalidità è determinato in base al guadagno medio di un periodo sufficientemente lungo (RCC 1985 pag. 474). Se l'assicurato non invalido ha accumulato un numero molto variabile di ore supplementari, per il calcolo del reddito senza invalidità

non bisogna basarsi sul reddito dell'anno precedente, bensì su un valore medio calcolato su diversi anni (9C_979/2012 consid. 4);

- per gli assicurati parzialmente o totalmente disoccupati si considera reddito ipotetico senza invalidità quello che essi probabilmente conseguirebbero in una situazione equilibrata del mercato del lavoro se non fossero disoccupati;
- se un reddito senza invalidità è molto basso, occorre verificare se vi era già prima un danno alla salute invalidante (p. es. se era già stata inoltrata una domanda all'AI; se oltre al danno alla salute che ha indotto alla domanda vi erano altri disturbi; se in base al genere del disturbo si può presumere che esso abbia pregiudicato già prima la capacità al guadagno; RCC 1985 pag. 659);
- se un reddito senza invalidità è più elevato della media, va preso in considerazione in quanto tale solo se si stabilisce con probabilità preponderante che l'assicurato avrebbe continuato a conseguirlo (8C_671/2010);
- se dopo l'insorgenza del danno alla salute si può esigere che l'assicurato lavori a turni, si deve rinunciare a prendere in considerazione le indennità per i turni sia per il reddito d'invalido che per il reddito senza invalidità (I 398/05, I 751/06).

Esempio:

Secondo la Suva un'ausiliaria di 40 anni ha un'incapacità al guadagno del 25 per cento. Dagli atti relativi alla precedente formazione speciale risulta però un'infermità mentale medio-grave che le ha impedito di acquisire conoscenze professionali sufficienti. Il reddito ipotetico senza invalidità è quindi molto più alto dell'effettivo, modesto reddito del lavoro precedente l'infortunio. Determinante è il reddito medio [*sic*; mediano] ai sensi dell'articolo 26 cpv. 1 OAI: il grado d'invalidità secondo la LAI è quindi molto più alto di quello calcolato dalla Suva.

2.3.2 Calcolo del reddito senza invalidità

2.3.2.1 Salariati

- 3025 Per determinare il reddito senza invalidità bisogna basarsi sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile.
- 3026 Vanno presi in considerazione gli aumenti individuali del salario che sarebbero intervenuti in ragione di anzianità di servizio, mutamento della situazione familiare, concrete possibilità di carriera. Non si tiene invece conto delle possibilità di avanzamento meramente teoriche. (RCC 1963 pag. 220).
- 3027 Non si tiene conto delle spese salariali accessorie non soggette ai contributi AVS a carico del datore di lavoro (RCC 1986 pag. 432).
- 3028 L'ufficio AI invia al datore di lavoro dell'assicurato un questionario per determinare il reddito senza invalidità (v. Allegato I).
- 3028.1 Per stabilire se una persona sia da considerare come dipendente o indipendente non ci si deve basare sul rapporto contrattuale tra le parti. L'elemento determinante è la posizione economica dell'assicurato, vale a dire se quest'ultimo esercita un'influenza notevole sulla politica e lo sviluppo dell'attività. Per rispondere a questa domanda si possono esaminare la partecipazione finanziaria, la composizione della direzione della società e aspetti simili (9C_453/2014).
- 3028.2 L'amministratore di una società anonima e il gerente di una società a garanzia limitata devono essere considerati in linea di principio salariati. Tuttavia, se una persona che dirige una tale società ha un'influenza determinante su quest'ultima (ad es. perché è l'unica ad avere il diritto di firma), è giustificato calcolare il grado d'invalidità con il metodo utilizzato per i lavoratori indipendenti (ad es. tenendo conto della media dei redditi di più anni o procedendo a un

paragone ponderato dei campi d'attività; v. 8C_898/2010). In particolare un assicurato impiegato da una società anonima è considerato indipendente se, in qualità di azionista unico, esercita una notevole influenza sulla ditta. Per fissare il grado d'invalidità non ci si può basare soltanto sulle iscrizioni nel CI, in quanto in qualità di azionista unico egli ha un'influenza decisiva sulla ripartizione tra salario e utile (8C_346/2012).

2.3.2.2 Lavoratori indipendenti in generale

- 3029 Il salario senza invalidità è determinato considerando l'evoluzione che l'azienda dell'assicurato avrebbe avuto se non fosse subentrata l'invalidità (RCC 1963 pag. 427).
- 3030 Si tiene conto in particolare delle attitudini professionali e personali e del genere di attività dell'assicurato, come pure della situazione economica e dell'andamento della sua azienda (RCC 1961 pag. 338) prima dell'insorgere dell'invalidità. Il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (RCC 1962 pag. 125). Il reddito di tali aziende non può però essere equiparato direttamente al reddito ipotetico senza invalidità (RCC 1981 pag. 40).
- 3031 Il reddito che non deriva direttamente dall'attività dell'invalido (interessi del capitale investito, reddito derivante dalla collaborazione di familiari [N. 3033] ecc.) va detratto (RCC 1962 pag. 481).
- 3032 L'ufficio AI richiede i risultati contabili di diversi anni. Considera in particolare tutti i conti che presentano differenze dopo l'insorgere del danno alla salute (spese per il personale, ammortamenti, ricavo netto e lordo e il loro rapporto con la cifra d'affari). Si considerano inoltre i documenti relativi ai contributi (in particolare le comunicazioni alla cassa di compensazione) e, se necessario, si procede a un accertamento sul posto (vedi N. 2114 segg. CPAI). Un eventuale rapporto di accertamento dovrà fornire indicazioni sufficientemente precise sull'andamento dell'azienda. I dati

contenuti nelle dichiarazioni fiscali non sono adatti per determinare il guadagno reale (8C_9/2009).

- 3032.1
1/15 Per i lavoratori indipendenti l'estratto del CI è di regola determinante per calcolare il reddito. Si può infatti presupporre che la cassa di compensazione abbia proceduto conformemente alle prescrizioni applicabili sulla determinazione del reddito soggetto a contribuzione e sulla sua iscrizione nel CI (8C_530/2013). Per gli amministratori di una società anonima o i gerenti di una società a garanzia limitata si veda tuttavia il N. 3028.1.

2.3.2.3 Lavoratori indipendenti con aziende familiari

Art. 25 cpv. 2 OAI

Ambedue i redditi determinanti di un invalido con attività lucrativa indipendente, che amministra un'azienda in comune con membri della sua famiglia, sono calcolati proporzionalmente all'importanza della sua collaborazione.

- 3033 Se un assicurato conduce un'azienda familiare nella quale collaborano familiari senza una congrua retribuzione, per determinare il reddito senza invalidità occorre stabilire la parte di reddito attribuibile all'assicurato considerando il suo lavoro nell'azienda prima che insorgesse il danno alla salute. A tal fine, l'ufficio AI si basa sul reddito dell'azienda.
- 3034 Determinante è anche in questi casi la procedura prevista dal N. 3032.

2.3.2.4 Invalidi dalla nascita e invalidi precoci privi di sufficienti conoscenze professionali

Art. 26 cpv. 1 OAI

Se un assicurato non ha potuto, a cagione dell'invalidità, acquisire sufficienti conoscenze professionali, il reddito che gli si potrebbe attribuire presumendolo non invalido, corrisponde al tasso percentuale, graduato secondo l'età, del reddito medio di salariati conformemente alla statistica sui

salari e sugli stipendi effettuata dall'Ufficio federale di statistica:

<i>Dopo ... anni compiuti</i>	<i>Prima ... anni compiuti</i>	<i>Tasso in per cento</i>
...	21	70
21	25	80
25	30	90
30	...	100

- 3035 Gli invalidi dalla nascita e gli invalidi precoci sono assicurati se, per un danno alla salute dalla nascita o dall'infanzia, non hanno potuto conseguire sufficienti conoscenze professionali (RCC 1973 pag. 538, 1969 pag. 239). Si tratta di tutte le persone che per la loro invalidità non hanno potuto seguire nessuna formazione professionale oppure che ne hanno iniziata ed eventualmente conclusa una, ma che essendo invalide fin dall'inizio della formazione non hanno le stesse possibilità di conseguire un guadagno di una persona non invalida con la stessa formazione (p. es. N. 3024).
- 3036 L'invalidità precoce o dalla nascita non è invece presa in considerazione, se l'impossibilità di acquisire sufficienti conoscenze professionali è dovuta a ragioni estranee all'invalidità, per esempio di tipo familiare o finanziario (RCC 1978 pag. 33).
- 3037
3/16 Per «sufficienti conoscenze professionali» dev'essere intesa la formazione professionale debitamente terminata. Le semiformazioni sono parificate alla suddetta formazione se, per mezzo di un curriculum speciale d'istruzione adeguato all'invalidità, procurano in generale le stesse conoscenze di un tirocinio vero e proprio o di una formazione regolare e offrono all'assicurato le stesse possibilità di guadagno (9C_611/2014, 9C_820/2012, RCC 1974 pag. 506).
- 3038 Per stabilire il reddito senza invalidità è sempre determinante il reddito medio ai sensi dell'articolo 26 capoverso 1 OAI. Non ci si può quindi basare sul reddito di una professione che l'assicurato, se non fosse stato invalido, avrebbe

eventualmente imparato grazie alle sue particolari doti o all'attività e alla formazione dei suoi fratelli (RCC 1973 pag. 538, 1969 pag. 239).

2.3.2.5 Assicurati, che a causa dell'invalidità, non hanno potuto ultimare una formazione professionale iniziata

Art. 26 cpv. 2 OAI

Se un assicurato non ha potuto, a cagione dell'invalidità, completare la sua formazione professionale, il reddito che gli si potrebbe attribuire presumendolo non invalido, corrisponde al reddito medio di un lavoratore della professione alla quale egli si preparava.

- 3039
1/17
- Questa disposizione si applica ad assicurati, che iniziano una formazione professionale (non ancora invalidi), ma che non possono ultimarla perché nel frattempo lo sono diventati oppure la terminano ma non possono esercitare la professione appresa a causa dell'invalidità (8C_99/2016; RCC 1963 pag. 365). Si applica anche ad assicurati che a causa dell'invalidità hanno dovuto seguire una formazione meno qualificata di quella iniziata o prevista (RCC 1973 pag. 538). Per formazione prevista si intendono programmi di studio precisi che un giovane ha dovuto abbandonare essendo diventato invalido poco prima.
- 3039.1
1/17
- Per determinare il reddito senza invalidità ci si può basare sui salari indicativi della tabella della RSS ([www.bfs.admin.ch / Trovare statistiche / Lavoro e reddito / Salari, reddito da lavoro e costo del lavoro / Informazioni supplementari / Pubblicazioni, disponibile in tedesco](http://www.bfs.admin.ch/Trovare_statistiche/Lavoro_e_reddito/Salari_reddito_da_lavoro_e_costo_del_lavoro/Informazioni_supplementari/Pubblicazioni_disponibile_in_tedesco)) oppure sui salari di riferimento delle associazioni professionali (8C_116/2016). Occorre verificare nel singolo caso quale sia il salario più adeguato.

2.3.2.6 Assicurati che seguono una formazione professionale, di cui si può ragionevolmente pretendere che intraprendono un'attività lucrativa

- 3040 Se da un assicurato che segue una formazione professionale (senza diritto all'indennità giornaliera) si può ragionevolmente esigere l'esercizio di un'attività lucrativa (art. 26^{bis} OAI), dopo un anno di attesa durante il quale avrebbe già potuto esercitarne una, l'invalidità è calcolata secondo il metodo valido per le persone esercitanti un'attività lucrativa (RCC 1982 pag. 473). Per stabilire il reddito senza invalidità è determinante il reddito che si può ragionevolmente esigere dall'assicurato.
- 3041 Ci si può ragionevolmente attendere che un assicurato intraprenda un'attività lucrativa, se ha concluso una formazione sufficiente e se la nuova formazione non può essere considerata una prima formazione professionale ai sensi dell'articolo 16 LAI.
- 3042 Diversamente va trattato il caso in cui dall'assicurato non si può ragionevolmente esigere l'esercizio di un'attività lucrativa (N. 3090 segg.).

2.3.2.7 Assicurati con un'attività lucrativa a tempo parziali che non svolgono mansioni consuete

3042.1 1/18 Gli assicurati che oltre all'attività lucrativa a tempo parziale svolgono attività che non rientrano tra le mansioni consuete sono considerati lavoratori a tempo parziale senza mansioni consuete.

Tra gli indizi **contrari** al riconoscimento dello svolgimento di mansioni consuete vi sono per esempio:

- l'assenza di figli o familiari bisognosi di cure o assistenza (DTF 141 V 15, 9C_615/2016);
- la riduzione del grado d'occupazione al fine di avere più tempo libero ovvero tempo per svolgere attività ricreative (DTF 131 V 51, 8C_846/2015, 9C_764/2010).

3042.2 1/18 Per determinare il reddito senza invalidità, sulla base del reddito dell'attività a tempo parziale si calcola il reddito che sarebbe stato realizzato con un'ipotetica attività lucrativa a tempo pieno (art. 27^{bis} cpv. 3 OAI; v. N. 3078.1).

2.4 Reddito d'invalido

2.4.1 Concetto

3043 Per reddito d'invalido s'intende il reddito del lavoro che un invalido, dopo eventuali provvedimenti d'integrazione, potrebbe ancora conseguire esercitando un'attività esigibile (N. 3044 segg.) in condizioni normali di mercato del lavoro (N. 3050 segg.).

2.4.2 Attività lucrativa esigibile

2.4.2.1 In generale

3044 Per stabilire se e in che misura un'attività lucrativa sia ancora ragionevolmente esigibile valgono i seguenti criteri oggettivi. Determinanti sono in particolare:

- la limitazione dovuta all'invalidità;

– i possibili provvedimenti d'integrazione.
Per principio, l'attività esigibile è stabilita prescindendo dalla situazione contingente del mercato del lavoro (N. 3050 segg.).

- 3045 Che un invalido eserciti effettivamente l'attività esigibile non è rilevante per il calcolo del reddito d'invalido. Non può però richiedere una rendita chi, per ragioni personali, non sfrutta appieno la sua capacità lavorativa, ma potrebbe conseguire un reddito che esclude la rendita se esercitasse un'attività esigibile (RCC 1982 pag. 471, 1980 pag. 581).

2.4.2.2 Possibilità di guadagno esigibili

- 3046 La possibilità di guadagno è determinata in primo luogo in base alla capacità lavorativa residua, ossia alla capacità di svolgere una determinata attività in una determinata misura (temporale e funzionale, N. 2004).

- 3047 La valutazione della capacità lavorativa in base allo stato di salute dell'assicurato, ossia la constatazione se una persona possa o debba lavorare seduta o in piedi, all'aperto o in locali riscaldati, se possa portare e sollevare pesi ecc. è compito di un medico (RCC 1982 pag. 34, 1962 pag. 441). A tale proposito ci si deve basare sul rapporto del SMR (eccezione: i casi determinati esclusivamente da un infortunio o da una malattia professionale e per i quali l'ufficio AI dispone di documenti chiari dell'AINF o dell'AM). Né i medici né il SMR devono invece esprimere pareri sulla capacità al guadagno o sul grado d'invalidità.

- 3048 L'ufficio AI esamina le possibilità concrete d'impiego professionale considerando le indicazioni del SMR e le altre attitudini dell'assicurato.

2.4.2.3 Esigibilità dei provvedimenti d'integrazione

- 3049 Per principio è esigibile ogni provvedimento d'integrazione che consente all'assicurato di esercitare un'attività lucrativa esigibile ai sensi dei N. 3044 segg. (art. 7a LAI, RCC 1983

pag. 246). Le conseguenze del rifiuto di provvedimenti d'integrazione sono disciplinate dai N. 7010 segg.

2.4.2.4 Mercato del lavoro equilibrato

- 3050
3/16 «Mercato del lavoro equilibrato» è un termine teorico ed astratto che serve a delimitare l'obbligo di prestazione dell'AD e dell'AI. Esso implica da un lato un certo equilibrio tra l'offerta e la domanda di lavoro, dall'altro un mercato del lavoro che offre un ventaglio differenziato di possibili attività (Pratique VSI 1998 pag. 293, DTF 110 V 273). Il mercato del lavoro equilibrato comprende anche i posti di lavoro di nicchia, vale a dire posti e offerte di lavoro nei quali le persone con un danno alla salute possono attendersi un sostegno sociale da parte del datore di lavoro (9C_95/2007).
- 3050.1
1/13 Nella giurisprudenza l'età avanzata, che di per sé è un fattore estraneo all'invalidità, è riconosciuta come criterio che, unitamente ad altre condizioni personali e professionali, può far sì che la capacità al guadagno residua di un assicurato non sarebbe più richiesta nemmeno su un mercato del lavoro equilibrato. L'influenza dell'età sulla possibilità di valorizzare la capacità lavorativa residua non può essere calcolata secondo una regola generale, ma dipende dalle circostanze concrete. Si devono dapprima considerare la natura e il tipo di danno alla salute e le sue conseguenze; in seguito, visto che rimangono ancora pochi anni di attività, l'onere che costituirebbero il cambiamento e il periodo d'introduzione e, in questo contesto, anche la struttura della personalità, le capacità, la formazione e il percorso professionale dell'assicurato o le sue possibilità di mettere in pratica l'esperienza professionale (9C_427/2010). Vi devono però essere ostacoli relativamente importanti per presupporre che la capacità lavorativa residua di una persona anziana non sia più valorizzabile e concludere che le sue opportunità d'impiego sul mercato del lavoro considerato equilibrato dalla legge non sono intatte (8C_96/2012).

- 3050.2
1/14
- Esempi tratti dalla prassi del Tribunale federale:
il Tribunale federale ha ritenuto che la capacità lavorativa residua potesse essere valorizzata nei casi seguenti:
- un assicurato sessantenne che aveva lavorato prevalentemente come maglierista nell'industria tessile. Pur essendo ritenuto non facilmente idoneo al collocamento, erano immaginabili possibilità d'impiego nell'ipotesi di un mercato del lavoro equilibrato, in quanto l'assicurato era sì limitato nel suo campo d'azione (rimanevano ragionevolmente esigibili lavori leggeri o semipesanti da svolgere camminando oppure in posizione eretta o seduta in locali chiusi), ma era ancora in grado di lavorare a tempo pieno;
 - un assicurato di 58 anni con formazione commerciale che a causa di una grave sordità dell'orecchio interno aveva bisogno di un posto di lavoro che rispondesse ad esigenze particolari, considerando in particolare che la carriera lavorativa residua era ancora di ben sette anni;
 - un assicurato sessantenne che presentava una riduzione del 30 per cento della capacità lavorativa a causa, tra l'altro, di problemi reumatologici e cardiaci;
 - un assicurato sessantenne che, nonostante diversi problemi dorsali, aveva a disposizione un ventaglio relativamente ampio di attività ausiliarie ragionevolmente esigibili.

Il Tribunale federale ha invece ritenuto che la capacità lavorativa residua non potesse essere valorizzata nei casi seguenti:

- un assicurato di oltre 61 anni, senza formazione professionale e senza alcuna conoscenza delle attività manuali leggere ragionevolmente esigibili (in misura del 50 per cento) dal punto di vista medico, la cui capacità lavorativa parziale era ridotta da altre limitazioni dovute alla malattia e che secondo gli specialisti dell'orientamento professionale non possedeva la capacità di adeguamento richiesta per un cambiamento di professione;

- un assicurato che aveva quasi compiuto i 64 anni e, a causa di molteplici disturbi, aveva una capacità lavorativa del 50 per cento, ulteriormente ridotta da diverse restrizioni;
- un magazziniere di 64 anni e mezzo che avrebbe dovuto cambiare professione per poter svolgere le attività alternative leggere e con sollecitazioni variabili ancora ragionevolmente esigibili.

3050.3
1/14 Per valutare la questione della valorizzazione della capacità lavorativa residua per un assicurato di età avanzata, è decisivo il momento in cui è stata stabilita l'esigibilità medica dello svolgimento di un'attività lucrativa (a tempo parziale). Si tratta del momento in cui gli incarti medici permettono di accertare i fatti in modo circostanziato (DTF 138 V 457).

3051 Le possibilità di guadagno dell'assicurato devono essere valutate prescindendo possibilmente dalle fluttuazioni congiunturali e tenendo conto della situazione equilibrata sul mercato del lavoro e nei settori di attività che entrano in considerazione per l'assicurato (RCC 1989 pag. 328). Se però risulta che un'offerta di impiego è possibile solo in condizioni del mercato del lavoro molto favorevoli, per valutare l'attività lucrativa dell'assicurato non ci si deve basare su di esse, con riserva delle condizioni di lavoro particolarmente stabili secondo il N. 3053 terzo trattino. In tal caso occorre basarsi sulle possibilità reali di un mercato del lavoro equilibrato (RCC 1961 pag. 79).

3052 Se la situazione del mercato del lavoro non è equilibrata, il reddito annuo effettivo di un'attività lucrativa può essere considerato reddito d'invalido determinante solo quando, visto l'insieme delle circostanze, ci si può attendere che resti immutato anche in caso di normalizzazione del mercato del lavoro (N. 3053). Ciò non è il caso, in particolare, quando il reddito conseguito diminuisce causa disoccupazione temporanea o riduzione dell'orario di lavoro provocate da fattori congiunturali, oppure quando, al contrario, la

situazione particolarmente favorevole del mercato del lavoro favorisce le persone gravemente impedito, che possono così guadagnare bene, mentre in un mercato del lavoro equilibrato sarebbero fortemente svantaggiate dalla concorrenza di persone sane.

Esempio:

A causa di turbe psichiche croniche (con valore patologico) le prestazioni di un impiegato di ufficio variano sensibilmente ed egli ha frequenti controversie con i colleghi che lo portano a cambiare spesso posto di lavoro. Nei periodi di alta congiuntura, egli trova comunque sempre un nuovo posto di lavoro e consegue un reddito quasi normale. In un periodo di recessione invece, trova lavoro solo in modo sporadico, anche se il suo stato di salute non si è aggravato. In entrambi i casi, nessuno dei due redditi corrisponde a quello che avrebbe probabilmente conseguito in una situazione equilibrata del mercato del lavoro. Non è perciò ammissibile negare l'esistenza dell'invalidità durante l'alta congiuntura e concedere, durante la recessione, una rendita intera in base ad un reddito effettivo meno elevato, oppure continuare a negare l'esistenza di un'invalidità che dà diritto a una rendita poiché la perdita di guadagno subita sarebbe dovuta alla disoccupazione.

2.4.3 Calcolo del reddito d'invalido

2.4.3.1 Condizioni per parificare il reddito effettivo al reddito d'invalido

- 3053
1/18
- Il reddito effettivo è considerato reddito d'invalido determinante se in maniera cumulativo:
1. gli assicurati esercitano un'attività per la quale si può ritenere che la capacità lavorativa residua sia valorizzata pienamente come attività lucrativa esigibile, **e che**
 2. il reddito conseguito corrisponde alle prestazioni di lavoro fornite, **e che**
 - 3.1 **se** si può ritenere che tale reddito potrebbe essere conseguito anche altrimenti sul mercato del lavoro equilibrato in maniera durevole ed esigibile,

3.2 oppure se vi sono condizioni di lavoro particolarmente stabili (RCC 1973 pag. 198; 1961 pag. 79), che escludono o rendono molto improbabile un cambiamento del posto di lavoro anche senza invalidità. Le condizioni di lavoro sono particolarmente stabili quando si può ritenere che l'attività sarà svolta finché l'invalidità lo permetterà indipendentemente dal mercato del lavoro.

3053.1
1/18 Se le condizioni elencate al N. 3053 non sono adempiute, il reddito d'invalido in generale deve essere calcolato sulla base della tabella dei salari della RSS. Eccezionalmente il salario effettivamente percepito può essere convertito nel salario conseguibile con il tasso d'occupazione esigibile, purché sia possibile un aumento del tasso d'occupazione da parte del datore di lavoro e l'assicurato lavora a un tasso d'occupazione inferiore a quello esigibile (8C_7/2014, 9C_720/2012, 8C_579/2009, 8C_25/2010).

3053.2
1/18 soppresso

2.4.3.2 Redditi esclusi dal calcolo

3054 – *Reddito di un'attività lucrativa non esigibile* (N. 3044 segg.). È inesigibile anche un'attività di per sé adeguata ma che richiede manifestamente sforzi eccessivi all'invalido (p. es. un lavoro di 6 ore al giorno invece di sole 4); in questi casi, va considerato soltanto il reddito di una prestazione di lavoro esigibile secondo le circostanze. L'esigibilità si basa di regola sulle constatazioni del medico. In mancanza di un reddito effettivo conseguito per un'attività ragionevolmente esigibile va presa in considerazione la tabella della RSS (9C_648/2010).

3055 – *Reddito che l'assicurato ha conseguito con un'attività temporanea oppure in circostanze del tutto particolari* anche se corrisponde ad una prestazione esigibile. Il salario ottenuto durante un tentato provvedimento di integrazione è di regola irrilevante per il calcolo del reddito d'invalido.

- 3056 – *Prestazioni del datore di lavoro per la perdita di guadagno dovuta ad infortunio o malattia in caso di provata incapacità lavorativa* (art. 25 cpv.1 lett. a OAI).

Esempio:

Un'impiegata di ufficio con un salario mensile che a causa di un disturbo cardiaco può lavorare soltanto 4 ore al giorno, manca spesso sul lavoro a causa di una provata incapacità lavorativa totale. Complessivamente è assente dal lavoro per almeno tre mesi in media annualmente. La perdita di guadagno risultante non è computabile come reddito d'invalido, ragion per cui il reddito determinante d'invalido è pari solo ai tre quarti del guadagno annuo conseguito.

- 3057 La perdita di salario dovuta ad una malattia/un infortunio temporanei che non causano invalidità, invece non può essere dedotta per il calcolo del reddito d'invalido (RCC 1986 pag. 496).

- 3058 – Per «*salario sociale*» (prestazione sociale facoltativa; RCC 1978 pag. 473, 1970 pag. 336, 1965 pag. 158, 1961 pag. 467), si intendono le prestazioni del datore di lavoro per le quali l'assicurato non può fornire – ed è provato – una contropartita adeguata né qualitativamente né quantitativamente a causa della limitata capacità lavorativa (art. 25 cpv.1 lett. b OAI). Se per esempio ad un invalido che riesce a fornire solo mezza prestazione con un orario di lavoro normale oppure a lavorare solo mezza giornata con un ritmo di lavoro normale è pagato il salario normale per il lavoro a tempo pieno, la metà è considerata salario sociale.

- 3059 Per principio, si deve ritenere che il salario percepito corrisponda al lavoro fornito (RCC 1980 pag. 321). L'esperienza insegna che è molto improbabile che un datore di lavoro corrisponda un salario a un invalido per diversi anni senza che quest'ultimo fornisca una prestazione (equivalente e/o adeguata). Poiché è determinante il principio secondo cui il salario versato corrisponde alla prestazione lavorativa fornita, l'esistenza di un «salario sociale» deve es-

sere provata in modo inconfutabile. Le prove vanno valutate tenendo conto del fatto che il datore di lavoro potrebbe avere un interesse a comunicare il versamento di un «salario sociale» (9C_745/2012 consid. 5.2). Un certo calo o rallentamento delle prestazioni per motivi di salute non giustifica un «salario sociale» se le differenze non sono tali da mettere in pericolo il posto di lavoro e possono essere accettate dal datore di lavoro senza una riduzione del salario.

- 3060 Il versamento di un «salario sociale» viene preso in considerazione in particolare in caso di rapporti di parentela, di amicizia, di affari fra il datore di lavoro e l'assicurato e la sua famiglia, di un lungo periodo di servizio oppure di assegnazione a categorie salariali fisse. Una nuova o recente assunzione non giustifica di regola prestazioni sociali facoltative. Le difficoltà iniziali comportate da un nuovo impiego non giustificano prestazioni sociali facoltative in quanto fenomeno normale anche tra i non invalidi.
- 3061 Il SMR verifica se l'incapacità lavorativa attestata sul piano medico è tale da giustificare un «salario sociale» nella misura indicata.
- 3062 – *Indennità giornaliera dell'AI, indennità di perdita di guadagno secondo la LIPG e indennità di disoccupazione* (art. 25 cpv. 1 lett. c OAI).

2.4.3.3 Deduzione delle spese per il conseguimento del reddito causate dall'invalidità

- 3063 Possono essere dedotte dal reddito tutte le spese che a causa dell'invalidità sono costantemente necessarie per conseguire il reddito (RCC 1986 pag. 496, 1968 pag. 581, 1967 pag. 508, 1964 pag. 331).
- 3064 Le spese devono essere giustificate oggettivamente e provate da pezze giustificative. Devono essere causate direttamente o indirettamente dall'invalidità. Le spese vanno a carico dell'assicurato (non sono coperte dall'assicurazione sociale [AI compresa] né da un'assicurazione privata).

- 3065 Si tratta per esempio di spese regolari causate dall'invalidità per
- il tragitto verso il lavoro (spese per l'utilizzo di una vettura personale, l'abbonamento per il treno oppure per l'accompagnamento);
 - le spese necessarie per conservare la capacità lavorativa (cure mediche e/o medicamentose regolari);
 - alloggio ed assistenza.

2.4.3.4 Tabelle dei salari

3066 Per determinare il reddito d'invalido si possono applicare i salari indicativi delle tabelle della RSS ([www.bfs.admin.ch / Trovare statistiche / Lavoro e reddito / Salari, reddito da lavoro e costo del lavoro / Informazioni supplementari / Pubblicazioni, disponibile in tedesco](http://www.bfs.admin.ch/Trovare_statistiche/Lavoro_e_reddito/Salari_reddito_da_lavoro_e_costo_del_lavoro/Informazioni_supplementari/Pubblicazioni_disponibile_in_tedesco)) se, dopo l'insorgere del danno alla salute, l'assicurato non ha assunto nessuna attività lucrativa o comunque nessuna attività lucrativa ragionevolmente esigibile (DTF 142 V 178; DTF 126 V 75 segg.).

3066.1 soppresso
3/16

3067 Se si prende come base la RSS, sono determinanti le tabelle TA1, differenziate in funzione del livello di competenza (DTF 142 V 178 segg.). Di regola si applica la tabella TA1, ma a seconda delle circostanze concrete del caso possono essere applicate altre tabelle del gruppo A (8C_671/2010). In questo caso si presuppongono di regola i salari mensili indicati nella tabella RSS TA1 (totale settore privato; SVR 2008 IV n. 2008, pag. 63). A titolo eccezionale, è quindi possibile fare riferimento al salario di un solo settore («Produzione» o «Servizi») o persino di un ramo specifico, se nel caso specifico questo appare opportuno per valutare la valorizzazione ragionevolmente esigibile della capacità lavorativa residua, in particolare per le persone che, prima dell'insorgere del danno alla salute, erano state attive per un lungo periodo nel ramo in que-

sione e per le quali un lavoro in altri ambiti non entra in linea di conto (9C_311/2012 consid. 4.1). Per un confronto tra la RSS 2010 e la RSS 2012 si rinvia all'Allegato VII.

- 3067.1
1/14 Al reddito indicativo calcolato secondo le tabelle può essere applicata una deduzione del 25 per cento al massimo, a condizione che non si sia proceduto a una parallelizzazione. La deduzione tiene conto di tutti i fattori pregiudizievoli per il salario dovuti o estranei alla disabilità (limitazione dovuta al danno, età, anzianità di servizio, nazionalità/categoria di permesso di soggiorno, grado d'occupazione), nella misura in cui non siano già stati considerati nel quadro della cosiddetta parallelizzazione dei salari (v. N. 3020.4, DTF 134 V 322, 9C_488/2008). Dopo la parallelizzazione dei redditi, la deduzione dal reddito statistico si limita di regola alla presa in considerazione dei fattori connessi al danno alla salute e non raggiunge più il limite ammesso del 25 per cento (considerando che il limite massimo della deduzione sul reddito d'invalide è del 25 per cento per tutti i fattori estranei e connessi all'invalidità [DTF 134 V 322]) ma al massimo il 15 per cento. Si può tenere conto soltanto dei fattori che non sono già stati considerati nella valutazione medico-teorica della capacità lavorativa (ad es. bisogno di pause).
- 3067.2
1/14 Non bisogna procedere automaticamente a una deduzione, ma solo se, nel caso singolo, vi sono indizi che, a causa di uno o più fattori determinanti, l'assicurato potrebbe valorizzare la propria capacità lavorativa (residua) sul mercato del lavoro ordinario solo realizzando un reddito inferiore alla media (8C_711/2012 consid. 4.2.1). Nell'ambito della sua discrezionalità, l'amministrazione deve decidere della liceità di un'eventuale deduzione e stimarne l'ammontare complessivo motivando brevemente la propria decisione. La definizione di deduzioni separate per ogni singolo fattore considerato non è ammessa, in quanto ne trascurerebbe l'interdipendenza (DTF 126 V 75 segg.).

- 3067.3
1/17 Secondo la giurisprudenza, una deduzione dal reddito d'invalido va concessa in particolare se dall'assicurato sono ormai esigibili soltanto lavori fisici leggeri come ausiliario ed egli non è in grado di svolgere nemmeno questi con una piena capacità di rendimento. Se invece sono ragionevolmente esigibili lavori leggeri o semipesanti, non si giustifica una deduzione per il solo fatto che la capacità di rendimento è ridotta, in quanto il salario indicativo per il livello di competenza 4 comprende già numerose attività leggere e semipesanti (v. 9C_187/2011). Inoltre, il fatto che il superiore gerarchico o i colleghi di lavoro trattino con particolare riguardo l'assicurato con problemi psichici non può di per sé giustificare una deduzione (9C_437/2015; 8C_711/2012 consid. 4.2.2). Poiché si presume che in un mercato del lavoro equilibrato si possano trovare sufficienti attività amministrative tranquille, poco stressanti e prive di monotonia, non viene concessa alcuna deduzione.
- 3067.4
1/18 Per principio, la giurisprudenza ammette una deduzione dal salario indicativo per gli uomini che, dopo aver lavorato a tempo pieno, per motivi di salute possono svolgere soltanto un'attività a tempo parziale (8C_482/2016). A tale proposito sono determinanti il grado d'occupazione effettivo nonché il valore della tabella RSS attualmente applicabile per il singolo caso (8C_805/2016). Per contro, il fatto che la capacità di rendimento di una persona in grado, per principio, di lavorare a tempo pieno sia ridotta in seguito a malattia non giustifica una deduzione che vada oltre la presa in considerazione della riduzione della capacità di rendimento (8C_711/2012 consid. 4.2.5). La deduzione per lavoro a tempo parziale è sommata a quella dovuta al danno alla salute, ma il totale non può eccedere il 25 per cento (v. N. 3067.1).

2.4.3.5 Salariati

- 3068 I dati del reddito d'invalido vanno confrontati con le indicazioni del medico. Se dal confronto risulta che l'assicurato fornisce probabilmente una prestazione lavorativa inferiore

o superiore a quella da lui esigibile, è necessario far eseguire al SMR una verifica della fattispecie sul piano medico.

3069 La procedura è fondamentalmente disciplinata dal N. 3028.

2.4.3.6 Lavoratori indipendenti in generale

3070 Se il reddito aziendale di un lavoratore indipendente non subisce sostanziali diminuzioni dovute all'invalidità, l'invalidità viene presa in considerazione soltanto nella misura in cui, dopo l'insorgere del danno alla salute, l'adempimento di determinati compiti nell'azienda è affidato ad un numero superiore di persone oppure ad orari di lavoro notevolmente più intensi (aumento delle spese per il personale).

3071 La procedura è disciplinata per principio dal N. 3032.

2.4.3.7 Lavoratori indipendenti con aziende familiari

3072 L'ufficio AI calcola la parte del reddito che può essere attribuita all'assicurato in base all'attività esigibile dopo l'insorgere del danno alla salute (art. 25 cpv. 2 OAI).

3073
3/16 L'assicurato deve adeguare la propria attività all'invalidità e, se necessario, ripartire i compiti fra i membri della famiglia in modo che la residua capacità lavorativa sia sfruttata appieno (RCC 1963 pag. 81, 1962 pag. 481). Occorre anche considerare quali attività siano alla portata dei membri della famiglia. Nelle aziende più grandi, per esempio, l'organizzazione del lavoro e la conduzione dell'azienda hanno un ruolo determinante. Se l'assicurato riesce a svolgere una funzione di conduzione malgrado l'invalidità, deve essergli computata una quota importante del reddito aziendale (RCC 1964 pag. 250). Tuttavia, in caso di ristrutturazione di un'azienda (familiare) l'assicurato non è soggetto all'obbligo di ridurre il danno se, per permettere a uno dei proprietari con problemi di salute o a un familiare di lavorare nell'azienda, quest'ultima dovrebbe organizzarsi in modo inadeguato o inefficiente (9C_955/2011 consid. 4.2).

Si può certamente esigere che il figlio di un agricoltore invalido riduca la sua attività accessoria per lavorare maggiormente nell'azienda agricola del padre, dove svolge la sua attività principale. Tuttavia, finché egli non riprende l'azienda, non si può complicare eccessivamente, o addirittura rendere impossibile il proseguimento di un'attività lucrativa fuori dall'azienda, che gli permette di conseguire un reddito aggiuntivo (9C_696/2013).

3074 La procedura è disciplinata per principio dal N. 3032.

2.5 Calcolo del grado d'invalidità

2.5.1 In generale

3075 Il grado d'invalidità di un assicurato è uguale al 100 per cento meno il rapporto in per cento tra il suo reddito d'invalido (RI) e il suo reddito senza invalidità (RSI).

3076 Il grado d'invalidità può essere calcolato con la seguente formula:

$$\frac{(RSI - RI) \times 100}{RSI} = x \%$$

Esempio:

Un assicurato guadagnerebbe 45 000 franchi se non fosse invalido. Con l'invalidità guadagna solo 15 000 franchi. In base al seguente calcolo, il grado d'invalidità è pari al 67 per cento:

$$\frac{(45\,000 - 15\,000) \times 100}{45\,000} = \frac{30\,000 \times 100}{45\,000} = \frac{3\,000}{45} = 66,66 \%$$

3077 Il calcolo del grado d'invalidità deve essere riportato negli atti.

3078 L'arrotondamento per difetto o per eccesso deve essere effettuato in base alle note regole matematiche. Nel caso di un risultato fino a x,49 % bisogna arrotondare per difetto a x %, mentre per valori a partire da x,50 % si deve

2.5.2 Lavoratori a tempo parziale senza mansioni consuete

Art. 27^{bis} cpv. 3 OAI

Il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa è disciplinato dall'articolo 16 LPGa, secondo le modalità seguenti:

- a. il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività lucrativa a tempo parziale se non fosse divenuto invalido è calcolato sulla base della stessa attività lucrativa esercitata a tempo pieno;*
- b. la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido.*

3078.1 Il grado d'invalidità può essere determinato in base alla formula seguente:
1/18

$$\frac{(RSI - RI) \times GO}{RSI} = \text{grado d'invalidità in percentuale}$$

GO = grado d'occupazione

Esempio:

Situazione di partenza	Calcolo
Grado d'occupazione in perfetta salute: 80 % Reddito all'80 %: fr. 60 000.- Limitazioni dovute a un danno alla salute: 40 % di capacità lavorativa residua in un'attività semplice e adeguata, con potenziale reddito di fr. 20 000.-	Invalidità nell'attività lucrativa: Reddito senza invalidità (al 100 %) = fr. 75 000.- Reddito d'invalido = fr. 20 000.- Calcolo del grado d'invalidità: $\frac{(75\ 000 - 20\ 000) \times 80}{75\ 000} = \mathbf{58,66\ \%}$

3. Metodo specifico del confronto dei campi di attività*Art. 28a cpv. 2 LAI*

L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'articolo 16 LPGa, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete.

3.1 Applicazione

Il metodo specifico del confronto nei campi di attività si applica ai seguenti assicurati:

- 3079 – Gli assicurati che all'insorgere del danno alla salute non esercitavano un'attività lucrativa e che in seguito, non ne hanno assunta alcuna, né ne avrebbero assunta una se non fossero divenuti invalidi (p. es. assicurati occupati nell'economia domestica, apprendisti e studenti che continuano la formazione, membri di comunità religiose). Per i pensionati il cui danno alla salute insorge dopo il pensionamento e per chi vive di rendita si veda il N. 3012.

- 3080 – Gli assicurati che dopo l'insorgere dell'invalidità non continuerebbero ad esercitare la loro attività lucrativa neppure se non fossero invalidi (p. es. perché hanno iniziato una formazione che non ha nulla a che vedere con il danno alla salute; oppure perché assumono mansioni non retribuite quali lavori domestici o di assistenza).

3.2 Calcolo del grado d'invalidità

3.2.1 In generale

- 3081
1/18 Di norma l'ufficio AI rileva il grado d'invalidità con un accertamento sul posto. Si può rinunciare a un accertamento sul posto, inserendo in tal caso una breve motivazione nell'incarto.
- 3082
1/18 Vanno definite le attività che l'assicurato esercitava prima dell'insorgere dell'invalidità oppure che eserciterebbe se non presentasse un danno alla salute (per gli assicurati occupati nell'economia domestica le possibili attività sono prestabilite, v. N. 3087).
- 3083
1/18 In seguito, l'incaricato dell'accertamento deve determinare la percentuale precedentemente dedicata allo svolgimento di ogni singola attività rispetto all'insieme delle mansioni consuete e procedere a una cosiddetta ponderazione senza disabilità.
- 3084
1/18 L'incaricato dell'accertamento indica infine le attività che l'assicurato è totalmente o notevolmente impossibilitato a esercitare o per le quali necessita di un maggiore dispendio di tempo e il momento dell'inizio della limitazione. Vanno fornite indicazioni precise sull'entità delle limitazioni dovute alla disabilità, sulla base delle quali vanno poi determinate le limitazioni in percentuale per ogni attività.
- 3085
1/18 Il grado di disabilità per ogni singola attività risulta dal confronto percentuale tra la ponderazione senza disabilità e la limitazione dovuta alla disabilità.

- 3086
1/18 In caso di divergenze considerevoli tra la valutazione dell'incaricato dell'accertamento e i pareri medici, si deve dare maggior peso alle indicazioni fornite dai medici specialisti per quanto riguarda la riduzione della capacità lavorativa dovuta ad aspetti psichici o cognitivi (9C_201/2011 e 8C_620/2011).

3.2.2 Assicurati occupati nell'economia domestica

Art. 27 cpv. 1 OAI

Per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di assicurati occupati nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari.

- 3087
1/18 Di regola, si ritiene che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica comprendono le seguenti attività usuali:

Attività	Massimo %
1. Pasti (pulire/pelare/sbucciare, cucinare, apparecchiare, effettuare la pulizia quotidiana della cucina, gestire le scorte)	50
2. Pulizia e ordine dell'alloggio (riordinare, spolverare, passare l'aspirapolvere, lavare i pavimenti, pulire il bagno, cambiare le lenzuola, effettuare pulizie approfondite, curare le piante, il giardino e le aree adiacenti, eliminare i rifiuti) e cura di animali domestici	40
3. Acquisti (acquisti quotidiani e spesa settimanale) e altre commissioni (posta, assicurazioni, uffici pubblici)	10
4. Bucato e cura dei vestiti (lavare, stendere e ritirare il bucato, stirare, rammen-dare, pulire le scarpe)	20
5. Cura e assistenza ai figli e/o ai familiari*	50

* Nella cerchia dei familiari rientrano il coniuge, il partner registrato o il convivente di fatto (partner) dell'assicurato. Sono considerati familiari anche tutti i parenti in linea retta con l'assicurato o il suo coniuge/partner e i minori accolti nella famiglia a scopo di affiliazione.

3088
1/18 Di norma, vanno applicati la ripartizione delle attività e i rispettivi limiti massimi di cui al N. 3087. Devono sempre essere prese in considerazione tutte le attività (ad eccezione del n. 5). Si può procedere a una ponderazione diversa soltanto in caso di divergenze molto forti dallo schema (l. 469/99; RCC 1986 pag. 244). In ogni caso il totale delle attività dev'essere sempre del 100 per cento (Pratique VSI 1997 pag. 298).

Esempio:

A causa di un danno alla salute, una persona attiva nell'economia domestica con due figli in età prescolare può ancora svolgere solo parzialmente l'attività domestica. Per quanto riguarda i pasti, la sua attività è scesa al 50 per cento. Può educare e accudire i figli solo parzialmente perché non può più sorvegliarli e accompagnarli fuori casa. Non è più in grado di svolgere gli altri lavori. Il grado d'invalidità è determinato in base alla seguente valutazione:

Attività	Ponderazione senza disabilità in %	Limitazione dovuta alla disabilità in %	Disabilità in %*
1. Pasti	30	50	15
2. Pulizia dell'alloggio	10	100	10
3. Acquisti	10	100	10
4. Bucato, cura vestiti	10	100	10
5. Cura e assistenza ai figli	40	40	16
Totale	100		61

*Disabilità nelle singole attività in rapporto all'insieme delle mansioni consuete

L'assicurato è invalido al 61 per cento ed ha quindi diritto a tre quarti di rendita.

3089
1/18

Nell'ambito della determinazione delle limitazioni nelle mansioni consuete a seguito del danno alla salute non si può tenere conto dei servizi forniti all'assicurato nell'economia domestica da terzi (p. es. familiari, vicini, personale ausiliario), gratuitamente o a pagamento, già prima dell'insorgere del danno alla salute. Questi servizi non vanno dunque considerati né nell'elenco delle attività, né per la ponderazione di queste ultime e nemmeno per la determinazione delle limitazioni.

Esempio:

Se il marito si occupava della cura di piante, giardino e aree adiacenti già prima dell'insorgere del danno alla salute, l'assicurata non può far valere una limitazione relativa a queste attività nell'ambito della pulizia e dell'ordine dell'alloggio.

3090
1/18

In virtù dell'*obbligo di ridurre il danno*, una persona attiva nell'economia domestica deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro confacente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati, N. 1048 e 3044 segg.). Un maggiore dispendio di tempo può essere riconosciuto soltanto se l'assicurato non è in grado di svolgere la totalità dei lavori domestici durante il normale orario di lavoro e necessita dunque dell'aiuto di terzi (RCC 1984, pag. 143, consid. 5). L'interessato deve inoltre ripartire il suo lavoro in funzione della nuova situazione e ricorrere all'aiuto dei familiari. L'aiuto di questi ultimi va oltre quello usuale che ci si potrebbe attendere da loro qualora l'assicurato non avesse subito un danno alla salute (DTF 133 V 504, consid. 4.2). L'inadempienza parziale o totale dell'obbligo di ridurre il danno da parte dell'assicurato ha conseguenze per la determinazione delle limitazioni nelle varie attività.

3.2.3 Assicurati in corso di formazione

Art. 26^{bis} OAI

L'invalidità di un assicurato in corso di formazione è valutata secondo l'articolo 28a capoverso 2 LAI, se non si può ragionevolmente esigere ch'egli svolga un'attività lucrativa.

- 3091
1/18 Per gli assicurati in corso di formazione, l'invalidità è calcolata per principio secondo il metodo specifico del confronto delle attività (RCC 1982 pag. 473).
- 3092
1/18 Se un danno alla salute arreca considerevole pregiudizio alla formazione, il grado d'invalidità corrisponde alla misura in cui il danno alla salute impedisce all'assicurato di seguire normalmente la formazione. Questo genere di calcolo vale per tutto il periodo della formazione.
- Esempio:*
Una persona in corso di formazione è da considerare invalida al 50 per cento se a causa di una malattia o di un infortunio è in grado di affrontare soltanto la metà del programma che una persona non invalida compie nelle stesse discipline e allo stesso stadio della formazione. È da considerare totalmente invalida se deve interrompere la formazione per ragioni di salute.
- 3093
1/18 Lo stesso vale per gli assicurati che per ragioni di salute devono rinviare o cambiare formazione (RCC 1982 pag. 473).
- 3094
1/18 Per gli invalidi precoci o dalla nascita la cui invalidità sarà presumibilmente permanente (N. 3035 segg.), per le persone che per motivi di salute non hanno potuto concludere la formazione (N. 3039) e per quelle dalle quali si può esigere l'esercizio di un'attività lucrativa (N. 3040 segg.), la valutazione dell'invalidità si effettua secondo il metodo di confronto dei redditi (RCC 1982 pag. 473).

3.2.4 Membri di comunità religiose

Art. 27 cpv. 2 OAI

Per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di membri di comunità di religiosi s'intende ogni attività svolta nella comunità.

- 3095
1/18 L'attività esigibile dall'assicurato dopo l'insorgere dell'invalidità è valutata non solo in base ai precedenti compiti, ma all'insieme delle mansioni possibili nella comunità.
- 3096
1/18 Per esempio, il religioso costretto dall'invalidità a rinunciare al ministero esercitato fuori dal convento, ma che può svolgere almeno parzialmente una delle attività affidate abitualmente ai monaci che lavorano all'interno del convento, è ritenuto invalido solo nella misura in cui è impedito nell'esercizio di quest'attività.

4. Metodo misto

Art. 28a cpv. 3 LAI

Se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGA. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti.

4.1 Applicazione

Il metodo misto si applica ai seguenti assicurati:

- 3097
1/18 – le persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale e che oltre a questa sono occupate nell'economia domestica;

- 3098
1/18 – le persone che collaborano gratuitamente nell'azienda del coniuge e che oltre a questa attività sono occupate nell'economia domestica.

4.2 Calcolo del grado d'invalidità

4.2.1 Lavoratori a tempo parziale occupati nell'economia domestica

Art. 27^{bis} cpv. 2–4 OAI

² *Per determinare il grado d'invalidità di assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale e che svolgono anche mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI, vengono sommati i seguenti gradi d'invalidità:*

- a. il grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa;*
- b. il grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete.*

³ *Il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa è disciplinato dall'articolo 16 LPGA, secondo le modalità seguenti:*

- a. il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività lucrativa a tempo parziale se non fosse divenuto invalido è calcolato sulla base della stessa attività lucrativa esercitata a tempo pieno;*
- b. la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido.*

⁴ *Per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete viene determinata la quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete rispetto alla sua situazione se non fosse diventato invalido. Questa quota viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione di cui al capoverso 3 lettera b e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno.*

3099
1/18 L'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa è calcolata con il metodo generale del confronto dei redditi (N. 3009 segg.). La percentuale dell'attività lucrativa rispetto all'insieme delle attività svolte risulta dal confronto tra l'usuale orario di lavoro a tempo pieno nella professione considerata e l'orario di lavoro che l'assicurato avrebbe svolto senza invalidità.

3100
1/18 L'invalidità nell'ambito dell'economia domestica è calcolata con il metodo specifico del confronto delle attività (N. 3081 segg.). La percentuale dell'attività nell'economia domestica risulta dalla differenza tra la quota dell'attività lucrativa ottenuta e un grado d'occupazione del 100 per cento.

Esempio:

Un'assicurata lavora come fiorista 4,8 ore al giorno 5 giorni alla settimana. L'usuale orario di lavoro a tempo pieno di un fiorista è di 40 ore settimanali. La percentuale dell'attività lucrativa corrisponde al 60 per cento $\left[\frac{100 \times (4,8 \times 5)}{40} \right]$.

La percentuale dell'attività nell'economia domestica corrisponde dunque al 40 per cento (100 % - 60 %).

3101
1/18 Il grado d'invalidità complessivo dell'assicurato si ottiene sommando il grado d'invalidità ponderato nell'ambito dell'attività lucrativa e il grado d'invalidità ponderato nell'ambito dell'economia domestica.

Esempio 1:

Situazione di partenza	Calcolo
Grado d'occupazione in perfetta salute: 50 % Reddito al 50 %: fr. 30 000.- Grado d'attività nelle mansioni consuete (lavori domestici): 50 %	Invalidità nell'attività lucrativa: Reddito senza invalidità (al 100 %) = fr. 60 000.- Reddito d'invalido = fr. 30 000.- Perdita di guadagno = fr. 30 000.- Grado d'invalidità nell'attività lucrativa: 50 %

<p>Limitazioni dovute a un danno alla salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 % di capacità lavorativa residua nella professione svolta, l'assicurato rimane presso l'attuale datore di lavoro; - 30 % di limitazioni nei lavori domestici (secondo l'accertamento sul posto). 	<p>Grado d'invalidità nelle mansioni consuete: 30 %</p> <p>Calcolo del grado d'invalidità complessivo: $(50 \% \times 0,5) + (30 \% \times 0,5) = \mathbf{40 \%}$</p>
--	---

L'assicurato ha diritto a un **quarto di rendita**.

Esempio 2:

Situazione di partenza	Calcolo
<p>Grado d'occupazione in perfetta salute: 80 % Reddito all'80 %: fr. 60 000.-</p> <p>Grado d'attività nelle mansioni consuete (lavori domestici): 20 %</p> <p>Limitazioni dovute a un danno alla salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 40 % di capacità lavorativa residua in un'attività semplice e adeguata, con potenziale reddito di fr. 20 000; - 30 % di limitazioni nei lavori domestici (secondo l'accertamento sul posto). 	<p>Invalidità nell'attività lucrativa: Reddito senza invalidità (al 100 %) = fr. 75 000.- Reddito d'invalido = fr. 20 000.- Perdita di guadagno = fr. 55 000.- Grado d'invalidità nell'attività lucrativa: 73,33 %</p> <p>Grado d'invalidità nelle mansioni consuete: 30 %</p> <p>Calcolo del grado d'invalidità complessivo: $(73,33 \% \times 0,8) + (30 \% \times 0,2) = \mathbf{64,66 \%}$</p>

L'assicurato ha diritto a **tre quarti di rendita**.

4.2.2 Collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge

3102 Per determinare il grado d'invalidità si calcolano le ore di
1/18 lavoro che l'assicurato svolgeva nell'azienda del coniuge
prima del danno alla salute o che avrebbe svolto senza di
esso. La differenza rispetto all'orario di lavoro consueto nel
ramo è considerata lavoro domestico. In seguito si accerta
quali attività può ancora svolgere malgrado l'invalidità ap-
plicando il confronto delle attività per il lavoro domestico e il
metodo straordinario per il lavoro gratuito nell'azienda
(N. 3099).

Esempio:

Un'assicurata sbrighava nell'azienda del coniuge lavori d'uf-
ficio e si occupava della vendita per 16 ore settimanali. Nel
tempo rimanente – 24 ore la settimana – provvedeva
all'economia domestica, comprendente, oltre al partner,
due figli in età scolare. In seguito a un infortunio è colpita
da paraplegia. Nell'azienda del coniuge può lavorare solo
con limitazioni. Nell'economia domestica può ancora com-
piere lavori leggeri (lavori leggeri di pulizia dell'alloggio,
cura dei vestiti, cucinare e, in parte, assistere i figli), ma
non è più in grado di svolgere tutti gli altri compiti.

Attività	Pondera- zione senza disabilità %	Limitazione dovuta alla disabilità in %	Invalidità in %
1. Pasti	30	30	9
2. Pulizia dell'al- loggio	15	60	9
3. Acquisti	15	100	15
4. Bucato	10	30	3
5. Cura e assi- stenza ai figli	30	50	15
Totale	100		51

La limitazione nell'attività domestica ammonta al 51 %.

Collaborazione nell'azienda

Descrizione delle attività	Ponderazione senza disabilità	Ponderazione con disabilità	Reddito in fr. (salario orario, mensile o annuale)	Reddito senza disabilità (reddito senza invalidità)	Reddito con disabilità (reddito d'invalidità)
1. Lavori amministrativi, contabilità (senza chiusura dei conti)	40 %	40 %	54 000	21 600	21 600
2. Vendita	60 %	0 %	39 600	23 760	0
Totale	100 %	40 %		45 360	21 600

Reddito senza invalidità	45 360
Reddito d'invalido	21 600
Perdita di guadagno dovuta all'invalidità	23 760
=> Perdita di guadagno in percentuale	52 %

La limitazione nell'attività in azienda ammonta al 52 %.

Calcolo del grado d'invalidità

Attività	Percentuale	Limitazione	Invalidità
– Collaborazione nell'azienda	16 ore/40 %	52 %	21 %
– Economia domestica	24 ore/60 %	51 %	30 %
Grado d'invalidità			51 %

L'assicurata ha diritto a una mezza rendita.

5. Metodo straordinario

5.1 In generale

3103
1/18 L'invalidità di una persona che esercita un'attività lucrativa va sempre calcolata, nei limiti del possibile, con il metodo generale del confronto dei redditi (9C_812/2015). Se non è possibile un accertamento diretto affidabile dei due redditi – per esempio a causa della situazione economica – il grado d'invalidità è determinato secondo il metodo straordinario (DTF 128 V 29; I 230/04, Pratique VSI 1998 pagg. 121 e 255). Nella pratica questo metodo si applica spesso ai lavoratori indipendenti. È utile soprattutto nel settore agricolo e artigianale, ma non in quello amministrativo (8C_346/2012).

5.2 Calcolo del grado d'invalidità

- 3104 In primo luogo si procede ad un *confronto delle attività*, cioè si accerta quali attività e in che misura potrebbe esercitarle l'assicurato con e senza danno alla salute. Occorre inoltre sempre verificare in che misura possono essere ridotte le perdite di guadagno cercando nell'ambito delle precedenti attività occupazioni più adeguate all'infermità.
- 3105 In seguito si effettua la valutazione del guadagno applicando per ogni attività il salario di riferimento valevole nel ramo. Si ottengono così un reddito d'invalido e uno senza invalidità, che permettono di procedere al *raffronto dei redditi*.
- 3106 Essendo basato su una valutazione del guadagno delle attività che possono essere esercitate con e senza danno alla salute, il metodo di calcolo straordinario può essere considerato un raffronto dei redditi preceduto da un confronto delle attività (RCC 1979 pag. 230).

Esempio:

Calcolo dell'invalidità di un garagista:

Nell'esempio seguente è stata fatta una sostituzione dei compiti. Dal garagista si può esigere che amplii il proprio campo di attività nel settore della vendita, dato che non è più in grado di svolgere attività nel settore della riparazione e della manutenzione.

Tabella per la valutazione secondo il metodo straordinario
(*esempio*)

Attività	Ponderazione senza disabilità	Ponderazione con disabilità	Importo in franchi (salario orario, mensile o annuo)	Reddito senza disabilità (reddito senza invalidità)	Reddito con disabilità (reddito d'invalido)
1. Conduzione (personale, pianificazione, acquisizione di incarichi)	20 %	20 %	80 000	16 000	16 000
2. Vendita di vetture nuove e d'occasione	10 %	20 %	70 000	7 000	14 000
3. Lavori di riparazione e di manutenzione	70 %	0 %	55 000	38 500	
Totale	100 %	40 %		61 500	30 000

Calcolo dell'invalidità:

Reddito senza invalidità	61 500
Reddito d'invalido	30 000
Perdita di guadagno dovuta all'invalidità	31 500
=> Perdita di guadagno in percentuale	51,2 %

Incapacità al guadagno secondo il metodo di calcolo straordinario 51 %

Capitolo 3: Frazione di rendita alla prima assegnazione di una rendita

1. Principio

Art. 28 cpv. 2 LAI

L'assicurato invalido almeno al 40 per cento ha diritto a una rendita. Secondo il grado d'invalidità, la rendita è graduata come segue:

<i>Grado d'invalidità</i>	<i>Frazione di una rendita intera</i>
Almeno 40 per cento	un quarto
Almeno 50 per cento	mezza rendita
Almeno 60 per cento	tre quarti
Almeno 70 per cento	rendita intera

4001 Il grado della rendita da concedere (intera, tre quarti, mezza o un quarto) è stabilito in base all'incapacità lavorativa durante il periodo di attesa e a quella successiva al periodo di attesa (DTF 121 V 264).

4002 La rendita intera può essere assegnata solo se l'incapacità lavorativa media durante il periodo di attesa era almeno del 70 per cento e se persiste in misura almeno equivalente (RCC 1980 pag. 263).

Esempio 1:

Un assicurato che per un anno è stato inabile al lavoro per il 40 per cento in media ha diritto per cominciare solo a un quarto di rendita anche se in seguito è inabile al lavoro per più del 50 per cento.

Esempio 2:

Per contro, se dopo un'incapacità lavorativa superiore al 70 per cento in media per un anno, l'incapacità al guadagno è solo del 60 per cento dopo il periodo di attesa, si ha diritto solo a tre quarti di rendita.

2. Casi speciali

2.1 Risorgere dell'invalidità

Art. 29^{bis} OAI

Se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado d'invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di 3 anni, presenta di nuovo un grado d'invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo di attesa impostogli dall'articolo 29 capoverso 1 LAI.

- 4003 Un'invalidità risorge soltanto quando sono adempiute le seguenti tre condizioni:
- il disturbo che aveva giustificato in passato il diritto alla rendita peggiora e causa di nuovo un'invalidità che dà diritto alla rendita (p. es. ricaduta in caso di tubercolosi);
 - la ricaduta ha luogo entro tre anni dalla soppressione della precedente rendita e
 - l'incapacità al guadagno che dà nuovamente diritto alla rendita deve avere una durata minima di 30 giorni consecutivi.
- 4004 Quando risorge l'invalidità, la rendita può essere versata senza dover lasciare trascorrere il periodo di attesa di un anno ([art. 28 cpv. 1 lett. b LAI](#)), ma al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni ai sensi dell'articolo 29 capoverso 1 LAI (DTF 142 V 547).
- 4005 Il grado della nuova rendita è determinato in base all'incapacità lavorativa media durante il precedente periodo di attesa e quella seguente il risorgere dell'invalidità.

Esempio 1:

Un'assicurata è stata incapace al lavoro dal 10.7.2003 durante un anno per il 40 per cento in media e dall'1.7.2004 ha ottenuto un quarto di rendita per il persistere dell'incapacità lavorativa in ragione del 40 per cento. In seguito a un miglioramento dello stato di salute, la rendita è stata soppressa dal novembre 2004. L'11.4.2007 l'assicurata è

diventata incapace al lavoro al 60 per cento a causa di una ricaduta e si annuncia all'AI lo stesso mese. Il quarto di rendita può esserle erogato dall'1.10.2007 (giusta l'art. 88a cpv. 2 primo periodo OAI, il diritto a tre quarti di rendita nasce l'1.1.2008, ossia tre mesi dopo il peggioramento dello stato di salute).

Esempio 2:

Un assicurato era stato incapace al lavoro al 100 per cento durante il periodo di attesa (luglio 2003 – 2004). Subito dopo, l'incapacità lavorativa si era ridotta al 50 per cento, per cui gli era stata assegnata una mezza rendita dall'1.7.2004. Nel novembre del 2004, la rendita era stata soppressa perché lo stato di salute era migliorato. Nell'aprile del 2007, l'assicurato ha subito una ricaduta, diventando incapace al lavoro al 100 per cento. Dall'1.10.2007, può essergli versata una rendita intera in quanto il periodo di attesa con un'incapacità lavorativa media del 70 per cento era già scaduto nel mese di luglio 2004.

4006 soppresso

3. Modifica del diritto alla rendita

(nell'ambito della procedura di revisione,
v. N. 5001 segg.)

3.1 Peggioramento dell'incapacità al guadagno

3.1.1 Principio

Art. 88a cpv. 2 OAI

In caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, della incapacità di svolgere le mansioni consuete..., occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'articolo 29^{bis} è applicabile per analogia.

- 4007 La capacità al guadagno può peggiorare per l'insorgere di un nuovo disturbo o per l'aggravamento di quello precedente, ma anche per un cambiamento di statuto dell'assicurato.
- 4008 Il beneficiario di un quarto o di mezza rendita che accusa un peggioramento dello stato di salute ha diritto a una mezza rendita o a tre quarti di rendita se è stato inabile al lavoro per tre mesi senza interruzione almeno in ragione del 50 per cento o, rispettivamente, del 60 per cento e se perdura un'incapacità lavorativa pari almeno al 50 per cento o, rispettivamente, al 60 per cento (RCC 1986 pag. 362, 1980 pag. 478, 1979 pag. 285).
- 4008.1
1/15 È possibile rinunciare al periodo di attesa di tre mesi (art. 88a cpv. 2 OAI) se l'aumento della rendita non è dovuto a un cambiamento dello stato di salute dell'assicurato, bensì a una situazione globale stabilizzata (p. es. in caso di cambiamento di statuto dell'assicurato) (I 599/05 consid. 5.2.3; I 930/05).
- 4009 Se il periodo di attesa inizia il primo giorno di un mese civile, la rendita può essere aumentata solo dopo tre mesi interi dalla data del peggioramento (p. es. se il periodo d'attesa inizia l'01.01.2008, la rendita intera viene versata dall'01.04.2008; RCC 1986 pag. 362).
- 4010 Si ha un'interruzione rilevante del periodo di attesa se durante 30 giorni consecutivi l'incapacità lavorativa ridiventa inferiore al 70, al 60 o al 50 per cento.
- 4011 Se applicando per analogia l'articolo 29^{bis} OAI il peggioramento dello stesso disturbo dà diritto a una rendita più elevata, occorre procedere secondo la disposizione menzionata ossia detrarre i precedenti periodi di attesa (art. 88a cpv. 2 secondo periodo OAI; v. N. 4003 segg.).

Esempio

Un assicurato soffre di un enfisema polmonare. Dal 3.2.2006 all'8.1.2007 era stato inabile al lavoro al 100 per

cento. In seguito ha ripreso il lavoro a metà tempo ottenendo quindi dall'1.2.2007 una mezza rendita. Il 15.10.2007 deve abbandonare totalmente l'attività lucrativa per un peggioramento del disturbo menzionato. Secondo l'articolo 88a capoverso 2 secondo periodo OAI, dall'1.1.2008 avrebbe diritto a una rendita intera. Applicando per analogia l'articolo 29^{bis} OAI ha però diritto a una rendita intera già dall'1.10.2007 perché durante l'anno di attesa dal febbraio 2006 al febbraio 2007 l'incapacità lavorativa era già stata superiore al 70 per cento. Quest'ultima soluzione, più vantaggiosa per l'assicurato, è determinante.

- 4012 Nei casi di miglioramento transitorio dello stato di salute, il peggioramento del medesimo deve subentrare, in conformità all'articolo 29^{bis} OAI, entro tre anni dalla scadenza del periodo di attesa di un anno.

3.1.2 Effetti

- 4013 Se si valuta contemporaneamente per la prima volta il diritto a una rendita più bassa e a una più elevata e se infine si decide per quest'ultima, la medesima è versata dal primo giorno del mese in cui scade il termine di tre mesi (art. 88a cpv. 2 primo periodo OAI; Pratique VSI 2001 pag. 274; RCC 1983 pag. 487). In analogia all'articolo 29^{bis} OAI un aumento della rendita prima della scadenza del termine è possibile quando l'incapacità lavorativa media necessaria per il diritto ad una rendita più elevata era già presente al momento dell'assegnazione della rendita iniziale (art. 88a cpv. 2 secondo periodo OAI; N. 4011). In questo caso l'articolo 88^{bis} capoverso 1 OAI non è applicabile.
- 4014 In caso di revisione o riconsiderazione vanno osservati i N. 5001 segg. e 5031 segg.

3.2 Miglioramento della capacità lavorativa

3.2.1 Principio

Art. 88a cpv.1 OAI

Se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora ..., v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

- 4015 Se la capacità lavorativa di un assicurato migliora, occorre fare una distinzione fra *condizioni stabili e condizioni instabili*.
- 4016
3/16 Se le *condizioni sono stabili*, la rendita va ridotta o soppressa dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri (9C_32/2015, RCC 1984 pag. 137, 1979 pag. 285). Ci si trova di fronte ad un caso di questo genere quando l'attività lucrativa è ripresa dopo la guarigione da una malattia di lunga durata oppure quando lo stato di salute è migliorato in modo tale che in un prossimo futuro sarebbe esigibile l'esercizio di un'attività lucrativa.
- 4016.1
1/14 Se la procedura di revisione è stata avviata a seguito della violazione dell'obbligo d'informare, le condizioni di cui all'articolo 88a capoverso 1 OAI possono essere valutate con effetto retroattivo (9C_1022/2012 consid. 3.3.1). In caso di concessione retroattiva e graduata della rendita o di revisione della stessa giusta l'articolo 88^{bis} capoverso 2 lettera b OAI in seguito alla violazione dell'obbligo d'informare o all'ottenimento indebito della prestazione, se da una perizia risulta con una probabilità preponderante che le condizioni di salute sono migliorate ma non è chiaro il momento in cui è avvenuto il miglioramento, si può giustificare la riduzione o la soppressione della rendita già a partire dalla data in cui è stata eseguita la perizia (8C_670/2011).

- 4017 *Le condizioni sono instabili* quando è ancora possibile un nuovo peggioramento della capacità al guadagno, specie in condizioni di lavoro provvisorie e in caso di possibile ripresa di un'attività lucrativa. In questi casi il miglioramento constatato va preso in considerazione soltanto se è durato tre mesi senza interruzioni rilevanti e se si può supporre che perduri (RCC 1984 pag. 137).

3.2.2 Effetti

- 4018
1/14 Se per la prima volta si valuta contemporaneamente il diritto a una rendita più elevata e a una più bassa e si decide infine per quest'ultima oppure per la soppressione della rendita, la riduzione o la soppressione della rendita più elevata sono decise per uno dei momenti menzionati dall'articolo 88a cpv. 1 OAI. Non ha luogo una revisione della rendita. L'articolo 88^{bis} cpv. 2 lett. a OAI (DTF 121 V 275, RCC 1980 pag. 595) non è applicabile.

Esempio

Con una decisione del 13.11.2007 l'ufficio AI contemporaneamente accorda a un assicurato una rendita intera dal 10.8.2006 e ne decide una riduzione a mezza rendita dall'1.9.2006. Non essendo stata effettuata una revisione l'assicurato non può rivendicare la riduzione della rendita solo a partire dal primo giorno del secondo mese seguente la notifica della decisione.

- 4019 In caso di revisione o riconsiderazione si applicano i N. 5001 segg. e 5031 segg.

Capitolo 4: Revisione e riconsiderazione

1. Revisione

1.1 In generale

Art. 17 cpv. 1 LPGA

Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

- 5001 Scopo della revisione è adeguare una decisione di rendita alle mutate circostanze (motivo di revisione). Occorre considerare in particolare il N. 9022.
- 5001.1
1/17 Se vi è un motivo di revisione, niente si oppone a un esame completo del diritto alla rendita, compresa una nuova valutazione medica delle condizioni di salute e della capacità lavorativa (DTF 141 V 9; 9C_251/2012, consid. 4.1/4.2).
- 5002
1/14 Il momento a partire dal quale può essere valutata una modifica del grado d'invalidità suscettibile d'incidere sulle prestazioni assicurative è dato dall'ultima decisione passata in giudicato fondata su un esame materiale del diritto alla rendita conforme alle prescrizioni legali, cioè comprendente l'accertamento dei fatti, la valutazione delle prove e l'esecuzione di un confronto dei redditi (DTF 133 V 108). Il ricorso a un atto amministrativo per il confronto presuppone che l'atto si fondi sugli accertamenti necessari viste le circostanze eventualmente mutate. Per accertamento dei fatti ai sensi della DTF 133 V 108 va inteso un accertamento che, se giunge a un altro risultato, è atto a giustificare un aumento, una riduzione o una soppressione della rendita (8C_441/2012 consid. 6). Le comunicazioni giusta l'articolo 74^{ter} lett. f OAI e basate su un esame materiale completo equivalgono a una decisione passata in giudicato (9C_46/2009 e 9C_552/2009). Non vanno prese in considerazione le decisioni o comunicazioni che nel frattempo non hanno fatto altro che confermare la prima decisione.

Una decisione basata su un accertamento sul posto senza nuovo esame medico non costituisce un punto di riferimento temporale per la determinazione del momento in cui è avvenuta una modifica delle condizioni di salute rilevante per il diritto alla rendita (9C_726/2011, consid. 3.3).

- 5003 Se al momento della concessione della rendita è stata stabilita una data di revisione, non bisogna attendere la scadenza di tale termine se le condizioni sono mutate prima. Anche le rendite accordate con sentenza di un tribunale possono essere sottoposte a revisione se dopo la sentenza interviene un motivo di revisione.
- 5004 I principi di revisione si applicano
3/16 – alle rendite correnti d'invalidità;
– alle rendite correnti di vecchiaia versate per invalidità del / della coniuge, oppure
– se una rendita è stata respinta per insufficiente grado d'invalidità. L'assicurato deve, nella sua nuova domanda di rendita, rendere plausibili i motivi della revisione (art. 87 cpv. 3 OAI; v. N. 2026 e N. 5013; RCC 1984 pagg. 355 e 364, 1983 pag. 491, 1981 pag. 123).
- 5004.1 In casi di regresso, prima di procedere alla revisione della rendita, l'ufficio AI informa il servizio regressi sull'avvio della relativa procedura. Questa informazione dev'essere trasmessa in particolare quando nella procedura di revisione sono prescritte perizie mediche o commissionati altri accertamenti medici o professionali o accertamenti concernenti l'economia domestica. In questo modo l'ufficio AI e il servizio regressi possono coordinare i rispettivi accertamenti. L'informazione dev'essere trasmessa anche in casi di regresso già risolti mediante pagamento.

1.2 Motivi di revisione

- 5005 Costituiscono motivo di revisione, ossia una modifica della
1/18 situazione determinante per il diritto alle prestazioni, in particolare i seguenti casi:

- il miglioramento o il peggioramento dello stato di salute (RCC 1989 pag. 282);
- la ripresa, la cessazione o il cambiamento dell'attività lucrativa (9C_33/2016);
- l'attuazione (riuscita) di un provvedimento d'integrazione (9C_231/2016, consid. 2.1);
- l'aumento o la diminuzione del reddito d'invalido o senza invalidità;
- la modifica della capacità di svolgere le mansioni consuete (p. es. aumento della capacità lavorativa di una persona attiva nella propria economia domestica grazie all'impiego di mezzi ausiliari);
- la modifica del metodo di calcolo dell'invalidità (p. es. quando l'invalidità di una persona occupata prima esclusivamente nell'economia domestica deve essere ricalcolata secondo le regole dell'attività lucrativa a tempo parziale); si può tuttavia derogare dai criteri applicati per il calcolo originario dell'invalidità, soltanto se le condizioni con ogni probabilità sono adempiute (RCC 1989 pag. 125, 1969 pag. 699; DTF 110 V 285 consid. 1a, DTF 104 V 149 consid. 2);
- la modifica delle condizioni familiari determinanti per il calcolo dell'invalidità degli assicurati occupati nell'economia domestica (9C_410/2015);
- il possibile miglioramento, nel corso degli anni, della capacità lavorativa dell'assicurato, ad esempio perché si è abituato al dolore, nonostante le sue condizioni di salute siano rimaste sostanzialmente invariate (8C_503/2013);
- la cessazione dell'attività lucrativa, per cui è necessario che il reddito ipotetico d'invalido sia fissato secondo le tabelle dei salari (9C_325/2013);
- l'esistenza di un rapporto di lavoro stabile, che permette di basarsi sul reddito da lavoro effettivamente conseguito e non più su dati statistici (8C_108/2016);
- un'importante modifica dei fatti dal punto di vista somatico che permette di riesaminare in modo approfondito lo stato di salute psichico dell'assicurato; per la revisione di una rendita d'invalidità, infatti, è sufficiente che una delle circostanze da cui dipendeva la concessione della

stessa subisca un notevole cambiamento; non è necessario che proprio il fatto modificato porti alla nuova fissazione della rendita d'invalidità mediante revisione (8C_738/2013).

Bisogna inoltre sempre verificare se vi sono elementi che indicano che la persona dispone di un potenziale d'integrazione e può migliorare la sua capacità al guadagno con provvedimenti adeguati, creando così un motivo di revisione.

- 5005.1 Un altro motivo di revisione è dato dalla modifica delle disposizioni legali o regolamentari che prevedono un'agevolazione o un inasprimento delle condizioni di diritto alla rendita (RCC 1983 pag. 538).
- 5005.2 Per procedere a una revisione della rendita è necessario un cambiamento importante del grado d'invalidità. Tuttavia, in certi casi anche un cambiamento minimo può avere conseguenze sulla rendita (p. es. se il grado d'invalidità aumenta dal 59 al 60 %, giustificando così il passaggio da una mezza rendita a tre quarti di rendita). In questi casi, anche un cambiamento minimo del grado d'invalidità può portare alla revisione della rendita (DTF 133 V 545). Se il cambiamento della situazione non incide di per sé sul diritto alla rendita, le condizioni per una revisione giusta l'articolo 17 capoverso 1 LPGA non sono adempiute (9C_223/2011).
- 5005.3
1/17 La formulazione di una diagnosi aggiuntiva o la revoca di una diagnosi non costituisce di per sé motivo di revisione, poiché non adempie necessariamente il presupposto del peggioramento o miglioramento notevole dello stato di salute. Si può procedere a una revisione completa solo se risulta un cambiamento della situazione rilevante per il diritto alla rendita. L'aggiunta di un'ulteriore diagnosi al quadro clinico precedente non osta alla soppressione di una rendita (DTF 141 V 9).
- 5005.4 Il motivo del miglioramento dello stato di salute non ha alcuna rilevanza, e la revisione è possibile indipendentemente da esso (9C_933/2010).

- 5006
1/17 Non vi è motivo di revisione:
- in caso di modifica temporanea – per esempio se lo stato di salute di un assicurato peggiora temporaneamente a causa di una malattia (v. art. 88a OAI);
 - in caso di modifica in senso restrittivo delle direttive dell'Amministrazione sulle condizioni di diritto (RCC 1982 pag. 252; v. N. 5033);
 - in presenza di una diversa valutazione di fatti sostanzialmente immutati (RCC 1987 pag. 36, 9C_223/2011);
 - se il cambiamento del grado d'invalidità e dunque della rendita è dovuto unicamente a una modifica delle basi statistiche generali (DTF 142 V 178; 9C 696/2007).
- 5007 La privazione della libertà ordinata da un'autorità non costituisce un motivo di revisione ma di sospensione (N. 6001 segg.). In questi casi, le disposizioni sulla revisione (DTF 116 V 20; RCC 1989 pag. 255, 1988 pag. 269) non sono direttamente applicabili.

1.3 Revisione d'ufficio

Art. 87 cpv. 1 OAI

La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità ..., è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita ..., o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità

- 5008 L'ufficio AI esamina per ogni concessione di rendita a quale data una revisione è prevista.
- 5008.1 Per il termine di revisione si applicano le seguenti regole:
- se al momento della decisione di rendita si presume che le condizioni dell'assicurato potrebbero mutare in un futuro prossimo, la data della revisione sarà fissata al momento delle modifiche previste. È determinante non solo la presunta futura modifica della situazione dell'assicurato, bensì in particolare la valutazione se fra breve la sua capacità al guadagno potrà essere migliorata con

provvedimenti. È quindi rilevante la valutazione individuale del potenziale d'integrazione, e non un ritmo di revisioni definito o un volume fissato di casi da rivedere entro un periodo determinato;

- negli altri casi si stabilisce il termine di revisione alla scadenza di tre o al massimo cinque anni a partire dalla decisione di rendita. Le revisioni possono anche essere effettuate a intervalli più lunghi se le condizioni sono stabili o se lo stato di salute dell'assicurato esclude anche in futuro ogni integrazione significativa.

- 5009 Il termine di revisione non è riportato nella decisione di rendita (RCC 1974 pag. 132). L'ufficio AI gestisce una lista di controllo delle revisioni previste.
- 5010 Le revisioni d'ufficio vanno previste anche nei periodi in cui un assicurato sconta una privazione della libertà ordinata dalle autorità e in cui la rendita è sospesa (N. 6010).
- 5011 Per la revisione delle rendite pagate dagli uffici PC si applicano le disposizioni dell'Allegato III della CPAI (N. 3067 CPAI).

1.4 Revisione su domanda

Art. 87 cpv. 2 OAI

Se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a sé stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni.

- 5012 L'ufficio AI avvia la procedura di revisione se l'assicurato o altre persone legittimate (v. CPAI) inoltrano una domanda scritta.
- 5013
3/16 L'assicurato deve motivare in modo plausibile la richiesta di revisione (8C_590/2015). Se necessario, l'ufficio AI può richiedere delle prove (p. es. un certificato medico).

- 5014 L'ufficio AI verifica la plausibilità della domanda:
- se l'assicurato non ha motivato plausibilmente la domanda di revisione, l'ufficio AI non entra nel merito della domanda, 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 ha motivato plausibilmente la domanda di revisione, l'ufficio AI entra nel merito della domanda e accerta se la modifica delle condizioni dimostrata ha avuto luogo effettivamente e in che misura incide sull'invalidità. In seguito emana una decisione di approvazione o di rifiuto della domanda (RCC 1984 pag. 364, 1983 pag. 386).

1.5 Revisione processuale

Art. 53 cpv. 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.

- 5014.1
1/17 Se emergono fatti o mezzi di prova che possono cambiare la valutazione precedente (DTF 126 V 46) l'ufficio AI è tenuto a riconsiderare una decisione passata in giudicato. Si tratta di fatti rilevanti o decisivi emersi dopo il passaggio in giudicato della decisione (DTF 126 V 24 consid. 4b; 9C_385/2015) e che non potevano essere prodotti in precedenza. La revisione dev'essere effettuata anche se la decisione è stata influenzata da un delitto o un crimine.

1.6 Calcolo dell'invalidità nella procedura di revisione

- 5015 Nella procedura di revisione, l'invalidità è determinata secondo le prescrizioni generali di calcolo vigenti. Le condizioni determinanti vanno verificate e accertate di nuovo. Se, invece, un avente diritto alla rendita può nuovamente

conseguire un reddito da lavoro o aumentare quello esistente, il miglioramento del reddito viene preso in considerazione solo se supera i 1500 franchi (art. 31 cpv. 1 LAI). Non vanno, infine, considerati i miglioramenti del reddito che dipendono dal rincaro (art. 86^{ter} OAI).

5015.1 Per miglioramento del reddito annuo s'intende di regola l'aumento del reddito annuo al momento della revisione rispetto al reddito d'invalido fissato al momento della concessione della rendita, vale a dire che il guadagno supplementare corrisponde alla differenza tra il reddito da lavoro effettivo al momento della revisione e il reddito d'invalido (anche ipotetico) fissato nell'ultima valutazione dell'invalidità (nella prima decisione di concessione della rendita o nella procedura di revisione), senza le eventuali deduzioni giusta l'articolo 31 capoverso 2 LAI (nella versione valida fino al 31 dicembre 2011).

5015.2 soppresso
1/13

5015.3 soppresso
1/13

5015.4 In caso di attività a tempo parziale il limite di 1500 franchi non è ridotto proporzionalmente al grado di occupazione.

Esempio

	Reddito senza invalidità	Reddito d'invalido	Grado d'invalidità
Anno in cui è stata emanata la decisione	80 000	40 000	50 %
1° anno	80 000	40 600	<i>Nessuna revisione /</i> Grado d'invalidità inva-

	Reddito senza invalidità	Reddito d'invalido	Grado d'invalidità
			riato poiché il miglioramento del reddito è inferiore a 1500 franchi
2° anno	80 000	41 200	<i>Nessuna revisione /</i> Grado d'invalidità invariato poiché il miglioramento del reddito è inferiore a 1500 franchi
3° anno	80 000	42 100	<i>Revisione</i> poiché il miglioramento del reddito supera 1500 franchi.*

* Nuovo grado d'invalidità: 47,4 per cento, arrotondato al 47 per cento: la mezza rendita è ridotta a un quarto di rendita

La prossima revisione potrà essere effettuata quando il reddito d'invalido adeguato all'evoluzione generale dei salari sarà aumentato di almeno 1500 franchi rispetto al reddito di 42 100 franchi.

- 5016 Per un nuovo calcolo dell'invalidità, occorre accertare in particolare:
- se il beneficiario della rendita è sufficientemente integrato o se ha diritto a provvedimenti d'integrazione (art. 8a cpv. 1 LAI, art. 28 cpv. 1 lett. a LAI, RCC 1983 pag. 74, 1980 pag. 481, 1970 pag. 285). Il diritto alla rendita può essere esaminato soltanto dopo aver verificato le possibilità di integrazione (RCC 1980 pag. 481);
 - se in considerazione delle nuove condizioni effettive si deve applicare il precedente metodo di calcolo oppure un altro (RCC 1979 pag. 279);
 - se nei casi in cui deve essere applicato il metodo generale occorre ricalcolare entrambi i redditi;
 - se nei casi in cui deve essere applicato il metodo specifico sono cambiate le mansioni consuete dell'assicurato.

1.7 Effetti della revisione

1.7.1 In generale

- 5017 Per principio la revisione ha effetto per il futuro (salvo in caso di ottenimento indebito della rendita, di revisione procedurale secondo il N. 5014.1 o di violazione dell'obbligo d'informare secondo i N. 5024 segg.).

1.7.2 Aumento della rendita

Art. 88^{bis} cpv.1 lett. a e b OAI

L'aumento della rendita ... 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.*

- 5018
1/15 La rendita può comunque essere aumentata soltanto se il peggioramento della capacità lavorativa o della capacità di svolgere le mansioni consuete è durato tre mesi senza sostanziali interruzioni e se ha causato un corrispondente aumento del grado d'invalidità (art. 88a cpv. 2 OAI; N. 4007 segg.). È possibile rinunciare al periodo di attesa di tre mesi (art. 88a cpv. 2 OAI) se l'aumento della rendita non è dovuto a un cambiamento dello stato di salute dell'assicurato, bensì a una situazione globale stabile (I 599/05 consid. 5.2.3; I 930/05).

Esempio 1:

Nel gennaio del 2006 lo stato di salute di una beneficiaria di una mezza rendita peggiora. Il 15.11.2006 l'assicurata inoltra una domanda di revisione. Esperiti i debiti accertamenti, l'ufficio AI constata nella primavera del 2007 che l'assicurata è invalida per il 75 per cento dal mese di aprile del 2007. Le è accordata una rendita intera a partire dall'1.11.2006.

Esempio 2:

Un assicurato percepisce una mezza rendita. L'ufficio AI ha previsto una revisione per il 31.1.2007. Esperiti i debiti accertamenti, constatata nel maggio del 2007 che l'assicurato avrebbe avuto diritto a una rendita intera già dal mese di giugno del 2006. Considerato che la revisione è stata prevista per il 31.1.2007, dall'1.1.2007 gli è versata la rendita intera. Se lo stesso assicurato adempie le condizioni di diritto solo dal mese di marzo del 2007, ottiene una rendita più elevata dall'1.3.2007.

- 5019 Quando si decide contemporaneamente su diversi gradi di rendita, si applicano i N. 4007 segg.

1.7.3 Riduzione o soppressione della rendita**1.7.3.1 In generale**

- 5020 Per principio, devono essere adempiute le condizioni dell'articolo 88a cpv. 1 OAI (N. 4015 segg.).
- 5020.1
3/16 Se l'assicurato non dimostra alcuna volontà d'integrazione, si può rinunciare a priori ai provvedimenti di accertamento e ridurre o sopprimere direttamente la rendita (9C_231/2015, 9C_831/2010).
- 5020.2
1/13 Di regola, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, se un certificato medico attesta un miglioramento della capacità lavorativa, l'assicurato deve valorizzarla con sforzi d'integrazione autonomi. Eccezionalmente, se l'assicurato ha beneficiato di una rendita per numerosi anni, le esigenze del mercato del lavoro possono escludere la presa in considerazione di una capacità di rendimento attestata sul piano medico e di un suo miglioramento ritenuto possibile dal punto di vista medico, se dall'incarto risulta chiaramente che l'assicurato non può valorizzare il suo potenziale di rendimento unicamente con sforzi autonomi, vale a dire senza aver dapprima beneficiato di provvedimenti appropriati. Di regola questa giurisprudenza deve applicarsi solo ai casi in cui in seguito a revisione sia stata

soppressa la rendita d'invalidità di assicurati che hanno compiuto i 55 anni o percepiscono la prestazione da oltre 15 anni. Il diritto a provvedimenti d'integrazione professionale presuppone che l'assicurato risulti idoneo all'integrazione, oggettivamente e soggettivamente, con probabilità preponderante (9C_726/2011, consid. 5.1).

- 5020.3
1/18 Se da anni si può ragionevolmente esigere che l'assicurato valorizzi la sua capacità lavorativa residua e da allora la sua integrazione professionale non è avvenuta soltanto per motivi estranei all'invalidità, prima della soppressione della rendita l'assicurato non ha diritto a provvedimenti d'integrazione professionale o all'accertamento di questi ultimi (8C_393/2016, 9C_231/2015, 8C_807/2013, 9C_752/2013).

1.7.3.2 In caso di provvedimenti di reintegrazione

- 5020.4 La rendita è ridotta o soppressa dopo l'attuazione dei provvedimenti di reintegrazione se dall'accertamento risulta che la situazione non è cambiata ai sensi dell'articolo 17 LPGGA, ma che il potenziale d'integrazione dell'assicurato è stato migliorato mediante provvedimenti.
- 5020.5 La rendita può essere ridotta o soppressa parallelamente all'attuazione dei provvedimenti di reintegrazione se già durante l'accertamento si constata una modifica della situazione giusta l'articolo 17 LPGGA e la capacità al guadagno può essere ulteriormente migliorata con provvedimenti di reintegrazione.

1.7.3.3 In caso di miglioramento della capacità al guadagno

Art. 88^{bis} cpv. 2 lett. a OAI

La riduzione o la soppressione della rendita ... è messa in atto:

a. il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

Esempio:

Con deliberazione del 16.7.2007 si comunica all'assicurata che la sua mezza rendita è soppressa. La decisione di soppressione è inviata dall'ufficio AI il 29.8.2007 e notificata all'assicurata il 2.9.2007. La rendita può quindi essere soppressa per l'1.11.2007.

- 5021
1/13 Questa regola si applica anche se la rendita è ridotta o soppressa solo in sede di procedimento giudiziario. In tal caso la rendita è ridotta o soppressa dall'inizio del secondo mese seguente la notifica della sentenza (RCC 1982 pag. 34). L'articolo 88^{bis} capoverso 2 lettera a OAI non è invece applicabile se, dopo un rinvio all'autorità inferiore, la decisione iniziale può essere confermata. Di conseguenza, la nuova decisione dell'amministrazione o la sentenza del tribunale è determinante per l'inizio del termine previsto nell'articolo 88^{bis} capoverso 2 lettera a OAI (riduzione o soppressione della prestazione al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione) solo nel caso in cui la rendita sia ridotta o soppressa a causa di una rilevante capacità lavorativa ragionevolmente esigibile insorta dopo l'emanazione della prima decisione dell'amministrazione (8C_567/2011).
- 5021.1
3/16 Il termine mensile di cui all'articolo 88^{bis} capoverso 2 lettera a OAI non può essere prorogato (DTF 135 V 306).
- 5022 La decisione di revisione che sopprime o riduce una rendita deve precisare che ad un eventuale ricorso è tolto l'effetto sospensivo («In caso di ricorso interposto contro questa decisione, l'effetto sospensivo è tolto, conformemente all'articolo 97 LAVS in combinato disposto con l'articolo 66

LAI»; RCC 1986 pag. 624). La revoca dell'effetto sospensivo deve essere menzionata esplicitamente nel testo della decisione.

5023 Quando si delibera contemporaneamente sulla riduzione o sulla soppressione della rendita si applicano i N. 4015 segg.

1.7.3.4 Ottenimento indebito della rendita o violazione dell'obbligo d'informare

Art. 88^{bis} cpv. 2 lett. b OAI

La riduzione o la soppressione della rendita ... è messa in atto:

b. retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77, indipendentemente dal fatto che la prestazione abbia continuato a essere versata a causa dell'ottenimento indebito della medesima o della violazione dell'obbligo di informare.

5024 L'assicurato, il suo rappresentante legale, le autorità oppure terzi, ai quali spetta la prestazione (RCC 1987 pag. 519, 1986 pag. 664), devono segnalare immediatamente all'ufficio AI o alla cassa di compensazione ogni modifica determinante per il diritto alle prestazioni (p. es. dello stato di salute, della capacità lavorativa e della capacità al guadagno, della capacità di svolgere le mansioni consuete, delle condizioni personali o economiche; obbligo d'informare, art. 31 LPGA e art. 77 OAI; 9C_245/2012).

1/14

5025 L'assicurato salariato può sì partire dal presupposto che il proprio datore di lavoro adempia i suoi obblighi e quindi comunichi il salario alla cassa di compensazione e versi i contributi sociali, ma questo non lo esonera dall'obbligo d'informare cui è soggetto. In altre parole, non si può presumere che l'ufficio AI sia a conoscenza di quanto è noto alla cassa di compensazione (9C_245/2012).

1/14

- 5026
1/15 Se l'assicurato non adempie l'obbligo d'informare, deve restituire le prestazioni dell'AI indebitamente percepite (v. art. 7b cpv. 2 lett. b e c LAI in combinato disposto con l'art. 25 cpv. 1 LPGA e art. 7b cpv. 3 LAI). L'ufficio AI ordina la restituzione dell'importo indebitamente percepito (art. 3 OPGA).
- 5027
1/15 È sufficiente una lieve violazione dell'obbligo d'informare per dover restituire le prestazioni indebitamente percepite. La restituzione può essere condonata se costituisce un onere troppo gravoso per l'assicurato e se egli ha agito in buona fede (art. 25 cpv. 1 LPGA, art. 4 e 5 OPGA; v. N. 10401 segg. DR; DTF 112 V 97; RCC 1986 pag. 664). La violazione grave e intenzionale dell'obbligo d'informare esclude invece la buona fede, ragion per cui in questi casi non è necessario verificare la possibilità di un condono ai sensi dell'articolo 25 capoverso 1 LPGA. La rendita e l'AGI sono prestazioni differenti con condizioni di diritto differenti. Si può quindi senz'altro giustificare nel singolo caso l'esame separato per le due prestazioni della riscossione in buona fede (9C_516/2013).
- 5028
1/14 L'ufficio AI stabilisce se l'obbligo d'informare è stato violato intenzionalmente e quando sono subentrate modifiche determinanti per il diritto alla rendita. La rendita va soppressa con effetto retroattivo a partire dal momento in cui la capacità al guadagno è durevolmente migliorata, senza notevole interruzione (9C_1022/2012 consid. 3.3.2).

1.7.3.5 Invalidità immutata

- 5029 Se da una revisione d'ufficio o su domanda non emergono modifiche determinanti dell'invalidità, deve continuare a essere versata la rendita corrente.
- 5030 L'ufficio AI emana per principio una decisione. Può scegliere la forma della comunicazione quando in seguito a una revisione d'ufficio deve informare l'assicurato che continua ad avere diritto alla stessa rendita (art. 74^{ter} lett. f

OAI). L'ufficio AI informa la cassa di compensazione del risultato della revisione.

2. Riconsiderazione

2.1 In generale

Art. 53 cpv. 2 e 3 LPGA

² *L'assicuratore deve ritornare 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.*

- 5031 Scopo di una riconsiderazione è rettificare una decisione indubbiamente errata passata in giudicato. Contrariamente alla revisione, la riconsiderazione non presuppone una sostanziale modifica della situazione (v. Circ. sul contenzioso; RCC 1987 pag. 36, 1985 pag. 58 e pag. 332, 1980 pag. 58, 1963 pag. 273). Va osservato il N. 9022.
- 5032 Per una riconsiderazione è necessario, oltre all'indubbia erroneità della prima decisione, che la rettifica sia di *importanza rilevante e che la decisione non sia già stata giudicata da un tribunale.*

Esempio:

Ad un'assicurata addetta alla corrispondenza, colpita da paralisi cerebrale, è stata assegnata, a causa di una perdita di guadagno superiore al 70 per cento, una rendita intera dopo che ha perso il posto nell'industria orologiera per ragioni congiunturali e non ha ottenuto prestazioni dall'AD non essendo sufficientemente idonea al collocamento. L'ufficio AI può riconsiderare la decisione di rendita perché aver tenuto conto delle perdite di guadagno dovute a ragioni economiche era indubbiamente errato e competeva all'assicurazione contro la disoccupazione.

- 5033 La riconsiderazione non è giustificata se una rendita deve essere ridotta o soppressa soltanto a causa dell'inasprimento delle condizioni di diritto in seguito a una modifica delle direttive amministrative (RCC 1982 pag. 252; v. N. 5006). 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 allora in vigore: in questo caso l'ipotesi dell'indubbia 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).
- 5034 L'ufficio AI decide a propria discrezione se procedere o meno a una riconsiderazione. Non è il tribunale ma L'UFAS che può costringerlo (art. 64 LAI).
- 5035
3/16 Non vi è alcun termine per procedere alla riconsiderazione di una decisione; una decisione manifestamente errata può essere riconsiderata anche oltre dieci anni dopo la sua emanazione (DTF 140 V 514).

2.2 Riconsiderazione a sfavore dell'assicurato

Art. 85 cpv. 2 OAI

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

Occorre distinguere se una valutazione errata riguarda fatti specifici al diritto AI oppure analoghi all'AVS:

- 5036 – Se l'amministrazione ha effettuato una valutazione manifestamente errata dei *fatti specifici al diritto AI* (ossia le

condizioni materiali determinanti per la concessione di prestazioni AI, per esempio il calcolo dell'invalidità, l'inizio della rendita ecc.), le prestazioni devono essere rettificate soltanto per il futuro. In tal caso la rendita va ridotta o soppressa 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). Resta riservata la violazione dell'obbligo d'informare da parte dell'assicurato (N. 5024 segg.).

- 5037 – Se un errore che determina la riconsiderazione di una decisione di rendita riguarda *fatti analoghi all'AVS* (p. es. le condizioni assicurative o il calcolo della rendita), la prestazione indebitamente percepita va ridotta o soppressa *retroattivamente* (art. 25 LPGGA).
- 5038 Occorre valutare dal profilo materiale se la valutazione errata riguarda fatti specifici al diritto AI o fatti analoghi all'AVS. Non è determinante quale autorità amministrativa ha commesso l'errore (la cassa di compensazione o l'ufficio AI) (RCC 1981 pag. 520).
- 5039 Se l'ufficio AI comunica correttamente una delibera relativa a una rendita alla cassa di compensazione ma questa la attua erroneamente nella decisione di rendita, non si tratta di fatti specifici al diritto AI (RCC 1985 pag. 411).

2.3 Riconsiderazione a favore dell'assicurato

Art. 88^{bis} cpv. 1 lett. c OAI

L'aumento della rendita, ... 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.

- 5040 Se si constata che una decisione dell'ufficio AI pronunciata a sfavore dell'assicurato era manifestamente errata, la rendita verrà aumentata o concessa a partire dal primo giorno del mese in cui il vizio è stato scoperto. Il vizio è conside-

rato scoperto non appena le constatazioni dell'amministrazione lo fanno apparire credibile o verosimile e non solo al momento in cui è accertato con sicurezza (RCC 1985 pag. 235).

Esempio:

Un assicurato percepisce una mezza rendita dal giugno 2005. In occasione di una procedura di revisione avviata d'ufficio il 1° gennaio 2007, nell'agosto 2007 l'ufficio AI constata che già nel giugno 2005 egli presentava senza alcun dubbio un'incapacità al guadagno superiore al 60 per cento e già allora avrebbe avuto diritto a tre quarti di rendita. Visto che il vizio è stato scoperto soltanto nell'agosto 2007, la rendita sarà aumentata a partire dal 1° agosto 2007.

- 5041
1/13
- La falsa attribuzione di una frazione di rendita va considerata alla stregua di un errore nelle basi di calcolo della rendita ordinaria e della scala delle rendite applicabile e non costituisce una fattispecie specifica al diritto AI, bensì una fattispecie analoga al diritto AVS. All'assicurato spetta quindi l'importo corretto della rendita con effetto retroattivo (ex tunc; 9C_409/2011 consid. 4.2.2).

Capitolo 5: Sospensione della rendita

Art. 21 cpv. 5 LPGA

Se l'assicurato subisce una pena o una misura, durante questo periodo il versamento di prestazioni pecuniarie con carattere di indennità per perdita di guadagno può essere parzialmente o totalmente sospeso; fanno eccezione quelle per i congiunti ai sensi del capoverso 3.

- 6001
- La privazione della libertà ordinata da un'autorità giustifica una sospensione ma non una revisione della rendita (v. N. 5007; RCC 1989 pag. 225, 1988 pag. 269). La rendita può essere sospesa anche durante il periodo di carcerazione preventiva (DTF 133 V 1; v. N. 6007) e in caso di esecuzione anticipata della pena (8C_702/2007). E' irrilevante che la privazione della libertà sia eseguita in Svizzera o all'estero (9C_20/2008) e che vi sia un obbligo di

mantenimento nei confronti di familiari, in quanto l'Al continua a versare prestazioni pecuniarie per i familiari (rendite per i figli; 9C_256/2009).

- 6001.1 3/16 Se una persona condannata non si sottopone o non si sottopone tempestivamente all'esecuzione della pena, dal punto di vista giuridico non si trova ancora nella fase di esecuzione della pena, ragion per cui la sua rendita non può essere sospesa. Diverso è il caso della fuga durante l'esecuzione della pena (in tal caso, la sospensione della rendita è mantenuta, DTF 138 V 281).
- 6002 La sospensione significa che durante la privazione della libertà la rendita principale non è erogata, ma possono continuare ad essere versate le rendite per i figli (art. 21 cpv. 3 e 5 LPGA).
- 6003 La sospensione presuppone che anche un assicurato non invalido non abbia la possibilità di esercitare un'attività lucrativa durante la privazione della libertà e che il genere di pena non sia determinato prevalentemente dall'invalidità dell'assicurato.
- 6003.1 La sospensione della rendita dipende quindi soltanto dalla possibilità o meno di svolgere un'attività lucrativa durante l'esecuzione di misure stazionarie. Non si deve procedere a una distinzione a seconda della pericolosità sociale o della necessità di seguire un trattamento (DTF 137 V 154).
- 6004 3/16 La rendita non è quindi sospesa e continua ad essere erogata
- se il genere di pena detentiva offre all'imputato la possibilità di esercitare un'attività lucrativa (DTF 116 V 20);
 - se in caso di ricovero a scopo di assistenza ai sensi degli articoli 426 segg. CC, il disturbo che ha causato l'invalidità costituisce il motivo della privazione della libertà (RCC 1992 pag. 508).
- 6005 Se il diritto alla rendita nasce per la prima volta durante l'esecuzione di una pena detentiva:

- si può rinunciare a determinare il grado d'invalidità e a fissare la rendita principale tramite una decisione se, e fintanto che non esiste (ancora) diritto a delle rendite per i figli. L'ufficio AI rende attento l'assicurato al fatto che deve annunciare immediatamente all'ufficio l'eventuale nascita di un diritto a una rendita per i figli;
- se esiste il diritto a una rendita per i figli, l'ufficio AI emana una decisione per la rendita principale e per quella per i figli. Allo stesso tempo, sospende la rendita principale e versa quella per i figli;
- se le condizioni assicurative non sono chiaramente adempiute, l'invalidità deve essere calcolata in ogni caso dopo la scadenza del periodo di attesa o dopo l'insorgere della residua incapacità al guadagno, dato che il momento in cui insorge l'evento assicurato è d'importanza decisiva (RCC 1989 pag. 276).

6006 Per calcolare il termine di attesa e il grado d'invalidità, si considerano i fatti verosimili, facendo astrazione della pena detentiva pronunciata dall'Autorità penale N. 2009).

6007 *Inizio della sospensione:*

- in caso di pena detentiva la rendita va sospesa dal mese seguente l'inizio della detenzione;
- in caso di carcerazione preventiva la rendita può essere sospesa solo dopo tre mesi.

Per principio la rendita può anche essere sospesa retroattivamente dato che le prestazioni percepite indebitamente devono essere restituite anche senza violazione dell'obbligo d'informare (non si tratta di un aspetto specifico al diritto AI, N. 5036). La restituzione delle prestazioni percepite indebitamente durante la carcerazione preventiva può essere richiesta con effetto retroattivo a partire dal momento dell'arresto. Non si applicano le disposizioni concernenti la revisione. In questi casi occorre anche verificare la questione di un eventuale condono (art. 25 cpv. 1 LPGA; v. DR).

6008 Fine della sospensione: la rendita deve essere versata interamente a partire dal mese durante il quale l'assicurato è rilasciato (per analogia all'art. 29 cpv. 3 LAI). Se il rilascio è

- comunicato tardivamente agli organi AI, la rendita deve essere versata retroattivamente nell'ambito delle disposizioni concernenti la prescrizione (art. 24 cpv. 1 LPGGA).
- 6009 Dopo il rilascio la rendita rinasce automaticamente, ossia senza che sia necessario procedere prima a una revisione o accordare di nuovo la rendita.
- 6010 Durante la pena detentiva vanno previste revisioni per poter considerare eventuali modifiche concernenti una rendita per figli.
- 6011 La sospensione e il suo annullamento competono all'ufficio AI che informa la cassa di compensazione.

Capitolo 6: Riduzione e rifiuto di prestazioni

1. Condizioni

1.1 In generale

Art. 21 cpv. 1 – 4 LPGGA

¹ Se l'assicurato ha provocato o aggravato l'evento assicurato intenzionalmente o commettendo intenzionalmente un crimine o un delitto, le sue prestazioni possono essergli temporaneamente o definitivamente ridotte oppure, in casi particolarmente gravi, rifiutate.

² Le prestazioni pecuniarie dovute ai congiunti o ai superstiti dell'assicurato sono ridotte o rifiutate solo se essi hanno provocato l'evento assicurato intenzionalmente o commettendo intenzionalmente un crimine o un delitto.

³ Sempre che assicurazioni sociali con carattere di indennità per perdita di guadagno non prevedano prestazioni pecuniarie per congiunti, può essere ridotta al massimo la metà delle prestazioni pecuniarie di cui al capoverso 1. Per l'altra metà è fatta salva la riduzione di cui al capoverso 2.

⁴ 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.

Art. 7b cpv. 4 LAI

In deroga all'articolo 21 capoverso 1 LPGA, le indennità giornaliere e gli assegni per grandi invalidi non possono essere né rifiutati né ridotti.

- 7001
3/16 Se le condizioni previste dall'articolo 21 capoversi 1–4 LPGA e dall'articolo 7b LAI sono adempiute, l'ufficio AI può rifiutare, ridurre o sopprimere le prestazioni pecuniarie dovute (RCC 1986 pag. 555, DTF 134 V 315). Nell'AI le prestazioni pecuniarie comprendono la rendita, le indennità giornaliere e l'AGI per gli adulti (art. 15 LPGA). In deroga all'articolo 21 capoverso 1 LPGA, quest'ultimo non può essere né rifiutato né ridotto (art. 7b cpv. 4 LAI).
- 7002 La sanzione ha sempre carattere personale. Le prestazioni pecuniarie per i famigliari devono quindi essere versate interamente, sempreché non abbiano provocato l'evento assicurato intenzionalmente oppure commettendo intenzionalmente un crimine o un delitto (art. 21 cpv. 2 LPGA, RCC 1962 pag. 404). Quindi, in caso di riduzione della rendita AI, la rendita per figli continua ad essere versata per intero. Parimenti, in caso di sospensione dell'indennità giornaliera AI continua ad essere erogata la prestazione per i figli.

1.2 Dolo ai sensi dell'articolo 21 capoverso 1 LPGA

- 7003 Agisce *con dolo*, chi, pur essendo consapevole delle conseguenze, si comporta in modo da causare, peggiorare o mantenere un danno alla salute. Questo atteggiamento è praticamente escluso nelle tossicomanie (abuso di alcool,

nicotina, droghe e medicinali oppure obesità) o nei tentativi di suicidio.

- 7004 Non si fa differenza tra dolo e *dolo eventuale*. Incorre nel dolo eventuale chi, pur non avendone la certezza, ritiene seriamente possibile che un fatto si realizzi e vuole che si realizzi (“accettazione del risultato”).
- 7005 Fra il danno alla salute che determina l’invalidità ed il dolo (eventuale) dell’assicurato deve esserci un *rapporto di causalità*. In altri termini, il comportamento doloso deve essere la causa o la concausa dell’invalidità (RCC 1969 pag. 351). Il rapporto causale non deve essere certo: basta la probabilità preponderante (RCC 1986 pag. 555).

1.3 Crimine o delitto

- 7006 Per valutare se l’assicurato ha commesso un *crimine* o un *delitto* quando è sorta o peggiorata l’invalidità, si applicano le disposizioni penali (CP, LCStr ecc.). I crimini sono atti punibili con pene detentive superiori ai tre anni, mentre i delitti sono punibili con pene detentive fino a 3 anni o con una sanzione pecuniaria (art. 10 CP). L’ufficio AI si basa a tal fine sulla sentenza penale procurandosi i relativi atti o copia dei medesimi. Può divergere dalla constatazione e dalla valutazione dell’autorità penale soltanto se il fatto accertato nel procedimento penale e la sua implicazione giuridica non sono convincenti e si basano su principi validi nel diritto penale ma irrilevanti in quello concernente le assicurazioni sociali (DTF 119 V 241; RCC 1988 pag. 136, 1985 pag. 649). In assenza di una sentenza penale spetta all’ufficio AI determinare se esiste un atto di rilevanza penale che giustifica una riduzione o una soppressione delle prestazioni (DTF 120 V 224 segg., 9C_785/2010).
- 7007 Il danno alla salute invalidante e il crimine o il delitto commessi devono essere legati da un rapporto materiale e temporale; non è necessario invece che il reato in questione in sé sia la causa dell’invalidità (DTF 119 V 241 consid. 3c = Pra 83 N. 261, 9C_785/2010).

1.4 Provvedimenti esigibili di cura o integrazione nel mondo del lavoro

7008 L'esigibilità di una cura o dell'integrazione nel mondo del lavoro si fonda sull'articolo 7a LAI, ossia su criteri puramente oggettivi. L'onere della prova rispetto alla non esigibilità di un provvedimento d'integrazione spetta all'assicurato (9C-842/2010).

1.5 Violazione degli obblighi di ridurre il danno, di informare e di collaborare

7009 Gli obblighi di ridurre il danno, informare e collaborare sono definiti ai N. 1048 segg.

7010 Si configura una violazione degli obblighi di ridurre il danno, informare e collaborare solo se il comportamento dell'assicurato è *ingiustificabile*. È necessario poter dimostrare la responsabilità soggettiva dell'assicurato per il suo comportamento. Ciò non è il caso per esempio se a causa di un'infermità o di una debilità mentale l'assicurato non è in grado di capire le conseguenze del suo comportamento o di agire con discernimento.

2. Sanzioni

2.1 In generale

7011 Le sanzioni consistono generalmente in una sospensione dell'indennità giornaliera o in una riduzione della rendita. Questa è stabilita, alla luce di tutte le circostanze, secondo la gravità del comportamento colpevole dell'assicurato, la gravità del danno alla salute ed eventuali circostanze attenuanti rilevabili dagli atti penali.

7012 L'ufficio AI si informa se altri assicuratori sociali (p. es. 3/16 l'assicuratore infortuni) hanno ordinato un rifiuto o una riduzione della rendita (DTF 129 V 354). Può adottare un'altra sanzione se seri motivi la giustificano.

- 7012.1 3/16 La riduzione delle prestazioni in caso di guida in stato di ebbrietà va effettuata applicando la tabella degli assicuratori infortuni (direttive degli assicuratori infortuni sui tassi di riduzione in caso di incidenti della circolazione; 9C_445/2014; DTF 129 V 354; <https://www.koordination.ch/online-hand-buch/uvvg/grobfahrlaessigkeit/>).

2.2 Violazione degli obblighi di informare e collaborare

- 7013 In caso di violazione degli obblighi di informare e collaborare, secondo l'articolo 43 capoverso 3 LPGA, l'ufficio AI, se è possibile accertare i fatti senza difficoltà e senza costi particolari anche senza la collaborazione dell'assicurato, può decidere *in base agli atti*. In caso contrario sospende gli accertamenti e *decide di non entrare in materia*. La scelta dell'una o dell'altra opzione dipende dalle circostanze specifiche del caso. Nel dubbio va scelta la variante più favorevole all'assicurato (RCC 1983 pagg. 525 e 528, 1978 pag. 476).
- 7014 In caso di violazione dell'obbligo di collaborare l'ufficio AI può sospendere le prestazioni. Questo presuppone però che le informazioni chieste invano siano necessarie per l'accertamento della situazione o per la fissazione delle prestazioni, che non si possano ottenere in altro modo senza costi sproporzionati e che le informazioni che l'assicurato ha rifiutato di fornire violando intenzionalmente l'obbligo di collaborare siano rilevanti per la determinazione del grado d'invalidità (9C_345/2007).
- 7014.1 L'onere della prova è rovesciato se le prestazioni sono versate e l'assicurato che le riceve rifiuta in modo ingiustificabile di adempiere agli obblighi di informare e collaborare nella procedura di revisione, impedendo così all'ufficio AI di stabilire i fatti pertinenti. Incombe quindi all'assicurato dimostrare che le sue condizioni di salute o altre circostanze determinanti non hanno subito modifiche suscettibili di cambiare il grado d'invalidità esistente (8C_733/2010).

- 7015
1/17 Se, nell'ambito di una procedura di revisione avviata a causa della violazione dell'obbligo di collaborare, l'ufficio AI sospende le prestazioni e in seguito l'assicurato dichiara la sua disponibilità a collaborare, la procedura riprende come procedura di revisione (8C_724/2015).
- 7016 soppresso
- 7017 soppresso

3. Procedura

3.1 In generale

- 7018 L'ufficio AI accerta d'ufficio se sono adempiute le condizioni per una sospensione dell'indennità giornaliera o per una riduzione o un rifiuto della rendita. Se necessario, stabilisce il grado della riduzione. La sospensione delle indennità giornaliere è indicata in giorni, mentre la riduzione delle rendite è sempre espressa in percentuale.
- 7019 Se in occasione di una revisione della rendita si constata che vi sono le premesse per una riduzione di quest'ultima, la medesima è ammessa soltanto se sono adempiute le condizioni per una revisione o una riconsiderazione della prima decisione (RCC 1986 pagg. 563 e 567, 1983 pag. 113).

3.2 Procedura di diffida e termine di riflessione

- 7020
1/15 Prima di ridurre 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). La diffida con la fissazione di un termine di riflessione adeguato e un rinvio alle conseguenze di un'opposizione (riduzione o rifiuto di prestazioni; decisione in base agli atti o decisione di non entrata in materia) avviene sotto forma di comunicazione senza indicazione dei rimedi giuridici (RCC 1983 pag. 330). Sono possibili deroghe soltanto nei casi previsti

dall'articolo 7b capoverso 2 LAI. Concepito quale disposizione eccezionale, l'articolo 7b capoverso 2 LAI permette di negare una prestazione senza una procedura di diffida e un termine di riflessione solo in caso di violazione qualificata degli obblighi (9C_744/2011). Una colpa ai sensi dell'articolo 7b capoverso 2 lettera c LAI non presuppone alcuna condanna penale, tanto più che la nozione di colpa differisce da quella del diritto penale (8C_609/2013).

- 7021 Se l'assicurato non risponde al richiamo entro il termine stabilito, l'ufficio AI, dopo aver completato la procedura di preavviso, emana una decisione conformemente a quanto annunciato nella diffida.
- 7022 Nella decisione occorre revocare l'effetto sospensivo a un eventuale ricorso.

Parte 3: Assegni per grandi invalidi dell'AI e dell'AVS

Capitolo 1: Assegni per grandi invalidi dell'AI – diritto e calcolo

1. Condizioni di diritto

1.1 In generale

Articolo 42 capoverso 1 primo e secondo periodo LAI
L'assicurato grande invalido (art. 9 LPGA) con domicilio e dimora abituale (art. 13 LPGA) in Svizzera ha diritto a un assegno per grandi invalidi. Rimane salvo l'articolo 42^{bis}.

- 8001
3/16
- Hanno diritto ad un AGI dell'AI gli assicurati che
- presentano un danno alla salute fisico, mentale o psichico causato da infermità congenita, malattia o infortunio (N. 1002 segg.);
 - sono grandi invalidi almeno di grado lieve;
 - soddisfano le condizioni generali d'assicurazione (N. 1040 segg. [RCC 1980 pag. 120]; v. le DR); il diritto ad un AGI per minorenni e il diritto ad un AGI per maggiorenni valgono come un unico caso d'assicurazione (DTF 137 V 424); e
 - non hanno diritto a un AGI dell'AINF o dell'AM (N. 9024 segg.)
- 8002
- Per il concorso di diritti ad assegni per grandi invalidi dell'AI e dell'AINF o dell'AM si rinvia ai N. 9024 segg.

1.2 Importi degli assegni per grandi invalidi

Articolo 42^{ter} capoverso 1 terzo e quarto periodo e capoverso 2 primo periodo LAI

¹ L'assegno mensile in caso di grande invalidità di grado elevato ammonta all'80 per cento, in caso di grande invalidità di grado medio al 50 per cento e in caso di grande invalidità di grado lieve al 20 per cento dell'importo massimo della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 34 capoversi 3

e 5 LAVS. L'assegno per gli assicurati minorenni è calcolato sotto forma di importo giornaliero.

² L'assegno per gli assicurati grandi invalidi che soggiornano in un istituto ammonta a un quarto degli importi di cui al capoverso 1.

- 8003 Vi sono due importi degli assegni per grandi invalidi: l'importo intero e il quarto. La scelta dell'importo dipende dalla forma abitativa o dal luogo di soggiorno dell'assicurato. L'importo intero dell'AGI (80/50/20 % della rendita di vecchiaia massima) si applica agli assicurati che non vivono in un istituto. In caso di soggiorno in un istituto non finalizzato all'esecuzione di provvedimenti d'integrazione, si ha diritto unicamente a un quarto dell'importo dell'AGI.
- 8003.1 Per assicurati che vivono in un istituto, si intendono le persone che vi passano più di quindici e dunque sedici o più notti per mese civile. Gli assicurati che trascorrono fino a quindici notti per mese civile in un istituto hanno invece diritto all'importo completo dell'AGI (DTF 132 V 321). Quando cambia il luogo di soggiorno determinante per l'importo dell'AGI, il nuovo importo è preso in considerazione a partire dal mese successivo (art. 82 cpv. 2 OAI). Le disposizioni sulla revisione (art. 88^{bis} OAI) non sono applicabili. Se in seguito al cambiamento del luogo di soggiorno si estingue il diritto all'assegno, si applicano le disposizioni pertinenti (v. i N. 8112.1 e 8112.2 per l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana e i N. 8123.2 e 8124.2 per l'AGI dell'AVS).

Esempio:

Un assicurato che percepisce un AGI di grado medio (1185 fr. al mese) entra in istituto il 5 febbraio. A partire da marzo riceverà solo 296 franchi al mese. Se entra in istituto il 25 febbraio, è ancora considerato come se vivesse a casa nel mese di febbraio, quindi continuerà a ricevere 1185 franchi nei mesi di febbraio e marzo e l'importo sarà ridotto a 296 franchi solo in aprile.

Importi dell'AGI per maggiorenni (importi mensili dal 1.1.2019)

<i>Grado di grande invalidità</i>	<i>In istituto (un quarto dell'importo)</i>	<i>A casa (importo completo)</i>
Elevato	474 fr./mese	1 896 fr./mese
Medio	296 fr./mese	1 185 fr./mese
Lieve	119 fr./mese	474 fr./mese

8004 Per i minorenni l'AGI e un eventuale
7/20 SCI (N. 8070 segg.) sono versati per ogni giorno in cui i minorenni pernottano a casa.

Importi dell'AGI per minorenni (importi per mese e per giorno dal 1.1.2019)

<i>Grado di grande invalidità</i>	<i>A casa (importo completo)</i>
Elevato	1896 fr./mese 63.20 fr./giorno
Medio	1185 fr./mese 39.50 fr./giorno
Lieve	474 fr./mese 15.80 fr./giorno

Importi del SCI (importi per mese e per giorno dal 1.1.2019)

<i>Bisogno di cure dovuto all'invalidità</i>	<i>A casa</i>
almeno 8 ore/giorno	2370 fr./mese 79.00 fr./giorno
almeno 6 ore/giorno	1659 fr./mese 55.30 fr./giorno
almeno 4 ore/giorno	948 fr./mese 31.60 fr./giorno

1.2.1 Concetto di «istituto»

Art. 35^{ter} OAI

¹ Sono considerate istituti ai sensi della legge le forme di alloggio collettivo destinate all'assistenza o alla cura degli assicurati in cui l'assicurato:

- a. non è responsabile dell'esercizio della forma di alloggio collettivo;
- b. non è libero di decidere a quali prestazioni d'aiuto ricorrere, in quale forma, quando e presso quale fornitore; o
- c. deve versare un importo forfettario per prestazioni di cura o assistenza.

² Le istituzioni secondo l'articolo 3 capoverso 1 lettera b della legge federale del 6 ottobre 2006¹ sulle istituzioni che promuovono l'integrazione degli invalidi (LIPIn) riconosciute, conformemente all'articolo 4 LIPIn, da uno o più Cantoni sono considerate istituti.

³ Le forme di alloggio collettivo gestite da un istituto secondo il capoverso 1 che usufruiscono di prestazioni d'aiuto da quest'ultimo sono equiparate agli istituti.

⁴ Non sono considerate istituti in particolare le forme di alloggio collettivo in cui l'assicurato:

- a. può determinare e acquistare autonomamente le prestazioni di cura e assistenza di cui necessita;
- b. può condurre una vita autonoma e responsabile; e
- c. può scegliere e organizzare autonomamente le proprie condizioni abitative.

⁵ Le istituzioni destinate alla cura medica non sono considerate istituti.

8005
1/15 Per «istituto» si intende qualsiasi forma abitativa collettiva che serve all'assistenza e/o alle cure generali, ma non alle cure mediche. Pertanto, tra i soggiorni in un istituto rientrano anche, fra l'altro, i soggiorni di persone disabili in reparti di lunga degenza di cliniche o di case per anziani o di cura. Non sono per contro considerati soggiorni in un istituto i soggiorni ospedalieri finalizzati alle cure mediche; per

¹ RS 831.26

simili soggiorni non vi è alcun diritto a un AGI (v. art. 67 cpv. 2 LPG, N. 8109 segg.).

8005.1
1/18 In ogni singolo caso va verificato se la comunità adempie le condizioni richieste per essere equiparata ad un istituto o non è invece piuttosto assimilabile alla permanenza a casa.

Il concetto di «istituto», definito all'articolo 35^{ter} OAI, non si basa principalmente sul finanziamento. Non è determinante nemmeno la presenza su un'apposita lista della Confederazione o di un Cantone. Ciononostante, un'istituzione è considerata un istituto se è riconosciuta da un Cantone giusta l'articolo 4 LIPIn. Per la definizione di «istituto» nell'ambito dell'AGI dell'AVS si veda il N. 8118.3.

8005.2
1/15 Una *comunità abitativa è equiparabile a un istituto* se agisce sotto la responsabilità di un soggetto giuridico, è gestita da una direzione, si avvale eventualmente di personale dipendente e non si limita ad affittare spazi abitativi ai residenti, ma offre un ventaglio di prestazioni a pagamento come vitto, consulenza, assistenza, cure, occupazione o integrazione. Servizi, cioè, che per tipo e dimensioni non sono abitualmente disponibili nelle abitazioni private o la cui organizzazione sarebbe comunque a carico dell'interessato.

Anche un ambiente spiccatamente familiare, il rispetto della privacy dei residenti e la massima autonomia possibile all'interno e all'esterno non ostano a che una comunità di questo tipo vada considerata un istituto a tutti gli effetti. Ciò che conta è che venga fornita la gamma dei servizi abitualmente non garantiti (durevolmente) nelle case private e nelle comunità d'abitazione.

Sulla base di quanto precede si parla d'istituto se:

- l'assicurato non è responsabile dell'esercizio; ciò avviene quando un soggetto giuridico mette a disposizione l'abitazione e si assume la responsabilità di gestire la comunità abitativa. In tal caso si è in presenza di un'organizzazione predefinita e non di un'auto-organizzazione. Si tratta ad esempio del caso in cui la struttura ha una direzione o impiegati che non sono diretti dai residenti;

- l'assicurato non è libero di decidere a quali prestazioni d'aiuto ricorrere, in quale forma, quando e presso quale fornitore, ma dipende da altre persone o da un'organizzazione per prendere queste e altre decisioni quotidiane (pasti, attività nel tempo libero, occupazioni). In un istituto lo svolgimento della giornata è in gran parte stabilito: orari fissi per i pasti, discussione di diversi punti e prestazioni di cura (aiuto per lavarsi, andare a letto ecc.).
- L'assicurato non può organizzare liberamente lo svolgimento della giornata e può influirvi solo in modo limitato. Anche le istituzioni che non offrono prestazioni di assistenza durante il giorno o le forme di alloggio in cui i residenti lavorano durante il giorno possono essere equiparate a istituti, se l'assicurato non è responsabile dello svolgimento delle attività del mattino e della sera né eventualmente di quelle del fine settimana;
- l'assicurato deve versare un importo forfettario per prestazioni di cura o assistenza; la maggior parte degli istituti riscuote una tariffa giornaliera. Istituzioni simili a istituti (comunità abitative esterne, alloggio con presa a carico) non prevedono una tariffa giornaliera, bensì un importo forfettario per l'offerta di base delle prestazioni di assistenza. Le ore di aiuto necessarie o le ore che superano quelle prescritte possono essere fatturate separatamente, ma anche in questo caso si è in presenza di un indennizzo forfettario.

8005.3
1/15 Le *comunità non equiparabili agli istituti* si contraddistinguono per l'auto-organizzazione e per il fatto di operare sotto la propria responsabilità. Se l'abitazione viene messa a disposizione da un'istituzione che si assume la responsabilità di gestire la comunità, non si può parlare di auto-organizzazione. In questo caso non si può più parlare di un gruppo autonomo e indipendente che decide in proprio su tutte le questioni riguardanti la vita in comune e sceglie in piena autonomia come e da chi farsi assistere.

Non si è in presenza di un istituto se:

- l'assicurato può acquistare autonomamente il pacchetto di servizi di cui necessita in termini di cure e assistenza

(cure di base e trattamenti). Si tratta ad esempio del caso in cui l'assicurato provvede direttamente ad assumere e licenziare il personale che fornisce assistenza o può concludere e disdire un contratto per le cure con un'organizzazione o scegliere tra diversi fornitori di prestazioni (organizzazioni, privati) e determinare quali prestazioni desidera acquistare o meno;

- l'autonomia e la responsabilità individuale dei residenti invalidi sono garantite per quanto possibile. I residenti decidono in proprio su tutti gli aspetti dell'organizzazione, della gestione e della comunità abitativa. Scelgono quindi in piena autonomia quando e da chi debbano essere fornite le prestazioni e il modo in cui le cure e l'assistenza vadano strutturate. Scelgono anche le persone che subentrano a quelle che partono e quindi decidono con chi dividere l'abitazione e chi si occupa della sua pulizia ecc.;
- l'assicurato può scegliere e modificare autonomamente le proprie condizioni abitative (affitto o acquisto dell'abitazione, eventuale scelta di persone con cui dividere l'abitazione). La possibilità di arredare la propria abitazione non è di per sé sufficiente per non equiparare una forma di alloggio collettivo a un istituto.

8005.4
1/15 Le comunità abitative esterne sono equiparate a un istituto se sono gestite dalla casa madre. Anche se non fatturano le prestazioni di cura mediante forfait ma in funzione dei bisogni effettivi, non possono essere considerate comunità autonome e indipendenti che decidono in proprio su tutte le questioni riguardanti la vita in comune e stabiliscono in piena autonomia la loro assistenza e tutti i relativi aspetti. È inoltre irrilevante se siano ubicate nelle immediate vicinanze dell'istituto o meno.

8005.5
1/15 Il collocamento in una famiglia d'accoglienza non è equiparato a un soggiorno in un istituto. Le comunità (ispirate alla pedagogia curativa), equiparate a un istituto per via della loro struttura, organizzazione e infrastruttura, non sono considerate famiglie d'accoglienza.

8006 1/18	In caso di soggiorno in un istituto al fine di eseguire provvedimenti d'integrazione, cessa il diritto a un AGI (v. N. 8098 e 8101 segg., eccezione N. 8102).
8007 1/18	soppresso

2. Grande invalidità – Definizione e gradi

2.1 Definizione

Art. 9 LPGA

È considerato grande invalido colui che, a causa di un danno alla salute, ha bisogno in modo permanente dell'aiuto di terzi o di una sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita.

Articolo 42 capoverso 3 primo periodo LAI

È considerato grande invalido anche chi a causa di un danno alla salute vive a casa e necessita in modo permanente di essere accompagnato nell'organizzazione della realtà quotidiana. ...

Articolo 42^{bis} capoverso 5 LAI

I minorenni non hanno diritto a un assegno per grandi invalidi se necessitano soltanto di essere accompagnati nell'organizzazione della realtà quotidiana.

2.2 Grande invalidità – tre gradi

2.2.1 Grande invalidità di grado elevato

Articolo 37 capoverso 1 OAI

La grande invalidità è reputata di grado elevato se l'assicurato è totalmente grande invalido. Questo è il caso quando necessita dell'aiuto regolare e notevole di terzi per compiere gli atti ordinari della vita e il suo stato richiede inoltre cure permanenti o una sorveglianza personale.

- 8008 La grande invalidità di grado elevato è possibile anche nel caso descritto al N. 8056.

2.2.2 Grande invalidità di grado medio

Articolo 37 capoverso 2 OAI

La grande invalidità è di grado medio se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari, necessita:

- a. di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere la maggior parte degli atti ordinari della vita;*
- b. di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita e abbisogna, inoltre, di una sorveglianza personale permanente; o*
- c. di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita e abbisogna, inoltre, di un accompagnamento permanente nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'articolo 38.*

- 8009 Secondo la prassi, un assicurato è grande invalido di grado medio ai sensi della lettera a, quando malgrado i mezzi ausiliari necessita di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere almeno quattro atti ordinari della vita (v. N. 8010).

- 8009.1
1/18 Le varianti elencate all'articolo 37 OAI per i singoli gradi di grande invalidità sono esaustive. Altre combinazioni con la necessità di cure impegnative, di sorveglianza, di un accompagnamento costante nell'organizzazione della realtà quotidiana e/o con casi particolari non generano il diritto a prestazioni maggiori. Ciò significa che se una persona con una grande invalidità di grado lieve necessita di cure impegnative e di sorveglianza o di un accompagnamento costante nell'organizzazione della realtà quotidiana, questo non dà diritto a prestazioni per una grande invalidità di grado medio (eccezione: v. N. 8052.1).

2.2.3 Grande invalidità di grado lieve

Articolo 37 capoverso 3 OAI

La grande invalidità è di grado lieve se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari:

- a. è costretto a ricorrere in modo regolare e considerevole, all'aiuto di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita;*
- b. necessita di una sorveglianza personale permanente;*
- c. necessita, in modo durevole, di cure particolarmente impegnative, richieste dalla sua infermità;*
- d. a causa di un grave danno agli organi sensoriali o di una grave infermità fisica, può mantenere i contatti sociali con l'ambiente solamente grazie a servizi di terzi forniti in modo regolare e considerevole; oppure*
- e. è costretto a ricorrere a un accompagnamento costante nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'articolo 38.*

3. Grande invalidità – singoli aspetti

3.1 Atti ordinari della vita

3.1.1 In generale

- 8010 7/20 Gli atti ordinari della vita determinanti riguardano sei ambiti:
- vestirsi, svestirsi (anche mettersi e togliersi un eventuale mezzo ausiliario, se questo non ha scopi di cura o terapia);
 - alzarsi, sedersi, sdraiarsi (anche andare a letto e alzarsi dal letto);
 - mangiare (portare il pasto a letto, sminuzzarlo, portarlo alla bocca, ridurlo in purè, alimentazione tramite sonda);
 - pulizia personale (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);
 - spostarsi (nell'abitazione, all'aperto, intrattenere rapporti sociali).

- 8011 Se un atto ordinario comprende diverse funzioni parziali, per la grande invalidità non è richiesto che l'assicurato abbia bisogno dell'aiuto di altre persone per tutte oppure per la maggior parte di esse, è sufficiente che necessiti, in modo regolare e notevole, dell'aiuto di terzi per una sola delle funzioni parziali (DTF 117 V 146 consid. 2; per l'aiuto regolare e notevole, v. N. 8025 seg.)
- 8012 Non sono considerate atti ordinari della vita le attività connesse all'esercizio della professione, all'adempimento di mansioni ad essa equiparabili (economia domestica, studio, comunità religiosa), all'integrazione professionale (p. es. aiuto a recarsi al lavoro). Gli impedimenti in questi ambiti sono presi in considerazione nel calcolo dell'invalidità in caso di rendita.
- 8013 Il compimento difficoltoso o rallentato degli atti ordinari della vita non giustifica per principio la grande invalidità (9C_633/2012).

3.1.2 Vestirsi, svestirsi

(anche mettersi e togliersi un eventuale mezzo ausiliario, se questo non ha scopi di cura o terapia)

- 8014 La grande invalidità è data se l'assicurato non è in grado di mettersi e togliersi da solo un capo d'abbigliamento indispensabile, un mezzo ausiliario o le calze sanitarie. La grande invalidità è data anche quando l'assicurato riesce a vestirsi da solo, ma a causa di problemi cognitivi non è in grado di vestirsi adeguatamente rispetto alle condizioni climatiche o di indossare gli abiti per il verso giusto.
- 8014.1 I mezzi ausiliari che servono al trattamento medico (ad es. calze di sostegno, stecche per la notte ecc.) non rientrano in questo atto e vanno presi in considerazione nell'ambito delle cure. Per vestirsi e svestirsi si possono considerare soltanto i mezzi ausiliari che servono a mantenere lo svolgimento di un atto ordinario della vita (ad es. ortesi o protesi per camminare). Se nonostante l'impiego di mezzi ausiliari l'assicurato non riesce a svolgere autonomamente

atti ordinari della vita (p. es. funzione esclusivamente cosmetica o di prevenzione delle contratture) o se egli non ha ancora raggiunto l'età necessaria per tali atti, il relativo bisogno d'aiuto deve essere considerato nell'ambito delle cure.

Esempio:

Un bambino di sei mesi ha bisogno di un'ortesi affinché le gambe mantengano una posizione corretta. L'ortesi non serve (ancora) a camminare, dato che l'aiuto in funzione dell'età necessario per camminare da solo può essere preso in considerazione solo a partire dai 15 mesi di età. Il bisogno d'aiuto per mettere e togliere l'ortesi deve essere considerato nell'ambito delle cure.

3.1.3 Alzarsi, sedersi, sdraiarsi

(compresi l'andare a letto e l'alzarsi dal letto)

- 8015
1/18 La grande invalidità è data se l'assicurato non è in grado di alzarsi, sedersi o sdraiarsi senza l'aiuto di terzi. Se tuttavia l'assicurato è in grado di eseguire da solo gli spostamenti, non vi è grande invalidità. Nell'accertamento i diversi luoghi (ad es. a casa, al lavoro, altrove fuori casa) vanno valutati separatamente (9C_839/2009).
- 8016
7/20 L'aiuto di terzi per alzarsi da una posizione seduta bassa (non indispensabile all'assicurato) o dal pavimento oppure per salire in automobile non è notevole né quotidiano. Di conseguenza non si tratta di una grande invalidità regolare e notevole (RCC 1987 pag. 263). Se invece l'assicurato non è in grado di mettersi sdraiato a letto, è considerato grande invalido in questo atto ordinario della vita.
- 8016.1
7/20 Le esortazioni verbali a sedersi o alzarsi, sdraiarsi a letto o alzarsi dal letto non sono considerate un aiuto notevole. Affinché sia riconosciuto un tale aiuto, l'azione deve essere accompagnata attivamente, fornendo un appoggio all'assicurato o sollevandolo.

8016.2
7/20 I rituali per addormentarsi non determinano una grande invalidità e non possono essere riconosciuti per l'atto ordinario della vita «Alzarsi, sedersi, sdraiarsi», tranne se questi sono dovuti a una necessità medica e superano la misura normale.

8017 Il fatto che per alzarsi di notte sia indispensabile la sola presenza di terzi è importante per la sorveglianza personale (N. 8035 segg.), ma non per la funzione parziale «alzarsi» (RCC 1987 pag. 263).

3.1.4 Mangiare

8018
7/20 Si è in presenza di una grande invalidità quando un assicurato è in grado di mangiare da solo, ma può farlo solo in modo difforme dall'usuale (DTF 106 V 158; p. es. quando non è in grado di sminuzzare i cibi o li può mangiare solo sotto forma di purè o portarli alla bocca solo con le dita, DTF 121 V 88). Se l'assicurato ha bisogno dell'aiuto di terzi solo per cibi duri, non sussiste una grande invalidità, poiché questo genere di alimenti non viene consumato ogni giorno e dunque l'assicurato non necessita regolarmente e in misura indispensabile dell'aiuto di terzi (8C_30/2010). Si è invece in presenza di una grande invalidità se l'assicurato non può utilizzare in alcun modo il coltello (e non può dunque neanche imburrare fette di pane, 9C-346/2011). L'alimentazione dietetica (p. es. per diabetici e celiaci) non determina una grande invalidità.

8018.1
1/18 In caso di mancanza di un braccio si è in presenza di una grande invalidità. Questo vale anche in caso di incapacità funzionale del medesimo (paralisi del braccio), a condizione che il braccio paralizzato non possa essere impiegato nemmeno come sostegno (p. es. per tenere fermo un piatto con la mano).

8019
3/16 La necessità di essere accompagnati al e dal tavolo o di aiuto nel sedersi o nell'alzarsi è irrilevante perché già presa in considerazione nei corrispondenti atti ordinari della vita (alzarsi, sedersi, sdraiarsi o spostarsi) (9C_346/2010). Si

tratta invece di grande invalidità quando a causa dello stato di salute – considerato oggettivamente – è necessario portare uno dei tre pasti principali a letto (9C_346/2010).

3.1.5 Pulizia personale

8020
1/18 L'assicurato è considerato grande invalido se non è in grado di compiere da solo un atto ordinario della vita indispensabile quotidianamente per la pulizia personale (lavarsi, pettinarsi, radersi, fare il bagno e la doccia). Non è data grande invalidità, se l'assicurato ha bisogno d'aiuto per acconciare i capelli o pitturarsi le unghie (sentenza del TF 9C_562/2016 del 13 gennaio 2017).

3.1.6 Espletare i bisogni corporali

8021
7/20 L'assicurato è considerato grande invalido se necessita dell'aiuto di terzi per pulirsi, per verificare la pulizia, per risistemare i vestiti o per sedersi sul gabinetto e rialzarsi e per esservi accompagnato (DTF 121 V 88 consid. 6). Vi è grande invalidità anche quando i bisogni vengono espletati in maniera inusuale (p. es. portare il vaso fino al letto e andare a svuotarlo, tendere il pappagallo, aiuto regolare nell'urinare ecc.; Pratique VSI 1996 pag. 182; v. N. 8027). In presenza di un catetere permanente, una stomia o una cistostomia (sacca da giorno e da notte) il bisogno in questo ambito è riconosciuto solo se l'assicurato non è in grado di svuotare o cambiare la sacca da solo. Se per svuotare la vescica l'assicurato deve introdurre un catetere, ciò costituisce una maniera inusuale di espletare i bisogni corporali ed è dunque riconosciuta la grande invalidità nello svolgimento di questo atto ordinario della vita, sebbene manchi la necessità di un effettivo aiuto da parte di terzi (sentenza del TF 8C_674/2007 del 6 marzo 2008). Non è invece riconosciuta una grande invalidità se l'assicurato deve rimuovere manualmente le feci dal retto. Questo atto non lede neppure la dignità umana (sentenza del TF 9C_604/2013 del 6 dicembre 2013).

- 8021.1
1/15 Il fatto che l'assicurato non possa chiudere la porta del bagno mentre lo utilizza non costituisce una delle funzioni parziali dell'atto ordinario della vita «Espletare i bisogni corporali» (9C_633/2012, consid. 4.2.2), perlomeno non nella sfera privata. Non vi è grande invalidità se l'assicurato non ha bisogno di un aiuto regolare e, nel suo insieme, può ancora svolgere l'atto di espletare i bisogni corporali in modo conforme alla dignità umana (9C_604/2013).

3.1.7 Spostarsi (in casa o al di fuori di essa), intrattenere contatti sociali

- 8022 L'assicurato è considerato grande invalido se, pur munito di mezzi ausiliari, non è più in grado di spostarsi da solo in casa o al di fuori di essa e di intrattenere contatti sociali.
- 8023 Per contatti sociali si intendono le relazioni interpersonali caratteristiche della vita quotidiana (p. es. leggere, scrivere, frequentare concerti, manifestazioni politiche o religiose ecc., RCC 1982 pagg. 119 e 126).
- 8024 La necessità dell'aiuto nei contatti sociali allo scopo di prevenire l'isolamento permanente (in particolare per le persone psichicamente disabili) va considerata unicamente sotto la voce «accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana» (N. 8040 segg.), ma non nell'ambito della funzione parziale «intrattenere contatti sociali» (N. 8048).

3.2 Aiuto di terzi

3.2.1 Aiuto regolare e notevole

- 8025
1/18 L'aiuto è considerato *regolare* se l'assicurato lo necessita o potrebbe necessitare quotidianamente (sentenza del TF 9C_562/2016 del 13 gennaio 2017). Ciò accade per esempio se egli è soggetto ad attacchi che possono manifestarsi soltanto ogni due o tre giorni, ma improvvisamente e spesso anche ogni giorno o più volte al giorno (RCC 1986 pag. 510).

- 8026
3/16 L'aiuto è considerato *notevole* quando almeno una funzione parziale di un atto ordinario della vita (p. es. «lavarsi» quale parte della «pulizia personale» [DTF 107 V 136]):
- non può più essere compiuta dall'assicurato, oppure può essere compiuta soltanto con uno sforzo non esigibile ragionevolmente o in modo difforme dall'usuale (DTF 106 V 153) oppure non sarebbe compiuta spontaneamente a causa dello stato psichico;
 - non può essere compiuta dall'assicurato nemmeno con l'aiuto di terzi perché per lui è priva di senso (p. es. intrattenere contatti sociali è impossibile a causa di gravi lesioni cerebrali che costringono a una vita totalmente vegetativa a letto) [DTF 117 V 146]).
- 8026.1
7/20 Non sono considerati un aiuto notevole i solleciti e le indicazioni verbali pronunciati affinché l'assicurato compia da solo l'atto ordinario della vita. Questi non raggiungono il grado d'intensità di un aiuto indiretto notevole (v. N. 8029.1).
- 8027
3/16 Le funzioni parziali di un atto ordinario della vita per le quali a volte è necessario l'aiuto di terzi in diversi atti ordinari della vita vanno prese in considerazione una volta sola (9C_839/2009). La giurisprudenza prevede un'eccezione per l'atto di espletare i bisogni corporali, in quanto considera funzioni parziali di questo atto ordinario anche la sistemazione dei vestiti (DTF 121 V 88), l'accompagnamento al WC e l'aiuto a sedersi e ad alzarsi dal gabinetto (H 150/03)

3.2.2 Aiuto diretto e indiretto

- 8028 *L'aiuto diretto* di terzi significa che l'assicurato non è in grado, o lo è solo parzialmente, di compiere da solo gli atti ordinari della vita.
- 8029
3/16 *L'aiuto indiretto* di terzi significa che la persona è in grado, sul piano funzionale, di compiere gli atti ordinari della vita ma non li eseguirebbe, o li eseguirebbe solo parzialmente

o in orari inadeguati, se fosse lasciata sola (DTF 133 V 450).

- 8029.1
7/20 Per poter essere riconosciuto, l'aiuto indiretto deve raggiungere una certa intensità; una semplice ingiunzione o indicazione non è sufficiente (v. N. 8026.1). Non basta ad esempio dover ricordare più volte all'assicurato di andare a fare la doccia. Occorre almeno sorvegliare lo svolgimento dell'azione e, se del caso, poter intervenire.
- 8030 Questa forma di aiuto che riguarda principalmente gli invalidi psichici e mentali presuppone la presenza regolare di una terza persona che sorvegli personalmente l'assicurato nelle attività quotidiane in questione, lo solleciti ad agire, gli impedisca di compiere azioni dannose e all'occorrenza l'aiuti. Tale forma di aiuto deve tuttavia essere distinta dall'aiuto nell'affrontare le attività quotidiane (accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana, N. 8040 segg.).
- 8031
3/16 L'aiuto indiretto di terzi può essere però necessario anche agli invalidi fisici, ad esempio se un assicurato deve essere sorvegliato personalmente, e non solo in generale, negli atti ordinari della vita pur essendo in grado, sul piano funzionale, di compierli autonomamente (p. es. per il rischio di soffocamento nel mangiare, di annegamento nel fare il bagno, di caduta nel fare la doccia o nello spostarsi; I 402/03).

3.3 Cure permanenti (prestazioni mediche e assistenziali)

- 8032
1/17 Le cure non sono destinate allo svolgimento degli atti ordinari della vita, bensì comprendono prestazioni mediche o assistenziali necessarie e prescritte dal medico a causa dello stato di salute fisica o psichica dell'assicurato. Le cure permanenti o le prestazioni mediche e assistenziali includono ad es. la somministrazione giornaliera di medicinali o l'applicazione di bende (DTF 107 V 136). Non

conta invece come cure l'accompagnamento dal medico o alla terapia.

8033 La prestazione deve essere fornita per un lungo periodo e non solo transitoriamente, come ad esempio in caso di malattia intercorrente.

8033.1 Il semplice fatto di dover preparare i medicinali (apposito
7/20 contenitore) non basta per il riconoscimento di un bisogno di aiuto nell'ambito delle cure permanenti. Il bisogno di aiuto va riconosciuto solo quando l'assicurato necessita di aiuto, diretto o indiretto, per l'assunzione di medicinali (dare indicazioni in merito e/o sorvegliare costantemente che li prenda).

8034
1/18 soppresso

3.4 Sorveglianza personale permanente

8035 Il concetto di sorveglianza personale permanente non si
1/18 riferisce allo svolgimento degli atti ordinari della vita. Le prestazioni di cui si è già tenuto conto come aiuto diretto o indiretto in un ambito degli atti ordinari della vita non possono essere prese in considerazione ancora una volta per valutare la necessità della sorveglianza. Questo concetto va invece inteso come una prestazione necessaria a causa dello stato di salute fisico, psichico e/o mentale dell'assicurato. Ad esempio, è necessaria una sorveglianza personale permanente se, per assenze mentali, un assicurato non può essere lasciato solo durante tutta la giornata (RCC 1986 pag. 512 consid. 1a con rinvii) o se l'assicurato deve avere vicino, con brevi interruzioni, un terzo perché non può essere lasciato solo (RCC 1989 pag. 190 consid. 3b, 1980 pag. 66 consid. 4b; v. N. 8020). Per essere rilevante per il diritto alla prestazione la sorveglianza personale deve presentare un certo grado d'intensità. Non è sufficiente che l'assicurato soggiorni in un'istituzione specializzata e sia soggetto alla sorveglianza generale di quest'ul-

tima. Si deve valutare in modo obiettivo, secondo le condizioni di salute dell'assicurato, se sia necessario un aiuto permanente o una sorveglianza personale (9C_608/2007). È di regola irrilevante l'ambiente in cui soggiorna l'assicurato. Nella valutazione della grande invalidità non si deve fare alcuna differenza a seconda che l'assicurato viva nella sua famiglia, in un alloggio privato o in una casa di cura.

Si può ritenere che vi sia necessità di sorveglianza quando l'assicurato, con ogni probabilità, nuocerebbe a sé stesso o a terzi se non fosse sorvegliato.

- 8035.1
7/20 Per cadute e il conseguente bisogno di aiuto per rialzarsi può essere riconosciuto solo un bisogno di sorveglianza d'ordine generale, che non può essere equiparato a una sorveglianza personale permanente (sentenza del TF 9C_567/2019 del 23 dicembre 2019).
- 8036 La sorveglianza deve essere inoltre di lunga durata e non "transitoria", come ad esempio in caso di malattia intercorrente.
- 8037
3/16 Nella grande invalidità di grado elevato occorre attribuire solo un'importanza minima alla sorveglianza personale permanente perché in questi casi si presume che l'assicurato necessiti nel contempo regolarmente dell'aiuto di terzi in tutti gli atti ordinari della vita (DTF 106 V 153). Maggiore peso va invece attribuito alla sorveglianza personale per la grande invalidità di grado medio e lieve perché nel primo caso l'aiuto di terzi negli atti ordinari della vita è necessario in misura molto minore (art. 37 cpv. 2 lett. b OAI), nel secondo è superfluo (art. 37 cpv. 3 lett. b OAI; DTF 107 V 145).
- 8038 Di regola non vi è necessità di sorveglianza personale laddove vi è una sorveglianza eseguita soltanto a titolo collettivo, come ad esempio nelle case per invalidi, nelle case per anziani e nelle case di cura (RCC 1986 pag. 510; 1970 pag. 297).

8039 soppresso
1/18 .

3.5 Accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana

3.5.1 In generale

Articolo 37 capoverso 3 lettera e OAI

La grande invalidità è di grado lieve se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari è costretto a ricorrere a un accompagnamento costante nell'organizzazione della realtà quotidiana.

Articolo 38 capoversi 1 e 2 OAI

¹Esiste un bisogno di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'articolo 42 capoverso 2 LAI quando un assicurato maggiorenne non vive in un'istituzione e a causa di un danno alla salute:

- a. non può vivere autonomamente senza l'accompagnamento di una terza persona;*
- b. non può compiere le attività della vita quotidiana e intrattenere contatti fuori casa senza l'accompagnamento di una terza persona; oppure*
- c. rischia seriamente l'isolamento permanente dal mondo esterno.*

²Chi soffre unicamente di un danno alla salute psichica deve avere diritto almeno a un quarto di rendita per essere riconosciuto grande invalido.

8040 L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana non comprende né l'aiuto (diretto o indiretto) di terzi per compiere i sei atti ordinari della vita né le cure né la sorveglianza. Esso costituisce piuttosto un elemento di aiuto supplementare e autonomo (DTF 133 V 450). L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana ha lo scopo di impedire che una persona cada in uno stato di grave abbandono e/o debba essere ricoverata in un istituto o in una clinica (per le nozioni, v. N. 8005 segg. e

8109). Le prestazioni di aiuto da prendere in considerazione devono perseguire quest'obiettivo.

Con ciò si intendono i requisiti minimi, necessari a vivere autonomamente e a impedire un ricovero in istituto. L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana è necessario quando, nel rispetto dell'obbligo di collaborare e dell'obbligo di ridurre il danno, un assicurato non è in grado di compiere atti ordinari della vita come mangiare, provvedere alla cura del proprio corpo, vestirsi in modo adeguato, eseguire una minima pulizia dell'abitazione ecc. L'incapacità di provvedere a queste attività di base renderebbe necessario il ricovero in un istituto.

L'aiuto fornito deve essere l'elemento che permette all'assicurato di vivere autonomamente a casa. Il fatto che svolga alcuni compiti più lentamente o con difficoltà oppure solo in determinati momenti non significa che in mancanza di aiuto per questi compiti dovrebbe essere ricoverato in un istituto o in una clinica; questo aiuto non va dunque considerato. Una persona che per diversi anni è stata aiutata in misura considerevole dal partner o da un familiare (madre, fratelli ecc.) per i lavori domestici (p. es. per pulire, lavare e preparare i pasti) non soddisfa necessariamente le condizioni di diritto per beneficiare di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana nel momento in cui tale sostegno viene a mancare (sentenza del TF 9C_346/2013 del 22 gennaio 2014).

- 8040.1
1/14 Un assicurato che ha permanentemente bisogno di essere accompagnato nell'organizzazione della realtà quotidiana è considerato grande invalido di grado lieve se sono soddisfatte le seguenti condizioni:
- 8041 – L'assicurato ha *compiuto il 18° anno d'età*. Il diritto a un AGI in seguito alla necessità dell'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana può quindi nascere al più presto il primo giorno del mese successivo al compimento del 18° anno d'età.

- 8042 3/16 – L'assicurato *soffre di un danno alla salute*. Il diritto non è limitato alle persone che soffrono di un danno alla salute psichica o mentale. È senz'altro ipotizzabile che anche altri disabili possano far valere un bisogno di essere accompagnati nell'organizzazione della realtà quotidiana (DTF 133 V 450; I 661/05; 9C_28/2008).
- 8043 – L'assicurato *non vive in un istituto* (N. 8005 segg. e 8007).
- 8044 – È dato uno dei *tre casi d'applicazione possibili* (N. 8049 segg.).
- 8045 – L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana è necessario in modo *regolare e durevole* (N. 8053 e 8095 segg.).
- 8046 – Se l'assicurato soffre esclusivamente di un danno alla salute psichica, egli deve avere *diritto ad almeno un quarto di rendita* (ossia un grado d'invalidità di almeno il 40 %); in questo caso, il diritto a un AGI in seguito alla necessità dell'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana può quindi nascere soltanto con l'inizio del diritto a un quarto di rendita.
- 8047 Non è necessario che l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana sia fornito da personale d'assistenza professionalmente qualificato o appositamente formato.
- 8047.1 1/14 soppresso
- 8047.2 1/14 soppresso
- 8047.3 7/20 Inoltre è irrilevante che l'assicurato faccia o meno effettivamente ricorso all'accompagnamento nella realtà quotidiana.

8048
3/16 Se oltre all'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana è necessario anche aiuto in una funzione parziale di un atto ordinario della vita (p. es. aiuto nell'intrattenere contatti sociali), la medesima prestazione d'aiuto può essere considerata una sola volta: o come aiuto nella funzione parziale di un atto ordinario della vita o come accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana (N. 8024; 9C_691/2014).

3.5.2 Casi d'applicazione

Articolo 38 capoverso 3 primo periodo OAI
È considerato unicamente l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana ... necessario in relazione con le situazioni menzionate nel capoverso 1.

8049 La necessità di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi della legge è data se l'assicurato:

- non può vivere autonomamente senza l'accompagnamento di una terza persona oppure
- non può compiere le attività della vita quotidiana e intrattenere contatti fuori casa senza l'accompagnamento di una terza persona oppure
- rischia seriamente l'isolamento permanente dal mondo esterno.

Questo elenco è esaustivo.

3.5.2.1 Accompagnamento finalizzato a rendere possibile una vita autonoma

8050
1/18 L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana è necessario affinché le attività quotidiane possano essere svolte in maniera autonoma. Tale accompagnamento è dato se la situazione della persona in questione è caratterizzata da almeno uno dei seguenti bisogni:

- aiuto nella strutturazione della giornata;

- sostegno nell'affrontare situazioni della realtà quotidiana (p. es. questioni legate alla salute, all'alimentazione e all'igiene, semplici attività amministrative ecc.);
- conduzione della propria economia domestica.

L'aiuto nella strutturazione della giornata comprende per esempio l'esortazione ad alzarsi, l'aiuto nel stabilire e rispettare orari fissi per i pasti, nel rispettare un ritmo giorno/notte, nel dedicarsi a un'attività ecc. Anche il sostegno nell'affrontare situazioni della realtà quotidiana comprende aspetti quali l'esortare o l'impartire istruzioni ecc. Nell'ambito dell'igiene si deve per esempio ricordare all'assicurato di fare la doccia. Se però egli necessita di aiuto diretto per lavarsi, allora questa prestazione va considerata come atto ordinario della vita sotto la categoria «pulizia personale» e non come accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana.

Nella conduzione dell'economia domestica rientrano compiti quali pulire e riordinare, fare il bucato e preparare i pasti. Le prestazioni di aiuto necessarie vanno però considerate nell'ottica di impedire che l'assicurato cada in uno stato di abbandono. Occorre quindi sempre valutare se, in mancanza dell'aiuto per questi compiti, l'assicurato dovrebbe essere ricoverato in un istituto o in una clinica (v. N. 8040). Se ad esempio non può stirare, questo non significa che debba andare in un istituto o in una clinica. In tal caso, dunque, le prestazioni di aiuto non possono essere riconosciute come accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana.

8050.1 soppresso
1/18

8050.2 Per accompagnamento nell'organizzazione della realtà
1/15 quotidiana giusta l'articolo 38 capoverso 1 lettera a OAI si
 possono intendere sia l'aiuto indiretto che quello diretto da
 parte di terzi. Di conseguenza, l'accompagnatore può svol-
 gere anche da solo le attività necessarie, se l'assicurato

non ne è in grado per motivi di salute nonostante le istruzioni impartite, la sorveglianza o il controllo (DTF 133 V 450, I 661/05).

8050.3
1/18 L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana spetta solo agli assicurati che, per motivi di salute, possono abitare per conto proprio solo con l'assistenza di una terza persona (sentenza del TF 9C_28/2008 del 21 luglio 2008).

La somma di tutte le prestazioni di aiuto necessarie, tenuto conto dell'obbligo di ridurre il danno, deve far sì che, in mancanza dell'aiuto di terzi, l'assicurato sarebbe costretto ad andare a vivere in un istituto (v. N. 8040).

Per quanto concerne l'obbligo di ridurre il danno, occorre per esempio vagliare la possibilità di ricorrere a corsi o a terapie per imparare a utilizzare mezzi ausiliari adeguati per svolgere le faccende domestiche (sentenza del TF 9C_410/2009 del 1° aprile 2010). Va prestata particolare attenzione all'aiuto dei familiari (v. anche N. 8085), soprattutto per quanto riguarda i lavori domestici. Al riguardo, ci si deve chiedere come si organizzerebbe una comunità familiare se non potesse contare su alcuna prestazione assicurativa (DTF 133 V 504, I 228/06). Questo aiuto va oltre il sostegno che ci si può aspettare nel caso in cui l'assicurato non presenti alcun danno alla salute. Se l'assicurato vive nella stessa economia domestica con suoi familiari, si può esigere che questi ultimi forniscano il proprio aiuto per i lavori domestici. Si può esigere un aiuto nell'economia domestica anche da parte dei figli, in funzione della loro età.

3.5.2.2 Accompagnamento per compiere attività della vita quotidiana fuori casa

8051
1/18 L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana è necessario affinché l'assicurato sia in grado di uscire di casa per compiere determinate attività della vita quotidiana e intrattenere contatti (fare gli acquisti, attività del tempo libero, contatti con uffici amministrativi o personale medico, recarsi dal parrucchiere ecc.; sentenza del TF

9C_28/2008 del 21 luglio 2008). In caso di limitazioni prettamente o prevalentemente funzionali, l'aiuto va attribuito all'atto di spostarsi.

3.5.2.3 Accompagnamento destinato a evitare un isolamento permanente

- 8052
1/18 L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana è necessario per evitare il rischio che l'assicurato sia permanentemente isolato dal mondo esterno e che ciò implichi un considerevole peggioramento del suo stato di salute. Il rischio puramente ipotetico di un isolamento dal mondo esterno non è sufficiente; l'isolamento e il conseguente peggioramento dello stato di salute devono piuttosto già essersi manifestati nell'assicurato (sentenza del TF 9C_543/2007 del 28 aprile 2008). Il necessario accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana consiste in colloqui di consulenza e nell'incitamento a stringere contatti (p. es. portare l'assicurato a manifestazioni).
- 8052.1
1/14 Se, nell'ambito del caso speciale giusta l'articolo 37 capo verso 3 lettera d OAI, è concesso un AGI di grado lieve, non si può riconoscere un accompagnamento per evitare l'isolamento durevole (per analogia al N. 8048). Tuttavia, un eventuale accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana per permettere all'assicurato di vivere a casa è possibile e, se del caso, deve essere esaminato (I 317/06).
- 8052.2
1/14 Non vi è isolamento se l'assicurato vive con un partner, la vora (anche in un laboratorio) o è accolto in una struttura diurna.

3.5.3 Accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana

Articolo 38 capoverso 3 primo periodo OAI

È considerato unicamente l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana che è regolare...

- 8053
3/16 L'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana è considerato *regolare* se, sull'arco di tre mesi, è necessario in media per almeno due ore alla settimana (DTF 133 V 450).

3.5.4 Distinzione tra accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana e misure di curatela

- 8054
1/14 Non è considerato accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana l'aiuto prestato nell'ambito del mandato precauzionale o da un curatore nel quadro dei suoi obblighi in materia di diritto di protezione degli adulti (cura della persona, interessi patrimoniali, relazioni giuridiche). Per tale aiuto, che deve essere menzionato nell'elenco degli obblighi del curatore, va versata un'indennità.
- 8054.1
1/14 Se l'aiuto viene prestato gratuitamente dai genitori nell'ambito di un mandato precauzionale, può essere considerato per l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana.

3.5.5 Forma mista: grande invalidità nello svolgimento degli atti ordinari della vita e necessità di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana

Articolo 37 capoverso 2 lettera c OAI

La grande invalidità è di grado medio se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari, necessita:

c. di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita e abbisogna, inoltre, di un accompagnamento permanente nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'articolo 38.

8055 Sono ipotizzabili situazioni in cui un assicurato abbia bisogno non solo di un aiuto per svolgere gli atti ordinari della vita, bensì anche di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. Anche in queste situazioni devono essere soddisfatte tutte le condizioni dell'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana (N. 8040 segg.). Non è tuttavia ammissibile tenere in considerazione due volte la medesima prestazione di aiuto (N. 8048).

4. Casi speciali di grande invalidità

4.1 Caso speciale di grande invalidità di grado elevato

8056
1/17 I sordo-ciechi e i sordi con una grave debolezza della vista (N. 8065 e 8065.1) sono considerati grandi invalidi di grado elevato. Non sono quindi necessari accertamenti per stabilire il grado di grande invalidità. I bambini sordociechi o sordi con una grave debolezza della vista possono ricevere l'AGI di grado elevato al più presto a partire dai cinque anni. La concessione dell'AGI di grado lieve è tuttavia possibile già prima (v. N. 8067).

8056.1
1/18 La *sordità* è definita a partire da una perdita dell'udito del 100 per cento oppure a partire da una soglia uditiva di 120 dB (Raccomandazione 02, www.biap.org). Si è di fronte a *un'ipoacusia al limite della sordità* a partire da una soglia uditiva corretta di 90 dB nella banda di frequenza tra 500 e 4000 Hz (v. Martin Kompis, *Audiologie*, 2016). L'ipoacusia al limite della sordità accompagnata da cecità o da una grave debolezza della vista apre il diritto a un AGI di grado medio (sentenza del TF 8C 863/2011).

4.2 Casi speciali di grande invalidità di grado lieve

4.2.1 Cure particolarmente impegnative

Art. 37 cpv. 3 lett. c OAI

La grande invalidità è di grado lieve se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari necessita, in modo durevole, di cure particolarmente impegnative, richieste dalla sua infermità.

- 8057
7/20 Le cure necessarie (per la definizione delle cure v. N. 8032) possono essere qualificate come impegnative per una serie di ragioni. Lo sono dal punto di vista quantitativo se richiedono un grande dispendio di tempo. Lo sono, invece, dal punto di vista qualitativo se devono svolgersi in circostanze difficili – ad esempio se si rivelano molto faticose o se l'assistenza deve essere prestata in orari inconsueti.
- 8058
1/18 Occorre fare attenzione a che l'intensità delle prestazioni assistenziali richiesta nel quadro delle fattispecie di cui all'articolo 37 capoverso 3 lettere a–e OAI sia intesa con una certa coerenza. Una cura che richiede quotidianamente oltre due ore va certamente qualificata come particolarmente impegnativa se presenta aspetti qualitativi aggravanti (sentenze non pubblicate I 314/92 e I 142/86). Una cura che richiede quotidianamente oltre tre ore va considerata impegnativa, se vi si aggiunge almeno un aspetto qualitativo aggravante (ad es. necessità di prestazioni assistenziali durante la notte). Una cura che richiede quattro ore o più al giorno è definita di per sé impegnativa (anche senza ulteriori aspetti qualitativi aggravanti). Aspetti qualitativi aggravanti sono per esempio una spasticità grave, il bisogno di cure estremamente delicate della pelle (p. es. in caso di epidermolisi bollosa) oppure la necessità di prestazioni assistenziali durante la notte (tra le 22.00 e le 6.00). Per stabilire la quantità di cure necessaria bisogna sottrarre dal conteggio le prestazioni Spitex per i bambini ai sensi dell'articolo 13 LAI.

Esempio:

Un bambino necessita di diverse cure per una media di quattro ore al giorno. Alcune di queste cure vengono eseguite di notte. Il servizio Spitex per bambini viene ogni giorno per un'ora e mezza. Il bambino non ha diritto a un AGI di grado lieve per cure impegnative, dato che il dispendio di tempo medio è di due ore e mezza e che la cura presenta soltanto un aspetto qualitativo aggravante.

- 8058.1
1/17
- Sono considerate cure particolarmente impegnative p. es. cure complesse della pelle in caso di epidermolisi bollosa, terapie di respirazione e inalazioni ed esercizi motori (se prescritti dal medico). Se il bisogno di aiuto riguarda un atto ordinario della vita, l'onere supplementare deve essere preso in considerazione in quell'ambito e non in quello nelle cure impegnative.

Esempio 1:

La necessità di una sonda per nutrizione interessa l'atto ordinario della vita «Mangiare», pertanto l'onere supplementare necessario per la somministrazione dei pasti va presa in considerazione in quell'ambito. Le cure connesse alla sonda può invece essere riconosciuta come cura.

Esempio 2:

La cateterizzazione costituisce una maniera inusuale di espletare i bisogni ed è dunque riconosciuto il bisogno di aiuto per lo svolgimento di un atto ordinario della vita. L'onere supplementare necessario per lo svuotamento della vescica tramite catetere va considerato come onere supplementare nello svolgimento del relativo atto ordinario della vita; la sterilizzazione del catetere prima e dopo l'atto rientra invece nelle cure. Anche la cura di uno stoma (disinfezione, applicazione di una pomata, collegamento) rientra tra le cure, mentre l'eventuale bisogno di aiuto per cambiare le sacche per stomia va invece considerato come bisogno d'aiuto per lo svolgimento dell'atto ordinario della vita «Espletare i bisogni corporali».

Esempio 3:

La necessità di ripetute fasciature (p. es. a causa di una mucoviscidosi) va presa in considerazione come onere supplementare per lo svolgimento dell'atto ordinario della vita «Espletare i bisogni corporali» e non come cura.

- 8059
1/18 Se gli atti lasciano dubbi in merito all'adempimento delle condizioni (vale a dire bisogno di cura di almeno due ore al giorno con aspetti qualitativi difficili o di almeno 4 ore), è necessario procedere ad una verifica sul posto. Persino nel caso degli assicurati affetti da mucoviscidosi (sentenza del TF 9C_384/2013 del 10 ottobre 2013) o che devono sottoporsi a dialisi a domicilio non si può ammettere d'ufficio una grande invalidità di grado lieve.
- 8060 – Nei casi di *mucoviscidosi (fibrosi cistica)*: sono considerate cure soltanto le terapie che non sono eseguite da personale medico ausiliario. La fornitura di mezzi ausiliari a carico dell'AI (p. es. apparecchio di percussione o maschere PEP) esclude il diritto ad un AGI. Per i minorenni si applicano regole particolari (N. 8063).
- 8061 – Nei casi di *dialisi a domicilio*: la condizione è che l'assicurato sia sottoposto alla dialisi al proprio domicilio. Il diritto all'AGI nasce una volta trascorso un anno dall'inizio della dialisi a domicilio (installazione dell'apparecchio nell'abitazione dell'assicurato), se in base ai dati medici bisogna presumere che continuerà ad essere effettuata anche in futuro. Per i minorenni si applicano regole particolari (N. 8063).
- 8062 La dialisi peritoneale non giustifica in linea di principio il diritto ad un AGI, perché è molto meno impegnativa della dialisi a domicilio. Tuttavia, come in tutti i casi speciali, bisogna sempre verificare se il diritto non esista già in base alle condizioni generali.
- 8063 I bambini che soffrono di *mucoviscidosi (fibrosi cistica)* o che si sottopongono a una dialisi a *domicilio* o *dialisi peritoneale* possono avere diritto a un AGI fino al compimento del 15° anno d'età anche se sono dotati di mezzi ausiliari,

poiché per l'utilizzo dei medesimi necessitano di regola dell'aiuto di terzi (art. 37 cpv. 3 lett. c OAI; RCC 1988 pag. 414). Anche in questi casi occorre procedere ad accertamenti per chiarire la situazione.

4.2.2 Mantenimento dei contatti sociali

Art. 37 cpv. 3 lett. d OAI

La grande invalidità è di grado lieve se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari, a causa di un grave danno agli organi sensori o di una grave infermità fisica, può mantenere i contatti sociali con l'ambiente solamente grazie a servizi di terzi forniti in modo regolare e considerevole.

- 8064
1/15
- Le condizioni sono adempiute:
- per ciechi e ipovedenti gravi (N. 8065, al più presto a partire dai 5 anni);
 - per *bambini gravemente audiolesi* che per stabilire il contatto con il mondo circostante hanno bisogno dell'aiuto notevole di terzi (N. 8067);
 - nel caso *degli invalidi fisici* che per la gravità dell'infermità corporale non sono in grado di spostarsi a una certa distanza dall'abitazione, pur utilizzando la carrozzella, senza l'aiuto di terzi (al più presto a partire dai 5 anni).
- 8065
- Per *ciechi e ipovedenti gravi* (RCC 1982 pag. 254): si può ammettere l'esistenza di una grave ipovisione se l'acuità visiva da lontano dopo correzione è inferiore su ambo i lati a 0,2 o se esiste una limitazione del campo visivo a 10 gradi dal centro su ambo i lati (20 gradi di diametro orizzontale; misurazione del campo visivo: Goldmann-Perimeter mira III/4). Se sono contemporaneamente presenti una diminuzione dell'acuità visiva e una limitazione del campo visivo senza che vengano raggiunti i valori limite, si può ammettere l'esistenza di una grave ipovisione se queste affezioni hanno gli stessi effetti di una diminuzione dell'acuità visiva o di una limitazione del campo visivo che raggiungono i valori citati (RCC 1982 pag. 254). Ciò vale anche per altre affezioni che colpiscono il campo visivo (p. es. deficienze settoriali o falciformi, emianopsie, scotoma centrale).

Esempio:

Un assicurato presenta un'acuità visiva corretta di 0,6 per l'occhio sinistro e di 0,3 per quello destro. Inoltre il suo campo visivo è tubolare con una limitazione di 15 gradi dal centro. Siccome l'assicurato, a causa della contemporaneità di queste due affezioni, per stabilire contatti con il mondo circostante necessita di un aiuto di terzi pari a quello richiesto da un'acuità visiva inferiore a 0,2, egli ha diritto a un assegno per una grande invalidità di grado lieve.

8065.1 *Audiolesione grave:* nei bambini un'*audiolesione* va considerata *grave* (ipoacusia grave, ipoacusia profonda, ipoacusia al limite della sordità e sordità) a partire da una perdita dell'udito di almeno il 60 per cento (Feldmann 2001, Probst 2004), vale a dire a partire da una soglia uditiva di 55 dB nella banda di frequenza tra 500 e 4000 Hz (v. Martin Kompis, *Audiologie*, 2016).

8066
1/14 Per principio, nel caso di *persone audiolese adulte* le condizioni non sono adempite, ma devono essere accertate per ogni singolo caso (l. 114/98).

8067
7/20 I *bambini gravemente audiolesi* secondo il N. 8065.1 hanno diritto a un AGI di grado lieve se:

- sono sordi (v. N. 8056.1);
- non beneficiano di alcuna consegna di mezzi ausiliari (in quanto impossibile o non auspicata dal bambino);
- nonostante i mezzi ausiliari non raggiungono una comprensione linguistica sufficiente; o
- sono in larga misura dipendenti da terzi per stabilire contatti con il mondo circostante (Pratique VSI 1998 pag. 211).

L'Allegato VIII (grafico 1) mostra in quali casi può essere concesso un AGI di grado lieve.

8067.1
7/20 Il diritto è riconosciuto se il bambino ha regolarmente bisogno di essere assistito in modo notevole dai genitori o da terzi per intrattenere i contatti sociali. Rientrano nel concetto di assistenza tutti gli sforzi necessari ad accrescere la

capacità di comunicazione del bambino (p. es. provvedimenti scolastici e pedagogico-terapeutici, esercitazione a casa di tecniche raccomandate da specialisti, aiuto necessario a causa dell'invalidità per imparare a scrivere, acquisire la lingua e leggere le labbra).

Il semplice fatto di dover parlare più lentamente o di dover prima attirare l'attenzione del bambino non costituisce un provvedimento pedagogico e non è dunque considerato.

- 8067.2
7/20 Il dispendio di tempo legato alla cura e all'utilizzo del mezzo ausiliario non ha alcun nesso con l'intrattenimento dei contatti sociali e non può dunque essere considerato.
- 8067.3
7/20 Non può essere considerato nemmeno il dispendio iniziale per imparare a utilizzare il mezzo ausiliario.
- 8067.4
7/20 Il diritto nasce, di norma, dopo la scadenza di un anno di attesa a contare dall'inizio del provvedimento pedagogico-terapeutico (DTF 140 V 343) e si estingue quando l'assicurato non necessita più di aiuti di rilievo per intrattenere i contatti sociali, di regola già prima della fine della scuola obbligatoria. Nei casi in cui i provvedimenti sono attuati già nel primo anno di vita, in virtù dell'articolo 42^{bis} capoverso 3 LAI, il termine di carenza non viene applicato.
- 8068 Una grande invalidità di grado lieve sussiste inoltre nel caso *degli invalidi fisici* che per la gravità dell'infermità corporale, pur utilizzando la carrozzella non sono in grado di spostarsi a una certa distanza dall'abitazione senza l'aiuto di terzi. Per la paraplegia totale può essere versato senza accertamenti un AGI di grado lieve. Un'automobile fornita dall'AI non è presa in considerazione nella determinazione della grande invalidità poiché è fornita solo a scopo professionale e perché l'AI non rimborsa i trasferimenti privati (RCC 1991 pag. 479).

5. Diritti particolari dei minorenni

5.1 In generale

8069 In caso di assistenza particolarmente intensiva e soggiorno a casa propria, i minorenni hanno diritto, oltre all'AGI, al *supplemento per cure intensive*.

5.2 Supplemento per cure intensive

5.2.1 In generale

Articolo 36 capoverso 2 OAI

I minorenni che hanno diritto a un assegno per grandi invalidi e che non soggiornano in un istituto ma che necessitano di un'assistenza intensiva, hanno anche diritto a un supplemento per cure intensive ai sensi dell'articolo 39.

Articolo 39 capoverso 1 OAI

Vi è assistenza intensiva a minorenni ai sensi dell'articolo 42^{ter} capoverso 3 LAI quando questi necessitano, a causa di un danno alla salute, di un'assistenza supplementare di almeno quattro ore in media al giorno.

- 8070 I minorenni hanno diritto a un SCI se:
- hanno diritto a un AGI;
 - non soggiornano in un istituto (N. 8005 segg.);
 - l'onere assistenziale è necessario a causa della gravità del loro stato di salute;
 - tale onere assistenziale derivante dall'invalidità richiede, rispetto a una persona minorenni non invalida, in media quattro ore o più al giorno (per la possibilità di conteggiare la sorveglianza permanente, v. N. 8078 seg.).
- 8071 Sono ipotizzabili tutte le combinazioni dell'AGI con il SCI (p. es. AGI di grado lieve + SCI in ragione di almeno 6 ore di assistenza; AGI di grado medio + SCI in ragione di almeno 4 ore di assistenza ecc.).

- 8072 Il diritto sussiste indipendentemente o meno dal fatto che per sgravare i genitori (o le persone responsabili dell'assistenza) venga assunto personale ausiliario. Non è necessario comprovare alcuna spesa.
- 8073 Il diritto sussiste per tutti i giorni in cui si ha diritto a un AGI. Se per i giorni incompleti vi è diritto soltanto alla metà dell'importo dell'AGI, anche l'importo del SCI va dimezzato (N. 8107).

5.2.2 Assistenza conteggiabile

5.2.2.1 Cure e cure di base

Articolo 39 capoverso 2 OAI

Come assistenza si considera il maggior bisogno di cure e di cure di base rispetto a quelle richieste da minorenni non invalidi della stessa età. Non si considera il tempo dedicato a misure mediche ordinate dal medico e applicate dal personale sanitario ausiliario, nonché alle misure pedagogico-terapeutiche.

- 8074
7/20 È conteggiabile il maggior onere di tempo necessario per l'assistenza rispetto a minorenni non invalidi della stessa età, dovuto a provvedimenti nell'ambito
- delle cure (provvedimenti sanitari, nella misura in cui non siano prestati da personale sanitario ausiliario, N. 8077) e/o
 - delle cure di base (N. 8076).
- Al fine di garantire l'uguaglianza giuridica nel calcolo del diritto al SCI sono stati fissati dei tetti massimi al tempo conteggiabile per il maggiore bisogno di cure. L'Allegato IV riporta questi tetti massimi nonché il tempo necessario alla cura di minorenni non invalidi. Gli importi massimi permettono di garantire l'uguaglianza di trattamento fra tutti gli assicurati. Nella maggior parte dei casi la situazione dell'assicurato può essere descritta correttamente applicando gli importi massimi. La possibilità di scegliere fra vari supplementi permette inoltre di prendere in considerazione le

specificità della situazione individuale. Ci sono tuttavia eccezioni, ovvero casi in cui per motivi medici il bisogno di aiuto è comprovatamente superiore agli importi fissati. Queste eccezioni si ritrovano quasi esclusivamente nell'ambito delle cure. Generalmente è possibile superare gli importi massimi se il bisogno di aiuto è comprovatamente necessario e più elevato per motivi medici (p. es. necessità di un maggior numero di interventi). In caso di dubbi si deve consultare il SMR.

8075 I provvedimenti nell'ambito delle *cure* sono conteggiabili
1/18 se:

- sono prescritti da un medico;
- sono riconosciuti scientificamente;
- non sono prestati da personale sanitario ausiliario (N. 8077);
- rispondono ai principi della proporzionalità e dell'economicità.

Non sono conteggiabili le sequenze di gioco effettuate durante l'esecuzione di provvedimenti sanitari o terapeutici, poiché si tratta di sequenze di natura pedagogica che vengono eseguite anche nel caso di bambini sani.

Lo stesso vale per il sostegno a terapie integrato nello svolgimento della giornata (p. es. pelare le verdure; v. N. 8077.2).

Sono di regola considerati cure conteggiabili i seguenti provvedimenti (elenco non esaustivo):

a) Provvedimenti diagnostici

- misurazione della pressione del sangue e della temperatura corporea;
- prelievo di materiale d'analisi per scopi di laboratorio (compresa la puntione venosa);
- misurazione semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina;

b) Provvedimenti terapeutici

- introduzione di sonde e cateteri e relative cure;
- somministrazione e introduzione di medicinali e soluzioni nutritive mediante instillazione, iniezione o infusione, nonché trasfusioni di sangue (fino a 15 anni sono esclusi i medicinali somministrati per via orale, rettale o transdermica);
- risciacquo, pulizia e medicazione di ferite e cavità del corpo (compresi i provvedimenti per portatori di stomia);
- provvedimenti di terapia respiratoria (come dispensazione di ossigeno, inalazione, semplici esercizi di respirazione);
- provvedimenti in caso di dialisi a domicilio e dialisi peritoneale;
- provvedimenti di cura in caso di disturbi legati all'evacuazione della vescica o dell'intestino;
- provvedimenti di sorveglianza medico-tecnica (infusioni e trasfusioni; sorveglianza di apparecchi per il controllo e il mantenimento delle funzioni vitali);
- provvedimenti fisioterapeutici;
- provvedimenti ergoterapeutici.

8076 I provvedimenti nell'ambito delle *cure di base* sono conteggiabili se:
7/20

- sono semplici e adeguati e
 - corrispondono all'usuale standard di cura.
- Sono di regola considerati cure di base conteggiabili i seguenti provvedimenti (elenco non esaustivo):
- provvedimenti legati all'igiene corporale (lavarsi, fare la doccia, fare il bagno, cura dei capelli, igiene dentale);
 - provvedimenti volti a mantenere le attività e le funzioni della vita quotidiana (aiuto prestato per mangiare, vestirsi e svestirsi, alzarsi, sedersi o sdraiarsi, andare al gabinetto, provvedimenti in caso di disturbi legati all'evacuazione della vescica o dell'intestino, per indossare mezzi ausiliari);
 - cambiamento di posizione, mobilizzazione;
 - accompagnamento a visite dal medico o a sedute di terapia per le quali l'AI (o l'assicurazione malattia obbliga-

toria, in analogia con il N. 8077.1) ha garantito la copertura dei costi. Non va considerato l'accompagnamento alle consuete visite pediatriche, necessarie anche per un bambino sano (controlli, vaccinazioni ecc.).

8076.1
1/18 Nel calcolo del tempo conteggiabile per l'accompagnamento a visite dal medico o a sedute di terapia deve essere tenuto conto delle vacanze.

Esempio:

Un bambino ha una seduta di ergoterapia a settimana. Il tragitto è di 40 minuti andata e 40 ritorno. Lo studio medico è chiuso per due settimane a Natale e tre settimane in estate. Inoltre il bambino va in vacanza due settimane nel mese di aprile. Calcolo del SCI: $40 \cdot 2 \cdot 45(52 - (2+3+2))/365 = 9,86$ minuti al giorno.

8077 Non è conteggiabile il tempo impiegato per:

- provvedimenti prescritti dal medico ed eseguiti da personale sanitario ausiliario (fisioterapisti, ergoterapisti, personale infermieristico diplomato ecc.). Tali provvedimenti sono rimborsati dall'AI (in virtù dell'art. 14 cpv. 1 LAI, ossia secondo tariffa; v. N. 1202 segg. CPSI), dall'assicurazione malattie o dall'assicurazione contro gli infortuni;
- provvedimenti pedagogico-terapeutici.

8077.1
1/18 Se un'assicurazione sociale (AI o assicurazione malattie obbligatoria) assume la copertura dei costi di una determinata terapia, il tempo eventualmente impiegato a casa per l'esecuzione di esercizi derivanti o a sostegno di questa terapia può essere conteggiato per il supplemento per le cure intensive.

8077.2
1/18 Il tempo impiegato a casa per l'esecuzione di esercizi derivanti o a sostegno di una terapia può essere conteggiato per il SCI solo per i giorni in cui non è eseguita nessuna terapia.

Le attività terapeutiche integrate nella giornata (p. es. salire le scale, andare in bicicletta, aprire bottiglie) non possono essere conteggiate.

Esempio:

Un bambino ha una seduta di fisioterapia a settimana e ogni giorno deve fare degli esercizi a casa durante 20 minuti. Possono essere conteggiati: 20 min./giorno = 120 min. : 7 giorni = 17,14 minuti al giorno.

- 8077.3
7/20
- Nell'ambito dei provvedimenti sanitari può essere concessa una sorveglianza di lunga durata. Poiché in questo contesto sono fornite anche prestazioni per le cure di base, il SCI va ridotto proporzionalmente procedendo come segue: in primo luogo, si calcola la percentuale delle ore di sorveglianza di lunga durata assegnate rispetto al giorno intero (24 ore). Il tempo effettivo riconosciuto per il SCI viene quindi ridotto del prodotto tra questa percentuale e le ore di sorveglianza medica di lunga durata accordate.

Esempio:

Sono state accordate 10 ore di sorveglianza di lunga durata, quindi il fattore di riduzione è 10/24 (41,66 %, che corrisponde a 4 ore e 10 minuti). Il tempo effettivo riconosciuto per il SCI, pari a 7 ore e 15 minuti, è ridotto di 4 ore e 10 minuti, il che dà 3 ore e 05 minuti. Ciò significa che l'assicurato perde il diritto al SCI.

- 8077.4
7/20
- La sorveglianza di breve durata non viene dedotta dal SCI.

5.2.2.2 Sorveglianza permanente*Articolo 39 capoverso 3 OAI*

Se un minorenne necessita, a causa di un danno alla salute, una sorveglianza supplementare permanente, quest'ultima può essere conteggiata come due ore di assistenza. Una sorveglianza particolarmente intensiva necessaria a causa dell'invalidità può essere conteggiata come quattro ore di assistenza.

- 8078
- I N. 8035-8039 sono applicabili per analogia. In questo contesto occorre tenere conto in particolare del confronto con il comportamento dei coetanei (DTF 137 V 424). Normalmente la sorveglianza permanente non è riconosciuta

prima dei sei anni dato che fino a quest'età anche un bambino sano ha bisogno di sorveglianza (eccezioni v. Allegato III).

La necessità di una sorveglianza sussiste in particolare se:

- 8078.1 - **il minore potrebbe nuocere a sé stesso o a terzi.**
1/18 Il pericolo e la necessità di sorveglianza che ne deriva devono permanere nonostante le misure relative all'obbligo di ridurre i danni adottate (box, babyphone, protezioni per prese, finestre, porte, fornelli ecc.).

Esempio:

Un bambino di 9 anni non è in grado di riconoscere i pericoli. Prova in continuazione ad esplorare le prese elettriche. È anche particolarmente attratto dall'acqua e cerca sempre di aprire i rubinetti. Nonostante le misure adottate (p. es. applicazione di protezioni sulle prese ecc.) non è possibile scongiurare tutti i rischi (p. es. allagamento). Sussiste dunque una necessità di sorveglianza.

La stessa situazione si presenta nel caso di un bambino di cinque anni. In questo caso la necessità di sorveglianza è dovuta all'età e non può dunque essere riconosciuta.

- 8078.2 - **la sorveglianza personale presenta un certo grado d'intensità**, che supera la necessità di sorveglianza di un bambino sano della stessa età (sentenza del TF 9C-431/2008 del 29.02.2009).
1/18

- 8078.3 Nel caso dei minori la sorveglianza personale permanente è conteggiata automaticamente come due ore di assistenza nell'ambito del SCI. Diversamente da quel che succede per gli adulti, anche nell'ambito della grande invalidità di grado elevato non si deve attribuirle un'importanza minima, ma essa deve essere attentamente verificata.
1/18

- 8079 La sorveglianza è considerata particolarmente intensiva se alla persona addetta all'assistenza sono richiesti un grado di attenzione superiore alla norma e una prontezza d'intervento costante. Ciò significa che la persona addetta all'as-
1/18

sistenza deve trovarsi costantemente nelle immediate vicinanze dell'assicurato, poiché qualsiasi distrazione può avere con ogni probabilità conseguenze che possono mettere a repentaglio la vita o può portare a gravi danni per persone e/o cose. A causa della sorveglianza/assistenza uno a uno richiesta, la persona addetta all'assistenza non può dedicarsi praticamente a nessun'altra attività. Inoltre, per la sicurezza dell'assicurato e del suo ambiente è necessario prevedere anticipatamente misure adeguate per ridurre il danno, senza tuttavia che queste provochino una situazione non esigibile per l'ambiente.

Se è possibile utilizzare strumenti di sorveglianza (monitor, allarmi), la sorveglianza non è da considerare automaticamente come particolarmente intensiva.

La necessità di una sorveglianza durante la notte non costituisce una condizione per qualificare la sorveglianza come particolarmente intensiva.

Esempio 1:

Un bambino autistico ha gravi difficoltà a percepire il mondo circostante e a comunicare con esso, il che si manifesta nel suo comportamento nei confronti di determinati oggetti (p. es. rovescia contenitori, lancia oggetti, danneggia mobili ecc.). Il bambino non è inoltre in grado di riconoscere i pericoli: egli può ad esempio uscire improvvisamente dalla finestra. Eventualmente non è nemmeno in grado di reagire adeguatamente a richiami o avvertimenti verbali. In determinate situazioni può ad esempio prodursi un comportamento autolesionista o aggressivo verso altre persone. Per questi motivi la persona addetta all'assistenza deve trovarsi costantemente nelle immediate vicinanze del bambino, con un grado di attenzione superiore alla norma, e deve essere pronta ad intervenire in qualsiasi momento.

Esempio 2:

Un bambino è affetto da una grave forma di epilessia. Ogni giorno è colpito da numerosi attacchi in serie che si manifestano senza preavviso e durante i quali si arresta ogni volta

la respirazione. La persona addetta all'assistenza deve dunque vigilare attentamente e costantemente sul bambino rimanendo nelle sue immediate vicinanze ed essere pronta ad intervenire in qualsiasi momento.

- 8079.1
1/18 Il supplemento per l'assistenza di 120 minuti previsto in caso di necessità di una sorveglianza supplementare permanente, rispettivamente quello di 240 minuti previsto per una sorveglianza particolarmente intensiva necessaria a causa dell'invalidità (art. 39 cpv. 3 OAI) sono valori forfetari e non corrispondono al maggiore onere di tempo effettivo. Servono unicamente per il calcolo del diritto al SCI.
- 8080 soppresso
- 8081 soppresso

6. Determinazione della grande invalidità e dell'onere d'assistenza

6.1 In generale

- 8082 L'ufficio AI è competente per la determinazione della grande invalidità e – nel caso dei minorenni che necessitano anche di un'assistenza intensiva – dell'onere assistenziale. Per la procedura, si vedano i N. 8129 segg.

6.2 Determinazione della grande invalidità degli adulti

- 8083
3/16 Nel determinare la grande invalidità delle persone adulte, l'ufficio AI si basa oggettivamente sullo stato dell'assicurato. È irrilevante l'ambiente in cui l'assicurato si trova, ossia che viva da solo, in famiglia, nella società o in un istituto (9C_410/2009), ed è indifferente se per le attività quotidiane l'assicurato può contare sull'aiuto del coniuge o dei figli o viene invece aiutato da una persona estranea alla famiglia (v. però il N. 8038). È pure irrilevante che un assicurato faccia effettivamente o no ricorso all'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana.

- 8084 La perdita di una funzione fisica o sensoriale non fa presumere in linea di principio una grande invalidità giuridicamente rilevante. La grande invalidità va piuttosto valutata secondo le regole generali in base alle circostanze dei singoli casi (v. però i N. 8056 segg.; RCC 1969 pag. 702)
- 8085
3/16 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. abiti adeguati all'invalidità, scarpe con chiusura velcro per le persone con un braccio solo, mezzi ausiliari, attrezzi ecc.). In caso contrario l'aiuto cui deve far ricorso non è preso in considerazione nel calcolo della grande invalidità (RCC 1989 pag. 228, 1986 pag. 507). È quindi possibile che un mezzo ausiliario escluda la grande invalidità. Tuttavia un'automobile fornita dall'AI per scopi professionali non esclude anche una grande invalidità per spostamenti privati (DTF 117 V 146). Occorre considerare in particolare anche l'aiuto prestato dai familiari, che va ben oltre quello fornito solitamente e che si potrebbe aspettare se l'assicurato non avesse alcun danno alla salute (9C_410/2009). In particolare possono essere chiamati a collaborare anche i figli minorenni (a seconda dell'età), ma questo non deve cagionare un onere eccessivo.

6.3 Determinazione della grande invalidità dei minorenni

Articolo 37 capoverso 4 OAI

Per i minorenni si considera unicamente il maggior bisogno d'aiuto e di sorveglianza personale che il minorenne invalido necessita rispetto a un minorenne non invalido della stessa età.

- 8086
1/15 Per calcolare la grande invalidità dei minorenni, si applicano le direttive dell'Allegato III concernenti il calcolo della grande invalidità determinante dei minorenni. Tuttavia un semplice ritardo nell'acquisizione di un atto ordinario della vita non basta per considerare il bisogno di aiuto in questo atto (9C-360/2014).

- 8087 La valutazione della grande invalidità dei minorenni si fonda sugli stessi principi adottati per gli adulti (N. 8083 segg.). Vanno inoltre osservati i seguenti aspetti:
- 8088
1/18 – Si deve tenere conto soltanto del *bisogno supplementare di prestazioni e sorveglianza personale* rispetto a un minore della stessa età (v. Allegati III e IV). Più un bambino è giovane, tanto maggiori sono un certo bisogno di aiuto e la necessità di sorveglianza anche in caso di buona salute (DTF 137 V 424). È il caso in particolare dell'aiuto indiretto: tutti i bambini hanno bisogno di essere richiamati e controllati per alzarsi, andare a letto, lavare le mani ecc. Un bisogno di aiuto supplementare può essere riconosciuto solo se raggiunge una determinata intensità e supera in modo evidente il livello normale.
- 8089
1/18 soppresso
- 8090 – È determinante soltanto la quantità oggettiva di cure, ossia quella di cui il minorenne ha realmente bisogno (RCC 1970 pagg. 274 e 465).

6.4 Determinazione dell'onere d'assistenza nel caso dei minorenni per il supplemento per cure intensive

- 8091 Nel determinare l'onere giornaliero supplementare si deve partire dal presupposto che la persona assistita si trovi costantemente al proprio domicilio. È determinante la *necessità di assistenza*, la quale rappresenta una grandezza oggettiva e non dipende dal luogo di soggiorno della persona da assistere. Ci si deve basare su un *valore medio*. Il tempo necessario per incombenze non quotidiane, come ad esempio l'accompagnamento per recarsi da un medico o un terapeuta (N. 8076), va ripartito sul periodo di calcolo e calcolato al giorno.

Esempio:

Un bambino bisognoso di cure intensive è assistito al proprio domicilio. Per 5 giorni alla settimana frequenta la scuola speciale come esterno. L'onere supplementare medio per l'assistenza dovuta all'invalidità ammonta a 6 ore nei giorni di scuola e a 9 ore quando il bambino soggiorna a casa tutto il giorno. Si deve presumere un onere d'assistenza di 9 ore al giorno.

Capitolo 2: Assegno per grandi invalidi dell'AI: nascita, esclusione, revisione e fine del diritto

1. Nascita del diritto

1.1 In generale

Articolo 42 capoverso 4 LAI

L'assegno per grandi invalidi è accordato al più presto dalla nascita e al più tardi fino alla fine del mese in cui l'assicurato ha fatto uso del diritto al godimento anticipato della rendita secondo l'articolo 40 capoverso 1 LAVS o in cui raggiunge l'età di pensionamento. L'inizio del diritto è retto, a partire dal compimento del primo anno di età, dall'articolo 29 capoverso 1.

Articolo 42^{bis} capoverso 3 LAI

Per gli assicurati che non hanno ancora compiuto il primo anno di età, il diritto nasce dal momento in cui si possa prevedere che vi sarà una grande invalidità durante più di dodici mesi.

Articolo 35 capoverso 1 OAI

Il diritto all'assegno per grandi invalidi nasce il primo giorno del mese in cui si sono verificate le condizioni di questo diritto.

8092 In linea di principio, il diritto all'AGI,
3/16 in applicazione analogica dell'articolo 28 capoverso 1 lettera b LAI, nasce dopo la scadenza di un anno d'attesa. In questo caso, le regole concernenti la nascita del diritto alla

rendita di cui all'articolo 29 capoverso 1 LAI non sono applicabili (BGE 137 V 351).

8092.1
1/18 In complemento all'articolo 48 capoversi 1 e 2 LAI, le prestazioni arretrate sono dovute anche quando determinate altre persone, legittimate secondo l'articolo 66 capoverso 1 OAI, non si sono annunciate tempestivamente pur essendone in grado (in analogia alla prassi corrente secondo RCC 1983 pag. 384, 1977 pag. 52, DTF 139 V 289). In questi casi, le prestazioni sono accordate dall'adempimento oggettivo di tutte le condizioni di diritto all'AGI. Il versamento oggettivo può tuttavia estendersi al massimo ai cinque anni precedenti la richiesta.

8093 La percentuale dell'assegno da accordare è stabilita in base al grado della grande invalidità prima e dopo il periodo di attesa. La grande invalidità è quindi considerata di grado elevato se è stata di grado elevato durante tutto il periodo di attesa e se presumibilmente rimarrà tale (cfr. N. 4001 seg.). In caso di modifiche della grande invalidità durante l'anno di attesa, come per il calcolo dell'incapacità lavorativa media per il diritto alla rendita (N. 2017 segg.), occorre determinarne il grado medio, determinante per il calcolo dell'AGI all'inizio del diritto, tenendo conto delle percentuali di cui all'articolo 42^{ter} LAI, vale a dire 20 per cento per la grande invalidità di grado lieve, 50 per cento per quella di grado medio e 80 per cento per quella di grado elevato (Pratique VSI 1999 pag. 252).

Esempio:

Un'assicurata è grande invalida di grado lieve dall'1.5.2016 al 31.7.2016. Nell'agosto del 2016, il suo stato di salute peggiora causando una grande invalidità di grado elevato. Dopo la scadenza del termine di attesa nel maggio del 2017, il grado medio della grande invalidità durante il periodo di attesa è del 65 per cento ($3 \times 20 \% \text{ più } 9 \times 80 \% = 780 \%, 780 \% : 12 = 65 \%$). Visto che dopo il periodo di attesa l'assicurata continua a essere grande invalida almeno di grado medio, dall'1.5.2017 ha diritto a un AGI di grado medio. Dall'1.8.2017 può esserle versato un AGI di grado

elevato applicando l'articolo 88a capoverso 2 primo periodo OAI (l'art. 88a cpv. 2 secondo periodo OAI non entra in linea di conto, poiché il grado di grande invalidità di almeno l'80 % necessario per il diritto ad un assegno più elevato non esisteva al momento della nascita del diritto, l'1.5.2017; cfr. Pratique VSI 2001 pag. 274).

1.2 Particolarità concernenti gli assicurati che non hanno ancora compiuto il primo anno d'età

Articolo 42^{bis} capoverso 3 LAI

Per gli assicurati che non hanno ancora compiuto il primo anno di età, il diritto nasce dal momento in cui si possa prevedere che vi sarà una grande invalidità durante più di dodici mesi.

8094 Per i bambini d'età inferiore a un anno il diritto nasce al
7/20 momento in cui la grande invalidità ha raggiunto il grado necessario; non vi è alcun periodo d'attesa. In quel momento, sulla base della valutazione dell'ufficio AI, si deve poter ritenere ampiamente probabile che la grande invalidità durerà verosimilmente più di 12 mesi. Il momento in cui è inoltrata una domanda o a partire dal quale è richiesta una prestazione non è determinante per stabilire il momento dell'insorgere dell'evento assicurato (v. N. 1029). Le regole relative alla domanda tardiva (v. N. 2027 segg.) restano applicabili per analogia.

Esempio:

Per un bambino nato il 3 dicembre 2018 viene inoltrata una domanda di AGI nel mese di giugno 2020 (18 mesi). Dagli accertamenti emerge che il diritto all'assegno sussiste dal febbraio del 2019 (2 mesi). Non vi è alcun periodo d'attesa, ma poiché la domanda è tardiva il diritto all'AGI decorre solo dal giugno del 2019.

1.3 Particolarità concernenti l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana

- 8095 Il diritto derivante dalla necessità dell'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana può nascere, in linea di principio, soltanto dopo che è trascorso un periodo d'attesa di un anno (N. 8092; art. 28 cpv. 1 lett. b LAI). Il diritto non nasce fintanto che l'assicurato soggiorna in un ospedale (N. 8109 segg.) o in un istituto (N. 8043; per la nozione di «istituto», v. N. 8005 segg.).
- 8096 Il periodo d'attesa inizia a decorrere non appena è comprovata la necessità di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. Il periodo d'attesa può tuttavia partire già durante un soggiorno in un ospedale, in un'istituzione d'integrazione o in un istituto. In questi casi per decidere si dovrà valutare se, con grande probabilità, l'assicurato avrebbe bisogno di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana se non vivesse in ospedale, nell'istituzione d'integrazione o nell'istituto.
- 8097 Il periodo d'attesa di un anno è adempiuto se il bisogno di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana è comprovato per una media di almeno 2 ore settimanali durante un anno (v. N. 8053).

2. Esclusione del diritto

2.1 In generale

Articolo 67 capoverso 2 LPGA

Se il beneficiario di un assegno per grandi invalidi soggiorna in uno stabilimento ospedaliero a spese dell'assicurazione sociale, durante questo periodo il diritto all'assegno è soppresso.

Articolo 42 capoverso 5 LAI

In caso di soggiorno in un'istituzione per l'esecuzione di provvedimenti d'integrazione di cui all'articolo 8 capoverso 3, l'assicurato non ha più diritto all'assegno per grandi invalidi. Il Consiglio federale definisce la nozione di soggiorno.

Può eccezionalmente prevedere la concessione di assegni per grandi invalidi anche in caso di soggiorno in un'istituzione se l'assicurato a causa di un grave danno agli organi sensori o di una grave infermità fisica può mantenere i contatti sociali solo grazie a servizi regolari e considerevoli di terzi.

- 8098
1/14 Il diritto a un AGI non sussiste se è data una delle seguenti situazioni:
- l'assicurato soggiorna in un istituto *allo scopo di eseguire provvedimenti d'integrazione dell'AI* (N. 8101 segg.);
 - l'assicurato soggiorna in un ospedale, a carico di un'assicurazione sociale, per ricevere cure (N. 8109 segg.);
 - l'assicurato, il cui AGI di grado lieve è stato concesso per l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana, soggiorna in un istituto.
- 8099
1/13 *Se il soggiorno nell'istituto non ha lo scopo di attuare un provvedimento d'integrazione a carico dell'AI* (p. es. casa d'accoglienza per adulti, casa di vacanza per bambini), è versato solo un quarto dell'importo dell'AGI nel caso degli adulti, mentre non viene effettuato nessun versamento nel caso dei minorenni (v. N. 8003 segg.).
- 8100 Considerato che l'AGI è calcolato e versato quale importo mensile agli adulti ma quale indennità giornaliera ai minorenni (N. 8003 segg.), per quanto riguarda l'esclusione del diritto valgono regole differenti per gli assicurati maggiorenni e per quelli minorenni (N. 8101 segg. e 8104 segg.).

2.2 Soggiorno in un'istituzione allo scopo di attuare provvedimenti d'integrazione

2.2.1 Assicurati maggiorenni

Articolo 35^{bis} capoversi 1, 3 e 4 OAI

¹ Gli assicurati che hanno compiuto il 18° anno di età e che soggiornano in un'istituzione per almeno 24 giorni per mese civile al fine di attuare provvedimenti d'integrazione

secondo l'articolo 8 capoverso 3 LAI non hanno alcun diritto all'assegno per grandi invalidi per il mese in questione. È fatto salvo il capoverso 4.

³ Per un soggiorno in un'istituzione sono determinanti i giorni durante i quali l'assicurazione per l'invalidità copre le spese di soggiorno nell'internato.

⁴ Le restrizioni di cui ai capoversi 1 e 2 non si applicano agli assegni versati per una grande invalidità ai sensi dell'articolo 37 capoverso 3 lettera d.

- 8101
1/14 Per il soggiorno in un'istituzione (internato) sono determinanti i giorni per i quali possono essere messi in conto sussidi per le spese di pernottamento. Se è stata convenuta un'indennità mensile forfettaria con l'istituzione, non viene versato nessun AGI, a meno che non venga pagata solo una parte proporzionale del forfait.
- 8102 Un assicurato che ha diritto a un AGI di grado lieve perché a causa di un grave danno agli organi sensori o di una grave infermità fisica necessita dell'aiuto di terzi per mantenere contatti sociali (art. 37 cpv. 3 lett. d OAI) conserva tale diritto anche durante il soggiorno in un internato allo scopo di attuare provvedimenti d'integrazione (RCC 1986 pag. 618). Non trattandosi di un soggiorno a casa, esiste unicamente il diritto al quarto dell'importo dell'AGI. Questa speciale regolamentazione non vale nel caso di un soggiorno in ospedale destinato alla dispensazione di cure e non di provvedimenti d'integrazione sanitari (v. N. 8109 segg.).
- 8103 Il soggiorno in un'istituzione allo scopo di attuare provvedimenti d'integrazione non influisce sul decorso del periodo d'attesa per il beneficio di un AGI. Il periodo d'attesa può iniziare a decorrere durante un soggiorno di questo tipo. Un periodo d'attesa già in corso non si interrompe durante il soggiorno nell'istituzione, bensì continua. Se il diritto a un AGI è nato già prima dell'avvio del provvedimento d'integrazione, dopo la conclusione di quest'ultimo non inizia a decorrere un nuovo periodo d'attesa.

2.2.2 Assicurati minorenni

Articolo 35^{bis} capoverso 2 OAI

I minorenni che soggiornano in un'istituzione per l'esecuzione di provvedimenti d'integrazione secondo l'articolo 8 capoverso 3 LAI non hanno alcun diritto a un assegno per grandi invalidi per questi giorni. È fatto salvo il capoverso 4.

- 8104 Oltre alle regole applicabili agli assicurati maggiorenni (N. 8101 segg.), per i minorenni occorre osservare i punti seguenti:
- 8105 Non vi è alcun diritto a un AGI per i giorni in cui la persona minorenni soggiorna in un'istituzione allo scopo di eseguire provvedimenti d'integrazione, trascorrendovi cioè anche la notte (p. es. internato di una scuola speciale, soggiorno in ospedale per la cura sanitaria di un'infermità congenita).
- 8106 Con la soppressione del diritto a un AGI, per i minorenni decade anche un eventuale diritto a un SCI (N. 8073)
- 8107 Se i provvedimenti d'integrazione vengono interrotti e i minorenni grandi invalidi si recano al proprio domicilio (p. es. per vacanza, fine settimana, malattia, infortunio ecc.), l'AGI è versato, assieme a un eventuale SCI, per ogni giorno in cui soggiornano a casa. Quale soggiorno a casa valgono quei giorni in cui i minorenni vi trascorrono anche la notte (p. es. ritorno a casa dall'internato scolastico, dove il bambino trascorre di regola la settimana; giorno di dimissione dopo la conclusione dei provvedimenti d'integrazione). Le relative indicazioni vanno riportate nella comunicazione o nella decisione.
- 8108 Ai minorenni che a causa di una grave infermità necessitano dell'aiuto di terzi per intrattenere rapporti sociali ed hanno quindi diritto a un AGI di grado lieve in casi speciali (art. 37 cpv. 3 lett. d OAI; RCC 1988 pag. 414), è versato l'AGI, tuttavia senza SCI, anche durante il soggiorno nell'internato (art. 35^{bis} cpv. 4 OAI; RCC 1986 pag. 618; N. 8056). Non trattandosi di un soggiorno a casa, esiste

unicamente il diritto al quarto dell'importo dell'AGI. Questo non vale tuttavia per i soggiorni in ospedale destinati alla dispensazione di cure (N. 8109 segg.).

2.3 Soggiorno in uno stabilimento ospedaliero

Articolo 67 capoverso 2 LPGA

Se il beneficiario di un assegno per grandi invalidi soggiorna in uno stabilimento ospedaliero a spese dell'assicurazione sociale, durante questo periodo il diritto all'assegno è soppresso.

Articolo 42^{bis} capoverso 4 LAI

I minorenni hanno diritto a un assegno per grandi invalidi solo per i giorni in cui non soggiornano in un istituto o, in deroga all'articolo 67 capoverso 2 LPGA, per i giorni in cui non soggiornano in uno stabilimento ospedaliero a spese dell'assicurazione sociale.

- 8109 Lo «stabilimento ospedaliero» menzionato nella LPGA corrisponde alla nozione di ospedale. Il termine “ospedale” comprende anche termini quali «nosocomio», «clinica» e simili. È irrilevante che si tratti di un ospedale pubblico o privato.
- 8110 In caso di soggiorno in un ospedale, a carico di un'assicurazione sociale, per la dispensazione di cure, non vi è diritto a un AGI in quanto le prestazioni di cura sono indennizzate con i rispettivi importi forfettari giornalieri. Un simile diritto può esservi eccezionalmente qualora un'assicurazione sociale *non risponda in maniera preponderante* per le spese di soggiorno nel reparto comune.
- 8111 Per gli assicurati maggiorenni si applicano le seguenti regole: l'AGI non viene versato per ogni mese civile completo trascorso dall'assicurato in ospedale. Poiché l'AGI è versato anticipatamente per l'intero mese civile, gli importi eventualmente versati in eccesso sono compensati retroattivamente con i versamenti successivi.

- 8112 Ai minorenni l'AGI non è versato per i giorni in cui essi soggiornano, anche durante la notte, in ospedale. Per tali giorni non vi è alcun diritto nemmeno a un SCI (N. 8073).

2.4 Accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana in caso di soggiorno in istituto

Articolo 38 capoverso 1 OAI

Esiste un bisogno di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'articolo 42 capoverso 3 LAI quando un assicurato maggiorenne non vive in un'istituzione (...)

- 8112.1
1/14 Se l'assicurato che beneficia di un assegno per grandi invalidi di grado lieve per l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana va a vivere in un istituto, il diritto all'assegno si estingue alla fine del mese in cui entra nell'istituto (art. 35 cpv. 2 OAI).
- 8112.2
1/14 Se l'assicurato che beneficia di un assegno per grandi invalidi di grado medio a causa di una grande invalidità in (almeno) due atti ordinari della vita e di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana va a vivere in un istituto, non sussiste di per sé un motivo di revisione, ma si tratta piuttosto del venire a cadere di un presupposto al diritto all'indennità (art. 35 cpv. 2 OAI). Il diritto si estingue alla fine del mese e da quel momento l'assicurato ha ancora diritto solo a un AGI di grado lieve (un quarto dell'importo).

Esempio:

Un assicurato che vive a casa e percepisce un AGI di grado medio (due atti ordinari della vita + accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana) è ricoverato in istituto dal 24.10.2013. Dall'1.12.2013 percepisce ancora solo un AGI di grado lieve dell'ammontare di un quarto dell'importo. Spiegazione: se l'assicurato è ricoverato in istituto il 24.10.2013, il ricovero è considerato avve-

nuto nel novembre del 2013 (N. 8003.1). A partire da questo mese dunque l'assicurato non adempie più i presupposti al diritto all'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. Quando uno dei presupposti viene a cadere, il diritto si estingue alla fine del relativo mese (art. 35 cpv. 2 secondo periodo OAI). Ciò significa che con il ricovero in novembre viene a cadere il diritto all'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana e quindi il diritto all'AGI di grado medio cessa alla fine di quel mese e a partire da dicembre l'assicurato ha ancora diritto solo a un AGI di grado lieve. Per quanto concerne l'importo, l'articolo 82 capoverso 2 OAI stabilisce che se il luogo di residenza determinante per stabilire l'importo dell'AGI cambia, il nuovo importo è preso in considerazione a partire dal mese successivo. In questo caso il luogo cambia nel mese di novembre e quindi l'assegno di un quarto dell'importo viene versato a partire da dicembre.

3. Revisione – modifica del diritto

Articolo 35 capoverso 2 OAI

Se, in seguito, il grado d'invalidità subisce una modifica importante, si applicano gli articoli 87–88^{bis}. Se uno degli altri presupposti al diritto all'indennità venisse a cadere, o se morisse il beneficiario, il diritto si estingue alla fine del mese in cui l'evento si è verificato.

- 8113
3/16
- Per la modifica della grande invalidità e dell'onere d'assistenza in relazione al SCI per i minorenni (N. 8074 segg.), si applicano per analogia le vigenti disposizioni concernenti la modifica del diritto alla rendita (N. 4008 segg. e 5001 segg.; art. 17 cpv. 2 LPGA). In caso di modifica del grado di grande invalidità per motivi di età (secondo la tabella dell'Allegato III), in analogia al N. 4008.1 si deve rinunciare al periodo di attesa di tre mesi di cui all'articolo 88a capoverso 2 OAI. Inoltre queste disposizioni si applicano anche al momento del passaggio da un AGI per minorenni a quello per adulti (9C_395/2011).

- 8114 Gli assegni per grandi invalidi versati agli assicurati maggiorenni devono possibilmente essere l'oggetto di una revisione assieme alle rendite. Occorre tuttavia tenere conto delle circostanze nei singoli casi.
- 8115
1/14 Il cambiamento del luogo di soggiorno di un assicurato maggiorenne (istituto al posto del domicilio o viceversa, v. N. 8003 e 8005 segg.) non è normalmente motivo di revisione, poiché il grado dell'AGI rimane in questo caso invariato. Di conseguenza, il primo periodo dell'articolo 35 capoverso 2 OAI e gli articoli 87-88^{bis} OAI non si applicano. Il nuovo importo dell'AGI deve essere fissato tenendo conto del N. 8003.1. Nel caso dei minorenni, un simile cambiamento del luogo di soggiorno deve essere preso subito in considerazione, poiché l'indennità viene calcolata e pagata al giorno (N. 8004).

Esempio:

Un assicurato vive a casa e riceve un AGI di grado medio (fr. 1170). Il 13 ottobre entra in un istituto. Dal mese di novembre l'importo dell'AGI di grado medio viene ridotto a 293 franchi. Se fosse entrato in istituto il 19 ottobre, l'importo dell'assegno sarebbe stato ridotto a 293 franchi soltanto a partire dal mese di dicembre.

- 8116 Per gli altri motivi di estinzione (trasferimento del domicilio all'estero, raggiunti limiti di età, decesso) si rinvia alle DR. Contrariamente a quanto avviene per la soppressione / riduzione per modifica del grado della grande invalidità, in questi casi il diritto si estingue alla fine del mese in questione.

4. Fine del diritto

Articolo 42 capoverso 4 primo periodo LAI
L'assegno per grandi invalidi è accordato ... al più tardi fino alla fine del mese in cui l'assicurato ha fatto uso del diritto al godimento anticipato della rendita secondo l'articolo 40 capoverso 1 LAVS o in cui raggiunge l'età di pensionamento.

- 8117 Il diritto a un AGI dell'AI si estingue al più tardi con il godimento anticipato della rendita o al raggiungimento dell'età di pensionamento. A partire da questo momento l'assicurato ha diritto a un AGI dell'AVS. Se la grande invalidità perdura oltre questo momento, si applica la garanzia dei diritti acquisiti (N. 8123 segg.).

Capitolo 3: Assegno per grandi invalidi dell'AVS

1. Condizioni di diritto

Articolo 43^{bis} capoverso 1 e 1^{bis} LAVS

¹Hanno diritto all'assegno per grandi invalidi i beneficiari di rendite di vecchiaia o di prestazioni complementari con domicilio e dimora abituale (art. 13 LPGA) in Svizzera, che presentano un'invalidità (art. 9 LPGA) di grado elevato, medio o lieve. La rendita di vecchiaia anticipata è parificata al godimento di una rendita di vecchiaia.

^{1bis}Il diritto all'assegno per una grande invalidità di grado lieve decade in caso di soggiorno in istituto.

- 8118 Hanno diritto a un AGI dell'AVS i beneficiari di una rendita di vecchiaia o di prestazioni complementari (v. le DR) che:
- sono stati grandi invalidi di grado elevato, medio o lieve ininterrottamente per almeno un anno e sono grandi invalidi almeno di grado lieve;
 - hanno il domicilio e la dimora abituale in Svizzera (N. 1041 segg.; v. le DR);
 - in caso di grande invalidità di grado lieve non soggiornano in un istituto (v. N. 8118.1) e
 - non percepiscono un AGI dell'AINF o dell'AM (N. 9024 segg.).

8118.1 soppresso
1/18

8118.2 La persona grande invalida ha diritto a un AGI di grado lieve solo se vive a casa. Non ne ha diritto se soggiorna in un istituto (art. 43^{bis} cpv. 1^{bis} LAVS).

- 8118.3
1/13 In deroga alla definizione di cui ai N. 8005.1 segg., è considerato istituto – per l’AGI concesso durante la vecchiaia – qualsiasi struttura riconosciuta tale da un Cantone o che dispone di un’autorizzazione d’esercizio cantonale (art. 66^{bis} cpv. 3 OAVS; art. 25a cpv. 1 OPC-AVS/AI; N. 3151.02, 3151.03, 3151.05 e 3151.06 DPC, 9C_177/2012)).
- 8119 Per calcolare la grande invalidità si applicano per analogia le disposizioni della LAI (art. 43^{bis} cpv. 5 primo periodo LAVS). Tuttavia l’accompagnamento nella realtà quotidiana (N. 8040 segg.) non è preso in considerazione nell’AVS. A meno che nel presente capitolo non sia previsto espressamente un disciplinamento speciale, sono applicabili le stesse direttive come per l’AGI dell’AI. Questo si applica in particolare per i casi speciali di grande invalidità di grado lieve.

2. Ammontare dell’assegno per grandi invalidi

Articolo 43^{bis} capoverso 3 LAVS

L’assegno mensile per grandi invalidi di grado elevato ammonta all’80 per cento, quello per grandi invalidi di grado medio al 50 per cento e quello per grandi invalidi di grado lieve al 20 per cento dell’importo minimo della rendita di vecchiaia previsto dall’articolo 34 capoverso 5.

- 8120 Nell’AVS vi è un solo importo dell’AGI. L’ammontare dell’assegno corrisponde in ogni caso alla metà dell’importo dell’AGI dell’AI (N. 8003). Sono fatti salvi i casi di diritti acquisiti (N. 8123 segg.).

3. Nascita del diritto dopo aver raggiunto l’età AVS

Articolo 43^{bis} capoverso 2, 1a frase, LAVS

Il diritto all’assegno per grandi invalidi sorge il primo giorno del mese in cui tutte le condizioni sono soddisfatte, ma al più presto dal momento in cui l’assicurato fu grande invalido di grado elevato, medio o lieve per un anno intero, senza interruzione.

8121 soppresso

8122 Il grado di grande invalidità è stabilito all'inizio in base al grado medio di grande invalidità calcolato durante il tempo di attesa conformemente al N. 8093. Per effettuare questo calcolo il grado lieve è considerato al più presto a partire dal 1° gennaio 2010.

Esempio 1:

Un assicurato di 70 anni presenta una grande invalidità di grado lieve dall'1.5.2009 e una grande invalidità di grado grave dall'1.8.2009. Riceve un AGI di grado grave dall'1.8.2010.

Esempio 2:

Un assicurato di 70 anni presenta una grande invalidità di grado lieve dall'1.5.2010 e una grande invalidità di grado grave dall'1.8.2010. Riceve un AGI di grado medio dall'1.5.2011 (grande invalidità di grado medio durante il tempo d'attesa del 65 %) che verrà poi trasformato in un AGI di grado grave a partire dall'1.8.2011.

Esempio 3:

Un assicurato di 70 anni presenta una grande invalidità di grado lieve dall'1.3.2009 e una grande invalidità di grado medio dall'1.8.2010. Il tempo d'attesa inizia solo il 1° gennaio 2010. Di conseguenza l'assicurato riceverà un AGI di grado lieve dall'1.1.2011 che verrà poi trasformato in un AGI di grado medio l'1.4.2011.

4. Sostituzione dell'assegno per grandi invalidi dell'AI con un assegno per grandi invalidi dell'AVS (diritti acquisiti)

Articolo 43^{bis} capoverso 4 LAVS

Il grande invalido, beneficiario di un assegno dell'assicurazione per l'invalidità fino alla fine del mese in cui ha raggiunto l'età di pensionamento, riceve un assegno per lo meno uguale a quello ricevuto fino ad allora.

8123
7/20

Se il grado di grande invalidità rimane invariato e il beneficiario continua a risiedere a domicilio, l'AGI dell'AI viene convertito in un AGI dell'AVS d'identico importo (v. N. 8011 DR). La stessa regola si applica ai beneficiari di un AGI di grado lieve che soggiornano in un istituto. Se il beneficiario di un AGI di grado medio o elevato soggiorna in un istituto (v. N. 8003 e 8005) l'importo dell'AGI dell'AI viene adeguato agli importi AVS conformemente all'articolo 43^{bis} capoverso3 LAVS (N. 8011.1 DR). Questa garanzia dei diritti acquisiti vale anche se un AGI dell'AI deve essere pagato successivamente nel quadro della disposizione sulla prescrizione dell'articolo 48 capoverso 2 LAI oppure se, a causa della prescrizione, può prendere inizio soltanto nell'età di pensionamento (v. N. 8011 DR; RCC 1980 pag. 54). Qualora il beneficiario di un AGI di grado lieve entri in istituto dopo aver raggiunto l'età AVS, il diritto decade.

Esempio:

Un assicurato percepisce un AGI di grado medio prima di raggiungere l'età di pensionamento AVS. Visto che non vive in un istituto, bensì nel proprio appartamento, egli percepisce l'importo intero dell'AGI dell'AI (all'1.1.2020: 1185 fr. al mese, vale a dire il 50 per cento della rendita di vecchiaia *massima*). Nel marzo 2020 raggiunge l'età di pensionamento e inizia a percepire una rendita dell'AVS. A partire da questo momento il suo AGI dell'AI viene convertito in un AGI dell'AVS. Quest'ultimo, grazie alla garanzia dei diritti acquisiti, corrisponde all'importo sinora versato (ossia all'importo intero) dell'AGI di grado medio dell'AI (all'1.1.2020: 1185 fr. al mese).

8123.1
7/20

Se cambia il luogo di soggiorno di una persona che percepisce un AGI in virtù della garanzia dei diritti acquisiti (istituto anziché domicilio o viceversa, v. N. 8003 e 8005 segg.), tale garanzia non è più applicabile, ciò significa che in seguito a un cambiamento del luogo di soggiorno vengono applicati gli importi dell'AGI dell'AVS e non più dell'AI (DTF 137 V 162)). Nel caso in cui la persona percepisce un AGI per l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana, il diritto all'AGI decade.

Esempio 1:

Un'assicurata invalida vive a casa e riceve, grazie alla garanzia dei diritti acquisiti, un AGI di grado medio dell'AVS d'importo pari a quello intero del precedente AGI di grado medio dell'AI (all'1.1.2020: 1185 fr. al mese, vale a dire il 50 % della rendita di vecchiaia massima). Il 5 agosto entra in una casa per anziani. L'AGI deve quindi essere dimezzato a partire dal mese di settembre (all'1.1.2020: 593 fr. al mese). Se torna a casa continuerà a ricevere un AGI di grado medio dell'AVS dello stesso importo (all'1.1.2020: 593 fr. al mese).

Esempio 2:

Un'assicurata invalida vive a casa e riceve, grazie alla garanzia dei diritti acquisiti, un AGI di grado lieve dell'AVS d'importo pari a quello intero del precedente AGI di grado lieve dell'AI (all'1.1.2020: 474 fr. al mese, vale a dire il 20 % della rendita di vecchiaia massima). Il 5 maggio entra in una casa per anziani. Dal mese di giugno non ha più diritto all'AGI (v. N. 8115). Se il 20 settembre ritorna a casa, a partire dal mese di ottobre riceverà un AGI di grado lieve dell'AVS (all'1.1.2020: 237 fr. al mese).

- 8123.2 07/20 Quando si percepisce un AGI per l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana, il cambiamento del luogo di soggiorno comporta l'estinzione dell'AGI versato fino a quel momento. L'articolo 35 capoverso 2 secondo periodo OAI è applicabile.

Esempio:

Un'assicurata invalida psichica che vive a casa e necessita di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana percepisce, grazie alla garanzia dei diritti acquisiti, un AGI dell'AVS d'importo pari a quello intero del precedente AGI di grado lieve dell'AI (all'1.1.2020: fr. 474 al mese, vale a dire il 20 % della rendita di vecchiaia *massima*). Il 5 maggio entra in una casa per anziani. Dal mese di giugno non ha più diritto all'AGI. Se il 20 settembre ri-

torna a casa, il suo diritto a un AGI di grado lieve per l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana non può più rinascere.

- 8124 La questione del rinvio della rendita dell'AVS non si pone. Le rendite di vecchiaia abbinata ad un AGI non possono essere rinviate (art. 55^{bis} lett. c OAVS).

5. Esclusione del diritto

- 8124.1 soppresso
1/13

- 8124.2 In caso di soggiorno in un istituto il diritto a un assegno per grandi invalidi di grado lieve dell'AVS decade solo temporaneamente. Pertanto, l'assicurato che soggiorna in un istituto solo per un breve periodo avrà nuovamente diritto all'assegno immediatamente dopo l'uscita dall'istituto. Se durante il soggiorno in istituto le condizioni di salute non sono cambiate, le disposizioni concernenti la revisione non sono applicabili (applicazione per analogia della DTF 114 V 143).

- 8124.3 Per stabilire le condizioni di versamento dell'assegno per grandi invalidi in caso di entrata e uscita da un istituto si applica per analogia il N. 8003.1.
1/18

Esempio 1:

Un assicurato è a beneficio di un AGI di grado lieve dall'1.1.2012. Il 25.6.2012 entra in istituto. A partire da agosto non riceve più l'assegno (v. N. 8003.1 e 8124.2). Il 12.9.2012 ritorna a casa e riceve di nuovo l'AGI di grado lieve a partire dal mese di settembre 2012.

Esempio 2:

Un assicurato è a beneficio di un AGI di grado lieve dall'1.1.2012. Il 5.6.2012 entra in istituto. A partire da luglio non riceve più l'assegno (dato che in giugno ha passato più di 15 giorni in istituto). Il 22.9.2012 ritorna a casa e riceve

di nuovo l'AGI di grado lieve a partire dal mese di ottobre 2012.

- 8124.4 Il soggiorno in istituto non interrompe il decorso del tempo di attesa per la riscossione di un AGI. Il tempo di attesa può iniziare a decorrere durante il soggiorno. Se ha iniziato a decorrere prima del soggiorno in istituto, il tempo di attesa non viene interrotto dal soggiorno. Se il diritto a un AGI è nato già prima dell'inizio del soggiorno, dopo l'uscita dall'istituto non inizia a decorrere un nuovo tempo di attesa.

Esempio:

Un assicurato di 80 anni abita in istituto. Presenta una grande invalidità di grado lieve dal 1° gennaio 2010. Dal novembre 2010 è grande invalido di grado medio. Nel marzo 2011 torna ad abitare a casa. Riceve un AGI di grado lieve a partire dal marzo 2011. Dal mese di aprile gli viene versato un AGI di grado medio.

6. Revisione – modifica del diritto

6.1 In generale

- 8125 In caso di modifica della grande invalidità si applicano per analogia le disposizioni vigenti in materia di modifica del diritto alla rendita (art. 66^{bis} cpv. 2 OAVS; N. 4008 segg. e 5001 segg.).

6.2 Revisione nei casi di garanzia dei diritti acquisiti

- 8126 soppresso

6.2.1 In caso di peggioramento della grande invalidità

- 8127
7/20 Se una persona percepisce un AGI in virtù della garanzia dei diritti acquisiti e dopo il raggiungimento dell'età di pensionamento la grande invalidità peggiora, l'importo dell'AGI riveduto non può essere più basso di quello percepito prima dell'età di pensionamento.

Esempio 1:

Un assicurato che vive a casa percepisce, grazie alla garanzia dei diritti acquisiti, un AGI di grado medio dell'AVS pari al precedente importo intero dell'AGI dell'AI (all'1.1.2020: 1185 fr. al mese, vale a dire il 50 % della rendita di vecchiaia *massima*). Essendo peggiorato il suo stato di salute, egli non può fare a meno dell'aiuto di terzi per svolgere qualsiasi atto ordinario della vita e deve inoltre essere sorvegliato costantemente. Ciononostante egli continua a vivere a casa. Trascorso un periodo di tre mesi, l'AGI viene aumentato al livello dell'AGI di grado elevato. A questo punto l'assicurato non riceve un AGI secondo l'importo ordinario dell'AVS (all'1.1.2020: 948 fr. al mese, vale a dire l'80 % della rendita di vecchiaia minima), in quanto tale importo è più basso dell'importo dell'AGI di grado medio percepito prima del raggiungimento dell'età di pensionamento. Grazie alla garanzia dei diritti acquisiti, egli continua invece ad avere diritto a un AGI d'importo uguale a quello sinora percepito (all'1.1.2020: 1185 fr. al mese).

Esempio 2:

Un'assicurata che vive a casa percepisce, grazie alla garanzia dei diritti acquisiti, un AGI dell'AVS pari all'importo intero del precedente AGI di grado lieve dell'AI (all'1.1.2020: 474 fr. al mese, vale a dire il 20 % della rendita di vecchiaia *massima*). Essendo peggiorato il suo stato di salute, essa non può fare a meno dell'aiuto di terzi per svolgere quattro atti ordinari della vita. Trascorso un periodo di tre mesi, l'AGI viene aumentato al livello dell'AGI di grado medio. Sebbene continui a non vivere in un istituto, l'assicurata riceve ora un AGI secondo l'importo ordinario dell'AVS (all'1.1.2020: 593 fr. al mese, vale a dire il 50 % della rendita di vecchiaia *minima*), in quanto tale importo è più elevato dell'importo percepito precedentemente nell'età AI.

6.2.2 In caso di miglioramento della grande invalidità

- 8127.1
7/20 Se una persona percepisce un AGI in virtù della garanzia dei diritti acquisiti e dopo il raggiungimento dell'età di pensionamento la grande invalidità migliora, l'importo dell'AGI riveduto equivale grazie alla garanzia dei diritti acquisiti, all'importo dell'AGI versato dall'AVS per lo stesso grado di grande invalidità.

Esempio:

Un assicurato che vive a casa percepisce, grazie alla garanzia dei diritti acquisiti, un AGI di grado medio dell'AVS pari all'importo intero del precedente AGI di grado medio dell'AI (all'1.1.2020: 1185 fr. al mese, vale a dire il 50 % della rendita di vecchiaia *massima*). Il suo stato di salute migliora. Trascorso un periodo di tre mesi, gli viene assegnato un AGI di grado lieve. L'assicurato riceve ora un AGI di grado lieve dell'AVS secondo l'importo ordinario dell'AVS (all'1.1.2020: 237 fr. al mese, vale a dire il 20 % della rendita di vecchiaia *minima*; DTF 137 V 162).

7. Fine del diritto

- 8127.2
1/14 Se l'assicurato non è più grande invalido almeno di grado lieve, il diritto all'AGI si estingue. Il diritto si estingue il primo giorno del secondo mese successivo alla notifica della decisione di soppressione (art. 88^{bis} cpv. 2 lett. a OAI).

Capitolo 4: Procedura

1. Assegno per grandi invalidi dell'AI

1.1 Disposizioni procedurali generali

1.1.1 Accertamento

- 8128 La domanda per il versamento di un AGI va presentata di regola con il modulo «Richiesta di prestazioni» dell'AI o dell'AVS «Assegno per persone grandi invalidi»

(n. 001.004 o 009.002). Per i minorenni si usa il modulo «Richiesta di prestazioni per assicurati/e che non hanno ancora compiuto i 20 anni, per assegno per grandi invalidi» (n. 001.005).

- 8129
1/18
- Se i rapporti e/o i dati medici sono insufficienti o incompleti, si prende contatto con il medico curante. Quest'ultimo verifica se i dati riportati sul modulo corrispondano al suo referto (modulo 5420). In base a questi dati si può chiedere il parere del SMR. Quest'ultimo invia all'ufficio AI un rapporto scritto con i risultati dell'esame medico e una raccomandazione circa l'ulteriore trattamento della domanda di prestazioni dal punto di vista medico. Sulla base di tali indicazioni, l'ufficio AI ordina eventuali accertamenti medici supplementari (p.es. un rapporto medico complementare).
- 8130
- Il SMR può essere consultato nei casi seguenti:
- alla prima domanda per l'ottenimento di un AGI e, per i minorenni, di un eventuale SCI;
 - in caso di domande di aumento dell'AGI in seguito al peggioramento della grande invalidità e in caso di domande di ulteriore concessione di un SCI o di aumento di tale supplemento in seguito all'incremento dell'onere d'assistenza;
 - in caso di revisioni d'ufficio, se cambia il grado della grande invalidità o l'entità dell'onere d'assistenza.
- 8131
- In linea di principio, l'ufficio AI procede inoltre ad un accertamento sul posto. Vanno accertati la grande invalidità, un eventuale onere d'assistenza supplementare (per i minorenni) e il luogo di soggiorno (a domicilio o in un istituto, v. N. 8003 segg.). Le indicazioni fornite dall'assicurato, dai genitori o dal rappresentante legale vanno valutate criticamente. L'inizio della grande invalidità ed eventualmente dell'onere d'assistenza supplementare deve essere stabilito con la massima precisione possibile. Nei casi di cui al N. 8130 occorre sempre eseguire un accertamento sul posto. Negli altri casi l'ufficio AI decide se si possa rinunciare a un accertamento sul posto.

- 8132 Se l'assicurato soggiorna in un istituto, la persona incaricata dell'accertamento discute i risultati con il personale curante e/o con la direzione dell'istituto. Essa valuta liberamente ma deve indicare nel suo rapporto un'eventuale valutazione divergente della direzione dell'istituto.
- 8133 In caso di divergenze sostanziali tra il medico curante e il rapporto d'accertamento, l'ufficio AI deve chiarire la situazione svolgendo una verifica mediante domande mirate e coinvolgendo il SMR. Per il resto si applica la CPAI.

1.1.2 Decisione e pagamento nel caso degli assicurati maggiorenni

- 8134 L'ufficio AI informa le persone maggiorenni assicurate, mediante decisione (con copia alla cassa di compensazione), in merito al loro diritto di ricevere in linea di principio un AGI e alle condizioni particolari durante un loro soggiorno in internato al fine di eseguire provvedimenti d'integrazione o in caso di soggiorno in ospedale (v. N. 8101 segg. e 8109 segg.). L'ufficio AI comunica loro che in queste circostanze si effettuano pagamenti provvisori e che, terminato il provvedimento d'integrazione o il soggiorno in ospedale, si procederà a un conteggio esatto; gli assicurati devono comunicare all'ufficio AI qualsiasi interruzione del soggiorno in internato o eventuali soggiorni in ospedale.
- 8135 Non appena è stabilito con sufficiente certezza il diritto per un determinato periodo, di regola per un mese, l'ufficio AI ordina il pagamento provvisorio dell'AGI da parte della cassa di compensazione.
- 8136 Terminato il soggiorno in internato o in ospedale, l'ufficio AI allestisce un conteggio in merito agli importi mensili dovuti e ai pagamenti provvisori effettuati. L'ufficio AI versa o chiede il rimborso di un eventuale saldo.

1.1.3 Decisione e pagamento nel caso degli assicurati minorenni

- 8137 Nella decisione in merito alla domanda di versamento di un AGI con o senza SCI, l'ufficio AI indica quanto segue:
- il grado della grande invalidità e l'importo dell'AGI al mese e al giorno (N. 8004);
 - in caso di un eventuale SCI, l'onere d'assistenza conteggiabile in ore e l'importo del SCI al mese e al giorno (N. 8004);
 - le regole applicabili in caso di interruzione dei provvedimenti d'integrazione (per vacanze, fine settimana, malattia, infortunio ecc.; v. N. 8107)
 - le regole applicabili in caso di soggiorno in ospedale (N. 8109 segg.).
- 8138 soppresso
- 8139 L'AGI e un eventuale SCI sono pagati posticipatamente e previa fatturazione, di regola a scadenze trimestrali, da parte dell'Ufficio centrale di compensazione (art. 82 cpv. 3 OAI).
- 8140
3/16 In caso di cure a domicilio, la fatturazione deve essere effettuata dai genitori o dai genitori affilianti.
- 8141 Se un minorenne grande invalido vive con genitori affilianti, prima che venga presa la decisione i richiedenti devono fornire la prova che un'autorizzazione ai sensi dell'ordinanza del 19 ottobre 1977 sull'accoglimento di minori a scopo di affiliazione e di adozione (OAMin, RS 211.222.338) è stata rilasciata o non è necessaria (v. N. 8080).

1.2 Disposizioni procedurali particolari a proposito dell'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana

- 8142 Nel caso delle persone invalide psichiche che necessitano di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà

quotidiana, per accertare il diritto a un AGI occorre procedere come segue:

- l'ufficio AI chiede un rapporto al medico curante (diagnosi medica);
- se un servizio specializzato (p. es. un servizio sociopsichiatrico o un consultorio) si è già occupato dell'assicurato, l'ufficio AI gli chiede un rapporto;
- la grande invalidità e la necessità di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana vengono accertati sistematicamente sul posto;
- sulla base degli atti, il SMR prende posizione in forma adeguata (p. es. verbale steso al computer) in merito alle indicazioni contenute nel rapporto d'accertamento.

8143 Nel caso delle persone che necessitano di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana ma non sono psichicamente disabili, si applica la procedura generale (N. 8128 segg.). Per il resto è applicabile la CPAI.

1.3 Disposizioni procedurali particolari nei casi speciali di grande invalidità

8144
1/13 Se sono soddisfatte le condizioni per i casi speciali di grande invalidità ai sensi dei N. 8057 segg., si procede a ulteriori accertamenti soltanto se vi sono infermità supplementari che lasciano supporre un grado più elevato di grande invalidità.

8145 Se sussistono dubbi, il SMR verifica l'esistenza di un caso speciale di grande invalidità in base ai rapporti medici o ad altri pareri medici e decide in particolare se siano necessari ulteriori accertamenti.

8146

- In caso di dialisi a domicilio, il medico responsabile deve confermare che essa viene eseguita.
- In caso di gravi impedimenti alla vista vanno in particolare richieste, unitamente al rapporto medico, indicazioni sull'acuità visiva corretta o sul genere, la misura e gli effetti della limitazione del campo visivo.

- In caso di grave invalidità fisica occorre chiedere indicazioni circa il genere dell'invalidità e la possibilità di spostarsi con una carrozzella.

8147 Se l'ufficio AI giunge alla conclusione di trovarsi di fronte ad un caso speciale di grande invalidità, diverso da quelli precedentemente menzionati, esso deve sottoporre gli atti all'UFAS formulando una proposta.

2. Assegno per grandi invalidi dell'AVS

8148 La cassa di compensazione o l'ufficio PC verifica se l'assicurato abbia diritto a una rendita AVS o a prestazioni complementari. Spetta all'ufficio AI determinare, per la cassa di compensazione o l'ufficio PC, il grado della grande invalidità (art. 43^{bis} cpv. 5 secondo periodo LAVS).

Parte 4: Cumulo di diritti alle prestazioni

Capitolo 1: Rendita AI – provvedimenti d'integrazione e indennità giornaliera dell'AI

1. Principio della priorità del diritto alle indennità giornaliere

Articolo 29 capoverso 2 LAI

Il diritto non nasce finché l'assicurato può pretendere un'indennità giornaliera ai sensi dell'articolo 22.

Articolo 43 capoverso 2 primo periodo LAI

Se le condizioni di assegnazione di una indennità giornaliera dell'assicurazione per l'invalidità sono adempiute o se questa assicurazione si assume, prevalentemente o completamente, le spese di vitto e alloggio durante l'esecuzione dei provvedimenti di integrazione, l'assicurato non ha nessun diritto a una rendita dell'assicurazione per l'invalidità.

- 9001 Secondo il principio valido nell'AI «Priorità dell'integrazione sulla rendita» (N. 1045 segg.), un provvedimento di integrazione e le relative indennità giornaliera sono prioritari rispetto alla rendita:
- 9002 – Per principio il diritto alla rendita può sorgere soltanto dopo che si è concluso un provvedimento d'integrazione. La rendita può essere accordata prima dell'integrazione, se necessario anche retroattivamente, soltanto se:
- l'assicurato non è (ancora) idoneo all'integrazione oppure
 - le misure di accertamento mostrano che l'integrazione non è possibile (Pratique VSI 1996 pag. 200).
- 9003 – Le misure di accertamento e d'integrazione causano l'interruzione della rendita corrente se durano più di tre mesi. Il diritto risorge dopo la conclusione del provvedimento (Pratique VSI 1998 pag. 183). L'ufficio AI procede subito a una revisione e verifica il diritto alla rendita. In

caso di provvedimenti di reintegrazione è applicabile il N. 9016.1.

- 9004 Se durante il periodo di attesa fino all'inizio di una prima formazione professionale o di una riforma professionale viene versata un'indennità giornaliera (secondo l'art. 18 OAI) non può sorgere il diritto alla rendita.
- 9005 L'incapacità lavorativa durante il provvedimento di integrazione è conteggiata nel periodo di attesa di un anno.

Esempio:

Un'assicurata è sottoposta a una misura di integrazione professionale dall'1.1.2004 al 31.12.2007 e percepisce un'indennità giornaliera. Dopo il provvedimento di integrazione l'ufficio AI constata che essa è inabile al lavoro al 50 per cento dall'1.7.2003. Tuttavia, poiché, durante il diritto all'indennità giornaliera, non vi è diritto a una rendita AI, l'evento assicurato insorge solo l'1.1.2008 (N. 1028) e la mezza rendita può essere versata soltanto da questo momento.

2. Periodi di convalescenza dopo provvedimenti sanitari d'integrazione

- 9006 Un assicurato convalescente (che continua dunque a percepire l'indennità giornaliera) dopo un provvedimento sanitario d'integrazione, ha diritto alla rendita in sostituzione dell'indennità giornaliera dopo la scadenza di un anno d'attesa, se non è ristabilita una capacità al guadagno superiore al 60 per cento e se non sono previsti altri provvedimenti (RCC 1966 pag. 312).

3. Sostituzione di una rendita AI con un'indennità giornaliera (v. la CIGAI)

Articolo 20^{ter} OAI

¹ Se l'assicurato ha diritto a un'indennità giornaliera, comprensiva della prestazione per i figli, ai sensi degli articoli 23 e 23^{bis} LAI, inferiore alla rendita di cui beneficiava fino allora, la rendita continua a essere pagata invece dell'indennità giornaliera.

² Se l'assicurato ha diritto a un'indennità giornaliera ai sensi dell'articolo 24 capoverso 3 LAI, inferiore alla rendita di cui beneficiava fino allora, la rendita, scaduto il termine di cui all'articolo 47 capoverso 1^{bis} lett. b LAI, è sostituita da un'indennità giornaliera corrispondente a un trentesimo dell'ammontare della rendita.

- 9007 Per principio, durante un provvedimento di accertamento o d'integrazione la rendita è sostituita con un'indennità giornaliera (eccezioni: reintegrazione dei beneficiari di una rendita e provvedimenti di reinserimento, v. N. 9017-9018).
- 9008 Tuttavia, se l'indennità giornaliera, comprensiva della prestazione per i figli, (art. 23 cpv. 1 e 23^{bis} LAI) è inferiore alla rendita percepita (RCC 1965 pag. 429), la sostituzione non avrà luogo (art 20^{ter} cpv. 1 OAI).
- 9009 Se l'indennità giornaliera (secondo l'art. 23 cpv. 2^{bis} LAI) è inferiore alla rendita percepita, la rendita è sostituita, scaduti tre mesi, da un'indennità giornaliera pari a un trentesimo della rendita stessa (art. 20^{ter} cpv. 2 OAI).
- 9010 Alle persone vedove e agli orfani che adempiono le condizioni di diritto a una rendita per superstiti e ai figli che adempiono le condizioni di diritto a una rendita per figli dell'AVS o dell'AI, la rendita può essere versata unitamente a un'eventuale indennità giornaliera durante un provvedimento di accertamento o d'integrazione.
- 9011 L'ufficio AI emana la decisione sui provvedimenti d'integrazione con indennità giornaliera e ne trasmette alla cassa di

compensazione una copia con i dati necessari per determinare l'indennità giornaliera.

4. Nessun diritto ad una rendita AI durante l'istruttoria della domanda o durante provvedimenti d'integrazione di cui l'AI assume la parte preponderante delle spese di vitto e alloggio

- 9012 Se in caso di provvedimenti di accertamento o d'integrazione l'AI non versa un'indennità giornaliera ma assume, totalmente o per la maggior parte, le spese di vitto e alloggio, per principio non si ha diritto a una rendita d'invalidità (art. 43 cpv. 2 LAI).
- 9013 La rendita è sospesa soltanto per i mesi civili interi durante i quali l'AI assume la parte preponderante delle spese di vitto e alloggio (RCC 1983 pag. 323).
- 9014 L'assunzione delle spese è considerata preponderante quando l'AI sopprime interamente alle spese di vitto e alloggio durante almeno cinque giorni la settimana (art. 28 cpv. 3 OAI; RCC 1983 pag. 323). Questa condizione è ritenuta adempiuta quando un istituto (centro d'integrazione) applica di regola la settimana di 5 giorni.
- 9015 L'assunzione da parte dell'AI delle sole spese di vitto non è mai considerata un'assunzione della parte preponderante delle spese, poiché l'esperienza ha dimostrato che se l'assicurato alloggia altrove non consuma che una parte dei pasti nel luogo in cui essi sono coperti dall'AI.
- 9016 L'ufficio AI si basa sulle condizioni effettive esistenti nello stabilimento d'integrazione, indipendentemente dal fatto che l'assicurato ne usufruisca o meno.

5. Sostituzione di un'indennità giornaliera AI con una rendita AI

(v. la CIGAI)

Articolo 47 capoverso 2 LAI

Se una rendita sostituisce l'indennità giornaliera, in deroga all'articolo 19 capoverso 3 LPGA la rendita è versata senza riduzioni anche per il mese in cui termina il diritto all'indennità giornaliera. Per contro, in questo mese l'indennità giornaliera è ridotta di un trentesimo dell'importo della rendita.

6. Reintegrazione e provvedimenti di reinserimento: rendita anziché indennità giornaliera

Art. 22 cpv. 5^{bis} LAI

5^{bis} Se un assicurato riceve una rendita, questa continua a essergli versata al posto delle indennità giornaliere durante l'esecuzione dei provvedimenti di reinserimento secondo l'articolo 14a e dei provvedimenti di reintegrazione di cui all'articolo 8a.

Art. 47 cpv. 1 e 1^{bis} LAI

¹In deroga all'articolo 19 capoverso 3 LPGA13, le rendite possono continuare a essere concesse durante l'esecuzione di provvedimenti di accertamento e d'integrazione nonché di provvedimenti di reintegrazione secondo l'articolo 8a.

^{1bis} Le rendite sono concesse:

- a. fino alla decisione dell'ufficio AI secondo l'articolo 17 LPGA, se l'assicurato partecipa a provvedimenti di reintegrazione secondo l'articolo 8a;*
- b. al massimo fino alla fine del terzo mese civile completo che segue l'inizio dei provvedimenti, nel caso di altri provvedimenti d'integrazione.*

9016.1 Durante l'esecuzione dei provvedimenti di reintegrazione la rendita continua ad essere versata senza modifiche. Questo vale anche quando l'assicurato percepisce un guadagno supplementare durante questo periodo.

- 9016.2 Se un assicurato riceve una rendita AI, questa continua ad essergli versata al posto dell'indennità giornaliera *durante l'esecuzione dei provvedimenti di reinserimento* secondo l'articolo 14a LAI (art. 22 cpv. 5^{bis} LAI).

7. Diritto sia all'indennità giornaliera che alla rendita

Art. 22 cpv. 5^{ter} LAI

Se a causa dell'esecuzione di un provvedimento l'assicurato subisce una perdita di guadagno o la soppressione dell'indennità giornaliera di un'altra assicurazione, l'assicurazione gli versa un'indennità giornaliera oltre alla rendita.

Art. 47 cpv. 1^{ter} LAI

Oltre alla rendita l'assicurato riceve un'indennità giornaliera. Durante l'esecuzione di provvedimenti di accertamento e d'integrazione, quest'ultima è tuttavia ridotta di un trentesimo dell'importo della rendita, per la durata del periodo in cui sussiste il doppio diritto.

- 9016.3 Un assicurato che durante l'esecuzione dei provvedimenti di reintegrazione giusta l'articolo 8a LAI percepisce una rendita AI, ha diritto a un'indennità giornaliera qualora subisca una perdita di guadagno a causa dell'esecuzione di tale provvedimento. Questo capita per esempio quando un assicurato che oltre a percepire una rendita esercita un'attività lucrativa è incapacitato a svolgere questa attività dato che deve seguire un provvedimento durante l'intera giornata. Può anche essere il caso di assicurati che percepiscono un reddito di sostituzione sotto forma di un'indennità giornaliera di un'altra assicurazione. Qualora il versamento di questa indennità venisse sospeso a causa del provvedimento, questi assicurati hanno diritto a un'indennità giornaliera dell'AI.
- 9016.4 Nel caso dei provvedimenti di reintegrazione per i beneficiari di una rendita, l'indennità giornaliera non è ridotta di un trentesimo dell'importo della rendita.

Capitolo 2: Rendita AI – rendita dell'AVS

Articolo 43 capoverso 1 LAI

Le persone vedove e gli orfani che adempiono contemporaneamente le condizioni del diritto a una rendita per i superstiti dell'AVS e dell'assicurazione per l'invalidità, beneficiano di una rendita intera d'invalidità. È versata loro soltanto la rendita più elevata.

Articolo 28^{bis} LAVS

Se un orfano soddisfa contemporaneamente le condizioni di una rendita per orfani e una rendita vedovile o una rendita secondo la LAI, è versata soltanto la rendita più elevata. Se entrambi i genitori sono deceduti, il confronto avviene in base alla somma delle due rendite per orfani.

9017 Occorre osservare i N. 3401, 3405 e 5618 DR.

Capitolo 3: Rendita AI – Rendita o provvedimento di integrazione dell'AINF obbligatoria, dell'AM o della PP

1. Rendita AI – Provvedimenti d'integrazione dell'AINF o dell'AM

9018 Essendo l'integrazione fondamentale prioritaria sulla rendita un provvedimento d'integrazione dell'AINF o dell'AM esclude per principio una rendita AI (RCC 1986 pag. 627), sempreché la prestazione accordata dalle assicurazioni menzionate non sia un provvedimento di integrazione vero e proprio, ma, per esempio, il trattamento di un'infermità (cura medico-sanitaria) (RCC 1963 pag. 406).

Esempio:

Un'operaia subisce nel settembre del 2006 due gravi fratture in un infortunio sul lavoro. Seguono delle complicazioni (reni, vescica). Nel settembre del 2007, un anno dopo l'infortunio, il trattamento terapeutico coperto dalla Suva non è ancora terminato. La reintegrazione professionale non è ancora possibile. Malgrado i provvedimenti sanitari

che la Suva continua a finanziare, l'assicurata ha diritto a una rendita intera dell'AI dal mese di settembre 2007.

2. Rendita AI – Rendita dell'AINF o dell'AM

Art. 66 cpv. 1 e 2, lett. a e b, LPGA

¹ *Le rendite e le indennità in capitale delle varie assicurazioni sociali sono cumulabili, salvo nei casi di sovraindennizzo.*

² *Le rendite e le indennità in capitale sono fornite secondo le disposizioni della singola legge interessata e nel seguente ordine:*

- a. dall'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti o dall'assicurazione per l'invalidità;*
- b. dall'assicurazione militare o dall'assicurazione contro gli infortuni.*

Art. 69 cpv. 1 e 2 LPGA

¹ *Il concorso di prestazioni delle varie assicurazioni sociali non deve provocare un sovraindennizzo dell'avente diritto. Per il calcolo del sovraindennizzo sono considerate soltanto le prestazioni della medesima natura e destinazione fornite all'avente diritto in base all'evento dannoso.*

² *Vi è sovraindennizzo se le prestazioni sociali legalmente dovute superano il guadagno di cui l'assicurato è stato presumibilmente privato in seguito all'evento assicurato, incluse le spese supplementari provocate dallo stesso evento ed eventuali diminuzioni di reddito subite dai congiunti.*

- 9019 La valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione contro gli infortuni non ha alcun effetto vincolante per l'assicurazione invalidità (DTF 133 V 549; DTF 131 V 362; Pratique VSI 2004 pag. 186) e viceversa.
- 9020 Il grado d'invalidità può essere differente per esempio per i motivi seguenti:
- se il grado d'invalidità determinato dall'AINF risulta da un vizio giuridico o da una decisione discrezionale non sostenibile;

- se la rendita AI copre anche un'invalidità non assicurata dalla LAINF (attività nell'economia domestica, lavoro indipendente ecc.);
- se l'AINF non ha effettuato un confronto dei redditi, ma ha assegnato una buonuscita (RCC 1983, pag. 100, 1981 pag. 38);
- se l'AINF ha determinato il grado d'invalidità sulla base di un confronto (Pratique VSI 2003 pag. 107);
- se tra la Suva e l'assicurato è stato concluso un accordo salariale nel quadro di un'assicurazione facoltativa (art. 66 cpv. 4 LAINF, art. 135 cpv. 2 OAINF);
- se l'AINF ha già stabilito un grado o un termine per la rendita;
- se l'AINF ha determinato il grado d'invalidità senza tener conto dell'età avanzata dell'assicurato (art. 28 cpv. 4 OAINF) oppure
- in caso di disturbi supplementari non dovuti all'infortunio (9C_7/2008).

- 9021 Per la valutazione dell'invalidità l'AI deve attenersi alle decisioni dell'AM in materia passate in giudicato. L'effetto vincolante tra queste due assicurazioni permane (9C_858/2008).
- 9022 Se non possono essere escluse prestazioni obbligatorie dell'AINF o dell'AM, gli assicuratori si scambiano i dati. In caso d'invalidità dovuta esclusivamente a infortunio, l'ufficio AI si accorda dapprima con l'AINF (v. l'accordo sulla collaborazione interistituzionale [CII-plus], in vigore dal 1° gennaio 2008).
- 9023 Quando si rivede una rendita corrente dell'AI, il grado d'invalidità può essere adeguato a quello dell'AINF o dell'AM soltanto se sono adempite le condizioni della revisione (N. 5001 segg.) o della riconsiderazione (N. 5031 segg.).

3. Rendita AI – Rendita della PP

- 9023.1
1/13 L'assicurato può eventualmente avere interesse a che il suo grado d'invalidità sia fissato con precisione, se un grado lievemente più elevato comporterebbe l'assegnazione di un'altra frazione di rendita nel 2° pilastro (9C_858/2010).

Capitolo 4: Assegno per grandi invalidi dell'AI o dell'AVS – Assegno per grandi invalidi dell'AINF o dell'AM

Art. 66 cpv. 3 LPGA

Gli assegni per grandi invalidi sono accordati, secondo le disposizioni della singola legge interessata, esclusivamente e nel seguente ordine:

- a. dall'assicurazione militare o dall'assicurazione contro gli infortuni;*
- b. dall'assicurazione per l'invalidità o dall'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti.*

- 9024 Quando *la grande invalidità è dovuta esclusivamente a un infortunio*, ai sensi dell'articolo 66 capoverso 3 LPGA non si ha contemporaneamente diritto ad un AGI dell'AI o dell'AVS e ad uno dell'AINF o dell'AM. Se invece in un determinato periodo sono adempiute soltanto le condizioni di diritto dell'AI o dell'AVS, si ha diritto a un AGI dell'AI (e nel caso dei minorenni eventualmente anche a un SCI) o dell'AVS soltanto finché non è sorto il diritto a una corrispondente prestazione dell'AINF o dell'AM (RAMI 1999 N. U 321 pag. 84).
- 9025 Nel caso in cui un assicuratore ai sensi della LAINF o della LAM è coinvolto, gli atti dovranno sempre essergli trasmessi.
- 9026 *Se la grande invalidità è dovuta solo parzialmente a un infortunio*, l'AINF ha diritto alla parte dell'AGI dell'AI o dell'AVS, che queste ultime verserebbero se l'assicurato non avesse subito un infortunio (art. 42 cpv. 6 LAI, art. 43^{bis})

cpv. 5 LAVS, art. 39^{bis} cpv. 2 OAI, art. 38 cpv. 5 OAINF; v. N. 8003 segg.; Circ. sulla grande invalidità dell'AVS o dell'AI in caso di grande invalidità dovuta ad infortunio).

Parte 5: Disposizioni finali

- 10.001 La presente circolare entra in vigore il 1° luglio 2020. Essa sostituisce la versione valida dal 1° gennaio 2018.

Allegato I – Elenco dei moduli

Gli uffici AI possono utilizzare i propri moduli anziché quelli ufficiali (<https://www.ahv-iv.ch/it/Opuscoli-Moduli/Moduli/Prestazioni-dellAI>) se sono simili, nel contenuto e nella struttura, ai moduli ufficiali. In tal caso essi devono trasmetterne un esemplare all'UFAS. Per i moduli di richiesta non vi è questa possibilità.

Allegato II – Calcolo dell’incapacità lavorativa media e del periodo di attesa in base a un esempio (v. N. 2023 segg.)

Esempio:

Un agricoltore è stato inabile al lavoro al 20 per cento per anni. Dal 15.10.2016 al 31.12.2016 è stato inabile al lavoro al 100 per cento e dal 01.01.2017 al 50 per cento. Quando è scaduto il periodo di attesa durante il quale è stato inabile al lavoro per almeno il 40 per cento in media?

Formula

$$\begin{array}{rclcl} \text{(a giorni al} & & + \text{(b giorni al} & & + \text{(c giorni al} & & = \text{(365 giorni} \\ \text{20 \%)} & & \text{100 \%)} & & \text{50 \%)} & & \text{ad almeno} \\ & & & & & & \text{40 \%)} \end{array}$$

$$a \text{ giorni} + b \text{ giorni} + c \text{ giorni} = 365 \text{ giorni}$$

$$b = 78 \text{ giorni (15.10. – 31.12.2016)}$$

$$c = 365 \text{ giorni} - 78 \text{ giorni} - a = 287 \text{ giorni} - a$$

Calcolo

$$\begin{array}{rclcl} \text{(a x} & + \text{(78 x} & + \text{([287 - a] x} & & = \text{365 x 40 \%} \\ \text{20 \%)} & \text{100 \%)} & \text{50 \%)} & & \\ \text{20a} & + \text{7 800} & + \text{14 350 - 50}^\circ & = \text{14 600} \\ & & \text{22 150 - 30}^\circ & = \text{14 600} \\ & & \text{7 550 - 30}^\circ & = \text{0} \\ & & \text{7 550} & = \text{30a} \\ & & \text{7 550 : 30} & = \text{a} \\ & & \text{251,6} & = \text{a} \end{array}$$

$$\Rightarrow a = 251 \text{ giorni,} \quad c = 287 - 251 = 36 \text{ giorni,} \quad b = 78 \text{ giorni}$$

Il periodo di attesa è scaduto il 5 febbraio 2017 (36 giorni al 50 % nel 2017).

Allegato III – Direttive sul calcolo della grande invalidità determinante per i minorenni

7/20

Le seguenti direttive riportano dati indicativi concernenti l'età da non applicare rigorosamente. Nella maggior parte dei casi possono esservi differenze per difetto o per eccesso che sono "normali", ossia non determinate da una malattia, e che non devono essere prese in considerazione nel calcolo del bisogno di aiuto. In questo senso le direttive vanno seguite in maniera flessibile.

Età media per prendere in considerazione il notevole onere supplementare dovuto all'invalidità negli atti ordinari della vita – determinante per l'inizio del periodo di attesa	Osservazioni
1. Vestirsi e svestirsi	
<p>A <i>3 anni</i> un bambino sa vestirsi e svestirsi ma ha bisogno di aiuto per singole azioni come abbottonarsi e sbottonarsi.</p> <p>A <i>5 anni</i> calza le scarpe sul piede giusto e riconosce il verso giusto degli abiti. Riesce in gran parte a vestirsi e svestirsi da solo.</p> <p>A <i>6 anni</i> sa allacciarsi le scarpe (determinante per i bambini che devono portare scarpe con i lacci a causa dell'invalidità). L'azione di abbottonarsi e sbottonarsi non pone più alcun problema.</p> <p>A <i>partire da 10 anni</i> non è più necessario alcun controllo.</p>	<p>A partire dall'inizio dell'onere supplementare:</p> <ul style="list-style-type: none"> – applicazione di protesi e ortesi; – in caso di spasticità grave (p. es. paresi cerebrale); – in caso di cure complesse della pelle (solo in caso di epidermolisi bollosa, neurodermite, bambini farfalla o disturbi simili).

Età media per prendere in considerazione il notevole onere supplementare dovuto all'invalidità negli atti ordinari della vita – determinante per l'inizio del periodo di attesa	Osservazioni
Nella maggior parte dei casi la scelta dei vestiti è adeguata.	
2. Alzarsi, sedersi, sdraiarsi	
<p>A <i>15 mesi</i> si alza senza bisogno di aiuto. Può cambiare posizione da solo (dalla posizione seduta a quella eretta o sdraiata e viceversa).</p> <p>A <i>24 mesi</i> si siede da solo su una sedia o al tavolo ed è in grado di salire sul letto e scendere dal letto da solo.</p>	<p>L'aiuto per entrare e uscire da un letto con le sbarre a partire da 24 mesi è considerato solo se l'utilizzo di un letto simile è necessario per ragioni di salute.</p> <p>Onere supplementare a partire <i>da 4 anni</i>: il bambino deve essere assicurato a letto perché continua ad alzarsi di notte e necessita dunque di essere riportato a letto e tranquillizzato.</p> <p>Onere supplementare a partire <i>da 8 anni</i>: rituali per fare addormentare il bambino, se necessari per ragioni di salute e se superano il livello normale.</p>
3. Mangiare	
<p>A <i>18 mesi</i> il bambino usa con sicurezza il cucchiaino e la tazza che solleva e posa dopo aver bevuto.</p> <p>A <i>3 anni</i> ha bisogno solo raramente di aiuto per mangiare cibi</p>	<p>Occorre considerare come onere supplementare anche:</p> <ul style="list-style-type: none"> – i passati e le pappe, se non tipici dell'età del bambino (a partire da 2 anni); – l'alimentazione per sonda (dall'inizio dell'onere supplementare);

<p>Età media per prendere in considerazione il notevole onere supplementare dovuto all'invalidità negli atti ordinari della vita – determinante per l'inizio del periodo di attesa</p>	<p>Osservazioni</p>
<p>sminuzzati. Sa usare il cucchiaino e la forchetta.</p> <p>A <i>6 anni</i> sa generalmente sminuzzare da solo i cibi. In qualche caso (p. es. carne) ha ancora bisogno di aiuto mirato. L'uso delle posate non pone più alcun problema.</p> <p>A <i>8 anni</i> sa mangiare da solo e tagliare anche la carne o la pizza. Per il riconoscimento di una grande invalidità va però tenuto conto del N. 8018.</p>	<p>– la sorveglianza per il rischio di soffocamento nel mangiare (p. es. in caso di epilessia), N. 8031 (a partire dai 13 mesi);</p> <p>– pasti ripetuti (base: a partire da 5 pasti al giorno, p. es. in caso di malattie del metabolismo o gastriti; dall'inizio dell'onere supplementare).</p> <p>– per bambini autistici / eretistici: dover riportare continuamente il bambino al tavolo durante il suo pasto (a partire da 6 anni)</p>
<p>4. Lavarsi, pettinarsi, fare il bagno o la doccia</p> <p>A <i>6 anni</i> il bambino non si fa più aiutare volentieri nella pulizia personale. Il controllo è tuttavia necessario.</p> <p>A partire da <i>8 anni</i>, può lavarsi i capelli e pettinarsi da solo ma un controllo è ancora necessario.</p> <p>A partire da <i>10 anni</i> non ha più bisogno di alcun controllo regolare.</p>	<p>Onere supplementare:</p> <p>– nel caso di invalidi gravi, se per ragioni sanitarie sono necessarie 2 persone per fare il bagno (da 4 anni).</p>

Età media per prendere in considerazione il notevole onere supplementare dovuto all'invalidità negli atti ordinari della vita – determinante per l'inizio del periodo di attesa	Osservazioni
5. Andare al gabinetto	
<p>A 3 <i>anni</i> il bambino non ha, in prevalenza, più bisogno di pannolini di giorno.</p> <p>A 4 <i>anni</i> non sono più necessari i pannolini di notte visto che, di regola, il bambino non bagna più il letto. Può andare da solo al gabinetto ma necessita ancora di un controllo (per la pulizia e per rimettere a posto i vestiti).</p> <p>A 6 <i>anni</i> il bambino sa pulirsi e anche sistemarsi i vestiti da solo.</p>	<p>Sono da considerare come onere supplementare:</p> <ul style="list-style-type: none"> – evacuazione manuale dell'intestino; – uso regolare del catetere; – clisteri (dispendio di tempo), cambio molto frequente dei pannolini per ragioni sanitarie, difficoltà a cambiare i pannolini a causa di una spasticità grave a partire dal momento in cui questa raggiunge un livello straordinario.
6. Spostarsi in casa o all'esterno, curare i rapporti sociali	
<p>A 15 <i>mesi</i> un bambino può camminare da solo.</p> <p>A 3 <i>anni</i> sa salire le scale da solo.</p> <p>A partire da 5 <i>anni</i>, il bambino stabilisce contatti sociali nell'ambiente circostante. Nella maggior parte dei casi il suo linguaggio è comprensibile, anche per chi non lo conosce. Sa andare da solo a scuola, se il tragitto non è pericoloso. Conosce le regole sociali e</p>	<p>A partire da 4 <i>anni</i> non dovrebbe più essere necessario un buggy per i percorsi normali. Questo va tenuto presente soprattutto per i bambini con difficoltà motorie e malati di cuore ecc.</p> <p>Nel caso degli epilettici, a partire da 4 <i>anni</i>, per la sorveglianza personale necessaria a causa del rischio praticamente quotidiano di cadute, N. 8031.</p>

Età media per prendere in considerazione il notevole onere supplementare dovuto all'invalidità negli atti ordinari della vita – determinante per l'inizio del periodo di attesa	Osservazioni
<p>riesce a tenere una conversazione.</p> <p>A partire da <i>8 anni</i>, il bambino è consapevole delle regole della circolazione stradale e sa valutare i pericoli.</p>	
Cure permanenti	
<p>A <i>15 anni</i> dovrebbe essere possibile prendere da soli i medicinali.</p> <p>Dall'inizio delle cure occorre considerare le seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – applicare apparecchi sanitari di cura (p. es. ortesi); – rigirare l'invalido, p. es., in caso di decubito; – muovere gli arti paralizzati; – inalare; – applicare bende; – mettere calze di sostegno. 	

Età media per prendere in considerazione il notevole onere supplementare dovuto all'invalidità negli atti ordinari della vita – determinante per l'inizio del periodo di attesa	Osservazioni
Sorveglianza personale	
<p>Di regola prima dei <i>6 anni</i> la sorveglianza personale non va presa in considerazione.</p> <p>Per i bambini affetti da autismo infantile o colpiti da frequenti attacchi di epilessia che nessuna medicazione riesce a tenere sotto controllo il bisogno di sorveglianza può essere riconosciuto già a partire da <i>4 anni</i>, a seconda della situazione e della gravità del disturbo.</p> <p>Generalmente prima degli <i>8 anni</i> non bisogna considerare una sorveglianza particolarmente intensiva.</p>	<p>Se vi è il rischio di soffocamento per frequente vomito, la sorveglianza va considerata dall'inizio.</p> <p>In caso di problemi respiratori, la sorveglianza non è sempre necessaria (dipende dalla gravità e dall'applicabilità di misure non personali quali la sorveglianza mediante monitor ecc.).</p>
Casi speciali di grande invalidità di grado esiguo:	
<ul style="list-style-type: none"> – dialisi a domicilio (N. 8063); – a partire da <i>5 anni</i>, ciechi, gravi impediti alla vista e invalidi fisici gravi (N. 8065 e 8068); – bambini audiolesi gravi che necessitano di prestazioni regolari e rilevanti dei genitori o di terzi per consolidare la capacità di comunicazione, dall'inizio del provvedimento pedagogico-terapeutico (N. 8067). 	<p>Per i minorenni con una maschera PEP o che si sottopongono a una dialisi peritoneale il diritto è giustificato al massimo <i>fino a 15 anni compiuti</i> (N. 8063).</p>

Età media per prendere in considerazione il notevole onere supplementare dovuto all'invalidità negli atti ordinari della vita – determinante per l'inizio del periodo di attesa	Osservazioni
Caso speciale di grande invalidità di grado elevato	
– Sordo-ciechi e sordi con una grave debolezza alla vista, a partire <i>da 5 anni</i> (N. 8056).	

Le direttive e i dati concernenti l'età si basano su diverse fonti, le più importanti delle quali sono elencate qui di seguito. Nella maggior parte dei casi queste fonti indicano lassi di tempo. L'UFAS ha ripreso il valore medio oppure il limite superiore badando a che venga creato il numero più basso possibile di classi di età. La tabella è stata sottoposta per parere alla Società svizzera di pediatria.

Brazelton, T. Berry (1994): *Points forts. Tome 1: De la naissance à 3 ans*. Paris: Librairie générale française.

Dixon, Suzanne D.; Stein; Martin T. (2006). *Encounters with children: pediatric behavior and development* (4th ed.). Philadelphia: Mosby Elsevier.

Scheda informativa sul Denver Developmental Screening Test. In: Gortner, Ludwig; Meyer, Sascha; Sitzmann, Friedrich Carl Sitzmann (2012). *Pädiatrie* (4a edizione). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Ferland, Francine (2004). *Le développement de l'enfant au quotidien. Du berceau à l'école primaire*. Editions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Herzka, Heinz S.; Ferrari, Bernardo; Reukauf, Wolf (2001). *Das Kind von der Geburt bis zur Schule* (7a edizione rielaborata e ampliata). Basel: Schwabe & Co. AG Verlag.

Largo, Remo (2001). *Babyjahre* (nuova edizione aggiornata). Zürich: Piper München

Allegato IV – Tetti massimi di tempo e aiuto prestato in funzione dell'età

7/20

Il tempo necessario per l'aiuto prestato in funzione dell'età si basa sulle esperienze maturate da diversi uffici AI.

Si tratta di valori medi. La tabella è stata sottoposta per parere alla Società svizzera di pediatria.

I tetti massimi di tempo conteggiabile si basano sui valori fissati nello strumento di accertamento FAKT, tenendo conto che i valori temporali in esso raccolti coprono il bisogno di aiuto di una persona adulta. Sono dunque stati effettuati i relativi adeguamenti in funzione dell'età, dato che l'aiuto prestato a un assicurato minorenni risulta meno intenso di quello fornito a un adulto in ragione del peso corporeo e delle dimensioni più ridotti.

In base a questa premessa, è possibile conteggiare il tempo per l'aiuto prestato analogamente a quanto avviene per un adulto solo a partire da 10 anni.

È inoltre stato tenuto conto di diversi oneri supplementari: a questo scopo sono stati ripresi valori in uso da diversi anni, basati su vari rilevamenti effettuati in diversi istituti e asili nido nonché presso i genitori. I valori sono stati discussi approfonditamente in seno a un gruppo di lavoro composto da specialisti di vari uffici AI e in seguito verificati e sottoposti a test.

Tetti massimi per ambito	Aiuto prestato in funzione dell'età
1. Vestirsi e svestirsi	
Fino a 3 anni: 20 minuti	Fino a 3 anni: 20 minuti
Fino a 6 anni: 25 minuti	Fino a 6 anni: 15 minuti
Fino a 10 anni: 30 minuti	Fino a 10 anni: 5 minuti
Da 10 anni: 35 minuti	
Supplemento per spasticità grave: 10 minuti	Nessuna deduzione in caso di mezzi ausiliari

Tetti massimi per ambito	Aiuto prestato in funzione dell'età
<p>Supplemento per comportamento di opposizione (da 3 anni): 10 minuti</p> <p>Supplemento per cure complesse della pelle: 10 minuti (fino a 10 anni):</p> <p>Ripetuto cambio di vestiti (da 3 anni): 15 minuti / massimo 5 minuti per cambio. Questo supplemento è riconosciuto solo se il ripetuto cambio di vestiti è una conseguenza del danno alla salute (sudorazione estrema, incontinenza, elevata salivazione).</p> <p>Mezzi ausiliari che servono a mantenere lo svolgimento di un atto ordinario della vita (p. es. protesi / ortesi): 15 minuti.</p>	
<p>2. Alzarsi, sedersi, sdraiarsi (incluso l'aiuto indiretto)</p>	
<p>Fino a 3 anni: 10 minuti</p> <p>Fino a 6 anni: 20 minuti</p> <p>Fino a 10 anni: 25 minuti</p> <p>Da 10 anni: 30 minuti</p> <p>Supplemento per sistemazione e fissazione nel letto, sulla sedia a rotelle, sul verticalizzatore, sulla sedia particolarmente impegnative o per spasticità grave: 15 minuti</p> <p>Supplemento per una seconda persona d'aiuto o per utilizzo del</p>	<p>Fino a 15 mesi: 10 minuti</p> <p>Fino a 2 anni: 5 minuti</p>

Tetti massimi per ambito	Aiuto prestato in funzione dell'età
<p>sollevatore pazienti (da 8 anni): 10 minuti</p> <p>Supplemento per comportamento di opposizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> – da 6 anni: 25 minuti – da 10 anni: 30 minuti <p>Onere supplementare nella notte (per ragioni mediche)</p> <ul style="list-style-type: none"> – alzarsi, tranquillizzare (da 4 anni): 30 minuti – cambiamenti di posizione: 6 minuti 	
3. Mangiare	
<p>Fino a 18 mesi: 90 minuti</p> <p>Da 18 mesi: 75 minuti</p> <p>Da 3 anni: oltre ai 60 minuti, 10 minuti ciascuno per spuntino mattutino e merenda</p> <p>Supplemento per disturbi della deglutizione e della masticazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> – per i pasti principali: 30 minuti – per spuntino mattutino e merenda: 5 minuti ciascuno <p>Riduzione dei cibi in purè (da 2 anni): 10 minuti</p> <p>Sminuzzare il cibo nel piatto (da 4 anni): 5 minuti</p>	<p>Fino a 18 mesi: 90 minuti</p> <p>Fino a 3 anni: 75 minuti</p> <p>Fino a 6 anni: 15 minuti</p> <p>Fino a 8 anni: 5 minuti</p> <p>A partire da 3 anni: deduzione generale di 75 minuti al giorno (15 minuti per la colazione e 30 minuti per ogni pasto principale) per il tempo di presenza a tavola, se la madre o il padre può mangiare mentre nutre il bambino.</p> <p>Da 12 anni: 30 minuti per la presenza a tavola</p> <p>Fino a 6 anni: deduzione di 10 minuti per ogni spuntino per il tempo di presenza a tavola.</p>

Tetti massimi per ambito	Aiuto prestato in funzione dell'età
<p>Alimentazione per sonda:</p> <ul style="list-style-type: none"> – se la presenza di un genitore è necessaria durante tutta la durata dell'alimentazione: 150 minuti oppure – tempo necessario per azioni concrete durante l'alimentazione: 150 minuti – solo la preparazione e la rimozione della sonda: 25 minuti <p>(Le cure connesse alla sonda vanno conteggiate come cura)</p> <p>Necessità di riportare ripetutamente a tavola o comportamento di opposizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> – per spuntino mattutino e merenda: 5 minuti ciascuno – per i pasti principali: <ul style="list-style-type: none"> • da 6 anni: 25 minuti • da 12 anni: 30 minuti 	<p>Si può dedurre il tempo di presenza a tavola o il tempo dedicato a un bambino senza disabilità, ma non entrambi.</p> <p>L'aiuto prestato in funzione dell'età deve essere dedotto anche in caso di alimentazione per sonda, il tempo di presenza a tavola invece no.</p>
4. Lavarsi, pettinarsi, fare il bagno o la doccia	
<p>Da 4 a 6 anni: 30 minuti</p> <p>Fino a 8 anni: 40 minuti</p> <p>Fino a 10 anni: 50 minuti</p> <p>Da 10 anni: 60 minuti</p> <p>Supplemento per una seconda persona d'aiuto o per utilizzo del sollevatore pazienti (da 4 anni): 20 minuti</p>	<p>Fino a 6 anni: 30 minuti</p> <p>Da 6 a 8 anni: 15 minuti</p> <p>Fino a 10 anni: 5 minuti</p>

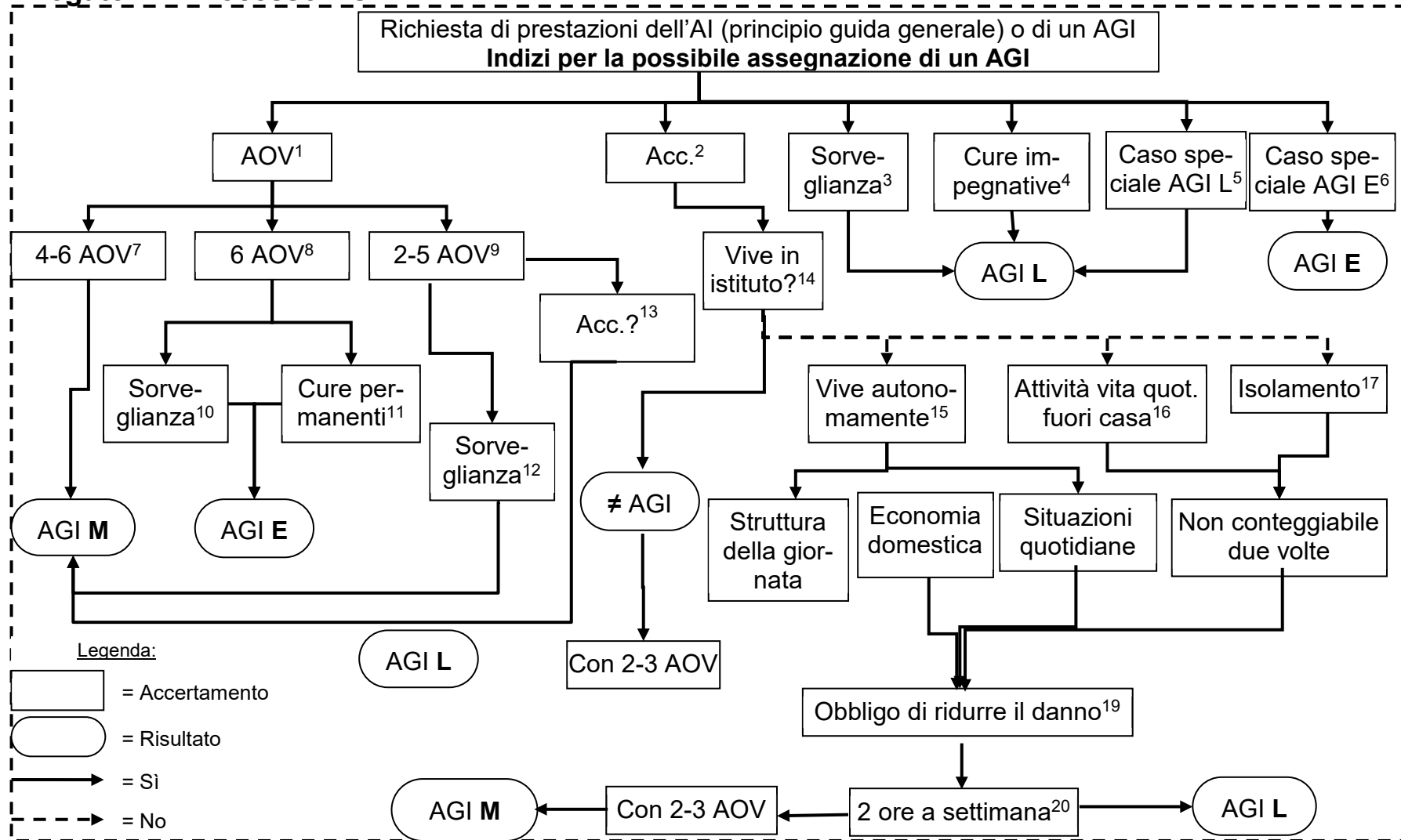
Tetti massimi per ambito	Aiuto prestato in funzione dell'età
Supplemento per comportamento di opposizione (da 6 anni): 20 minuti	
5. Andare al gabinetto (trasferimento sul WC, risistemazione dei vestiti, pulizia del corpo, verifica della pulizia)	
<p>Fino a 6 anni: 30 minuti</p> <p>Fino a 10 anni: 40 minuti</p> <p>Da 10 anni: 50 minuti</p> <p>Onere supplementare per spasticità grave: 10 minuti</p> <p>Onere supplementare per allenamento ad usare il WC: da 3 a 10 anni): 20 minuti</p> <p>Onere supplementare per cate- terizzazione: 60 minuti</p> <p>Onere supplementare per cli- stere: 5 minuti</p> <p>Onere supplementare per lavag- gio intestinale: 5 minuti per volta (massimo 1 volta al giorno)</p> <p>Onere supplementare per eva- cuazione manuale dell'intestino: 15 minuti per volta (massimo 1 volta al giorno)</p> <p>Onere supplementare per cam- bio molto frequente dei pannolini</p>	<p>Fino a 3 anni: si parte dal presup- posto che si debbano cambiare 6 pannolini al giorno: 30 minuti al giorno</p> <p>Fino a 4 anni: 10 minuti</p> <p>Fino a 6 anni: 5 minuti</p>

Tetti massimi per ambito	Aiuto prestato in funzione dell'età
<p>o ulteriore accompagnamento al WC (da 6 volte al giorno): 5 minuti per volta</p> <p>Onere supplementare per comportamento di opposizione (da 3 anni): 20 minuti</p> <p>Onere supplementare per mettere/togliere mezzi ausiliari: 5 minuti per mezzo ausiliario e volta, al massimo 20 minuti al giorno</p>	
6. Spostarsi in casa o all'esterno, curare i rapporti sociali	
	Nessuna deduzione
Cure permanenti	
<p>Somministrazione di medicinali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orale / rettale / transdermica (da 15 anni): 1 minuto per medicamento - impegno considerevole, se i medicinali devono essere p. es. pestati, diluiti, aspirati e infine somministrati con fatica in bocca per siringa (dopo consultazione con il SMR): 5 minuti per medicamento - sottocutanea / intramuscolare / intravenosa: 5 minuti per medicamento - medicinali per sonda: 3 minuti per volta <p>Provvedimenti diagnostici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - misurazione della temperatura: 1 minuto per volta 	<p>Nessuna deduzione</p> <p>Valori di riferimento massimi per</p> <ul style="list-style-type: none"> - aspirazione delle secrezioni: 180 minuti - provvedimenti speciali in caso di problemi complessi della pelle: 180 minuti - respirazione: 60 minuti

Tetti massimi per ambito	Aiuto prestato in funzione dell'età
<ul style="list-style-type: none"> – controllo di zucchero nel sangue, pressione sanguigna, polso: 5 minuti al giorno <p>Allenamento per stare in piedi / NF-Walker: 5 minuti per volta</p> <p>Inalazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – inalazioni a vapore, necessità di una persona presente: 15 minuti per volta (incluse preparazione e pulizia) – inalazioni a vapore (solo preparazione e pulizia): 5 minuti – turbohaler: 1 minuto per volta <p>Cura della sonda:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nuovo inserimento di sonde (nasale, gastrica): 15 minuti per volta – cura delle ferite da sonda (PEG /Port), gastrostomia, button, cystofix: 15 minuti per volta – fissaggio, cura della pelle e controllo: 10 minuti per volta <p>Cannula tracheale: cambio della fascetta / cura della cannula (necessità di due persone): 20 minuti per cambio</p> <p>Mettere e togliere mezzi ausiliari a scopo terapeutico (ortesi /protesi / corsetto, ecc.): 5 minuti per volta</p> <p>Dilatazione (ano): 15 minuti per volta</p>	

Tetti massimi per ambito	Aiuto prestato in funzione dell'età
Tempo forfettario per esercizi di fisioterapia, ergoterapia o di terapia respiratoria a domicilio: 30 minuti al giorno e per terapia	
Sorveglianza personale	
	Nessuna deduzione
Accompagnamento per le visite dal medico e/o dal terapeuta	
	Si tratta soltanto di visite legate all'invalidità, di cui un bambino non invalido non avrebbe bisogno; le visite normali dal pediatra, dal dentista ecc. non sono quindi prese in considerazione.

Allegato V – Processo AGI



Legenda:

- 1) [CIGI 8010-8024](#)
- 2) [Art. 38 OAI](#), [CIGI 8040–8052.2](#)
- 3) [CIGI 8035-8038](#)
- 4) [Art. 37 cpv. 3 lett. c OAI](#), [CIGI 8057-8063](#)
- 5) Contatti sociali: [art. 37 cpv. 3 lett. d OAI](#), [CIGI 8064–8068](#)
- 6) [CIGI 8056](#)
- 7) [Art. 37 cpv. 2, lett. a OAI](#)
- 8) [Art. 37 cpv. 1 OAI](#), [CIGI 8008](#)
- 9) [Art. 37 cpv. 2, lett. a OAI](#), [CIGI 8009](#)
- 10) [Art. 37 cpv. 1 OAI](#)
- 11) [Art. 37 cpv. 1 OAI](#), [CIGI 8032–8034](#)
- 12) [Art. 37 cpv. 2 lett. b OAI](#)
- 13) [Art. 37 cpv. 2 lett. c OAI](#)
- 14) [Art. 35^{ter} OAI](#), [CIGI 8005–8007](#), [CIGI 8043](#)
- 15) [Art. 38 cpv. 1 lett. a OAI](#), [CIGI 8050–8050.3](#)
- 16) [Art. 38 cpv. 1 lett. b OAI](#), [CIGI 8051](#)
- 17) [Art. 38 cpv. 1 lett. c OAI](#), [CIGI 8052–8052.2](#)
- 18) [CIGI 8048](#), [8055](#). Attenzione: se è stato riconosciuto un bisogno di aiuto per spostarsi o intrattenere contatti sociali nell'ambito del compimento degli atti ordinari della vita, questo bisogno non può più essere preso in considerazione per l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana ([N. 8048](#) e [8055 CIGI](#)). È però possibile considerare il bisogno di aiuto solo per l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana (e non per il compimento degli atti ordinari della vita spostamento / contatti sociali), se questo è l'unico modo per motivare il diritto a un AGI.
- 19) [CIGI 8050.3](#), [8085](#)
- 20) [CIGI 8053](#)

Allegato VI – Indicatori standard in dettaglio

Nota bene: l'uso del catalogo va sempre adattato alle circostanze del caso. Non si tratta di una lista di controllo da verificare punto per punto (DTF 141 V 281, consid. 4.1.1)

A. Categoria «gravità delle limitazioni funzionali»	
a. Sottocategoria «Danno alla salute»	
i. Entità dei reperti rilevanti ai fini della diagnosi	<ul style="list-style-type: none">• La constatazione di manifestazioni concrete del danno alla salute diagnosticato è utile per distinguere le limitazioni funzionali dovute a quest'ultimo dalle conseguenze dirette di fattori non assicurati.• Il punto di partenza è la gravità minima dei disturbi inerenti alla diagnosi.<ul style="list-style-type: none">• Vanno considerati gli aspetti che possono escludere l'obbligo di prestazione dell'assicurazione per l'invalidità giusta la DTF 131 V 49. Per esempio, di norma non sussiste alcun danno alla salute assicurato, laddove la riduzione della capacità di rendimento è da ricondurre ad aggravamento clinico o a un fenomeno simile. <p>Indizi di queste o altre manifestazioni di un utile secondario della malattia si hanno in particolare quando l'assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none">- descrive dolori che contrastano notevolmente con il suo comportamento o l'anamnesi;- dice di soffrire di dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago;- non fa ricorso ad alcun trattamento medico né ad alcuna terapia;- si lamenta in modo ostentato ma poco credibile;- afferma di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, ma presenta un contesto psicosociale largamente intatto. <p>Se nel caso specifico risulta chiara la presenza di aspetti che escludono la supposizione di un danno alla salute, allora manca sin dall'inizio la base per la concessione di una rendita, anche in presenza delle caratteristiche distintive di un disturbo da dolore somatoforme (v. art. 7 cpv. 2 primo periodo LPG). Laddove gli indizi in questione si presentano in concomitanza con un danno alla salute distinto comprovato, occorre valutare le conseguenze di quest'ultimo escludendo gli effetti dell'aggravamento. La plausibilità della gravità del percorso patologico dell'assicurato deve essere verificata anche in base a tutti gli elementi eziologici e patogenetici disponibili rilevanti ai fini della diagnosi. In particolare, la definizione del disturbo da dolore somatoforme al codice ICD-10 F45.4 sottolinea l'importanza dei fattori eziologici: la particolarità del disturbo è la sua manifestazione in</p>

	<p>combinazione con conflitti emozionali o problemi psicosociali, cui è da attribuire la principale responsabilità per l'inizio, la gravità, l'esacerbazione o il perdurare dei dolori.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per trarre conclusioni sulla gravità non si deve più utilizzare la nozione di utile primario della malattia.
<p>ii. Successo della terapia o resistenza alla stessa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il fallimento definitivo di una terapia indicata ed eseguita a regola d'arte con la piena collaborazione dell'assicurato è indice di una prognosi negativa. Se invece la terapia non risulta (più) al passo con lo stato attuale della medicina o nel singolo caso è ritenuta inadeguata, il suo fallimento non permette di trarre conclusioni sulla gravità dei disturbi. • I disturbi psichici in questione sono considerati invalidanti soltanto se risultano gravi e (ormai) incurabili. • Di regola, nel caso di un percorso patologico relativamente recente (e dunque difficilmente cronicizzato) esistono ancora possibilità di cura ed è quindi da escludere una resistenza alla terapia. Nella maggior parte di questi casi la questione della cronicizzazione di un disturbo da dolore somatoforme <i>persistente</i> non è pertanto di fondamentale aiuto nella determinazione della gravità: in assenza di un'evoluzione del dolore di lunga data e consolidata è praticamente impossibile che sussista un'incapacità lavorativa invalidante; queste considerazioni devono già valere per la diagnosi. • Inoltre, laddove il ricorso a terapie e la collaborazione dell'assicurato permettono di trarre conclusioni sull'effettiva esistenza e sulla gravità della sofferenza, occorre valutare la plausibilità degli effetti del danno alla salute.
<p>iii. Successo dell'integrazione o resistenza alla stessa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anche l'integrazione in senso giuridico permette di trarre conclusioni sulla gravità di un danno alla salute. Infatti, come nel caso delle terapie mediche esigibili (non a carico dell'AI, fatto salvo l'articolo 12 LAI), che richiedono la partecipazione attiva dell'assicurato alla propria integrazione, anche nell'ambito dell'integrazione professionale l'assicurato ha il dovere di provvedere da sé alla propria integrazione e, se del caso, di partecipare a provvedimenti di integrazione e di reinserimento (art. 8 seg., art. 14 segg. LAI). Se l'assicurato non partecipa ai provvedimenti, nonostante la sua idoneità secondo il parere medico e il sostegno dell'organo esecutivo, questo fatto costituisce un forte indizio che il danno alla salute non è invalidante. Al contrario, l'insuccesso dell'integrazione nonostante la piena collaborazione può risultare molto importante nel quadro di una valutazione che tiene conto delle circostanze del singolo caso.

iv. Comorbilità	<ul style="list-style-type: none"> • La comorbilità psichica non è più generalmente prioritaria, ma va considerata unicamente in base alla sua importanza concreta nel singolo caso, in particolare per valutare se sottrae risorse all'assicurato. • I precedenti criteri «comorbilità psichica» (recte: «comorbilità psichiatrica») e «malattie fisiche concomitanti» devono essere riassunti in un criterio uniforme. Occorre analizzare globalmente le interazioni e le altre relazioni del disturbo da dolore con i diversi disturbi collaterali con valore patologico. Un disturbo che secondo la giurisprudenza non può essere di per sé invalidante, non è una comorbilità, ma va eventualmente considerato nel quadro della diagnostica della personalità. • In linea di principio, la necessità di eseguire un'analisi globale sussiste a prescindere dal tipo di rapporto tra la sindrome da dolore e la comorbilità. Pertanto, una depressione non perde più qualsiasi tipo di rilevanza quale possibile fattore privato di risorse per il semplice fatto di presentare un (eventuale) nesso medico con il disturbo da dolore. Invece, i quadri clinici che risultano essere semplici varianti diagnostiche dello stesso disturbo con identici sintomi non sono considerati comorbilità, per evitare di tenere conto due volte di un medesimo danno alla salute rilevabile e descrivibile in diversi modi. • Di base non esiste un rapporto lineare tra il numero dei disturbi fisici non sufficientemente riconducibili a cause organiche (ovvero di sindromi da dolore somatoforme nelle diverse forme di manifestazione) e la gravità delle limitazioni funzionali. Pertanto non esiste una regola schematica del tipo «più è alto il numero di disturbi e più le limitazioni funzionali sono gravi», altrimenti ci si limiterebbe a innellare sintomi e referti e a valutarli in termini meramente quantitativo-meccanici, perdendo così di vista gli effetti complessivi del quadro clinico sulla funzionalità.
b. Sottocategoria «Personalità» (diagnostica della personalità, risorse personali)	<ul style="list-style-type: none"> • Oltre alle forme tradizionali di diagnostica della personalità, che mirano a tracciare un quadro della struttura della personalità e dei disturbi, va considerato anche lo schema delle cosiddette «funzioni complesse dell'io». Questo termine indica le capacità insite nella personalità, che permettono di trarre conclusioni sulla capacità di rendimento (p. es. la percezione di sé e degli altri, il controllo della realtà e la capacità di giudizio, il controllo degli affetti e degli impulsi, l'intenzionalità e l'impulso). • Dato che la diagnostica della personalità dipende più di altri indicatori (p. es. quelli riferiti ai sintomi e ai comportamenti) dalla persona che esegue l'esame, le motivazioni addotte in quest'ambito devono soddisfare requisiti particolarmente elevati. Per definire chiaramente questi ultimi saranno redatte apposite linee direttive mediche.
c. Sottocategoria «Contesto sociale»	<ul style="list-style-type: none"> • Anche il contesto sociale contribuisce a determinare la manifestazione concreta degli effetti del danno alla salute, che sono il solo fattore determinante per la valutazione della causalità: i fattori di

	<p>stress sociale che hanno direttamente conseguenze negative sul piano funzionale continuano a non essere presi in considerazione. Al contrario, invece, il contesto di vita può offrire all'assicurato anche risorse (sfruttabili), come il sostegno da parte della rete sociale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Occorre sempre assicurarsi di evitare la commistione tra l'incapacità al guadagno per ragioni di salute (art. 4 cpv. 1 LAI), da un lato, e un'assenza di guadagno non assicurata o altre situazioni di vita stressanti, dall'altro.
--	---

B. Categoria «plausibilità» (dal punto di vista del comportamento)

<p>a. Analogia delle limitazioni nello svolgimento delle attività in tutti i gli ambiti affini della vita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'indicatore analogia delle limitazioni nello svolgimento delle attività in tutti i gli ambiti affini della vita mira a determinare se la limitazione in ambito professionale (o nello svolgimento delle mansioni consuete), da un lato, e quella in tutti gli altri ambiti della vita (p. es. l'organizzazione del tempo libero), dall'altro, presentino la stessa gravità. • Il criterio già esistente dell'isolamento sociale deve invece essere rilevato in modo da permettere di individuare, oltre a indizi su limitazioni, anche le risorse esistenti; d'altro canto un isolamento per ragioni di salute può anche concorrere a ridurre ulteriormente tali risorse. • Laddove rilevabile, è inoltre raccomandabile eseguire un confronto con il livello delle attività sociali prima dell'insorgere del danno alla salute. Il livello delle attività deve sempre essere considerato in relazione all'incapacità lavorativa dichiarata.
<p>b. Sofferenza comprovata dall'anamnesi del percorso terapeutico e d'integrazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il ricorso alle possibilità terapeutiche, vale a dire la misura in cui l'assicurato fa ricorso a cure oppure omette di farlo fornisce indizi sull'effettiva sofferenza. Ciò vale tuttavia solo fintantoché il relativo comportamento non viene influenzato dal decorso della procedura assicurativa. • Non è possibile concludere che non vi sia sofferenza, quando la mancata partecipazione a una terapia raccomandata e accessibile o la scarsa disponibilità sono chiaramente riconducibili a una incapacità (irrimediabile) di riconoscere la propria malattia. • Allo stesso modo va tenuto in considerazione anche il comportamento dell'assicurato nell'ambito dell'(auto)integrazione professionale. Anche in questo caso i comportamenti incoerenti sono un indizio del fatto che la limitazione dichiarata non è dovuta a un danno alla salute assicurato bensì ad altre cause.

Allegato VII – Confronto tra la RSS 2010 e la RSS 2012

1/17

Descrizione 2010	Intestazione fino alla RSS 2010	Descrizione 2012	Intestazione nella RSS 2012
Salario mensile lordo (valore centrale) per divisioni economiche, livello di qualifica richiesto dal posto di lavoro e sesso – Settore privato	TA1	Salario mensile lordo (valore centrale) secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso – Settore privato – 2012	TA1_skill_level
Salario mensile lordo (valore centrale) per divisioni economiche, livello di qualifica richiesto dal posto di lavoro e sesso – Settore privato e settore pubblico (Confederazione, cantoni, distretti, comuni, corporazioni) insieme	T1	Salario mensile lordo (valore centrale) per rami economici, livello di competenze e sesso – Settore privato e settore pubblico (Confederazione, cantoni, distretti, comuni, corporazioni, chiese) insieme – 2012	T1_tirage_skill_level
Salario mensile lordo (valore centrale) in franchi, per grado di occupazione, livello di qualifica richiesto dal posto di lavoro e sesso – Settore privato e settore pubblico (Confederazione) insieme, 2010	T2	Salario mensile lordo (valore centrale) per grado di occupazione, posizione professionale e sesso – Settore privato e settore pubblico (Confederazione, cantoni, distretti, comuni, corporazioni, chiese) insieme – 2008, 2010, 2012	Grado d'occupazione
Salario mensile lordo (valore centrale) per attività, livello di qualifica richiesto dal posto di lavoro e sesso – Settore privato e settore pubblico (Confederazione) insieme	TA7	Salario mensile lordo (valore centrale) secondo i gruppi di professioni, l'età e il sesso – Settore privato e settore pubblico (Confederazione, cantoni, distretti, comuni, corporazioni, chiese) insieme – 2012 Pubblicazione RSS: CITP 1 digit e 2 digit	T17 Nota: alla voce «Età» utilizzare il totale

Descrizione 2010	Intestazione fino alla RSS 2010	Descrizione 2012	Intestazione nella RSS 2012
Salario mensile lordo (valore centrale e intervallo interquartile) per formazione, posizione professionale e sesso – Settore privato e settore pubblico (Confederazione) insieme	TA11	Salario mensile lordo (valore centrale e intervallo interquartile) per formazione, posizione professionale e sesso – Settore privato e settore pubblico (Confederazione, cantoni, distretti, comuni, corporazioni, chiese) insieme – 2006, 2008, 2010, 2012	T11
Salario mensile lordo, Svizzeri e stranieri, per livello di qualifica richiesto dal posto di lavoro e sesso – Settore privato e settore pubblico (Confederazione) insieme	TA12	Salario mensile lordo (valore centrale e intervallo interquartile), Svizzeri e stranieri, per posizione professionale e il sesso – Settore privato e settore pubblico (Confederazione, cantoni, distretti, comuni, corporazioni, chiese) insieme 2008, 2010, 2012	T12_b

Allegato VIII – Albero decisionale per il riconoscimento di un AGI ai bambini audiolesi

Grafico 1 – Albero decisionale per il riconoscimento di un AGI ai bambini audiolesi

