



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° gennaio 2017

318.507.03 i

12.16

Premessa

Il capitolo «Accertamento delle circostanze» della 2^a parte è stato rielaborato sulla base dei risultati dello studio concernente la collaborazione tra l'AI e i medici curanti (*Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten*; rapporto di ricerca n. 5/15, in tedesco con riassunto in italiano) e di quello concernente la procedura di accertamento nell'AI per le decisioni in materia di rendite (*Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen*; rapporto di ricerca n. 4/15, in tedesco con riassunto in italiano).

I numeri marginali seguenti sono stati modificati con effetto dal 1° gennaio 2017:

N.	Modifica	Motivazione
Abbreviazioni		
AIGM	Nuova abbreviazione	Abbreviazione utilizzata al N. 2034.1
URC	Nuova abbreviazione	Abbreviazione utilizzata al N. 2034.1
LADI OMAI OMAV PA	Soppressione	Nessuna occorrenza nella CPAI

1024.1	Adeguamento	Correzione della base legale
1034	Adeguamento	Correzione dei rinvii
2018 2018.1 2019 2023 2023.1 2023.4	Precisazione	Precisazioni del contenuto dei numeri marginali in questione
2032	Aggiunta	Informazioni necessarie per una pro-

		cedura di accertamento aperta e incentrata sulle risorse, in seguito alla DTF 141 V 281
2032.1	Nuovo	Aggiornamento e valutazione regolari dei documenti
2034.1 segg.	Nuovi	Primo colloquio con l'assicurato dopo la presentazione della richiesta di prestazioni
2036	Aggiunta	Richiesta mirata di informazioni e documenti
2037	Aggiunta	Aggiornamento della giurisprudenza
2038	Aggiunta	Rinvio alla giurisprudenza (sentenza del TF 9C_858/2014 consid. 3.3.3.) e precisazione della procedura
2039	Soppressione	Informazioni contenute in parte in altri numeri marginali
2040	Soppressione	Si veda il N. 2073.4
2041	Soppressione	Spostamento di parti di testo al capitolo 2.5.4
2050	Aggiunta	Contatti verbali con il datore di lavoro nell'ambito dell'integrazione
2050.1	Aggiunta	Rinvio ai N. 2062 segg.
2050.2	Nuovo	Preferenza per i contatti verbali con i medici, anche per determinare provvedimenti e trattamenti
2050.3	Nuovo	Informazioni ai medici
2059	Adeguamento	Correzione del rinvio
2.5 Titolo	Adeguamento	Nuovo titolo: Accertamento medico
2062	Adeguamento	Precisazione della procedura per la richiesta di informazioni mediche presso i medici curanti

2064 2065 2067	Aggiunta	Estensione a tutte le informazioni mediche
2.5.3 Titolo	Adeguamento	Nuovo titolo: Informazioni e documenti medici
2069 segg.	Nuovi	Trattamento delle informazioni e dei documenti medici
2073		Fatturazione delle prestazioni fornite dal medico
2.5.4 Titolo	Nuovo	Risultato dell'accertamento medico
2073.1 segg.	Nuovi	Valutazione dell'accertamento medico
2074	Adeguamento	Spostamento di parti del contenuto al N. 2073.1
2076.1 2076.2 2077	Adeguamento	Adeguamento alla giurisprudenza del TF, secondo cui prima di una perizia viene emanata solo una decisione incidentale, salvo in caso di domande supplementari
2079	Precisazione	Precisazione concernente i documenti da inoltrare ai centri peritali
2080	Precisazione	Precisazione concernente la competenza del centro peritale di stabilire le discipline mediche richieste
2081.1 2081.3 2083.2	Precisazione	Provvedimenti per una procedura semplice e rapida in modo da poter pianificare e svolgere le perizie complesse in tempi molto brevi e senza interruzioni. Non applicazione dell'articolo 38 capoverso 4 LPGa.
2081.6 2081.8 2084.5 2084.6 2084.7	Adeguamento	Inammissibilità della revoca dell'effetto sospensivo in caso di richiesta di una perizia, ma valutazione della possibilità di sospendere la rendita nella procedura di revisione se risulta che l'assicurato ritarda intenzional-

		mente la procedura
2089	Precisazione	Precisazione e adeguamento all'OPGA
2093	Precisazione	Precisazione con rinvio al N. 2034.1
2094	Precisazione	Coinvolgimento del datore di lavoro
3000	Adeguamento	Abrogazione dell'articolo 41 capoverso 3 OAI
3004	Adeguamento	Soppressione dei SAM dal 1° marzo 2012
3060	Adeguamento	Abrogazione degli articoli 129 OAINF e 127 OADI
Allegato V; Numero 6b nota 5	Adeguamento	Ulteriore esempio di mandato attribuito che può essere considerato "non eseguibile": motivi di ricusazione

Indice

Abbreviazioni.....	12
Introduzione.....	16
1a parte: procedura di presentazione della richiesta	17
1. Presentazione della richiesta.....	17
1.1 Forma	17
1.1.1 In generale.....	17
1.1.2 Moduli di richiesta	17
1.1.3 Uffici e depositari di moduli	18
1.2 Legittimazione.....	18
1.2.1 Assicurati	18
1.2.2 Autorità e terzi.....	18
1.2.3 Rappresentanza.....	20
1.3 Luogo di presentazione.....	20
1.3.1 Ufficio AI	20
1.3.2 Cassa di compensazione	20
1.3.3 Servizi specializzati dell'aiuto agli invalidi.....	21
1.4 Ritiro della richiesta e rinuncia a prestazioni	21
2. Effetti della richiesta	22
2.1 Conservazione dei diritti in generale	22
2.2 Conservazione del diritto alla rendita	23
2.3 Conservazione del diritto ai provvedimenti d'integrazione..	23
2.4 Conservazione del diritto agli assegni per grandi invalidi, ai provvedimenti sanitari e ai mezzi ausiliari	23
2.5 Conservazione del diritto al contributo per l'assistenza	24
3. Esonero dall'obbligo di mantenere il segreto	24
4. Informazione degli assicurati	25
5. Raggiugli e consulenza agli assicurati.....	25
6. Registrazione della richiesta.....	25
7. Comunicazione all'UCC/all'UFAS.....	26
2ª parte: procedura di accertamento.....	27
1. Esami preliminari.....	27
1.1 Controllo formale.....	27

1.1.1	Competenza	27
1.1.2	Completezza della richiesta	27
1.1.3	Incarti dell'AI già esistenti.....	27
1.1.4	Insorgenza di un infortunio	28
1.2	Verifica delle generalità.....	28
1.3	Informazione degli assicurati.....	28
1.4	Controllo delle condizioni d'assicurazione	29
1.4.1	In generale.....	29
1.4.2	Portata del controllo	29
1.4.3	Modo di procedere se l'assicurato non adempie le condizioni d'assicurazione	30
1.4.4	Periodo contributivo minimo	30
1.5	Collaborazione con altri istituti assicurativi	32
1.5.1	Assicurazione infortuni, assicurazione militare, assicurazione contro la disoccupazione	32
1.5.2	Cassa malati competente.....	32
1.6	Collaborazione interistituzionale (CII).....	32
1.6.1	Promozione della CII.....	32
1.6.2	Scopo della CII.....	33
1.6.3	Obbligo del segreto tra gli uffici AI e le altre assicurazioni sociali	33
1.6.4	Obbligo del segreto tra gli uffici AI e gli altri organi coinvolti nella CII.....	34
1.6.5	Forma dello scambio di dati	34
2.	Accertamento delle circostanze.....	34
2.1	In generale.....	34
2.1.1	Oggetto dell'accertamento	34
2.1.2	Primo colloquio con l'assicurato	36
2.1.3	Obbligo degli assicurati di ridurre il danno e di collaborare	37
2.2	Compiti dell'ufficio AI.....	37
2.3	Richiesta di informazioni	38
2.3.1	In generale.....	38
2.3.2	Persone e organi tenuti a fornire informazioni	39
	– Assicuratori privati.....	41
2.4	Rilascio di informazioni e autorizzazione a consultare gli incarti AI.....	41
2.4.1	In generale.....	41
2.4.2	Eccezioni	42
2.5	Accertamento medico	44

2.5.1	In generale.....	44
2.5.2	Medico competente.....	45
2.5.3	Informazioni e documenti medici.....	46
2.5.4	Risultato dell'accertamento medico.....	47
2.6	Perizie mediche	48
2.6.1	In generale.....	48
2.6.2	Procedura per l'attribuzione di mandati di perizie pluridisciplinari	49
2.6.3	Procedura per l'attribuzione di mandati di perizie mono- o bidisciplinari	53
2.6.4	Violazione dell'obbligo di collaborare.....	55
2.6.5	Procedura dopo il ricevimento della perizia	55
2.7	Provvedimenti di reinserimento, di integrazione e di reintegrazione professionale	56
2.7.1	In generale.....	56
2.7.2	Valutazione	57
2.7.3	Concessione o rifiuto di provvedimenti di reinserimento e di provvedimenti professionali	59
2.7.4	Sorveglianza dei provvedimenti di reinserimento e dei provvedimenti professionali.....	59
2.7.5	Rapporto conclusivo.....	59
2.8	Accertamento sul posto.....	60
2.8.1	In generale.....	60
2.8.2	Contenuto dell'accertamento.....	62
2.8.3	Rapporto di accertamento	62
2.9	Costi cagionati dai provvedimenti d'accertamento.....	62
2.9.1	Assunzione delle spese	62
2.9.2	Spese di traduzione (interpretariato)	63
2.9.3	Indennità per perdita di guadagno e spese	64
2.9.4	Fatturazione.....	64

3a parte: determinazione delle prestazioni e comunicazione delle decisioni..... 65

1.	Decisione dell'ufficio AI	65
1.1	In generale.....	65
1.2	Motivazione delle decisioni.....	65
1.3	Redazione e notifica delle decisioni	66
1.4	Verifica delle decisioni (revisione)	67
1.5	Carattere vincolante della decisione.....	67

2. Procedura di preavviso.....	67
2.1 Diritto di essere sentito della persona assicurata	67
2.2 Diritto di essere sentiti di terzi	69
3. Presa di posizione dell'UFAS	70
3.1 In generale.....	70
3.2 Preavviso obbligatorio dell'UFAS	70
4. Decisioni in caso di riconsiderazione di decisioni / decisioni su opposizione.....	70
5. Notifica della decisione – principio	71
5.1 Originale	71
5.2 Copie della decisione	71
6. Data di revisione e limitazione della durata delle prestazioni.....	71
7. Decisioni relative a rendite e assegni per grandi invalidi	72
7.1 In generale.....	72
7.2 Preparazione dell'emanazione della decisione in caso di prestazioni in contanti a favore di maggiorenni	73
7.3 Notifica di copie di decisioni concernenti le rendite e gli assegni per maggiorenni grandi invalidi	76
8. Decisioni concernenti le indennità giornaliere.....	76
9. Decisioni concernenti il contributo per l'assistenza.....	77
10. Registrazione e trasmissione di comunicazioni	77
11. Decisioni nell'ambito dell'AVS (assegni per grandi invalidi, mezzi ausiliari, contributo per l'assistenza).....	78
12. Decisioni nell'ambito delle PC	78
4^a parte: competenza dell'ufficio AI e della cassa di	
compensazione	79
1. Ufficio AI competente	79
1.1 Regolamentazione ordinaria	79
1.2 Casi speciali.....	79
1.2.1 Collocamento tramite un istituto d'assistenza.....	79
1.2.2 Domicilio o residenza all'estero.....	79
1.3 Cambiamento dell'ufficio AI.....	80
1.3.1 Nel corso della procedura	80
1.3.2 A procedura conclusa	81

1.3.3 Riconsiderazione di decisioni	81
1.4 Collaborazione tra uffici AI	81
2. Cassa di compensazione competente.....	82
2.1 Regolamentazione ordinaria	82
2.2 Casi speciali.....	82
2.2.1 Assicurati senza contributi	82
2.2.2 Domicilio o residenza all'estero.....	83
2.3 Unità dell'evento assicurato	83
3. Conflitti di competenza	83
4. Ricusazione	84
5ª parte: ricorso a servizi specializzati e specialisti	85
1. Definizione e posizione	85
2. Procedura	85
2.1 Conferimento del mandato.....	85
2.1.1 In generale.....	85
2.1.2 Informazione dell'assicurato.....	85
2.1.3 Forma e contenuto del mandato	86
2.1.4 Allegati al mandato	87
2.2 Esecuzione del mandato.....	87
3. Centri di accertamento professionale (CAP).....	87
3.1 Finalità	87
3.2 Conferimento del mandato.....	88
3.3 Forma del mandato.....	89
3.4 Tipo, durata, prolungamento e interruzione del soggiorno di accertamento	89
3.5 Collaborazione tra il CAP e l'ufficio AI	90
3.6 Rapporto	90
3.7 Provvedimenti al termine dell'accertamento (soprattutto disposizione di provvedimenti professionali)	91
Allegato I Istruzioni agli uffici AI riguardanti l'aiuto amministrativo alle assicurazioni estere per l'invalidità	93
Allegato II Convenzioni.....	97

Allegato III	Accertamento del grado di invalidità per ordine degli uffici PC	98
Allegato IV	Comunicazione del CAP sull'entrata/uscita dell'assicurato e rapporto finale	100
Allegato V	1
Allegato VI	Mandato per una perizia medica	7

Abbreviazioni

AD	Assicurazione contro la disoccupazione
AGI	Circolare concernente l'assegno per grandi invalidi dell'AVS e dell'AI in caso di grande invalidità dovuta a un infortunio
AI	Assicurazione invalidità
AIGM	Assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia
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
CAP	Centri di accertamento professionale
CC	Codice civile svizzero
CCA	Circolare sul contributo per l'assistenza
CCont	Circolare sul contenzioso in ambito AVS, AI, IPG e PC
CI	Conto individuale
CIBIL	Circolare sulla procedura per la determinazione delle prestazioni AVS/AI/PC (f/d)
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
COSCD	Circolare sull'obbligo del segreto e sulla comunicazione dei dati nell'AVS/AI/IPG/PC/AF/AFam
CPIP	Circolare sui provvedimenti professionali
CPPI	Circolare sul pagamento delle prestazioni individuali nell'AI e nell'AVS
cpv.	capoverso
C Regresso AI	Circolare sui compiti degli uffici AI nell'esercizio del regresso contro terzi responsabili
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
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)
OPGA	Ordinanza dell'11 settembre 2002 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (RS 830.11)

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)
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
URC	Ufficio regionale di collocamento

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.

1ª 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.

1009 [soppresso]
1/15

1010 [soppresso]
1/15

1.2 Legittimazione

1.2.1 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.

1.2.2 Autorità e terzi

1012 Le autorità e i terzi che, adempiendo un obbligo concreto di 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 LPGGA (DTF 135 V 106).
- 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 essere 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, v. 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.

1.2.3 Rappresentanza

- 1019 2/13 Le persone o gli enti legittimati a presentare una richiesta di prestazioni (v. N. 1011 segg.) possono liberamente farsi rappresentare o assistere da terzi (p. es. avvocato, servizio sociale, medico, scuola, servizio scolastico, centro d'integrazione). In questi casi l'ufficio AI deve esigere una procura scritta, una copia del mandato precauzionale o l'atto di nomina dell'autorità di protezione degli adulti per una curatela generale che autorizzi il richiedente ad inoltrare la domanda.

1.3 Luogo di presentazione

1.3.1 Ufficio AI

- 1020 1/16 In linea di massima la richiesta dev'essere presentata all'ufficio AI competente (v. 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 (<http://www.zas.admin.ch/org/00858/00866/00888/index.html?lang=it>).

1.3.2 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).

1.3.3 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.

1.4 Ritiro della richiesta e rinuncia a prestazioni

1024 La persona assicurata o il suo rappresentante può ritirare la
1/12 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 (v. sentenza del TF del 26 aprile 2011, 9C_576/2010, consid. 4.3.3).

1024. Il ritiro di una richiesta può essere trattato direttamente dagli
1 uffici AI. Vi si può dare seguito se non pregiudica gli interessi
1/17 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–I 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. Nei casi di regresso l'ufficio AI, prima di determinarsi, sotto-
2 pone le richieste di ritiro al servizio regressi competente
4/11 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 inoltrate all'UFAS unitamente
1/16 all'incarto, ad eccezione delle rinunce al contributo per l'assistenza (v. N. 1026 CCA) e ai mezzi ausiliari.
- 1028 L'accoglimento della revoca 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 richiesta di rinuncia a prestazioni deve essere accolta
1/12 o respinta 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
1/12 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 (v. N. 2033), rimane valida quest'ultima.
- 1033 [soppresso]
1/12

2.2 Conservazione del diritto alla rendita

- 1034 1/17 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 (v. 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. 2008 segg. CIGI), la richiesta è considerata *tardiva* e l'assicurato perde il diritto alla rendita per ogni mese di ritardo (v. N. 2027 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 1/12 [soppresso]
- 1037 Per ciò che riguarda l'assunzione delle spese per i provvedimenti d'accertamento, vedasi i N. 2118 segg.
- 1038 [soppresso]
- 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. 1 1/12 Gli assicurati hanno diritto al pagamento integrale di prestazioni arretrate, se ne fanno richiesta entro 12 mesi 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 o il suo rappresentante legale non poteva co-
2 noscere i fatti determinanti il suo diritto alle prestazioni, ma
1/15 dopo che ne è venuto a conoscenza la richiesta è presentata
entro 12 mesi, all'assicurato possono essere corrisposte an-
che le prestazioni arretrate risalenti a più di 12 mesi (art. 48
cpv. 2 LAI; DTF 139 V 289). A tale diritto a prestazioni arre-
trate non si oppone la circostanza che i terzi autorizzati a far-
lo valere in virtù degli articoli 66 OAI e 67 OAVS abbiano
eventualmente avuto conoscenza dei fatti danti diritto alla
prestazione già in data anteriore. Il diritto a prestazioni arre-
trate si estingue in ogni caso cinque anni dopo la fine del me-
se 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 richiesta di prestazioni, questa deve essere per principio firmata 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).
- 1044 [soppresso]

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. Raguagli 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 (v. 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 (v. 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 dell'AGI.

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 e il certificato di assicurazione AVS/AI. 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 1/17 La verifica interessa la nazionalità, lo statuto di soggiorno, la qualità d'assicurato, il domicilio, la dimora e la relativa durata nonché il periodo contributivo. Se la situazione di fatto presenta un nesso transfrontaliero, vanno osservate le DR, le DOA e la CIBIL.
2018. 1/17 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 o in Stati con cui la Svizzera ha concluso una convenzione di sicurezza sociale). L'istruttoria può proseguire solo se la cassa di compensazione dà una risposta positiva.

- 2019 1/17 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 (DTF 135 V 249). La stessa regola è applicabile ai rapporti tra le autorità di tutela e le persone sottoposte a tutela (sentenza del TF dell'11 maggio 2016, 9C_768/2015).
- 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 1/17 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 che hanno il domicilio e la dimora abituale in Svizzera vanno informate in modo opportuno sulle PC (p. es. allegando un promemoria).

1.4.4 Periodo contributivo minimo

2023. 1 Gli assicurati hanno diritto ad una rendita ordinaria d'invalidità, se all'insorgere dell'evento assicurato hanno pagato i

1/17 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/AELS o in Stati con cui la Svizzera ha concluso una convenzione di sicurezza sociale (v. la convenzione in questione).

Se il periodo contributivo compiuto nel nostro Paese è inferiore ad un anno, l'assicurato non ha per principio diritto ad una rendita ordinaria 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.

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/AELS o in Stati con cui la Svizzera ha concluso una
1/17 convenzione di sicurezza sociale, 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 even-

tualmente 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 (v. N. 2054 e 2027 segg.).
- 2025 Per delimitare gli obblighi dei diversi rami assicurativi si applicano le direttive relative alle singole prestazioni (v. 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.
2028. Per raggiungere questo obiettivo, occorre coinvolgere
1 adeguatamente il medico curante, al fine di garantire il neces-
1/15 sario scambio di informazioni, la migliore integrazione possi-
bile dell'assicurato e un trattamento medico adeguato.

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

- 1/17 poter procedere alla decisione. I documenti devono fornire soprattutto informazioni concernenti lo stato di salute dell'assicurato, il ricorso a trattamenti medici e terapie, le attività svolte al lavoro, nell'economia domestica e nel tempo libero, le limitazioni del livello di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili, gli sforzi per l'integrazione già compiuti (anche su iniziativa dell'assicurato stesso), la capacità lavorativa e l'idoneità all'integrazione dell'assicurato nonché sull'appropriatezza di determinati provvedimenti di integrazione e reintegrazione (art. 69 cpv. 2 OAI). Vanno inoltre raccolte informazioni sulla vita quotidiana dell'assicurato e sul suo ambiente, sulle sue difficoltà sul piano sociale, sulle risorse disponibili potenzialmente utilizzabili nonché sulla sua situazione finanziaria (DTF 141 V 281).
2032. L'ufficio AI aggiorna e valuta regolarmente i documenti
1 ottenuti; si procura informazioni in merito solo se mancano
1/17 e sono necessarie nel caso concreto (v. N. 2036 e 2062.1).
- 2033 Gli accertamenti devono estendersi a tutte le possibili
1/12 prestazioni, anche se queste non sono state richieste espressamente (sentenza del TF del 7 gennaio 2011, 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 corrispondenti concernenti le prestazioni in contanti e in natura.

2.1.2 Primo colloquio con l'assicurato

2034. Di regola, dopo la richiesta di prestazioni (integrazione
1 professionale o rendita) e parallelamente all'acquisizione di
1/17 documenti presso terzi si svolge un primo colloquio con
l'assicurato. Gli vengono poste domande concernenti la sua
situazione medica, finanziaria, personale, sociale e profes-
sionale (grado di occupazione esatto, percorso professionale,
situazione sul mercato del lavoro ecc.), le sue condizioni di
salute, le sue limitazioni e risorse, il trattamento e i medici cu-
ranti. L'ufficio AI esamina quali attori esterni (ad es. datore di
lavoro, URC, Suva, AIGM o aiuto sociale) sono coinvolti e
chiarisce se questi dispongono già di informazioni che po-
trebbero essere rilevanti per l'accertamento (ad es. rapporti
medici, rapporto sull'idoneità alla guida di veicoli a motore,
perizie, anamnesi dell'assicurato, descrizione del posto di la-
voro ecc.).
Oltre ad instaurare i contatti con l'assicurato, il primo collo-
quio serve tra l'altro a stabilire in modo mirato e specifico
quali documenti dovranno essere appositamente redatti da
terzi (ad es. rapporti medici).
2034. Il primo colloquio può svolgersi presso l'ufficio AI o altrove
2 (ad es. a casa dell'assicurato, presso il servizio sociale o dal
1/17 medico). Il SMR può essere invitato a parteciparvi.
2034. Se le informazioni essenziali sono già disponibili (ad es. se
3 sono già state chieste nell'ambito del colloquio di rilevamento
1/17 tempestivo) o la fattispecie è chiara (ad es. neoplasia mali-
gna con prognosi infausta), l'ufficio AI può rinunciare al primo
colloquio. L'ufficio AI può rinunciare al primo colloquio anche
quando questo provoca un dispendio sproporzionato.
2034. Il primo colloquio è messo a verbale.
4
1/17

2.1.3 Obbligo degli assicurati di ridurre il danno e di collaborare

- 2035
1/12 In merito all'obbligo degli assicurati di ridurre il danno e di 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.
1 Le sanzioni in caso di violazione dell'obbligo di ridurre il danno o dell'obbligo di collaborare sono stabilite dai N. 7011 segg. CIGI.

2.2 Compiti dell'ufficio AI

- 2036
1/17 L'ufficio AI procura le informazioni e i documenti necessari e rilevanti per poter procedere alla decisione, provvedendo affinché non vengano chieste nuovamente informazioni già note (v. N. 2032.1).
- 2037
1/17 L'ufficio AI esegue gli accertamenti, comprese eventuali indagini sul posto, in prima persona (RCC 1976 pag. 333, DTF 132 V 93). In caso eccezionale incarica terzi di svolgere questi compiti.
- 2038
1/17 Per valutare se sussistano le condizioni mediche per il diritto alle prestazioni, in particolare per le decisioni in materia di provvedimenti d'integrazione, l'ufficio AI può sottoporre la documentazione necessaria al SMR competente o invitarlo a partecipare al primo colloquio (N. 2034.1) e/o ai colloqui di valutazione (N. 2093 segg.). Esso è tenuto a sottoporre la documentazione al SMR nei casi di cui all'articolo 59 capoverso 2^{bis} LAI, nei quali il SMR stabilisce la capacità funzionale dell'assicurato determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA (sentenza del TF del 3 settembre 2015, 9C_858/2014, consid. 3.3.).
- 2039 [soppresso]
1/17

2040 [soppresso]
1/17

2041 [soppresso]
1/17

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 (v. N. 2058 segg.).
- 2044 Nei casi in cui una legge, un'ordinanza o una convenzione (v. N. 2056) prevedono l'obbligo di fornire indicazioni gratuitamente, bisogna menzionarlo.
- 2045 Le persone o gli organi tenuti a fornire informazioni (v. 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 (v. 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).
2048. Gli assicurati non possono invocare il diritto di non fornire
1 informazioni, essendo tenuti a fornire indicazioni veritiere
1/15 secondo gli articoli 28 e 43 LPGA. Inoltre, non sussiste alcun obbligo di segnalare loro che hanno la possibilità di ricorrere a un rappresentante legale (sentenza del TF del 3 settembre 2014, 9C_258/2014).
- 2049 Se gli assicurati non adempiono l'obbligo di collaborare, sono applicabili per analogia i N. 2035 seg.

– Datori di lavoro

- 2050 Se richiesto, i datori di lavoro attuali e precedenti degli assi-
1/17 curati devono fornire, gratuitamente e conformemente al vero, informazioni relative al tipo (descrizione del posto di lavoro) e alla durata dell'impiego e al salario (art. 28 cpv. 1 LPGA), per esempio utilizzando il «Questionario per i datori di lavoro». Nell'ambito dell'integrazione i contatti con i datori di lavoro devono avvenire in modo semplice e, in linea di massima, in forma orale.

– Medici

2050. I medici curanti dell'assicurato devono fornire informazioni
1 sullo stato di salute e sulle risorse disponibili di quest'ultimo
1/17 (art. 6a LAI in combinato disposto con l'art. 28 cpv. 3 LPGA). In linea di massima lo fanno conformemente ai N. 2062 segg.
2050. Nell'ottica del successo dell'integrazione è preferibile chie-
2 dere queste informazioni verbalmente. Per quanto possibile,

1/17 i provvedimenti d'integrazione e i trattamenti medici vanno coordinati tra loro.

2050. Se necessario, i medici curanti coinvolti vengono informati
3 degli sforzi per l'integrazione.

1/17

– 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 LPGGA). 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 LPGGA). 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 «Conferma dei dati personali».

– 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. (v. 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 1/17 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. 5018 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).

– Comunicazione all'autorità di protezione degli adulti e dei minori

2061. Gli uffici AI sono tenuti ad avvisare la competente autorità di protezione degli adulti e dei minori che una persona è bisognosa d'aiuto o un minore è esposto a pericoli o maltrattato (art. 443 cpv. 2 e 314 cpv. 1 CC). La comunicazione può contenere solo il nome della persona o del minore interessata/o e la segnalazione del bisogno d'aiuto o dell'esposizione a pericolo del bene del minore. Altri dati possono essere comunicati all'autorità di protezione degli adulti e dei minori solo su richiesta scritta e motivata (art. 50a cpv. 1 lett. e n. 6 LAVS in combinato disposto con l'art. 66 LAI).
- 1
1/15
2061. Sono considerate bisognose d'aiuto secondo l'articolo 443 capoverso 2 CC le persone che, in base a esternazioni o comportamenti, mostrano di essere a rischio di necessitare del sostegno, dell'aiuto o della protezione di terzi o dello Stato per quanto concerne la loro situazione personale o finanziaria.
- 2
2/13
2061. Gli uffici AI sono autorizzati a comunicare all'autorità di protezione degli adulti se una persona bisognosa d'aiuto rischia seriamente di esporre sé stessa a pericolo o di commettere un crimine o un delitto cagionando ad altri un grave danno fisico, morale o materiale (art. 453 CC).
- 3
2/13
2061. Sussiste esposizione a pericolo del bene di un minore quando l'integrità fisica, psichica o sessuale di quest'ultimo è minacciata. Tale esposizione può essere incombente o già intervenuta. Il bene del minore può risultare esposto a pericolo per i motivi menzionati all'articolo 311 capoverso 1 CC (p. es. per inesperienza, malattia, infermità, assenza o violenza dei genitori).
- 4
1/15
2061. Se sussistono dubbi sulla comunicazione da effettuare,

5 occorre prima contattare la competente autorità di protezione
1/15 degli adulti e dei minori senza menzionare il nome della persona o del minore interessata/o.

– Comunicazione al servizio cantonale della circolazione

2061. L'ufficio AI è autorizzato a comunicare al competente servizio
6 cantonale della circolazione se ha dubbi quanto alla capacità
2/15 fisica o psichica dell'assicurato di condurre in modo sicuro un veicolo a motore (art. 66c cpv. 1 LAI). La comunicazione può contenere solo il nome della persona interessata e la segnalazione del problema fisico o psichico in questione.

2061. Su richiesta del servizio cantonale della circolazione, i dati
7 necessari allo scopo in questione possono essere resi noti
2/13 dall'ufficio AI (art. 66c cpv. 3 LAI).

2061. L'ufficio AI informa l'assicurato dell'avvenuta comunicazione
8 al servizio cantonale della circolazione (art. 66c cpv. 2 LAI).
2/13

2.5 Accertamento medico

2.5.1 In generale

2062 Se la richiesta non è fin dal principio priva di possibilità di
1/17 successo (N. 2023), l'ufficio AI o il SMR si procura informazioni mediche, di regola dopo aver svolto un colloquio con l'assicurato (v. N. 2032 e 2034.1). Le informazioni possono essere ottenute svolgendo un colloquio con il medico curante o richiedendo documenti medici già disponibili (rapporti sulle consultazioni dei medici, rapporti su operazioni e dimissioni dalle strutture in questione, documenti dell'AMal, della Suva ecc.) o un rapporto medico. Le informazioni ottenute verbalmente devono essere messe agli atti (v. N. 2047).

Se viene richiesto un rapporto medico, l'ufficio AI deve descrivere al medico la situazione dell'assicurato (attività svolta, grado di occupazione, statuto, condizioni di salute ecc.) nonché l'obiettivo e lo scopo della richiesta d'informazioni (precisando la fase della procedura: prima richiesta di prestazioni,

revisione della rendita, integrazione). Di regola, affinché il medico possa valutare la capacità lavorativa dell'assicurato, l'ufficio AI mette a sua disposizione anche la descrizione del posto di lavoro, chiesta in precedenza al datore di lavoro o redatta congiuntamente con l'assicurato.

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 le informazioni mediche o il rapporto medico devo-
1/17 no essere chiesti al medico che ha curato per ultimo l'assicurato per l'infermità dichiarata.

2065 Se il trattamento non è ancora iniziato, le informazioni medi-
1/17 che devono essere chieste 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 i docu-
1/17 menti né il rapporto né una comunicazione del medico, incarica un altro ufficio medico o il SMR di effettuare gli accertamenti e lo comunica all'assicurato.

2068 [soppresso]
1/12

2.5.3 Informazioni e documenti medici

– In generale

- 2069 L'importanza dell'accertamento medico dipende anche dal
1/17 quadro clinico, dalla complessità del caso e del tipo di prestazione AI da esaminare. Nella misura del necessario i punti seguenti devono essere chiariti:
- danno alla salute (sintomatologia, gravità, fattori estranei all'assicurazione);
 - diagnosi;
 - limitazioni funzionali e conseguenze sulla capacità lavorativa (con riferimento al tasso d'occupazione e ai compiti dell'assicurato, ma anche alle eventuali possibilità di adeguamento del posto di lavoro);
 - risorse dell'assicurato;
 - eventuali possibilità d'integrazione o di svolgimento di un'attività adeguata;
 - breve anamnesi;
 - informazioni sulla vita quotidiana dell'assicurato;
 - descrizione del trattamento o del piano di trattamento (data d'inizio, terapia seguita fino a quel momento, prognosi, tipo di trattamento e frequenza, medicinali e dosaggi prescritti, compliance, efficacia, cambiamenti di terapia previsti o effettuati, obiettivi terapeutici);
 - certificati di incapacità lavorativa rilasciati.
- 2070 Se, per chiarire questi punti, l'ufficio AI chiede esplicitamente
1/17 al medico curante di redigere un rapporto medico, si procura unicamente le informazioni necessarie nel caso concreto. Se certi documenti e informazioni sono già disponibili, pone domande specifiche relative al caso, precisa lo scopo della richiesta e provvede affinché non vengano chieste informazioni già note (v. N. 2036).
- 2071 L'ufficio AI o il SMR decidono se dispongono di tutti i docu-
1/17 menti medici necessari per la valutazione del caso o se hanno bisogno di ulteriori informazioni e documenti. Decidono anche se procurarsi queste informazioni da un altro medico o se incaricare quest'ultimo di eseguire esami.

- 2072 Le spese delle informazioni fornite da medici che non hanno un incarico dell'AI sono rimborsate soltanto se erano indispensabili all'erogazione delle prestazioni o erano parte integrante di provvedimenti d'integrazione concessi in seguito (art. 78 cpv. 3 OAI).
- 2073 Con il tariffario medico TARMED possono essere fatturate all'AI solo le prestazioni che il medico ha fornito nel suo studio oppure nel luogo di domicilio o di soggiorno dell'assicurato (ad es. rapporti medici, colloqui telefonici con l'ufficio AI). Se però il medico si reca in un ufficio AI o sul luogo di lavoro o di formazione dell'assicurato, ad esempio per un colloquio, questa prestazione non figura in TARMED. I colloqui ordinati dall'ufficio AI e altre prestazioni fornite dal medico nell'ambito dell'accertamento che non sono conteggiabili secondo TARMED possono essere fatturati all'ufficio AI al prezzo di 50 franchi per ogni quarto d'ora (compreso il tempo necessario per lo spostamento).

2.5.4 Risultato dell'accertamento medico

2073. Dopo aver raccolto tutte le informazioni e i documenti necessari conformemente ai N. 2032 e 2069, l'ufficio AI, in vista dell'emanazione di una decisione in materia di prestazioni, deve poter valutare gli aspetti medici seguenti:
- valutazione dello stato di salute;
 - descrizione dell'evoluzione dello stato di salute nel corso del tempo mediante un esame medico accurato e tenendo conto dei disturbi soggettivi;
 - rilevazione dei referti medici;
 - formulazione della diagnosi;
 - parere ampiamente motivato del medico sull'incapacità lavorativa dell'assicurato.
2073. Se necessario, a completamento dei documenti medici, per determinare la capacità economicamente utilizzabile vanno coinvolti gli specialisti dell'integrazione professionale e dell'orientamento professionale (DTF 140 V 193 consid. 3.2).

2073. Se, dopo aver preso atto delle informazioni e dei documenti
3 medici disponibili, il SMR ritiene necessaria una perizia
1/17 medica,
– esegue direttamente un esame medico (art. 49 cpv. 2 OAI)
o
– raccomanda all'ufficio AI di ordinare l'esecuzione di una
perizia mono-, bi- o pluridisciplinare, indicando le discipline
mediche richieste (N. 2074 segg.).

2073. I risultati dell'esame medico ed eventuali raccomandazioni
4 per l'ulteriore esame della richiesta di prestazioni dal punto
1/17 di vista medico devono figurare in modo ben strutturato,
comprensibile e motivato nell'incarto dell'assicurato.

2.6 Perizie mediche

2.6.1 In generale

2074 Se l'ufficio AI ordina una perizia mono-, bi- o pluridisciplinare,
1/17 deve utilizzare il «Mandato per una perizia medica» (v. Alle-
gato VI). Se in un caso specifico lo ritengono necessario, il
SMR o l'ufficio AI possono porre domande supplementari.

2074. Una perizia medica deve fornire le indicazioni mediche
1 necessarie alla valutazione del diritto a prestazioni, in partico-
3/12 lare indicazioni sui danni alla salute e sulle loro ripercussioni
sulla capacità lavorativa nelle attività professionali svolte fino
ad allora o in altre adeguate, nonché sulla possibilità e
sull'esigibilità di provvedimenti d'integrazione dal punto di vi-
sta medico.

2074. A tal fine, l'ufficio AI deve subito mettere a disposizione
2 del/i perito/i tutti gli atti (non solo quelli medici), classificati in
1/16 ordine cronologico, e un riassunto del caso. Gli atti vanno in-
viati per raccomandata, a meno che non siano stati trasmessi
su CD-ROM protetto e la parola chiave per accedere ai dati
non sia stata inviata separatamente.

2074. Per quanto concerne il diritto alla protezione dei dati,
3 l'organo incaricato di eseguire la perizia ha le stesse possibi-

- 3/12 lità 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.
2074. L'assicurato non ha il diritto di essere assistito da un
4 avvocato o da un altro patrocinatore né di coinvolgere terzi
2/13 durante la perizia medica (DTF 132 V 443 consid. 3). Il coinvolgimento a titolo eccezionale di terzi può essere autorizzato a discrezione del perito (sentenza del TF del 26 giugno 2007, I 42/06, e DTF 132 V 443 consid. 3).
2074. Il ricorso a un interprete è regolamentato dai N. 2121.1 segg.
5
3/12
2074. I principi di procedura esposti segnatamente nella DTF 137 V
6 210 non si applicano alle perizie richieste da un altro assicuratore. Questo vale anche per il diritto dell'assicurato di esprimersi previamente sul mandato per la perizia medica e sull'elenco delle domande (sentenza del TF del 30 aprile 2015, 8C_15/2015).

2.6.2 Procedura per l'attribuzione di mandati di perizie pluridisciplinari

- 2075 Una perizia pluridisciplinare interessa tre o più discipline
1/14 mediche. Se appare opportuna una perizia pluridisciplinare, occorre in ogni caso includere la medicina generale/interna.
- 2076 Se è necessaria una perizia pluridisciplinare, l'ufficio AI
1/16 comunica all'assicurato il tipo di perizia e le discipline mediche previste. Vanno acclusi il «Mandato per una perizia medica» (v. Allegato VI) e le eventuali domande, segnalando la possibilità di far pervenire all'ufficio AI domande supplementari in forma scritta.
2076. All'assicurato è accordato un termine di dieci giorni per
1 inoltrare domande supplementari. Questo termine può essere
1/17 prorogato previa richiesta scritta motivata.

2076. Se l'assicurato pone domande supplementari, l'ufficio AI
2 le verifica sia qualitativamente che quantitativamente, nel
1/17 quadro del suo margine discrezionale. Le domande dovrebbero favorire l'esecuzione di una perizia che adempia i requisiti giuridici (DTF 137 V 210 consid. 3.4.1). Se non accetta tutte le domande supplementari poste dall'assicurato, l'ufficio AI deve emanare una decisione incidentale (DTF 141 V 330).
- 2077 Il mandato è registrato su SuisseMED@P (sentenza del TF
1/17 del 10 dicembre 2013, 8C_771/2013). La procedura di attribuzione dei mandati per perizie pluridisciplinari mediante SuisseMED@P è regolamentata nel manuale nell'Allegato V. L'e-mail di conferma dell'avvenuta attribuzione del mandato da parte di SuisseMED@P deve essere registrata nell'incarto dell'assicurato.
- 2078 Le perizie di controllo possono essere commissionate allo
1/14 stesso centro peritale che ha eseguito la prima perizia pluridisciplinare, a condizione che questa sia stata attribuita tramite la piattaforma SuisseMED@P.
- 2079 L'ufficio AI trasmette l'incarto completo, aggiornato e con
1/17 una classificazione in ordine cronologico, al centro peritale al più tardi il giorno seguente l'attribuzione del mandato. L'incarto viene trasmesso in formato cartaceo, salvo nel caso in cui il centro peritale incaricato abbia richiesto gli atti in formato elettronico. Gli atti devono essere muniti dell'indicazione del numero di mandato SuisseMED@P.
- 2080 Il centro peritale cui spetta la responsabilità ultima per la
1/17 qualità tecnica e la completezza valuta, ai fini di un accertamento economico, se sia necessario adeguare l'elenco delle discipline mediche. Le discipline previste dal centro peritale non possono essere contestate né dall'ufficio AI né dall'assicurato (DTF 139 V 349 consid. 3.3), che devono accettare la decisione presa dal centro peritale dopo l'attenta valutazione richiesta. Il messaggio di posta elettronica inviato all'ufficio AI per comunicare il nome dei periti con i relativi titoli di specializzazione dev'essere registrato nell'incarto dell'assicurato.

- 2081 1/16 Dopo l'attribuzione da parte di SuisseMED@P, l'ufficio AI comunica all'assicurato il centro peritale e i nomi delle persone incaricate della perizia con i relativi titoli di specializzazione. Se il centro peritale ha modificato l'elenco delle discipline conformemente al N. 2080, l'ufficio AI ne informa l'assicurato. L'ufficio AI avverte inoltre l'assicurato che sarà il centro peritale a comunicargli il luogo e la data della perizia. A tal fine, l'ufficio AI utilizza l'apposito testo del catalogo dei testi e invia una copia della lettera al centro peritale.
2081. 1 1/17 L'ufficio AI accorda all'assicurato, indicando una data precisa, un termine di 12 giorni dall'invio della comunicazione per formulare obiezioni. Questo termine può essere prorogato di dieci giorni al massimo solo previa richiesta scritta e motivata (v. DTF 139 V 349 consid. 5.2.3). Non è prevista una procedura di conciliazione (sentenze del TF del 10 dicembre 2013, 8C_771/2013, e del 28 ottobre 2014, 9C_708/2013).
2081. 2 1/14 L'assicurato può far valere le obiezioni formali e materiali seguenti:
- 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.
- L'ufficio AI deve valutare le obiezioni.
2081. 3 1/17 Se è ammessa una ricusazione nei confronti del/dei perito/i, l'ufficio AI contatta il centro peritale e designa il/i nuovo/i perito/i. L'ufficio AI ne informa l'assicurato mediante comunicazione e, indicando una data precisa, gli accorda un termine di 12 giorni dall'invio della comunicazione per formulare obiezioni. Questo termine può essere prorogato di dieci giorni al massimo solo previa richiesta scritta motivata. Se l'assicurato formula nuovamente obiezioni contro una o più persone incaricate della perizia, l'ufficio AI emana una decisione incidentale in cui stabilisce le discipline previste e il/i nome/i del/i nuovo/i perito/i e fornisce la motivazione per la quale non si è tenuto conto delle obiezioni.

2081. Se il centro peritale non può sostituire la persona incaricata
4 della perizia, il mandato è nuovamente registrato sulla piatta-
1/14 forma SuisseMED@P.
2081. Se le obiezioni dell'assicurato non sono accolte o lo sono
5 solo parzialmente, l'ufficio AI emana una decisione incidenta-
1/14 le in cui stabilisce le discipline previste e il/i nome/i del/i nuo-
vo/i perito/i e fornisce la motivazione per la quale non si è te-
nuto conto delle obiezioni.
2081. Se l'assicurato inoltra richieste di proroga del termine, richie-
6 ste relative alla procedura o al diritto probatorio oppure
1/17 domande supplementari e complementari che si possono
perlopiù considerare come volte a prolungare la procedura, e
quindi a ricevere la rendita il più a lungo possibile, l'ufficio AI
può prevedere la sospensione della rendita (sentenza del TF
del 27 maggio 2016, 9C_294/2016, consid. 2, e sentenza del
TF del 4 maggio 2015, 8C_690/2014, consid. 9.2).
2081. Se invece la decisione incidentale non è confermata o lo è
7 solo parzialmente, a seconda delle circostanze la procedura
1/14 deve essere eseguita nuovamente dal N. 2081.3.
2081. Se l'assicurato interpone ricorso contro la decisione inciden-
8 tale, in linea di massima il mandato per la perizia è sospeso
1/17 fintantoché la decisione in merito al ricorso non è passata in
giudicato. In tal caso occorre interrompere il calcolo del tem-
po nei confronti del centro peritale.
2081. Se l'assicurato non interpone ricorso o la decisione
9 incidentale è confermata e passa in giudicato, la perizia viene
1/14 eseguita. Il termine per eseguire la perizia ricomincia a decor-
rere dall'entrata in vigore della decisione incidentale o della
sentenza (v. Allegato V, numero 9).
2081. In caso di modifiche nello svolgimento che non dipendono
10 dal centro peritale (motivi di rifiuto o di ricusazione, rinvio di
1/15 un appuntamento per malattia o infortunio dell'assicurato o
del perito, necessità di accertamenti, coinvolgimento di un ul-
teriore perito ecc.), l'ufficio AI deve immediatamente inter-

rompere il calcolo del tempo nei confronti del centro peritale, non appena quest'ultimo lo informa in proposito.

- 2082 Sono fatte salve le regolamentazioni speciali per i mandati
1/14 dell'ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero
(v. Allegato V).

2.6.3 Procedura per l'attribuzione di mandati di perizie mono- o bidisciplinari

- 2083 Se è necessaria una perizia mono- o bidisciplinare, l'ufficio AI
1/14 invia all'assicurato una comunicazione in cui stabilisce il tipo di perizia (mono- o bidisciplinare) e il/i nome/i della/e persona/e incaricata/e della perizia, con i relativi titoli di medici specialisti.
2083. Con la comunicazione, occorre inviare all'assicurato anche il
1 «Mandato per una perizia medica» (v. Allegato VI) e le
1/16 eventuali domande, segnalando la possibilità di far pervenire all'ufficio AI domande supplementari in forma scritta.
2083. L'ufficio AI accorda all'assicurato, indicando una data precisa,
2 un termine di 12 giorni dall'invio della comunicazione per formulare obiezioni nonché per inoltrare domande supplementari. Questo termine può essere prorogato di dieci giorni al
1/17 massimo solo previa richiesta scritta e motivata (v. DTF 139 V 349 consid. 5.2.3).
2083. L'assicurato può far valere le obiezioni formali o materiali
3 seguenti:
1/14 – 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 una nuova perizia.

2083. Se non vengono presentate obiezioni, il mandato è assegnato al/i perito/i.
4
1/14
2083. Se l'assicurato pone domande supplementari, l'ufficio AI le verifica sia qualitativamente che quantitativamente, nel quadro del suo margine discrezionale. Le domande dovrebbero favorire l'esecuzione di una perizia che adempia i requisiti giuridici (DTF 137 V 210 consid. 3.4.1). Se non accetta tutte le domande supplementari poste dall'assicurato, l'ufficio AI deve emanare una decisione incidentale (DTF 141 V 330).
5
1/16
2084. Se è stata formulata un'obiezione ammessa, di natura formale (richiesta di rifiuto formale legata al caso) o materiale (legata al contenuto), occorre cercare un accordo (sentenza del 6 settembre 2013, 9C_560/2013, consid. 2.3).
1/14
2084. Un accordo presuppone lo svolgimento di un confronto (orale o scritto) tra l'ufficio AI e l'assicurato. Il confronto va registrato negli atti.
1
1/14
2084. Se non si giunge a un accordo, l'ufficio AI emana una decisione incidentale in cui stabilisce il tipo di perizia, le discipline previste e il/i nome/i del/i nuovo/i perito/i e fornisce la motivazione per la quale non si è tenuto conto delle obiezioni.
2
1/14
2084. Se l'assicurato chiede una perizia pluridisciplinare, ma l'ufficio AI ne ritiene opportuna una mono- o bidisciplinare, l'ufficio AI espone i motivi medici per la sua scelta in una decisione incidentale (DTF 139 V consid. 3.2).
3
1/14
2084. Se si giunge a un accordo, non occorre emanare alcuna decisione incidentale (DTF 137 V 210 consid. 3.1.3.3).
4
1/14
2084. Se l'assicurato inoltra richieste di proroga del termine, richieste relative alla procedura o al diritto probatorio oppure domande supplementari e complementari che si possono perlopiù considerare come volte a prolungare la procedura, e quindi a ricevere la rendita il più a lungo possibile, l'ufficio AI può prevedere la sospensione della rendita (sentenza del TF
5
1/17

del 27 maggio 2016, 9C_294/2016, consid. 2, e sentenza del TF del 4 maggio 2015, 8C_690/2014, consid. 9.2).

2084. Se non vengono presentate obiezioni, il mandato è assegnato al/i perito/i.
6
1/17
2084. Se l'assicurato interpone ricorso contro la decisione incidentale, in linea di massima il mandato per la perizia non è assegnato fintantoché la decisione in merito al ricorso non è passata in giudicato.
7
1/17
2084. Se l'assicurato non interpone ricorso o la decisione incidentale è confermata e passa in giudicato, il mandato è assegnato al/i perito/i.
8
1/14

2.6.4 Violazione dell'obbligo di collaborare

- 2085 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.
3/12

2.6.5 Procedura dopo il ricevimento della perizia

- 2086 [soppresso]
1/16
- 2087 Entro 20 giorni dal ricevimento della perizia, l'ufficio AI verifica accuratamente 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.
1/15
2087. Se l'ufficio AI pone al/i perito/i domande esplicative o complementari, deve informarne l'assicurato e inviargli una copia della perizia (DTF 137 V 201 consid. 3.4.1.5).
1
1/14

2087. Anche l'assicurato ha la possibilità di porre domande
2 esplicative o complementari, entro dieci giorni. Questo
3/12 termine può essere prorogato previa richiesta scritta motiva-
ta.
2087. Se l'assicurato pone domande esplicative o complementari,
3 l'ufficio AI deve trasmetterle al/i perito/i, senza modifiche,
3/12 contrassegnandole esplicitamente quali domande
dell'assicurato.
- 2088 L'ufficio AI deve emanare in tempi rapidi una decisione nel
8/12 merito. Una copia della decisione va inviata ai periti (art. 76
cpv. 1 lett. g OAI).
- 2089 Per migliorare la qualità occorre inviare rapidamente ai periti
1/17 e ai centri peritali una copia delle decisioni giudiziarie nelle
quali la loro perizia è stata utilizzata come mezzo di prova
(art. 9a OPGA).

2.7 Provvedimenti di reinserimento, di integrazione e di reintegrazione professionale

2.7.1 In generale

- 2090 L'ufficio AI verifica l'esistenza delle condizioni di diritto ai
1/15 provvedimenti di reinserimento, di integrazione e di reintegra-
zione professionale (art. 57 cpv. 1 LAI). In questo contesto,
occorre coinvolgere adeguatamente il medico curante, al fine
di garantire il necessario scambio di informazioni, la migliore
esecuzione possibile di eventuali provvedimenti e un tratta-
mento medico adeguato.
- 2091 Nel caso dei provvedimenti di reinserimento è necessario ve-
rificare se l'assicurato sia idoneo dal punto di vista medico a
beneficiare di provvedimenti professionali o se, senza i prov-
vedimenti, 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'assi-

curato 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 [soppresso]
1/12

2.7.2 Valutazione

2093 L'accertamento comprende, oltre al primo colloquio (v. N.
1/17 2034.1), un colloquio di valutazione con l'assicurato (art. 70 OAI) ed eventuali consulenze, test e tentativi di integrazione presso datori di lavoro e centri di integrazione (v. la CPIP).

2094 Nell'ambito della valutazione si tratta di fare il punto della
1/17 situazione medica, professionale e personale dell'assicurato. Soprattutto per la valutazione della situazione medica, occorre coinvolgere adeguatamente il medico curante, al fine di garantire il necessario scambio di informazioni, la migliore integrazione possibile dell'assicurato e un trattamento medico adeguato. Occorre coinvolgere anche il datore di lavoro, se ne è uno.

2094. Se nel quadro della valutazione si constata l'idoneità dell'as-
1 sicurato all'integrazione, si devono prendere accordi chiari sui
1/12 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 [soppresso]

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 [soppressi]

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 contadini – 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 prestati ad ammortamento diretto
Contributo per l'assistenza dell'AI	<ul style="list-style-type: none"> – minorenni grandi invalidi – maggiorenni grandi invalidi

- 2115 1/12 Tutti gli accertamenti devono basarsi su rapporti medici/del 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 assicurazioni 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 lavoratori 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.

2115. 1 1/16 Durante un accertamento sul posto, l'assicurato non ha diritto all'assistenza di un rappresentante legale (sentenza del TF del 29 settembre 2014, 8C_504/2014).

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 per provvedimenti d'accertamento eseguiti senza
1/16 essere stati ordinati dall'ufficio AI sono a carico dell'AI soltanto nella misura in cui tali provvedimenti erano indispensabili per poter assegnare le prestazioni o per valutare il caso (p. es. esami speciali quali elettroencefalogramma, esame del sangue e simili; sentenza del TF del 21 luglio 2015, 9C_764/2014) o erano parte integrante di provvedimenti d'integrazione concessi in seguito (p. es. visite mediche di controllo quali parte di un provvedimento sanitario d'integrazione) (art. 78 cpv. 3 OAI; sentenza del TF del 24 febbraio 2014, 9C_921/2013; 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 in-

vece rivelarsi indispensabile 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
1/15 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 (v. sentenza del TF del 26 maggio 2014, 9C_738/2013).

2121. Per tutte le altre perizie mediche (p. es. perizie reumatologiche, 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 professionista.

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 1/17 Se gli accertamenti necessari sono stati eseguiti dai servizi specializzati 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} e 74^{quater} OAI).
- 3002 Per quanto riguarda la firma di decisioni e comunicazioni si applica per analogia la CCont (1^a 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 1/17 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 centro peritale XY 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. [soppresso]
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 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 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 (v. 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 colloquio 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 estrat-
ti dei conti individuali richiesti) e tutti i dati rilevanti per il cal-
colo 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 basi 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 (3^a 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 (v., p. es., per le rendite/l'assegno per grandi invalidi N. 5008 segg./N. 8113 CI-GI), 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 [soppressi]

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 – [soppresso]
2/13

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, dell'AD o
1/15 dell'assicurazione sociale malattie² secondo le relative circolari, se la decisione incide sul loro obbligo di versare prestazioni o è stata istruita la procedura ufficiale di notifica.

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 (1^a 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 (2^a 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 (v. 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 [soppresso]
3/13
- 3054 – all’organo competente dell’AINF³, all’organo competente dell’AD, dell’AMa⁴ o dell’AM qualora risulti dagli atti che l’AINF, l’AM o l’AD fornisce prestazioni agli assicurati o che è stata istruita la procedura ufficiale di notifica;
1/15
- 3055 – agli altri destinatari indicati all’articolo 76 capoverso 1 OAI.
2/13
- 3056 Per il resto bisogna tener conto delle DR.

8. Decisioni concernenti le indennità giornaliere

- 3057 Le decisioni concernenti le indennità giornaliere devono essere notificate:
- all’ufficio AI o alla cassa di compensazione competente (a seconda della competenza per l’invio della decisione);
- 3058 – all’AM se è stata istruita la procedura ufficiale di notifica;

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

⁴ Per assicurazione sociale malattie si intendono l’assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l’assicurazione facoltativa d’indennità giornaliera secondo la LAMaI.

- 3059 – all’organo competente dell’AINF⁵, qualora risulti dagli atti che fornisce prestazioni agli assicurati o che è stata istruita la procedura ufficiale di notifica;
- 3060 – all’organo competente dell’AINF⁶ 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;
1/17
- 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 indennità giornaliere, alle rendite e agli assegni per maggiorrenni grandi invalidi in corso (art. 41 cpv. 1 lett. c OAI).

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

⁶ S’intendono unicamente l’assicurazione obbligatoria e quella facoltativa contro gli infortuni secondo la LAINF.

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 V. 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, v. 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; v. 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 (v. 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; v. la CIBIL).
- 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 (v. 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. [soppresso]

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. [soppresso]
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 (v. 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 [soppresso]

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 [soppressi]

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 (v. 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 (soprat- tutto disposizione di provvedimenti professionali)

– In generale

- 5040 Per favorire un'integrazione professionale possibilmente
3/12 rapida, l'ufficio AI deve garantire il passaggio diretto dalla fa-
se 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 provvedi-
menti di integrazione professionale veri e propri, d'accordo
con gli assicurati e dopo aver informato l'ufficio AI può ordina-
re tali provvedimenti al di fuori del CAP per 90 giorni al mas-
simo. Una richiesta debitamente motivata va inoltrata per
iscritto e senza indugio all'ufficio AI perché prenda una deci-
sione. Se l'ufficio AI non si dichiara d'accordo con il provve-
dimento, ordina di interromperlo il prima possibile assumen-
dosi 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
- VI Mandato per una perizia medica

Allegato I

**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, a^{bis}, a^{ter}, 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

(Stato al 15 novembre 2015)

I. Introduzione

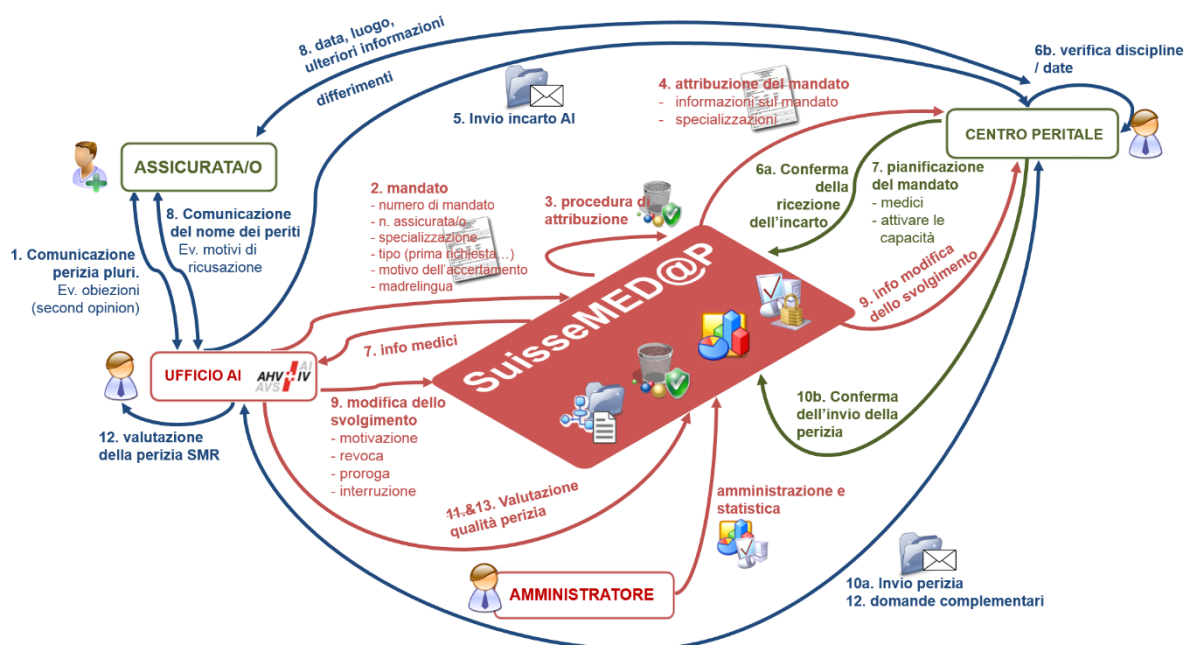
SuisseMED@P è una piattaforma in rete che attribuisce i mandati per le perizie mediche pluridisciplinari¹ secondo il metodo aleatorio.

Dal 1° marzo 2012 gli uffici AI sono tenuti a attribuire tutte le perizie mediche pluridisciplinari attraverso SuisseMED@P (art. 72^{bis} OAI). A partire dalla stessa data, i centri peritali possono accettare mandati degli uffici AI solo attraverso SuisseMED@P.

II. Procedimento

Le frecce rosse e verdi descrivono le attività elettroniche che si svolgono all'interno di 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.



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

L'ufficio AI comunica alla persona assicurata che ritiene necessaria una perizia pluridisciplinare. La informa delle discipline oggetto della perizia e delle domande che saranno sottoposte agli esperti². L'assicurato può inoltrare domande supplementari all'ufficio AI entro 10 giorni.

- Numero 2 (SuisseMED@P)

Non appena l'ufficio AI e la persona assicurata sono giunti ad un accordo sulla perizia pluridisciplinare, 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.

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.

² Il catalogo dei testi AI prevede un modello di comunicazione.

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 procedura³ desiderata).

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

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

Conformemente alla cifra marginale 2074.2 CPAI l'ufficio AI invia per posta l'incarto preparato e completo dell'assicurato al centro peritale sorteggiato. L'incarto deve contenere il numero di mandato⁴.

- Numero 6a (SuisseMED@P)

Il centro peritale registra in SuisseMED@P la data di ricezione dell'incarto. Il calcolo del tempo impiegato per il trattamento dei singoli mandati inizia in questo momento.

- Numero 6b (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 mandato⁵, pianifica la perizia. Spetta al centro peritale la decisione finale di quali discipline debbano essere incluse nella perizia nel singolo caso.

- Numero 7 (SuisseMED@P)

³ 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.

⁴ Cfr. in proposito le spiegazioni al numero 2, ultimo paragrafo.

⁵ Un mandato attribuito (numero 4) può essere considerato «non eseguibile» 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. Un mandato attribuito può inoltre essere considerato «non eseguibile» se vi sono motivi di ricusazione (v. sentenza del Tribunale delle assicurazioni sociali del Cantone di Zurigo del 16 marzo 2016 in re P.A.).

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 spiegano in un campo di testo libero (COMMENTO) per quale motivo ritengono necessario includere nella perizia una o diverse discipline supplementari o modificare le discipline proposte dall'ufficio AI.

Sotto SVOLGIMENTO DEL MANDATO il centro peritale indica i nomi dei suoi periti per ciascuna disciplina. 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 esami⁶. Dopo ogni sorteggio, il centro peritale indica le capacità di cui ancora dispone per ciascuna disciplina (MONITOR CAPACITÀ)⁷.

Se il centro peritale incaricato non può eseguire il mandato (cfr. in proposito la nota 5), seleziona l'opzione INATTUABILE. In questo caso, viene inviata un'apposita e-mail all'ufficio AI. Se quest'ultimo accetta la valutazione del centro peritale dell'impossibilità di eseguire il mandato, ha due possibilità: annullare il mandato (ANNULLA IL MANDATO)⁸, 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). SuisseMED@P tiene traccia di tutti i movimenti sotto SITUAZIONE DEL MANDATO.

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

L'ufficio AI comunica all'assicurato (con copia al centro peritale) a quale centro è stata commissionata la perizia, i nomi e i titoli di specialista dei periti, informandolo anche del suo diritto di presentare, entro 10 giorni, eventuali motivi di rifiuto o di ricusazione nei confronti dei periti designati⁹. A meno di modifiche nello svolgimento (cfr. in proposito il numero 9), da questo momento l'ufficio AI attende

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ Perché la perizia non è più necessaria per un qualsiasi motivo.

⁹ 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.

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 ricusazione¹⁰. 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, per telefono o per e-mail, gli eventi che comportano una modifica ritenuta inaccettabile¹¹, 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 10a (al di fuori di SuisseMED@P)

Il centro peritale invia la perizia all'ufficio AI per posta raccomandata.

- Numero 10b (SuisseMED@P)

Il centro peritale conferma l'invio della perizia in SuisseMED@P (CONFERMARE L'INVIO). In questo momento termina il calcolo del tempo impiegato per il trattamento del mandato. Per l'ufficio AI il mandato non figura più in SuisseMED@P sotto IN CORSO, bensì sotto CONCLUSI¹².

- Numero 11 (SuisseMED@P)¹³

Abrogato

- 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

¹⁰ 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 (*Annullare 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 dalla Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPAI). Sotto *Modificare* interrompe il calcolo del tempo.

¹¹ A seconda dei casi, il differimento di una perizia di pochi giorni può essere influente.

¹² Alla conferma dell'invio della perizia, per i centri peritali lo stato del mandato cambia da *In corso* a *Concluso*.

¹³ Abrogato in seguito alla modifica del 15.11.2015 (prima gli uffici AI dovevano confermare la ricezione della perizia in SuisseMED@P)

chiari mediante ulteriori domande e si pronuncia internamente sulla qualità della perizia.

- Numero 13 (SuisseMED@P)

L'ufficio AI risponde in SuisseMED@P (VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ) alle domande sulla qualità della perizia¹⁴.

- 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 (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.

¹⁴ Le domande servono a stabilire se la perizia abbia o meno valore probatorio ai sensi della giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 141 V 281, 125 V 352).

Allegato VI

Assicurazione federale per l'invalidità AI Mandato per una perizia medica

In via di principio, la struttura delle perizie mediche deve essere ispirata alle relative linee guida qualitative delle diverse discipline mediche. Per le specializzazioni che non dispongono di linee guida riconosciute a livello nazionale valgono per analogia i criteri fissati per le perizie psichiatriche¹⁵.

Con la sentenza [9C_492/2014](#) del 3 giugno 2015, il Tribunale federale ha stabilito gli indicatori standard di cui occorre tenere conto nella stesura delle perizie.

I. Danno alla salute

1. Forma e gravità dei riscontri oggettivi
2. Costatazioni relative alle manifestazioni concrete del danno alla salute
3. Distinzione tra le limitazioni funzionali dovute al danno alla salute in questione e le conseguenze (dirette) di fattori non assicurati (motivi estranei all'invalidità quali ad es. disoccupazione, difficoltà economiche, competenze linguistiche carenti, età, basso livello di istruzione o fattori socioculturali)
4. Presa in considerazione di motivi di esclusione quali l'esagerazione dei sintomi e fenomeni simili nonché della loro entità
5. Nel caso delle tossicomanie, occorre valutare se la sindrome da dipendenza è riconducibile a un disturbo pregresso con un elevato valore patologico
6. La sindrome da dipendenza ha causato un disturbo alla salute irreversibile?
7. Valutazione approfondita del profilo attuale e dell'evoluzione nel tempo della personalità dell'assicurato
8. Indicazioni dettagliate in merito ai disturbi e alle risorse personali esistenti

II. Contesto sociale

1. Anamnesi conforme alle linee guida da parte di tutti i periti coinvolti
2. Descrizione dettagliata della vita quotidiana e del contesto sociale dell'assicurato
3. Valutazione dei documenti di natura non medica (ad es. esercitazioni al lavoro, accertamenti effettuati nell'economia domestica)
4. Indicazioni particolareggiate sui problemi sociali che provocano direttamente conseguenze funzionali negative, come ad es. disoccupazione o altre situazioni difficili
5. Elenco dettagliato delle risorse personali esistenti o che possono essere mobilitate (ad es. sostegno da parte della rete sociale esistente, capacità comunicative, motivazione, aderenza alla terapia ecc.)

III. Diagnosi

1. Diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa

¹⁵ Linee guida per la qualità delle perizie psichiatriche nell'assicurazione federale per l'invalidità della Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia del febbraio 2012: http://www.ai-pro-medico.ch/fileadmin/inhalte/pdf/Qualit_tsleitlinien_f_r_psychiatrische_Gutachten_def_IT.pdf

2. Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa
3. Interazione tra le diagnosi:
Esame approfondito e motivato delle interazioni tra le diverse diagnosi sotto il profilo delle conseguenze funzionali. Di questo aspetto occorre tenere conto in sede di valutazione consensuale

IV. Cura e reinserimento

1. La terapia adottata finora è stata applicata a regola d'arte (tipologia ed entità delle terapie, intensità o dosaggi necessari)?
2. Indicazioni esaustive sullo spirito di collaborazione dimostrato dall'assicurato durante le terapie seguite finora
3. Asserzioni motivate sulle opzioni terapeutiche rimanenti, indipendentemente dal grado di motivazione
4. Affermazioni dettagliate sullo spirito di cooperazione dimostrato dall'assicurato durante i tentativi (autonomi) di reinserimento non andati a buon fine
5. I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti al quadro clinico stesso?
6. In che misura?
7. Affermazioni motivate sull'esigibilità delle misure di reinserimento

V. Coerenza

1. Valutazione approfondita e critica delle discrepanze tra i sintomi descritti e il comportamento mostrato durante la visita, anche alla luce delle osservazioni dei periti delle diverse specialità mediche, e della coerenza della documentazione disponibile e delle attività quotidiane
2. Esame particolareggiato e critico delle ripercussioni dell'incapacità al lavoro fatta valere su tutti gli ambiti di vita paragonabili (professione/attività remunerata, economia domestica, tempo libero, attività sociali)
3. Paragone dettagliato con il livello di attività precedente al danno alla salute
4. Valutare in maniera esaustiva e critica se l'assicurato ricorre a opzioni terapeutiche o le trascura
5. Valutazione se l'incapacità di aderire alla terapia sia dovuta a una malattia

VI. Capacità lavorativa

1. Capacità lavorativa nell'attività svolta finora (inclusa la sua evoluzione nel tempo)
2. Capacità lavorativa in un'attività adeguata