



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 2022

Stato: 1° luglio 2022

318.507.03 i

07.22

Premessa

Con effetto dal 1°luglio 2022 i numeri marginali seguenti sono stati modificati, completati o introdotti:

N.	Motivazione
1047, 3012, 3076, 3117, 4005, 5003, 5044, 7009, 7013, 7019	Correzione dei rinvii
3077, 3078, 3096, 3097, 3100, 3117, 3128, 5006, 5040	Marginali precisati
3065	Marginale modificato
3067.1	Nuovo marginale
3122	Marginale modificato
3122.1	Nuovo marginale che riprende il contenuto della Lettera circolare AI n. 412, secondo paragrafo
3123	La nozione dell'art. 7k cpv. 8 OPGA è stata ripresa
3132	Inserimento di un rinvio alla sentenza del TF 8C_690/2021
3150	Marginale modificato
3150.1	Il marginale N. 1050 CIIAI (nella versione valida fino al 31.12.2021) è stato parzialmente integrato
3154.1	Nuovo marginale

6046	Marginale modificato. Il contenuto e la forma delle decisioni di revisione AI sono illustrati nel nuovo Allegato V della CIRAI
------	--

Indice

Abbreviazioni	11
1a parte: Procedura di presentazione della richiesta	17
1 Presentazione ed effetti della richiesta	17
2 Registrazione della richiesta	18
3 Verifica della competenza	18
4 Verifica della richiesta	19
4.1 Forma della richiesta	19
4.2 Integralità e validità della domanda	20
4.2.1 In generale	20
4.2.2 Legittimazione	21
4.3 Identità dell'assicurato	22
4.4 Regresso contro terzi responsabili	23
5 Conferma di ricezione	23
6 Ritiro della richiesta e rinuncia a prestazioni	23
6.1 In generale	23
6.2 Ritiro della richiesta	24
6.3 Rinuncia alle prestazioni	24
2a parte: Controllo delle condizioni d'assicurazione	26
1 In generale	26
2 Portata del controllo	27
3 Modo di procedere se l'assicurato non adempie le condizioni d'assicurazione	28
4 Insorgenza dell'evento assicurato	28
4.1 In generale	28
4.2 Insorgenza dell'invalidità per prestazioni d'identica natura scaglionate nel tempo	29
3ª parte: Accertamento delle circostanze	30
1 Scopo e portata dell'accertamento	30
2 Gestione degli atti	30

3	Richiesta di informazioni	31
3.1	In generale	31
3.2	Presso l'assicurato	32
3.3	Presso terzi	33
3.3.1	Datori di lavoro	33
3.3.2	Medici.....	33
3.3.3	Organi di altre assicurazioni sociali	33
3.3.4	Autorità amministrative e giudiziarie	34
3.3.5	Assicuratori privati.....	34
4	Rilascio di informazioni.....	34
4.1	Principio	34
4.2	Informazioni a datori di lavoro, servizi specializzati e altri organi d'esecuzione	35
4.3	Informazioni ai medici curanti	35
4.4	Informazioni alle autorità di assistenza pubblica e privata	35
4.5	Comunicazione all'autorità di protezione degli adulti e dei minori	36
4.6	Comunicazione al servizio cantonale della circolazione ..	37
4.7	Comunicazione di dati nell'ambito della lotta contro il lavoro nero.....	37
5	Accertamento sul posto.....	38
5.1	In generale	38
5.2	Contenuto dell'accertamento.....	40
6	Accertamento medico	40
6.1	Scopo e portata dell'accertamento	40
6.2	Informazioni mediche	41
6.2.1	Forma e portata delle informazioni	41
6.2.2	Medico competente.....	42
6.3	Esame medico eseguito dal SMR	43
6.4	Perizie mediche esterne.....	43
6.4.1	In generale	43
6.4.2	Procedura per l'attribuzione di mandati di perizie monodisciplinari	46

6.4.3	Procedura per l'attribuzione di mandati di perizie bi- e pluridisciplinari.....	49
6.4.4	Registrazione dei colloqui su supporto audio	53
6.4.5	Trasmissione dell'incarto.....	55
6.4.6	Violazione dell'obbligo di collaborare.....	56
6.4.7	Procedura dopo il ricevimento della perizia	56
7	Costi cagionati dai provvedimenti d'accertamento.....	58
7.1	In generale	58
7.2	Spese dei medici.....	59
7.3	Spese di traduzione (interpretariato)	59
7.3.1	Principio	59
7.3.2	Istruttoria presso l'ufficio AI e/o sul posto	60
7.3.3	Perizia medica esterna e esame medico eseguito dal SMR.....	60
7.4	Indennità per perdita di guadagno e spese	61
7.5	Fatturazione	61
4a parte: Altri compiti dell'ufficio AI.....		62
1	Informazione, ragguagli e consulenza agli assicurati	62
1.1	Informazione degli assicurati.....	62
1.2	Ragguagli e consulenza agli assicurati.....	62
2	Presenza di posizione dell'UFAS	62
2.1	In generale	62
2.2	Preavviso obbligatorio dell'UFAS	63
3	Coordinazione con altri istituti assicurativi	63
3.1	Assicurazione infortuni, assicurazione militare, assicurazione contro la disoccupazione	63
3.2	Cassa malati competente.....	64
5ª parte: Obbligo di collaborare e di ridurre il danno		65
1	Obbligo dell'assicurato di collaborare nell'ambito dell'accertamento dei fatti	65
1.1	Definizione	65
1.2	Procedura di diffida e termine di riflessione	66

1.3	Conseguenze giuridiche in caso di violazione dell'obbligo di collaborare	66
1.3.1	In caso di prima richiesta di prestazioni.....	67
1.3.2	In caso di procedura di revisione	67
1.3.2.1	Revisione su richiesta	67
1.3.2.2	Revisione d'ufficio	67
1.4	Procedura in caso di disponibilità dell'assicurato a collaborare	68
1.4.1	In caso di decisione di non entrata in materia.....	68
1.4.2	In caso di rifiuto o di soppressione della prestazione.....	68
1.4.3	In caso di sospensione della prestazione	69
2	Obbligo dell'assicurato di ridurre il danno (art. 21 cpv. 4 LPG, art. 7 e 7b LAI).....	69
2.1	Definizione	69
2.2	Campo d'applicazione	70
2.2.1	Provvedimenti d'integrazione	70
2.2.2	Cure mediche.....	70
2.3	Esigibilità di provvedimenti d'integrazione e di cure mediche	70
2.3.1	In generale	70
2.3.2	Provvedimenti sanitari o cure mediche ragionevolmente esigibili	72
2.4	Disposizione dei provvedimenti d'integrazione e delle cure mediche	72
2.4.1	Disposizione dei provvedimenti d'integrazione	72
2.4.2	Disposizione delle cure mediche (condizioni)	74
2.5	Accompagnamento e verifica periodica.....	74
2.6	Procedura di diffida e termine di riflessione	74
2.7	Conseguenze giuridiche in caso di violazione dell'obbligo di ridurre il danno	75
2.7.1	Proporzionalità	75
2.8	Decisione	77
3	Obbligo di informare terzi.....	77
3.1	Persone e servizi tenuti a informare	77
3.2	Autorizzazione a fornire informazioni.....	78

3.3	Procedura in caso di violazione dell'obbligo di informare	79
6^a parte:	Decisioni dell'ufficio AI	80
1	Fissazione delle prestazioni e comunicazione delle decisioni	80
1.1	In generale	80
1.2	Motivazione delle decisioni	81
1.3	Lingua delle decisioni	82
1.4	Carattere vincolante della decisione	83
2	Procedura di preavviso	83
2.1	Diritto di essere sentito dell'assicurato	83
2.2	Diritto di essere sentiti di terzi	84
3	Notifica della decisione	85
3.1	Principio	85
3.2	Copie della decisione	86
4	Data di revisione e limitazione della durata delle prestazioni	86
5	Decisioni relative a rendite e assegni per grandi invalidi	87
5.1	In generale	87
5.2	Preparazione dell'emanazione della decisione in caso di prestazioni in contanti a favore di maggiorenni	88
5.3	Notifica di copie di decisioni concernenti le rendite e gli assegni per maggiorenni grandi invalidi	90
6	Decisioni concernenti le indennità giornaliere	91
7	Decisioni concernenti il contributo per l'assistenza	92
8	Registrazione e trasmissione di comunicazioni	92
9	Decisioni nell'ambito dell'AVS (assegni per grandi invalidi, mezzi ausiliari, contributo per l'assistenza)	92
10	Decisioni nell'ambito delle PC	93
7^a parte:	competenza dell'ufficio AI e della cassa di compensazione	94

1	Ufficio AI competente	94
1.1	Regolamentazione ordinaria.....	94
1.2	Domicilio o residenza all'estero	94
1.3	Cambiamento dell'ufficio AI	95
1.3.1	Nel corso della procedura	95
1.3.2	A procedura conclusa.....	96
1.3.3	Riconsiderazione di decisioni	96
1.4	Collaborazione tra uffici AI	96
2	Cassa di compensazione competente.....	97
2.1	Regolamentazione ordinaria.....	97
2.2	Casi speciali.....	97
2.2.1	Assicurati senza contributi.....	97
2.2.2	Domicilio o residenza all'estero	98
2.3	Unità dell'evento assicurato	98
3	Conflitti di competenza.....	98
4	Ricusaione	99
8ª parte:	ricorso a servizi specializzati e specialisti	100
1	Definizione e posizione.....	100
2	Procedura	100
2.1	Conferimento del mandato	100
2.1.1	In generale	100
2.1.2	Informazione dell'assicurato.....	100
2.1.3	Forma e contenuto del mandato.....	101
2.1.4	Allegati al mandato.....	102
2.2	Esecuzione del mandato	102
Allegato I Istruzioni agli uffici AI riguardanti l'aiuto amministrativo alle assicurazioni estere per l'invalidità		104
Allegato II Accertamento del grado di invalidità per ordine degli uffici PC		107
Allegato III Mandato per una perizia medica.....		109
Allegato IV Struttura della perizia.....		112

Allegato V Struttura della valutazione consensuale per perizie bidisciplinari e pluridisciplinari.....	119
Allegato VI Grenzzone – Zone frontalière – Zona di frontiera	123

Abbreviazioni

AD	Assicurazione contro la disoccupazione
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
Ambito APP	Ambito AVS, previdenza professionale e PC
art.	articolo/i
AVS	Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
CAGI	Circolare concernente l'assegno per grandi invalidi dell'AVS e dell'AI in caso di grande invalidità dovuta a un infortunio
CAP	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
CGC	Circolare sulla gestione dei casi nell'assicurazione invalidità
CGI	Circolare sulla grande invalidità
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
CII	Collaborazione interistituzionale
CIRAI	Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità
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
CPPI	Circolare sul pagamento delle prestazioni individuali nell'AI e nell'AVS
CPIPr	Circolare sui provvedimenti d'integrazione professionale dell'assicurazione invalidità
cpv.	capoverso/i
C Regresso AI	Circolare sui compiti degli uffici AI nell'esercizio del regresso contro terzi responsabili
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
DRif	Decreto federale del 4 ottobre 1962 sullo statuto dei rifugiati e degli apolidi
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
LAINF	Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni
LAMal	Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie
LAVS	Legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
lett.	lettera/e
LPGA	Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (RS 830.1)
Manuale SuisseMED@P	SuisseMED@P: Manuale per i centri peritali e gli uffici AI (www.ufas.admin > Assicurazioni sociali > Assicurazione invalidità AI > Informazioni di base & legislazione > Organizzazione dell'AI > SuisseMED@P)
N.	Numero/i marginale/i

OADI	Ordinanza del 31 agosto 1983 sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza
OAI	Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità
OAINF	Ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni
OAVS	Ordinanza del 31 ottobre 1947 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
OIC	Ordinanza del 9 dicembre 1985 sulle infermità congenite
OPGA	Ordinanza dell'11 settembre 2002 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali
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. / segg.	seguente/i
SMR	Servizio medico regionale
Suva	Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (in precedenza INSAI)
TF	Tribunale federale

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 ed effetti della richiesta

- 1001 Chiunque esige una prestazione dell'AI deve presentare una richiesta (art. 29 cpv. 1 LPGA).
- 1002 Costituisce un'eccezione il rilevamento tempestivo (art. 3a LAI), per il quale bisogna effettuare una comunicazione secondo l'articolo 3b LAI. In questi casi, gli uffici AI decidono entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione se è indicata la presentazione di una richiesta di prestazioni AI (art. 1^{quater} OAI).
- 1003 In linea di massima la richiesta dev'essere presentata all'ufficio AI competente (v. N. 7001). 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> > Privati > Richiedere una rendita d'invalidità).
- 1004 La richiesta presentata alle casse di compensazione e alle loro agenzie è giuridicamente valida. La richiesta dev'essere trasmessa senza indugio all'ufficio AI competente (art. 67 cpv. 2 OAI, art. 69^{bis} cpv. 3 OAVS).
- 1005 L'ufficio AI o la cassa di compensazione registra le richieste in entrata'.
- 1006 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. 1003 e 1004.
- 1007 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).
- 1008 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 (art. 29 cpv. 3 LPGA), a condizione che venga poi rispettato il termine supplementare concesso per la rettifica della richiesta (Sentenza del TF I 81/06 del 8 giugno 2006).

- 1009 Se, dopo la conclusione della procedura (N. 7010), l'assicurato domanda all'AI nuove prestazioni (dello stesso genere o di natura diversa) e dagli atti risulta che l'esistenza del diritto avrebbe già dovuto essere esaminata al momento della precedente richiesta (v. N. 3002), quest'ultima è determinante per fissare il diritto alle nuove prestazioni.

2 Registrazione della richiesta

- 1010 L'ufficio AI registra ogni richiesta corredata almeno di numero AVS, cognome, nome, data d'arrivo e indirizzo.
- 1011 L'ufficio AI verifica se ha già ricevuto una richiesta di prestazioni riguardante l'assicurato in questione. Quando un assicurato inoltra per la prima volta una richiesta di prestazioni AI (prima richiesta), l'ufficio AI apre un nuovo incarto. Se l'assicurato presenta una nuova richiesta o se è già stato sottoposto a un rilevamento tempestivo, l'ufficio AI registra la richiesta nell'incarto esistente.
- 1012 Se l'ufficio AI constata che un altro ufficio AI si è già occupato del caso, si procura la relativa documentazione (v. N. 7012).

3 Verifica della competenza

- 1013 L'ufficio AI verifica la propria competenza.
- 1014 Se l'ufficio AI non è competente e deve trasmettere la richiesta ad un altro ufficio AI, lo comunica all'assicurato.

4 Verifica della richiesta

4.1 Forma della richiesta

- 1015 La richiesta deve essere presentata sul modulo ufficiale (art. 65 cpv. 1 OAI).
- 1016 I moduli possono essere ottenuti gratuitamente presso gli uffici AI e le casse di compensazione. I formulari sono disponibili anche all'indirizzo seguente: www.avs-ai.ch.
- 1017 Le persone residenti all'estero utilizzano speciali moduli di richiesta.
- 1018 Se la richiesta non viene presentata sul modulo ufficiale, l'ufficio AI invia l'apposito modulo agli assicurati ingiungendo loro di ritornarla entro un termine ragionevole.
- 1019 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.
- 1020 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. 1021, 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.
- 1021 Gli assicurati che fino al compimento dei 18 anni 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.

4.2 Integralità e validità della domanda

4.2.1 In generale

1022 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):

- 1023 – se gli assicurati rifiutano o non sono in grado di presentare i documenti prescritti;
- 1024 – se i documenti allegati (certificato di assicurazione, documento d'identità ecc.) sono stati rinviati agli assicurati (N. 1041); quando questo invio è accompagnato da una lettera, è sufficiente inserire una copia della stessa nell'incarto;
- 1025 – se l'ufficio AI, di propria iniziativa, apporta integrazioni o correzioni alla richiesta.
- 1026 Se è stata effettuata una comunicazione secondo il N. 1002, l'ufficio AI deve verificare se dal modulo risulti che l'assicurato è stato previamente informato (art. 3b cpv. 3 LAI). In caso contrario, chiede alla persona o all'istituzione che ha effettuato la comunicazione di rimediarsi e di inviare nuovamente una comunicazione.

4.2.2 Legittimazione

Assicurato

- 1027 L'esercizio del diritto alle prestazioni dell'AI spetta in primo luogo all'assicurato. Se non ha l'esercizio dei diritti civili (incapace di discernimento, minorenni o interdetto), la richiesta deve essere presentata dal rappresentante legale.

Autorità e terzi

- 1028 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). Il N. 5065 è applicabile.
- 1029 Vi è assistenza regolare o cura permanente quando autorità 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. 1028 (sentenza del TF dell'8 giugno 2005, I 113/05).
- 1030 È legittimata a presentare una richiesta anche l'assicurazione sociale che ha versato prestazioni anticipate giusta l'articolo 70 capoversi 1 e 2 LPGGA (DTF 135 V 106).
- 1031 Gli organi d'esecuzione dei provvedimenti dell'AI, come ad esempio gli ospedali e i centri d'integrazione, o i datori di lavoro non sono autorizzati a far valere di loro iniziativa i diritti degli assicurati (sentenza del TF dell'11 ottobre 2004, I 226/04). Lo stesso vale per le casse pensioni pubbliche e private, le casse malati e le altre istituzioni che versano agli assicurati prestazioni pecuniarie cui hanno diritto. Questi organi ed istituti non possono inoltrare una richiesta senza esserne stati autorizzati per iscritto dagli assicurati, dai rappresentanti legali o dai familiari legittimati ai sensi del N. 1029.

- 1032 Se l'assicurato è deceduto, il diritto a prestazioni pecuniarie 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).
- 1033 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. 5066).
- 1034 L'ufficio AI deve in ogni caso informare gli assicurati se un'autorità o un terzo ha presentato una richiesta a loro favore.

Rappresentanza

- 1035 Le persone o gli enti legittimati a presentare una richiesta di prestazioni (v. N. 1027 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.

4.3 Identità dell'assicurato

- 1036 L'ufficio AI verifica l'esattezza delle generalità dell'assicurato contenute nella richiesta. Le DR sono applicabili per analogia.
- 1037 Vanno verificate anche le generalità dei figli per i quali può essere richiesta una rendita o che devono essere prese in considerazione per il calcolo delle prestazioni (indennità giornaliera, contributo per l'assistenza).
- 1038 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. 7017). La cassa di compensazione invia immediatamente al richiedente il modulo di richiesta della ripartizione del reddito in caso di divorzio.

4.4 Regresso contro terzi responsabili

- 1039 Si rinvia alla Circolare sui compiti degli uffici AI nell'esercizio del regresso contro terzi responsabili (C Regresso AI).

5 Conferma di ricezione

- 1040 L'ufficio AI conferma all'assicurato di aver ricevuto la richiesta inviandogli in allegato un opuscolo informativo sulle prestazioni dell'AI (in caso di conferma elettronica, rinviando alla documentazione online) e lo informa sul seguito della procedura.
- 1041 Con la conferma bisogna rinviare all'assicurato il documento d'identità e il certificato di assicurazione AVS/AI. Una copia di quest'ultimo rimane nell'incarto.

6 Ritiro della richiesta e rinuncia a prestazioni

6.1 In generale

- 1042 L'assicurato o il suo rappresentante può ritirare la richiesta o rinunciare a prestazioni, salvo che un interesse legittimo della stessa o di altre persone interessate non vi si opponga (art. 23 cpv. 1 e 2 LPGA).
- 1043 La dichiarazione di ritiro / di rinuncia a prestazioni va presentata dall'avente diritto in forma scritta, senza riserve e firmata. La dichiarazione di ritiro o di rinuncia alle prestazioni di una persona sposata deve essere firmata anche dal suo coniuge.

6.2 Ritiro della richiesta

- 1044 Il ritiro di una richiesta può essere trattato direttamente dagli uffici AI. Vi si può dare seguito se non pregiudica gli interessi degni di protezione dell'assicurato stesso, di altre persone (p. es. figli o coniuge), di assicurazioni o di istituzioni assistenziali (art. 3b cpv. 2 lett. e–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.
- 1045 Nei casi di regresso l'ufficio AI, prima di determinarsi, sottopone le richieste di ritiro al servizio regressi competente per preavviso, allegando l'incarto.
- 1046 L'accoglimento della revoca va confermato per iscritto all'assicurato (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.

6.3 Rinuncia alle prestazioni

- 1047 La questione della rinuncia alle prestazioni si pone per principio soltanto una volta note le prestazioni (sentenza del TF 9C_1051/2012 del 21 maggio 2013, consid. 3.1), vale a dire dopo che si è concluso l'accertamento e l'ufficio AI ha assegnato la prestazione. Fino a quel momento l'assicurato può ritirare la propria richiesta conformemente al N. 1044. Resta riservato il regresso.
- 1048 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).
- 1049 Le rinunce alle rendite vanno inoltrate direttamente all'Ambito APP dell'UFAS, unitamente all'incarto.

- 1050 La richiesta di rinuncia a prestazioni deve essere accolta o respinta mediante una decisione formale. L'assicurato va informato delle conseguenze della rinuncia.
- 1051 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.

2a parte: Controllo delle condizioni d'assicurazione

1 In generale

- 2001 Per avere diritto alle prestazioni dell'AI, all'insorgenza dell'evento assicurato le persone assicurate devono adempiere le condizioni assicurative di cui all'art. 6 LAI.
- 2002 I cittadini stranieri ai quali non si applica nessuna convenzione e che non sono nemmeno soggetti al DRif (cosiddetti cittadini di Stati che non hanno concluso una convenzione con la Svizzera) devono adempiere le condizioni di cui all'articolo 6 capoverso 2 LAI.
- 2003 In virtù dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone con l'UE/AELS, di convenzioni bilaterali e del DRif, per determinati cittadini stranieri e per i rifugiati si possono prevedere condizioni assicurative più vantaggiose che devono essere adempiute all'insorgenza dell'invalidità.
- 2004 L'ufficio AI verifica, se necessario assieme alla cassa di compensazione competente, se le condizioni d'assicurazione che danno diritto a prestazioni dell'AI sono adempiute (art. 57 cpv. 1 lett. c e art. 60 cpv. 1 lett. a LAI, art. 69 cpv. 1 OAI).
- 2005 Esso riporta il tipo e il risultato dei controlli negli atti, ai quali allega una fotocopia dei documenti importanti (p. es. libretto degli stranieri).
- 2006 Poiché le condizioni assicurative per la riscossione delle varie prestazioni sono differenti (v. art. 4 cpv. 2 LAI), l'adempimento delle relative condizioni di diritto deve essere esaminato per ciascuna prestazione.
- 2007 La «Guida sulle condizioni assicurative per il diritto alle prestazioni dell'assicurazione invalidità» e il documento «Quick-Check» forniscono una panoramica sulle condizioni assicurative per il diritto alle prestazioni dell'AI, al fine di rendere più semplice rispondere a domande pratiche

(UFAS-Online > Assicurazioni sociali > Assicurazione invalidità AI > Informazioni di base & legislazione > Le prestazioni).

2 Portata del controllo

- 2008 La verifica interessa la nazionalità, lo statuto di soggiorno, il domicilio e la dimora in Svizzera (N. 4101 e segg. DR) e la loro durata nonché il periodo contributivo. Possono essere rilevanti anche altri dati, quali il luogo (Paese) in cui è svolta l'attività lucrativa, la data di entrata in Svizzera o l'età dell'assicurato.
- 2009 Si deve stabilire se l'assicurato è affiliato obbligatoriamente o facoltativamente (art. 1a e 2 LAVS), e quindi riveste la qualità di assicurato. Occorre inoltre determinare quali disposizioni sono applicabili (N. 2001–2003). Se del caso vanno osservate le DR, le DOA e la CIBIL.
- 2010 Bisogna determinare la data in cui l'evento assicurato è insorto e se l'assicurato adempie le condizioni d'assicurazione relative alla prestazione richiesta (v. le condizioni d'assicurazione per la concessione di una rendita, di provvedimenti d'integrazione e di assegni per grandi invalidi nelle direttive e circolari corrispondenti).
- 2011 L'assoggettamento assicurativo è sempre personale. Ogni persona, anche se minorenni, deve adempiere di persona le condizioni d'assicurazione. Ciò si applica anche al domicilio derivato (N. 7002): i figli di un cittadino straniero o di una cittadina straniera domiciliato/a 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).

- 2012 Se la decisione relativa alle condizioni d'assicurazione dipende da quando è insorta l'invalidità, ma il momento preciso non può essere determinato, per quanto necessario si devono effettuare in primo luogo gli accertamenti in base al N. 3001 e segg.
- 2013 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.

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

- 2014 Se l'ufficio AI non ritiene soddisfatte le condizioni assicurative, dopo aver ascoltato l'assicurato 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 adeguato sulle PC.

4 Insorgenza dell'evento assicurato

4.1 In generale

- 2015 L'insorgenza dell'invalidità o dell'evento assicurato sussiste nel momento in cui il danno alla salute, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (v. art. 4 cpv. 2 LAI), e quindi una prestazione dell'AI è per la prima volta oggettivamente indicata. L'insorgenza va accertata singolarmente per ogni tipo di prestazione. Per lo stesso danno alla salute possono esserci più eventi assicurati che danno diritto a prestazioni specifiche (provvedimenti professionali o sanitari, mezzi ausiliari, rendite ecc.), insorti eventualmente in momenti diversi.
- 2016 Il peggioramento di un danno alla salute già esistente non comporta l'insorgenza di un nuovo evento assicurato. Quest'ultimo può invece insorgere se compare un ulteriore danno alla salute totalmente diverso da quello iniziale (DTF

136 V 369, sentenza del TF del 20 agosto 2013, 9C_294/2013).

- 2017 Il momento in cui è inoltrata una domanda o è richiesta una prestazione non è determinante per stabilire l'insorgenza dell'evento assicurato (sentenza del TF del 14 dicembre 2015, 9C_655/2015).
- 2018 L'ufficio AI accerta l'insorgenza dell'evento assicurato con particolare attenzione, poiché essa è determinante per l'adempimento delle condizioni d'assicurazione, l'inizio delle prestazioni in generale, la determinazione del diritto alla rendita e il calcolo di quest'ultima.

4.2 Insorgenza dell'invalidità per prestazioni d'identica natura scaglionate nel tempo

- 2019 In caso di provvedimenti consecutivi d'identica natura connessi tra loro, l'insorgenza dell'invalidità è determinata in base al primo provvedimento. Pertanto, se le condizioni assicurative non sono adempiute al momento in cui si rende necessaria per la prima volta l'attuazione di un provvedimento sanitario o la consegna di un mezzo ausiliario, non possono essere concessi neppure i provvedimenti connessi all'infermità in questione che diventeranno necessari più tardi.
- 2020 Se, per esempio, un assicurato si sottopone ad un intervento chirurgico prima di essere assicurato, un secondo intervento reso necessario dal primo non può andare a carico dell'AI, neanche se al momento della seconda operazione le condizioni assicurative sono adempiute. Diverso è il caso in cui è fornito un mezzo ausiliario di un nuovo genere in una seconda fase dell'integrazione (p. es. un apparecchio sul posto di lavoro ad assicurati con protesi).

3ª parte: Accertamento delle circostanze

1 Scopo e portata dell'accertamento

- 3001 L'accertamento ha lo scopo di stabilire se le condizioni del diritto alla prestazione sono adempiute. L'ufficio AI deve accertare d'ufficio tutti i fatti necessari per poter procedere alla decisione.
- 3002 Gli accertamenti devono estendersi a tutte le possibili prestazioni, anche se queste non sono state richieste espressamente (sentenza del TF del 7 gennaio 2011, 8C_233/2010, consid. 5.1).
- 3003 In deroga al N. 3002, per il contributo per l'assistenza si procede a un accertamento solo se l'assicurato ne fa formalmente richiesta.
- 3004 In caso di presentazione di una richiesta di prestazioni volta alla concessione di provvedimenti d'integrazione e/o di una rendita, l'ufficio AI esamina il diritto alle due prestazioni.
- 3005 Per quanto riguarda l'accertamento del diritto alle diverse prestazioni dell'AI, sono inoltre fatte salve le direttive corrispondenti concernenti le prestazioni in contanti e in natura nonché quelle della CGC (v. in particolare il cap. 5.1).
- 3006 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 (p. es. COPAI [v. CPIPr]).

2 Gestione degli atti

- 3007 L'ufficio AI registra in modo sistematico tutti i documenti suscettibili di essere determinanti (Art. 46 LPGGA). Gli atti devono permettere di comprendere come si sono svolti l'accertamento dei fatti determinanti e il processo decisionale.
- 3008 L'ufficio AI deve ad esempio riportare nell'incarto:

- il metodo di calcolo, gli elementi di calcolo per la determinazione del grado d'invalidità e una breve motivazione;
- il calcolo del grado d'invalidità.

3 Richiesta di informazioni

3.1 In generale

- 3009 L'ufficio AI deve raccogliere le informazioni e i documenti necessari 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 nonché sull'appropriatezza di determinati provvedimenti di integrazione e reintegrazione,
 - la vita quotidiana dell'assicurato e il suo ambiente, le sue difficoltà sul piano sociale, le risorse disponibili potenzialmente utilizzabili nonché la sua situazione finanziaria (DTF 141 V 281; v. N. 1011 e 1012 CGC).
- 3010 L'ufficio AI aggiorna e valuta regolarmente i documenti ottenuti; si procura informazioni in merito solo se mancano e sono necessarie nel caso concreto (N. 1013 e 1014 CGC).
- 3011 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 LPG A (v. N. 3027 segg.).
- 3012 Nei casi in cui una legge, un'ordinanza o una convenzione (v. N. 5059 segg.) prevedono l'obbligo di fornire indicazioni gratuitamente, bisogna menzionarlo.

- 3013 Se la richiesta di informazioni implica l'esonero di terzi dall'obbligo di mantenere il segreto (v. N. 5062 segg.), nella domanda di informazioni occorre rinviare all'articolo 6a LAI.
- 3014 Le informazioni ottenute verbalmente o telefonicamente 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 LPGGA). 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.
- 3015 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 implicarlo nell'analisi della situazione (art. 41a cpv. 2 lett. a OAI). Esso è tenuto a sottoporre la documentazione al SMR nei casi di cui agli articoli 59 capoverso 2^{bis} LAI e 49 capoverso 1^{bis} OAI, 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.).

3.2 Presso l'assicurato

- 3016 Su richiesta dell'ufficio AI, l'assicurato gli fornisce informazioni sulla sua situazione finanziaria, personale, sociale e professionale (grado d'occupazione esatto, carriera professionale, situazione sul mercato del lavoro ecc.) nonché sul suo stato di salute, sulle sue limitazioni e risorse, sui trattamenti e sui medici curanti (v. N. 1008 segg. CGC).

3.3 Presso terzi

3.3.1 Datori di lavoro

- 3017 L'ufficio AI richiede ai datori di lavoro attuali e precedenti dell'assicurato di fornire 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.

3.3.2 Medici

- 3018 L'ufficio AI richiede ai medici curanti dell'assicurato di fornire informazioni sullo stato di salute e sulle risorse disponibili di quest'ultimo (art. 6a LAI in combinato disposto con l'art. 28 cpv. 3 LPGA). In linea di massima lo fanno conformemente ai N. 3051 segg.
- 3019 Se necessario, i medici curanti coinvolti vengono informati degli sforzi per l'integrazione (art. 66a cpv. 1 lett. c^{bis} LAI; N. 1039 CGC).

3.3.3 Organi di altre assicurazioni sociali

- 3020 Gli enti delle altre assicurazioni sociali sono tenuti a fornire gratuitamente informazioni agli organi dell'AI (art. 32 cpv. 2 LPGA). L'obbligo di informare spetta soprattutto agli enti dell'AINF, alle casse malati (art. 11 LAMal), all'AM, all'AD e agli istituti della previdenza professionale obbligatoria.
- 3021 Gli organi dell'AVS e dell'AI devono trasmettersi reciprocamente tutte le informazioni necessarie e mettere a disposizione gli incarti.
- 3022 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 deentrici di un conto o ai datori di lavoro. Se necessario bisogna redigere un estratto conto interno secondo le D CA/CI.

3.3.4 Autorità amministrative e giudiziarie

- 3023 Gli uffici della Confederazione, dei Cantoni, dei distretti, dei circoli e dei Comuni sono tenuti a fornire gratuitamente informazioni ed attestazioni agli organi dell'AI (art. 32 cpv. 1 LPGA).
- 3024 Agli uffici di stato civile le informazioni devono essere richieste tramite il modulo speciale «Conferma dei dati personali».

3.3.5 Assicuratori privati

- 3025 Per gli istituti assicurativi privati, la consultazione di 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.

4 Rilascio di informazioni

4.1 Principio

- 3026 Di regola l'ufficio AI sottostà all'obbligo del segreto (art. 33 LPGA). La comunicazione di dati personali a terzi è possibile se si fonda su una determinata base legale sufficiente (v. N. 3027 segg. COSCD). In questi casi, possono essere comunicati soltanto i dati necessari allo scopo indicato.

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

- 3027 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).
- 3028 Se, per esaminare le possibilità d'integrazione professionale o per eseguire i provvedimenti di integrazione, si fa appello a centri d'integrazione o servizi specializzati, l'ufficio AI mette a loro disposizione tutte le indicazioni e i documenti necessari. 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.

4.3 Informazioni ai medici curanti

- 3029 L'ufficio AI trasmette ai medici curanti le informazioni e i documenti che servono a determinare i provvedimenti d'integrazione adeguati. Lo scambio di dati può essere effettuato oralmente nel caso specifico (art. 66a cpv. 1 lett. c^{bis} LAI).

4.4 Informazioni alle autorità di assistenza pubblica e privata

- 3030 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.

- 3031 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).

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

- 3032 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). L'obbligo di avviso prevale sull'obbligo del segreto di cui all'articolo 33 LPG (FF 2015 2751, in particolare pag. 2777). 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).
- 3033 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.
- 3034 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).

- 3035 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).
- 3036 Se sussistono dubbi sulla comunicazione da effettuare, occorre prima contattare la competente autorità di protezione degli adulti e dei minori senza menzionare il nome della persona o del minore interessata/o.

4.6 Comunicazione al servizio cantonale della circolazione

- 3037 L'ufficio AI è autorizzato a comunicare al competente servizio cantonale della circolazione se ha dubbi quanto alla capacità 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.
- 3038 Su richiesta del servizio cantonale della circolazione, i dati necessari allo scopo in questione possono essere resi noti dall'ufficio AI (art. 66c cpv. 3 LAI).
- 3039 L'ufficio AI informa l'assicurato dell'avvenuta comunicazione al servizio cantonale della circolazione (art. 66c cpv. 2 LAI).

4.7 Comunicazione di dati nell'ambito della lotta contro il lavoro nero

- 3040 Gli uffici AI collaborano con gli organi cantonali di controllo. Se nell'ambito della loro attività rilevano indizi di lavoro nero, informano il competente organo cantonale di con-

trollo. L'organo cantonale di controllo e gli uffici AI si informano vicendevolmente sul seguito delle procedure (art. 11 LLN).

5 Accertamento sul posto

5.1 In generale

3041 L'ufficio AI procede a un accertamento sul posto nei casi menzionati qui di seguito.

<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 che soggiornano a casa – maggiorenni grandi invalidi in età AI che soggiornano in istituto

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

- 3042 Se le condizioni personali degli assicurati e le conseguenze dello stato di salute sono già sufficientemente note e documentate e una breve spiegazione è messa agli atti, si può rinunciare al conferimento del mandato (v. N. 3060 CIRAI).
- 3043 L'ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero non procede ad alcun accertamento sul posto, ma inoltra all'assicurato un questionario da compilare.
- 3044 Gli accertamenti devono essere eseguiti da personale qualificato.
- 3045 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.

3046 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).

5.2 Contenuto dell'accertamento

3047 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.

6 Accertamento medico

6.1 Scopo e portata dell'accertamento

3048 L'accertamento medico è volto a fornire gli elementi necessari per valutare le condizioni mediche per il diritto alle prestazioni AI.

3049 L'importanza dell'accertamento medico dipende anche dal quadro clinico, dalla complessità del caso e dal tipo di prestazione AI da esaminare. Di regola l'accertamento verte sugli aspetti seguenti:

- 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);
- ricorso a trattamenti medici e terapie;
- incapacità lavorativa.

3050 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).

6.2 Informazioni mediche

6.2.1 Forma e portata delle informazioni

3051 Le informazioni possono essere ottenute richiedendo un rapporto medico o 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 svolgendo un colloquio con il medico curante. Le informazioni ottenute verbalmente devono essere messe agli atti (v. N. 6026).

- 3052 Se l'ufficio AI chiede al medico curante di redigere un rapporto medico, si procura unicamente le informazioni necessarie nel caso concreto senza richiedere informazioni già note (v. N. 3010).
- 3053 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. L'ufficio AI può anche porre domande specifiche relative al caso.
- 3054 L'ufficio AI decide, consultandosi con il SMR, se dispone di tutti i documenti medici necessari per la valutazione del caso o se ha bisogno di ulteriori informazioni e documenti. Decide anche se procurarsi queste informazioni da un altro medico curante o se incaricare quest'ultimo di eseguire esami.
- 3055 Per l'esame di un'infermità congenita odontoiatrica l'ufficio AI invia al dentista il modulo «Esame medico dentario», per le infermità citate alle cifre 208–210, 214 e 218 dell'allegato dell'OIC il modulo «Esame di ortopedia: dento-facciale».

6.2.2 Medico competente

- 3056 Di regola le informazioni mediche o il rapporto medico devono essere chiesti al medico che ha curato per ultimo l'assicurato per l'infermità dichiarata.
- 3057 Se il trattamento non è ancora iniziato, l'ufficio AI richiede le informazioni mediche al medico da cui l'assicurato vuole farsi curare.

- 3058 Se non si riesce a stabilire in modo certo chi sia il medico 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.
- 3059 Se nonostante un'ingiunzione l'ufficio AI non riceve né i documenti 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.

6.3 Esame medico eseguito dal SMR

- 3060 Se, sulla base delle informazioni mediche raccolte, l'ufficio AI non è in grado di valutare la situazione medica, poiché la documentazione disponibile è ancora incompleta e la situazione non è abbastanza chiara o risulta contraddittoria, il SMR può eseguire direttamente un esame medico (art. 49 cpv. 2 OAI).
- 3061 Se un esame medico deve essere eseguito dal SMR, l'ufficio AI lo comunica all'assicurato.
- La comunicazione deve essere munita di codice secondo i N. 501 segg., 506 e 508 CSIP.
- 3062 L'ufficio AI o il SMR organizza presso il SMR l'esame medico raccomandato per chiarire la situazione medica.
- 3063 I risultati dell'esame medico svolto al SMR devono figurare in modo strutturato, motivato e comprensibile in un rapporto separato nell'incarto dell'assicurato.

6.4 Perizie mediche esterne

6.4.1 In generale

- 3064 Se, nonostante l'esame medico eseguito dal SMR, l'ufficio AI non è ancora in grado di valutare la situazione medica o

se un tale esame non è opportuno, bisogna commissionare una perizia medica esterna. Sono fatte salve indicazioni giuridiche o disposizioni giudiziarie.

- 3065
7/22 Il SMR prepara un breve riepilogo della situazione medica, esponendo sinteticamente le ragioni per il tipo di perizia (mono-, bi- o pluridisciplinare) auspicato. Su questa base, se necessario in seguito alla discussione interdisciplinare del caso, viene stabilito il seguito della procedura.
- 3066 Se si ritiene necessaria una perizia esterna, si stabiliscono il tipo di perizia e di discipline mediche previste e l'ufficio AI avvia il mandato peritale.
- 3067 Ai fini di una perizia esterna, la documentazione sulla situazione deve essere il più aggiornata e completa possibile. Per questa ragione, in vista dello svolgimento concreto del mandato peritale occorre verificare nuovamente la documentazione disponibile per acquisire, se del caso, eventuali documenti necessari e aggiornati (p. es. descrizione del posto di lavoro, rapporto medico, radiografie).
- 3067.1
7/22 L'ufficio AI decide in seguito se far eseguire una perizia esterna e di che tipo deve essere (mono-, bi- o pluridisciplinare, v. art. 43 cpv. 1^{bis} e 44 cpv. 5 LPGA). Se l'assicurato contesta questa decisione, non occorre emanare una decisione incidentale.
- 3068 Se attribuisce un mandato per una perizia medica mono-, bi- o pluridisciplinare, l'ufficio AI deve sempre utilizzare il «Mandato per una perizia medica» (incl. «Istruzioni per le registrazioni su supporto audio», «Struttura della perizia» e «Struttura della valutazione consensuale»; v. Allegati III, IV, V). La struttura va osservata anche in caso di mandati in collaborazione con altri assicuratori.
- 3069 L'ufficio AI elabora assieme al SMR il mandato peritale (v. Manuale SuisseMED@P), con gli elementi seguenti:
- contesto del mandato;
 - panoramica del caso dal punto di vista medico-assicurativo e procedurale;

- problematica;
- elenco esaustivo e aggiornato della documentazione disponibile;

L'incarto per i periti deve essere preparato di modo che i documenti siano gestiti in modo accurato e sistematico e classificati in ordine cronologico. Per permettere una rapida visione d'insieme della situazione, bisogna allegare un indice completo degli atti che fornisca indicazioni chiare e inequivocabili sul contenuto dei singoli documenti (art. 7c e 7d OPGA). Qualsiasi ridondanza di documenti o atti deve essere evitata o perlomeno segnalata in modo chiaro.

- 3070 Per quanto concerne il diritto alla protezione dei dati, l'organo incaricato di eseguire la perizia ha le stesse possibilità di accertamento degli uffici AI e dei SMR, in particolare per la richiesta di informazioni e gli accertamenti presso terzi. La procura rilasciata all'ufficio AI vale dunque anche per l'organo che effettua la perizia.
- 3071 L'assicurato non ha il diritto di essere assistito da un avvocato o da un altro patrocinatore né di coinvolgere terzi durante la perizia medica. Il coinvolgimento a titolo eccezionale di terzi può essere autorizzato a discrezione del perito (sentenza del TF I 42/06 del 26 giugno 2007 e DTF 132 V 443 consid. 3).
- 3072 Il ricorso a un interprete è regolamentato dai N. 3150 segg.
- 3073 I principi di procedura esposti segnatamente nella DTF 137 V 210 si applicano di norma anche alle perizie richieste da assicuratori infortuni secondo la LAINF (DTF 137 V 318). Analogamente, l'assicurato ha il diritto di esprimersi previamente sul mandato per la perizia medica e sull'elenco delle domande. Gli assicuratori di indennità giornaliera in caso di malattia secondo la LCA o gli assicuratori di responsabilità civile non sono invece tenuti né a rispettare i principi di procedura esposti nella DTF 137 V 210 né a garantire all'assicurato il diritto di esprimersi previamente sul mandato per la perizia medica e sull'elenco delle domande (sentenza del TF 8C_15/2015 del 31 marzo 2015).

6.4.2 Procedura per l'attribuzione di mandati di perizie monodisciplinari

- 3074 Se è necessaria una perizia monodisciplinare, l'ufficio AI sceglie il perito in funzione della disciplina e della sua disponibilità.
- 3075 L'ufficio AI verifica dapprima se l'esperto scelto soddisfa i requisiti per allestire una perizia (art. 7m OPGA).
- 3076 L'ufficio AI invia all'assicurato una comunicazione che comprende gli elementi seguenti (art. 44 cpv. 2 e 3 LPGGA):
- il tipo di perizia;
 - il nome della persona incaricata della perizia, con il relativo titolo di medico specialista;
 - indicazione della possibilità di formulare, entro un termine di 10 giorni, motivi di ricusazione, obiezioni nei confronti del perito e di presentare controproposte per la nomina del perito;
 - indicazione della possibilità di presentare, entro un termine di 10 giorni, domande supplementari per iscritto;
 - informazioni sulla registrazione dei colloqui su supporto audio perizia (incl. il modulo di rinuncia ufficiale; vedi N. 3117);
 - copia del «Mandato per una perizia medica» (incl. «Struttura della perizia» v. Allegati III e IV), e le eventuali domande.
- 3077
7/22 Il termine legale di 10 giorni non può essere prorogato (art. 44 cpv. 2 LPGGA). In casi motivati è però possibile accordare all'assicurato una proroga unica per motivare o rettificare le obiezioni inoltrate (v. N. 6021). È applicabile l'articolo 38 LPGGA.
- 3078
7/22 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). L'ufficio AI decide in via definitiva le domande da porre al perito (art. 44 cpv. 3 LPGGA). Non occorre emanare una decisione

incidentale, nemmeno se l'ufficio AI non approva tutte le domande supplementari poste dall'assicurato.

- 3079 Se non vengono presentati motivi di riconsazione o obiezioni, il mandato è assegnato al perito in funzione della complessità del caso con un termine di consegna adeguato (di regola 90 giorni).
- 3080 Se l'assicurato presenta dei motivi di riconsazione o delle obiezioni, l'ufficio AI verifica se sussiste uno dei seguenti motivi di opposizione (art. 36 cpv. 1 LPGa in combinazione con l'art. 10 cpv. 1 PA):
- 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;
 - se possono avere per altri motivi una prevenzione nella causa.
- 3081 Se sussiste un motivo di riconsazione ai sensi del N. 3080, l'ufficio AI nomina un nuovo perito, tenendo conto delle controproposte presentate dall'assicurato. L'ufficio AI invia all'assicurato una nuova comunicazione con il nome e il titolo di medico specialista del perito. Una volta trascorso il termine di 10 giorni per formulare i motivi di riconsazione o obiezioni, il mandato è assegnato al perito.
- 3082 Se non sussiste un motivo di riconsazione ai sensi del N. 3080, ma sono state sollevate altre obiezioni nei confronti del perito, l'ufficio AI esamina se può accettare uno dei periti proposti dall'assicurato.
- 3083 Se l'assicurato non ha presentato alcuna controproposta o se l'ufficio AI non può accettare uno degli esperti proposti, si deve raggiungere un consenso (art. 7j cpv. 1 OPGA).
- 3084 L'elenco dei periti secondo l'articolo 57 capoverso 1 lettera n LAI e l'articolo 41b OAI è sottoposto all'assicurato.

- 3085 Un accordo presuppone lo svolgimento di un confronto (orale o scritto) tra l'ufficio AI e l'assicurato. Il confronto va registrato negli atti (art. 7j cpv. 2 OPGA).
- 3086 Se si giunge a un accordo, una nuova comunicazione è inviata all'assicurato e il mandato è assegnato al perito.
- 3087 Se non si giunge a un accordo, l'ufficio AI emana una decisione incidentale in cui fornisce la motivazione per la quale non si è tenuto conto delle obiezioni (art. 44 cpv. 4 LPGa).
- 3088 Il risultato del tentativo di conciliazione deve essere munito di codice secondo i N. 501 segg., 506 e 508 CSIP.
- 3089 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.
- 3090 Se l'assicurato non interpone ricorso o la decisione incidentale è confermata e passa in giudicato, il mandato è assegnato al perito (v. N. 3079).
- 3091 L'ufficio AI provvede a che l'assicurato sia informato in merito alla perizia prevista e al termine stabilito. Al fine di evitare assenze inutili, all'avvicinarsi di tale termine occorre dunque rendere attento l'assicurato al rispetto dello stesso.
- 3092 L'ufficio AI sorveglia i termini stabiliti per i mandati peritali e sollecita i periti in caso di mancato rispetto degli stessi.
- 3093 Se l'assicurato inoltra 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 del 27 maggio 2016, 9C_294/2016, consid. 2, e sentenza del TF del 4 maggio 2015, 8C_690/2014, consid. 9.2).

6.4.3 Procedura per l'attribuzione di mandati di perizie bi- e pluridisciplinari

- 3094 Una perizia bidisciplinare interessa due discipline. Una perizia pluridisciplinare interessa tre o più discipline mediche. Se appare opportuna una perizia pluridisciplinare, occorre in ogni caso includere la medicina generale/interna.
- 3095 L'ufficio AI invia all'assicurato una comunicazione che comprende gli elementi seguenti (art. 44 cpv. 2 e 3 LPGA):
- il tipo di perizia,
 - le discipline mediche previste,
 - indicazione della possibilità di presentare, entro un termine di 10 giorni, domande supplementari per iscritto;
 - informazioni sulla registrazione dei colloqui su supporto audio perizia (incl. il modulo di rinuncia ufficiale; vedi N. 3117),
 - copia del «Mandato per una perizia medica» (incl. «Struttura della perizia» v. Allegati III e IV), e le eventuali domande.
- 3096
7/22 Il termine legale di 10 giorni non può essere prorogato (art. 44 cpv. 2 LPGA). In casi motivati è però possibile accordare all'assicurato una proroga unica per motivare o rettificare le obiezioni inoltrate (v. N. 6021). È applicabile l'articolo 38 LPGA.
- 3097
7/22 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). L'ufficio AI decide in via definitiva le domande da porre al perito (art. 44 cpv. 3 LPGA). Non occorre emanare una decisione incidentale, nemmeno se l'ufficio AI non approva tutte le domande supplementari poste dall'assicurato.
- 3098 Il mandato è registrato su SuisseMED@P (sentenza del TF del 10 dicembre 2013, 8C_771/2013). La procedura di attribuzione dei mandati per perizie bi- e pluridisciplinari me-

dante SuisseMED@P è regolamentata nel Manuale SuisseMED@P. L'e-mail di conferma dell'avvenuta attribuzione del mandato da parte di SuisseMED@P deve essere registrata nell'incarto dell'assicurato.

- 3099 Le perizie di controllo possono essere commissionate alla stessa coppia di periti o allo stesso centro peritale che ha eseguito la prima perizia, se quest'ultima è stata attribuita tramite la piattaforma SuisseMED@P ed esse sono commissionate entro tre anni dalla data del rapporto della perizia precedente (DTF 147 V 79).
- 3100 7/22 L'ufficio AI trasmette alla coppia di periti o al centro peritale l'incarico secondo l'allegato III, l'incarto completo e le eventuali domande supplementari al più tardi il giorno seguente l'attribuzione del mandato.
- 3101 Per quel che concerne le perizie pluridisciplinari il centro peritale valuta 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 (art. 44 cpv. 5 LPGA, 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.
- 3102 L'ufficio AI esamina se i periti proposti dal centro peritale soddisfano i criteri per l'esecuzione di una perizia (art. 7m OPGA). Se sussistono incertezze, l'ufficio AI contatta il centro peritale per chiarire i fatti.
- 3103 Dopo l'attribuzione da parte di SuisseMED@P, l'ufficio AI comunica all'assicurato la coppia di periti o 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. 3101, l'ufficio AI ne informa l'assicurato. L'ufficio AI avverte inoltre l'assicurato che sarà la coppia di periti o il centro peritale a comunicargli il luogo e la data della perizia. A tal fine, l'ufficio

Al utilizza l'apposito testo del catalogo dei testi e invia una copia della lettera alla coppia di periti o al centro peritale.

- 3104 L'ufficio AI accorda all'assicurato un termine di 10 giorni dall'invio della comunicazione per formulare motivi di ricusazione (art. 44 cpv. 2 e 3 LPGGA). Questo termine non può essere prorogato. Nessun tentativo di conciliazione ha luogo (art. 7j cpv. 3 OPGA).
- 3105 L'assicurato può far valere i motivi di ricusazione enumerati al N. 3080. L'ufficio AI deve valutare i motivi di ricusazione presentati.
- 3106 Se non sussistono dei motivi di ricusazione ai sensi del N. 3080, l'ufficio AI emana una decisione incidentale in cui fornisce la motivazione per la quale non si è tenuto conto delle obiezioni.
- 3107 Se sussiste un motivo di ricusazione ai sensi del N. 3080, l'ufficio AI procede nel modo seguente:
- Centro peritale: il centro peritale designa il/i nuovo/i perito/i. L'ufficio AI ne informa l'assicurato mediante comunicazione e gli accorda un termine di 10 giorni per formulare motivi di ricusazione. Se il centro peritale non può sostituire la persona incaricata della perizia, il mandato è nuovamente registrato sulla piattaforma SuisseMED@P.
- 3108 Coppia di periti: il mandato è nuovamente registrato sulla piattaforma SuisseMED@P.
- 3109 Se le obiezioni sollevate dall'assicurato non sono ammesse o lo sono solo parzialmente, l'ufficio AI emette una decisione incidentale in cui fornisce la motivazione per la quale non si è tenuto conto delle obiezioni. Nessun tentativo di conciliazione ha luogo (art. 7j cpv. 3 OPGA).
- 3110 Se la decisione incidentale non è confermata o lo è solo parzialmente, a seconda delle circostanze la procedura deve essere eseguita nuovamente.

- 3111 Se l'assicurato interpone ricorso contro la decisione incidentale, in linea di massima il mandato per la perizia è sospeso fintantoché la decisione in merito al ricorso non è passata in giudicato. In tal caso occorre interrompere il calcolo del tempo nei confronti della coppia di periti o del centro peritale.
- 3112 Se l'assicurato non interpone ricorso o la decisione incidentale è confermata e passa in giudicato, la perizia viene eseguita. Il termine per eseguire la perizia ricomincia a decorrere dall'entrata in vigore della decisione incidentale o della sentenza (v. Manuale SuisseMED@P, numero 9).
- 3113 In caso di modifiche nello svolgimento che non dipendono dal centro peritale (motivi di rifiuto o di ricusazione, rinvio di un appuntamento per malattia o infortunio dell'assicurato o del perito, necessità di accertamenti, coinvolgimento di un ulteriore perito ecc.), l'ufficio AI deve immediatamente interrompere il calcolo del tempo nei confronti della coppia di periti o del centro peritale, non appena questi lo informano in proposito.
- 3114 Se l'assicurato inoltra 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 del 27 maggio 2016, 9C_294/2016, consid. 2, e sentenza del TF del 4 maggio 2015, 8C_690/2014, consid. 9.2).
- 3115 Sono fatte salve le regolamentazioni speciali per i mandati dell'ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (v. Manuale SuisseMED@P).
- 3116 Gli uffici AI sorvegliano i termini stabiliti per i mandati peritali e sollecitano i periti in caso di mancato rispetto degli stessi.

6.4.4 Registrazione dei colloqui su supporto audio

- 3117
7/22 Quando l'ufficio AI informa l'assicurato che una perizia è opportuna (v. N. 3074 e 3094), lo informa che i colloqui saranno registrati su supporto audio e che, se l'assicurato ne fa richiesta, ha il diritto di ascoltare le registrazioni. Inoltre, l'ufficio AI informa l'assicurato che egli ha la possibilità di rinunciare alla registrazione (art. 44 cpv. 6 LPGGA, art. 7k cpv. 2 OPGA). Inoltre, l'ufficio AI informa l'assicurato che ha la possibilità di rinunciare alla registrazione (art. 44 cpv. 6 LPGGA, art. 7k cpv. 2 OPGA) presentando all'ufficio in questione una dichiarazione in tal senso prima dell'inizio della perizia o immediatamente dopo la sua esecuzione (N. 3119). Il modulo ufficiale di rinuncia deve essere allegato alla comunicazione.
- 3118 L'assicurato può rinunciare alla registrazione su supporto audio di un colloquio, di diversi colloqui o di tutti i colloqui.
- 3119 La rinuncia può essere presentata all'ufficio AI al più tardi 10 giorni dopo il colloquio (art. 7k cpv. 3 OPGA). La rinuncia non può essere presentata al perito.
- 3120 La rinuncia deve essere presentata per iscritto. L'ufficio AI ne trasmette immediatamente una copia al/ai perito/i (art. 7k cpv. 3 OPGA).
- 3121 L'assicurato può revocare la sua rinuncia oralmente o per iscritto presso l'ufficio AI prima del colloquio (art. 7k cpv. 4 OPGA). L'ufficio AI informerà il/i perito/i il più presto possibile.
- 3122
7/22 Solo le registrazioni su supporto audio dei colloqui a cui l'assicurato non ha rinunciato fanno parte della perizia e sono acquisite agli atti (art. 44 cpv. 6 LPGGA).
- 3122.1
7/22 L'ufficio AI informa i periti che solo gli uffici AI sono autorizzati a ricevere una dichiarazione di rinuncia ufficiale. Se l'assicurato dichiara per la prima volta di voler rinunciare alla registrazione del colloquio solo durante l'appuntamento per la perizia, il perito deve informarlo che dopo il colloquio

ha 10 giorni di tempo per presentare la rinuncia all'ufficio AI (N. 3119). Se il perito decide, in via eccezionale, di non svolgere il colloquio, l'ufficio AI si procura la rinuncia dell'assicurato nella forma corretta e viene concordato un nuovo appuntamento per la perizia con il medesimo perito.

- 3123
7/22 Se l'ufficio AI constata che la registrazione su supporto audio presenta difetti tecnici, contatta il perito o il centro peritale.
- 3124 Se il difetto tecnico della registrazione su supporto audio non può essere risolto, l'ufficio AI ne informa l'assicurato.
- 3125 Se l'assicurato desidera mettere in dubbio la validità della perizia sulla base di tali informazioni, deve comunicarlo per iscritto all'ufficio AI entro 10 giorni dalla data dell'informazione, indicandone i motivi.
- 3126 Se l'assicurato desidera mettere in dubbio la validità della perizia sulla base di difetti tecnici della registrazione su supporto audio che ha scoperto lui stesso, deve comunicarlo per iscritto all'ufficio AI entro 10 giorni dall'invio della registrazione su supporto audio per l'ascolto, indicandone i motivi.

- 3127 L'ufficio AI esamina la richiesta dell'assicurato e cerca di trovare di comune accordo una soluzione per il proseguimento della procedura. Se l'assicurato e l'ufficio AI non trovano un accordo, l'ufficio AI emette una decisione incidentale.
- 3128
7/22 La registrazione su supporto audio può essere ascoltata solo su richiesta dell'assicurato o del suo rappresentante in caso di controversia. Esclusivamente l'ufficio AI, il tribunale competente e l'assicurato stesso possono ascoltarla. La registrazione può essere ascoltata e utilizzata solo nell'ambito del procedimento AI o di un'eventuale procedura di ricorso. La trasmissione delle registrazioni su supporto audio a terzi (ad es. assicuratori contro gli infortuni o altre persone legittimate a ricorrere ai sensi dell'art. 49 LPGGA, art. 71 cpv. 1 OPGA) non è consentita. Se l'assicurato chiede di ascoltare la registrazione, l'ufficio AI informa il/i perito/i.
- 3129 Se la Commissione federale per la garanzia della qualità degli esami medici richiede l'audizione di registrazioni audio nell'ambito delle sue attività (art. 7^p cpv. 4 e 5 OPGA), queste devono essere inviate insieme alla relativa perizia (art. 71 cpv. 2 OPGA).

6.4.5 Trasmissione dell'incarto

- 3130 L'ufficio AI trasmette ai periti o al centro peritale l'incarto completo, aggiornato e presentato in ordine cronologico, con il mandato (comprese la struttura della perizia e, per le perizie bi- e pluridisciplinari, la struttura della valutazione consensuale; v. Allegati III, IV e V).
- 3131 I documenti sono inviati:
- su un supporto dati e per posta raccomandata, salvo se i dati sono trasmessi su un supporto dati protetto con una password, comunicata separatamente;
 - elettronicamente tramite una piattaforma autorizzata per lo scambio di dati.

6.4.6 Violazione dell'obbligo di collaborare

3132
7/22 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, le spese che ne risultano possono essergli addebitate (art. 45 LPGGA, sentenza del TF 8C_690/2021 del 24 gennaio 2022) e l'ufficio AI può decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia (art. 43 LPGGA, v. N. 5010 segg.).

6.4.7 Procedura dopo il ricevimento della perizia

3133 Subito dopo la ricezione della perizia, l'ufficio AI verifica dal punto di vista formale che il documento sia stato allestito secondo la struttura unitaria richiesta (v. Allegati IV e V). Le perizie che non rispettano questa struttura vengono immediatamente rinviate ai periti, dai quali si esige che adottino l'impostazione prescritta dal mandato. L'ufficio AI verifica inoltre se la registrazione dei su supporto audio sia stata messa agli atti conformemente a quanto dichiarato nella perizia.

3134 Entro 20 giorni dal ricevimento della perizia, l'ufficio AI deve sottoporre il documento a una verifica della qualità dal punto di vista medico-assicurativo, consultandosi con il SMR (per le perizie pluridisciplinari e quelle psichiatriche è sempre responsabile il SMR). Occorre verificare in particolare che la perizia:

- applichi le specifiche linee guida delle società mediche per la qualità delle perizie psichiatriche in ambito assicurativo;
- fornisca indicazioni mediche e informazioni sufficienti per il singolo caso sui temi degli indicatori standard giusta la DTF 141 V 281;
- proceda in modo chiaro secondo la struttura argomentativa medico-assicurativa (problematica, acquisizione delle informazioni disponibili, risposta ai quesiti);

- non presenti violazioni rilevanti del principio di neutralità (p. es. formulazioni palesemente sprezzanti od offensive nei confronti di persone o gruppi di persone).
- 3135 In presenza di nette interruzioni della struttura argomentativa deve porre domande esplicative o complementari al perito o al centro peritale.
- 3136 Il SMR espone i risultati dei suoi esami medico-assicurativi in un breve parere. Il SMR chiarisce o completa lacune marginali nella struttura argomentativa attraverso le proprie competenze in campo medico-assicurativo.
- 3137 Se le conclusioni della perizia non sono sufficientemente chiare o plausibili, il SMR ne spiega i motivi in una nota, che deve essere allegata alle domande esplicative o complementari.
- 3138 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).
- 3139 L'ufficio AI accorda all'assicurato, indicando una data precisa, un termine di 12 giorni dall'invio della comunicazione per far pervenire domande esplicative o complementari. Questo termine può essere prorogato di dieci giorni al massimo solo previa richiesta scritta motivata (v. DTF 139 V 349 consid. 5.2.3).
- 3140 Se l'assicurato pone domande esplicative o complementari, l'ufficio AI le esamina sotto il profilo qualitativo e quantitativo nell'ambito del suo margine discrezionale. Le domande devono consentire una perizia che risponda alle esigenze legali (DTF 137 V 210 consid. 3.4.1). Le domande devono essere trasmesse ai periti come domande dell'assicurato. Se l'ufficio AI non ammette tutte le domande poste dall'assicurato deve emanare una decisione incidentale (DTF 141 V 330).

- 3141 L'ufficio AI verifica che il perito o il centro peritale rispetti il termine per inoltrare le risposte alle domande esplicative o complementari poste e lo sollecita per tempo.
- 3142 L'ufficio AI deve emanare in tempi rapidi una decisione nel merito. Una copia della decisione va inviata ai periti (art. 76 cpv. 1 lett. g OAI).
- 3143 Per migliorare la qualità occorre inviare rapidamente ai periti e ai centri peritali una copia delle decisioni giudiziarie nelle quali la loro perizia è stata utilizzata come mezzo di prova (art. 9a OPGA).

7 Costi cagionati dai provvedimenti d'accertamento

7.1 In generale

- 3144 L'AI si assume le spese dei provvedimenti di accertamento ordinati (art. 45 cpv. 1 LPGGA).
- 3145 Le spese per provvedimenti d'accertamento eseguiti senza 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 invece rivelarsi indispensabile per l'esame del diritto a prestazioni. 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 indi-

cazioni necessarie con minor spesa, per esempio interrogando il medico curante o un altro medico. In caso di dubbio, va consultato il SMR.

- 3146 Per quanto riguarda il diritto alle indennità giornaliere nel caso di degenze per accertamenti o di visite ambulatoriali, sono applicabili le disposizioni della CIGAI.
- 3147 Il rimborso delle spese di viaggio è regolato dalla CRSV.

7.2 Spese dei medici

- 3148 Le spese delle informazioni fornite da medici che non hanno un incarico dell'AI sono rimborsate soltanto se erano indispensabili alla valutazione del diritto a prestazioni o erano parte integrante di provvedimenti d'integrazione concessi in seguito (art. 45 cpv. 1 LPGA; sentenza del TF 9C_764/2014 del 21 luglio 2015 consid. 3.2).
- 3149 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 al massimo per ogni quarto d'ora (compreso il tempo necessario per lo spostamento) e vanno concordati di conseguenza.

7.3 Spese di traduzione (interpretariato)

7.3.1 Principio

- 3150 L'istruttoria va eseguita nella lingua ufficiale del Cantone.
7/22 Se l'assicurato non padroneggia tale lingua, l'ufficio AI può ordinare il ricorso a un interprete.

Le spese di traduzione sostenute nell'ambito di accertamenti secondo l'articolo 45 capoverso 1 LPGA fanno parte delle spese di accertamento e devono quindi essere coperte dall'Al. Se l'ufficio Al non ha dato l'ordine, le spese sono comunque coperte nella misura in cui erano indispensabili per la concessione di prestazioni.

7.3.2 Istruttoria presso l'ufficio Al e/o sul posto

- 3150.1
7/22
- Gli assicurati che non padroneggiano la lingua ufficiale del Cantone devono provvedere da soli a proprie spese, in virtù dell'obbligo di partecipare, affinché durante l'istruttoria presso l'ufficio Al e/o sul posto sia presente una persona che conosca la loro lingua madre (p. es. familiari, rappresentanti del consolato o dell'ambasciata).

7.3.3 Perizia medica esterna e esame medico eseguito dal SMR

- 3151
- Il perito decide 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.
- 3152
- Nel caso degli accertamenti psichiatrici, è particolarmente importante che il perito e l'assicurato riescano a capirsi nel migliore dei modi. Per un'esplorazione accurata è necessario che le due parti dispongano di ottime conoscenze linguistiche. Se il perito non padroneggia la lingua dell'assicurato, è opportuno che faccia capo ad un interprete.
- 3153
- 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.
- 3154
- Se è necessario un interprete, va per principio scelto un professionista.

3154.1 I N. 3151-3154 sono applicabili per analogia agli esami medici eseguiti dal SMR.
7/22

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

3155 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.

7.5 Fatturazione

3156 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.

4a parte: Altri compiti dell'ufficio AI

1 Informazione, raggugli e consulenza agli assicurati

1.1 Informazione degli assicurati

- 4001 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).
- 4002 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.

1.2 Raggugli e consulenza agli assicurati

- 4003 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.

2 Presa di posizione dell'UFAS

2.1 In generale

- 4004 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.

- 4005 Nella richiesta bisogna indicare:
- cognome, nome e numero AVS,
 - 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. 6014).

2.2 Preavviso obbligatorio dell'UFAS

- 4006 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.

3 Coordinazione con altri istituti assicurativi

3.1 Assicurazione infortuni, assicurazione militare, assicurazione contro la disoccupazione

- 4007 Se dalla richiesta dell'assicurato risulta che 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. Analisi della situazione del momento, cap. 5.1 CGC).
- 4008 Per delimitare gli obblighi dei diversi rami assicurativi si applicano le direttive relative alle singole prestazioni (v. art. 63–71 LPGA).
- 4009 Se un assicurato presenta una richiesta di assegno per grandi invalidi e, nell'ambito dell'esame delle circostanze del caso, risulta che la grande invalidità è imputabile a un

infortunio, l'ufficio AI trasmette l'incarto al competente assicuratore contro gli infortuni e ne informa nel contempo il richiedente. Bisogna inoltre tenere conto della CGI.

3.2 Cassa malati competente

- 4010 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.

5ª parte: Obbligo di collaborare e di ridurre il danno

1 Obbligo dell'assicurato di collaborare nell'ambito dell'accertamento dei fatti

1.1 Definizione

- 5001 Nell'ambito dell'accertamento dei fatti concernenti il diritto alle prestazioni l'assicurato deve fornire tutte le informazioni necessarie e produrre i documenti pertinenti. È tenuto a fornire informazioni veritiere e non può avvalersi della facoltà di non rispondere (art. 28 cpv. 1 e 2 LPGGA; sentenza del TF 9C_258/2014 del 3 settembre 2014).
- 5002 L'assicurato è tenuto a sottoporsi a tutti i provvedimenti di accertamento medici e specialistici ragionevolmente esigibili (v. tra l'altro CPIPr) necessari per la valutazione dei fatti (art. 43 cpv. 2 LPGGA; SVR 2007 IV n. 48, sentenza del TF I 988/06 consid. 4.2).
- 5003 In particolare, in vista di una perizia medica (v. N. 3064 segg) l'assicurato deve provvedere a presentarsi in condizioni tali da permettere un esame e un colloquio. Una cura medica (N. 5023) non può invece essere richiesta prima di una perizia medica (DTF 145 V 215).
- 5004 L'obbligo di collaborare sussiste soltanto nella misura in cui le informazioni richieste sono necessarie per l'istruttoria o la fissazione delle prestazioni e gli uffici AI non possono ottenerle in altro modo senza costi sproporzionati (sentenza del TF 9C_345/2007 del 26 marzo 2008).
- 5005 L'ufficio AI deve informare l'assicurato in modo adeguato e al momento opportuno in merito al suo obbligo di collaborare e indicargli il comportamento che ci si aspetta da lui (p. es. presentazione di documenti, rispetto dei termini per l'accertamento). Nel contempo fissa un termine adeguato per l'adempimento dell'obbligo di collaborare.

1.2 Procedura di diffida e termine di riflessione

- 5006
7/22 Se l'assicurato rifiuta in modo ingiustificato di adempiere l'obbligo di collaborare entro il termine stabilito, l'ufficio AI notifica una diffida sotto forma di comunicazione senza indicazione dei rimedi giuridici. Questa comunicazione non va codificata.
- 5007 La diffida comprende i punti seguenti:
- indicazione di un comportamento contrario al proprio dovere;
 - descrizione del comportamento atteso;
 - concessione di un termine di riflessione adeguato;
 - comminatoria delle conseguenze giuridiche di un'opposizione;
 - menzione della base legale.
- 5008 Secondo l'articolo 7b capoverso 2 LAI, in caso di violazione qualificata degli obblighi le prestazioni possono essere ridotte o rifiutate senza diffida e termine di riflessione (sentenza del TF 8C_400/2017 del 29 agosto 2017).
- 5009 Vi è violazione qualificata degli obblighi se, per esempio, nonostante diversi avvertimenti l'assicurato ha ripetutamente violato l'obbligo di collaborare per un lungo periodo di tempo e il suo comportamento costantemente non cooperativo lascia intendere che anche in futuro egli non sarà disposto a collaborare a provvedimenti ragionevolmente esigibili.

1.3 Conseguenze giuridiche in caso di violazione dell'obbligo di collaborare

- 5010 Se l'assicurato disattende in modo ingiustificato all'ingiunzione entro il termine stabilito, al termine della procedura di preavviso l'ufficio AI emana una decisione come annunciato nella diffida. Nella decisione occorre revocare l'effetto sospensivo a un eventuale ricorso.

1.3.1 In caso di prima richiesta di prestazioni

- 5011 In caso di violazione dell'obbligo di collaborare, l'ufficio AI emana una decisione di non entrata in materia o una decisione sulla base degli atti (art. 43 cpv. 3 LPGGA).
- 5012 La decisione sulla base degli atti può essere presa solo se in base agli atti (incompleti) disponibili il rifiuto di una prestazione può essere motivato con il grado di prova della verosimiglianza preponderante.
- 5013 In tutti gli altri casi occorre prendere una decisione di non entrata in materia.

1.3.2 In caso di procedura di revisione

1.3.2.1 Revisione su richiesta

- 5014 In caso di violazione dell'obbligo di collaborare, l'ufficio AI conferma di regola il precedente diritto alle prestazioni. Se sussistono dubbi sulla prosecuzione del versamento della prestazione, dopo aver effettuato i necessari accertamenti (a seconda delle circostanze: grado di gravità della violazione, proporzionalità, gravità dei dubbi) l'ufficio AI può disporre mediante decisione la sospensione della prestazione (sentenza del TF 9C_282/2018 del 18 dicembre 2018) o la soppressione della prestazione (sentenza del TF 8C_733/2010 del 10 dicembre 2010).

1.3.2.2 Revisione d'ufficio

- 5015 In caso di violazione dell'obbligo di collaborare, l'ufficio AI emana una decisione di sospensione della prestazione o di soppressione della prestazione (a seconda delle circostanze: grado di gravità della violazione, proporzionalità, gravità dei dubbi).

Esempi:

Sospensione della prestazione: l'ufficio AI ha chiesto ripe-

tutamente, senza risultato, all'assicurato di fornirgli il contratto di lavoro nonché i conteggi salariali ad esso relativi. Sulla base dei rapporti medici disponibili, lo stato di salute dell'assicurato è stato definito «stabile», o meglio la prognosi è rimasta «invariata». Non è stato possibile rilevare i fattori di retribuzione professionale su cui si basa il confronto dei redditi. Infine il grado d'invalidità è risultato complessivamente «non chiaro». Non vi è pertanto motivo di revisione (sentenza del TF 9C_282/2018 del 18 dicembre 2018).

Soppressione della prestazione: nonostante la richiesta dell'ufficio AI, l'assicurato non si è sottoposto a una perizia da parte di un perito. La documentazione (incompleta) non ha permesso di constatare la persistenza di una limitazione del rendimento professionale (sentenza del TF 8C_733/2010 del 10 dicembre 2010).

1.4 Procedura in caso di disponibilità dell'assicurato a collaborare

1.4.1 In caso di decisione di non entrata in materia

5016 Se, dopo una decisione di non entrata in materia passata in giudicato, l'assicurato intende continuare a far valere il proprio diritto alle prestazioni, deve presentare una nuova richiesta. È applicabile l'articolo 29 capoverso 1 LAI.

1.4.2 In caso di rifiuto o di soppressione della prestazione

5017 Se, dopo una decisione di rifiuto o di soppressione della prestazione passata in giudicato, l'assicurato intende continuare a far valere il proprio diritto alla prestazione, deve presentare una nuova richiesta. È applicabile l'articolo 29 capoverso 1 LAI. Nella nuova richiesta l'assicurato deve dimostrare che le condizioni sono cambiate in misura rilevante per il diritto alla prestazione (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI).

5018

Per dimostrarlo è sufficiente che vi siano almeno alcuni indizi che rendano plausibile la circostanza giuridicamente rilevante fatta valere, ferma restando la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame (sentenza del TF I 238/02 del 20 marzo 2003).

1.4.3 In caso di sospensione della prestazione

- 5019 Se, dopo la sospensione della prestazione, l'assicurato dichiara la propria disponibilità a collaborare, la procedura di revisione va proseguita (sentenza del TF 8C_724/2015 del 29 febbraio 2016). Le prestazioni riprenderanno a essere versate a partire dal mese successivo alla data in cui l'assicurato si è detto disposto a collaborare.

2 Obbligo dell'assicurato di ridurre il danno (art. 21 cpv. 4 LPGA, art. 7 e 7b LAI)

2.1 Definizione

- 5020 L'obbligo di ridurre il danno persegue lo scopo di migliorare notevolmente la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete oppure di procurare una nuova possibilità di guadagno ragionevolmente esigibile (art. 21 cpv. 4 LPGA).
- 5021 Nell'ambito della riduzione del danno l'assicurato deve partecipare attivamente ai provvedimenti d'integrazione (art. 7 cpv. 2 lett. a, b, c ed e LAI) e sottoporsi alle cure mediche (art. 7 cpv. 2 lett. d LAI). I provvedimenti e le cure mirano sia a mantenere l'assicurato nel suo attuale posto di lavoro sia a favorire la sua integrazione nella vita professionale o in un'attività paragonabile (mansioni consuete; art. 7 cpv. 2 LAI).

2.2 Campo d'applicazione

2.2.1 Provvedimenti d'integrazione

5022 I provvedimenti d'integrazione sono in particolare provvedimenti di intervento tempestivo, provvedimenti di reinserimento, provvedimenti professionali, provvedimenti di reintegrazione e provvedimenti sanitari d'integrazione (art. 7 cpv. 2 lett. a, b, c ed e LAI, art. 21 cpv. 4 LPGGA).

2.2.2 Cure mediche

5023 Si può attendere che l'assicurato adempia la condizione di sottoporsi a qualsiasi trattamento diagnostico, terapeutico o riabilitativo eseguito in ambito ambulatoriale o stazionario e volto a migliorare presumibilmente la sua capacità lavorativa o la sua idoneità all'integrazione (p. es. cure mediche/interventi medici, psicoterapia, terapia medicamentosa, astinenza da sostanze che creano dipendenza, perdita di peso; art. 7 cpv. 2 lett. d LAI).

5024 Se una cura medica è indicata in vista di un provvedimento d'integrazione o in concomitanza con esso, il suo scopo è di promuovere il buon esito del provvedimento.

5025 Se una cura medica è indicata in vista di una rendita, il suo scopo è di portare a una riduzione o soppressione della rendita, se possibile a breve termine.

2.3 Esigibilità di provvedimenti d'integrazione e di cure mediche

2.3.1 In generale

5026 I provvedimenti d'integrazione o le cure mediche disposti devono essere ragionevolmente esigibili per l'assicurato. È considerato/a ragionevolmente esigibile ogni provvedimento o cura utile all'integrazione o alla reintegrazione e adatto/a allo stato di salute dell'assicurato (DTF 145 V 2 consid. 4.2.3 pag. 9).

- 5027 Devono essere prese in considerazione tutte le circostanze oggettive e soggettive del caso concreto.
- 5028 Per circostanze soggettive vanno intesi innanzitutto l'entità della capacità lavorativa residua e i fattori personali quali l'età, la situazione professionale concreta o l'esistenza di legami stretti con il luogo di domicilio. Tuttavia, è determinante quanto si può obiettivamente esigere dall'assicurato, e non la valutazione soggettiva di quest'ultimo.
- 5029 Tra le circostanze oggettive vanno prese in considerazione l'esistenza di un mercato del lavoro equilibrato e la durata prevedibile dell'attività.
- 5030 I provvedimenti d'integrazione e le cure mediche che mettono in pericolo la vita e la salute non sono ragionevolmente esigibili (art. 21 cpv. 4 LPGa e art. 7a LAI; RCC 1985 pag. 328 e 331).
- 5031 L'esigibilità deve essere valutata da un lato in relazione alla portata del provvedimento o della cura e, dall'altro lato, in relazione all'importanza della prestazione in questione (sentenza del TF I 824/06 del 13 marzo 2007).
- 5032 L'onere della prova per l'inesigibilità di un provvedimento secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI è a carico dell'assicurato (sentenza del TF 8C_741/2018 del 22 maggio 2019).
- 5033 Nell'ambito dell'accompagnamento di un assicurato durante l'esecuzione dei provvedimenti d'integrazione (secondo il N. 5022) e/o delle cure mediche bisogna verificare costantemente il raggiungimento degli obiettivi, anche per capire se l'esigibilità è mantenuta. Se necessario, bisogna adeguare il provvedimento o la cura (v. N. 1033 e 1034 CGC).

2.3.2 Provvedimenti sanitari o cure mediche ragionevolmente esigibili

- 5034 Un provvedimento sanitario d'integrazione dell'AI o una cura medica è tanto più inesigibile quanto più grave è la lesione dell'integrità personale dell'assicurato (sentenza del TF I 824/06 del 13 marzo 2007).
- 5035 In caso di misure terapeutiche occorre coinvolgere il SMR per valutare la loro esigibilità.
- 5036 Il medico curante deve essere coinvolto in modo adeguato al fine di garantire il necessario scambio di informazioni, la migliore esecuzione possibile del trattamento e una cura medica adeguata.
- 5037 L'assicurato deve sfruttare in modo collaborativo, ottimale e duraturo le possibilità di trattamento (ambulatoriale e stazionario) indicate e ragionevolmente esigibili dal punto di vista del medico specialista (DTF 140 V 193).
- 5038 Il medico specialista determina quali concrete possibilità di trattamento sono indicate e ragionevolmente esigibili. Finché secondo il medico specialista rimangono indicate possibilità di trattamento ragionevolmente esigibili che non sono state utilizzate o non sono state utilizzate a sufficienza, dal punto di vista oggettivo non basta che l'assicurato abbia collaborato all'attuazione di tutte le proposte terapeutiche del medico di famiglia o degli altri medici curanti (v. DTF 137 V 64 consid. 5.2 pag. 70).

2.4 Disposizione dei provvedimenti d'integrazione e delle cure mediche

2.4.1 Disposizione dei provvedimenti d'integrazione

- 5039 Di regola un provvedimento d'integrazione è disposto sotto forma di comunicazione (art. 74^{ter} OAI).
- 5040 La comunicazione comprende i punti seguenti:
7/22

- descrizione dettagliata del comportamento atteso durante il processo d'integrazione, fissata nel piano d'integrazione o nella convenzione sugli obiettivi relativa al singolo provvedimento concesso;
- indicazione delle conseguenze giuridiche in caso di inadempienza;
- menzione della base legale.

La disposizione di un provvedimento d'integrazione e la conclusione di quest'ultimo vanno codificate secondo il capitolo 5.7, N. 529 segg. CSIP.

2.4.2 Disposizione delle cure mediche (condizioni)

- 5041 Una cura medica è disposta sotto forma di comunicazione senza indicazione dei rimedi giuridici.
- 5042 L'ingiunzione scritta comprende i punti seguenti:
- descrizione dettagliata del comportamento atteso (p. es. tipo, durata, puntualità, presenza, frequenza della cura);
 - fissazione di un termine adeguato;
 - indicazione delle conseguenze giuridiche in caso di inadempienza;
 - menzione della base legale.
- 5043 La condizione di sottoporsi a una cura medica può essere posta nell'ambito dell'integrazione, della concessione di una rendita o di una revisione di rendita.
- 5044 La disposizione di una cura medica nonché della sua conclusione deve essere munita di codice secondo i N. 522–528 CSIP.

2.5 Accompagnamento e verifica periodica

- 5045 L'ufficio AI accompagna l'assicurato durante il periodo in cui quest'ultimo deve sottoporsi al provvedimento d'integrazione o alla cura medica e verifica periodicamente l'attuazione, l'adempimento delle condizioni previste e il raggiungimento degli obiettivi. L'entità dell'accompagnamento e della verifica dipende dal provvedimento o dalla cura nonché dalla disponibilità dell'assicurato a collaborare. Se necessario, occorre adeguare il provvedimento o la cura (v. N. 1033 e 1034 CGC).

2.6 Procedura di diffida e termine di riflessione

- 5046 Se l'assicurato rifiuta in modo ingiustificato di adempiere l'obbligo di ridurre il danno, l'ufficio AI notifica una diffida sotto forma di comunicazione senza indicazione dei rimedi giuridici (v. N. 5006).

2.7 Conseguenze giuridiche in caso di violazione dell'obbligo di ridurre il danno

- 5047 Se, nonostante la diffida, l'assicurato rifiuta in modo ingiustificato di adempiere l'obbligo di ridurre il danno entro il termine stabilito, l'ufficio AI sanzionerà il suo comportamento.
- 5048 Se la condizione di sottoporsi a una cura medica in concomitanza con un provvedimento d'integrazione non è stata adempiuta, il comportamento dell'assicurato non deve essere sanzionato, a condizione che si sia potuto comunque portare a termine con successo il provvedimento d'integrazione.

2.7.1 Proporzionalità

- 5049 L'entità della sanzione (riduzione o rifiuto della prestazione) deve essere proporzionata all'obiettivo definito del provvedimento d'integrazione o della cura medica (miglioramento o mantenimento della capacità al guadagno; sentenza del TF I 824/06 del 13 marzo 2007 consid. 3 e 4).
- 5050 In linea di principio, l'assicurato deve essere posto nella stessa situazione in cui si troverebbe se avesse adempiuto l'obbligo di ridurre il danno (sentenza del TF 8C_830/2012 del 13 marzo 2013 consid. 2.2), vale a dire come se il provvedimento d'integrazione previsto o la cura medica disposta avesse avuto buon esito.
- 5051 In questo caso non è determinante la capacità lavorativa effettiva, bensì quella che può essere raggiunta con il provvedimento d'integrazione o la cura medica ragionevolmente esigibile. Se una rendita AI entra in linea di conto, il diritto è ridotto o soppresso conformemente al N. 5028.
- 5052 Per quanto riguarda il successo presumibile dell'integrazione, non è richiesta una prova rigorosa, ma è sufficiente una certa probabilità che il provvedimento o la cura a cui

l'assicurato si è opposto o sottratto avrebbe avuto successo (SVR 2019 IV n. 16 pag. 48, sentenza del TF 8C_865/2017 del 19 ottobre 2018 consid. 3.3).

- 5053 Occorre quindi limitare la riduzione o il rifiuto alla prestazione che l'ufficio AI avrebbe potuto risparmiare se l'assicurato si fosse sottoposto ai provvedimenti richiesti (sentenze del TF 9C_742/2007 del 29 maggio 2008 consid. 2.3 con rimando e I 824/06 del 13 marzo 2007 consid. 3 in SVR 2008 IV n. 7 pag. 19).

Esempio:

Il perito aveva stimato che l'influsso benefico dei provvedimenti sanitari indicati avrebbe permesso all'assicurato di raggiungere un rendimento di almeno il 50–60 per cento. L'assicurato si è recato dal servizio psicosociale una sola volta e non sono avvenute ulteriori consultazioni. L'ufficio AI ha ridotto la rendita d'invalidità da intera a mezza (sentenza del TF I 824/06 del 13 marzo 2007, consid. 3).

- 5054 Le prestazioni possono essere ridotte o rifiutate ai sensi dell'articolo 21 capoverso 4 LPGA soltanto fintantoché l'insorgenza o l'aggravamento dell'invalidità è imputabile a una colpa qualificata dell'assicurato (sentenza del TF 8C_830/2012 del 13 marzo 2013 consid. 5.1).

- 5055 La riduzione o il rifiuto delle prestazioni ha effetto a partire dal mese in il/i provvedimento/i richiesto/i avrebbero probabilmente portato a un miglioramento dell'invalidità che avrebbe permesso di ridurre o escludere il diritto alla prestazione. Se l'assicurato riprende completamente a partecipare ai provvedimenti, la sanzione è revocata a partire dal mese successivo alla ripresa.

- 5056 Nessuna sanzione deve essere imposta all'assicurato se la violazione dell'obbligo di ridurre il danno è giustificabile, per esempio perché non può essere attribuita all'assicurato, in quanto quest'ultimo non era in grado di adempiere i suoi obblighi in seguito a malattia.

2.8 Decisione

- 5057 Se l'assicurato disattende in modo ingiustificato all'ingiunzione entro il termine stabilito, al termine della procedura di preavviso l'ufficio AI emana una decisione come annunciato nella diffida. Nella decisione occorre revocare l'effetto sospensivo a un eventuale ricorso.
- 5058 L'assicurato avrà la possibilità di far esaminare la legalità dell'ingiunzione soltanto nella procedura di ricorso contro questa decisione (sentenza del TF 8C_510/2011 del 17 ottobre 2012 consid. 3.3).

3 Obbligo di informare terzi

3.1 Persone e servizi tenuti a informare

- 5059 Le persone e i servizi che possono fornire le informazioni necessarie per accertare il diritto alle prestazioni sono tenuti a dare tutte quelle che vengono richieste loro (art. 28 cpv. 3 LPGA e art. 6a LAI).
- 5060 Le autorità amministrative e giudiziarie della Confederazione, dei Cantoni, distretti, circoli e Comuni comunicano gratuitamente agli organi delle singole assicurazioni sociali, su richiesta scritta e motivata nei singoli casi, i dati necessari per l'esame del diritto alle prestazioni (art. 32 cpv. 1 LPGA).
- 5061 L'obbligo di informare include anche l'obbligo di fornire documenti che provano le informazioni date (fotocopie, estratti di registri, attestazioni ecc.).
Entrano in linea di conto in particolare le persone e i servizi seguenti:
- datori di lavoro (N. 3017);
 - medici curanti e specialisti (N. 3018 segg.);
 - organi di altre assicurazioni sociali (N. 3020 segg.);
 - autorità amministrative e giudiziarie (N. 3023 segg.);
 - assicuratori privati (N. 3025).

3.2 Autorizzazione a fornire informazioni

- 5062 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 responsabili (art. 6a cpv. 1 LAI).
- 5063 Su richiesta degli uffici competenti dell'AVS/AI, sono autorizzati 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).
- 5064 Secondo i N. 5062 e 5063, questi organi o persone sono tenuti a fornire informazioni necessarie e i documenti su cui si fondano le informazioni (art. 6a cpv. 1 e 2 LAI).
- 5065 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).
- 5066 Se l'assicurato è incapace di discernimento, il suo rappresentante legale accorda l'autorizzazione firmando il modulo di richiesta (art. 66 cpv. 2 OAI).
- 5067 Se una comunicazione ai sensi dell'articolo 3b LAI è presentata, l'ufficio AI invita l'assicurato a firmare un'autorizzazione affinché tutte le persone e gli organismi interessati possano fornire tutte le informazioni e i documenti necessari (art. 3c cpv. 3 LAI).
- 5068 Se l'assicurato non dà questa autorizzazione, il SMR può chiedere ai medici curanti dell'assicurato di fornirgli le informazioni necessarie (art. 3c cpv. 4 LAI).

3.3 Procedura in caso di violazione dell'obbligo di informare

- 5069 Se l'ufficio AI non riceve le informazioni richieste entro un termine adeguato, pone alla persona o al servizio in 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.
- 5070 Se la persona o il servizio in questione non fornisce le informazioni richieste nonostante l'ingiunzione, si deve valutare se presentare una denuncia penale. Se un medico rifiuta di redigere un rapporto, va inoltre osservato il N. 3059.

6ª parte: Decisioni dell'ufficio AI

1 Fissazione delle prestazioni e comunicazione delle decisioni

1.1 In generale

- 6001 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).
- 6002 Les offices AI décident sur la mise en œuvre de mesures de réadaptation au terme de la phase d'intervention précoce, mais au plus tard dans un délai de 12 mois après le dépôt de la demande de prestations AI (art. 49 LAI).
- 6003 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 LPGA, art. 57 cpv. 1 lett. g LAI, art. 41 cpv. 1 lett. d OAI).
- 6004 Se le condizioni per l'assegnazione di una prestazione sono manifestamente adempiute e corrispondono alla richiesta dell'assicurato, le seguenti prestazioni possono essere accordate o protrate senza la notificazione di un preavviso o di una decisione (art. 51 LPGA ; art. 58 LAI ; art. 74^{ter} e 74^{quater} OAI):
- provvedimenti sanitari;
 - provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale;
 - provvedimenti d'ordine professionale;
 - mezzi ausiliari;
 - rimborso delle spese di viaggio;
 - rendite e assegni per grandi invalidi in seguito a una revisione effettuata d'ufficio, a condizione che non sia stata constatata alcuna modificazione della situazione atta a influenzare il diritto alle prestazioni.

- 6005 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 (art. 49 cpv. 3 LPGA; RCC 1983 pag. 538).
- 6006 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.
- 6007 Se a un assicurato vengono assegnate più prestazioni allo stesso tempo, si deve emanare una decisione separata per ogni prestazione. La sospensione di una prestazione deve essere ordinata di volta in volta con una decisione a sé stante.
- 6008 Per quanto riguarda la firma di decisioni e comunicazioni si applica per analogia la CCont (1^a parte).

1.2 Motivazione delle decisioni

- 6009 Le decisioni devono essere debitamente motivate e in termini comprensibili ad ognuno. L'Ufficio AI espone almeno brevemente le considerazioni che lo hanno guidato e su cui ha basato la sua decisione (Sentenza del TF 9C_363/2009 del 18 marzo 2010, consid. 3.2).
- 6010 La riproduzione pura e semplice di prescrizioni legali non è sufficiente.
- 6011 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]).
- 6012 Se l'assicurato, essendo considerato come persona senza attività lucrativa, non ha diritto all'indennità giornaliera durante i provvedimenti d'integrazione, nel preavviso o nella

comunicazione 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.

- 6013 Le conclusioni dell'ufficio AI devono essere basate su una valutazione generale dei risultati dell'accertamento.
- 6014 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 (ad esempio «Dagli accertamenti nel centro peritale XY è emerso che»).
La decisione, nonostante la formulazione di carattere generale, deve soddisfare i requisiti di una decisione sufficientemente motivata e comprensibile ai sensi del n. 6009.
- 6015 Per formulare le decisioni ci si deve basare sul catalogo dei testi AI.

1.3 Lingua delle decisioni

- 6016 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).

1.4 Carattere vincolante della decisione

- 6017 La cassa di compensazione è vincolata alla decisione dell'ufficio AI.
- 6018 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 dell'assicurato

- 6019 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 all'assicurato la possibilità di esprimersi oralmente o per iscritto sul previsto esito della richiesta (art. 57a cpv. 1 LAI). Il N. 6004 rimane riservato (assegnazione delle prestazioni senza decisione).
- 6020 Mediante un preavviso l'ufficio AI richiama l'attenzione dell'assicurato sul suo diritto di essere sentito e gli comunica il previsto esito della richiesta. Gli segnala inoltre che la decisione sarà notificata senza audizione se non si sarà espresso in merito entro un termine di 30 giorni.
- 6021 Il termine di 30 giorni non è prorogabile (art. 57a cpv. 3 LAI). Le obiezioni devono essere presentate entro questo termine. In casi motivati è però possibile accordare all'assicurato una proroga unica per motivare o rettificare le obiezioni inoltrate. 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.
- 6022 La restituzione in termini giusta l'articolo 41 capoverso 1 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.

- 6023 Il preavviso concerne unicamente questioni che, giusta l'articolo 57 capoverso 1 lettere a–f LAI, rientrano nei compiti degli uffici AI.
- 6024 Per le questioni che rientrano nell'ambito di competenza delle casse di compensazione, 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), non si effettua la procedura di preavviso (DTF 134 V 97).
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.
- 6025 Per l'esame degli atti si applica la COSCD.
- 6026 Se l'audizione si svolge oralmente, sotto forma di un colloquio personale, l'ufficio AI redige un verbale sommario che deve essere firmato dall'assicurato.
- 6027 Se l'assicurato ha presentato obiezioni su punti determinanti, 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

- 6028 Un esemplare del preavviso viene notificato anche agli altri assicuratori sociali, compreso l'istituto di previdenza professionale secondo la LPP, se la decisione concerne l'ob-

bligo per questi assicuratori di versare prestazioni. Essi dispongono degli stessi rimedi giuridici dell'assicurato (art. 49 cpv. 4 LPGA in combinato disposto con l'art. 73^{bis} cpv. 2 OAI).

- 6029 Quando la rendita viene erogata per la prima volta, l'ufficio AI trasmette alla cassa di compensazione le copie di tutti i documenti allegati alla richiesta e tutti i dati rilevanti per il calcolo della rendita (insorgenza dell'invalidità ecc.). La cassa prepara il calcolo della prestazione, che sarà notificato con la decisione.
- 6030 Hanno diritto di esprimersi sul preavviso non soltanto l'assicurato e gli eventuali altri assicuratori interessati, ma anche tutte le parti alla procedura ai sensi dell'articolo 49 capoverso 4 LPGA.
- 6031 Queste parti e gli assicuratori interessati possono esprimersi soltanto per iscritto entro un termine di 30 giorni.
- 6032 Sono applicabili le regole valide per l'assicurato.

3 Notifica della decisione

3.1 Principio

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

- 6033 – direttamente all'assicurato, se non è rappresentato da terzi;
- 6034 – al rappresentante legale di assicurati minorenni o interdetti, se non è rappresentato da terzi (p. es. da avvocati);
- 6035 – al rappresentante autorizzato dall'assicurato o dal suo rappresentante legale al momento della notifica (RCC 1977 pag. 170);
- 6036 – se del caso, agli assicuratori di cui all'articolo 49 capoverso 4 LPGA;

3.2 Copie della decisione

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

- 6037 – all'assicurato o al suo rappresentante legale nel caso del N. 6035;
- 6038 – eventualmente agli uffici citati nell'articolo 76 capoverso 1 lettere d–g OAI.
- 6039 – ad altri uffici, secondo quanto previsto dalla COSCD.

4 Data di revisione e limitazione della durata delle prestazioni

- 6040 Su tutte le decisioni relative a prestazioni permanenti deve apparire una data di revisione.
- 6041 Se al momento della concessione della rendita è stata stabilita una data di revisione, non bisogna attendere la scadenza di tale termine se le condizioni sono mutate prima. Anche le rendite accordate con sentenza di un tribunale possono essere sottoposte a revisione se dopo la sentenza interviene un motivo di revisione.
- 6042 In casi di regresso, prima di procedere alla revisione della rendita, l'ufficio AI informa il servizio regressi sull'avvio della relativa procedura. Questa informazione dev'essere trasmessa in particolare quando nella procedura di revisione sono prescritte perizie mediche o commissionati altri accertamenti medici o professionali o accertamenti concernenti l'economia domestica. In questo modo l'ufficio AI e il servizio regressi possono coordinare i rispettivi accertamenti. L'informazione dev'essere trasmessa anche in casi di regresso già risolti mediante pagamento.

Il termine di revisione non è riportato nella decisione di rendita (RCC 1974 pag. 132). L'ufficio AI gestisce una lista di controllo delle revisioni previste.

6043 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.

5 Decisioni relative a rendite e assegni per grandi invalidi

5.1 In generale

6045 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.

6046
7/22 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 (art. 74^{ter} lett. f OAI). In tutti gli altri casi (modifica del diritto, revisione su richiesta) si deve redigere una decisione.

6047 Indipendentemente dall'emanazione di una decisione, l'ufficio AI notifica una copia della «Comunicazione della deliberazione concernente l'invalidità/la grande invalidità»:

6048 – alla cassa di compensazione cantonale situata nel luogo di residenza dell'assicurato con l'annotazione «per l'accertamento del rilevamento come persona che non esercita un'attività lucrativa» qualora venga corrisposta una rendita;

6049 – alla cassa pensioni, qualora sia accordata una rendita;

-
- 6050 – all'amministrazione cantonale della tassa d'esenzione dall'obbligo militare, per gli uomini svizzeri dai 18 ai 34 anni.

5.2 Preparazione dell'emanazione della decisione in caso di prestazioni in contanti a favore di maggiorenti

- 6051 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.
- 6052 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).
- 6053 Alla cassa di compensazione vanno inviate:
- 6054 – 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.;
- 6055 – le copie di documenti esistenti necessari alla fissazione delle indennità giornaliera.
- 6056 La cassa di compensazione richiede i documenti mancanti (p. es. per calcolare rendite/indennità giornaliera) direttamente all'assicurato se l'ufficio AI non li ha richiesti o lo ha fatto solo in parte.
- 6057 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);

- calcolare l'importo di rendite, indennità giornaliera, assegni per il periodo d'introduzione 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.

6058 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: rendita intera, tre quarti di rendita, mezza rendita o un quarto di rendita (sistema delle rendite in quarti di rendita) o quota percentuale di una rendita intera (sistema di rendite lineare);
 - assegno per grandi invalidi: 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 AVS
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 dell'assicurato il cui reddito è stato conteggiato;
 - reddito medio annuo determinante;

- periodo contributivo determinante;
- scala delle rendite applicabile.

12. destinatari delle copie

- 6059 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
- 6060 La parte di decisione della cassa di compensazione deve precedere quella dell'ufficio AI.
- 6061 Di solito le casse di compensazione inviano le decisioni e copie delle stesse a nome dell'ufficio.
- 6062 La cassa di compensazione provvede ad informare gli assicurati sulle modalità di pagamento delle prestazioni in contanti (v. le DR).

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

- 6063 Copie della decisione concernente le rendite e gli assegni per maggiorenni grandi invalidi devono essere notificate:
- 6064 – 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);
- 6065 – alle autorità fiscali competenti in analogia ai N. 9322 segg. DR;

-
- 6066 – all’organo competente dell’AINF¹, all’organo competente dell’AD, dell’AMa² 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;
- 6067 – agli altri destinatari indicati all’articolo 76 capoverso 1 OAI.
- 6068 Per il resto bisogna tener conto delle DR.

6 Decisioni concernenti le indennità giornaliere

- 6069 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);
- 6070 – all’AM se è stata istruita la procedura ufficiale di notifica;
- 6071 – all’organo competente dell’AINF³, qualora risulti dagli atti che fornisce prestazioni agli assicurati o che è stata istruita la procedura ufficiale di notifica;
- 6072 – all’organo competente dell’AINF⁴ 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;
- 6073 – eventualmente agli altri destinatari indicati all’articolo 76 capoverso 1 OAI.

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 LAMa.

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

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

7 Decisioni concernenti il contributo per l'assistenza

- 6074 Per la concessione di prestazioni di consulenza e sostegno è sufficiente una comunicazione. Tutte le altre decisioni devono essere formalmente notificate.
- 6075 Copie della decisione concernente il contributo per l'assistenza devono essere notificate:
- all'Ufficio centrale di compensazione;
- 6076 – eventualmente agli altri destinatari di cui all'articolo 76 capoverso 1 OAI.

8 Registrazione e trasmissione di comunicazioni

- 6077 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).
- 6078 L'ufficio AI trasmette immediatamente alla cassa di compensazione competente le comunicazioni riguardanti il diritto alle indennità giornaliere, alle rendite e agli assegni per maggiorenni grandi invalidi in corso (art. 41 cpv. 1 lett. c OAI).

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

- 6079 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.
- 6080 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.

- 6081 Le decisioni di assegnare mezzi ausiliari per beneficiari di una rendita AVS vengono emanate dall'ufficio AI sotto forma di comunicazione.
- 6082 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.

10 Decisioni nell'ambito delle PC

- 6083 V. Allegato II.

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

1 Ufficio AI competente

1.1 Regolamentazione ordinaria

- 7001 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).
- 7002 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 Domicilio o residenza all'estero

In generale

- 7003 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. 7005–7008. Per la definizione di domicilio si applica il N. 7002.
- 7004 Se tuttavia gli assicurati dimorano in Svizzera per un periodo lungo o di durata indeterminata senza esservi domiciliati (v. N. 7022), il caso viene trattato dall'ufficio AI cantonale o comunale competente (art. 40 cpv. 2^{bis} OAI).

Frontalieri

- 7005 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).
- 7006 Il N. 7005 si applica anche agli ex-frontalieri se abitano ancora nella vecchia zona di frontiera (v. allegato VI) al momento della presentazione della domanda e se il danno

alla salute risale all'epoca della loro attività frontaliere (art. 40 cpv. 2 secondo periodo OAI).

- 7007 Nel caso di frontalieri ed ex-frontalieri che non risiedono o non risiedono più nella zona di frontiera o che lasciano la zona durante la procedura, l'ufficio AI cantonale che continua ad essere competente può richiedere l'assistenza amministrativa dell'ufficio AI per gli assicurati all'estero per l'istruttoria.
- 7008 La regolamentazione della competenza conformemente ai N. 7005 e 7006 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.
- 7009 L'ufficio AI per gli assicurati all'estero è sempre competente per quanto riguarda l'emaneazione di decisioni riguardanti i frontalieri (v. N. 7022).

1.3 Cambiamento dell'ufficio AI

1.3.1 Nel corso della procedura

- 7010 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).
- 7011 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.

1.3.2 A procedura conclusa

- 7012 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.
- 7013 Per quanto riguarda il cambiamento dell'ufficio AI nei casi di rendite va osservato il N. 7025.

1.3.3 Riconsiderazione di decisioni

- 7014 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

- 7015 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.
- 7016 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

- 7017 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.
- 7018 Per gli assicurati che non versavano o non dovevano versare 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.
- 7019 Per calcolare e versare le indennità giornaliere e le indennità per spese di custodia e d'assistenza si applica per analogia il N. 7017. 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.
- 7020 La competenza in materia di mezzi ausiliari e prestazioni sostitutive dell'assicurazione per la vecchiaia è regolamentata nella CMAV.

2.2 Casi speciali

2.2.1 Assicurati senza contributi

- 7021 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. 7001 segg.). Per il resto sono applicabili le DR.

2.2.2 Domicilio o residenza all'estero

- 7022 Per gli assicurati domiciliati o residenti all'estero, frontalieri compresi, è competente – fatto salvo il N. 7022 – la CSC. Per la definizione di domicilio si rimanda al N. 7002.
- 7023 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.
- 7024 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.
- 7025 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

- 7026 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.
- 7027 Se in seguito vengono fatte valere ulteriori prestazioni dell'AI, la competenza delle casse è regolata dai N. 7017–7023. Vanno osservate le direttive sulla riduzione di prestazioni in casi di cumulo.

3 Conflitti di competenza

- 7028 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).

7029 L'UFAS decide pure in merito a controversie riguardanti la collaborazione di altri uffici AI (N. 7015 e 7016; art. 40 cpv. 4 OAI).

4 Ricusazione

7030 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). L'ufficio AI del cantone di domicilio rende la decisione.

8ª parte: ricorso a servizi specializzati e specialisti (art. 59 cpv. 3 e 5 LAI)

1 Definizione e posizione

- 8001 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.
- 8002 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.
- 8003 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

- 8004 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

- 8005 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.

- 8006 Se, previo accordo dell'ufficio AI, i provvedimenti 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

- 8007 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.
- 8008 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.
- 8009 Il mandato può essere accompagnato da direttive del mandante indicanti le modalità esecutive.
- 8010 I mandati attribuiti a servizi specializzati e specialisti devono riguardare soltanto questioni di competenza dell'ufficio AI. In particolare non possono riguardare attività assistenziali.
- 8011 L'accompagnamento del figlio dal medico e altre attività analoghe non possono essere fatturati.
- 8012 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

- 8013 Tutte le indicazioni e i documenti necessari per l'esecuzione del mandato devono essere messi a disposizione del servizio specializzato o dello specialista.
- 8014 L'ufficio AI informa il servizio specializzato o lo specialista dell'obbligo di mantenere il segreto e delle sanzioni penali in caso di trasgressione.

2.2 Esecuzione del mandato

- 8015 I servizi specializzati e gli specialisti devono eseguire essi stessi i mandati.

Allegati:

- I Istruzioni agli uffici AI riguardanti l'aiuto amministrativo alle assicurazioni estere per l'invalidità, del 24 febbraio 1965 (11.272)
- II Accertamento del grado di invalidità per ordine degli uffici PC
- III Mandato per una perizia medica
- IV Struttura della perizia
- V Struttura della valutazione consensuale per perizie bidisciplinari e pluridisciplinari
- VI Grenzzone – Zone frontalière – Zona di frontiera

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'incarico 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 giornaliere 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 giornaliere 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

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, quest'ultimo la invia a stretto giro di posta all'ufficio PC competente. Senza un mandato da parte dell'ufficio PC, l'ufficio AI 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'ufficio A 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'ufficio AI 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'ufficio AI.

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'ufficio AI. Se secondo l'ufficio AI bisogna effettuare prima un controllo, l'ufficio AI lo comunica all'ufficio PC in occasione della notifica del grado di invalidità.

Allegato III

Mandato per una perizia medica

Assicurazione federale per l'invalidità AI

Gentile signora.../Egregio signor...

con la presente La invitiamo ad allestire una perizia medica sulla signora XXX/sul signor YYY per l'assicurazione invalidità (AI). Nel quadro di questo mandato, la struttura della perizia dovrà rispettare esattamente la forma del modello seguente. In particolare nel caso di problematiche psichiatriche e psicosomatiche occorre fornire accurate spiegazioni in merito ai singoli punti e agli elenchi di temi. La preghiamo di tenere presente che dovrà rispondere in modo esplicito a tutte le domande formulate in questo mandato nonché alle domande che figurano nella struttura modello. Nel testo non sono ammessi rimandi ad altri passaggi. Per l'allestimento della perizia, La preghiamo di basarsi sulle linee guida delle società mediche per la qualità delle perizie psichiatriche in ambito assicurativo.

In base alle prescrizioni dell'ufficio AI (v. [Istruzioni | IVA | Verein eAHV-IV](#)), il colloquio tra l'assicurato/a e il perito deve essere registrato su supporto audio e quest'ultimo va inoltrato all'ufficio AI secondo le istruzioni. Un colloquio comprende l'intero colloquio dell'esame, che consta dell'indagine anamnestica e della descrizione dei disturbi da parte dell'assicurato.

Mandati per perizie bidisciplinari e pluridisciplinari

La valutazione consensuale avviene assieme ai periti coinvolti nel quadro di un colloquio consensuale. La preghiamo di allestire le singole perizie nonché la valutazione consensuale secondo la struttura prescritta.

Termine

Perizie monodisciplinari e bidisciplinari: 90 giorni

Perizie pluridisciplinari: 130 giorni

Remunerazione

Lo svolgimento delle perizie è remunerato secondo le tariffe previste in funzione del mandato peritale.

Motivo e circostanze della perizia

(formulazione caso per caso da parte dell'ufficio AI)

Contesto del mandato

Stato della procedura: per esempio prima richiesta di prestazioni / nuova richiesta di prestazioni / revisione. Negli ultimi due casi si prega di indicare con precisione la decisione determinante e la documentazione medica su cui essa è basata. Elencare i periodi documentati di incapacità lavorativa (con indicazione del grado d'incapacità in percentuale).

Fornire informazioni sull'eventuale svolgimento di un'osservazione e/o sul materiale ad essa relativo.

Situazione medica

Breve riepilogo della situazione medica specifica con esposizione e motivazione dei temi da chiarire nell'ambito della perizia (o degli elementi già chiari).

Problematica

Esposizione degli aspetti che l'ufficio AI (il SMR) desidera concretamente siano trattati dal perito (p. es. andamento dell'incapacità lavorativa a partire da un determinato momento).

Profilo dei requisiti dell'attività svolta fino a quel momento e delle mansioni consuete

L'ufficio AI descrive lo stato dell'assicurato (lavoratore a tempo pieno/a tempo parziale, lavori domestici/mansioni consuete) e l'attività/le mansioni consuete da lui svolte (p. es. mediante descrizione del posto di lavoro, profilo di resistenza, accertamento nell'economia domestica, nella misura in cui tali informazioni sono disponibili).

Domande dell'ufficio AI inerenti al caso specifico (scelta caso per caso da parte dell'ufficio AI)

Revisione (solo per i casi sottoposti a revisione)

- *Rispetto alla situazione documentata negli atti alla base della summenzionata decisione determinante, si è verificato un cambiamento dello stato di salute? Quali cambiamenti emergono dai reperti e dalle diagnosi pertinenti?*
- *Quando è presumibilmente subentrato il cambiamento?*

- *Il cambiamento dello stato di salute ha prodotto un cambiamento dell'incapacità al lavoro nel quadro dell'attività svolta e della capacità lavorativa in un'attività adeguata? In caso affermativo, da quando e in che misura?*

Economia domestica / Attività lucrativa a tempo parziale

Casi senza accertamento nell'economia domestica

Dal punto di vista medico, quali ripercussioni hanno i danni alla salute sulle seguenti attività?

- ***Pasti*** (pulire/pelare/sbucciare, cucinare, apparecchiare, effettuare la pulizia quotidiana della cucina ecc.)
- ***Pulizia e ordine dell'alloggio*** (riordinare, spolverare, passare l'aspirapolvere, lavare i pavimenti, pulire il bagno, rifare il letto, effettuare pulizie approfondite, eliminare i rifiuti ecc.)
- ***Acquisti e altre commissioni*** (acquisti quotidiani e spesa settimanale, amministrazione ecc.)
- ***Bucato e cura dei vestiti*** (lavare, stendere e ritirare il bucato, stirare ecc.)
- ***Accudimento dei figli e/o di altri familiari*** (contatti con la scuola/gli insegnanti, aiuto nel disbrigo dei compiti, organizzazione del tempo libero, visite mediche ecc.)
- ***Curare le piante, il giardino e le aree adiacenti***

Casi in cui è già disponibile il rapporto sull'accertamento nell'economia domestica

Le limitazioni dichiarate nel rapporto di accertamento sono plausibili dal punto di vista medico?

Allegato: «Istruzioni per le registrazioni su supporto audio»

Allegato IV**Struttura della perizia**

Assicurazione federale per l'invalidità

1. Situazione iniziale e aspetti formali**1.1 Svolgimento del mandato peritale; aspetti formali**

Indicazioni sul mandante

Indicazioni sull'assicurato (cognome, nome, data di nascita, indirizzo, numero AVS, indicazioni per la verifica dell'identità)

Indicazioni sul perito (nome, indirizzo, titolo di medico specialista)

Data del mandato, data di ricezione, date e ore d'inizio e di fine degli esami e data della chiusura della perizia.

Indicazioni sull'eventuale partecipazione di un interprete e, se del caso, sulla lingua in cui ha tradotto.

1.2 Motivo e circostanze della perizia (come contenuti nel mandato)

Contesto del mandato

Situazione medica

Problematica

Profilo dei requisiti dell'attività svolta fino a quel momento

1.3 Panoramica delle fonti impiegate

Atti messi a disposizione dal mandante (incarto AI ed eventualmente materiale relativo all'osservazione, atti dell'AINF, atti delle autorità di perseguimento penale ecc.)

Elenco sommario degli atti supplementari presentati dal perito o a lui forniti

Esami e reperti propri

Esami, perizie e rapporti complementari

Informazioni fornite da terzi

2. Estratto degli atti

(comprese rilevazioni dedotte dal materiale relativo all'osservazione)

Nel caso di perizie bidisciplinari e pluridisciplinari vanno allegati soltanto documenti aggiuntivi che non sono presenti nell'estratto interdisciplinare degli atti (allegato della valutazione consensuale). Eventualmente il perito può fornire una sintesi di documenti già presenti nell'estratto interdisciplinare degli atti.

3. Anamnesi

3.1 Informazioni fornite spontaneamente dall'assicurato nel quadro di un colloquio aperto

3.2 Temi del colloquio di approfondimento, da affrontare in modo selettivo in funzione della problematica in questione

Disturbi attuali (presentazione libera seguita da un'intervista strutturata)

Disturbi attuali; insorgenza e decorso dei disturbi, reazioni dell'ambiente; provvedimenti terapeutici, idea che l'assicurato si è fatto della propria malattia; gestione dei disturbi nella vita quotidiana, strategie di adattamento, aspettative per il futuro e idea del futuro decorso della malattia

Anamnesi sistematica psichiatrica e/o somatica; consumo di sostanze psicotrope

Anamnesi familiare / Ereditarietà

Avvenimenti particolari alla nascita, sviluppo durante la prima infanzia, relazioni all'interno della famiglia primaria, comportamenti particolari nel periodo prescolastico e scolastico

Iter scolastico e professionale, cariche e attività esercitate a titolo volontario, servizio militare

Biografia lavorativa (p. es. attività professionali e posizioni ricoperte nella professione, interruzione dell'attività professionale [data e circostanze], esperienze con provvedimenti d'integrazione o con lavori a titolo di prova)

Quadro clinico dei disturbi legati al lavoro (valutazione e motivazione dell'assicurato su cosa funziona ancora e su cosa non è più possibile sul lavoro)

Anamnesi sociale (p. es. abitazione, situazione finanziaria/situazione debitoria, relazione di coppia, figli, autorità parentale, provvedimenti ai sensi del diritto di protezione dei minori e degli adulti, obblighi di mantenimento, eventualmente anche nel Paese di origine, rete di contatti e organizzazione delle relazioni sociali, atteggiamento dell'ambiente socio-familiare nei confronti della disabilità)

Esperienze di vita decisive; eventuali infrazioni di legge (ad es. anche nell'ambito della circolazione stradale)

Esposizione dettagliata e rappresentativa dello svolgimento di una giornata tipo, organizzazione del tempo libero, hobby, aiuti necessari nell'ambito dell'economia domestica e della vita di tutti i giorni, utilizzazione dei mezzi di trasporto, modo in cui è stato raggiunto il luogo dell'esame medico, viaggi turistici ecc.

Trattamento/i seguito/i finora, inclusi i farmaci (indicare anche i metodi al di fuori della medicina universitaria; segnalare anche l'eventuale assenza di terapia)

Aspettative per il futuro in generale e, in particolare, per quanto riguarda le attività professionali o l'integrazione

Discussione di eventuali incoerenze emerse

Discussione dell'eventuale materiale relativo all'osservazione (Osservazione sugli ultimi due punti: spetta al perito decidere in quale momento discutere le incoerenze e il materiale relativo all'osservazione; eventualmente le incoerenze emergono solo nel corso dell'esame. Queste discussioni vanno documentate in questa parte. È probabile che prima dell'allestimento della perizia, l'ufficio AI abbia sottoposto all'assicurato il materiale relativo all'osservazione e che quest'ultimo sia dunque documentato nell'incarto)

4. Reperto

4.1 Osservazioni sul comportamento e sull'aspetto esteriore

(interazioni, cooperazione e motivazione, livello di stress al momento dell'arrivo e all'inizio del colloquio ecc.)

4.2 Comprensione linguistica

(ricorso a interpreti, livello della comprensione)

4.3 Reperti dell'esame

Reperto somatico

Reperto psichiatrico

Reperti complementari

Esami strumentali ed esami di laboratorio

Esami psicologici complementari

5. Eventuali informazioni fornite da terzi (p. es. medici curanti)

6. Valutazione medica

6.1 Sintesi della storia personale, professionale e sanitaria dell'assicurato e descrizione della sua situazione psichica, sociale e medica attuale

Parere sulla personalità dell'assicurato, in particolare in merito alle risorse personali, parere sul sostegno e sulle difficoltà nel contesto sociale

6.2 Valutazione della coerenza e della plausibilità

Determinare se vi è analogia tra le limitazioni nello svolgimento delle attività in tutti gli ambiti della vita affini e se di conseguenza siano state eseguite terapie adeguate ai sintomi descritti (effettiva sofferenza).

Determinare la coerenza e plausibilità dei sintomi e/o delle limitazioni funzionali lamentati nonché la validità e l'attendibilità dei risultati degli esami.

Discutere e valutare eventuali divergenze tra le informazioni degli atti e le valutazioni anteriori effettuate da specialisti (p. es. anche i rapporti sui provvedimenti d'integrazione).

6.3 Diagnosi

Elenco e derivazione delle diagnosi. Valutazione e classificazione dei disturbi e dei risultati degli esami in relazione agli attuali sistemi diagnostici e in relazione a valutazioni precedenti, eventualmente divergenti; considerazioni di tipo diagnostico-differenziali; indicazione chiara dei criteri soddisfatti nei differenti sistemi diagnostici nel caso concreto; valutazione motivata del grado di gravità del disturbo. (È possibile, ma non obbligatorio, suddividere esplicitamente le diagnosi tra quelle con o senza ripercussioni sulla capacità lavorativa)

7. Valutazione medico-assicurativa (prognosi e capacità)

7.1 Valutazione del percorso precedente di terapie, riabilitazioni, provvedimenti d'integrazione ecc. e discussione delle possibilità di guarigione

Parere sul percorso delle terapie, motivazione per l'interruzione di interventi. Se del caso, determinare se i problemi di cooperazione siano da ricondurre alla malattia o alla mancanza di risorse. Per la valutazione del potenziale d'integrazione stabilire se i trattamenti eseguiti fino a quel momento siano stati adeguati e siano state esaurite tutte le possibilità terapeutiche e valutare la prognosi sul decorso della malattia. Se del caso, indicare ulteriori opzioni di trattamento.

7.2 Valutazione di capacità, risorse e problemi

Derivazione e descrizione dei disturbi funzionali e della capacità nonché delle risorse dei problemi presenti, con apprezzamento critico del percorso (analisi longitudinale), dell'autovalutazione, della personalità e della disponibilità a cooperare dell'assicurato. Determinare se la combinazione di diversi disturbi lievi si ripercuota eventualmente in modo negativo sulla resistenza. Se del caso, distinguere tra i disturbi funzionali motivati sotto il profilo medico e quelli che non lo sono.

8. Elenco dei quesiti peritali e relative risposte

Capacità lavorativa e incapacità al lavoro nell'attività svolta fino a quel momento

- Quante ore di presenza al giorno sono esigibili da parte dell'assicurato nell'attività svolta in precedenza?
- Durante questo periodo di presenza si manifesta anche una limitazione del rendimento? In caso affermativo, in che misura e perché?
- Come valuta complessivamente l'attuale capacità lavorativa e incapacità al lavoro (si prega di indicare entrambi i valori) nell'attività svolta finora, in rapporto a un grado d'occupazione del 100 per cento?
- Come si sviluppa nel tempo questa capacità lavorativa?

Capacità lavorativa e incapacità al lavoro in un'attività adeguata

- Quali requisiti dovrebbe soddisfare un'attività adeguata in modo ottimale alla disabilità?
- Quante ore di presenza al giorno sono esigibili da parte dell'assicurato in un'attività di questo tipo?
- Durante questo periodo di presenza si assiste a una limitazione del rendimento anche in un'attività adeguata? In caso affermativo, in che misura e perché?
- Come valuta complessivamente la capacità lavorativa e incapacità al lavoro (si prega di indicare entrambi i valori) in un'attività adeguata nel libero mercato del lavoro, in rapporto a un grado d'occupazione del 100 per cento?
- Come si sviluppa nel tempo questa capacità lavorativa?

Provvedimenti medici e terapie con ripercussioni sulla capacità lavorativa

- Secondo i periti è possibile migliorare ancora in misura rilevante la capacità lavorativa mediante l'attuazione di provvedimenti medici? In caso negativo si prega di motivare brevemente.
- In caso affermativo, indicare con precisione le opzioni terapeutiche per il caso specifico, la durata presumibilmente necessaria affinché il trattamento abbia esito positivo e le prove scientifiche dell'efficacia della terapia proposta, compresa

una stima dei successi prevedibili. Vi sono motivi medici (rischi) per rinunciare alla terapia proposta?

Domande inerenti al caso specifico

(come contenute nel mandato)

9. Allegati (p. es. ulteriori documenti acquisiti)

Dichiarazione di indipendenza, imparzialità e obiettività

Con la sua firma, il perito conferma di aver eseguito il mandato dell'Al senza relazioni d'interesse, con imparzialità e in piena indipendenza nonché di aver tenuto conto, nelle sue argomentazioni e risposte, delle conoscenze mediche generalmente riconosciute e delle condizioni quadro della medicina assicurativa.

Conferma dell'inoltro della registrazione su supporto audio (se non è stata presentata rinuncia da parte dell'assicurato)

Con la propria firma il/la sottoscritto/a conferma di aver regolarmente trasmesso la registrazione su supporto audio conformemente alle prescrizioni dell'Al.

Allegato V**Struttura della valutazione consensuale per perizie bidisciplinari e pluridisciplinari**

Assicurazione federale per l'invalidità

Valutazione globale interdisciplinare**1. Svolgimento del mandato peritale; aspetti formali**

Indicazioni sul mandante

Indicazioni sull'assicurato (cognome, nome, data di nascita, indirizzo, numero AVS)

Data del mandato, data di ricezione, date e ore d'inizio e di fine degli esami e data della chiusura della perizia.

2. Informazioni sui periti e/o sugli esami

p. es. esame psichiatrico del v. allegato

Nome, titolo di specializzazione

p. es. esame reumatologico del v. allegato

Nome, titolo di specializzazione

p. es. esame neurologico del v. allegato

Nome, titolo di specializzazione

p. es. esame neuropsicologico del v. allegato

Nome, titolo di specializzazione

Diagnosi complementare della situazione eseguita:

3. Motivo e circostanze della perizia (come contenuti nel mandato)

Contesto del mandato

Situazione medica

Problematica

Profilo dei requisiti dell'attività svolta fino a quel momento e delle mansioni consuete

4. Valutazione globale interdisciplinare (valutazione consensuale)

4.1. Breve riepilogo del decorso della malattia

(nessuna anamnesi, niente copie delle perizie; la derivazione delle diagnosi è già stata eseguita nella perizia)

4.2. Valutazione della coerenza e della plausibilità

4.3. Diagnosi rilevanti con breve esposizione delle limitazioni funzionali emerse dai reperti

(È possibile, ma non obbligatorio, suddividere esplicitamente le diagnosi tra quelle con e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa)

4.4. Discussione di aspetti della personalità, fattori di stress e risorse eventualmente rilevanti

4.5. Motivazione della capacità lavorativa complessiva

(le capacità lavorative parziali sono interamente o parzialmente addizionabili o non lo sono affatto; motivazione di un'eventuale riduzione del rendimento)

4.6. Capacità lavorativa e incapacità al lavoro nell'attività svolta finora

- Quante ore di presenza al giorno sono esigibili da parte dell'assicurato nell'attività svolta in precedenza?
- Durante questo periodo di presenza si manifesta anche una limitazione del rendimento? In caso affermativo, in che misura e perché?
- Come valuta complessivamente l'attuale capacità lavorativa e incapacità al lavoro (si prega di indicare entrambi i valori) nell'attività svolta finora, in rapporto a un grado d'occupazione del 100 per cento?
- Come si sviluppa nel tempo questa capacità lavorativa?

4.7. Capacità lavorativa e incapacità al lavoro in un'attività adeguata

- Quali requisiti dovrebbe soddisfare un'attività adeguata in modo ottimale alla disabilità?
- Quante ore di presenza al giorno sono esigibili da parte dell'assicurato in un'attività di questo tipo?
- Durante questo periodo di presenza si assiste a una limitazione del rendimento anche in un'attività adeguata?
- In caso affermativo, in che misura e perché?
- Come valuta complessivamente l'attuale capacità lavorativa e incapacità al lavoro (si prega di indicare entrambi i valori) in un'attività di questo tipo nel libero mercato del lavoro, in rapporto a un grado d'occupazione del 100 per cento?
- Come si sviluppa nel tempo questa capacità lavorativa?

4.8. Provvedimenti medici e terapie con ripercussioni sulla capacità lavorativa

- Secondo il parere del perito, la capacità lavorativa può ancora essere migliorata in modo rilevante da provvedimenti medici (in caso negativo, breve giustificazione)?
- Se sì, si prega di fornire informazioni più dettagliate sulle singole opzioni terapeutiche, la durata prevista del trattamento fino al raggiungimento del successo e l'efficacia della terapia proposta, compresa l'entità del successo previsto.
- Ci sono ragioni mediche (rischi, risorse individuali ridotte) che sono sfavorevoli proposta alla terapia proposta?

4.9. Risposta interdisciplinare alle domande supplementari

5. Informazioni sull'elaborazione della valutazione consensuale con firma

Indicazioni su quando si è tenuta la discussione, chi ha formulato la valutazione, chi era presente (personalmente, a distanza), chi ha rinunciato in via eccezionale a partecipare considerata la situazione e perché

Allegati

- Riepilogo degli atti di tutte le discipline
- Perizie di tutte le discipline

Allegato VI**Grenzzone – Zone frontalière – Zona di frontiera**

In der Bundesrepublik Deutschland:

die Stadt Freiburg, die kreisfreie Stadt Kempten (Allgäu), die Landkreise Breisgau – Hochschwarzwald, Lörrach, Waldshut—Teningen, Schwarzwald – Baar—Kreis, Tuttlingen, Konstanz, Sigmaringen, Biberach, Ravensburg, Bodenseekreis, Lindau (Bodensee) und Oberallgäu;⁵

In Österreich:

das Land Vorarlberg und der politische Bezirk Landeck.⁶

En France:

La zone frontalière comprend le territoire inclus dans une largeur de dix kilomètres à partir de la frontière et les communes de la zone franche du Pays de Gex et de la Haute—Savoie.⁷

Per l'Italia

Valle d'Aosta

Courmayeur – Saint Rhémy – Saint Oyen – Etroubles – Allain – Gignod – Doues – Valpelline – Oyace – Bionaz – Valtournanche – Ayas – Gressoney la Trinité – Gressoney St. Jean (limitatamente al capoluogo e al territorio a Nord di esso).

Provincia di Vercelli

Alagna Valsesia.

Provincia di Novara

Macugnaga – Ceppo Morelli – Vanzone con San Carlo – Antrona—Schieranco – Trasquera – Varzo – Crodo – Baceno – Premia – Formazza – Santa Maria Maggiore – Craveggia – Toceno – Re – Malesco – Cùrsolo Orasso – Gurro – Cavaglio Spocchia – Falmenta – Cannobio – Tràrego Viggiona – Cànnero.

⁵ Art. 1 Abs. 2 Abkommen zwischen dem Schweizerischen Bundesrat und der Regierung der Bundesrepublik Deutschland über den Grenzübertritt von Personen im kleinen Grenzverkehr (0.631.256.913.63)

⁶ Art. 1 Abs. 2 Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Österreich über den Grenzübertritt von Personen im Kleinen Grenzverkehr (0.631.256.916.33).

⁷ Art. 5 al. 1 de l'Accord entre la Suisse et la France relatif à la circulation frontalière (0.631.256.934.91).

Provincia di Varese

Pino sulla sponda del Lago Maggiore – Tronzano Lago Maggiore – Veddasca – Maccagno Superiore – Curiglia con Monteviasco –Agra – Dumenza – Luino – Germignaga – Cremenaga – Montegrino Valtravaglia – Castelvecchana – Brissago Valtravaglia – Casalzuigno – Cuvio – Castello Cabiaglio – Cassano Valcuvia – Rancio Valcuvia – Cadelgiano Viconago – Val Marchirolo – Cunardo – Ferrera di Varese –Masciago Primo – Bédéro Valcuvia – Brinzio – Lavena Ponte Tresa – Marzio – Valganna – Brusimpiano – Cuasso al Monte – Porto Ceresio – Bisuschio – Viggiù – rcsiate – Induno Olona – Cantello – Varese – Casciago – Malnate – Azzate – Gazzada Schianno – Morazzone – Lozza –Vedano Olona – Castiglione Olona – Venegono.

Provincia di Como

Ròdero – Bizzarone – Valmorea – Cagno – Albiolo – Solbiate Comasco – Binago – Castelnuovo Bozzente – Uggiate Trévano –Faloppio – Olgiate – Comasco – Beregazzo con Figliaro – Oltrona S. Mamette – Appiano Gentile – Guanzate – Ronago – Lieto Colle – Girònico – Lurate Caccivio – Bulgarograsso – S. Fermo della Battaglia – Como – Montano Lucino – Villa Guardia – Grandate – Luisago – Cassina Rizzardi – Cadorago – Casnate con Bernate – Fino Mornasco – Vertemate con Minoprio – Cucciago – Senna Comasco – Cantù – Capiago Intimiano –Lipòmo – Montòrfano – Albese con Cassano – Albavilla – Masliànico – Cernobbio – Brunate – Tavernerio – Blevio – Moltrasio – Torno – Carate Uriò – Faggeto Lario – Pognana Lario – Laglio – Briennio – Zebio – Véleso – Schignano – Nesso – Lezzeno – Casasco d’Intelvi – Cerano d’Intelvi – Dizzasco – Argegno – Castiglione d’Intelvi – Blessagno – Pigra – Colonno – S. Fedele d’Intelvi – Lanzo d’Intelvi – Pello d’Intelvi –Laino – Ramponio Verna – Ponna – Sala Comacina – Ossuccio – Lenno – Clàino con Osteno – Bene Lario – Valsoda – Porlezza Còrrido – Carlazzo – Gràndola e Uniti – Mezzegra – Tremezzo – Griante – Menaggio Val Rezzo – Cusino – Plesio – Santa Maria Rezzònico – Cavargna –Sannazzaro Val Cavargna – S. Bartolomeo Val Cavargna – Cremia – Pianello – Lario – Musso – Dongo Garzeno – Stazzona Germàsino –Consiglio di Rumo – Dosso del Liro – Gravedona Pegglio – Domaso – Livio – Vercana – Trezzone – Montemezzo – Gera Lario – Sòrico.

Provincia di Sondrio

Samolaco – Gordona – Menarola – Mese – Prata Camportaccio – Chiavenna – Piuro – Villa di Chiavenna – S. Giacomo Filippo – Campodolcino – Isolato – Lòvero Valtellino – Vervio – Tovo di Sant’Agata – Mazzo di Valtellina – Grosotto (per il territorio dal confine all’Adda) – Novate Mezzola (per la sola frazione di Codera) – Val Masino – Chiesa Valmalenco – Lanzada – Chiuro – Teglio (per il territorio dal confine all’Adda) – Bianzone – Villa di Tirano – Tirano – Sernio – Grosio (per il territorio dal confine all’Adda) – Valle di Dentro – Livigno – Bormio – Ponte in Valtellina (per la parte del suo territorio delimitata a Nord e ad Est dal confine con il Comune di Chiuro, ad Ovest da quello con il Comune di Tresivio e a Sud dalla statale n. 38).

Provincia di Bolzano

Prato allo Stelvio – Glorenza – Sluderno – Tubre – Malles Venosta (limitatamente alle frazioni di Slingia, Burgusio, Clusio, Landes, Malles, Piavenna e Tarces) – Curon Venosta (limitatamente alle frazioni di Curon, Resia e S. Valentino alla Muta).⁸

⁸ Allegato 1 della Convenzione tra la Svizzera e l'Italia per il traffico di frontiera ed il pascolo (0.631.256.945.41).