

Ufficio federale delle assicurazioni sociali

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

Valida dal 1° gennaio 2004

Stato: 1° luglio 2006

UFCL, Distribuzione pubblicazioni, CH-3003 Berna
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

Premessa

La nuova edizione di questa circolare, resa necessaria dai numerosi cambiamenti intervenuti in seguito alla 4^a revisione AI, sostituisce la versione valida dal 1° gennaio 2003.

Le principali novità sono l'introduzione dei Servizi medici regionali e la creazione di una base per facilitare la collaborazione tra gli uffici AI, gli organi d'esecuzione dell'assicurazione contro la disoccupazione e gli organi esecutivi cantonali competenti per la promozione dell'integrazione professionale (la cosiddetta collaborazione interistituzionale). Inoltre la procedura riguardante le decisioni e il pagamento degli assegni per grandi invalidi a favore di maggiorenni e di minorenni è regolata in maniera differente.

Le future modifiche e aggiunte potranno essere inserite, come di consueto, mediante fogli sostitutivi.

Ambito Assicurazione per l'invalidità
Beatrice Breitenmoser, vicedirettrice

Premessa al supplemento 1, valido dal 1° luglio 2006

Il presente supplemento è stato reso necessario dalle modifiche della LAI concernenti la semplificazione della procedura AI. In particolare sono stati disciplinati i dettagli relativi alla procedura di preavviso, che sostituisce la procedura di opposizione in materia di prestazioni AI.

Le modifiche e aggiunte sono inserite, come di consueto, mediante fogli sostitutivi contrassegnati in basso a destra dalla data dell'entrata in vigore (7.06). Le modifiche materiali sono inoltre contrassegnate dall'annotazione 7/06 sotto il numero marginale corrispondente.

Indice

Abbreviazioni	11
Introduzione	15
1^a parte: procedura di presentazione della richiesta	
1. Presentazione della richiesta.....	17
1.1 Forma	17
1.1.1 In generale.....	17
1.1.2 Moduli di richiesta.....	17
1.1.3 Uffici e depositari di moduli.....	18
1.2 Allegati.....	18
1.3 Legittimazione	18
1.3.1 Assicurati	18
1.3.2 Autorità e terzi.....	18
1.3.3 Rappresentanza	19
1.4 Luogo di presentazione	20
1.4.1 Ufficio AI	20
1.4.2 Cassa di compensazione.....	20
1.4.3 Servizi specializzati dell'aiuto agli invalidi.....	20
1.5 Ritiro della richiesta	21
1.6 Rinuncia alle prestazioni.....	21
2. Effetti della richiesta	22
2.1 Salvaguardia dei diritti in generale.....	22
2.2 Salvaguardia dei diritti nell'ambito delle rendite e degli assegni per grandi invalidi	22
2.3 Salvaguardia dei diritti nell'ambito dei provvedimenti d'integrazione	23
3. Esonero dall'obbligo di mantenere il segreto.....	23
4. Informazione degli assicurati	24
5. Raggiugli e consulenza agli assicurati.....	24
6. Registrazione della richiesta.....	25
7. Comunicazione all'UCC/all'UFAS.....	25

2^a parte: Procedura di accertamento

1. Esami preliminari	27
1.1 Controllo formale	27
1.1.1 Competenza	27
1.1.2 Completezza della richiesta.....	27
1.1.3 Incarti dell'AI già esistenti	27
1.1.4 Insorgenza di un infortunio	28
1.2 Verifica delle generalità	28
1.3 Informazione degli assicurati	29
1.4 Controllo delle condizioni d'assicurazione	29
1.4.1 In generale.....	29
1.4.2 Estensione del controllo.....	29
1.4.3 Modo di procedere se l'assicurato non adempie le condizioni d'assicurazione	30
1.5 Collaborazione con altri istituti assicurativi	30
1.5.1 Assicurazione infortuni, assicurazione militare, assicurazione contro la disoccupazione	30
1.5.2 Casse malati riconosciute.....	31
1.6 Collaborazione interistituzionale (CII)	31
1.6.1 Promozione della CII	31
1.6.2 Scopo della CII	32
1.6.3 Obbligo del segreto tra gli uffici AI e gli organi dell'AD	32
1.6.4 Obbligo del segreto tra gli uffici AI e gli organi esecutivi cantonali	32
1.6.5 Forma dello scambio di dati.....	33
2. Accertamento delle circostanze.....	33
2.1 In generale.....	33
2.1.1 Oggetto dell'accertamento.....	33
2.1.2 Obbligo degli assicurati di collaborare a stabilire i fatti	34
2.2 Compiti dell'ufficio AI	34
2.3 Richiesta di informazioni.....	35
2.3.1 In generale.....	35
2.3.2 Persone e organi tenuti a fornire informazioni	36
2.3.3 Assicuratori privati	38

2.4	Rilascio di informazioni e autorizzazione a consultare gli incarti AI	38
2.4.1	In generale.....	38
2.4.2	Eccezioni	38
2.5	Rapporto medico	40
2.5.1	In generale.....	40
2.5.2	Medico competente	40
2.5.3	Contenuto del rapporto medico	41
2.6	Perizie mediche	42
2.6.1	In generale.....	42
2.6.2	Informazione degli assicurati	43
2.6.3	Conferimento del mandato all'organo che effettua la perizia	43
2.6.4	Altri accertamenti dopo l'arrivo della perizia e l'informazione dell'organo che l'ha svolta	44
2.7	Integrazione professionale	45
2.7.1	Conferimento del mandato	45
2.7.2	Verifica dei provvedimenti professionali	46
2.7.3	Concessione o rifiuto di provvedimenti professionali.....	47
2.7.4	Controllo dei provvedimenti professionali	48
2.7.5	Collocamento.....	48
2.7.6	Rapporto conclusivo	49
2.8	Accertamento sul posto	50
2.8.1	Conferimento del mandato	50
2.8.2	Accertamento.....	52
2.8.3	Rapporto di accertamento	52
2.9	Costi cagionati dai provvedimenti d'accertamento	52
2.9.1	Assunzione delle spese.....	52
2.9.2	Indennità per perdita di guadagno e spese	53
2.9.3	Fatturazione.....	53

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

1.	Decisione dell'ufficio AI.....	55
1.1	In generale.....	55
1.2	Motivazione delle decisioni.....	55
1.3	Redazione e notifica delle decisioni.....	56
1.4	Verifica delle decisioni (revisione)	57
1.5	Vincolo alla decisione	57

2. Procedura di preavviso	57
2.1 Persona assicurata	57
2.2 Altre parti	58.1
3. Presa di posizione dell'UFAS	58.1
3.1 In generale.....	58.1
3.2 Preavviso obbligatorio dell'UFAS	58.2
4. Decisioni in caso di riconsiderazione di decisioni	58.2
5. Notifica della decisione – principio.....	58.2
5.1 Originale	58.2
5.2 Copie della decisione	59
6. Decisioni concernenti provvedimenti di integrazione.....	59
6.1 In generale.....	59
6.2 Notifica di copie di decisioni relative a provvedimenti di integrazione	60
7. Decisioni relative a rendite e assegni per grandi invalidi	61
7.1 In generale.....	61
7.2 Preparazione dell'emanazione della decisione in caso di prestazioni in contanti a favore di maggiorenni.....	62
7.3 Notifica di copie di decisioni concernenti le rendite e gli assegni per maggiorenni grandi invalidi	65
7.4 Notifica di copie di decisioni concernenti le indennità giornaliera.....	65
8. Registrazione e trasmissione di comunicazioni	66
9. Decisioni nell'ambito dell'AVS (assegni per grandi invalidi, mezzi ausiliari).....	66
10. Decisioni nell'ambito delle PC	67

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

1. Ufficio AI competente	69
1.1 Regolamentazione ordinaria.....	69
1.2 Casi speciali	69
1.2.1 Collocamento tramite un istituto d'assistenza.....	69
1.2.2 Domicilio o residenza all'estero	69
1.3 Cambiamento dell'ufficio AI	70
1.3.1 Nel corso della procedura.....	70

1.3.2	A procedura conclusa.....	71
1.3.3	Riconsiderazione di decisioni	71
1.4	Collaborazione tra uffici AI.....	71
2.	Cassa di compensazione competente.....	72
2.1	Regolamentazione ordinaria.....	72
2.2	Casi speciali	72
2.2.1	Assicurati senza contributi	72
2.2.2	Domicilio o residenza all'estero	72
2.3	Unità dell'evento assicurato.....	73
3.	Conflitti di competenza	73
4.	Ricusazione	74
5^a parte: ricorso a servizi specializzati		
1.	Definizione e posizione.....	75
2.	Procedura	75
2.1	Conferimento del mandato	75
2.1.1	In generale.....	75
2.1.2	Informazione dell'assicurato	75
2.1.3	Forma e contenuto del mandato.....	76
2.1.4	Allegati al mandato	77
2.2	Esecuzione del mandato e rendiconto.....	77
3.	Rimborso delle spese ai servizi specializzati.....	78
6^a parte: ricorso ad altri organismi		
1.1	Servizi di accertamento medico (SAM).....	79
1.2	Valutazione della capacità funzionale (VCF)	79
2.	Centri di accertamento professionale (CAP)	80
2.1	Finalità	80
2.2	Conferimento del mandato	81
2.3	Forma del mandato	81
2.4	Tipo, durata, prolungamento e interruzione del soggiorno di accertamento	82
2.5	Collaborazione tra il CAP e l'ufficio AI	83
2.6	Rapporto	83
2.7	Provvedimenti al termine dell'accertamento (soprattutto disposizione di provvedimenti professionali)	84

7^a parte: Disposizione transitoria e finale

1. Disposizione transitoria	89
2. Disposizione finale.....	89
Allegato I: Indice dei moduli ufficiali	91
Allegato II: Direttive agli uffici AI riguardanti l'aiuto amministrativo alle assicurazioni estere per l'invalidità (del 24 febbraio 1965).....	93
Allegato III: Convenzione relativa alla visione degli incarti e alla comunicazione d'informazioni	97
Allegato IV: Accertamento del grado di invalidità per ordine degli uffici PC	101
Allegato V: Criteri per la trasmissione degli incarti all'SMR.....	103

Abbreviazioni

AD	Assicurazione contro la disoccupazione
AI	Assicurazione per l'invalidità
AINF	Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni conformemente alla legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni
AM	Assicurazione militare
AMal	Assicurazione contro le malattie
AVS	Assicurazione per la vecchiaia e i superstiti
CAP	Centro di accertamento professionale
CC	Codice civile svizzero
CII	Collaborazione interistituzionale
CIGI	Circolare sull'invalidità e la grande invalidità
Circ.	Circolare
COLSTA	Sistema d'informazione in materia di servizio di collocamento e di statistica del mercato del lavoro
CIGAI	Circolare sulle indennità giornaliere nell'assicurazione per l'invalidità
CPIP	Circolare sui provvedimenti d'integrazione d'ordine professionale
CSC	Cassa svizzera di compensazione
Decisione	Decisione formale dell'ufficio AI (decisione, comunicazione, deliberazione)

DR	Direttive sulle rendite
DSA	Direttive sullo statuto degli stranieri e degli apolidi nell'AVS e nell'AI
EED	Elaborazione elettronica dei dati
INSAI	Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni
LADI	Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza
LAI	Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità
LAINF	Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni
LAVS	Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
LPGA	Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali
N.	Numero marginale
OADI	Ordinanza sull'assicurazione contro la disoccupazione e sull'indennità per insolvenza
OAI	Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità
OAINF	Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni
OAVS	Ordinanza sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
OIC	Ordinanza sulle infermità congenite
OMAI	Ordinanza sulla consegna dei mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per l'invalidità

OMAV	Ordinanza sulla consegna dei mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per la vecchiaia
OPGA	Ordinanza concernente la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali
PA	Legge federale sulla procedura amministrativa
PC	Prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità
PP	Previdenza professionale
Pratique VSI	Rivista mensile dell'AVS, dell'AI e delle IPG, edita dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (prima del 1992: RCC)
RCC	Rivista mensile dell'AVS, dell'AI e delle IPG, edita dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (dal 1993: Pratique VSI)
SAM	Servizio di accertamento medico
SMR	Servizio medico regionale
TFA	Tribunale federale delle assicurazioni
UAI	Ufficio dell'assicurazione invalidità
UCC	Ufficio centrale di compensazione
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali
VCF	Valutazione della capacità funzionale

Introduzione

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

Sono inoltre riservate le regole procedurali nei casi di assicurati all'estero.

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

1^a parte: procedura di presentazione della richiesta

1. Presentazione della richiesta

1.1 Forma

1.1.1 In generale

1001 Chiunque esige una prestazione dell'AI deve presentare la richiesta sul modulo ufficiale.

1.1.2 Moduli di richiesta

1002 Per la richiesta di prestazioni dell'AI e dell'AVS è prevista una serie di moduli, elencati nell'Allegato I.

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

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

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

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

1007 Gli assicurati che, al compimento dei 18 anni, percepiscono una prestazione periodica dell'AI (sussidi per la frequenza di scuole speciali, assegno per minorenni grandi invalidi, prestazioni per la prima formazione professionale) o beneficiano di provvedimenti sanitari e richiedono un'indennità giorno-

liera, una rendita o un assegno per maggiorenni grandi invalidi devono presentare in ogni caso la domanda sul modulo ufficiale. A tale scopo, l'ufficio AI invia loro tempestivamente il modulo corrispondente (v. Allegato I).

1.1.3 Uffici e depositari di moduli

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

1.2 Allegati

Devono essere allegati alla richiesta:

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

1.3 Legittimazione

1.3.1 Assicurati

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

1.3.2 Autorità e terzi

1012 Le autorità e i terzi che, adempiendo un obbligo concreto di 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). Viene fatto salvo l'esonero dall'obbligo di mantenere il segreto da parte dell'assicurato (N. 1040 e segg.).

- 1013 I terzi autorizzati a presentare la richiesta sono segnatamente il coniuge, i genitori, i nonni, i figli, i nipoti o i fratelli e sorelle dell'assicurato.
- 1014 Se gli assicurati sono deceduti, i loro eredi sono legittimati a far valere il diritto a prestazioni pecuniarie dell'AI come pure qualsiasi altra persona che abbia a tale riguardo un interesse degno di essere tutelato (RCC 1974 p. 396).
- 1015 Gli organi d'esecuzione dei provvedimenti dell'AI, come ad esempio gli ospedali e i centri d'integrazione, non sono autorizzati a far valere di loro iniziativa i diritti degli assicurati. Lo stesso vale per le casse pensioni pubbliche e private, le casse malati e le altre istituzioni che versano agli assicurati prestazioni pecuniarie cui hanno diritto. Questi organi ed istituti non possono inoltrare una richiesta senza esserne stati autorizzati per iscritto dagli assicurati, dai rappresentanti legali o dai familiari legittimati ai sensi del N. 1013.
- 1016 Esiste assistenza regolare o cura permanente quando autorità o terzi prestano da lungo tempo all'assicurato un aiuto, anzitutto finanziario, costante e completo.
- 1017 Se gli assicurati sono incapaci di discernimento e non hanno né parenti né un/una rappresentante legale, la richiesta può essere inoltrata anche da persone che hanno cura di loro (art. 66 OAI, v. anche il N. 1043).
- 1018 L'ufficio AI deve in ogni caso informare gli assicurati se un'autorità o un terzo ha presentato una richiesta a loro favore.

1.3.3 Rappresentanza

- 1019 Le persone o gli enti legittimati a presentare una richiesta di prestazioni (N. 1011 e segg.) possono liberamente farsi rap-

presentare o assistere da un terzo (p. es. avvocato, servizio sociale, medico, scuola speciale, servizio scolastico, centro d'integrazione) purché non lo escluda l'urgenza di un accertamento. In questi casi l'ufficio AI deve esigere una procura scritta che autorizzi il richiedente ad inoltrare la domanda.

1.4 Luogo di presentazione

1.4.1 Ufficio AI

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

1.4.2 Cassa di compensazione

- 1021 Le richieste presentate alle casse di compensazione e alle loro agenzie sono giuridicamente valide.
- 1022 Le richieste devono essere munite di un timbro d'arrivo indicante la data d'arrivo e l'autorità presso la quale sono state presentate o di un'annotazione corrispondente e trasmesse senza indugio all'ufficio AI competente (art. 67 cpv. 2 OAI, art. 69^{bis} cpv. 3 OAVS).

1.4.3 Servizi specializzati dell'aiuto agli invalidi

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

1.5 Ritiro della richiesta

1024 La persona assicurata o il suo rappresentante può ritirare la richiesta a meno che un interesse legittimo della stessa o di altre persone interessate non vi si opponga. La dichiarazione di ritiro deve rivestire la forma scritta e non contenere nessuna riserva. L'ufficio AI deve confermare per iscritto di averla ricevuta.

1.6 Rinuncia alle prestazioni

1025 La persona avente diritto alla prestazione non può far valere la rinuncia alle prestazioni retroattivamente, bensì solo per prestazioni future.

1026 Le domande di rinuncia alle prestazioni vanno inoltrate all'UFAS assieme agli atti.

1027 È possibile revocare la rinuncia in ogni momento. In caso di revoca della rinuncia, però, le prestazioni possono essere concesse solo per il futuro. Sono esclusi versamenti retroattivi per il periodo precedente la rinuncia.

1028 Se la rinuncia è ammessa deve diventare oggetto di una decisione. La persona che rinuncia va informata sulle conseguenze del proprio atto.

1029 La questione della rinuncia alle prestazioni si pone per principio appena dopo che l'ufficio AI ha assegnato la prestazione tramite decisione. Fino a quel momento la persona assicurata può ritirare la propria richiesta ai sensi del N. 1024. Resta riservato il regresso.

2. Effetti della richiesta

2.1 Salvaguardia dei diritti in generale

- 1030 La presentazione di una richiesta di prestazioni all'AI tutela per principio tutti i diritti dell'assicurato fino al momento in cui è emanata la decisione (RCC 1976 p. 45).
- 1031 La data di presentazione di uno scritto che non soddisfa le esigenze formali o di un modulo inesatto è considerata quale data determinante di richiesta ai sensi dell'art. 48 cpv. 2 LAI, a condizione che sia stato rispettato il termine supplementare impartito (RCC 1970 p. 476).
- 1032 Se, dopo la conclusione della procedura (N. 4010), l'assicurato domanda all'AI nuove prestazioni (dello stesso genere o di natura diversa), la prestazione presa in considerazione può essere assegnata in linea di massima retroattivamente soltanto per i dodici mesi civili che precedono la nuova richiesta. Solo quando, in base allo stato degli atti, si può ammettere che il diritto avrebbe già dovuto essere esaminato in occasione della richiesta iniziale (N. 2033), quest'ultima rimane valida.
- 1033 Il diritto al pagamento retroattivo si estingue in ogni caso al più tardi cinque anni dopo la fine del mese per il quale la prestazione era dovuta (art. 24 cpv. 1 LPGGA); per il diritto al pagamento retroattivo cfr. anche le DR.

2.2 Salvaguardia dei diritti nell'ambito delle rendite e degli assegni per grandi invalidi

- 1034 Gli assicurati hanno diritto al pagamento retroattivo integrale della rendita se presentano la propria richiesta entro 12 mesi dalla nascita del diritto a questa rendita. Se la rendita viene richiesta più di 12 mesi dopo che è sorto il diritto, essa viene versata con effetto retroattivo solo per i 12 mesi civili precedenti la richiesta. La stessa regolamentazione è applicata all'assegno per grandi invalidi. Rimane riservato il N. 1038.

2.3 Salvaguardia dei diritti nell'ambito dei provvedimenti d'integrazione

Conformemente alle disposizioni legali (art. 78 OAI), l'AI si assume le spese relative ai provvedimenti d'integrazione

- 1035 – determinati mediante deliberazione prima della loro esecuzione e per la durata prevista;
- 1036 – eseguiti senza una precedente deliberazione, ma al massimo per i dodici mesi civili che precedono l'inoltro della richiesta (con riserva del N. 1038).
- 1037 Per ciò che riguarda l'assunzione delle spese per i provvedimenti d'accertamento, vedasi il N. 2118 e segg.
- 1038 Se l'assicurato non poteva essere a conoscenza dei fatti che giustificavano il diritto a prestazioni, ma, dopo esserne divenuto consapevole, presenta la sua richiesta entro i 12 mesi seguenti, possono essere assunte anche le spese di provvedimenti d'integrazione eseguiti oltre 12 mesi prima della presentazione della richiesta (RCC 1977 p. 52). Questa regola non è applicabile quando l'assicurato invoca a propria discolorpa l'ignoranza delle disposizioni legali (RCC 1963 p. 87).
- 1039 Le indennità giornaliere arretrate sono versate nella misura in cui sono assunti con effetto retroattivo i costi dei provvedimenti d'integrazione che esse accompagnano.

3. Esonero dall'obbligo di mantenere il segreto

- 1040 Quando presentano una richiesta, gli assicurati devono autorizzare tutte le persone o gli istituti interessati – ovvero medici, personale paramedico, ospedali, case di cura, datori di lavoro, assicurazioni pubbliche e private, casse malati, uffici amministrativi e servizi sociali privati – a fornire agli uffici competenti dell'AVS/AI le informazioni necessarie all'esame del diritto alle prestazioni o all'esecuzione del regresso dell'AVS/AI contro terzi responsabili.

- 1041 L'esonero dall'obbligo di mantenere il segreto deve essere di regola conferito dagli assicurati stessi, anche se la richiesta è inoltrata dalle autorità o da un terzo (N. 1012 e 1013).
- 1042 Se gli assicurati non hanno l'esercizio dei diritti civili, il diritto d'esonero è esercitato dai loro rappresentanti legali.
- 1043 Se non è stato designato ancora nessun rappresentante legale per assicurati incapaci di discernimento, l'esonero dall'obbligo di mantenere il segreto può essere autorizzato dalle persone legittimate, conformemente al N. 1012, a presentare la richiesta, quando la stessa non può altrimenti essere ulteriormente esaminata.
- 1044 L'esonero dall'obbligo di mantenere il segreto non è necessario laddove esiste un dovere legale d'informare (N. 2048–2056).

4. Informazione degli assicurati

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

5. Raggiugli e consulenza agli assicurati

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

6. Registrazione della richiesta

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

7. Comunicazione all'UCC/all'UFAS

- 1050 La "Circolare concernente la statistica delle infermità e delle prestazioni" regola volume e procedura della trasmissione di dati statistici all'UCC/all'UFAS.

2ª parte: Procedura di accertamento

1. Esami preliminari

1.1 Controllo formale

1.1.1 Competenza

(vedasi anche 4a parte)

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

1.1.2 Completezza della richiesta

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

Bisogna annotare nell'incarto (con data e visto)

- 2003 – se gli assicurati rifiutano o non sono in grado di presentare i documenti prescritti;
- 2004 – se i documenti allegati (certificato di assicurazione, documento d'identità, ecc.) sono stati rinviati agli assicurati (N. 2014); quando questo invio è accompagnato da una lettera, è sufficiente inserire una copia della stessa nell'incarto;
- 2005 – se l'ufficio AI, di propria iniziativa, apporta integrazioni o correzioni alla richiesta.

1.1.3 Incarti dell'AI già esistenti

- 2006 L'ufficio AI verifica se ha già ricevuto una richiesta riguardante l'assicurato in questione. Se constatata, in base al fasci-

colo o ad altre indicazioni, che un altro ufficio AI si è già occupato del caso, richiede a quest'ultimo il fascicolo (v. anche N. 4012).

1.1.4 Insorgenza di un infortunio

- 2007 Si rinvia alla circolare sui compiti degli uffici AI in caso di esecuzione del regresso contro terzi responsabili (KS über die Aufgaben der IV-Stellen bei der Ausübung des Rückgriffs auf haftpflichtige Dritte KS Regress IV, d/f).
- 2008 Bisogna inoltre tenere conto della circolare relativa all'assegno per grandi invalidi dell'AVS e dell'AI erogato in seguito a una grande invalidità causata da un infortunio.

1.2 Verifica delle generalità

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

1.3 Informazione degli assicurati

- 2013 L'ufficio AI conferma agli assicurati che hanno presentato la loro prima richiesta di averla ricevuta inviando loro in allegato un promemoria sulle prestazioni dell'AI e li informa sul probabile svolgimento della procedura.
- 2014 Con la conferma bisogna rinviare agli assicurati il documento d'identità (N. 1010) e il certificato di assicurazione AVS/AI (N. 1009). Una copia di quest'ultimo rimane nel fascicolo.
- 2015 Se le misure di accertamento necessarie causano importanti ritardi, gli assicurati devono esserne informati al più presto ed essere tenuti al corrente sullo svolgimento della procedura.

1.4 Controllo delle condizioni d'assicurazione

1.4.1 In generale

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

1.4.2 Estensione del controllo

- 2018 La verifica interessa la nazionalità, la qualità d'assicurato, il domicilio, la dimora e la relativa durata nonché la durata di contribuzione. Nel caso di cittadini stranieri osservare le DR e le DSA.
- 2019 Nel caso di domicilio derivato (N. 4002), vale la regola che i figli di uno straniero o di una straniera residenti in Svizzera adempiono le condizioni per ottenere delle prestazioni solo se anch'essi dimorano ininterrottamente in Svizzera. Se invece si trovano all'estero, non sono domiciliati nello stesso

luogo del padre o della madre (RCC 1980 p. 550). La stessa regola è applicabile ai rapporti tra le autorità di tutela e le persone sottoposte a tutela.

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

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

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

1.5 Collaborazione con altri istituti assicurativi

1.5.1 Assicurazione infortuni, assicurazione militare, assicurazione contro la disoccupazione

- 2024 Se dalla richiesta dell'assicurato risulta che un assicuratore contro gli infortuni (per esempio l'INSAI), l'AM o l'AD gli hanno già concesso provvedimenti d'integrazione o che egli ha palesemente diritto a tali prestazioni (per esempio in caso

d'infortunio professionale), si deve prendere contatto con l'assicurazione in questione per determinare l'estensione delle prestazioni dovute (vedi anche i N. 2054 e 2027 e segg.).

- 2025 Per delimitare gli obblighi dei diversi rami assicurativi si applicano le Direttive relative alle singole prestazioni (vedi anche art. 63–71 LPGA).

1.5.2 Casse malati riconosciute

- 2026 Se gli assicurati richiedono provvedimenti sanitari di integrazione, l'ufficio AI è tenuto ad informare la loro cassa malati dell'inoltro della richiesta direttamente o tramite la Federazione svizzera per compiti comunitari delle casse malati (ufficio di collegamento AI delle casse malati svizzere) di Soletta (art. 88^{ter} OAI). Ciò viene fatto inoltrando alla cassa malati una copia della decisione (cfr. N. 3026).

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

1.6.1 Promozione della CII

- 2027 Nel settore dei provvedimenti d'accertamento professionale e d'integrazione, gli uffici AI collaborano strettamente con gli organi esecutivi dell'AD (quali gli uffici del lavoro pubblici, gli uffici regionali di collocamento [URC] o i servizi logistici per l'approntamento di provvedimenti inerenti al mercato del lavoro), con gli organi esecutivi cantonali competenti per la promozione dell'integrazione professionale (quali i servizi sociali cantonali e comunali, gli organi preposti all'esecuzione della legislazione cantonale in materia di aiuto ai disoccupati e di asilo o le autorità cantonali competenti per la formazione professionale) e con altre importanti istituzioni private e pubbliche attive nel campo dell'integrazione delle persone assicurate (quali le istituzioni per l'integrazione e la formazione o il mercato del lavoro).

1.6.2 Scopo della CII

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

1.6.3 Obbligo del segreto tra gli uffici AI e gli organi dell'AD

(art. 68^{bis} cpv. 2 LAI)

- 2029 Nei casi in cui non sia ancora possibile determinare chiaramente chi sia competente per l'assunzione dei costi, gli uffici AI e gli organi esecutivi dell'AD sono reciprocamente prosciolti dall'obbligo di mantenere il segreto, per quanto non sussista un interesse privato preponderante e le informazioni e la documentazione servano
- a stabilire i provvedimenti d'integrazione adeguati per la persona interessata o
 - ad accertare i diritti di quest'ultima nei confronti dell'AI o dell'AD.

Le informazioni e la documentazione non possono fornire più informazioni di quanto necessario al raggiungimento di questi scopi.

1.6.4 Obbligo del segreto tra gli uffici AI e gli organi esecutivi cantonali

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

- 2030 Alle condizioni di cui al N. 2029, gli uffici AI sono prosciolti dall'obbligo del segreto anche nei confronti degli organi ese-

cutivi cantonali competenti per la promozione dell'integrazione professionale, ma tuttavia solo se vi è reciprocità.

1.6.5 Forma dello scambio di dati

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

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

2. Accertamento delle circostanze

2.1 In generale

2.1.1 Oggetto dell'accertamento

- 2032 L'ufficio AI deve stabilire d'ufficio tutti i fatti necessari per poter procedere alla decisione. I documenti devono fornire soprattutto informazioni sullo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione degli assicurati nonché sull'adeguatezza di procedere a provvedimenti di integrazione (art. 69 cpv. 2 OAI).
- 2033 Gli accertamenti devono estendersi all'insieme delle prestazioni anche se queste non sono state richieste espressamente. Se viene richiesta una rendita, si deve esaminare in ogni caso la possibilità di un'integrazione. Se gli assicurati rivendicano invece provvedimenti di integrazione, bisogna accertare se, oltre a quanto richiedono, si possono concedere loro ulteriori provvedimenti o eventuali prestazioni in contanti come assegni per grandi invalidi o rendite (RCC 1980 p. 509).

- 2034 Per quanto riguarda l'accertamento del diritto alle diverse prestazioni dell'AI, sono inoltre riservate le direttive corrispondenti concernenti le prestazioni in contanti e in natura.

2.1.2 Obbligo degli assicurati di collaborare a stabilire i fatti

- 2035 Gli assicurati devono collaborare a stabilire i fatti che permettono di valutare il loro diritto a prestazioni o le loro possibilità di integrazione. Se non adempiono questo obbligo, si deve fissare loro un termine ragionevole facendo notare che, alla scadenza dello stesso, l'autorità delibererà in base agli atti o deciderà di non entrare in materia. Se non reagiscono, l'ufficio AI stabilisce il seguito della procedura. Le circostanze del caso determineranno se occorre decidere allo stato degli atti o non entrare in materia. In caso di dubbio si sceglierà la variante più favorevole per gli assicurati (RCC 1978 p. 476; RCC 1983 p. 525 e RCC 1983 p. 528).

2.2 Compiti dell'ufficio AI

- 2036 L'ufficio AI procura le informazioni e i documenti necessari per poter procedere alla decisione.
- 2037 L'ufficio AI esegue gli accertamenti, comprese eventuali indagini sul posto, in prima persona (RCC 1976 p. 333). In caso eccezionale incarica terzi di svolgere questi compiti.
- 2038 Gli uffici AI sottopongono al SMR competente la documentazione necessaria per valutare se sussistano le condizioni di diritto sul piano medico (art. 69 cpv. 4 OAI). Per le eccezioni vedasi l'Allegato V.
- 2039 Il SMR esamina il caso sulla base della documentazione e, se necessario, richiede ulteriori documenti di natura medica a medici curanti e istituzioni. Se sono necessarie numerose ulteriori informazioni in forma scritta, l'ufficio AI può essere incaricato di richiederle. Questi documenti sono parte inte-

grante dell'incarto dell'assicurato. Il SMR decide riguardo alla necessità di sottoporre l'assicurato ad un proprio esame medico.

2040 Il SMR redige un rapporto scritto contenente i risultati dell'esame medico e raccomandazioni per l'ulteriore disbrigo della richiesta di prestazioni sul piano medico e lo consegna all'ufficio AI assieme alla documentazione.

2041 Se necessario, l'ufficio AI ordina soprattutto le seguenti misure di accertamento:

- referti medici in casi particolari (N. 2073), perizie di medici specialisti (N. 2074), accertamenti da parte di un SAM (N. 6001) o valutazioni della capacità funzionale (VCF; N. 6002).

Prima di adottare una di queste misure bisogna consultare il SMR. Se l'ufficio AI non segue le raccomandazioni del SMR, deve discutere con quest'ultimo la procedura da seguire successivamente. Se l'ufficio AI e il SMR non riescono ad accordarsi, l'incarto va sottoposto al parere dell'UFAS;

- convocazione di assicurati. Per i suoi esami, il SMR convoca direttamente gli assicurati;
- attuazione di tentativi d'integrazione e ricorso ad un CAP (N. 6006);
- colloquio con datori di lavoro;
- rilevazione della situazione finanziaria.

2.3 Richiesta di informazioni

2.3.1 In generale

2042 L'ufficio AI richiede d'ufficio tutte le informazioni necessarie alla valutazione del caso (art. 43 cpv. 1 LPGA).

2043 Nel richiedere informazioni a terzi bisogna far notare loro che le persone incaricate di applicare e di sorvegliare l'assicurazione sono sottoposte all'obbligo di mantenere il segreto, conformemente all'art. 33 LPGA (N. 2058 e segg.).

- 2044 Nei casi in cui una legge, un'ordinanza o una convenzione (N. 2056) prevedono l'obbligo di fornire indicazioni gratuitamente, bisogna menzionarlo.
- 2045 Le persone o gli organi tenuti a fornire informazioni (vedi N. 2048–2056) devono mettere a disposizione i documenti su cui si fondano le informazioni. L'obbligo d'informare gratuitamente include anche la produzione di fotocopie, di estratti di registri, di attestazioni ecc.
- 2046 Se la richiesta di informazioni implica che terzi siano esonerati dall'obbligo di mantenere il segreto (N. 1040 e segg.), sulla domanda di informazioni bisogna menzionare la procura data (N. 1040, 1042 e 1043). Su richiesta si deve inviare a terzi una fotocopia della procura.
- 2047 Le informazioni ottenute verbalmente o telefonicamente devono essere confermate per iscritto dalla fonte che le ha fornite (se d'importanza decisiva) oppure messe agli atti (art. 43 cpv. 1 LPGGA). Lo stesso vale qualora collaboratori/trici dell'ufficio AI mettano a disposizione le proprie conoscenze e l'ufficio AI si basi su di esse per prendere la sua decisione.

2.3.2 Persone e organi tenuti a fornire informazioni

– Assicurati e loro familiari

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

– Datori di lavoro

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

– Organi dell'AVS e dell'AI

2051 Gli organi dell'AVS e dell'AI devono trasmettersi reciprocamente tutte le informazioni necessarie e mettere a disposizione gli incarti.

2052 In particolare gli uffici AI possono richiedere informazioni sul reddito proveniente dall'attività lucrativa alla cassa di compensazione competente per la riscossione dei contributi, p. es. per determinare il grado d'invalidità. La cassa di compensazione competente fornisce le informazioni sulla base dei documenti a sua disposizione ed eventualmente le richiede ad altre casse di compensazione detentrici di un conto o ai datori di lavoro. Se necessario bisogna redigere un estratto conto interno secondo le Direttive sul certificato d'assicurazione e il conto individuale.

– Autorità amministrative e giudiziarie e organi di altre assicurazioni sociali

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

- 2054 Gli enti delle altre assicurazioni sociali sono tenuti a fornire gratuitamente informazioni agli organi dell'AI (art. 32 cpv. 2 LPGA). L'obbligo di informare spetta soprattutto agli enti dell'AINF, alle casse malati (art. 11 LMal), all'AM, all'AD e agli istituti della previdenza professionale obbligatoria.
- 2055 Agli uffici di stato civile le informazioni devono essere richieste tramite il modulo speciale "Certificato di stato civile".

2.3.3 Assicuratori privati

- 2056 Per ciò che riguarda l'esame gratuito dei documenti e la comunicazione gratuita di informazioni in relazione con istituti assicurativi privati, si rimanda alla convenzione figurante nell'Allegato III. L'obbligo d'informare per gli assicuratori privati che partecipano all'applicazione dell'AINF è regolato secondo il N. 2054.

2.4 Rilascio di informazioni e autorizzazione a consultare gli incarti AI

2.4.1 In generale

- 2057 Il rilascio di informazioni da parte di organi dell'AI e l'autorizzazione a consultare gli incarti AI sono retti dalla Circolare sull'obbligo del segreto e sulla comunicazione dei dati, dalla convenzione citata al N. 2056 e, nel quadro della CII, dal N. 2027 e segg. (cfr. anche art. 47 e seg. LPGA e art. 8 e segg. OPGA; art. 66 e segg. e 68^{bis} LAI e 49a e segg. LAVS).

2.4.2 Eccezioni

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

- 2058 Dovendo esaminare le possibilità di integrazione o di collocamento, gli uffici AI possono comunicare agli organismi inte-

ressati le indicazioni sulla persona degli assicurati – comprese quelle sulle conseguenze dell'impedimento – nonché l'esito 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 relazione con l'art. 66 LAI, art. 76 cpv. 1 lett. f OAI).

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

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

- 2060 Se l'ufficio AI ritiene opportuno prendere contatto con un organismo assistenziale che fino a quel momento non si è occupato dell'assicurato, può farlo e fornire informazioni soltanto con l'autorizzazione dell'assicurato o del suo rappresentante legale.
- 2061 Per quanto riguarda l'esame delle possibilità d'integrazione e l'esecuzione di provvedimenti d'accertamento e d'integrazione, si possono fornire informazioni alle stesse condizioni a persone ed organi che, senza essere organi d'esecuzione dell'AI, si occupano degli assicurati dal punto di vista assistenziale o medico, purché questa collaborazione sia nell'interesse degli assicurati (art. 50a cpv. 4 LAVS in relazione con l'art. 66 LAI).

2.5 Rapporto medico

2.5.1 In generale

- 2062 Se la richiesta non è fin dal principio priva di possibilità di successo (N. 2023), l'ufficio AI si procura a spese dell'AI un rapporto medico tramite il corrispondente modulo ufficiale (v. elenco all'allegato I).
- 2063 Per esaminare un'infermità congenita odontoiatrica, bisogna inviare al dentista il modulo "Zahnärztliche Beurteilung" (d/f) e, per le infermità citate alle cifre 208–210 e 214 dell'Allegato dell'OIC, il modulo "Kieferorthopädische Abklärung" (d/f).

2.5.2 Medico competente

- 2064 Di regola il rapporto medico deve essere chiesto al medico che ha curato per ultimo l'assicurato per l'infermità dichiarata.
- 2065 Se il trattamento non è ancora iniziato, il rapporto medico deve essere chiesto al medico da cui vuole farsi curare l'assicurato.
- 2066 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 dagli assicurati o se l'ultimo trattamento risale a molto tempo prima dell'inoltro della richiesta, il medico competente viene designato dall'ufficio AI dopo aver consultato l'SMR. Si può tener conto delle preferenze degli assicurati che però non hanno diritto a scegliere liberamente il medico come avviene durante l'esecuzione di provvedimenti sanitari. Se necessario il SMR stesso procede agli accertamenti necessari.
- 2067 Se il medico curante non è disposto a redigere un rapporto medico, l'ufficio AI trasmette immediatamente la documentazione al SMR. Questi designa il medico competente e comunica la decisione all'ufficio AI.

2068 Se, dopo due mesi al massimo dal conferimento del mandato, l'ufficio AI non riceve né il rapporto né una comunicazione del medico, pone a quest'ultimo un termine supplementare avvisandolo che alla scadenza il mandato sarà considerato revocato. L'assicurato riceve una copia di tale comminatoria. Il termine supplementare dev'essere adeguato alle circostanze o fissato secondo i criteri abituali. Se il termine supplementare scade infruttuosamente, l'ufficio AI, dopo aver consultato il SMR, incarica un altro ufficio medico di effettuare gli accertamenti e lo comunica agli assicurati.

2.5.3 Contenuto del rapporto medico

– In generale

- 2069 Sono determinanti le domande dei moduli citati nei N. 2062 e 2063. Il rapporto medico deve innanzitutto contenere tutti i fatti medici accertati fino a quel momento. Se è necessaria una visita, essa si limiterà a quanto necessario per rispondere alle domande del questionario.
- 2070 Se il medico interpellato desidera consultare un collega, ne informa per iscritto l'ufficio AI indicando quali esami intende eseguire e perché. Il SMR decide se gli esami supplementari debbano essere effettuati e eventualmente affida tramite l'ufficio AI l'incarico, inviando un questionario con le domande particolari necessarie.
- 2071 L'esame supplementare svolto da un altro medico è considerato quale consulenza collegiale ai sensi del TarMed.
- 2072 Le spese delle informazioni fornite da medici che non hanno un incarico dell'AI sono rimborsate soltanto se erano indispensabili all'erogazione delle prestazioni o erano parte integrante di provvedimenti d'integrazione concessi in seguito (art. 78 cpv. 3 OAI).

– Casi speciali

2073 Se su raccomandazione del SMR sono necessarie particolari informazioni mediche (per esempio riguardo al carico professionale sopportabile), questo va segnalato esplicitamente sul questionario, sul relativo modulo o in una lettera di accompagnamento indirizzata al medico. Con ciò il medico può essere incaricato di procedere ad esami speciali. Se, a uno stadio più avanzato della procedura, sono necessarie altre informazioni mediche, dopo aver consultato il SMR deve essere richiesto un nuovo rapporto medico (eventualmente sotto forma di rapporto di dimissione dall'ospedale) o un "Rapporto medico intermedio".

2.6 Perizie mediche

2.6.1 In generale

2074 Se il SMR, dopo l'esame dei rapporti medici, ritiene necessaria una perizia medica, rivolge una raccomandazione in questo senso all'ufficio AI, indicando la persona o l'organo designata/o. L'ufficio AI affida alla persona/all'organo designata/o un mandato, utilizzando i moduli "Incarico per una perizia medica", "Incarico per una perizia psichiatrica" o "Iscrizione per una valutazione della capacità funzionale VCF" (v. N. 2041 e 6003).

2075 Se il perito/l'organo incaricato di effettuare la perizia viene ricusato per presunta parzialità o se vengono mosse obiezioni circa la sua qualifica professionale,

- viene conferito un nuovo incarico oppure
- viene fissato un termine adeguato per confermare la partecipazione alla perizia prescritta; l'assicurato deve essere informato delle conseguenze giuridiche di un eventuale rifiuto di collaborare (art. 43 cpv. 3 LPGA; N. 2035).

2076 Se possibile, il SMR propone un medico specialista o un reparto d'ospedale del Cantone o della regione in cui abita l'assicurato. Di regola, la perizia va affidata ad organi che

hanno familiarità con le esigenze dell'AI. Nel limite del possibile, vanno considerate anche le conoscenze linguistiche della persona assicurata. Nei casi complessi e in particolare laddove sia necessario vagliare le valutazioni mediche di più organi, il SMR può proporre una perizia da parte di un SAM. Questo può essere incaricato della perizia conformemente ai N. 6001–6005.

- 2077 Se necessario, l'ufficio AI esamina con l'organo incaricato la possibilità e le modalità di effettuare una perizia (perizia in ambulatorio o in ospedale, data probabile, durata). In caso di bisogno, va consultato il SMR. Nei limiti del possibile, le modalità devono essere discusse anche con gli assicurati.

2.6.2 Informazione degli assicurati

- 2078 Mediante la “Comunicazione per l'assicurato concernente l'AVS/AI”, alla persona assicurata è accordato un termine di 10 giorni per ricusare la persona/ l'organo designata/o e per presentare eventuali controproposte (art. 44 LPGGA).
- 2079 Una copia della comunicazione dev'essere inviata alla cassa di compensazione cui compete versare eventuali indennità giornaliere allegando il modulo, debitamente compilato, “Indicazioni alla cassa di compensazione per l'indennità giornaliera”.
- 2080 Se, senza un valido motivo, gli assicurati non danno seguito all'invito dell'ufficio AI o dell'organo incaricato di effettuare la perizia o impediscono con il proprio comportamento l'adempimento del mandato, è applicabile per analogia il N. 2035.

2.6.3 Conferimento del mandato all'organo che effettua la perizia

- 2081 Se necessario, il modulo d'incarico per una perizia medica va completato con domande od osservazioni secondo le raccomandazioni del SMR o dopo averlo consultato. Tutti i docu-

menti necessari all'esecuzione del mandato – non solo quelli medici, ma in particolare anche gli esiti degli accertamenti sul posto – vanno messi a disposizione in fotocopia.

- 2082 Se l'assicurato vuole fare delle domande, l'ufficio AI le trasmette senza modificarle all'organo che effettua la perizia. Di norma, l'ufficio AI si attiene alle proprie domande.
- 2083 Una copia del modulo di incarico per una perizia medica va al medico curante qualora lo desideri e l'assicurato sia d'accordo (cfr. modulo di richiesta).
- 2084 In caso di ritardo dell'organo incaricato di eseguire la perizia, è applicabile per analogia il N. 2068.
- 2085 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 degli SMR, in particolare per informazioni/accertamenti presso terzi. La procura rilasciata all'ufficio AI vale dunque anche per l'organo che effettua la perizia.

2.6.4 Altri accertamenti dopo l'arrivo della perizia e l'informazione dell'organo che l'ha svolta

- 2086 La perizia viene presentata al SMR assieme alla documentazione della persona assicurata. I punti irrisolti o non chiari nella perizia devono essere chiariti ponendo domande supplementari sulla base del parere del SMR. Se rimangono dubbi, la questione sarà sottoposta all'UFAS indicando i punti rimasti irrisolti e allegando l'esito della perizia e gli altri documenti.
Qualora lo desideri e l'assicurato sia d'accordo, l'ufficio che effettua la perizia viene informato sul disbrigo del caso come segue (art. 76 OAI):
- 2087 – nel caso di provvedimenti di integrazione e assegno per minorenni grandi invalidi con una copia della rispettiva decisione;

- 2088 – nel caso di rendite e di assegni per maggiorenni grandi invalidi con una copia del modulo “Comunicazione della deliberazione concernente l’invalidità/l’assegno per grandi invalidi” oppure in un altro modo adeguato. In questo modo si rende noto unicamente il fatto che è stata concessa una prestazione, non il suo ammontare;
- 2089 – in caso di rifiuto della richiesta di prestazioni con una copia del modulo “Decisione concernente AVS/AI”.

2.7 Integrazione professionale

2.7.1 Conferimento del mandato

- 2090 L’ufficio AI verifica, laddove necessario, le possibilità d’integrazione professionale (art. 57 cpv. 1 lett. b e c LAI). La verifica viene effettuata da specialisti che hanno seguito un’apposita formazione. Occorre chiarire in particolare quali attività professionali potrebbero ancora svolgere gli assicurati e se, in linea di massima, il mercato del lavoro in generale offre tali possibilità. Si deve tenere conto anche di eventuali limitazioni – dovute allo stato di salute (p. es. funzionali, allergie) o di altro tipo (p. es. provvedimenti della polizia degli stranieri).
- 2091 Prima di attribuire un incarico di accertamento dei provvedimenti professionali, gli organi menzionati qui di seguito devono verificare se:
- sussiste un’invalidità in conformità con l’art. 8 LPGGA (SMR e ufficio AI);
 - sono adempiute le condizioni dal punto di vista dell’assicurazione (ufficio AI);
 - sono disponibili i documenti necessari, quali i rapporti medici, i rapporti del datore di lavoro ecc. (ufficio AI);
 - dal punto di vista medico esiste una possibilità d’integrazione (SMR);
 - entrano in linea di conto provvedimenti professionali (ufficio AI).

2092 Dall'incarico di accertamento deve emergere quali provvedimenti devono essere verificati.

2.7.2 Verifica dei provvedimenti professionali

- 2093 Fanno parte degli accertamenti un primo colloquio con gli assicurati ed eventuali consulenze, test, tentativi di integrazione presso datori di lavoro e centri di integrazione (vedasi CPIP).
- 2094 Nell'ambito del primo colloquio con gli assicurati si tratta di fare il punto della situazione e di venire a chiari accordi circa le ulteriori misure da adottare sia dal punto di vista dei contenuti che delle scadenze.
- 2095 Il primo colloquio deve essere documentato. In particolare, vanno riferiti i seguenti elementi:
- curriculum professionale (scuole, formazione, lingue, conoscenze di EED ecc.);
 - situazione personale, familiare e finanziaria dell'assicurato;
 - occupazioni nel tempo libero (hobby, interessi);
 - impedimento e capacità di fornire prestazioni (dati soggettivi e obiettivi);
 - parere degli assicurati (situazione attuale, desideri ecc.);
 - se e quali informazioni sono state impartite agli assicurati circa gli aspetti giuridici e il ruolo della consulenza professionale;
 - ulteriore procedura.
- 2096 Se gli assicurati non accettano l'invito al primo colloquio senza fornire una giustificazione sufficiente, si procede in conformità del N. 2035.
- 2097 Gli uffici AI possono chiamare a consulto specialisti dell'aiuto privato agli invalidi, esperti, uffici di accertamento professionali e servizi di altre istituzioni preposte alle assicurazioni sociali (art. 59 cpv. 3 LAI). Gli uffici esterni devono attenersi all'obbligo di mantenere il segreto (art. 66 cpv. 1 LAI in relazione all'art. 50 LAVS) e, una volta concluso il mandato, inol-

trare all'ufficio AI un attestato riguardante l'adempimento dell'incarico (art. 95 cpv. 1 OAI).

- 2098 La documentazione dei risultati dell'accertamento deve comprendere almeno i seguenti elementi:
- provvedimenti di accertamento effettuati (dove, come e con quali risultati);
 - dati relativi ad eventuali formazioni professionali ed attività per gli assicurati, alle relative prospettive professionali, al mercato del lavoro, ai tentativi di impiego, alle aspettative salariali;
 - richieste particolari riguardo al posto di lavoro (per es. mezzi ausiliari, necessità di impraticarsi);
 - provvedimenti dell'AI proposti (ad es. prima formazione professionale, riforma professionale, indennità giornaliera);
 - dati sui costi o sulle spese supplementari di tali provvedimenti;
 - parere della persona incaricata dell'accertamento (N. 2101 e 2102);
 - parere degli assicurati.
- 2099 Ai centri di integrazione interessati si può inviare una copia del riassunto.
- 2100 Le persone incaricate dell'accertamento non possono rilasciare agli assicurati nessuna garanzia circa eventuali prestazioni dell'AI.

2.7.3 Concessione o rifiuto di provvedimenti professionali

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

- 2102 Se la persona incaricata dell'accertamento giunge a concludere che i provvedimenti di tipo professionale sono indicati, deve esporre
- la semplicità e l'adeguatezza dei provvedimenti da concedere,
 - l'adeguatezza in riferimento alle capacità e all'impedimento degli assicurati nonché
 - le possibilità d'integrazione realistiche e il guadagno previsto.
- 2103 La richiesta o la decisione prevista deve essere oggetto di un controllo interno. L'avvenuto controllo deve essere registrato.

2.7.4 Controllo dei provvedimenti professionali

- 2104 L'ufficio AI coordina e controlla l'esecuzione dei provvedimenti d'integrazione ordinati (art. 41 cpv. 1 lett. e OAI).
- 2105 I contatti personali o telefonici importanti con gli assicurati come pure gli eventi rilevanti vanno documentati.
- 2106 Occorre documentare almeno un contatto all'anno.

2.7.5 Collocamento

- 2107 Il collocamento presuppone l'accertamento del profilo degli assicurati (capacità, attitudini, impedimento, motivazione), il rilevamento del profilo di possibili posti di lavoro e gli accordi su procedure concrete.
- 2108 Gli assicurati vanno consigliati e aiutati a preparare i fascicoli di candidatura, formulare gli annunci di ricerca di un posto di lavoro, cercare un posto di lavoro, redigere una lettera di accompagnamento e prepararsi ai colloqui di lavoro.
- 2109 Ogni iniziativa importante (p. es. tentativi di collocamento o consulenza professionale agli assicurati) deve essere documentata.

- 2110 L'ufficio AI fornisce ai datori di lavoro la consulenza e le informazioni necessarie per quel che concerne l'integrazione degli assicurati interessati e le pertinenti questioni di diritto delle assicurazioni sociali (art. 41 cpv. 1 lett. f OAI).
- 2111 La consulenza e le informazioni comprendono in particolare:
- la creazione di una rete di contatti con i datori di lavoro;
 - l'intrattenimento di contatti e lo scambio di esperienze, di regola sul posto, con i datori di lavoro;
 - l'illustrazione ai datori di lavoro di possibili limitazioni nello svolgimento dell'attività lavorativa dovute all'invalidità;
 - l'illustrazione ai datori di lavoro delle possibilità di adeguare la postazione di lavoro alle esigenze della persona invalida;
 - l'assistenza ai datori di lavoro in caso di difficoltà nell'integrazione.
- 2112 Gli uffici AI, in collaborazione con gli uffici del lavoro, tengono una lista dei posti vacanti concernenti il loro campo di attività (art. 41 cpv. 2 OAI), un registro di tutte le aziende importanti (COLSTA) ed una lista degli assicurati che cercano lavoro. La competenza dell'AI per quanto riguarda il collocamento di persone invalide ha la precedenza su quella dei servizi cantonali (art. 85 LADI) e degli uffici regionali di collocamento (art. 85 b LADI; Pratique VSI 2000 p. 234).

2.7.6 Rapporto conclusivo

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

2.8 Accertamento sul posto

2.8.1 Conferimento del mandato

2114 Un mandato di accertamento sul posto deve essere conferito nei casi menzionati qui di seguito. Se le condizioni personali degli assicurati sono già sufficientemente note e attestate da atti, si può rinunciare al conferimento del mandato. Per le prime richieste, tuttavia, va sempre effettuato un accertamento sul posto. Gli accertamenti devono essere eseguiti da personale qualificato. Per gli accertamenti nell'ambito dell'agricoltura è necessario personale con una formazione in economia aziendale o in agronomia.

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

<i>Prestazioni pecuniarie</i>	<i>Ambiti di accertamento</i>
Assegni per grandi invalidi dell'AI o dell'AVS	<ul style="list-style-type: none"> – minorenni grandi invalidi – maggiorenni grandi invalidi

<i>Prestazioni in natura</i>	<i>Ambiti di accertamento</i>
Mezzi ausiliari	<ul style="list-style-type: none"> – persone attive nell'economia domestica in casi speciali, p. es. montacarichi, veicoli a motore – Agricoltori, contadine e lavoratori indipendenti compresi i prestiti ad ammortamento diretto

- 2115 A tutti i mandati di accertamento vanno allegati i 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 si devono allegare anche i 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 per azioni o di società a responsabilità limitata equiparabili ai lavoratori indipendenti;
 - certificato di salario o attestati di separazione/divorzio per le persone attive nell'economia domestica che esercitano o non esercitano un'attività lucrativa o che collaborano nell'azienda familiare al fine di valutarne lo status.

2.8.2 Accertamento

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

2.8.3 Rapporto di accertamento

- 2117 Per gli accertamenti, l'ufficio AI utilizza i moduli disponibili all'indirizzo <http://jacinthe.zas.admin.ch/IntranetAVS/index.html> (rubrica "download attuali") oppure moduli propri che per contenuto e struttura equivalgono ai moduli summenzionati. Gli accertamenti nel settore dell'agricoltura vanno eseguiti con il programma "Agro-AI". In questo caso va applicato il manuale d'uso (scaricabile all'indirizzo summenzionato).

2.9 Costi cagionati dai provvedimenti d'accertamento

2.9.1 Assunzione delle spese

- 2118 L'AI si assume le spese dei provvedimenti di accertamento ordinati (art. 45 cpv. 1 LPGA).
- 2119 Le spese di provvedimenti d'accertamento eseguiti senza 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 (p. es. esami speciali quali elettroencefalogramma, esame del sangue e simili) o erano parte integrante di provvedimenti d'integrazione che sarebbero stati concessi in seguito (p. es. visite mediche di controllo quali parte di un provvedimento sanitario d'integrazione) (art. 78 cpv. 3 OAI; RCC 1972 p. 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 la deliberazione. Ciò non è il caso quando i documenti in possesso dell'ufficio AI sarebbero bastati per dare una valutazione del caso o se l'ufficio AI avrebbe potuto procurarsi le indicazioni necessarie con minor spesa, p. es. interrogando il medico curante o un altro medico. In caso di dubbio, va consultato il SMR.

- 2120 Per quanto riguarda il diritto alle indennità giornaliere nel caso di degenze per accertamenti o di visite ambulatoriali, sono applicabili le disposizioni della CIGAI.
- 2121 Il rimborso delle spese di viaggio è regolato dalla relativa circolare.

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

- 2122 L'indennità per perdita di guadagno e spese per gli assicurati non aventi diritto a indennità giornaliere e per le altre persone chiamate a fornire informazioni è disciplinata dall'art. 91 OAI. L'indennità per perdita di guadagno corrisponde all'importo minimo della grande indennità giornaliera.

2.9.3 Fatturazione

- 2123 All'organo incaricato dell'accertamento deve essere inviato, al conferimento del mandato, un modulo di fatturazione dell'AI. Inoltre, per quanto riguarda la fatturazione è applicabile per analogia la Circolare sul pagamento delle prestazioni individuali.

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

1. Decisione dell'ufficio AI

1.1 In generale

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

1.2 Motivazione delle decisioni

- 3003 Decisioni relative a rifiuto, revoca, diminuzione, riduzione o richiesta di restituzione di prestazioni vengono comunicate tramite preavviso o decisione (catalogo dei testi). Lo stesso vale per decisioni che assegnano agli assicurati solo una parte delle prestazioni che hanno richiesto o che si aspettano. Devono essere debitamente motivate e in termini comprensibili ad ognuno (art. 49 cpv. 3 LPGGA; RCC 1983 p. 538). La riproduzione pura e semplice di prescrizioni legali non è sufficiente.
- 3004 Nelle decisioni le indicazioni relative ai risultati di accertamenti/perizie vanno mantenute per quanto possibile sulle generali (ad esempio "Stando agli accertamenti medici, ..."). È bene evitare riferimenti concreti a persone o istituti che eseguono la perizia oppure a una presa di posizione dell'UFAS

(N. 3016) (ad esempio “Dagli accertamenti nel SAM è emerso che”). Così facendo si terrà conto del fatto che le conclusioni dell’ufficio AI di solito vanno motivate in base a una valutazione globale dei risultati degli accertamenti.

- 3005 Decisioni favorevoli vanno formulate in modo tale che gli assicurati abbiano la massima chiarezza su tutte le prestazioni che spettano loro (p. es. nel caso di rendite intere il grado di invalidità con il reddito determinante, nel caso di mezzi ausiliari tutte le prestazioni connesse [p. es. riparazioni]).
- 3006 Per formulare le decisioni ci si deve basare sul catalogo dei testi AI.

1.3 Redazione e notifica delle decisioni

- 3007 Decisioni e comunicazioni destinate agli assicurati vengono redatte nella lingua di questi ultimi se essa fa parte di una delle lingue ufficiali riconosciute dal Cantone dove ha sede l’ufficio AI (RCC 1983 p. 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) (art. 37 PA).
- 3008 L’ufficio AI notifica agli assicurati la sua decisione mediante decisione scritta suscettibile di ricorso (art. 49 LPGGA) oppure con una comunicazione (art. 51 LPGGA, art. 58 LAI, art. 74^{ter} e seg. OAI).
L’ufficio AI è libero di emanare tutte le deliberazioni tramite decisione purché – così facendo – non vengano aperte agli assicurati in modo illecito le vie legali.
- 3009 Se a un assicurato vengono assegnate più prestazioni allo stesso tempo, si deve emanare una decisione separata per ogni prestazione.

1.4 Verifica delle decisioni (revisione)

3010 Gli uffici AI stabiliscono le scadenze per verificare le prestazioni secondo le istruzioni in materia e provvedono al loro rispetto.

1.5 Vincolo alla decisione

3011 La cassa di compensazione è vincolata alla decisione dell'ufficio AI.

3012 Se la cassa di compensazione constata palesi divergenze o è a conoscenza di fatti che contrastano chiaramente con la decisione, conferisce con l'ufficio AI.

7/06 2. Procedura di preavviso

7/06 2.1 Persona assicurata

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

3013.1 Se le condizioni per l'assegnazione di una prestazione sono manifestamente adempiute e corrispondono alla richiesta della persona assicurata, talune prestazioni possono essere concesse o protrate senza la notifica di un preavviso (art. 74^{ter} OAI).

3013.2 Mediante un preavviso l'ufficio AI richiama l'attenzione della persona assicurata sul suo diritto di essere sentita e le comunica il previsto disbrigo della richiesta. Le segnala inoltre che la decisione sarà notificata senza che essa sia sentita se non si sarà espressa in merito entro un termine di 30 giorni.

3013. Il termine di 30 giorni è un termine legale che non può esse
3 prorogato. Sono applicabili gli articoli 38–41 LPGGA.
7/06
3013. La restituzione per inosservanza di un termine giusta l'arti-
4 colo 41 capoverso 1 LPGGA può essere concessa soltanto a
7/06 titolo eccezionale, quando non solo il richiedente, ma anche il
suo rappresentante è stato impossibilitato, senza sua colpa,
ad agire entro il termine stabilito.
3013. Il preavviso concerne unicamente questioni che, giusta l'arti-
5 colo 57 capoverso 1 lettere a-d LAI, rientrano nei compiti
7/06 degli uffici AI. Non include né il calcolo degli importi delle ren-
dite e delle indennità giornaliere né l'importo delle prestazioni
arretrate né le compensazioni tra assicuratori sociali, in
quanto questi compiti spettano alle casse di compensazione
(art. 60 cpv. 1 lett. b LAI). Per quanto attiene in particolare
alle rendite, l'ufficio AI deve limitarsi a comunicare il grado
d'invalidità, l'inizio del diritto e, in caso di soppressione o di
modifica della rendita, il momento a partire dal quale il diritto
è modificato.
- 3014 Per l'esame degli atti si applica la Circolare sull'obbligo del
segreto e sulla comunicazione dei dati.
3014. Se l'audizione si svolge oralmente, sotto forma di un collo-
1 quio personale, l'ufficio AI redige un verbale sommario che
7/06 deve essere firmato dalla persona assicurata.
3014. Se la persona assicurata ha presentato obiezioni su punti de-
2 terminanti, l'ufficio AI deve tenerne conto nella motivazione
7/06 della decisione. In particolare deve indicare i motivi per cui
non ammette queste obiezioni o non ne tiene conto (DTF 124
V 180).

7/06 2.2 Altre parti

3014. Un esemplare del preavviso viene notificato anche agli altri
3 assicuratori sociali, compreso l'istituto di previdenza profes-
7/06 sionale secondo la LPP, se la decisione concerne l'obbligo
per questi assicuratori di versare prestazioni. Essi dispon-
gono degli stessi rimedi giuridici della persona assicurata.
3014. Quando la rendita viene erogata per la prima volta, l'ufficio
4 Al trasmette alla cassa di compensazione le copie di tutti i
7/06 documenti allegati alla richiesta (compresi gli eventuali
estratti dei conti individuali richiesti) e tutti i dati rilevanti per il
calcolo della rendita (insorgenza dell'invalidità ecc.). La cassa
prepara il calcolo della prestazione, che sarà notificato con la
decisione.
3014. Hanno diritto di esprimersi sul preavviso non soltanto la per-
5 sona assicurata e gli eventuali altri assicuratori interessati,
7/06 ma anche tutte le parti alla procedura ai sensi della LPGA.
3014. Queste parti e gli assicuratori interessati possono esprimersi
6 soltanto per iscritto entro un termine di 30 giorni.
7/06
3014. Sono applicabili le regole valide per la persona assicurata.
7
7/06

3. Presa di posizione dell'UFAS

3.1 In generale

- 3015 In quanto autorità di vigilanza, l'UFAS ha innanzitutto il com-
pito di pronunciarsi sull'interpretazione di prescrizioni e diret-
tive. In caso di richieste, non è suo compito decidere casi
singoli o effettuare accertamenti complessi senza previo pa-
rere dell'ufficio interpellante. Pertanto, bisogna presentare
all'UFAS una proposta di soluzione affinché possa studiare le
motivazioni addotte dall'ufficio AI.

Sul piano tecnico, gli SMR sono soggetti alla vigilanza diretta dell'UFAS (art. 59 cpv. 2 LAI). Essi sono autorizzati a rivolgere richieste di natura generale e particolare direttamente all'UFAS, senza passare per l'ufficio AI.

- 3016 Nelle richieste bisogna indicare
- cognome, nome e numero di assicurato,
 - la materia ed eventualmente le direttive applicabili, nonché
 - il riferimento riportato su un'eventuale lettera precedente dell'UFAS.

Alla richiesta vanno allegati tutti i documenti e le indicazioni necessari alla risposta. Nel disbrigo del caso all'origine della presa di posizione dell'UFAS, l'ufficio AI è tenuto a formulare di persona la motivazione, senza fare riferimento alla presa di posizione dell'UFAS (N. 3004).

3.2 Preavviso obbligatorio dell'UFAS

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

7/06 4. Decisioni in caso di riconsiderazione di decisioni

- 3018 Vedi la Circolare sul contenzioso (3a parte) e l'art. 53 cpv. 2 e 3 LPGGA.

5. Notifica della decisione – principio

5.1 Originale

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

- 3019 – agli assicurati personalmente se questi non sono rappresentati da terzi;

- 3020 – al rappresentante legale di assicurati minorenni o interdetti se i primi non sono rappresentati da terzi (p. es. da avvocati);
- 3021 – al rappresentante autorizzato dagli assicurati o dai loro rappresentanti legali al momento della notifica (RCC 1977 p. 170).

5.2 Copie della decisione

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

- 3022 – agli assicurati o ai loro rappresentanti legali nel caso del N. 3021;
- eventualmente agli uffici citati nell'art. 49 cpv. 4 LPGGA e nell'art. 76 cpv. 1 lett. b–i OAI; va notato che le nuove decisioni sulle rendite devono essere notificate anche ai competenti istituti della previdenza professionale.
- 3023 – ad altri uffici, a norma della Circolare sull'obbligo del segreto e sulla comunicazione dei dati oppure della convenzione di cui all'allegato III.

6. Decisioni concernenti provvedimenti di integrazione

6.1 In generale

- 3024 Su tutte le decisioni relative a prestazioni permanenti deve apparire una data di revisione che, fatta salva la prescrizione in deroga nelle direttive relative, non deve superare i 10 anni. Una limitazione della durata della prestazione è ammessa solo se giustificata materialmente e conforme alla legge (p. es. provvedimenti scolastici e professionali, provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'art. 12 LAI, trattamento di infermità congenite [RCC 1989 p. 186]).

3025 In caso di richiesta di proroga della durata di validità delle decisioni, i requisiti devono essere nuovamente verificati (Pratique VSI 2000 p. 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.

6.2 Notifica di copie di decisioni relative a provvedimenti di integrazione

- 3026 – all'organo esecutivo interessato dell'assicurazione sociale malattie¹ in caso di concessione o rifiuto di provvedimenti sanitari (art. 88^{quater} cpv. 1, art. 76 cpv. 1 lett. h OAI);
- 3027 – all'istituzione responsabile dell'AINF² o dell'AM se risulta evidente dagli atti che l'AINF o l'AM forniscono prestazioni agli assicurati o se è stata avviata la procedura di comunicazione ufficiale (art. 76 cpv. 1 lett. e OAI);
- 3028 – agli uffici di esecuzione dei provvedimenti AI (N. 1015) per motivare i rapporti necessari con l'AI (art. 76 cpv. 1 lett. f OAI, RCC 1975 p. 324);
- 3029 – al medico (ospedale, SAM ecc.) che ha redatto un rapporto o una perizia medica su incarico dell'ufficio AI qualora lo desidera e la persona assicurata sia d'accordo (art. 76 cpv. 1 lett. g OAI);
- 3030 – al CAP che ha redatto il rapporto qualora lo desidera e l'assicurato sia d'accordo.
- 3031 L'ufficio di esecuzione dei provvedimenti AI riceve una copia di decisioni negative solo se ha inoltrato la richiesta per gli assicurati (N. 1015) o la domanda volta a continuare l'esecuzione dei provvedimenti AI.

¹ Per assicurazione sociale malattie si intendono l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera.

² S'intendono unicamente l'assicurazione obbligatoria e quella facoltativa contro gli infortuni secondo la LAINF.

3032 Se, previo accordo dell'ufficio AI, un ufficio di esecuzione diverso da quello nominato nella decisione o nella comunicazione concede provvedimenti di integrazione, l'ufficio AI notifica agli assicurati un avviso che chiarisca il momento in cui è avvenuto il cambio (catalogo dei testi). Una copia va al vecchio ufficio di esecuzione ed una a quello nuovo, quest'ultima corredata di una copia della decisione o della comunicazione originali ai sensi della trasmissione di un mandato.

7. Decisioni relative a rendite e assegni per grandi invalidi

7.1 In generale

- 3033 La decisione sulle rendite e gli assegni per maggiorenni grandi invalidi va comunicata alla cassa di compensazione mediante la "Comunicazione della deliberazione concernente la rendita d'invalidità/l'assegno per grandi invalidi". La procedura concernente gli assegni per minorenni grandi invalidi è regolata dalla Circolare sul pagamento delle prestazioni individuali nell'AI e nell'AVS nella misura in cui nella presente circolare non è prevista una regolamentazione specifica.
- 3034 La decisione sulla continuazione dell'assegnazione di rendite ed assegni per grandi invalidi dopo una revisione d'ufficio viene notificata agli assicurati con una comunicazione (catalogo dei testi) (art. 74^{ter} lett. f OAI). In tutti gli altri casi (modifica del diritto, revisione su richiesta) si deve redigere una decisione.
- 3035 Indipendentemente dall'emanazione di una decisione, l'ufficio AI notifica una copia della "Comunicazione della deliberazione concernente l'invalidità/la grande invalidità" (catalogo dei testi):
- 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;

- 3036 – al medico che redige il rapporto (ospedale, SAM ecc.) qualora lo desideri e l'assicurato sia d'accordo; il medico non deve però essere informato in presenza dell'assicurato (art. 76 cpv. 1 lett. g OAI);
- 3037 – al CAP che ha redatto il rapporto qualora lo desideri e l'assicurato sia d'accordo;
- 3038 – all'istituzione competente dell'AINF³, dell'AM o dell'assicurazione sociale malattie⁴ secondo la Circolare sulla compensazione e sulla procedura di comunicazione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 3051 – all’ufficio AI o alla cassa di compensazione competente (a seconda della competenza per l’invio della decisione); in ciascun caso bisogna inviare le copie complete delle decisioni (compresa la parte motivata preparata dall’ufficio AI);
- 3052 – alle autorità fiscali competenti in analogia al N. 9322 e segg. RD;
- 3053 – all’organo competente dell’AD qualora la decisione incida sulla ripartizione o la delimitazione dell’obbligo di fornire prestazioni tra l’AI e l’AD (art. 127 OADI);
- 3054 – all’organo competente dell’AINF⁵ o dell’AM qualora risulti dagli atti che l’AINF/AM fornisce prestazioni agli assicurati o che è stata istruita la procedura ufficiale di notifica. All’organo competente dell’AINF si deve notificare, inoltre, una copia di ogni decisione che incide sulla ripartizione o sulla delimitazione dell’obbligo di fornire prestazioni tra l’AI e l’AD (art. 129 OAINF, v. anche la Circolare concernente la compensazione e la procedura di comunicazione con l’AINF e l’AM);
- 3055 – eventualmente agli altri destinatari indicati all’art. 76 cpv. 1 OAI.
- 3056 Per il resto bisogna tener conto delle DR.

7.4 Notifica di copie di decisioni concernenti le indennità giornaliere

- 3057 – all’ufficio AI o alla cassa di compensazione competente (a seconda della competenza per l’invio della decisione);
- 3058 – all’AM se è stata istruita la procedura ufficiale di notifica;

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

- 3059 – all'organo competente dell'AINF⁶, qualora risulti dagli atti che fornisce prestazioni agli assicurati o che è stata istruita la procedura ufficiale di notifica;
- 3060 – all'organo competente dell'AINF⁷ o dell'AD di ogni decisione che incide sulla ripartizione o la delimitazione dell'obbligo di fornire prestazioni tra l'AI e l'AINF o l'AD (art. 129 OAINF, art. 127 OADI).
- 3061 – eventualmente agli altri destinatari indicati all'art. 76 cpv. 1 OAI.

8. Registrazione e trasmissione di comunicazioni

- 3062 L'ufficio AI riceve le comunicazioni di assicurati, autorità e terzi relative al diritto alle prestazioni (art. 41 cpv. 1 lett. b e art. 77 OAI).
- 3063 L'ufficio AI trasmette immediatamente alla cassa di compensazione competente le comunicazioni riguardanti il diritto alle indennità giornaliere, alle rendite e agli assegni per maggiorenni grandi invalidi in corso (art. 41 cpv. 1 lett. c OAI).

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

- 3064 Le decisioni in materia di assegni per grandi invalidi dell'AVS vanno comunicate alla cassa di compensazione competente. La decisione viene emanata dalla cassa di compensazione competente.
- 3065 Le decisioni di assegnare mezzi ausiliari per beneficiari di una rendita AVS vengono emanate dall'ufficio AI sotto forma di comunicazioni (catalogo dei testi).

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

⁷ S'intendono unicamente l'assicurazione obbligatoria e quella facoltativa contro gli infortuni secondo la LAINF.

3066 Le decisioni negative, ovvero di non assegnare mezzi ausiliari a beneficiari di una rendita AVS, vengono emanate dalla cassa di compensazione del Cantone in cui ha sede l'ufficio AI.

10. Decisioni nell'ambito delle PC

3067 Vedi allegato IV.

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

1. Ufficio AI competente

1.1 Regolamentazione ordinaria

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

1.2 Casi speciali

1.2.1 Collocamento tramite un istituto d'assistenza

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

1.2.2 Domicilio o residenza all'estero

– In generale

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

– Frontalieri

- 4006 Per la ricezione e l'esame delle richieste è competente l'ufficio AI del Cantone in cui si trova il luogo di lavoro del frontaliere o dove quest'ultimo esercita un'attività lucrativa indipendente (art. 40 cpv. 2 OAI, v. anche Circolare sulla procedura per la determinazione delle rendite nell'AVS/AI [CIBIL]). Si rimanda alle DSA per quanto riguarda il luogo di deposito delle domande inoltrate da cittadini stranieri all'estero originari di Paesi che hanno concluso una convenzione di sicurezza sociale con la Svizzera.
- 4007 Il N. 4006 si applica anche agli ex-frontalieri se abitano ancora nella zona di frontiera al momento della presentazione della domanda e se il danno alla salute risale all'epoca della loro attività frontaliera (art. 40 cpv. 2 2a frase OAI).
- 4008 La regolamentazione della competenza conformemente ai N. 4006 e 4007 è applicabile non soltanto alla prima verifica del diritto alla rendita, ma anche al momento della revisione del diritto, purché l'assicurato non abbia cambiato domicilio o non abbia lasciato la zona di frontiera.
- 4009 L'ufficio AI per gli assicurati all'estero è sempre competente per quanto riguarda l'emanazione di decisioni riguardanti i frontalieri (N. 4021).

1.3 Cambiamento dell'ufficio AI

1.3.1 Nel corso della procedura

- 4010 La procedura inizia con la registrazione della richiesta da parte dell'ufficio AI e termina con l'autorità di cosa giudicata della decisione. Di solito non ha luogo nessun cambiamento dell'ufficio AI durante la procedura (art. 40 cpv. 3 OAI).
- 4011 Se però l'ulteriore permanenza in Svizzera del richiedente sembra incerta o questi sta per ritornare all'estero, bisogna inoltrare gli atti all'ufficio AI per gli assicurati all'estero. Nel

frattempo l'ufficio AI del Cantone di residenza, prima di trasferire gli atti, deve effettuare le solite indagini relative alle condizioni in Svizzera e, se possibile, concluderle. Si procede allo stesso modo qualora gli assicurati lascino definitivamente la Svizzera durante la procedura di accertamento.

1.3.2 A procedura conclusa

- 4012 L'incarto, compresi i documenti riguardanti le prestazioni già pagate, viene trasmesso al nuovo ufficio AI competente. L'ufficio competente fino a quel momento prende nota dell'inoltro e registra la data della revisione successiva sulla lettera di trasmissione.
- 4013 Per quanto riguarda il cambiamento dell'ufficio AI nei casi di rendite va osservato il N. 4024.

1.3.3 Riconsiderazione di decisioni

- 4014 Se l'ufficio AI è cambiato e sono state fatte constatazioni che
7/06 permettono di riconsiderare la decisione, conformemente alla Circolare sul contenzioso, il nuovo ufficio AI è competente per riesaminare il caso e, eventualmente, prendere una nuova decisione. Prima, però, deve consultare l'ufficio AI che ha preso la decisione.

1.4 Collaborazione tra uffici AI

- 4015 Se necessario, l'ufficio AI può ricorrere alla collaborazione di un altro ufficio AI in fase di accertamento delle condizioni (p. es. luogo di residenza all'estero degli assicurati, servizio di collocamento). La competenza rimane così invariata. L'ufficio AI competente rimane l'unico responsabile.
- 4016 Il mandato non esonera tuttavia l'ufficio AI competente dall'obbligo di sorvegliare in modo appropriato l'integrazione professionale dell'assicurato.

2. Cassa di compensazione competente

Vedi le DR.

2.1 Regolamentazione ordinaria

- 4017 Competente per calcolare e versare le rendite e gli assegni per maggiorenni grandi invalidi è la cassa di compensazione a cui, al momento della richiesta, spettava riscuotere i contributi AVS dell'assicurato (art. 44 OAI in relazione con l'art. 122 cpv. 1 OAVS). Per il resto sono applicabili le DR.
- 4018 Per calcolare e versare indennità giornaliera si applica per analogia il N. 4017. Ciò vale anche se la cassa cantonale di compensazione che riscuote i contributi è diversa da quella del Cantone di residenza.
- 4019 La competenza in materia di mezzi ausiliari e prestazioni sostitutive dell'assicurazione per la vecchiaia è regolamentata nella Circolare sulla consegna di mezzi ausiliari nell'assicurazione vecchiaia.

2.2 Casi speciali

2.2.1 Assicurati senza contributi

- 4020 Se gli assicurati non hanno ancora mai pagato contributi (p. es. minorenni o Svizzeri di ritorno dall'estero), è competente la cassa di compensazione del Cantone il cui ufficio AI deve occuparsi del caso (N. 4001 e segg.). Per il resto sono applicabili le DR.

2.2.2 Domicilio o residenza all'estero

- 4021 Per gli assicurati domiciliati o residenti all'estero, frontalieri compresi, è competente – fatto salvo il N. 4022 – la CSC. Per la definizione di domicilio si rimanda al N. 4002.

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

2.3 Unità dell'evento assicurato

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

3. Conflitti di competenza

- 4027 Se la competenza di un ufficio AI o di una cassa di compensazione è controversa, il caso deve essere sottoposto all'UFAS che deciderà in merito (art. 40 cpv. 4 e 46 OAI).
- 4028 L'UFAS decide pure in merito a controversie riguardanti la collaborazione di altri uffici AI (N. 4015 e 4016; art. 40 cpv. 4 OAI).

4. Ricusazione

4029 Qualora le persone che debbano trattare una richiesta di prestazione appaiano prevenute (ad 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 LPGA).

5ª parte: ricorso a servizi specializzati

(Art. 59 cpv. 3 LAI, art. 69 cpv. 2 OAI)

1. Definizione e posizione

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

2. Procedura**2.1 Conferimento del mandato****2.1.1 In generale**

- 5004 Gli uffici AI sono competenti per conferire mandati a servizi specializzati
- al fine di accertare le possibilità d'integrazione professionale,
 - di esecuzione e sorveglianza di provvedimenti d'integrazione professionale oppure
 - nell'ambito di provvedimenti di natura non professionale.

2.1.2 Informazione dell'assicurato

- 5005 Gli assicurati devono essere informati in tempo utile in merito al mandato conferito a un servizio specializzato.

2.1.3 Forma e contenuto del mandato

- 5006 Il mandato deve essere conferito per iscritto al servizio specializzato conformemente alla Circolare sul rimborso delle spese ai servizi specializzati dell'aiuto agli invalidi, e redatto in forma chiara. Se il servizio specializzato accetta un mandato, in fase di attuazione deve attenersi alle prescrizioni ed alle disposizioni sia dell'ufficio che ha conferito il mandato sia dell'UFAS.
- 5007 Nei casi in cui è in questione l'integrazione professionale dell'assicurato, il mandato deve precisare se bisogna già presentare proposte, come la riforma professionale, nell'ambito dell'esame delle possibilità d'integrazione.
- 5008 Il mandato può essere accompagnato da direttive del mandante indicanti le modalità esecutive.
- 5009 I mandati ai servizi specializzati possono riferirsi soltanto a questioni il cui disbrigo compete all'ufficio AI. In particolare i mandati non possono riguardare attività assistenziali.
- 5010 La consulenza ai genitori in merito al collocamento del figlio in una scuola speciale, l'accompagnamento del figlio dal medico e altre attività analoghe non possono essere fatturate. Si procede altrimenti quando, in casi di istruzione scolastica speciale, sono necessari documenti supplementari per permettere all'ufficio AI di emanare una deliberazione. Tali mandati devono essere conferiti conformemente al N. 5015.
- 5011 Semplici richieste d'informazioni non costituiscono un mandato per accertare le circostanze. I servizi specializzati 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

– Incarto dell'organo che ha conferito il mandato

- 5012 Tutte le indicazioni e i documenti necessari per l'esecuzione del mandato devono essere messi a disposizione del servizio specializzato.
- 5013 Se i servizi specializzati hanno un proprio servizio medico, il fascicolo può essere consegnato ad essi all'attenzione del medico. Negli altri casi soltanto con l'autorizzazione del SMR.
- 5014 L'ufficio AI informa i servizi specializzati dell'obbligo di mantenere il segreto e delle sanzioni penali in caso di trasgressione.

– Attestato

- 5015 Il modulo "Bescheinigung der Spezialstelle" (d/f) viene consegnato al servizio specializzato unitamente al mandato. L'ufficio AI che conferisce il mandato deve indicare sul modulo nome, numero di assicurato e indirizzo dell'assicurato nonché gli indirizzi del servizio specializzato e dell'organo che conferisce il mandato.
- 5016 Dopo aver sbrigato il mandato il servizio specializzato rispedisce l'attestato compilato all'ufficio AI, all'attenzione dell'UFAS (art. 95 cpv. 1 OAI).

2.2 Esecuzione del mandato e rendiconto

- 5017 I servizi specializzati devono eseguire i mandati in modo autonomo. Sono applicabili per analogia i N. 2090–2117.

3. Rimborso delle spese ai servizi specializzati

- 5018 Le spese supplementari cagionate dall'esecuzione del mandato dell'AI sono rimborsate ai servizi specializzati secondo il tasso fissato dall'UFAS (art. 59 cpv. 2 LAI e art. 95 cpv. 3 OAI).
- 5019 Per informazioni più dettagliate si rimanda alla Circolare sul rimborso delle spese ai servizi specializzati dell'aiuto agli invalidi.

6^a parte: ricorso ad altri organismi

1.1 Servizi di accertamento medico (SAM)

6001 Su mandato degli uffici AI (N. 2076) i SAM valutano lo stato generale di salute degli assicurati se un accertamento in questo ambito si rivela particolarmente difficile e non può essere eseguito in altro modo. Gli accertamenti devono fornire tutte le indicazioni mediche necessarie alla valutazione del diritto a prestazioni, in particolare indicazioni sui danni alla salute e le loro ripercussioni sulla capacità lavorativa nelle attività professionali svolte fino ad allora o in altre adeguate, nonché sulla possibilità e l'esigibilità di provvedimenti d'integrazione dal punto di vista medico.

1.2 Valutazione della capacità funzionale (VCF)

6002 Alcune istituzioni dirette da medici e designate dalla "Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation SAR" eseguono la valutazione della capacità funzionale lavorativa. Questa comprende un'analisi ergonomica approfondita della capacità funzionale, svolta con l'ausilio di un medico, mediante test standardizzati. Questa valutazione fornisce spesso un quadro altrettanto affidabile dell'effettiva capacità funzionale della persona assicurata quanto quello risultante da una lunga procedura d'accertamento da parte di un CAP.

6003 Prima della decisione va in ogni caso chiesto il parere del SMR (v. N. 2074). Il parere deve contenere una raccomandazione o, in caso di esito negativo, una motivazione e una proposta alternativa. L'ufficio AI decide chi debba svolgere l'accertamento.

6004 Per la procedura in caso di affidamento dell'incarico a un SAM o di ordinamento di una VCF vanno osservati i N. 2074–2089.

6005 E' possibile notificare ai SAM e agli organi incaricati di eseguire le VCF copie di decisioni dell'ufficio AI e di sentenze

qualora essi lo desiderino e la persona assicurata sia d'accordo.

2. Centri di accertamento professionale (CAP)

2.1 Finalità

- 6006 I CAP servono ad accertare l'impiego pratico della capacità lavorativa attuale degli assicurati in casi particolari. Gli accertamenti vengono effettuati soprattutto su assicurati che
- 6007 – si dichiarano inabili al lavoro e richiedono una rendita, ma per i quali sembra possibile un'integrazione nell'economia di mercato non essendo la loro salute eccessivamente compromessa,
- 6008 – possono sfruttare la propria capacità lavorativa residua esigibile (dal profilo medico) in una misura non chiaramente quantificabile in un determinato settore lavorativo (p. es. in un campo simile a quello della propria attività precedente).
- 6009 Per quanto riguarda tutti gli altri accertamenti professionali, soprattutto in considerazione della prima formazione professionale e per prepararsi ad un lavoro da svolgere in un laboratorio protetto, continuano ad essere a disposizione dell'AI tutti i centri d'integrazione ed un gran numero di laboratori protetti.
- 6010 Un soggiorno in un CAP (come ogni altro soggiorno di accertamento professionale) va ordinato solo se
- il SMR ritiene che la situazione medica sia chiarita a sufficienza per poter valutare questioni di carattere professionale,
 - l'ufficio AI o un servizio specializzato non sono in grado di determinare con sufficiente certezza la capacità d'integrazione o di lavoro sulla base di un accertamento ambulatoriale. Questo accertamento professionale preliminare deve illustrare – dopo aver conferito con il precedente datore di lavoro – soprattutto il tipo dell'attività precedente, la confi-

gurazione concreta del posto di lavoro, il comportamento lavorativo, nonché eventuali possibilità di spostamenti all'interno dell'azienda in posti più adatti. In mancanza di chiarezza il CAP deve avere la possibilità di porre delle domande. E' necessario perciò indicare nel mandato l'interlocutore di riferimento che ha effettuato l'accertamento professionale preliminare.

- 6011 Capi, collaboratori ed il restante personale del CAP sono tenuti all'obbligo di mantenere il segreto ai sensi dell'art. 33 LPGGA. L'obbligo di mantenere il segreto viene fissato nella convenzione stipulata tra l'UFAS e il CAP.

2.2 Conferimento del mandato

- 6012 L'ufficio AI conferisce mandati di accertamento professionale nel CAP sulla base degli atti e dei risultati degli accertamenti preliminari (N. 6006 e segg.).

2.3 Forma del mandato

- 6013 Il mandato di accertamento viene conferito al CAP, sulla base di una decisione dell'ufficio AI. Copie del mandato vanno notificate:
- ai medici interessati qualora lo desiderino e la persona assicurata sia d'accordo;
 - alla cassa di compensazione competente per l'indennità giornaliera.
- Alla copia destinata alla cassa di compensazione vanno allegati i dati relativi all'indennità giornaliera.
- 6014 Al mandato bisogna allegare i necessari atti medici, economici e professionali.
- 6015 La comunicazione deve informare gli assicurati sulla durata prevista per il soggiorno di accertamento e sul loro diritto al rimborso delle spese di viaggio specificando anche che, in

caso di diritto a indennità giornaliera, riceveranno una decisione relativa.

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

- 6016 Di regola gli accertamenti professionali vengono effettuati in ambito stazionario o ambulatoriale nell'arco di 4 settimane al massimo. La data del soggiorno è comunicata dal CAP.
- 6017 Dopo aver ricevuto la documentazione il CAP può invitare gli assicurati ad effettuare un accertamento preliminare della durata di un giorno sui cui risultati presenta subito un breve rapporto all'ufficio AI.
- 6018 Il soggiorno termina non appena si ottengono i risultati necessari.
- 6019 Il CAP può dimettere gli assicurati prima di ottenere i risultati dell'accertamento solo se sussistono motivi importanti (soprattutto di natura disciplinare) e solo dopo averne discusso con il responsabile dell'ufficio AI. Se l'assicurato viene dimesso anzitempo per motivi medici, la documentazione va sottoposta al parere del SMR.
- 6020 In casi eccezionali, il responsabile del CAP può prolungare di ulteriori 4 settimane al massimo il soggiorno, d'intesa con gli assicurati. In questo caso non serve una decisione particolare dell'ufficio AI né una comunicazione agli assicurati.
- 6021 Il CAP comunica subito l'entrata all'ufficio AI ed alla cassa di compensazione competente per l'indennità giornaliera, eventuali prolungamenti nonché il termine del soggiorno di accertamento (in base al modello di cui al N. 6030).

2.5 Collaborazione tra il CAP e l'ufficio AI

6022 Durante l'accertamento professionale, il CAP, l'ufficio AI e il SMR (per questioni di ordine medico) mantengono uno stretto contatto.

2.6 Rapporto

– In generale

6023 Il rapporto finale va presentato subito dopo il termine dell'accertamento (di solito entro una settimana) e deve consentire all'ufficio AI di poter giudicare correttamente la questione dell'integrazione.

– Forma e struttura del rapporto finale

6024 Il rapporto finale può essere redatto in forma libera, ma deve essere espresso in termini precisi e strutturato unitariamente in base allo schema illustrato al N. 6031.

– Notifica del rapporto finale

6025 Il CAP notifica una copia del rapporto all'ufficio AI (restituendo la documentazione ottenuta da quest'ultimo).

– Decisione dell'ufficio AI/sentenze

6026 L'ufficio AI prende quanto prima una decisione sulla procedura ulteriore.

6027 E' possibile notificare al CAP copie di decisioni dell'ufficio AI e di sentenze qualora il CAP lo desideri e la persona assicurata sia d'accordo.

2.7 Provvedimenti al termine dell'accertamento (soprattutto disposizione di provvedimenti professionali)

– In generale

6028 Per favorire un'integrazione professionale possibilmente rapida, l'ufficio AI deve garantire il passaggio diretto dalla fase di accertamento a quella della prova e dell'integrazione professionali. L'ufficio AI deve quindi accordare sempre la priorità all'esecuzione di provvedimenti professionali dopo un accertamento CAP.

– Misure immediate prima della decisione dell'ufficio AI

6029 Se durante l'accertamento professionale il responsabile del CAP si convince che è opportuno avviare subito autentici provvedimenti di integrazione professionale, d'accordo con gli assicurati e dopo aver informato l'ufficio AI può ordinare tali provvedimenti al di fuori del CAP per 90 giorni al massimo. Una richiesta debitamente motivata va inoltrata per iscritto e senza indugio all'ufficio AI perché prenda una decisione. Se l'ufficio AI non si dichiara d'accordo con il provvedimento, ordina di interromperlo il prima possibile assumendosi le spese insorte fino a quel momento. Gli organi interessati devono provvedere che vengano emanate subito le decisioni relative ai provvedimenti successivi.

6030 Assicurazione federale per l'invalidità (AI)

Modello

Numero d'assicurato

Comunicazione del CAP sull'entrata/uscitaAssicurato/a: cognome, nome,
indirizzo esatto, CAP, domicilio

Ufficio AI

Il/la suddetto/a assicurato/a

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

Luogo e data

Timbro e firma del CAP

Copia alla cassa
di compensazione

Firma dell'assicurato/a

34.749

6031 Assicurazione federale per l'invalidità (AI)

Rapporto finale del CAP (modello)

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

- con autentici provvedimenti di integrazione professionale da specificare per gli assicurati in base a contenuto, durata e necessità. Indicare anche l'obiettivo professionale perseguito con il provvedimento e le possibilità concrete di realizzazione prevedibili nonché il parere degli assicurati sulle proposte fatte.

4. Durata del soggiorno

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

Allegati

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

7^a parte: Disposizione transitoria e finale

1. Disposizione transitoria

Servizi medici regionali (SMR)

7001 Gli SMR entrano in servizio al più tardi il 1° gennaio 2005. I medici degli uffici AI mantengono le loro attuali competenze fino all'entrata in servizio degli SMR, ma non oltre il 31 dicembre 2004.

2. Disposizione finale

7002 La presente circolare entra in vigore il 1° gennaio 2004 e sostituisce quella valida dal 1° gennaio 2003.

Allegati:

- I Indice dei moduli ufficiali
- II Istruzioni agli uffici AI riguardanti l'aiuto amministrativo alle assicurazioni estere per l'invalidità, del 24 febbraio 1965 (11.272)
- III Convenzione tra l'Associazione dei settori delle assicurazioni private e l'UFAS relativa alla visione degli incarti e alla comunicazione d'informazioni, del 31 ottobre 1980 (33.640).
- IV Accertamento del grado di invalidità per ordine degli uffici PC
- V Direttiva sugli incarti degli assicurati da presentare al servizio medico regionale.

Indice dei moduli ufficiali

* E' possibile registrare o trasmettere i dati corrispondenti anche per via informatica. La stampa deve però corrispondere nel contenuto e (per quanto necessario) nella struttura schematica al modulo ufficiale.

318.267	Richiesta e questionario relativi a un assegno per grandi invalidi dell'AVS o dell'AI
5420	Questionario per il medico riguardante la grande invalidità AVS/AI
318.271	Certificato di stato civile
318.410	Richiesta di prestazioni per mezzi ausiliari dell'AVS
318.411	Richiesta per la presa a carico delle spese di locazione di una carrozzella dell'AVS
318.530*	Richiesta di prestazione dell'AI (conferma di ricevuta)
318.531	Richiesta di prestazioni AI per adulti
318.532	Richiesta di prestazioni AI per assicurati/e che non hanno ancora compiuto i 20 anni
5460	Incarico per una perizia medica
5462	Richiesta di una perizia psichiatrica
5464	Richiesta di una perizia interdisciplinare
senza numero	Iscrizione per una valutazione della capacità funzionale VCF

5400/5402	Rapporto medico
5404/5408	Rapporto medico intermedio
5450	Zahnärztliche Beurteilung (d/f)
318.542	Kieferorthopädische Abklärung (d/f)
318.546	Questionario per il datore di lavoro
318.548*	Comunicazione della cassa di compensazione all'ufficio AI
318.550.02*	Indicazioni alla cassa di compensazione per l'indennità giornaliera
318.572*	Empfangsbestätigung für Hilfsmittel (d/f)
318.633	Bescheinigung der Spezialstelle (d/f)

Direttive

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

III. Rimborso delle spese

10 *Spese degli uffici AI*

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

11 *Spese e indennità giornaliera dell'assicurato*

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

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

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

14 *Spese causate a terzi*

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

15 *Trasmissione e pagamento delle fatture*

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

- 16 La CSC rimborsa le spese e un'eventuale indennità giornaliera direttamente o tramite l'Ufficio centrale di compensazione, alla persona o all'organo che ha presentato la fattura oppure all'assicurato.

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

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

Convenzione relativa alla visione degli incarti e alla comunicazione d'informazioni:

Tra

l'Associazione dei settori delle assicurazioni private (Unione delle compagnie svizzere di assicurazione sulla vita, Conferenza degli assicuratori concessionari contro le malattie e Conferenza dei direttori-infortuni), rappresentata dalla commissione ad hoc "Kumul"

e

l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna, quale autorità di vigilanza dell'AVS/AI, in applicazione dell'articolo 66 LAI in relazione con l'articolo 50a capoverso 4 lettera b LAVS,

- visto l'interesse reciproco alla visione degli incarti e alla comunicazione d'informazioni allo scopo di accertare se e in quale misura l'assicurato abbia diritto a prestazioni,
- al fine di evitare la ripetizione di visite e le spese che ne risultano,
- allo scopo di diminuire il numero dei certificati medici indispensabili agli assicuratori e agli organi e la perdita di tempo causata ai medici,

viene stipulata la seguente

convenzione relativa alla visione degli incarti e alla comunicazione d'informazioni:

1. gli assicuratori privati e l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali permettono la visione dei loro incarti e forniscono informazioni sui loro casi assicurativi secondo il principio della reciprocità.
2. Sono tuttavia esclusi da tale convenzione i casi di regresso dell'AVS/AI per i quali rimane riservato un accordo particolare con la Conferenza dei direttori-infortuni.
3. La visione degli incarti e la comunicazione d'informazioni avvengono soltanto dietro presentazione di una formale procura firmata dall'assicurato. A tale scopo si elaborerà un modulo comune⁸.
4. Gli assicuratori privati e l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali si impegnano a non trasmettere gli incarti ricevuti e le informazioni a persone od organi che non siano quelli indicati nella procura, citata nel N. 3, e a non registrare in qualsiasi modo i dati che se ne deducono.
5. La visione degli incarti e la comunicazione d'informazioni sono gratuite.
6. La presente convenzione può essere denunciata unilateralmente per la fine di un anno civile dall'associazione dei settori delle assicurazioni o dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, osservando un termine di disdetta di un anno.
7. Le firme del presidente della commissione ad hoc "Kumul" e dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, apposte in calce, sono vincolanti per gli assicuratori privati rappresentati dalla commissione e per gli organi dell'AVS/AI.
8. Al momento della firma di questa convenzione la commissione ad hoc "Kumul" presenta un elenco ricapitolativo degli assicuratori privati membri dei settori delle assicurazioni private.

⁸ Vedi allegato.

L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali rende nota questa convenzione agli organi dell'AVS/AI9.

Berna/Neuchâtel, 31 ottobre 1980

Commissione ad hoc "Kumul"

Il Presidente:
sig. Suter

Ufficio federale
delle assicurazioni sociali
Il Direttore:
sig. Schuler

⁹ La convenzione è riconosciuta da tutti gli assicuratori privati operanti in Svizzera.

Complemento all'Allegato III**Procura**

Allo scopo di accertare se esiste il diritto a una prestazione assicurativa, il/la sottoscritto/a autorizza

a prendere conoscenza presso _____

degli atti riguardanti il suo caso assicurativo o a informarsi in merito a _____

Cognome dell'assicurato/a

Nome

Data di nascita
o n. AVS

Luogo e data

Firma dell'assicurato/a o del suo
rappresentante legale:

Allegato IV**Accertamento del grado di invalidità per ordine degli uffici PC**
(art. 2c lett. b LPC, art. 57 cpv. 1 lett. d LAI, art. 41 cpv. 1 lett. k OAI)**Procedura applicabile**

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

Richiesta

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

Procedura di accertamento

- 3 L'*ufficio PC* verifica se le seguenti premesse sono soddisfatte in modo cumulativo:
 - domicilio e dimora abituale in Svizzera
 - periodo d'attesa (nel caso di stranieri/e)
 - nessun diritto secondo gli art. 2a, 2b o 2c lett. a, c o d LPC
 - età compresa tra i 18 anni e l'età che dà diritto alla rendita AVS
- 4 L'ufficio PC conferisce all'UAI competente il mandato di calcolare l'invalidità. L'ufficio AI stabilisce il grado di invalidità e determina a partire da quando sussiste un'invalidità in una misura che giustifichi la rendita.

Deliberazione e decisione

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

Procedura di opposizione / ricorso

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

Revisione

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

Criteria per la trasmissione degli incarti all'SMR

Questione	LAI/OAI	Da presentare obbligatoriamente	Da presentare facoltativamente
Provvedimenti sanitari che comportano un rischio particolare (riserva) o che servono al trattamento di un rischio subentrato	Art. 11 LAI; art. 23 OAI	In tutti i casi	
Provvedimenti sanitari d'integrazione	Art. 12 LAI	In tutti i casi	
Provvedimenti sanitari in caso di infermità congenita	Art. 13 LAI	<ul style="list-style-type: none"> – Per infermità congenite dei N. 109, 163, 167,177, 180,182, 193, 194, 279, 390, 401, 404, 462,493, 495–499 – Per le infermità dei N. 425 e 427: in caso di continuazione del trattamento anche dopo il compimento dell'11° anno d'età – Quando sono fatti valere danni alla salute derivanti da un'infermità congenita ai sensi del N. 11 CPSI. – In tutti i casi in cui vi sono dubbi sul riconoscimento dell'infermità congenita¹⁰. 	In tutti gli altri casi

¹⁰ L'SMR può chiedere all'UFAS di designare ulteriori infermità congenite per le quali è sempre o temporaneamente obbligatorio presentare gli incarti.

Questione	LAI/OAI	Da presentare obbligatoriamente	Da presentare facoltativamente
Richiesta di prolungamento dei provvedimenti sanitari o di ordinamento di nuovi provvedimenti in caso di infermità riconosciute	Art. 14 LAI	<ul style="list-style-type: none"> – In casi in cui il trattamento ha una durata sproporzionata (p. es.: ergoterapia o terapia della psicomotricità di oltre due anni). – Se sono richiesti apparecchi di cura inusuali o non meglio precisati 	In tutti gli altri casi
Prima richiesta di provvedimenti professionali	Art. 15–18 LAI	In tutti gli altri casi, prima dell'orientamento professionale (verifica dell'invalidità e formulazione di raccomandazioni sui criteri da tenere in considerazione per la scelta della professione)	In casi dovuti esclusivamente ad un infortunio o ad una malattia professionale per i quali gli uffici AI dispongono della documentazione dell'INSAI.
Nuova richiesta di provvedimenti professionali o di una valutazione da parte dell'orientatore professionale	Art. 15–18 LAI	In tutti i casi in cui vi sono dubbi dal punto di vista medico riguardo all'esigibilità	In tutti gli altri casi
Questione	LAI/OAI	Da presentare obbligatoriamente	Da presentare facoltativamente
Mezzi ausiliari	Art. 21 LAI	Qualora non sia chiaro se si abbia a che fare con un apparecchio di cura o con un mezzo ausiliario	In tutti gli altri casi
Prima valutazione della questione della rendita / dell'integrazione	Art. 28 LAI	In tutti gli altri casi	Per giovani che hanno una grave infermità congenita nota all'ufficio AI, sulla cui incapacità totale al lavoro non vi sono dubbi e che hanno compiuto il 18° anno d'età.
Richiesta di modifica e/o soppressione della rendita	Art. 41 LAI	In tutti i casi	

Questione	LAI/OAI	Da presentare obbligatoriamente	Da presentare facoltativamente
Richiesta di assegni per grandi invalidi, compreso un eventuale supplemento per cure intense	Art. 42 LAI	Per tutte le richieste di prestazioni AI presentate per la prima volta / in caso di modifica del grado di grande invalidità o dell'onere assistenziale a favore di minorenni (verifica della compatibilità della grande invalidità con il danno alla salute; verifica del bisogno d'assistenza supplementare nel caso di minorenni)	In tutti gli altri casi dell'AI In tutti i casi dell'AVS
Provvedimenti sanitari all'estero	Art. 23 ^{bis} cpv. 1 e 2 OAI	In tutti i casi	