



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPAI)

Valida dal 1° gennaio 2010

Stato: 1° marzo 2012

318.507.03 i

3.12

Premessa

Il 1° marzo 2012 è entrato in vigore l'articolo 72^{bis} OAI, che prevede nuove disposizioni procedurali per le perizie mediche, riguardanti in particolare i mandati per le perizie pluridisciplinari.

Il nuovo allegato V è costituito dal manuale di SuisseMED@P, la piattaforma attraverso la quale in futuro saranno attribuiti aleatoriamente i mandati per le perizie pluridisciplinari.

I seguenti numeri marginali sono stati oggetto di modifiche o aggiunte:

2038 (modificato)

2041 (modificato)

2074–2089 (nuovi)

I numeri marginali 5018–5041 corrispondono ai numeri 6001–6029 della versione precedente.

Le future modifiche e aggiunte saranno integrate costantemente nella versione pubblicata su Internet e Intranet.

Indice

| | |
|---|-----------|
| Introduzione..... | 13 |
| 1^a parte: procedura di presentazione della richiesta..... | 14 |
| 1. Presentazione della richiesta..... | 14 |
| 1.1 Forma | 14 |
| 1.1.1 In generale..... | 14 |
| 1.1.2 Moduli di richiesta | 14 |
| 1.1.3 Uffici e depositari di moduli | 15 |
| 1.2 Allegati..... | 15 |
| 1.3 Legittimazione..... | 15 |
| 1.3.1 Assicurati | 15 |
| 1.3.2 Autorità e terzi..... | 16 |
| 1.3.3 Rappresentanza..... | 17 |
| 1.4 Luogo di presentazione..... | 17 |
| 1.4.1 Ufficio AI | 17 |
| 1.4.2 Cassa di compensazione | 17 |
| 1.4.3 Servizi specializzati dell'aiuto agli invalidi..... | 18 |
| 1.5 Ritiro della richiesta e rinuncia a prestazioni | 18 |
| 2. Effetti della richiesta | 19 |
| 2.1 Conservazione dei diritti in generale | 19 |
| 2.2 Conservazione del diritto alla rendita | 20 |
| 2.3 Conservazione del diritto ai provvedimenti d'integrazione..... | 20 |
| 2.4 Conservazione del diritto agli assegni per grandi invalidi, ai provvedimenti sanitari e ai mezzi ausiliari | 20 |
| 2.5 Conservazione del diritto al contributo per l'assistenza | 21 |
| 3. Esonero dall'obbligo di mantenere il segreto..... | 21 |
| 4. Informazione degli assicurati..... | 22 |
| 5. Raggiugli e consulenza agli assicurati..... | 22 |
| 6. Registrazione della richiesta..... | 22 |
| 7. Comunicazione all'UCC/all'UFAS..... | 23 |
| 2^a parte: procedura di accertamento..... | 24 |
| 1. Esami preliminari..... | 24 |
| 1.1 Controllo formale..... | 24 |

| | | |
|-------|--|----|
| 1.1.1 | Competenza | 24 |
| 1.1.2 | Completezza della richiesta | 24 |
| 1.1.3 | Incarti dell'AI già esistenti..... | 24 |
| 1.1.4 | Insorgenza di un infortunio | 25 |
| 1.2 | Verifica delle generalità..... | 25 |
| 1.3 | Informazione degli assicurati..... | 25 |
| 1.4 | Controllo delle condizioni d'assicurazione..... | 26 |
| 1.4.1 | In generale..... | 26 |
| 1.4.2 | Portata del controllo | 26 |
| 1.4.3 | Modo di procedere se l'assicurato non adempie le condizioni d'assicurazione..... | 27 |
| 1.4.4 | Periodo contributivo minimo | 27 |
| 1.5 | Collaborazione con altri istituti assicurativi | 29 |
| 1.5.1 | Assicurazione infortuni, assicurazione militare, assicurazione contro la disoccupazione | 29 |
| 1.5.2 | Cassa malati competente..... | 29 |
| 1.6 | Collaborazione interistituzionale (CII)..... | 29 |
| 1.6.1 | Promozione della CII..... | 29 |
| 1.6.2 | Scopo della CII..... | 30 |
| 1.6.3 | Obbligo del segreto tra gli uffici AI e le altre assicurazioni sociali | 30 |
| 1.6.4 | Obbligo del segreto tra gli uffici AI e gli altri organi coinvolti nella CII | 31 |
| 1.6.5 | Forma dello scambio di dati | 31 |
| 2. | Accertamento delle circostanze..... | 31 |
| 2.1 | In generale..... | 31 |
| 2.1.1 | Oggetto dell'accertamento | 31 |
| 2.1.2 | Obbligo degli assicurati di ridurre il danno e di collaborare | 32 |
| 2.2 | Compiti dell'ufficio AI..... | 32 |
| 2.3 | Richiesta di informazioni | 33 |
| 2.3.1 | In generale..... | 33 |
| 2.3.2 | Persone e organi tenuti a fornire informazioni | 34 |
| | – Assicuratori privati..... | 36 |
| 2.4 | Rilascio di informazioni e autorizzazione a consultare gli incarti AI | 36 |
| 2.4.1 | In generale..... | 36 |
| 2.4.2 | Eccezioni | 37 |
| 2.5 | Rapporto medico..... | 38 |
| 2.5.1 | In generale..... | 38 |

| | | |
|---|--|-----------|
| 2.5.2 | Medico competente..... | 38 |
| 2.5.3 | Contenuto del rapporto medico..... | 39 |
| 2.6 | Perizie mediche..... | 40 |
| 2.6.1 | In generale..... | 40 |
| 2.6.2 | Procedura..... | 41 |
| 2.7 | Provvedimenti di reinserimento, di integrazione e di reintegrazione professionale..... | 47 |
| 2.7.1 | In generale..... | 47 |
| 2.7.2 | Valutazione..... | 47 |
| 2.7.3 | Concessione o rifiuto di provvedimenti di reinserimento e di provvedimenti professionali..... | 49 |
| 2.7.4 | Sorveglianza dei provvedimenti di reinserimento e dei provvedimenti professionali..... | 50 |
| 2.7.5 | Rapporto conclusivo..... | 50 |
| 2.8 | Accertamento sul posto..... | 50 |
| 2.8.1 | In generale..... | 50 |
| 2.8.2 | Contenuto dell'accertamento..... | 52 |
| 2.8.3 | Rapporto di accertamento..... | 53 |
| 2.9 | Costi cagionati dai provvedimenti d'accertamento..... | 53 |
| 2.9.1 | Assunzione delle spese..... | 53 |
| 2.9.2 | Spese di traduzione (interpretariato)..... | 54 |
| 2.9.3 | Indennità per perdita di guadagno e spese..... | 55 |
| 2.9.4 | Fatturazione..... | 55 |
| 3^a parte: determinazione delle prestazioni e comunicazione delle decisioni..... | | 56 |
| 1. | Decisione dell'ufficio AI..... | 56 |
| 1.1 | In generale..... | 56 |
| 1.2 | Motivazione delle decisioni..... | 56 |
| 1.3 | Redazione e notifica delle decisioni..... | 57 |
| 1.4 | Verifica delle decisioni (revisione)..... | 58 |
| 1.5 | Carattere vincolante della decisione..... | 58 |
| 2. | Procedura di preavviso..... | 58 |
| 2.1 | Diritto di essere sentito della persona assicurata..... | 58 |
| 2.2 | Diritto di essere sentiti di terzi..... | 60 |
| 3. | Presenza di posizione dell'UFAS..... | 61 |
| 3.1 | In generale..... | 61 |
| 3.2 | Preavviso obbligatorio dell'UFAS..... | 61 |

| | |
|--|-----------|
| 4. Decisioni in caso di riconsiderazione di decisioni / decisioni su opposizione | 61 |
| 5. Notifica della decisione – principio | 62 |
| 5.1 Originale | 62 |
| 5.2 Copie della decisione | 62 |
| 6. Data di revisione e limitazione della durata delle prestazioni..... | 62 |
| 7. Decisioni relative a rendite e assegni per grandi invalidi | 63 |
| 7.1 In generale..... | 63 |
| 7.2 Preparazione dell’emanazione della decisione in caso di prestazioni in contanti a favore di maggiorenni..... | 64 |
| 7.3 Notifica di copie di decisioni concernenti le rendite e gli assegni per maggiorenni grandi invalidi | 67 |
| 8. Decisioni concernenti le indennità giornaliere | 67 |
| 9. Decisioni concernenti il contributo per l’assistenza..... | 68 |
| 10. Registrazione e trasmissione di comunicazioni..... | 68 |
| 11. Decisioni nell’ambito dell’AVS (assegni per grandi invalidi, mezzi ausiliari, contributo per l’assistenza) | 69 |
| 12. Decisioni nell’ambito delle PC | 69 |
| 4^a parte: competenza dell’ufficio AI e della cassa di compensazione..... | 70 |
| 1. Ufficio AI competente | 70 |
| 1.1 Regolamentazione ordinaria | 70 |
| 1.2 Casi speciali..... | 70 |
| 1.2.1 Collocamento tramite un istituto d’assistenza..... | 70 |
| 1.2.2 Domicilio o residenza all’estero..... | 70 |
| 1.3 Cambiamento dell’ufficio AI..... | 71 |
| 1.3.1 Nel corso della procedura | 71 |
| 1.3.2 A procedura conclusa | 72 |
| 1.3.3 Riconsiderazione di decisioni | 72 |
| 1.4 Collaborazione tra uffici AI | 72 |
| 2. Cassa di compensazione competente..... | 73 |
| 2.1 Regolamentazione ordinaria | 73 |
| 2.2 Casi speciali..... | 73 |
| 2.2.1 Assicurati senza contributi | 73 |
| 2.2.2 Domicilio o residenza all’estero..... | 74 |

| | | |
|----------------------|---|-----------|
| 2.3 | Unità dell'evento assicurato | 74 |
| 3. | Conflitti di competenza | 74 |
| 4. | Ricusazione | 75 |
| 5^a | parte: ricorso a servizi specializzati e specialisti..... | 76 |
| 1. | Definizione e posizione | 76 |
| 2. | Procedura | 76 |
| 2.1 | Conferimento del mandato | 76 |
| 2.1.1 | In generale | 76 |
| 2.1.2 | Informazione dell'assicurato | 76 |
| 2.1.3 | Forma e contenuto del mandato | 77 |
| 2.1.4 | Allegati al mandato | 78 |
| 2.2 | Esecuzione del mandato | 78 |
| 3. | Centri di accertamento professionale (CAP)..... | 78 |
| 3.1 | Finalità | 78 |
| 3.2 | Conferimento del mandato | 79 |
| 3.3 | Forma del mandato | 80 |
| 3.4 | Tipo, durata, prolungamento e interruzione del soggiorno di accertamento | 80 |
| 3.5 | Collaborazione tra il CAP e l'ufficio AI | 81 |
| 3.6 | Rapporto | 81 |
| 3.7 | Provvedimenti al termine dell'accertamento (soprattutto disposizione di provvedimenti professionali) | 82 |
| Allegato I | Istruzioni agli uffici AI riguardanti l'aiuto amministrativo alle assicurazioni estere per l'invalidità, del 24 febbraio 1965 (11.272) | 84 |
| Allegato II | Convenzioni..... | 88 |
| Allegato III | Accertamento del grado di invalidità per ordine degli uffici PC | 89 |
| Allegato IV | Modello Comunicazione del CAP sull'entrata/uscita dell'assicurato e rapporto finale | 91 |
| Allegato V | SuisseMED@P – Manuale per i centri peritali e gli uffici AI..... | 94 |

Abbreviazioni

| | |
|-------|--|
| AD | Assicurazione contro la disoccupazione |
| AI | Assicurazione per l'invalidità |
| AINF | Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni conformemente alla legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni |
| AM | Assicurazione militare |
| AMal | Assicurazione malattie |
| art. | articolo |
| AVS | Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti |
| CAGI | Circolare concernente l'assegno per grandi invalidi dell'AVS e dell'AI in caso di grande invalidità dovuta a un infortunio |
| CAP | Centro di accertamento professionale |
| CC | Codice civile svizzero |
| CCA | Circolare sul contributo per l'assistenza |
| CCont | Circolare sul contenzioso nell'AVS/AI/IPG/PC |
| CI | Conto individuale |
| CIBIL | Accords bilatéraux Suisse-UE. Convention AELE. Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI |
| CIGAI | Circolare sulle indennità giornaliere dell'assicurazione per l'invalidità |
| CIGI | Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità |
| CII | Collaborazione interistituzionale |

| | |
|-----------|--|
| CMAV | Circolare sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per la vecchiaia |
| COLSTA | Sistema d'informazione in materia di servizio di collocamento e di statistica del mercato del lavoro |
| COSCD | Circolare sull'obbligo del segreto e sulla comunicazione dei dati nell'AVS/AI/IPG/PC/AF |
| CPIP | Circolare sui provvedimenti d'integrazione d'ordine professionale |
| CPPI | Circolare sul pagamento delle prestazioni individuali nell'AI e nell'AVS |
| cpv. | capoverso |
| CRIT | Circolare sul rilevamento e sull'intervento tempestivo |
| CRSV | Circolare sul rimborso delle spese di viaggio nell'assicurazione per l'invalidità |
| CSC | Cassa svizzera di compensazione |
| CSIP | Circolare concernente la statistica delle infermità e delle prestazioni |
| D CA/CI | Direttive concernenti il certificato d'assicurazione ed il conto individuale |
| Decisione | Decisione formale dell'ufficio AI (decisione, comunicazione, deliberazione) |
| DOA | Direttive sull'obbligo assicurativo nell'AVS/AI |
| DR | Direttive sulle rendite dell'assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità |
| DSA | Direttive sullo statuto degli stranieri e degli apolidi nell'AVS e nell'AI |
| DTF | Decisione del Tribunale federale |

| | |
|-------|---|
| EED | Elaborazione elettronica dei dati |
| 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) |
| LAMal | Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (RS 832.10) |
| LAVS | Legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (RS 831.10) |
| lett. | lettera |
| LPGA | Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (RS 830.1) |
| N. | Numero marginale |
| 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) |

| | |
|--------------|---|
| OIC | Ordinanza del 9 dicembre 1985 sulle infermità congenite (RS 831.232.21) |
| OMAI | Ordinanza del 29 novembre 1976 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per l'invalidità (RS 831.232.51) |
| OMAV | Ordinanza del 28 agosto 1978 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per la vecchiaia (RS 831.135.1) |
| OPGA | Ordinanza dell'11 settembre 2002 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (RS 830.11) |
| PA | Legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (RS 172.021) |
| PC | Prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità |
| PP | Previdenza professionale |
| Pratique VSI | Rivista mensile dell'AVS, dell'AI e delle IPG, edita dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (prima del 1992: RCC) |
| RCC | Rivista mensile dell'AVS, dell'AI e delle IPG, edita dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (dal 1993: Pratique VSI) |
| SAM | Servizio di accertamento medico |
| seg. | segunte |
| segg. | seguenti |
| SMR | Servizio medico regionale |
| Suva | Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (in precedenza INSAI) |

| | |
|------|--|
| TF | Tribunale federale |
| UAI | Ufficio dell'assicurazione invalidità |
| UCC | Ufficio centrale di compensazione |
| UFAS | Ufficio federale delle assicurazioni sociali |
| VCF | Valutazione della capacità funzionale |

Introduzione

La presente circolare contiene regole generali di procedura relative all'accertamento delle condizioni di diritto e alla determinazione delle prestazioni assicurative dell'AI, dei mezzi ausiliari e degli assegni per grandi invalidi dell'AVS. La natura di certe prestazioni richiede tuttavia regole procedurali particolari che vengono trattate in relazione con l'applicazione del diritto materiale. Le corrispondenti direttive prevalgono su questa circolare, quali disposizioni speciali.

Sono inoltre riservate le disposizioni procedurali speciali per gli assicurati all'estero e per il rilevamento tempestivo da parte dell'AI.

Per «cassa di compensazione» si intendono tanto la sua sede quanto le sue agenzie.

1^a parte: procedura di presentazione della richiesta

1. Presentazione della richiesta

1.1 Forma

1.1.1 In generale

1001 Chiunque esige una prestazione dell'AI (tranne il rilevamento tempestivo) deve presentare la richiesta sul modulo ufficiale (art. 65 cpv. 1 OAI).

1.1.2 Moduli di richiesta

1002 Per la richiesta di prestazioni dell'AI e dell'AVS è prevista una serie di moduli.

1003 Le persone residenti all'estero utilizzano speciali moduli di richiesta.

1004 Se la richiesta non viene presentata sul modulo ufficiale, l'ufficio AI invia l'apposito modulo agli assicurati ingiungendo loro di presentare domanda entro un termine ragionevole.

1005 Se l'assicurato non si attiene all'ingiunzione summenzionata, gli si deve comunicare che la richiesta sarà trattata solo dopo essere stata inoltrata sul modulo ufficiale.

1006 Se una richiesta è già stata presentata, per far valere il diritto a nuove prestazioni dello stesso genere o di tipo diverso è sufficiente, con riserva del N. 1007, inoltrare un semplice scritto, a condizione che gli atti a disposizione possano fornire chiaramente le indicazioni indispensabili all'esame dell'assegnazione delle prestazioni richieste. Se la procedura si è conclusa in seguito ad una decisione formale negativa, occorre presentare una nuova richiesta di prestazioni.

1007 Gli assicurati che fino al compimento dei 18 anni
1/12 percepiscono una prestazione periodica dell'AI (assegno per minorenni grandi invalidi, prestazioni per la prima formazione professionale) o beneficiano di provvedimenti sanitari e che a

quel punto possono avere diritto a un'indennità giornaliera, una rendita o un assegno per maggiorenni grandi invalidi devono compilare comunque il modulo ufficiale, anche se si considera che abbiano già presentato domanda per queste prestazioni. A tale scopo, l'ufficio AI invia loro il modulo corrispondente. Se sono soddisfatte tutte le altre condizioni, il diritto alla prestazione sorge pertanto al raggiungimento del 18° anno di età.

1.1.3 Uffici e depositari di moduli

1008 I moduli possono essere ottenuti gratuitamente presso gli uffici AI e le casse di compensazione.

1.2 Allegati

Devono essere allegati alla richiesta:

- 1009 – in ogni caso tutti i certificati d'assicurazione AVS/AI (compresi, all'occorrenza, quelli del Liechtenstein) dell'assicurato, del coniuge e dei figli, se ne sono in possesso;
- 1010 – gli altri allegati necessari per il tipo di prestazione richiesto (p. es. libretti delle marche AVS, documento d'identità).

1.3 Legittimazione

1.3.1 Assicurati

1011 L'esercizio del diritto alle prestazioni dell'AI spetta in primo luogo agli assicurati. Se non hanno l'esercizio dei diritti civili (incapaci di discernimento, minorenni o interdetti), la richiesta deve essere presentata dal rappresentante legale.

1.3.2 Autorità e terzi

- 1012 Le autorità e i terzi che, adempiendo un obbligo concreto di
1/10 mantenimento, aiutano costantemente l'assicurato o lo assistono regolarmente, hanno la facoltà di presentare una domanda di prestazioni dell'AI a favore dell'assicurato (art. 66 cpv. 1 OAI).
- 1013 Vi è assistenza regolare o cura permanente quando autorità
1/10 o terzi prestano da lungo tempo e regolarmente all'assicurato un aiuto finanziario e completo. I terzi sono segnatamente il coniuge, i genitori, i nonni, i figli, i nipoti o i fratelli e sorelle dell'assicurato. I servizi dell'aiuto sociale fanno parte delle autorità legittimate a presentare una richiesta ai sensi del N. 1012 (sentenza del TF dell'8 giugno 2005, I 113/05).
- 1014 È legittimata a presentare una richiesta anche l'assicurazione
1/10 sociale che ha versato prestazioni anticipate giusta l'articolo 70 capoversi 1 e 2 LPGA (sentenza del TF del 25 marzo 2009, 8C_241/2008).
- 1015 Gli organi d'esecuzione dei provvedimenti dell'AI, come ad
1/10 esempio gli ospedali e i centri d'integrazione, o i datori di lavoro non sono autorizzati a far valere di loro iniziativa i diritti degli assicurati (sentenza del TF dell'11 ottobre 2004, I 226/04). Lo stesso vale per le casse pensioni pubbliche e private, le casse malati e le altre istituzioni che versano agli assicurati prestazioni pecuniarie cui hanno diritto. Questi organi ed istituti non possono inoltrare una richiesta senza esserne stati autorizzati per iscritto dagli assicurati, dai rappresentanti legali o dai familiari legittimati ai sensi del N. 1013.
- 1016 Se l'assicurato è deceduto, il diritto a prestazioni pecuniarie
1/10 dell'AI può essere fatto valere sia dai suoi eredi sia da qualsiasi altra persona che abbia a tale riguardo un interesse degno di essere tutelato (RCC 1974 pag. 396).
- 1017 Se gli assicurati sono incapaci di discernimento e non hanno
né parenti né un rappresentante legale, la richiesta può essere inoltrata anche da persone che hanno cura di loro (art. 66 OAI, cfr. anche N. 1043).

1018 L'ufficio AI deve in ogni caso informare gli assicurati se un'autorità o un terzo ha presentato una richiesta a loro favore.

1.3.3 Rappresentanza

1019 Le persone o gli enti legittimati a presentare una richiesta di prestazioni (cfr. N. 1011 segg.) possono liberamente farsi rappresentare o assistere da terzi (p. es. avvocato, servizio sociale, medico, scuola, servizio scolastico, centro d'integrazione) purché non lo escluda l'urgenza di un accertamento. In questi casi l'ufficio AI deve esigere una procura scritta che autorizzi il richiedente ad inoltrare la domanda.

1.4 Luogo di presentazione

1.4.1 Ufficio AI

1020 In linea di massima la richiesta dev'essere presentata all'ufficio AI competente (cfr. N. 4001). I cittadini svizzeri residenti all'estero presentano la domanda tramite l'ufficio AI per gli assicurati all'estero. I cittadini stranieri originari di Stati vincolati alla Svizzera da una convenzione di sicurezza sociale inoltrano la richiesta presso l'autorità straniera abilitata a riceverla, conformemente alle DSA.

1.4.2 Cassa di compensazione

1021 Le richieste presentate alle casse di compensazione e alle loro agenzie sono giuridicamente valide.

1022 Le richieste devono essere munite di un timbro d'arrivo indicante la data d'arrivo e l'autorità presso la quale sono state presentate o di un'annotazione corrispondente e trasmesse senza indugio all'ufficio AI competente (art. 67 cpv. 2 OAI, art. 69^{bis} cpv. 3 OAVS).

1.4.3 Servizi specializzati dell'aiuto agli invalidi

1023 La richiesta presentata a un servizio specializzato dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 67 cpv. 3 OAI) è ritenuta giuridicamente valida se è giunta presso uno degli organi dell'assicurazione conformemente ai N. 1020 e 1021.

1.5 Ritiro della richiesta e rinuncia a prestazioni

1024 1/12 La persona assicurata o il suo rappresentante può ritirare la richiesta o rinunciare a prestazioni, salvo che un interesse legittimo della stessa o di altre persone interessate non vi si opponga (art. 23 cpv. 1 e 2 LPGGA). La dichiarazione di ritiro / di rinuncia a prestazioni va presentata in forma scritta, senza riserve e firmata. In linea di massima, non è possibile rinunciare all'attuazione di provvedimenti di integrazione professionale (cfr. sentenza del TF del 26 aprile 2011, 9C_576/2010, consid. 4.3.3).

1024. 1 1/12 Il ritiro di una richiesta può essere trattato direttamente dagli uffici AI. Vi si può dare seguito se non pregiudica gli interessi degni di protezione dell'assicurato stesso, di altre persone (p. es. figli o coniuge), di assicurazioni o di istituzioni assistenziali (art. 3b cpv. 2 lett. e–k LAI) e non si propone di eludere le prescrizioni legali. Per il ritiro della richiesta del contributo per l'assistenza vanno osservati i N.1020 segg. CCA.

1024. 2 4/11 Nei casi di regresso l'ufficio AI, prima di determinarsi, sottopone le richieste di ritiro al servizio regressi competente per preavviso, allegando l'incarto.

1025 La questione della rinuncia alle prestazioni si pone per principio soltanto dopo che l'ufficio AI ha assegnato la prestazione tramite decisione. Fino a quel momento la persona assicurata può ritirare la propria richiesta conformemente al N. 1024. Resta riservato il regresso.

1026 La rinuncia può essere revocata in qualsiasi momento. In tal caso, però, le prestazioni possono essere concesse solo per

il periodo successivo alla revoca. Per il periodo precedente quest'ultima, è escluso qualsiasi versamento di prestazioni arretrate.

- 1027 Le rinunce a prestazioni vanno presentate all'UFAS,
1/12 ad eccezione delle rinunce al contributo per l'assistenza (cfr. N. 1026 CCA).
- 1028 L'accoglimento del ritiro va confermato per iscritto alla persona assicurata (art. 23 cpv. 3 LPGA). Se la richiesta di revoca non può essere accolta (violazione di interessi degni di protezione propri o di terzi), la decisione deve essere formalmente notificata.
- 1029 La rinuncia a prestazioni deve essere sancita in ogni caso
1/12 mediante una decisione formale. La persona assicurata va informata delle conseguenze della rinuncia.

2. Effetti della richiesta

2.1 Conservazione dei diritti in generale

- 1030 La presentazione di una richiesta di prestazioni all'AI tutela per principio tutti i diritti dell'assicurato fino al momento in cui è emanata la decisione (RCC 1976 pag. 45).
- 1031 La data di presentazione di uno scritto che non soddisfa le esigenze formali o di un modulo inesatto è considerata quale data determinante di deposito della richiesta, a condizione che venga poi rispettato il termine supplementare concesso per la rettifica della richiesta (RCC 1970 pag. 476).
- 1032 Se, dopo la conclusione della procedura (N. 4010), l'assicurato domanda all'AI nuove prestazioni (dello stesso genere o di natura diversa) e dagli atti risulta che l'esistenza del diritto avrebbe già dovuto essere esaminata al momento della precedente richiesta (cfr. N. 2033), rimane valida quest'ultima.
- 1033 [abrogato]
1/12

2.2 Conservazione del diritto alla rendita

1034 Il diritto alla rendita nasce in ogni caso al più presto sei mesi dopo la data in cui l'assicurato ha presentato la richiesta di prestazioni all'AI (cfr. art. 29 cpv. 1 LAI). Se l'assicurato inoltra la richiesta all'ufficio AI più di sei mesi dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa (o dell'inizio di un periodo di attesa ai sensi dei N. 2020 segg. CIGI), la richiesta è considerata *tardiva* e l'assicurato perde il diritto alla rendita per ogni mese di ritardo (cfr. N. 2039 CIGI).

2.3 Conservazione del diritto ai provvedimenti d'integrazione

1035 I provvedimenti professionali e i provvedimenti di reinserimento possono essere concessi soltanto a partire dal momento della presentazione della richiesta di prestazioni (art. 10 cpv. 1 LAI).

1036 [abrogato]
1/12

1037 Per ciò che riguarda l'assunzione delle spese per i provvedimenti d'accertamento, vedasi i N. 2118 segg.

1038 [abrogato]

1039 Le indennità giornaliere arretrate sono versate nella misura in cui sono assunti con effetto retroattivo i costi dei provvedimenti d'integrazione che ne determinano il diritto.

2.4 Conservazione del diritto agli assegni per grandi invalidi, ai provvedimenti sanitari e ai mezzi ausiliari

1039. Gli assicurati hanno diritto al pagamento integrale di
1 prestazioni arretrate, se ne fanno richiesta entro 12 mesi
1/12 dalla nascita del diritto. Se la richiesta è presentata oltre questo termine, le prestazioni sono corrisposte solo per i 12 mesi precedenti la richiesta (art. 48 cpv. 1 LAI).

1039. Se l'assicurato non poteva conoscere i fatti determinanti
2 il suo diritto alle prestazioni, ma dopo esserne venuto a
1/12 conoscenza presenta la sua richiesta entro 12 mesi, possono
essergli corrisposte anche le prestazioni arretrate risalenti a
più di 12 mesi (art. 48 cpv. 2 LAI). Il diritto a prestazioni
arretrate si estingue in ogni caso cinque anni dopo la fine del
mese per il quale era dovuta la prestazione (art. 24 cpv. 1
LPGA).

2.5 Conservazione del diritto al contributo per l'assistenza

1039. Il contributo per l'assistenza può essere concesso al più
3 presto dal momento in cui è richiesto (art. 42^{septies} cpv. 1
1/12 LAI).
1039. Il diritto al contributo per l'assistenza si estingue per le
4 prestazioni di aiuto comunicate oltre 12 mesi dopo la fornitura
1/12 (art. 42^{septies} cpv. 2 LAI).

3. Esonero dall'obbligo di mantenere il segreto

- 1040 Con la presentazione della richiesta, l'assicurato autorizza
tutte le persone e i servizi menzionati sul modulo di richiesta
a fornire agli uffici competenti dell'AVS/AI le informazioni e i
documenti necessari all'esame del diritto alle prestazioni o
all'esecuzione del regresso dell'AVS/AI contro terzi respon-
sabili.
- 1041 Su richiesta degli uffici competenti dell'AVS/AI, sono autoriz-
zati a fornire le informazioni e i documenti necessari anche
persone e uffici non menzionati esplicitamente sul modulo di
richiesta. In tal caso, all'assicurato è inviata una copia della
relativa richiesta (obbligo di informare secondo l'art. 6a cpv. 2
LAI).
- 1042 Dato che l'autorizzazione prende effetto con la firma della ri-
chiesta di prestazioni, questa deve essere per principio fir-

mata dall'assicurato anche se è presentata da parte di autorità o di terzi (art. 66 cpv. 1^{bis} OAI; N. 1012 e 1013).

- 1043 Se l'assicurato è incapace di discernimento, il suo rappresentante legale accorda l'autorizzazione firmando il modulo di richiesta (art. 66 cpv. 2 OAI).

4. Informazione degli assicurati

- 1045 Almeno una volta all'anno gli uffici AI cantonali e le casse di compensazione cantonali provvedono ad informare sufficientemente gli assicurati con pubblicazioni, sulla stampa o in un altro modo appropriato, per richiamare l'attenzione sulle prestazioni dell'assicurazione, le condizioni per ottenerle e il modo di richiederle (art. 57 cpv. 1 lett. h LAI e art. 68 OAI).

5. Raggiugli e consulenza agli assicurati

- 1046 L'ufficio AI è tenuto, nell'ambito delle sue competenze, a informare gli interessati sui loro diritti e doveri (DTF 131 V 472). Se l'ufficio AI rileva che un assicurato o i suoi familiari possono rivendicare prestazioni di altri assicuratori, fornisce loro prontamente informazioni in merito.

6. Registrazione della richiesta

- 1047 L'ufficio AI o la cassa di compensazione (N. 1021) devono apporre un timbro d'arrivo (data e designazione dell'ufficio/della cassa) o un'annotazione corrispondente sulle richieste pervenute loro.
- 1048 L'ufficio AI registra ogni richiesta corredata almeno di numero di assicurato, cognome, nome, data d'arrivo e indirizzo.
- 1049 Ogni volta che gli assicurati inoltrano per la prima volta una domanda all'AI, l'ufficio AI apre un nuovo incarto.

7. Comunicazione all'UCC/all'UFAS

1050 La CSIP stabilisce il volume dei dati statistici da trasmettere all'UCC/all'UFAS e la procedura.

2ª parte: procedura di accertamento

1. Esami preliminari

1.1 Controllo formale

1.1.1 Competenza

(vedasi anche 4a parte)

2001 L'ufficio AI verifica la propria competenza e, se il caso è di competenza di un altro ufficio AI, trasmette la richiesta a quest'ultimo e lo comunica agli assicurati.

1.1.2 Completezza della richiesta

2002 L'ufficio AI verifica se il modulo di richiesta è stato compilato correttamente e in tutte le sue parti, se è stato firmato in modo valido e se tutti i documenti richiesti sono stati allegati. In caso contrario predispone tutte le eventuali integrazioni.

Nell'incarto va annotato (con data e visto):

2003 – se gli assicurati rifiutano o non sono in grado di presentare i documenti prescritti;

2004 – se i documenti allegati (certificato di assicurazione, documento d'identità ecc.) sono stati rinviati agli assicurati (N. 2014); quando questo invio è accompagnato da una lettera, è sufficiente inserire una copia della stessa nell'incarto;

2005 – se l'ufficio AI, di propria iniziativa, apporta integrazioni o correzioni alla richiesta.

1.1.3 Incarti dell'AI già esistenti

2006 L'ufficio AI verifica se ha già ricevuto una richiesta di prestazioni riguardante l'assicurato in questione. Se constatata, in base alla richiesta di prestazioni, che l'assicurato è già stato sottoposto al rilevamento tempestivo o ha ragione di sup-

porre che un altro ufficio AI si sia già occupato del caso, l'ufficio AI si procura la relativa documentazione (cfr. anche N. 4012).

1.1.4 Insorgenza di un infortunio

- 2007 Si rinvia alla Circolare sui compiti degli uffici AI nell'esercizio del regresso contro terzi responsabili (C Regresso AI).
- 2008 Bisogna inoltre tenere conto della CAGI.

1.2 Verifica delle generalità

- 2009 L'ufficio AI verifica l'esattezza delle generalità dell'assicurato contenute nella richiesta. Le DR sono applicabili per analogia.
- 2010 Vanno verificate anche le generalità dei figli per i quali può
1/12 essere richiesta una rendita o che devono essere prese in considerazione per il calcolo delle prestazioni (indennità giornaliera, contributo per l'assistenza).
- 2011 Nel modulo di richiesta bisogna annotare quali sono i documenti su cui ci si è basati per verificare le generalità e quali collaboratori hanno effettuato il controllo.
- 2012 Se una persona divorziata inoltra la richiesta per ottenere prestazioni dell'AI o se sulla base della richiesta si constata che un matrimonio precedente è stato sciolto, si deve inoltrare una copia della richiesta alla cassa di compensazione competente per versare una rendita (N. 4017). La cassa di compensazione invia immediatamente al richiedente il modulo di richiesta della ripartizione del reddito in caso di divorzio.

1.3 Informazione degli assicurati

- 2013 L'ufficio AI conferma agli assicurati che hanno presentato la loro prima richiesta di averla ricevuta inviando loro in allegato

un promemoria sulle prestazioni dell'AI e li informa sul probabile svolgimento della procedura.

- 2014 Con la conferma bisogna rinviare agli assicurati il documento d'identità (N. 1010) e il certificato di assicurazione AVS/AI (N. 1009). Una copia di quest'ultimo rimane nell'incarto.
- 2015 Se le misure di accertamento necessarie causano importanti ritardi, gli assicurati devono esserne informati al più presto ed essere tenuti al corrente sullo svolgimento della procedura.

1.4 Controllo delle condizioni d'assicurazione

1.4.1 In generale

- 2016 L'ufficio AI competente verifica e decide se le condizioni d'assicurazione che danno diritto a prestazioni dell'AI sono adempiute (art. 57 cpv. 1 lett. c LAI, art. 69 cpv. 1 OAI).
- 2017 Se necessario, esegue la verifica assieme alla cassa di compensazione competente (art. 60 cpv. 1 lett. a LAI, N. 4017).

1.4.2 Portata del controllo

- 2018 La verifica interessa la nazionalità, la qualità d'assicurato, il domicilio, la dimora e la relativa durata nonché il periodo contributivo. Nel caso dei cittadini stranieri vanno osservate le DR, le DSA e la CIBIL.
2018. Se in base all'estratto del CI ha dei dubbi riguardo al compimento del periodo contributivo minimo richiesto, l'ufficio AI si rivolge alla cassa di compensazione competente, chiedendole di verificare se l'assicurato abbia effettivamente versato contributi per almeno tre anni (considerati anche eventuali periodi compiuti in Stati dell'UE/AELS).
- 2019 Nel caso di domicilio derivato (N. 4002), vale la regola che i figli di uno straniero residente in Svizzera adempiono le condizioni per ottenere delle prestazioni solo se anch'essi dimorano ininterrottamente in Svizzera. Se invece si trovano

all'estero, non sono domiciliati nello stesso luogo del padre o della madre (RCC 1980 pag. 550). La stessa regola è applicabile ai rapporti tra le autorità di tutela e le persone sottoposte a tutela.

- 2020 Se la decisione relativa alle condizioni d'assicurazione dipende da quando è insorta l'invalidità, ma il momento preciso non può essere determinato, si devono effettuare in primo luogo gli accertamenti in base ai N. 2032 segg. per quanto necessario.
- 2021 Se i documenti a disposizione sono insufficienti per effettuare i necessari controlli, si può esigere la presentazione di atti ufficiali o di certificati del datore di lavoro che attestino l'adempimento delle condizioni d'assicurazione.
- 2022 L'ufficio AI o la cassa di compensazione devono registrare in un documento il risultato dei controlli. Una fotocopia dei documenti importanti (p. es. libretto degli stranieri) dev'essere allegata agli atti.

1.4.3 Modo di procedere se l'assicurato non adempie le condizioni d'assicurazione

- 2023 Se l'ufficio AI non ritiene soddisfatte le condizioni d'assicurazione, dopo aver ascoltato gli assicurati emana una decisione di rifiuto. Se quest'ultima riguarda una rendita, le persone domiciliate in Svizzera vanno informate in modo opportuno sulle PC (p. es. allegando un promemoria).

1.4.4 Periodo contributivo minimo

2023. Gli assicurati hanno diritto ad una rendita ordinaria d'invalidità, se all'insorgere dell'evento assicurato hanno pagato i contributi per almeno tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI). Se l'assicurato ha versato i contributi per almeno un anno, ma per meno di tre anni, vanno considerati anche eventuali periodi assicurativi compiuti in Stati dell'UE o dell'AELS.
Se il periodo contributivo compiuto nel nostro Paese è infe-

riore ad un anno, l'assicurato non ha per principio diritto ad una rendita dell'AI svizzera.

2023. Se l'assicurato non ha diritto ad una rendita dell'AI svizzera
2 poiché non ha versato contributi per il periodo minimo richiesto di un anno, ma ha compiuto periodi assicurativi in uno Stato dell'UE o dell'AELS, la richiesta di prestazioni AI va trasmessa alla CSC insieme agli appositi moduli dell'UE. È applicabile la procedura stabilita nella CIBIL (disponibile in francese e in tedesco).
2023. Gli assicurati che, appartenendo ad una classe d'età sog-
3 getta all'obbligo assicurativo da meno di un anno, hanno versato contributi per meno di un anno, ma che hanno versato i contributi per tutti i mesi in cui la loro classe d'età era soggetta all'obbligo assicurativo hanno eventualmente diritto ad una rendita straordinaria. Prima di emanare una decisione formale in merito, occorre esaminare insieme alla cassa di compensazione competente se siano soddisfatte le necessarie condizioni.
2023. Se, anche considerando i periodi assicurativi compiuti in Stati
4 dell'UE o dell'AELS, l'assicurato non ha versato contributi per il periodo minimo richiesto di tre anni, l'ufficio AI, dopo aver sentito l'assicurato, emette una decisione formale negativa. Prima di emettere questa decisione, occorre verificare se l'assicurato soddisfi eventualmente le condizioni per il diritto ad una rendita straordinaria.
2023. Gli assicurati che, appartenendo ad una classe d'età sog-
5 getta all'obbligo assicurativo da meno di tre anni, non hanno versato contributi per il periodo minimo richiesto di tre anni, ma che hanno versato i contributi per tutti i mesi in cui la loro classe d'età era soggetta all'obbligo assicurativo hanno eventualmente diritto ad una rendita straordinaria. Prima di emanare una decisione formale in merito, occorre esaminare insieme alla cassa di compensazione competente se siano soddisfatte le necessarie condizioni.

1.5 Collaborazione con altri istituti assicurativi

1.5.1 Assicurazione infortuni, assicurazione militare, assicurazione contro la disoccupazione

- 2024 Se dalla richiesta dell'assicurato risulta che un assicuratore contro gli infortuni (p. es. la Suva), l'AM o l'AD gli ha già concesso provvedimenti d'integrazione o che egli ha palesemente diritto a tali prestazioni (p. es. in caso d'infortunio professionale), si deve prendere contatto con l'assicurazione in questione per determinare l'estensione delle prestazioni dovute (cfr. anche N. 2054 e 2027 segg.).
- 2025 Per delimitare gli obblighi dei diversi rami assicurativi si applicano le direttive relative alle singole prestazioni (si vedano anche art. 63–71 LPGA).

1.5.2 Cassa malati competente

- 2026 Se gli assicurati richiedono provvedimenti sanitari di integrazione, l'ufficio AI è tenuto ad informare la loro cassa malati dell'inoltro della richiesta (art. 88^{ter} OAI). Ciò viene fatto inoltrando alla cassa malati una copia della decisione o della comunicazione.

1.6 Collaborazione interistituzionale (CII) (art. 68^{bis} LAI)

1.6.1 Promozione della CII

- 2027 Nell'ambito del rilevamento tempestivo, dei provvedimenti d'accertamento professionale e dei provvedimenti d'integrazione, gli uffici AI collaborano strettamente con gli assicuratori e gli organi d'esecuzione di altre assicurazioni sociali (AD, AINF, AM ecc.), gli istituti d'assicurazione privati, gli istituti della previdenza professionale, gli organi d'esecuzione cantonali competenti per la promozione dell'integrazione professionale (quali i servizi sociali cantonali e comunali, gli organi preposti all'esecuzione della legislazione cantonale in materia di aiuto ai disoccupati e di asilo o le autorità cantonali

competenti per la formazione professionale), gli organi d'esecuzione delle leggi cantonali in materia di aiuto sociale e altre istituzioni private e pubbliche importanti per l'integrazione degli assicurati (quali le istituzioni per l'integrazione e la formazione o il mercato del lavoro).

1.6.2 Scopo della CII

- 2028 La CII ha lo scopo di contribuire, nel rispetto delle condizioni quadro legali, a:
- favorire l'integrazione più rapida e duratura possibile delle persone senza attività lucrativa nel mercato del lavoro primario;
 - evitare rallentamenti nello scambio di informazioni tra gli organi d'esecuzione interessati;
 - snellire le pratiche a tutto vantaggio dei clienti; e
 - evitare l'esclusione di singole persone o gruppi dalla vita lavorativa e sociale.

1.6.3 Obbligo del segreto tra gli uffici AI e le altre assicurazioni sociali (art. 68^{bis} cpv. 2 LAI)

- 2029 Nei casi in cui non sia ancora possibile determinare chiaramente chi sia competente per l'assunzione dei costi, gli uffici AI e gli organi assicurativi ed esecutivi delle altre assicurazioni sociali sono reciprocamente prosciolti dall'obbligo di mantenere il segreto, se questi ultimi dispongono anch'essi di un'analogia base legale formale, se non sussiste un interesse privato preponderante e se le informazioni e la documentazione servono a:
- stabilire i provvedimenti d'integrazione adeguati per l'assicurato o
 - accertare i diritti di quest'ultimo nei confronti delle assicurazioni sociali.
- Le informazioni e la documentazione non possono fornire più informazioni di quanto necessario al raggiungimento di questi scopi.

1.6.4 Obbligo del segreto tra gli uffici AI e gli altri organi coinvolti nella CII

(art. 68^{bis} cpv. 3 LAI)

2030 Alle condizioni di cui al N. 2029, gli uffici AI sono prosciolti dall'obbligo del segreto anche nei confronti degli altri organi coinvolti nella CII elencati al N. 2027, ma tuttavia soltanto nella misura in cui vi è reciprocità.

1.6.5 Forma dello scambio di dati

(art. 68^{bis} cpv. 4 LAI)

2031 Lo scambio di dati può, in singoli casi, avvenire oralmente e anche senza aver dapprima trasmesso una richiesta scritta al partner interistituzionale o richiesto l'autorizzazione scritta dell'assicurato o del suo rappresentante legale. In seguito si deve però informare in ogni caso l'assicurato dell'avvenuto scambio di dati e del contenuto del medesimo e ne va presa obbligatoriamente nota negli atti.

2. Accertamento delle circostanze

2.1 In generale

2.1.1 Oggetto dell'accertamento

2032 L'ufficio AI deve accertare d'ufficio tutti i fatti necessari per
1/12 poter procedere alla decisione. I documenti devono fornire soprattutto informazioni sullo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione degli assicurati nonché sull'appropriatezza di determinati provvedimenti di integrazione e reintegrazione (art. 69 cpv. 2 OAI).

2033 Gli accertamenti devono estendersi a tutte le possibili
1/12 prestazioni, anche se queste non sono state richieste espressamente (sentenza del TF 8C_233/2010 consid. 5.1, RCC 1980 pag. 509).

2033. In deroga al N. 2033, per il contributo per l'assistenza si
1 procede a un accertamento solo se l'assicurato ne fa
1/12 formalmente richiesta.
- 2034 Per quanto riguarda l'accertamento del diritto alle diverse
prestazioni dell'AI, sono inoltre riservate le direttive corri-
spondenti concernenti le prestazioni in contanti e in natura.

2.1.2 Obbligo degli assicurati di ridurre il danno e di collaborare

- 2035 In merito all'obbligo degli assicurati di ridurre il danno e di
1/12 collaborare si vedano i N. 1048 segg. CIGI. Gli assicurati
devono, in particolare, collaborare all'accertamento del loro
diritto a prestazioni e delle loro possibilità di integrazione e
reintegrazione.
2035. Le sanzioni in caso di violazione dell'obbligo di ridurre il
1 danno o dell'obbligo di collaborare sono stabilite dai N. 7011
segg. CIGI.

2.2 Compiti dell'ufficio AI

- 2036 L'ufficio AI procura le informazioni e i documenti necessari
per poter procedere alla decisione.
- 2037 L'ufficio AI esegue gli accertamenti, comprese eventuali inda-
gini sul posto, in prima persona (RCC 1976 pag. 333). In
caso eccezionale incarica terzi di svolgere questi compiti.
- 2038 Gli uffici AI possono sottoporre al SMR competente la
3/12 documentazione necessaria per valutare se sussistano le
condizioni di diritto sul piano medico.
- 2039 Il SMR esamina il caso sulla base della documentazione e,
4/11 se necessario, richiede ulteriori documenti di natura medica a
medici curanti e istituzioni. Se sono necessarie numerose
ulteriori informazioni in forma scritta, l'ufficio AI può essere
incaricato di richiederle. Questi documenti sono parte inte-
grante dell'incarto dell'assicurato. Il SMR decide riguardo alla

necessità di sottoporre l'assicurato ad un proprio esame medico o raccomanda eventualmente l'esame di un perito esterno.

- 2040 Il SMR riporta nell'incarto dell'assicurato i risultati dell'esame medico e formula eventuali raccomandazioni, dal punto di vista medico, per l'ulteriore trattamento della richiesta di prestazioni.
- 2041 Se necessario, l'ufficio AI ordina le seguenti misure di accertamento:
- referto medico in casi particolari (cfr. N. 2073);
 - perizia mono-, bi- o pluridisciplinare (cfr. N. 2074 segg.);
 - convocazione dell'assicurato. Per gli esami del SMR, l'assicurato è convocato direttamente da quest'ultimo;
 - attuazione di tentativi d'integrazione e ricorso ad un CAP (cfr. N. 5018 segg.);
 - colloquio con il datore di lavoro;
 - rilevazione della situazione finanziaria.

2.3 Richiesta di informazioni

2.3.1 In generale

- 2042 L'ufficio AI richiede d'ufficio tutte le informazioni necessarie alla valutazione del caso (art. 43 cpv. 1 LPGA).
- 2043 Nel richiedere informazioni a terzi bisogna far notare loro che le persone incaricate di applicare e di sorvegliare l'assicurazione sono sottoposte all'obbligo di mantenere il segreto, conformemente all'articolo 33 LPGA (cfr. N. 2058 segg.).
- 2044 Nei casi in cui una legge, un'ordinanza o una convenzione (cfr. N. 2056) prevedono l'obbligo di fornire indicazioni gratuitamente, bisogna menzionarlo.
- 2045 Le persone o gli organi tenuti a fornire informazioni (cfr. N. 2048–2056) devono mettere a disposizione i documenti su cui si fondano le informazioni. L'obbligo d'informare gratuitamente include anche la produzione di fotocopie, di estratti di registri, di attestazioni ecc.

- 2046 Se la richiesta di informazioni implica l'esonero di terzi
1/12 dall'obbligo di mantenere il segreto (cfr. N. 1040 segg.), nella domanda di informazioni occorre rinviare all'articolo 6a LAI.
- 2047 Le informazioni ottenute verbalmente o telefonicamente
1/12 devono essere confermate per iscritto dalla persona o dal servizio che le ha fornite (se d'importanza decisiva) oppure messe agli atti (art. 43 cpv. 1 LPGA). Lo stesso vale qualora collaboratori dell'ufficio AI mettano a disposizione le proprie conoscenze e l'ufficio AI si basi su di esse per prendere la sua decisione.

2.3.2 Persone e organi tenuti a fornire informazioni

– Assicurati e loro familiari

- 2048 Ai sensi dell'articolo 28 capoverso 2 LPGA, gli assicurati e i loro familiari devono fornire gratuitamente informazioni sui fatti decisivi per l'esame del diritto, la determinazione delle prestazioni o l'esecuzione del regresso contro terzi responsabili (N. 2007).
- 2049 Se gli assicurati non adempiono quest'obbligo, sono applicabili per analogia i N. 2035 seg.

– Datori di lavoro

- 2050 Se richiesto, i datori di lavoro attuali e precedenti degli assicurati devono fornire, gratuitamente e conformemente al vero, informazioni relative al tipo e alla durata dell'impiego e al salario (art. 28 cpv. 1 LPGA), per esempio utilizzando il "Questionario per i datori di lavoro".

– Medici

2050. I medici curanti dell'assicurato devono fornire informazioni
1 sullo stato di salute e sulle risorse disponibili di quest'ultimo
1/12 (art. 6a LAI in combinato disposto con l'art. 28 cpv. 3 LPGA).
In linea di massima lo fanno mediante un rapporto medico (N.
2062).

– Organi dell'AVS e dell'AI

- 2051 Gli organi dell'AVS e dell'AI devono trasmettersi reciprocamente tutte le informazioni necessarie e mettere a disposizione gli incarti.
- 2052 In particolare gli uffici AI possono richiedere informazioni sul reddito proveniente dall'attività lucrativa alla cassa di compensazione competente per la riscossione dei contributi, per esempio per determinare il grado d'invalidità. La cassa di compensazione competente fornisce le informazioni sulla base dei documenti a sua disposizione ed eventualmente le richiede ad altre casse di compensazione detentrici di un conto o ai datori di lavoro. Se necessario bisogna redigere un estratto conto interno secondo le D CA/CI.

– Autorità amministrative e giudiziarie e organi di altre assicurazioni sociali

- 2053 Gli uffici della Confederazione, dei Cantoni, dei distretti, dei circoli e dei Comuni sono tenuti a fornire gratuitamente informazioni ed attestazioni agli organi dell'AI (art. 32 cpv. 1 LPGA). In particolare, gli istituti assicurativi e le autorità assistenziali degli organi citati che forniscono prestazioni all'assicurato a causa della sua invalidità devono, a richiesta, fornire gratuitamente informazioni circa le loro constatazioni e le loro prestazioni.
- 2054 Gli enti delle altre assicurazioni sociali sono tenuti a fornire gratuitamente informazioni agli organi dell'AI (art. 32 cpv. 2 LPGA). L'obbligo di informare spetta soprattutto agli enti

dell'AINF, alle casse malati (art. 11 LAMal), all'AM, all'AD e agli istituti della previdenza professionale obbligatoria.

2055 Agli uffici di stato civile le informazioni devono essere richieste tramite il modulo speciale "Certificato di stato civile".

– Assicuratori privati

2056 Per gli istituti assicurativi privati, la consultazione di
1/12 documenti e la comunicazione di informazioni sono disciplinate in linea di massima dall'articolo 6a LAI in combinato disposto con l'articolo 28 capoverso 3 LPGA. Va inoltre tenuto conto delle disposizioni dei N. 2027 segg. e delle convenzioni figuranti nell'allegato II. L'obbligo di informare degli assicuratori privati che partecipano all'esecuzione dell'AINF è regolato dal N. 2054.

2.3.3 Conseguenze del mancato rilascio di informazioni

2056. Se l'ufficio AI non riceve le informazioni richieste entro
1 un termine adeguato, pone alla persona o al servizio in
1/12 questione un termine supplementare, facendo presente che sussiste un obbligo di informazione in merito e che il rifiuto di fornire informazioni è punibile secondo l'articolo 88 LAVS. Nella comunicazione scritta vanno menzionate le relative basi legali. Una copia dell'ingiunzione è inviata all'assicurato.

2056. Se la persona o il servizio in questione non fornisce le
2 informazioni richieste nonostante l'ingiunzione, si deve
1/12 valutare se presentare una denuncia penale. Se un medico rifiuta di redigere un rapporto, va inoltre osservato il N. 2067.

2.4 Rilascio di informazioni e autorizzazione a consultare gli incarti AI

2.4.1 In generale

2057 Il rilascio di informazioni da parte di organi dell'AI e l'autorizzazione a consultare gli incarti AI sono retti dalla COSCD, dalla convenzione citata al N. 2056 e, nel quadro della CII,

dai N. 2027 segg. (cfr. anche art. 47 seg. LPGA e art. 8 segg. OPGA; art. 66 segg. e 68^{bis} LAI e art. 49a segg. LAVS).

2.4.2 Eccezioni

– Informazioni a datori di lavoro, servizi specializzati e altri organi d'esecuzione

2058 1/12 Quando esaminano le possibilità di integrazione o di collocamento, gli uffici AI possono fornire ai datori di lavoro o agli organismi interessati indicazioni sulla persona degli assicurati – comprese le conseguenze dell'handicap – nonché i risultati degli accertamenti e delle consultazioni già eseguiti indispensabili per il collocamento in un centro d'accertamento, di formazione o in un posto di lavoro (art. 50a cpv. 1 lett. b LAVS in combinato disposto con l'art. 66 LAI, art. 76 cpv. 1 lett. f OAI).

2059 Se, per esaminare le possibilità d'integrazione professionale o per eseguire i provvedimenti di integrazione, si fa appello a centri d'integrazione, compreso il CAP, o servizi specializzati, l'ufficio AI mette a loro disposizione tutte le indicazioni e i documenti necessari, nel caso del CAP in base ai N. 6006 segg. Questa regolamentazione è applicabile anche alla comunicazione di informazioni a persone ed uffici che eseguono provvedimenti d'accertamento o d'integrazione conformemente ad una decisione dell'ufficio AI. La consegna di documenti medici è regolata secondo le disposizioni della COSCD.

– Informazioni alle autorità di assistenza pubblica e privata e ai medici curanti

2060 Se l'ufficio AI ritiene opportuno prendere contatto con un organismo assistenziale che fino a quel momento non si è occupato dell'assicurato, può farlo e fornire informazioni soltanto con l'autorizzazione dell'assicurato o del suo rappresentante legale.

2061 Per quanto riguarda l'esame delle possibilità d'integrazione e l'esecuzione di provvedimenti d'accertamento e d'integrazione, si possono fornire informazioni alle stesse condizioni a persone ed organi che, senza essere organi d'esecuzione dell'AI, si occupano degli assicurati dal punto di vista assistenziale o medico, purché questa collaborazione sia nell'interesse degli assicurati (art. 50a cpv. 4 LAVS in combinato disposto con l'art. 66 LAI).

2.5 Rapporto medico

2.5.1 In generale

2062 Se la richiesta non è fin dal principio priva di possibilità di
1/12 successo (N. 2023), l'ufficio AI si procura un rapporto medico dal medico curante o dal SMR.

2063 Per l'esame di un'infermità congenita odontoiatrica bisogna
1/12 inviare al dentista il modulo "Zahnärztliche Beurteilung" (d/f), per le infermità citate alle cifre 208–210, 214 e 218 dell'allegato dell'OIC il modulo "Kieferorthopädische Abklärung" (d/f).

2.5.2 Medico competente

2064 Di regola il rapporto medico deve essere chiesto al medico che ha curato per ultimo l'assicurato per l'infermità dichiarata.

2065 Se il trattamento non è ancora iniziato, il rapporto medico deve essere chiesto al medico da cui l'assicurato vuole farsi curare.

2066 Se non si riesce a stabilire in modo certo chi sia il medico
1/12 curante né in base alla domanda né in base alle indicazioni fornite dall'assicurato o se l'ultimo trattamento risale a molto tempo prima dell'inoltro della richiesta, è l'ufficio AI a decidere come procedere agli ulteriori accertamenti necessari.

2067 Se nonostante un'ingiunzione l'ufficio AI non riceve né il
1/12 rapporto né una comunicazione del medico, incarica un altro
ufficio medico o il SMR di effettuare gli accertamenti e lo
comunica all'assicurato.

2068 [abrogato]
1/12

2.5.3 Contenuto del rapporto medico

– In generale

2069 Sono determinanti le domande dei moduli citati nei N. 2062 e
2063. Il rapporto medico deve innanzitutto contenere tutti i
fatti medici accertati fino a quel momento. Se è necessaria
una visita, essa si limiterà a quanto necessario per rispon-
dere alle domande del questionario.

2070 Se il medico interpellato desidera consultare un collega, ne
informa per iscritto l'ufficio AI indicando quali esami intende
eseguire e perché. Il SMR emette una raccomandazione
all'ufficio AI riguardo a questi esami supplementari e, se del
caso, ne ordina l'esecuzione tramite l'ufficio AI, inviandogli un
questionario con i punti da chiarire.

2071 L'esame supplementare svolto da un altro medico è conside-
rato quale consulenza collegiale ai sensi del TARMED.

2072 Le spese delle informazioni fornite da medici che non hanno
un incarico dell'AI sono rimborsate soltanto se erano indi-
spensabili all'erogazione delle prestazioni o erano parte inte-
grante di provvedimenti d'integrazione concessi in seguito
(art. 78 cpv. 3 OAI).

– Casi speciali

2073 Se, su raccomandazione del SMR, sono necessarie partico-
lari informazioni mediche (p. es. riguardo al carico
professionale sopportabile), questo va segnalato esplicita-
mente sul questionario, sul relativo modulo o in una lettera di

accompagnamento indirizzata al medico. Con ciò il medico può essere incaricato di procedere ad esami speciali. Se, a uno stadio più avanzato della procedura, sono necessarie altre informazioni mediche, dopo aver consultato il SMR deve essere richiesto un nuovo rapporto medico (eventualmente sotto forma di rapporto di dimissione dall'ospedale) o un "Rapporto medico intermedio".

2.6 Perizie mediche

2.6.1 In generale

- 2074 3/12 Se il SMR, esaminati i rapporti medici, ritiene necessaria una perizia medica, la esegue esso stesso conformemente all'articolo 49 capoverso 2 OAI o raccomanda all'ufficio AI di ordinarne l'esecuzione, proponendo le discipline necessarie e indicando i punti da chiarire. L'ufficio AI ordina quindi una perizia mono-, bi- o pluridisciplinare.
- 2075 3/12 Una perizia pluridisciplinare interessa tre o più discipline mediche, tra cui in ogni caso la medicina interna/generale.
- 2076 3/12 Una perizia medica deve fornire le indicazioni mediche necessarie alla valutazione del diritto a prestazioni, in particolare indicazioni sui danni alla salute e sulle loro ripercussioni sulla capacità lavorativa nelle attività professionali precedenti o in altre attività adeguate, nonché sulla possibilità e l'esigibilità di provvedimenti d'integrazione dal punto di vista medico.
2076. 1 3/12 A tal fine, l'ufficio AI deve mettere a disposizione del/i perito/i tutti gli atti (non solo quelli medici), classificati in ordine cronologico.
- 2077 3/12 Per quanto concerne il diritto alla protezione dei dati, l'organo incaricato di eseguire la perizia ha le stesse possibilità di accertamento degli uffici AI e dei SMR, in particolare per la richiesta di informazioni e gli accertamenti presso terzi. La procura rilasciata all'ufficio AI vale dunque anche per l'organo che effettua la perizia.

2078 L'assicurato non ha il diritto di essere assistito da un
3/12 avvocato o da un altro patrocinatore durante la perizia
medica (DTF 132 V 443 consid. 3).

2079 Il ricorso a un interprete è regolamentato dai N. 2121.1 segg.
3/12

2079. L'assicurato non ha il diritto di essere assistito da un
1 avvocato o da un altro patrocinatore durante la perizia
3/12 medica (DTF 132 V 443 consid. 3).

2.6.2 Procedura

2080 La procedura per l'affidamento dell'incarico e l'esecuzione di
3/12 una perizia medica è la seguente (DTF 137 V 210):

| | Perizie pluridisciplinari | Perizie mono- e bidisciplinari |
|-------------------------------|---|--|
| | L'UAI conclude che è necessaria una perizia pluridisciplinare | L'UAI conclude che è necessaria una perizia mono- o bidisciplinare |
| | Comunicazione all'assicurato: <ul style="list-style-type: none"> • Perizia pluridisciplinare • Discipline • Elenco di domande • Possibilità di porre domande supplementari | Comunicazione all'assicurato: <ul style="list-style-type: none"> • Perizia mono- o bidisciplinare • Disciplina/e prevista/e • Perito/i proposto/i • Elenco di domande • Possibilità di porre domande supplementari |
| 10 giorni dalla comunicazione | <ul style="list-style-type: none"> • Eventuali obiezioni contro la perizia • Domande supplementari | <ul style="list-style-type: none"> • Eventuali obiezioni contro la perizia e il/i perito/i • Domande supplementari |
| | Valutazione delle obiezioni Considerazione delle domande supplementari Decisione (incidentale) <ul style="list-style-type: none"> • Perizia pluridisciplinare | Valutazione delle obiezioni Considerazione delle domande supplementari Eventuale designazione di un nuovo perito Decisione (incidentale) <ul style="list-style-type: none"> • Perizia • Perito/i |

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| | Registrazione del mandato su SuisseMED@P (procedura secondo il manuale, allegato V) | |
| | Attribuzione da parte di SuisseMED@P | |
| | Comunicazione all'assicurato: <ul style="list-style-type: none"> • Centro peritale • Perito • Termine | |
| 10 giorni dalla comunicazione | Valutazione delle obiezioni, eventualmente, designazione di un nuovo perito Decisione (incidentale) <ul style="list-style-type: none"> • Centro peritale • Perito | |
| 30 giorni dalla decisione | Dopo la scadenza del termine di ricorso: | Dopo la scadenza del termine di ricorso: |
| | esecuzione della perizia | esecuzione della perizia |
| | Invio della perizia all'UAI | Invio della perizia all'UAI |
| | Eventuali domande complementari: | Eventuali domande complementari: |
| | se l'UAI pone domande complementari, invio di una comunicazione all'assicurato: perizia e domande complementari <ul style="list-style-type: none"> • Segnalazione della possibilità per l'assicurato di porre domande complementari | se l'UAI pone domande complementari, invio di una comunicazione all'assicurato: perizia e domande complementari <ul style="list-style-type: none"> • Segnalazione della possibilità per l'assicurato di porre domande complementari |
| 10 giorni dalla comunicazione | Attesa delle domande complementari dell'assicurato | Attesa delle domande complementari dell'assicurato |
| | Invio della valutazione dell'UAI al centro peritale <ul style="list-style-type: none"> • Qualità • Durata | |

| | | |
|--|---|---|
| | Invio della perizia all'assicurato | Invio della perizia all'assicurato |
| | Invio della decisione dell'UAI al centro peritale | Invio della decisione dell'UAI al centro peritale |

2081 L'affidamento dell'incarico e l'esecuzione di una perizia
3/12 medica avvengono mediante comunicazione senza rimedi giuridici. La comunicazione deve menzionare il tipo di perizia (mono-, bi- o pluridisciplinare) e le discipline previste. Va accluso l'elenco di domande ed indicata la possibilità di far pervenire all'ufficio AI domande supplementari in forma scritta.

2081. In caso di perizie mono- e bidisciplinari è necessario
1 menzionare il/i nome/i del/i perito/i con il/i relativo/i titolo/i di
3/12 medico/i specialista/i.

2082 All'assicurato è accordato un termine di 10 giorni per
3/12 formulare obiezioni contro la perizia e le discipline previste, nonché per inoltrare domande supplementari. Questo termine può essere prorogato previa richiesta scritta motivata.

2082. In caso di perizie mono- e bidisciplinari l'assicurato può
1 inoltre far valere le seguenti obiezioni:
3/12 – il perito ha un interesse personale nella causa;
– è parente o affine in linea retta o in linea collaterale, fino al terzo grado, di una parte o è coniuge, fidanzato o genitore adottivo della medesima;
– può avere per altri motivi una prevenzione nella causa;
– non ha le necessarie competenze specialistiche;
– è necessaria una perizia in un'altra disciplina medica;
– i fatti sono sufficientemente chiari e non è necessaria un'ulteriore perizia.
L'ufficio AI deve valutare le obiezioni.

2082. Se il termine accordato scade inutilizzato, il mandato è
2 registrato su SuisseMED@P o assegnato al/i perito/i.
3/12

2082. Se l'assicurato pone domande supplementari, queste devono
3 essere trasmesse alla persona incaricata della perizia, senza
3/12 modifiche e indicandole esplicitamente quali domande
dell'assicurato.
2083. Se le obiezioni dell'assicurato sono interamente accolte,
3/12 l'ufficio AI emana una comunicazione in cui stabilisce il tipo di
perizia, le discipline previste e, in caso di perizia mono- e
bidisciplinare, il/i nome/i del/i nuovo/i perito/i.
2083. Se le obiezioni dell'assicurato non sono accolte o lo sono
1 solo parzialmente, l'ufficio AI emana una decisione
3/12 incidentale in cui fornisce la motivazione per la quale non si è
tenuto conto delle obiezioni e stabilisce il tipo di perizia, le
discipline previste e, in caso di perizia mono- e bidisciplinare,
il/i nome/i del/i nuovo/i perito/i.
2083. Va verificata, soprattutto nei casi di revisione, la necessità di
2 revocare l'effetto sospensivo ad un eventuale ricorso e di
3/12 eseguire comunque la perizia (per evitare ritardi procedurali).
2083. Se l'assicurato interpone ricorso contro la decisione
3 incidentale, in linea di massima il mandato per la perizia non
3/12 è assegnato fintantoché la decisione in merito al ricorso non
è passata in giudicato (salvo in caso di revoca dell'effetto
sospensivo di cui al N. 2083.2).
2084. Se l'assicurato non interpone ricorso o la decisione
3/12 incidentale è confermata e passa in giudicato, il mandato è
registrato su SuisseMED@P (perizia pluridisciplinare) o
assegnato al/ai perito/i (perizia mono- e bidisciplinare).
2084. Se invece la decisione incidentale non è confermata o lo è
1 solo parzialmente, a seconda delle circostanze la procedura
deve essere eseguita nuovamente dal N. 2081.
2085. La procedura di attribuzione dei mandati per le perizie
3/12 pluridisciplinari da parte di SuisseMED@P è regolamentata
secondo il manuale nell'allegato V.

2085. Dopo l'attribuzione da parte di SuisseMED@P l'ufficio AI
1 comunica all'assicurato il centro peritale, i nomi dei periti con
3/12 i relativi titoli di medici specialisti e la data prevista per la
perizia.
2085. All'assicurato è accordato un termine di 10 giorni per
2 formulare obiezioni personali. Questo termine può essere
3/12 prorogato previa richiesta scritta motivata.
2085. Sono obiezioni personali in particolare le seguenti:
3 – il perito ha un interesse personale nella causa;
3/12 – è parente o affine in linea retta o in linea collaterale, fino al
terzo grado, di una parte o è coniuge, fidanzato o genitore
adottivo della medesima;
– può avere per altri motivi una prevenzione nella causa;
– non ha le necessarie competenze specialistiche.

L'ufficio AI deve valutare le obiezioni.

2085. Se le obiezioni dell'assicurato sono interamente accolte,
4 l'ufficio AI emana una comunicazione in cui stabilisce i nomi
3/12 dei nuovi periti.
2085. Se le obiezioni dell'assicurato non sono accolte o lo sono
5 solo parzialmente, l'ufficio AI emana una decisione
3/12 incidentale in cui fornisce la motivazione per la quale non si è
tenuto conto delle obiezioni e stabilisce i nomi dei periti.
2085. Va verificata, soprattutto nei casi di revisione, la necessità di
6 revocare l'effetto sospensivo a un eventuale ricorso e di
3/12 eseguire comunque la perizia (per evitare ritardi procedurali).
2085. Se l'assicurato interpone ricorso contro la decisione
7 incidentale, in linea di massima il mandato per la perizia è
3/12 sospeso fintantoché la decisione in merito al ricorso non è
passata in giudicato (salvo in caso di revoca dell'effetto
sospensivo conformemente al N. 2085.6). In tal caso occorre
differire la data già fissata per la perizia.

2085. Se l'assicurato non interpone ricorso o la decisione
8 incidentale è confermata e passa in giudicato, la perizia viene
3/12 eseguita.
2085. Se invece la decisione incidentale non è confermata o lo è
9 solo parzialmente, a seconda delle circostanze la procedura
3/12 deve essere eseguita nuovamente dal N. 2085.
- 2086 Entro 20 giorni dal ricevimento della perizia, l'ufficio AI
3/12 verifica la qualità della perizia dal punto di vista formale e
materiale, consultandosi con il SMR, e decide se siano
eventualmente necessarie ulteriori domande esplicative o
complementari.
- 2087 Se l'ufficio AI pone al/i perito/i domande esplicative o
3/12 complementari, deve informarne l'assicurato e inviargli una
copia della perizia.
2087. Anche l'assicurato ha la possibilità di porre domande
1 esplicative o complementari, entro 10 giorni. Questo termine
3/12 può essere prorogato previa richiesta scritta motivata.
2087. Se l'assicurato pone domande esplicative o complementari,
2 l'ufficio AI deve trasmetterle al/ai perito/i, senza modifiche,
3/12 contrassegnandole esplicitamente quali domande
dell'assicurato.
- 2088 L'ufficio AI invia una copia della perizia all'assicurato.
3/12
2088. Dopo aver ricevuto la perizia, l'ufficio AI deve inviare una
1 conferma di ricevimento al centro peritale.
3/12
2088. L'ufficio AI deve emanare in tempi rapidi una decisione nel
2 merito. Una copia della decisione va inviata ai periti (art. 76
3/12 cpv. 1 lett. g OAI).
2088. Se l'assicurato è d'accordo, si possono inviare ai periti copie
3 di decisioni giudiziarie.
3/12

- 2089 3/12 Se, senza un valido motivo, l'assicurato non dà seguito all'invito dell'ufficio AI o dell'organo incaricato di effettuare la perizia o impedisce con il proprio comportamento l'adempimento del mandato, sono applicabili per analogia i N. 2035 seg.

2.7 Provvedimenti di reinserimento, di integrazione e di reintegrazione professionale

2.7.1 In generale

- 2090 1/12 L'ufficio AI verifica l'esistenza delle condizioni di diritto ai provvedimenti di reinserimento, di integrazione e di reintegrazione professionale (art. 57 cpv. 1 LAI).
- 2091 Nel caso dei provvedimenti di reinserimento è necessario verificare se l'assicurato sia idoneo dal punto di vista medico a beneficiare di provvedimenti professionali o se, senza i provvedimenti, rischi di perdere l'idoneità all'integrazione. Per quanto concerne i provvedimenti professionali occorre chiarire quali attività professionali potrebbe ancora svolgere l'assicurato e se il mercato del lavoro offra effettivamente tali possibilità. Si deve inoltre tenere conto delle risorse dell'assicurato e di eventuali limitazioni dovute allo stato di salute (p. es. limitazioni funzionali, allergie) o ad altri motivi (p. es. misure di polizia degli stranieri).
- 2092 1/12 [abrogato]

2.7.2 Valutazione

- 2093 L'accertamento consiste in un colloquio di valutazione con l'assicurato (art. 70 OAI) e in eventuali consulenze, test e tentativi di integrazione presso datori di lavoro e centri di integrazione (cfr. CPIP).

- 2094 1/12 Nell'ambito della valutazione si tratta di fare il punto della situazione medica, professionale e personale dell'assicurato. Soprattutto per la valutazione della situazione medica, può essere opportuno contattare il medico curante.
2094. 1 1/12 Se nel quadro della valutazione si constata l'idoneità dell'assicurato all'integrazione, si devono prendere accordi chiari sui modi e i tempi delle ulteriori misure da adottare. In base all'esito della valutazione, l'ufficio AI elabora un piano d'integrazione (art. 70 cpv. 2 OAI e CRIT).
- 2095 Il colloquio di valutazione deve essere verbalizzato. In particolare, va presa nota dei punti seguenti:
- curriculum professionale (scuole, formazione, lingue, conoscenze di EED ecc.);
 - situazione personale, familiare e finanziaria dell'assicurato;
 - occupazioni nel tempo libero (hobby, interessi);
 - impedimento e capacità di fornire prestazioni (dati soggettivi e obiettivi);
 - parere dell'assicurato (situazione attuale, possibili attività professionali ecc.);
 - se e quali informazioni sono state impartite all'assicurato circa gli aspetti giuridici e il ruolo della consulenza professionale;
 - ulteriore procedura.
- 2096 Se l'assicurato, senza valido motivo, non si presenta al colloquio di valutazione, si procede conformemente ai N. 2035 seg.
- 2097 Gli uffici AI possono far capo a specialisti dell'aiuto privato agli invalidi, ad esperti, a centri di accertamento professionale e a servizi di altre istituzioni preposte alle assicurazioni sociali (art. 59 cpv. 3 LAI). Gli uffici esterni devono attenersi all'obbligo di mantenere il segreto (art. 33 LPGGA).
- 2098 La documentazione dei risultati dell'accertamento deve comprendere almeno i seguenti elementi:
- provvedimenti di accertamento effettuati (dove, come e con quali risultati);

- dati relativi ad eventuali formazioni professionali ed attività per gli assicurati, alle relative prospettive professionali, al mercato del lavoro, ai tentativi di impiego, alle aspettative salariali;
- richieste particolari riguardo al posto di lavoro (p. es. mezzi ausiliari, necessità di impraticarsi);
- provvedimenti dell'AI proposti (p. es. provvedimenti di reinserimento, prima formazione professionale, riforma professionale, indennità giornaliera);
- dati sui costi o sulle spese supplementari di tali provvedimenti;
- parere della persona incaricata dell'accertamento (N. 2101 e 2102);
- parere degli assicurati.

2099 Ai centri di integrazione interessati si può inviare una copia del riassunto.

2100 Le persone incaricate dell'accertamento non possono rilasciare agli assicurati nessuna garanzia circa eventuali prestazioni dell'AI.

2.7.3 Concessione o rifiuto di provvedimenti di reinserimento e di provvedimenti professionali

2101 Se la persona incaricata dell'accertamento ritiene impossibile un'integrazione, deve documentare il suo parere in modo obiettivo e concreto. Essa non può basarsi solamente sulle dichiarazioni soggettive degli assicurati (RCC 1981 pag. 42).

2102 Se la persona incaricata dell'accertamento giunge alla conclusione che sono indicati provvedimenti di reinserimento o provvedimenti professionali, deve illustrare:

- la semplicità e l'adeguatezza del provvedimento che intende concedere;
- l'adeguatezza in relazione alle capacità e all'handicap dell'assicurato; nonché
- le reali possibilità d'integrazione e il guadagno previsto.

2103 [abrogato]

2.7.4 Sorveglianza dei provvedimenti di reinserimento e dei provvedimenti professionali

- 2104 L'ufficio AI coordina e sorveglia l'esecuzione dei provvedimenti d'integrazione ordinati (art. 41 cpv. 1 lett. e OAI).
- 2105 I contatti personali o telefonici importanti con gli assicurati come pure gli eventi rilevanti vanno documentati.
- 2106–
2112 [abrogati]

2.7.5 Rapporto conclusivo

- 2113 Dopo aver attuato i provvedimenti d'integrazione, si deve redigere un rapporto contenente almeno i seguenti elementi:
- un parere della persona incaricata dell'accertamento in merito all'avvenuta integrazione, assieme all'indicazione del salario annuo o delle attività possibili o esigibili; nonché
 - eventuali richieste di altre prestazioni dell'AI.

2.8 Accertamento sul posto

2.8.1 In generale

- 2114 L'ufficio AI procede a un accertamento sul posto nei casi
1/12 menzionati qui di seguito. Se le condizioni personali degli assicurati sono già sufficientemente note e documentate, si può rinunciare al conferimento del mandato. In caso di prima richiesta di prestazioni, tuttavia, va sempre effettuato un accertamento sul posto. Gli accertamenti devono essere eseguiti da personale qualificato. Per gli accertamenti nell'ambito dell'agricoltura è necessario personale con una formazione in economia aziendale e in agronomia.

| <i>Prestazioni pecuniarie</i> | <i>Ambiti di accertamento</i> |
|--|---|
| Rendite | <ul style="list-style-type: none"> – persone che lavorano nell'economia domestica e altre persone che non esercitano un'attività lucrativa – persone attive nell'economia domestica che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale e/o che collaborano nell'azienda del proprio convivente – persone che esercitano un'attività lucrativa indipendente con ditta individuale, società semplice, collettiva o in accomandita – titolari o contitolari di società anonime o di società a garanzia limitata equiparabili a coloro che esercitano un'attività lucrativa indipendente – agricoltori e contadine – eccezionalmente, persone che esercitano un'attività lucrativa dipendente e persone che vivono di rendita, se la loro situazione è poco chiara |
| Assegni per grandi invalidi dell'AI o dell'AVS | <ul style="list-style-type: none"> – minorenni grandi invalidi – maggiorenni grandi invalidi |

| <i>Prestazioni in natura</i> | <i>Ambiti di accertamento</i> |
|-------------------------------------|--|
| Mezzi ausiliari | <ul style="list-style-type: none"> – persone attive nell'economia domestica in casi speciali, p. es. montacarichi, veicoli a motore – agricoltori, contadine e lavoratori indipendenti compresi i prestiti ad ammortamento diretto |
| Contributo per l'assistenza dell'AI | <ul style="list-style-type: none"> – minorenni grandi invalidi – maggiorenni grandi invalidi |

- 2115 Tutti gli accertamenti devono basarsi su rapporti medici/del
1/12 medico di famiglia, ospedalieri e, se esistenti, perizie nonché
atti di altre assicurazioni interessate quali conteggi delle
indennità giornaliere di malattie/cartellino infortuni ed
eventualmente altri atti di AMal, AINF, PP, AM o di assicura-
zioni private. Per le richieste di rendite va tenuto conto anche
dei documenti seguenti:
- estratti del conto individuale;
 - consuntivi contabili degli ultimi 5 anni e l'ultima decisione in
materia di contributi per i lavoratori indipendenti (incl. gli
agricoltori);
 - atti fiscali qualora non si possano presentare i consuntivi
contabili oppure in caso di situazioni poco chiare per i lavo-
ratori indipendenti (incl. gli agricoltori);
 - consuntivi contabili degli ultimi 5 anni con ruoli delle paghe
per i titolari e i contitolari di società anonime o di società a
garanzia limitata equiparabili ai lavoratori indipendenti;
 - certificato di salario o attestati di separazione/divorzio per
le persone attive nell'economia domestica che esercitano o
non esercitano un'attività lucrativa o che collaborano
nell'azienda familiare al fine di valutarne lo status.

2.8.2 Contenuto dell'accertamento

- 2116 Rientrano nell'accertamento:
- l'intervista degli assicurati od eventualmente dei loro
rappresentanti legali sul posto di lavoro, a casa o presso
istituti;
 - informazioni giuridiche in materia di AI e su aiuti forniti da
altri istituti;
 - la redazione dei rapporti di accertamento.

2.8.3 Rapporto di accertamento

- 2117 Per gli accertamenti, l'ufficio AI utilizza i moduli disponibili su
1/12 Intranet oppure moduli propri che per contenuto e struttura
equivalgono ai moduli summenzionati.
Gli accertamenti nel settore dell'agricoltura vanno eseguiti
con il programma "Agro-AI". In questo caso va applicato il
manuale d'uso (disponibile su Intranet).

2.9 Costi cagionati dai provvedimenti d'accertamento

2.9.1 Assunzione delle spese

- 2118 L'AI si assume le spese dei provvedimenti di accertamento
ordinati (art. 45 cpv. 1 LPGA).
- 2119 Le spese di provvedimenti d'accertamento eseguiti senza es-
sere stati ordinati dall'ufficio AI sono a carico dell'AI soltanto
nella misura in cui tali provvedimenti erano indispensabili per
poter assegnare le prestazioni (p. es. esami speciali quali
elettroencefalogramma, esame del sangue e simili) o erano
parte integrante di provvedimenti d'integrazione che sareb-
bero stati concessi in seguito (p. es. visite mediche di con-
trollo quali parte di un provvedimento sanitario d'integrazione)
(art. 78 cpv. 3 OAI; RCC 1972 pag. 228). Di conseguenza
non basta che una degenza in ospedale consenta al medico
di confermare la diagnosi o all'ufficio AI di assegnare delle
prestazioni. Un tale provvedimento deve invece rivelarsi indi-
spensabile per la deliberazione. Ciò non è il caso quando i
documenti in possesso dell'ufficio AI sarebbero bastati per
dare una valutazione del caso o se l'ufficio AI avrebbe potuto
procurarsi le indicazioni necessarie con minor spesa,
per esempio interrogando il medico curante o un altro
medico. In caso di dubbio, va consultato il SMR.
- 2120 Per quanto riguarda il diritto alle indennità giornaliere nel
caso di degenze per accertamenti o di visite ambulatoriali,
sono applicabili le disposizioni della CIGAI.
- 2121 Il rimborso delle spese di viaggio è regolato dalla CRSV.

2.9.2 Spese di traduzione (interpretariato)

2121. Le spese di traduzione sostenute nell'ambito di accertamenti
1 secondo l'articolo 45 capoverso 1 LPGA fanno parte delle spese di accertamento e devono quindi essere coperte dall'AI, a condizione che il ricorso all'interprete sia stato ordinato dall'ufficio AI. Se quest'ultimo non ha dato l'ordine, le spese sono comunque coperte nella misura in cui erano indispensabili per la concessione di prestazioni.
2121. Gli uffici AI non sono tenuti a valutare in modo specifico le
2 conoscenze linguistiche dell'assicurato. Per principio è il perito a decidere se in un determinato caso, per eseguire con diligenza l'incarico, sia necessario un accertamento medico nella lingua madre dell'assicurato o con l'intervento di un interprete. L'importanza dell'aspetto linguistico e della possibilità di capirsi durante l'accertamento medico dipende, di fatto, dal genere di prestazione che sarà eventualmente concessa all'assicurato.
2121. Nel caso degli accertamenti psichiatrici, è particolarmente
3 importante che il perito e l'assicurato riescano a capirsi nel migliore dei modi. Per un'esplorazione accurata è necessario che le due parti dispongano di ottime conoscenze linguistiche. Se il perito non padroneggia la lingua dell'assicurato, è opportuno che faccia capo ad un interprete. Il perito può invitare l'assicurato a farsi accompagnare da un interprete professionista, eventualmente di sua scelta, per ovviare ad eventuali difficoltà di comprensione.
2121. Per tutte le altre perizie mediche (p. es. perizie reumatolo-
4 giche, neurologiche o ortopediche) occorre valutare di volta in volta se il fatto che il perito e l'assicurato non sono in grado di capirsi rappresenti un ostacolo all'esecuzione di una perizia completa, chiara e coerente.
2121. Se è necessario un interprete, va per principio scelto un pro-
5 fessionista.

2.9.3 Indennità per perdita di guadagno e spese (art. 45 cpv. 2 LPGA)

2122 L'indennità per perdita di guadagno e spese per gli assicurati non aventi diritto a indennità giornaliera e per le altre persone chiamate a fornire informazioni è disciplinata dall'articolo 91 OAI. Le persone senza attività lucrativa possono eventualmente richiedere un'indennità per spese di custodia e d'assistenza secondo l'articolo 11a LAI.

2.9.4 Fatturazione

2123 All'organo incaricato dell'accertamento deve essere inviato, al conferimento del mandato, un modulo di fatturazione dell'AI. Inoltre, per quanto riguarda la fatturazione è applicabile per analogia la CPPI.

3^a parte: determinazione delle prestazioni e comunicazione delle decisioni

1. Decisione dell'ufficio AI

1.1 In generale

- 3000 Se gli accertamenti necessari sono stati eseguiti dai servizi specializzati (art. 41 cpv. 3 OAI) e l'organo incaricato di eseguire eventuali provvedimenti di integrazione è stato determinato, l'ufficio AI emana una decisione sulle prestazioni spettanti agli assicurati (art. 74 OAI, art. 69^{quater} cpv. 1 OAVS).
- 3001 Gli uffici AI devono emanare in forma di decisione scritta tutti gli atti amministrativi con i quali decidono quali siano i diritti e i doveri degli assicurati (art. 49 cpv. 1 LPGGA, art. 57 cpv. 1 lett. g LAI, art. 41 cpv. 1 lett. d OAI). Rimane riservato il N. 3009 (art. 51 LPGGA, art. 58 LAI, art. 74^{ter} lett. f OAI).
- 3002 Per quanto riguarda la firma di decisioni e comunicazioni si applica per analogia la CCont (1a parte).

1.2 Motivazione delle decisioni

- 3003 Le decisioni relative a rifiuto, revoca, diminuzione, riduzione o richiesta di restituzione di prestazioni vengono comunicate tramite preavviso e decisione formale. Lo stesso vale per le decisioni che assegnano agli assicurati solo una parte delle prestazioni che hanno richiesto o che si aspettano. Devono essere debitamente motivate e in termini comprensibili ad ognuno (art. 49 cpv. 3 LPGGA; RCC 1983 pag. 538). La riproduzione pura e semplice di prescrizioni legali non è sufficiente.
- 3003.1 Se l'assicurato, essendo considerato come persona senza attività lucrativa, non ha diritto all'indennità giornaliera durante i provvedimenti d'integrazione, nel preavviso gli va segnalato che ha la possibilità di richiedere l'indennità per spese di custodia e d'assistenza e che per farlo deve rivolgersi direttamente alla cassa di compensazione competente.

- 3004 1/10 Nelle decisioni le indicazioni relative ai risultati degli accertamenti e delle perizie vanno mantenute per quanto possibile sulle generali (ad esempio “Stando agli accertamenti medici, ...”). È bene evitare riferimenti concreti a persone o istituti che eseguono la perizia oppure a una presa di posizione dell’UFAS (N. 3016) (ad esempio “Dagli accertamenti nel SAM è emerso che ...”). In questo modo si tiene debitamente conto dell’esigenza di motivare, per principio, le conclusioni dell’ufficio AI in base a una valutazione globale dei risultati degli accertamenti.
Bisogna però fare attenzione che la decisione, nonostante la formulazione di carattere generale, sia debitamente motivata e comprensibile come richiesto dal N. 3003.
- 3005 Decisioni favorevoli vanno formulate in modo tale che gli assicurati abbiano la massima chiarezza su tutte le prestazioni che spettano loro (p. es. nel caso di rendite intere il grado di invalidità con il reddito determinante, nel caso di mezzi ausiliari tutte le prestazioni connesse [p. es. riparazioni]).
- 3006 Per formulare le decisioni ci si deve basare sul catalogo dei testi AI.

1.3 Redazione e notifica delle decisioni

- 3007 Decisioni e comunicazioni destinate agli assicurati vengono redatte nella lingua di questi ultimi se essa fa parte di una delle lingue ufficiali riconosciute dal Cantone dove ha sede l’ufficio AI (RCC 1983 pag. 434).
L’ufficio AI per gli assicurati all’estero impiega la lingua scelta da questi ultimi se essa fa parte di una delle tre lingue ufficiali della Confederazione (tedesco, francese e italiano).
- 3008 L’ufficio AI notifica agli assicurati la sua decisione mediante decisione scritta suscettibile di ricorso (art. 49 LPGGA) oppure con una comunicazione (art. 51 LPGGA, art. 58 LAI, art. 74^{ter} e art. 74^{quater} OAI).

L'ufficio AI è libero di emanare tutte le deliberazioni tramite decisione purché – così facendo – non vengano aperte agli assicurati in modo illecito le vie legali.

- 3009 Se a un assicurato vengono assegnate più prestazioni allo stesso tempo, si deve emanare una decisione separata per ogni prestazione.

1.4 Verifica delle decisioni (revisione)

- 3010 Gli uffici AI stabiliscono le scadenze per la verifica delle prestazioni secondo le direttive in materia e provvedono al loro rispetto.

1.5 Carattere vincolante della decisione

- 3011 La cassa di compensazione è vincolata alla decisione dell'ufficio AI.
- 3012 Se la cassa di compensazione constata palesi contraddizioni o è a conoscenza di fatti che contrastano chiaramente con la decisione, conferisce con l'ufficio AI.

2. Procedura di preavviso

2.1 Diritto di essere sentito della persona assicurata

- 3013 Prima di comunicare la decisione formale che intende prendere su una richiesta di prestazioni o sulla soppressione o sulla riduzione di una prestazione già assegnata, l'ufficio AI deve dare alla persona assicurata la possibilità di esprimersi oralmente o per iscritto sul previsto esito della richiesta (art. 57a cpv. 1 LAI).
3013. [abrogato]
1

3013. Mediante un preavviso l'ufficio AI richiama l'attenzione della
2 persona assicurata sul suo diritto di essere sentita e le comunica il previsto esito della richiesta. Le segnala inoltre che la decisione sarà notificata senza audizione se non si sarà espressa in merito entro un termine di 30 giorni.
3013. Il termine di 30 giorni è prorogabile soltanto in casi sufficientemente
3 motivati. Per il resto sono applicabili gli articoli 38–41 LPGA. Se dopo la scadenza del termine di 30 giorni, ma prima che sia emessa la decisione formale, l'assicurato presenta nuovi elementi in grado di influire sulla decisione, questi devono essere presi in considerazione.
3013. La restituzione in termini giusta l'articolo 41 capoverso 1
4 LPGA può essere concessa soltanto a titolo eccezionale, quando non solo il richiedente ma anche il suo rappresentante sono stati impossibilitati, senza colpa propria, ad agire entro il termine stabilito.
3013. Il preavviso concerne unicamente questioni che, giusta
5 l'articolo 57 capoverso 1 lettere a–f LAI, rientrano nei compiti
1/10 degli uffici AI. Per quanto attiene in particolare alle rendite, l'ufficio AI deve limitarsi a comunicare il grado d'invalidità, l'inizio del diritto e, in caso di soppressione o di modifica della rendita, il momento a partire dal quale il diritto è modificato.
3013. La procedura di preavviso non concerne questioni che rientrano nell'ambito di competenza delle casse di
6 compensazione (DTF 134 V 97), quali il calcolo degli importi delle rendite, delle indennità giornaliere e delle indennità per spese di custodia e d'assistenza o la fissazione dell'importo delle prestazioni arretrate e delle compensazioni con le prestazioni di altri assicuratori sociali (cfr. art. 60 cpv. 1 lett. b LAI). Per contro, nei casi in cui è probabile che l'assicurato presenti obiezioni – ad esempio prima dell'emanazione della decisione di ridurre la rendita in seguito al nuovo calcolo di quest'ultima –, l'ufficio AI deve concedergli il diritto di essere sentito.
- 3014 Per l'esame degli atti si applica la COSCD.

3014. Se l'audizione si svolge oralmente, sotto forma di un collo-
1 quio personale, l'ufficio AI redige un verbale sommario che
deve essere firmato dalla persona assicurata.
3014. Se la persona assicurata ha presentato obiezioni su punti de-
2 terminanti, l'ufficio AI deve tenerne conto nella motivazione
della decisione. In particolare deve indicare i motivi per cui
non ammette queste obiezioni o non ne tiene conto (DTF 124
V 180).

2.2 Diritto di essere sentiti di terzi

3014. Un esemplare del preavviso viene notificato anche agli altri
3 assicuratori sociali, compreso l'istituto di previdenza profes-
sionale secondo la LPP, se la decisione concerne l'obbligo
per questi assicuratori di versare prestazioni. Essi dispon-
gono degli stessi rimedi giuridici della persona assicurata
(art. 49 cpv. 4 LPGA in combinato disposto con l'art. 73^{bis}
cpv. 2 OAI).
3014. Quando la rendita viene erogata per la prima volta, l'ufficio
4 AI trasmette alla cassa di compensazione le copie di tutti i
documenti allegati alla richiesta (compresi gli eventuali
estratti dei conti individuali richiesti) e tutti i dati rilevanti per il
calcolo della rendita (insorgenza dell'invalidità ecc.). La cassa
prepara il calcolo della prestazione, che sarà notificato con la
decisione.
3014. Hanno diritto di esprimersi sul preavviso non soltanto la per-
5 sona assicurata e gli eventuali altri assicuratori interessati,
ma anche tutte le parti alla procedura ai sensi dell'articolo 49
capoverso 4 LPGA.
3014. Queste parti e gli assicuratori interessati possono esprimersi
6 soltanto per iscritto entro un termine di 30 giorni.
3014. Sono applicabili le regole valide per la persona assicurata.
7

3. Presa di posizione dell'UFAS

3.1 In generale

- 3015 Se un ufficio AI richiede una presa di posizione all'UFAS, quest'ultimo si pronuncia innanzitutto sull'interpretazione di prescrizioni e direttive. Non è invece suo compito decidere nel merito.
- 3016 Nella richiesta bisogna indicare:
- cognome, nome e numero di assicurato,
 - la materia ed eventualmente le base legali e le direttive applicabili;
 - il riferimento riportato sull'eventuale precedente corrispondenza dell'UFAS; nonché
 - una proposta di soluzione.
- Alla richiesta vanno allegati tutti i documenti e le indicazioni necessari alla risposta. Nel trattamento del caso all'origine della presa di posizione dell'UFAS, l'ufficio AI è tenuto a formulare da sé la motivazione, senza fare riferimento alla presa di posizione dell'UFAS (N. 3004).

3.2 Preavviso obbligatorio dell'UFAS

- 3017 Taluni casi devono essere sottoposti all'UFAS di propria iniziativa prima che venga presa la decisione, corredati di una proposta di preavviso. Essi figurano nelle direttive relative.

4. Decisioni in caso di riconsiderazione di decisioni / decisioni su opposizione

- 3018 Si vedano la CCont (3a parte) e l'articolo 53 capoversi 2 e 3 LPGA.

5. Notifica della decisione – principio

5.1 Originale

L'ufficio AI o la cassa di compensazione notifica l'originale della decisione (art. 76 cpv. 1 OAI):

- 3019 – direttamente all'assicurato, se non è rappresentato da terzi;
- 3020 – al rappresentante legale di assicurati minorenni o interdetti, se non è rappresentato da terzi (p. es. da avvocati);
- 3021 – al rappresentante autorizzato dall'assicurato o dal suo rappresentante legale al momento della notifica (RCC 1977 pag. 170).

5.2 Copie della decisione

L'ufficio AI o la cassa di compensazione invia copie di ogni decisione:

- 3022 – all'assicurato o al suo rappresentante legale nel caso del N. 3021;
 - eventualmente agli uffici citati nell'articolo 49 capoverso 4 LPGA e nell'articolo 76 capoverso 1 lettere d–g OAI.
- 3023 – ad altri uffici, secondo quanto previsto dalla COSCD o dalle convenzioni di cui all'allegato II.

6. Data di revisione e limitazione della durata delle prestazioni

- 3024 Su tutte le decisioni relative a prestazioni permanenti deve apparire una data di revisione che, salvo disposizioni derogatorie contenute nelle pertinenti direttive (cfr., p. es., per le rendite/l'AGI N. 5008 segg./N. 8113 CIGI), non deve superare i 10 anni.

- 3024.1 Una limitazione della durata della prestazione è ammessa solo se giustificata materialmente e conforme alla legge

(p. es. provvedimenti professionali, provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'art. 12 LAI, trattamento di infermità congenite [RCC 1989 pag. 186]).

3025 In caso di richiesta di proroga di una prestazione concessa per una durata limitata, i requisiti devono essere nuovamente verificati (Pratique VSI 2000 pag. 240). Se la richiesta di proroga è accolta, agli assicurati vanno illustrati tutti i diritti che spettano loro in futuro. Un semplice rimando a precedenti decisioni non basta.

3026–

3032 [abrogati]

7. Decisioni relative a rendite e assegni per grandi invalidi

7.1 In generale

3033 La decisione sulle rendite e gli assegni per maggiorenni grandi invalidi va comunicata alla cassa di compensazione mediante la “Comunicazione della deliberazione concernente la rendita d'invalidità/l'assegno per grandi invalidi”. La procedura concernente gli assegni per minorenni grandi invalidi è regolata dalla CPPI, laddove nella presente circolare non siano previste disposizioni specifiche.

3034 La decisione sulla continuazione dell'assegnazione di rendite ed assegni per grandi invalidi dopo una revisione d'ufficio viene notificata agli assicurati con una comunicazione (catalogo dei testi) (art. 74^{ter} lett. f OAI). In tutti gli altri casi (modifica del diritto, revisione su richiesta) si deve redigere una decisione.

3035 Indipendentemente dall'emanazione di una decisione, l'ufficio AI notifica una copia della “Comunicazione della deliberazione concernente l'invalidità/la grande invalidità”:
– alla cassa di compensazione cantonale situata nel luogo di residenza dell'assicurato con l'annotazione “per l'accerta-

mento del rilevamento come persona che non esercita un'attività lucrativa" qualora venga corrisposta una rendita;

- 3036 – all'organo che ha eseguito la perizia; esso non può però
4/11 essere informato prima dell'assicurato (art. 76 cpv. 1 lett. g OAI);
- 3037 – al CAP che ha redatto il rapporto qualora lo desideri e l'assicurato sia d'accordo;
- 3038 – all'istituzione competente dell'AINF¹, dell'AM o dell'assicurazione sociale malattie² secondo le relative circolari.

7.2 Preparazione dell'emanazione della decisione in caso di prestazioni in contanti a favore di maggiorenni

- 3039 Se la prestazione è assegnata per la prima volta, l'ufficio AI invita la cassa di compensazione a preparare il calcolo della prestazione. In caso di frontalieri e di persone assicurate all'estero, ciò è di competenza dell'ufficio AI per assicurati all'estero.
- 3040 L'ufficio AI trasmette alla cassa di compensazione competente la sua parte di decisione (decisione sull'invalidità/sulla grande invalidità; indicazioni di rilievo per l'indennità giornaliera destinate alla cassa di compensazione) corredata delle motivazioni e degli atti necessari. L'ufficio AI verifica che ogni decisione/comunicazione indichi il numero di decisione corrispondente (N. 57 CSIP).
- 3041 Alla cassa di compensazione vanno inviate:
- 3042 – tutta la documentazione necessaria, vale a dire la fotocopia della richiesta, i certificati AVS, il libretto di famiglia, il libretto per stranieri, gli attestati di formazione ecc.;

¹ S'intendono unicamente l'assicurazione obbligatoria e quella facoltativa contro gli infortuni secondo la LAINF.

² Per assicurazione sociale malattie si intendono l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal.

- 3043 – le copie di documenti esistenti necessari alla fissazione delle indennità giornaliere.
- 3044 La cassa di compensazione richiede i documenti mancanti (p. es. per calcolare rendite/indennità giornaliere) direttamente alla persona assicurata se l'ufficio AI non li ha richiesti o lo ha fatto solo in parte.
- 3045 In relazione con la notifica della decisione da parte dell'ufficio AI, la cassa di compensazione si incarica di:
- collaborare all'accertamento delle condizioni assicurative (art. 60 cpv. 1 lett. a LAI) e alla fissazione dell'assegno per il periodo d'introduzione (art. 60 cpv. 1 lett. b LAI);
 - calcolare l'importo di rendite, assegni per maggiorenni grandi invalidi, indennità giornaliere e indennità per le spese di custodia e d'assistenza (art. 60 cpv. 1 lett. b LAI);
 - impedire l'accumulo ingiustificato di prestazioni o sovrindennizzi.
- 3046 La parte di decisione della cassa di compensazione (1a parte) contiene i seguenti punti:
1. "Assicurazione federale per l'invalidità"
 2. nome, indirizzo e n. tel. dell'ufficio AI che prende la decisione
 3. la decisione deve essere contraddistinta come tale
 4. data della decisione
 5. sulla prima pagina deve essere indicato il numero totale di pagine della decisione
 6. nome e indirizzo del destinatario dell'originale della decisione
 7. dati relativi alla prestazione
 - rendita ordinaria o straordinaria, assegno per grandi invalidi
 - rendita intera, tre quarti di rendita, mezza rendita o un quarto di rendita o assegno per grandi invalidi di grado lieve, medio o elevato (per descrivere il tipo di prestazione si deve impiegare la denominazione legale in vigore)
 - importo della rendita/assegno per grandi invalidi
 8. cognome e nome della persona avente diritto, numero di assicurato

9. nome e indirizzo della cassa di compensazione che versa la prestazione o del datore di lavoro (non è lecito indicare solo il numero della cassa di compensazione)
10. conto bancario/postale sul quale effettuare il versamento
11. in caso di rendite ordinarie
 - nome della persona assicurata il cui reddito è stato conteggiato
 - reddito medio annuo determinante
 - periodo contributivo determinante
 - scala delle rendite applicabile
12. destinatari delle copie

3047 La parte di decisione dell'ufficio AI (2a parte) è configurata come segue:

1. senza il logo dell'ufficio AI, carta bianca
2. senza numerazione delle pagine
3. motivazione
4. rimedi giuridici ed eventuale elemento riguardante l'effetto sospensivo del rimedio giuridico
5. obbligo di informare
6. collaboratore responsabile dell'ufficio AI: nome e cognome, n. tel. (in evidenza)
7. formula di saluto, ufficio AI, firma

3048 La parte di decisione della cassa di compensazione deve precedere quella dell'ufficio AI.

3049 Di solito le casse di compensazione inviano le decisioni e copie delle stesse a nome dell'ufficio AI (p. es. busta con due finestre, etichette autoadesive ecc.). L'ufficio AI che prende la decisione deve apparire sulla busta quale mittente.

3050 La cassa di compensazione provvede ad informare gli assicurati sulle modalità di pagamento delle prestazioni in contanti (cfr. le DR).

7.3 Notifica di copie di decisioni concernenti le rendite e gli assegni per maggiorenni grandi invalidi

- 3051 Copie della decisione concernente le rendite e gli assegni per maggiorenni grandi invalidi devono essere notificate:
- all’ufficio AI o alla cassa di compensazione competente (a seconda della competenza per l’invio della decisione); in ciascun caso bisogna inviare le copie complete delle decisioni (compresa la parte motivata preparata dall’ufficio AI);
- 3052 – alle autorità fiscali competenti in analogia ai N. 9322 segg. DR;
- 3053 – all’organo competente dell’AD qualora la decisione incida sulla ripartizione o la delimitazione dell’obbligo di fornire prestazioni tra l’AI e l’AD (art. 127 OADI);
- 3054 – all’organo competente dell’AINF³ o dell’AM qualora risulti dagli atti che l’AINF/AM fornisce prestazioni agli assicurati o che è stata istruita la procedura ufficiale di notifica. All’organo competente dell’AINF si deve notificare, inoltre, una copia di ogni decisione che incide sulla ripartizione o sulla delimitazione dell’obbligo di fornire prestazioni tra l’AI e l’AINF (art. 129 OAINF, cfr. anche la relativa circolare);
- 3055 – eventualmente agli altri destinatari indicati all’articolo 76 capoverso 1 OAI.
- 3056 Per il resto bisogna tener conto delle DR.

8. Decisioni concernenti le indennità giornaliera

- 3057 Copie della decisione concernente le indennità giornaliera devono essere notificate:
- all’ufficio AI o alla cassa di compensazione competente (a seconda della competenza per l’invio della decisione);

³ S’intendono unicamente l’assicurazione obbligatoria e quella facoltativa contro gli infortuni secondo la LAINF.

- 3058 – all'AM se è stata istruita la procedura ufficiale di notifica;
- 3059 – all'organo competente dell'AINF⁴, qualora risulti dagli atti che fornisce prestazioni agli assicurati o che è stata istruita la procedura ufficiale di notifica;
- 3060 – all'organo competente dell'AINF⁵ o dell'AD di ogni decisione che incide sulla ripartizione o la delimitazione dell'obbligo di fornire prestazioni tra l'AI e l'AINF o l'AD (art. 129 OAINF, art. 127 OADI);
- 3061 – eventualmente agli altri destinatari indicati all'articolo 76 capoverso 1 OAI.

9. Decisioni concernenti il contributo per l'assistenza

3061. Per la concessione di prestazioni di consulenza e sostegno è
1 sufficiente una comunicazione. Tutte le altre decisioni devono essere formalmente notificate.
3061. Copie della decisione concernente il contributo per
2 l'assistenza devono essere notificate:
– all'Ufficio centrale di compensazione;
3061. – eventualmente agli altri destinatari di cui all'articolo 76
3 capoverso 1 OAI.

10. Registrazione e trasmissione di comunicazioni

- 3062 L'ufficio AI riceve le comunicazioni di assicurati, autorità e terzi relative al diritto alle prestazioni (art. 41 cpv. 1 lett. b e art. 77 OAI).
- 3063 L'ufficio AI trasmette immediatamente alla cassa di compensazione competente le comunicazioni riguardanti il diritto alle

⁴ S'intendono unicamente l'assicurazione obbligatoria e quella facoltativa contro gli infortuni secondo la LAINF.

⁵ S'intendono unicamente l'assicurazione obbligatoria e quella facoltativa contro gli infortuni secondo la LAINF.

indennità giornaliera, alle rendite e agli assegni per maggiorenni grandi invalidi in corso (art. 41 cpv. 1 lett. c OAI).

11. Decisioni nell'ambito dell'AVS (assegni per grandi invalidi, mezzi ausiliari, contributo per l'assistenza)

- 3064 Le decisioni in materia di assegni per grandi invalidi e contributi per l'assistenza dell'AVS vanno comunicate alla cassa di compensazione competente. La decisione viene emanata dalla cassa di compensazione competente.
- 3064.1 Le decisioni di continuare a versare contributi per l'assistenza dell'AVS dopo una revisione d'ufficio vengono emanate dall'ufficio AI sotto forma di comunicazione.
- 3065 Le decisioni di assegnare mezzi ausiliari per beneficiari di una rendita AVS vengono emanate dall'ufficio AI sotto forma di comunicazione.
- 3066 Le decisioni negative, ovvero di non assegnare mezzi ausiliari a beneficiari di una rendita AVS, vengono emanate dalla cassa di compensazione del Cantone in cui ha sede l'ufficio AI.

12. Decisioni nell'ambito delle PC

- 3067 Cfr. allegato III.

4^a parte: competenza dell'ufficio AI e della cassa di compensazione

1. Ufficio AI competente

1.1 Regolamentazione ordinaria

- 4001 Di solito l'ufficio AI del Cantone di domicilio dell'assicurato è competente per quanto riguarda la ricezione e l'esame della domanda (art. 55 cpv. 1 LAI, art. 40 cpv. 1 lett. a OAI).
- 4002 La definizione di domicilio viene regolata, come per l'AVS, secondo il diritto civile (art. 13 LPGA, art. 23–26 CC, cfr. anche le DOA).

1.2 Casi speciali

1.2.1 Collocamento tramite un istituto d'assistenza

- 4003 Per gli assicurati che vengono collocati in un istituto o in una famiglia tramite l'autorità cantonale o comunale d'assistenza, l'ufficio AI competente è quello del Cantone in cui ha sede l'autorità d'assistenza.

1.2.2 Domicilio o residenza all'estero

– In generale

- 4004 Per gli assicurati domiciliati all'estero o che vi dimorano abitualmente è competente l'ufficio AI per gli assicurati all'estero (art. 56 LAI, art. 40 cpv. 1 lett. b OAI; cfr. anche l'art. 43 OAI), con riserva dei N. 4005–4008. Per la definizione di domicilio si applica il N. 4002.
- 4005 Se tuttavia gli assicurati dimorano in Svizzera per un periodo lungo o di durata indeterminata senza esservi domiciliati (cfr. N. 4022), il caso viene trattato dall'ufficio AI cantonale o comunale competente (art. 40 cpv. 2^{bis} OAI).

– Frontalieri

- 4006 Per la ricezione e l'esame delle richieste è competente l'ufficio AI del Cantone in cui si trova il luogo di lavoro del frontaliere o dove quest'ultimo esercita un'attività lucrativa indipendente (art. 40 cpv. 2 OAI; cfr. CBIL).
- 4007 Il N. 4006 si applica anche agli ex-frontalieri se abitano ancora nella zona di frontiera al momento della presentazione della domanda e se il danno alla salute risale all'epoca della loro attività frontaliera (art. 40 cpv. 2 secondo periodo OAI).
- 4008 La regolamentazione della competenza conformemente ai N. 4006 e 4007 è applicabile non soltanto alla prima verifica del diritto alla rendita, ma anche al momento della revisione del diritto, purché l'assicurato non abbia cambiato domicilio, non abbia lasciato la zona di frontiera o non abbia trasferito il luogo di lavoro in un altro Cantone.
- 4009 L'ufficio AI per gli assicurati all'estero è sempre competente per quanto riguarda l'emanazione di decisioni riguardanti i frontalieri (cfr. N. 4021).

1.3 Cambiamento dell'ufficio AI

1.3.1 Nel corso della procedura

- 4010 La procedura inizia con la registrazione della richiesta da parte dell'ufficio AI e termina con l'autorità di cosa giudicata della decisione. Di solito non ha luogo nessun cambiamento dell'ufficio AI durante la procedura (art. 40 cpv. 3 OAI).
- 4011 Se, durante la procedura, l'assicurato cessa di avere la sua dimora abituale in Svizzera, la competenza passa all'ufficio AI per gli assicurati all'estero. Se, durante la procedura, un assicurato domiciliato all'estero trasferisce la sua dimora abituale in Svizzera, la competenza passa all'ufficio AI nel cui campo di attività l'assicurato ha la sua dimora abituale.

Nel frattempo, l'ufficio AI fino ad allora competente, prima di trasferire gli atti, deve effettuare e, se possibile, concludere il

consueto accertamento delle condizioni nel luogo in cui l'assicurato ha dimorato fino a quel momento.

4011. [abrogato]

1

1.3.2 A procedura conclusa

4012 L'incarto, compresi i documenti riguardanti le prestazioni già pagate, viene trasmesso al nuovo ufficio AI competente. L'ufficio competente fino a quel momento prende nota dell'inoltro e registra la data della revisione successiva sulla lettera di trasmissione.

4013 Per quanto riguarda il cambiamento dell'ufficio AI nei casi di rendite va osservato il N. 4024.

1.3.3 Riconsiderazione di decisioni

4014 Se l'ufficio AI è cambiato e sono state fatte constatazioni che permettono di riconsiderare la decisione, conformemente alla CCont, il nuovo ufficio AI è competente per riesaminare il caso e, eventualmente, prendere una nuova decisione. Prima, però, deve consultare l'ufficio AI che ha preso la decisione.

1.4 Collaborazione tra uffici AI

4015 Se necessario, l'ufficio AI può ricorrere alla collaborazione di un altro ufficio AI in fase di accertamento delle condizioni (p. es. luogo di residenza all'estero degli assicurati, servizio di collocamento). La competenza rimane così invariata. L'ufficio AI competente rimane l'unico responsabile.

4016 Il mandato non esonera tuttavia l'ufficio AI competente dall'obbligo di sorvegliare in modo appropriato l'integrazione professionale dell'assicurato.

2. Cassa di compensazione competente

2.1 Regolamentazione ordinaria

- 4017 Competente per calcolare e versare le rendite e gli assegni per maggiorenni grandi invalidi è la cassa di compensazione a cui, al momento della richiesta, spettava riscuotere i contributi AVS dell'assicurato (art. 44 OAI in combinato disposto con l'art. 122 cpv. 1 OAVS). Per il resto sono applicabili le DR.
4017. Per gli assicurati che non versavano o non dovevano versare
1 contributi nel periodo immediatamente precedente la richiesta di prestazioni è competente la cassa di compensazione presso la quale è avvenuta l'ultima registrazione nel CI.
- 4018 Per calcolare e versare le indennità giornaliere e le indennità per spese di custodia e d'assistenza si applica per analogia il N. 4017. Ciò vale anche se la cassa cantonale di compensazione che riscuote i contributi è diversa da quella del Cantone di residenza. Per il resto è applicabile la CIGAI.
- 4019 La competenza in materia di mezzi ausiliari e prestazioni sostitutive dell'assicurazione per la vecchiaia è regolamentata nella CMAV.
4019. [abrogato]
1

2.2 Casi speciali

2.2.1 Assicurati senza contributi

- 4020 Per gli assicurati che non hanno mai pagato contributi (p. es. gli assicurati che non hanno ancora compiuto 20 anni o gli Svizzeri di ritorno dall'estero) è competente la cassa di compensazione del Cantone in cui ha sede l'ufficio AI responsabile del caso (cfr. N. 4001 segg.). Per il resto sono applicabili le DR.

2.2.2 Domicilio o residenza all'estero

- 4021 Per gli assicurati domiciliati o residenti all'estero, frontalieri compresi, è competente – fatto salvo il N. 4022 – la CSC. Per la definizione di domicilio si rimanda al N. 4002.
- 4022 Se dei richiedenti aventi la cittadinanza estera e privi di domicilio in Svizzera risiedono nel Paese per un periodo di tempo presumibilmente lungo o indeterminato, in base alle regole generali è competente la cassa di compensazione professionale o cantonale.
- 4023 Se la permanenza del richiedente in Svizzera è invece incerta e il suo ritorno all'estero imminente, gli incarti vanno inoltrati alla CSC indicando l'indirizzo all'estero.
- 4024 Se la cassa di compensazione trasmette alla CSC l'incarto sulla rendita, ne deve informare l'ufficio AI competente. Per il resto sono applicabili le DR.

2.3 Unità dell'evento assicurato

- 4025 Tutte le prestazioni dell'AI scaturite da una richiesta comune devono essere disposte dal medesimo ufficio AI e – se si tratta di prestazioni in denaro a favore di maggiorenni – versate dalla medesima cassa di compensazione.
- 4026 Se in seguito vengono fatte valere ulteriori prestazioni dell'AI, la competenza delle casse è regolata dai N. 4017–4023. Vanno osservate le direttive sulla riduzione di prestazioni in casi di cumulo.

3. Conflitti di competenza

- 4027 Se la competenza di un ufficio AI o di una cassa di compensazione è controversa, il caso deve essere sottoposto all'UFAS che deciderà in merito (art. 40 cpv. 4 e art. 46 OAI).

4028 L'UFAS decide pure in merito a controversie riguardanti la collaborazione di altri uffici AI (N. 4015 e 4016; art. 40 cpv. 4 OAI).

4. Ricusazione

4029 Qualora le persone che debbano trattare una richiesta di prestazione appaiano prevenute (p. es. in caso di richiesta dei dipendenti al proprio ufficio AI), la richiesta, previa approvazione dell'assicurato, va inoltrata a un altro ufficio AI. In caso di dubbio decide l'UFAS (art. 36 LPGGA).

5ª parte: ricorso a servizi specializzati e specialisti (art. 59 cpv. 3 e 5 LAI)

1. Definizione e posizione

- 5001 Ai sensi dell'AI sono considerati servizi specializzati dell'aiuto pubblico e privato di utilità pubblica agli invalidi i servizi di consulenza e d'assistenza istituiti da organizzazioni pubbliche o private d'utilità pubblica che operano a favore degli invalidi.
- 5002 I servizi specializzati e gli specialisti non sono organi dell'AI. I servizi specializzati e gli specialisti non vincolati all'AI da una convenzione sono liberi di accettare o rifiutare mandati dell'AI.
- 5003 Nell'eseguire l'attività per conto dell'AI, i servizi specializzati e gli specialisti sono soggetti alle prescrizioni sull'obbligo di mantenere il segreto (art. 33 LPGGA).

2. Procedura

2.1 Conferimento del mandato

2.1.1 In generale

- 5004 Gli uffici AI hanno la competenza di conferire mandati a servizi specializzati e specialisti:
- per accertare le possibilità d'integrazione professionale;
 - per eseguire e sorvegliare provvedimenti di reinserimento, di integrazione e di reintegrazione professionale;
 - nell'ambito di provvedimenti di natura non professionale; o
 - per lottare contro la riscossione indebita delle prestazioni.

2.1.2 Informazione dell'assicurato

- 5005 Gli assicurati devono essere informati in tempo utile in merito al mandato conferito a un servizio specializzato, tranne in caso di ricorso ad uno specialista nella lotta alla riscossione indebita di prestazioni secondo l'articolo 59 capoverso 5 LAI.

5005. Se, previo accordo dell'ufficio AI, i provvedimenti
1 d'integrazione sono attuati da un organo di esecuzione diverso da quello indicato nella decisione o nella comunicazione, l'ufficio AI invia all'assicurato una comunicazione in cui deve figurare il momento in cui è avvenuto il cambiamento. Una copia va al vecchio organo di esecuzione ed una a quello nuovo, quest'ultima corredata di una copia della decisione o della comunicazione originale. Questi documenti fanno ufficio di conferimento del mandato.

2.1.3 Forma e contenuto del mandato

- 5006 Il mandato deve essere attribuito per iscritto ai servizi specializzati o agli specialisti ed essere descritto con precisione. Se il servizio specializzato o lo specialista accetta il mandato, nell'attuarlo deve attenersi alle prescrizioni ed alle disposizioni sia dell'ufficio che ha conferito il mandato sia dell'UFAS.
- 5007 Nei casi in cui è in questione l'integrazione professionale dell'assicurato, il mandato deve precisare se bisogna già presentare proposte, come la riformazione professionale, nell'ambito dell'esame delle possibilità d'integrazione.
- 5008 Il mandato può essere accompagnato da direttive del mandante indicanti le modalità esecutive.
- 5009 I mandati attribuiti a servizi specializzati e specialisti devono riguardare soltanto questioni di competenza dell'ufficio AI. In particolare non possono riguardare attività assistenziali.
- 5010 L'accompagnamento del figlio dal medico e altre attività analoghe non possono essere fatturati.
- 5011 Semplici richieste d'informazioni non costituiscono un mandato per accertare le circostanze. I servizi specializzati e gli specialisti che completano di propria iniziativa i loro incarti in base a tali richieste non agiscono su mandato dell'AI e non hanno, pertanto, diritto al rimborso delle spese da parte dell'AI.

2.1.4 Allegati al mandato

5012 Tutte le indicazioni e i documenti necessari per l'esecuzione del mandato devono essere messi a disposizione del servizio specializzato o dello specialista.

5013 [abrogato]

5014 L'ufficio AI informa il servizio specializzato o lo specialista dell'obbligo di mantenere il segreto e delle sanzioni penali in caso di trasgressione.

5015–

5016 [abrogati]

2.2 Esecuzione del mandato

5017 I servizi specializzati e gli specialisti devono eseguire essi stessi i mandati.

3. Centri di accertamento professionale (CAP)

3.1 Finalità

5018 I CAP servono ad accertare l'impiego pratico della capacità
3/12 lavorativa attuale degli assicurati in casi particolari. Gli accertamenti vengono effettuati soprattutto su assicurati che:

5019 – si dichiarano inabili al lavoro e richiedono una rendita, ma
3/12 per i quali sembra possibile un'integrazione nell'economia di mercato non essendo la loro salute eccessivamente compromessa;

5020 – possono sfruttare la propria capacità lavorativa residua
3/12 esigibile (dal profilo medico) in una misura non chiaramente quantificabile in un determinato settore lavorativo (p. es. in un campo simile a quello della propria attività precedente).

- 5021 Per quanto riguarda tutti gli altri accertamenti professionali,
3/12 soprattutto in considerazione della prima formazione professionale e per prepararsi ad un lavoro da svolgere in un laboratorio protetto, continuano ad essere a disposizione dell'AI tutti i centri d'integrazione ed un gran numero di laboratori protetti.
- 5022 Un soggiorno in un CAP (come ogni altro soggiorno di accertamento professionale) va ordinato solo se:
3/12
- il SMR ritiene che la situazione medica sia chiarita a sufficienza per poter valutare questioni di carattere professionale;
 - l'ufficio AI o un servizio specializzato non sono in grado di determinare con sufficiente certezza la capacità d'integrazione o di lavoro sulla base di un accertamento ambulatoriale. Questo accertamento professionale preliminare deve illustrare – dopo aver conferito con il precedente datore di lavoro – soprattutto il tipo dell'attività precedente, la configurazione concreta del posto di lavoro, il comportamento lavorativo, nonché eventuali possibilità di spostamenti all'interno dell'azienda in posti più adatti. In mancanza di chiarezza il CAP deve avere la possibilità di porre delle domande. È necessario perciò indicare nel mandato l'interlocutore di riferimento che ha effettuato l'accertamento professionale preliminare.
- 5023 Capi, collaboratori ed il restante personale del CAP sono
3/12 tenuti all'obbligo di mantenere il segreto ai sensi dell'articolo 33 LPGGA. L'obbligo di mantenere il segreto viene fissato nella convenzione stipulata tra l'UFAS e il CAP.

3.2 Conferimento del mandato

- 5024 L'ufficio AI conferisce mandati di accertamento professionale
3/12 nel CAP sulla base degli atti e dei risultati degli accertamenti preliminari (cfr. N. 5018 segg.).

3.3 Forma del mandato

- 5025 3/12 Il mandato di accertamento viene conferito al CAP, sulla base di una decisione dell'ufficio AI. Copie del mandato vanno notificate:
- ai medici interessati qualora lo desiderino e la persona assicurata sia d'accordo;
 - alla cassa di compensazione competente per l'indennità giornaliera.
- Alla copia destinata alla cassa di compensazione vanno allegati i dati relativi all'indennità giornaliera.
- 5026 3/12 Al mandato bisogna allegare i necessari atti medici, economici e professionali.
- 5027 3/12 La comunicazione deve informare gli assicurati sulla durata prevista per il soggiorno di accertamento e sul loro diritto al rimborso delle spese di viaggio specificando anche che, in caso di diritto a indennità giornaliera, riceveranno una decisione in merito.

3.4 Tipo, durata, prolungamento e interruzione del soggiorno di accertamento

- 5028 3/12 Di regola gli accertamenti professionali vengono effettuati in ambito stazionario o ambulatoriale nell'arco di 4 settimane al massimo. La data del soggiorno è comunicata dal CAP.
- 5029 3/12 Dopo aver ricevuto la documentazione il CAP può invitare gli assicurati ad effettuare un accertamento preliminare della durata di un giorno sui cui risultati presenta subito un breve rapporto all'ufficio AI.
- 5030 3/12 Il soggiorno termina non appena si ottengono i risultati necessari.
- 5031 3/12 Il CAP può dimettere gli assicurati prima di ottenere i risultati dell'accertamento solo se sussistono motivi importanti (soprattutto di natura disciplinare) e solo dopo averne discusso con il responsabile dell'ufficio AI. Se l'assicurato viene di-

messo anzitempo per motivi medici, la documentazione va sottoposta al parere del SMR.

- 5032 In casi eccezionali, il responsabile del CAP può prolungare di
3/12 ulteriori 4 settimane al massimo il soggiorno, d'intesa con gli assicurati. In questo caso non serve una decisione particolare dell'ufficio AI né una comunicazione agli assicurati.
- 5033 Il CAP comunica subito l'entrata all'ufficio AI ed alla cassa di
3/12 compensazione competente per l'indennità giornaliera, eventuali prolungamenti nonché il termine del soggiorno di accertamento (in base al modello dell'allegato IV).

3.5 Collaborazione tra il CAP e l'ufficio AI

- 5034 Durante l'accertamento professionale, il CAP, l'ufficio AI e il
3/12 SMR (per questioni di ordine medico) mantengono uno stretto contatto.

3.6 Rapporto

– In generale

- 5035 Il rapporto finale va presentato subito dopo il termine
3/12 dell'accertamento (di solito entro una settimana) e deve consentire all'ufficio AI di poter giudicare correttamente la questione dell'integrazione.

– Forma e struttura del rapporto finale

- 5036 Il rapporto finale può essere redatto in forma libera, ma deve
3/12 essere espresso in termini precisi e strutturato unitariamente in base allo schema illustrato nell'allegato IV.

– Notifica del rapporto finale

- 5037 Il CAP notifica una copia del rapporto all'ufficio AI (resti-
3/12 tuendo la documentazione ottenuta da quest'ultimo).

– Decisione dell'ufficio AI/sentenze

- 5038 L'ufficio AI prende quanto prima una decisione sulla proce-
3/12 dura ulteriore.
- 5039 È possibile notificare al CAP copie di decisioni dell'ufficio AI
3/12 e di sentenze qualora il CAP lo desideri e la persona assicu-
rata sia d'accordo.

3.7 Provvedimenti al termine dell'accertamento (soprattutto disposizione di provvedimenti profes- sionali)

– In generale

- 5040 Per favorire un'integrazione professionale possibilmente
3/12 rapida, l'ufficio AI deve garantire il passaggio diretto dalla
fase di accertamento a quella della prova e dell'integrazione
professionali. L'ufficio AI deve quindi accordare sempre la
priorità all'esecuzione di provvedimenti professionali dopo un
accertamento CAP.

– Misure immediate prima della decisione dell'ufficio AI

- 5041 Se durante l'accertamento professionale il responsabile del
3/12 CAP si convince che è opportuno avviare subito
provvedimenti di integrazione professionale veri e propri,
d'accordo con gli assicurati e dopo aver informato l'ufficio AI
può ordinare tali provvedimenti al di fuori del CAP per
90 giorni al massimo. Una richiesta debitamente motivata va
inoltrata per iscritto e senza indugio all'ufficio AI perché
prenda una decisione. Se l'ufficio AI non si dichiara d'accordo
con il provvedimento, ordina di interromperlo il prima
possibile assumendosi le spese insorte fino a quel momento.

Gli organi interessati devono provvedere che vengano ema-
nate subito le decisioni relative ai provvedimenti successivi.

Allegati:

- I Istruzioni agli uffici AI riguardanti l'aiuto amministrativo alle assicurazioni estere per l'invalidità, del 24 febbraio 1965 (11.272)
- II Convenzioni
- III Accertamento del grado di invalidità per ordine degli uffici PC
- IV Modello Comunicazione del CAP sull'entrata/uscita dell'assicurato e rapporto finale
- V SuisseMED@P – Manuale per i centri peritali e gli uffici AI

Istruzioni

agli uffici AI riguardanti l'aiuto amministrativo alle assicurazioni estere per l'invalidità

(del 24 febbraio 1965)

I. In generale

- 1 Conformemente agli accordi amministrativi riguardanti le convenzioni internazionali in materia di assicurazioni sociali, gli organi dell'AI svizzera sono tenuti a concedere il loro aiuto amministrativo agli organi delle assicurazioni estere per l'invalidità. Di regola, tale aiuto consiste nell'incaricare un medico competente di visitare un assicurato domiciliato in Svizzera o di effettuare inchieste in merito alla capacità di guadagno e di lavoro o all'attività dell'assicurato. Tale aiuto amministrativo spetta agli uffici AI e viene regolato secondo le presenti istruzioni.

II. Conferimento ed esecuzione dei mandati

- 2 *Notifica agli uffici AI*
Gli organismi assicurativi esteri inviano le loro richieste di aiuto amministrativo alla Cassa svizzera di compensazione (CSC), a Ginevra, che funge da organo di collegamento. La CSC registra questi mandati e li trasmette all'ufficio AI del Cantone di domicilio. Se i mandati non sono redatti in tedesco, francese o italiano, la CSC provvede, se necessario, alla traduzione.
- 3 La procedura spiegata qui di seguito è applicabile anche nei casi in cui persone domiciliate in Svizzera richiedono prestazioni dell'AI di organi di assicurazioni sociali estere e in cui la CSC deve procedere a un accertamento delle circostanze prima di trasmettere tali richieste, sulla base di una convenzione internazionale.

- 4 *Visita o perizia medica*
Se si tratta di un mandato per una visita o una perizia medica, l'ufficio AI (dopo aver consultato il SMR) designa un medico competente e gli conferisce il relativo mandato mettendogli a disposizione anche tutti i documenti trasmessi dall'assicurazione estera. In caso di nuove richieste sono applicabili per analogia i N. 2072 segg. CPAI.
- 5 *Altri accertamenti*
Se il mandato riguarda l'accertamento delle attitudini professionali, delle possibilità d'integrazione, dell'attività attuale ecc., l'ufficio AI procede personalmente ai necessari accertamenti oppure ne incarica un servizio specializzato.
- 6 *Informazione dell'assicurato*
L'ufficio AI informa l'assicurato dei mandati conferiti e gli chiede di tenersi a disposizione della persona incaricata di eseguire il mandato. Si deve inoltre far presente all'assicurato che l'accertamento è gratuito per lui ed è eseguito nel suo interesse.
- 7 *Sorveglianza ed esecuzione del mandato*
Se il rapporto richiesto non è presentato entro il termine fissato, l'ufficio AI procede di propria iniziativa alle necessarie ingiunzioni e affida eventualmente l'incarico a un altro organo.
- 8 Se l'assicurato rifiuta, esplicitamente o con un atteggiamento passivo, di collaborare all'accertamento e il suo atteggiamento non può essere cambiato né con spiegazioni appropriate né con un cambiamento della persona incaricata di eseguire il mandato, l'ufficio AI rinvia l'incarto alla CSC informandola della situazione.
- 9 Appena noti, i risultati dell'inchiesta devono essere trasmessi alla CSC. Vanno allegati i documenti messi a disposizione dall'assicurazione sociale estera.

III. Rimborso delle spese

10 *Spese degli uffici AI*

Le spese procurate agli uffici AI fanno parte delle spese dell'AI e vengono assunte da quest'ultima. Non è necessaria una differenziazione speciale.

11 *Spese e indennità giornaliera dell'assicurato*

L'assicurato ha diritto al rimborso delle spese di viaggio e delle eventuali altre spese. Se il mandato dell'assicurazione sociale estera non contiene particolari indicazioni al riguardo, è applicabile la stessa regolamentazione valida per gli assicurati dell'AI. Esiste tuttavia il diritto all'indennità giornaliera solo quando ne viene fatta espressa menzione nella lettera di trasmissione alla CSC.

12 I buoni di viaggio dell'AI non possono essere consegnati.

13 Gli assicurati devono redigere un conto delle proprie spese e allegare documenti giustificativi. L'ufficio AI si procura i documenti richiesti dalla CSC riguardanti le indennità giornaliera che devono eventualmente essere versate.

14 *Spese causate a terzi*

I medici, gli ospedali, i servizi specializzati ecc. incaricati di eseguire visite o inchieste devono essere invitati ad inviare una fattura separata, unitamente al loro rapporto (se possibile su un modulo dell'AI). Per quanto riguarda la determinazione delle indennità, si applicano le tariffe dell'AI.

15 *Trasmissione e pagamento delle fatture*

L'ufficio AI verifica e vista le fatture conformemente alla Circolare sulla verifica delle fatture per prestazioni individuali in natura. Le fatture non devono essere trasmesse all'Ufficio centrale di compensazione, bensì alla Cassa svizzera di compensazione unitamente al rapporto. Si applica la stessa regola per i documenti riguardanti un'indennità giornaliera che deve essere versata.

16 La CSC rimborsa le spese e un'eventuale indennità giornaliera direttamente o tramite l'Ufficio centrale di compensazione, alla

persona o all'organo che ha presentato la fattura oppure all'assicurato.

IV. Partecipazione degli uffici AI all'applicazione delle convenzioni internazionali sulla sicurezza sociale

- 17 Le istruzioni delle DSA sulla partecipazione delle casse di compensazione all'applicazione delle convenzioni internazionali sulla sicurezza sociale valgono per analogia anche per gli uffici AI. Bisogna osservare soprattutto che, secondo determinate convenzioni, la richiesta di ricevere una prestazione svizzera vale contemporaneamente come richiesta di ottenere una prestazione corrispondente del paese d'origine del richiedente.

Allegato II

Convenzioni

Si veda: www.iiz-plus.ch (in tedesco e in francese)

Allegato III

Accertamento del grado di invalidità per ordine degli uffici PC (art. 4 cpv. 1 lett. d LPC, art. 57 cpv. 1 lett. f LAI, art. 41 cpv. 1 lett. k OAI)

Procedura applicabile

- 1 Se il presente allegato non contiene prescrizioni diverse, si applica per analogia la Circolare sulla procedura nell'AI (CPAI).

Richiesta

- 2 Se una richiesta per una PC viene inoltrata direttamente presso l'ufficio AI (UAI), quest'ultimo la invia a stretto giro di posta all'ufficio PC competente. Senza un mandato da parte dell'ufficio PC, l'UAI non effettua accertamenti.

Procedura di accertamento

- 3 L'*ufficio PC* verifica se le seguenti premesse sono soddisfatte in modo cumulativo:
 - domicilio e dimora abituale in Svizzera;
 - periodo d'attesa (nel caso di stranieri);
 - nessun diritto secondo l'articolo 4 capoverso 1 lettere a, b oppure c LPC;
 - età compresa tra i 18 anni e l'età che dà diritto alla rendita AVS.
- 4 L'ufficio PC conferisce all'UAI competente il mandato di calcolare l'invalidità. L'ufficio AI stabilisce il grado di invalidità e determina a partire da quando sussiste un'invalidità in una misura che giustifichi la rendita.

Deliberazione e decisione

- 5 L'UAI comunica all'ufficio PC competente la deliberazione relativa al grado di invalidità nonché da quando sussiste l'invalidità in una misura che giustifichi la rendita. L'ufficio PC emana la decisione.

Procedura di opposizione / ricorso

- 6 Se contro la decisione in materia di PC viene fatta opposizione o la decisione su opposizione viene impugnata e il grado o l'inizio dell'invalidità è controverso, l'ufficio PC richiede un parere dell'UAI.

Revisione

- 7 L'ufficio PC stabilisce il termine di revisione che va fissato di norma prima del controllo PC periodico che ha luogo, al più tardi, ogni quattro anni, e conferisce il mandato all'UAI. Se secondo l'UAI bisogna effettuare prima un controllo, l'UAI lo comunica all'ufficio PC in occasione della notifica del grado di invalidità.

Allegato IV**Comunicazione del CAP sull'entrata/uscita dell'assicurato e rapporto finale**

| |
|--|
| Assicurato/a: cognome, nome, indirizzo esatto, NPA, domicilio |
|--|

| |
|------------|
| Ufficio AI |
|------------|

Il/la suddetto/a assicurato/a

- è entrato/a nel nostro centro il _____
- è stato/a dimesso/a il _____ al termine dell'accertamento
- è uscito/a il _____ su propria richiesta prima del termine stabilito
- è stato/a dimesso/a dal CAP prima del termine stabilito il _____ dopo aver discusso con _____ a causa di _____
- si dichiara d'accordo sul necessario prolungamento del soggiorno ai fini dell'accertamento che durerà fino al _____
- è entrato/a di sua volontà il _____ per effettuare un'ulteriore formazione su _____

Luogo e data

Timbro e firma del CAP

Copia alla cassa
di compensazione

Firma dell'assicurato/a

34.749

Assicurazione federale per l'invalidità (AI)

Rapporto finale del CAP (modello)

1. Dati personali (cognome, numero di assicurato, nazionalità)
2. Presupposti personali, scolastici e professionali
 - formazione scolastica, madrelingua e conoscenze di lingue straniere
 - comprensione linguistica
 - formazione professionale precedente (formazione empirica compresa)
 - attività svolta precedentemente, capacità e abilità professionali osservate
 - mobilità e flessibilità mentale
3. Valutazione del comportamento e dell'attività nel CAP
 - comportamento generale nel centro d'integrazione e sul lavoro ed in particolare atteggiamento verso il lavoro, motivazione
 - fattori personali e sociali che influenzano eventualmente l'integrazione
 - particolarità caratteriali che possono influire positivamente o negativamente sull'integrazione
 - capacità di sopportare carichi di lavoro tenendo presenti le limitazioni accertate dal punto di vista medico
 - sotto il profilo quantitativo
 - sotto il profilo qualitativo
 - profilo richiesto negativo o positivo in relazione agli accertamenti interni e ad eventuali tentativi esterni di lavorare. La valutazione va effettuata tenendo sempre presenti possibili provvedimenti di tipo terapeutico, di eventuale integrazione medica da parte dell'AI o la consegna di mezzi ausiliari
 - possibilità di integrazione prendendo in considerazione le capacità e le inclinazioni constatate indicando professioni o attività concrete
 - con i propri sforzi, con l'aiuto del servizio di collocamento
 - con autentici provvedimenti di integrazione professionale da specificare per gli assicurati in base a contenuto, durata e necessità. Indicare anche l'obiettivo professionale perseguito con il provvedimento e le possibilità concrete di realiz-

zazione prevedibili nonché il parere degli assicurati sulle proposte fatte.

4. Durata del soggiorno

Durata del soggiorno, motivi del prolungamento ordinato, del termine anticipato o dell'interruzione.

Allegati

- Documenti di valutazione medica redatti durante il soggiorno nel CAP
- Atti dell'ufficio AI di ritorno

SuisseMED@P

Manuale per i centri peritali e gli uffici AI

I. Introduzione

SuisseMED@P è una piattaforma in rete che attribuisce i mandati per le perizie mediche pluridisciplinari¹ secondo il metodo aleatorio. Il servizio statistico di SuisseMED@P permette di misurare la qualità delle perizie e i tempi di trattamento nonché di cercare informazioni in merito.

Dal 1° marzo 2012 gli uffici AI sono tenuti a commissionare tutte le perizie mediche pluridisciplinari² attraverso SuisseMED@P (art. 72^{bis} OAI). A partire dalla stessa data, i centri peritali possono accettare mandati degli uffici AI solo attraverso SuisseMED@P³. I centri fatturano le loro perizie sulla base delle convenzioni tariffali sottoscritte con l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS).

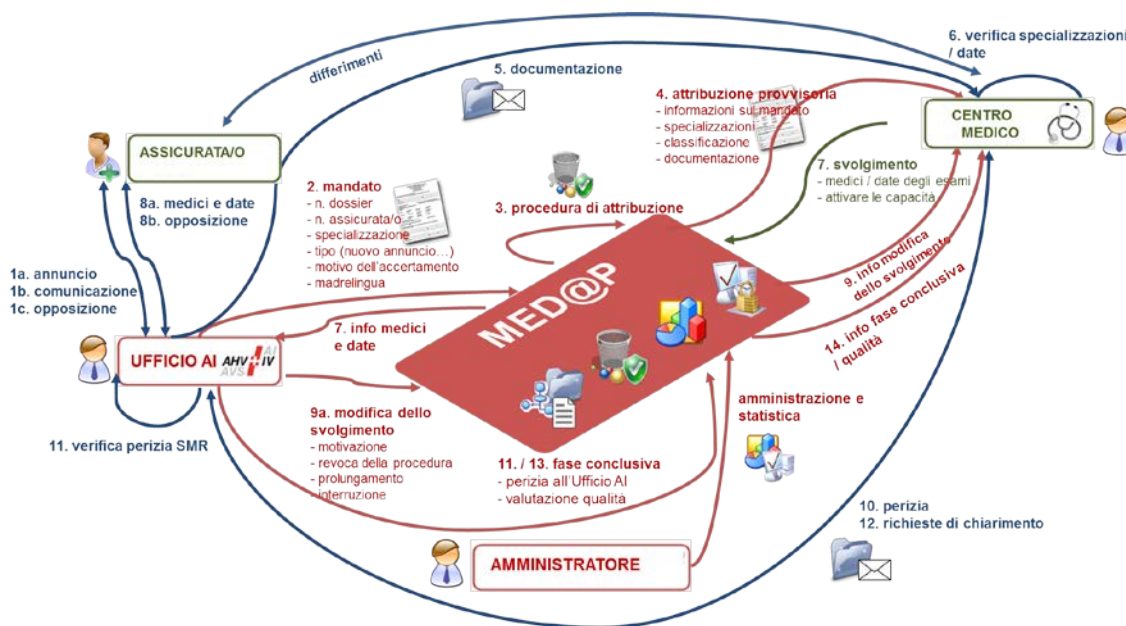
II. Processo

Le frecce rosse descrivono le attività elettroniche che si svolgono attraverso SuisseMED@P, mentre le frecce blu quelle che si verificano al di fuori della piattaforma:

1 Nel presente manuale, per «perizie pluridisciplinari» si intendono quelle che interessano almeno tre accertamenti peritali o discipline diverse, tra cui in ogni caso la medicina interna/generale.

2 Eccezione: se per un evento assicurato occorre una perizia successiva entro i tre anni successivi all'ultima perizia pluridisciplinare, l'ufficio AI può incaricare direttamente il centro peritale responsabile della perizia precedente, ovvero senza passare per SuisseMED@P. La fatturazione avviene in base alla convenzione tariffale.

3 Eccezione: perizia successiva secondo la nota 2.



- Numero 1 (al di fuori di SuisseMED@P)

L'ufficio AI comunica all'assicurato che ritiene necessaria una perizia pluridisciplinare. Lo informa delle discipline oggetto della perizia e delle domande degli esperti⁴. L'assicurato può inoltrare domande supplementari all'ufficio AI entro 10 giorni.

- Numero 2 (SuisseMED@P)

Non appena l'ufficio AI e l'assicurato sono giunti ad un accordo sulla perizia pluridisciplinare⁵, l'ufficio AI registra il mandato in SuisseMED@P sotto NUOVO MANDATO.

Oltre alla MEDICINA INTERNA/GENERALE (predefinita), l'ufficio AI deve scegliere almeno altre due discipline. Le discipline selezionate dall'ufficio AI sono vincolanti per il centro peritale.

Gli uffici AI che hanno indicato più lingue di procedura (p. es. tedesco e francese) nel loro profilo in SuisseMED@P precisano in quale lingua, oltre alla lingua madre dell'assicurato, desiderano la perizia.

Sotto TIPO DI ACCERTAMENTO va indicato se si tratta di una prima richiesta di prestazioni oppure di una revisione.

Sotto MOTIVO DELL'ACCERTAMENTO l'ufficio AI può ad esempio segnalare al centro peritale che si dovrà rispondere anche a domande supplementari dell'assicurato.

⁴ Una comunicazione tipo figura nel catalogo dei testi AI.

⁵ Per la comunicazione all'assicurato vale il principio del «silenzio-assenso».

Il numero di mandato attribuito da SuisseMED@P può essere modificato sotto N° DI RIFERIMENTO. In tal caso, al mandato registrato viene attribuito sistematicamente il numero scelto.

- Numeri 3 e 4 (SuisseMED@P)

Quando l'ufficio AI trasmette un mandato (TRASMETTI IL MANDATO), SuisseMED@P sorteggia un centro peritale tra quelli che soddisfano tutti i criteri concordati per il mandato in questione (competenze e disponibilità nelle discipline richieste, possibilità di redigere la perizia nella lingua di procedura⁶ desiderata). In linea di massima, si può esigere dall'assicurato che si sottoponga a perizie su tutto il territorio svizzero⁷.

Il centro peritale sorteggiato e l'ufficio AI committente vengono informati per e-mail dell'avvenuta attribuzione del mandato. Le informazioni sono disponibili anche in SuisseMED@P sotto MANDATI.

SuisseMED@P misura il tempo impiegato dai centri peritali per il trattamento dei singoli mandati. Il calcolo inizia in questo momento. I centri peritali che risultano in ritardo⁸ per oltre il 10 per cento dei mandati in corso sono automaticamente esclusi dalla procedura di attribuzione.

- Numero 5 (al di fuori di SuisseMED@P)

L'ufficio AI invia per posta l'incarto preparato e completo dell'assicurato al centro peritale sorteggiato. L'incarto deve contenere il numero di mandato⁹, le domande degli esperti e quelle supplementari.

- Numero 6 (al di fuori di SuisseMED@P)

Il centro peritale esamina l'incarto, se del caso lo completa (p. es. richiesta di rapporti medici supplementari) e, se è in condizione di eseguire il mandato¹⁰, pianifica la perizia. Spetta al centro peritale la

6 In caso di mandati di uffici AI che svolgono le procedure in più lingue, per la procedura di attribuzione è determinante quella scelta dall'ufficio AI. Cfr. in proposito le spiegazioni al numero 2, terzo paragrafo.

7 A condizione che sia in grado di viaggiare. Gli uffici AI rimborsano all'assicurato le spese di viaggio e alloggio secondo i N. 29 e 48 della Circolare sul rimborso delle spese di viaggio nell'assicurazione per l'invalidità (CRSV).

8 Un centro peritale è in ritardo quando sono trascorsi oltre 110 giorni tra l'attribuzione del mandato (numero 4) e la registrazione della ricezione della perizia da parte dell'ufficio AI (numero 11).

9 Cfr. in proposito le spiegazioni al numero 2, ultimo paragrafo.

10 Un mandato attribuito (numero 4) può essere considerato «non eseguibile» solo se il centro peritale riesce a motivare per iscritto in modo plausibile la necessità, nel caso concreto, di includere nella perizia un'altra disciplina non prevista dall'ufficio AI e nella quale in linea di massima il centro peritale non svolge perizie.

decisione finale di quali discipline, oltre a quelle richieste dall'ufficio AI, debbano essere incluse nella perizia nel singolo caso.

- Numero 7 (SuisseMED@P)

Se il centro peritale aggiunge una o più discipline a quelle selezionate dall'ufficio AI (AGGIUNGI UNA SPECIALITÀ), la nuova combinazione è vincolante. I centri peritali devono spiegare in un campo di testo libero (COMMENTO) per quale motivo ritengono necessario includere nella perizia una o diverse discipline supplementari.

Sotto SVOLGIMENTO DEL MANDATO il centro peritale indica i nomi dei suoi periti per ciascuna disciplina e stabilisce le date degli esami. Alla conferma del mandato (CONFERMARE IL MANDATO) l'ufficio AI committente viene informato per e-mail dell'identità dei periti, delle date e dei luoghi in cui si svolgeranno gli esami¹¹. Dopo ogni sorteggio, il centro peritale indica le capacità di cui ancora dispone per ciascuna disciplina (MONITOR CAPACITÀ)¹².

Se il centro peritale incaricato non può eseguire il mandato (cfr. in proposito la nota 10), seleziona l'opzione NON ESEGUIBILE. In questo caso, viene inviata un'apposita e-mail all'ufficio AI committente. Se quest'ultimo accetta la valutazione del centro peritale dell'impossibilità di eseguire il mandato, ha due possibilità: annullare il mandato (ANNULLA IL MANDATO)¹³, il che comporta l'eliminazione del mandato da SuisseMED@P e l'interruzione del processo, oppure riattribuire il mandato con le discipline inizialmente previste, completato con quelle aggiunte successivamente (RIATTRIBUIRE IL MANDATO). Se invece non accetta la valutazione del centro peritale (RIFIUTA)¹⁴, l'ufficio AI chiede per e-mail a quest'ultimo di eseguire il mandato secondo la commessa originaria¹⁵. SuisseMED@P tiene traccia di tutti i movimenti sotto SITUAZIONE DEL MANDATO.

11 Per le perizie di assicurati domiciliati all'estero (mandati dell'ufficio AI per assicurati residenti all'estero) devono trascorrere almeno otto settimane tra la conferma del mandato e la prima data d'esame presso il centro peritale.

12 Se, per mancanza di capacità, il centro peritale disattiva una delle discipline da lui proposte, SuisseMED@P la riattiva automaticamente non appena il centro peritale ha concluso un mandato con la disciplina in questione. Nel frattempo, il centro peritale è escluso dalla procedura di attribuzione di tutti i mandati che prevedono quella disciplina.

13 Perché la perizia non è più necessaria per un qualsiasi motivo.

14 Una persona designata dall'ufficio AI deve confermare in SuisseMED@P che la valutazione del centro peritale dell'impossibilità di eseguire il mandato va respinta. Questa persona è registrata in SuisseMED@P con la necessaria autorizzazione.

15 Cfr. in proposito le spiegazioni al numero 2, secondo paragrafo. Solo in questo caso, registrato dal servizio statistico di SuisseMED@P, si deroga al principio secondo cui spetta ai centri peritali la scelta finale delle discipline da includere nella perizia (cfr. in proposito le spiegazioni al numero 6, ultimo paragrafo).

- Numero 8 (al di fuori di SuisseMED@P)

L'ufficio AI comunica all'assicurato (con copia al centro peritale) quando e da chi sarà svolta la perizia, informandolo anche del suo diritto di presentare, entro 10 giorni, eventuali motivi di rifiuto o di ricusazione nei confronti dei periti designati¹⁶. A meno di modifiche nello svolgimento (cfr. in proposito il numero 9), da questo momento l'ufficio AI attende la perizia. In linea di massima, gli eventuali differimenti delle date sono concordati direttamente tra l'assicurato e il centro peritale.

- Numero 9 (SuisseMED@P)

Le modifiche nello svolgimento del processo possono essere registrate solo dall'ufficio AI sotto MODIFICARE. Simili modifiche sono determinate di norma da motivi di rifiuto o di ricusazione¹⁷. Tuttavia, possono verificarsi anche interruzioni per cause di forza maggiore, per differimenti di date o appuntamenti mancati. I centri peritali devono segnalare all'ufficio AI committente, per telefono o per e-mail, gli eventi che comportano una modifica ritenuta inaccettabile¹⁸, in modo che l'ufficio AI possa registrarli. Le modifiche registrate dall'ufficio AI possono essere consultate dai centri peritali sotto SVOLGIMENTO DEL MANDATO.

- Numero 10 (al di fuori di SuisseMED@P)

Il centro peritale invia per posta la perizia all'ufficio AI committente. Sotto PERIZIA INOLTRATA, può registrare l'invio in SuisseMED@P per fini di controllo propri.

- Numero 11 (SuisseMED@P)

L'ufficio AI registra in SuisseMED@P il giorno (timbro di arrivo) in cui ha ricevuto la perizia (CONFERMARE LA RICEZIONE). In tal modo, per l'ufficio AI il mandato non figura più in SuisseMED@P sotto IN

16 Una comunicazione tipo figura nel catalogo dei testi. Una copia della comunicazione è sempre inviata al centro peritale. Se quest'ultimo ha aggiunto una o più discipline, l'ufficio AI e l'assicurato possono inoltrare al centro peritale delle domande supplementari.

17 Se si giustificano obiezioni di natura formale sollevate contro un determinato perito e il centro peritale interessato non è in condizione di sostituire il perito per l'accertamento, l'ufficio AI annulla il mandato (*Annulla il mandato*) sotto *Modifica* e lo registra nuovamente senza modifiche. Il centro peritale interessato è escluso dalla nuova procedura di attribuzione. In caso di obiezioni di natura formale non giustificate e di obiezioni di natura materiale, l'ufficio AI procede secondo quanto previsto al N. 2079 della Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPAI). Sotto *Modifica* interrompe il calcolo del tempo.

18 A seconda dei casi, il differimento di una perizia di pochi giorni può essere ininfluenza.

CORSO, bensì sotto CONCLUSI¹⁹. SuisseMED@P informa per e-mail il servizio di controllo delle fatture dell'ufficio AI che nel caso in esame è o sarà esigibile il pagamento di una fattura, con riserva di eventuali ulteriori domande (cfr. numero 12).

- Numero 12 (al di fuori di SuisseMED@P)

L'ufficio AI verifica la perizia entro 20 giorni dalla ricezione, se del caso chiarisce con il centro peritale i punti rimasti in sospeso o non chiari mediante ulteriori domande e si pronuncia internamente sulla qualità della perizia²⁰.

- Numero 13 (SuisseMED@P)

L'ufficio AI risponde in SuisseMED@P (VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ) alle domande sulla qualità della perizia²¹. SuisseMED@P informa per e-mail il centro peritale dell'esito della valutazione da parte dell'ufficio AI.

- Numero 14 (SuisseMED@P)

L'ufficio AI registra in SuisseMED@P la data della sua decisione formale e precisa se quest'ultima si basa sulla perizia e se è stata oggetto di un procedimento giudiziario (CONCLUDERE LA PROCEDURA AI). Se la decisione passa in giudicato senza essere impugnata, in SuisseMED@P lo stato del mandato passa da CONCLUSO ad ARCHIVIATO.

La procedura MED@P è conclusa dopo che i tribunali si sono pronunciati in merito ad eventuali ricorsi dell'assicurato nei confronti della decisione e che le sentenze sono passate in giudicato. L'ufficio AI indica in SuisseMED@P se la perizia è stata l'oggetto principale della controversia nella procedura di ricorso e, in caso affermativo, se la decisione del tribunale passata in giudicato riconosce alla perizia pieno valore probatorio. SuisseMED@P ne informa il centro peritale per e-mail²² (CONCLUDERE LA PROCEDURA DI ATTRIBUZIONE). Da questo momento, per quanto riguarda l'ufficio AI, lo stato del mandato in SuisseMED@P passa da CONCLUSO ad ARCHIVIATO.

19 Alla conferma della ricezione della perizia da parte degli uffici AI, per i centri peritali lo stato del mandato cambia da *In corso* a *Concluso*.

20 CPAI, N. 2086.

21 Le domande servono a stabilire se la perizia abbia o meno valore probatorio ai sensi della giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 125 V 352).

22 Questa comunicazione può avvenire dopo diversi mesi, se non anni.