



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

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

Valida dal 1° gennaio 2010

Stato: 1° aprile 2011

318.507.03 i

4.11

Premessa

La presente versione della circolare sostituisce quella valida dal 1° gennaio 2010.

Le modifiche apportate sono state rese necessarie, in particolare, dalla modifica dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 26 gennaio 2011 (invio di una copia della decisione dell'ufficio AI a chi ha eseguito la perizia medica) e dal nuovo disciplinamento in caso di ritiro della richiesta da parte dell'assicurato.

I numeri marginali modificati, completati o nuovi sono i seguenti:

– 1024 / 1024.1 / 1024.2 / 1027 / 2039 / 2075.1 / 2075.3 / 2082.1 / 2086 / 3036 / 6005.

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

Indice

Abbreviazioni	9
Introduzione	12
1^a parte: procedura di presentazione della richiesta	
1. Presentazione della richiesta	13
1.1 Forma.....	13
1.1.1 In generale	13
1.1.2 Moduli di richiesta	13
1.1.3 Uffici e depositari di moduli	14
1.2 Allegati	14
1.3 Legittimazione	14
1.3.1 Assicurati	14
1.3.2 Autorità e terzi.....	14
1.3.3 Rappresentanza.....	16
1.4 Luogo di presentazione.....	16
1.4.1 Ufficio AI.....	16
1.4.2 Cassa di compensazione.....	16
1.4.3 Servizi specializzati dell'aiuto agli invalidi	16
1.5 Ritiro della richiesta e rinuncia a prestazioni.....	17
2. Effetti della richiesta	18
2.1 Salvaguardia dei diritti in generale	18
2.2 Salvaguardia del diritto alla rendita	18
2.3 Salvaguardia del diritto ai provvedimenti d'integrazione .	19
3. Esonero dall'obbligo di mantenere il segreto	19
4. Informazione degli assicurati.....	20
5. Raggiugli e consulenza agli assicurati	20
6. Registrazione della richiesta	20
7. Comunicazione all'UCC/all'UFAS	21
2^a parte: Procedura di accertamento	
1. Esami preliminari.....	22
1.1 Controllo formale.....	22
1.1.1 Competenza.....	22
1.1.2 Completezza della richiesta	22

1.1.3	Incarti dell'AI già esistenti	22
1.1.4	Insorgenza di un infortunio.....	23
1.2	Verifica delle generalità.....	23
1.3	Informazione degli assicurati.....	24
1.4	Controllo delle condizioni d'assicurazione	24
1.4.1	In generale	24
1.4.2	Portata del controllo	24
1.4.3	Modo di procedere se l'assicurato non adempie le condizioni d'assicurazione	25
1.4.4	Periodo contributivo minimo.....	26
1.5	Collaborazione con altri istituti assicurativi.....	27
1.5.1	Assicurazione infortuni, assicurazione militare, assicurazione contro la disoccupazione	27
1.5.2	Casse malati riconosciute	27
1.6	Collaborazione interistituzionale (CII)	28
1.6.1	Promozione della CII.....	28
1.6.2	Scopo della CII.....	28
1.6.3	Obbligo del segreto tra gli uffici AI e le altre assicurazioni sociali	29
1.6.4	Obbligo del segreto tra gli uffici AI e gli altri organi coinvolti nella CII.....	29
1.6.5	Forma dello scambio di dati	29
2.	Accertamento delle circostanze	30
2.1	In generale	30
2.1.1	Oggetto dell'accertamento	30
2.1.2	Obbligo degli assicurati di ridurre il danno e di collaborare	30
2.2	Compiti dell'ufficio AI	31
2.3	Richiesta di informazioni	32
2.3.1	In generale	32
2.3.2	Persone e organi tenuti a fornire informazioni	32
2.3.3	Assicuratori privati.....	34
2.4	Rilascio di informazioni e autorizzazione a consultare gli incarti AI.....	34
2.4.1	In generale	34
2.4.2	Eccezioni.....	35
2.5	Rapporto medico.....	36
2.5.1	In generale	36
2.5.2	Medico competente.....	36
2.5.3	Contenuto del rapporto medico.....	37

2.6	Perizie mediche.....	38
2.6.1	Procedura	38
2.6.2	Assegnazione dell'incarico all'organo che effettua la perizia.....	40
2.6.3	Presenza di rappresentanti legali.....	41
2.6.4	Chiarimenti successivi alla consegna della perizia e informazione dell'organo che l'ha svolta	42
2.7	Provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale e integrazione professionale.....	42
2.7.1	Incarico di accertamento.....	42
2.7.2	Accertamento della possibilità di eseguire provvedimenti di reinserimento e provvedimenti professionali.....	43
2.7.3	Concessione o rifiuto di provvedimenti di reinserimento e di provvedimenti professionali.....	45
2.7.4	Sorveglianza dei provvedimenti di reinserimento e dei provvedimenti professionali.....	45
2.7.5	Rapporto conclusivo	45
2.8	Accertamento sul posto.....	46
2.8.1	Conferimento del mandato.....	46
2.8.2	Accertamento.....	48
2.8.3	Rapporto di accertamento.....	48
2.9	Costi cagionati dai provvedimenti d'accertamento.....	48
2.9.1	Assunzione delle spese	48
2.9.2	Spese di traduzione (interpretariato).....	49
2.9.3	Indennità per perdita di guadagno e spese.....	50
2.9.4	Fatturazione.....	50

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

1.	Decisione dell'ufficio AI	51
1.1	In generale	51
1.2	Motivazione delle decisioni	51
1.3	Redazione e notifica delle decisioni.....	52
1.4	Verifica delle decisioni (revisione).....	53
1.5	Vincolo alla decisione.....	53

2. Procedura di preavviso.....	53
2.1 Persona assicurata	53
2.2 Altre parti.....	55
3. Presa di posizione dell'UFAS	56
3.1 In generale	56
3.2 Preavviso obbligatorio dell'UFAS.....	56
4. Decisioni in caso di riconsiderazione di decisioni.....	56
5. Notifica della decisione – principio	57
5.1 Originale.....	57
5.2 Copie della decisione	57
6. Decisioni concernenti provvedimenti di integrazione.....	57
6.1 In generale	57
6.2 Notifica di copie di decisioni relative a provvedimenti di integrazione	58
7. Decisioni relative a rendite e assegni per grandi invalidi.....	58
7.1 In generale	58
7.2 Preparazione dell'emanazione della decisione in caso di prestazioni in contanti a favore di maggiorenni	59
7.3 Notifica di copie di decisioni concernenti le rendite e gli assegni per maggiorenni grandi invalidi.....	62
7.4 Notifica di copie di decisioni concernenti le indennità giornaliere	63
8. Registrazione e trasmissione di comunicazioni.....	63
9. Decisioni nell'ambito dell'AVS (assegni per grandi invalidi, mezzi ausiliari).....	63
10. Decisioni nell'ambito delle PC	64

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

1. Ufficio AI competente	65
1.1 Regolamentazione ordinaria	65
1.2 Casi speciali	65
1.2.1 Collocamento tramite un istituto d'assistenza.....	65
1.2.2 Domicilio o residenza all'estero	65
1.3 Cambiamento dell'ufficio AI.....	66
1.3.1 Nel corso della procedura	66

1.3.2	A procedura conclusa	67
1.3.3	Riconsiderazione di decisioni.....	67
1.4	Collaborazione tra uffici AI	67
2.	Cassa di compensazione competente	68
2.1	Regolamentazione ordinaria	68
2.2	Casi speciali	69
2.2.1	Assicurati senza contributi	69
2.2.2	Domicilio o residenza all'estero	69
2.3	Unità dell'evento assicurato	69
3.	Conflitti di competenza	70
4.	Ricusazione.....	70
5^a parte: ricorso a servizi specializzati e specialisti		
1.	Definizione e posizione	71
2.	Procedura.....	71
2.1	Conferimento del mandato.....	71
2.1.1	In generale.....	71
2.1.2	Informazione dell'assicurato	71
2.1.3	Forma e contenuto del mandato	72
2.1.4	Allegati al mandato	72
2.2	Esecuzione del mandato e rendiconto	73
6^a parte: ricorso ad altri organismi		
1.1	Servizi di accertamento medico (SAM)	74
1.2	Valutazione della capacità funzionale (VCF)	74
2.	Centri di accertamento professionale (CAP)	75
2.1	Finalità	75
2.2	Conferimento del mandato.....	76
2.3	Forma del mandato	76
2.4	Tipo, durata, prolungamento e interruzione del soggiorno di accertamento.....	77
2.5	Collaborazione tra il CAP e l'ufficio AI.....	77
2.6	Rapporto	78
2.7	Provvedimenti al termine dell'accertamento (soprattutto disposizione di provvedimenti professionali)	78
7^a parte:	Disposizione finale	80

Allegato I	Direttive agli uffici AI riguardanti l'aiuto amministrativo alle assicurazioni estere per l'invalidità (del 24 febbraio 1965)	81
Allegato II	Convenzioni	85
Allegato III	Accertamento del grado di invalidità per ordine degli uffici PC	86
Allegato IV	Comunicazione del CAP sull'entrata/uscita dell'assicurato e rapporto finale	88
Allegato V	Processo Ordine di esecuzione di una perizia medica.....	91

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

Introduzione

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

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

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

1^a parte: procedura di presentazione della richiesta

1. Presentazione della richiesta

1.1 Forma

1.1.1 In generale

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

1.1.2 Moduli di richiesta

- 1002 Per la richiesta di prestazioni dell'AI e dell'AVS è prevista una serie di moduli, 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. Se la procedura si è conclusa in seguito ad una decisione formale negativa, occorre presentare una nuova richiesta di prestazioni.
- 1007 Gli assicurati che, al compimento dei 18 anni, percepiscono una prestazione periodica dell'AI (assegno per minorenni grandi invalidi, prestazioni per la prima formazione professionale) o beneficiano di provvedimenti sanitari e richiedono

un'indennità giornaliera, 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
1/10 mantenimento, aiutano costantemente l'assicurato o lo assistono regolarmente, hanno la facoltà di presentare una domanda di prestazioni dell'AI a favore dell'assicurato (art. 66 cpv. 1 OAI).

- 1013 Vi è assistenza regolare o cura permanente quando autorità
1/10 o terzi prestano da lungo tempo e regolarmente all'assicurato un aiuto finanziario e completo. I terzi sono segnatamente il coniuge, i genitori, i nonni, i figli, i nipoti o i fratelli e sorelle dell'assicurato. I servizi dell'aiuto sociale fanno parte delle autorità legittimate a presentare una richiesta ai sensi del N. 1012 (sentenza del TF dell'8 giugno 2005, I 113/05).
- 1014 È legittimata a presentare una richiesta anche l'assicurazione
1/10 sociale che ha versato prestazioni anticipate giusta l'articolo 70 capoversi 1 e 2 LPGGA (sentenza del TF del 25 marzo 2009, 8C_241/2008).
- 1015 Gli organi d'esecuzione dei provvedimenti dell'AI, come ad
1/10 esempio gli ospedali e i centri d'integrazione, o i datori di lavoro non sono autorizzati a far valere di loro iniziativa i diritti degli assicurati (sentenza del TF dell'11 ottobre 2004, I 226/04). Lo stesso vale per le casse pensioni pubbliche e private, le casse malati e le altre istituzioni che versano agli assicurati prestazioni pecuniarie cui hanno diritto. Questi organi ed istituti non possono inoltrare una richiesta senza esserne stati autorizzati per iscritto dagli assicurati, dai rappresentanti legali o dai familiari legittimati ai sensi del N. 1013.
- 1016 Se l'assicurato è deceduto, il diritto a prestazioni pecuniarie
1/10 dell'AI può essere fatto valere sia dai suoi eredi sia da qualsiasi altra persona che abbia a tale riguardo un interesse degno di essere tutelato (RCC 1974 p. 396).
- 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 rappresentare o assistere da terzi (p. es. avvocato, servizio sociale, medico, scuola, servizio scolastico, centro d'integrazione) purché non lo escluda l'urgenza di un accertamento. In questi casi l'ufficio AI deve esigere una procura scritta che autorizzi il richiedente ad inoltrare la domanda.

1.4 Luogo di presentazione

1.4.1 Ufficio AI

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

1.4.2 Cassa di compensazione

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

1.4.3 Servizi specializzati dell'aiuto agli invalidi

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

1.5 Ritiro della richiesta e rinuncia a prestazioni

- 1024 4/11 La persona assicurata o il suo rappresentante può ritirare la richiesta o rinunciare a prestazioni, salvo che un interesse legittimo della stessa o di altre persone interessate non vi si opponga (art. 23 cpv. 1 e 2 LPGGA). La dichiarazione di ritiro / di rinuncia a prestazioni va presentata in forma scritta, non deve contenere alcuna riserva ed essere firmata.
1024. 1 4/11 Le richieste di ritiro possono essere trattate direttamente dagli uffici AI. La richiesta può essere soddisfatta se non pregiudica gli interessi degni di protezione dell'assicurato stesso, di altre persone (ad es. figli o coniuge), di assicurazioni o di istituzioni assistenziali (art. 3b cpv. 2 lett. e–k LAI) e non si propone di eludere le prescrizioni legali.
1024. 2 4/11 Nei casi di regresso l'ufficio AI, prima di determinarsi, sottopone al servizio regressi competente la richiesta di ritiro della domanda allegando l'incarto per preavviso.
- 1025 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.
- 1026 La rinuncia può essere revocata in qualsiasi momento. In tal caso, però, le prestazioni possono essere concesse solo per il periodo successivo alla revoca. Per il periodo precedente quest'ultima è escluso qualsiasi versamento di prestazioni arretrate.
- 1027 4/11 Le richieste di rinuncia a prestazioni vanno presentate all'UFAS.
- 1028 L'accoglimento della richiesta di cui al N. 1027 va confermato per scritto alla persona assicurata (art. 23 cpv. 3 LPGGA). Questa va informata delle conseguenze della rinuncia. Se la richiesta di revoca o di rinuncia a prestazioni non può essere accolta (violazione di interessi degni di protezione propri o di terzi), la decisione deve essere formalmente notificata.

1029 [abrogato]

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 deposito della richiesta, a condizione che venga poi rispettato il termine supplementare concesso per la rettifica della richiesta (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 può essere accordata per principio soltanto dalla data della nuova richiesta di prestazioni, nel caso dei provvedimenti di reinserimento e dei provvedimenti professionali, o soltanto 6 mesi dopo tale data, nel caso della rendita (art. 10 cpv. 1 e 2 e art. 29 cpv. 1 LAI). Solo se dagli atti risulta che l'esistenza del diritto alla rendita avrebbe già dovuto essere esaminata al momento della prima richiesta (N. 2033) rimane valida quest'ultima.
- 1033 Il diritto al pagamento di prestazioni arretrate 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 di prestazioni arretrate v. anche le DR.

2.2 Salvaguardia del diritto alla rendita

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

l'assicurato perde il diritto alla rendita per ogni mese di ritardo (v. N. 2039 CIGI)

2.3 Salvaguardia del diritto ai provvedimenti d'integrazione

- 1035 I provvedimenti professionali e i provvedimenti di reinserimento possono essere concessi soltanto a partire dal momento della presentazione della richiesta di prestazioni (art. 10 cpv. 1 LAI).
- 1036 Tutti gli altri provvedimenti d'integrazione possono essere presi a carico anche a posteriori (art. 10 cpv. 2 LAI.)
- 1037 Per ciò che riguarda l'assunzione delle spese per i provvedimenti d'accertamento, vedasi il N. 2118 e segg.
- 1038 [abrogato]
- 1039 Le indennità giornaliere arretrate sono versate nella misura in cui sono assunti con effetto retroattivo i costi dei provvedimenti d'integrazione che ne determinano il diritto.

3. Esonero dall'obbligo di mantenere il segreto

- 1040 Con la presentazione della richiesta, l'assicurato autorizza tutte le persone e i servizi menzionati sul modulo di richiesta a fornire agli uffici competenti dell'AVS/AI le informazioni e i documenti necessari all'esame del diritto alle prestazioni o all'esecuzione del regresso dell'AVS/AI contro terzi responsabili.
- 1041 Su richiesta degli uffici competenti dell'AVS/AI, sono autorizzati a fornire le informazioni e i documenti necessari anche persone e uffici non menzionati esplicitamente sul modulo di richiesta. In tal caso, all'assicurato è inviata una copia della relativa richiesta (obbligo di informare secondo l'art. 6a cpv. 2 LAI).

- 1042 Dato che l'autorizzazione prende effetto con la firma della richiesta di prestazioni, questa deve essere per principio firmata dall'assicurato anche se è presentata da parte di autorità o di terzi (art. 66 cpv. 1^{bis} OAI; N. 1012 e 1013).
- 1043 Se l'assicurato è incapace di discernimento, il suo rappresentante legale accorda l'autorizzazione firmando il modulo di richiesta (art. 66 cpv. 2 OAI).

4. Informazione degli assicurati

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

5. Raggiugli e consulenza agli assicurati

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

6. Registrazione della richiesta

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

Nell'incarto va annotato (con data e visto)

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

1.1.3 Incarti dell'AI già esistenti

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

porre che un altro ufficio AI si sia già occupato del caso, l'ufficio AI si procura la relativa documentazione (v. 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 adempiute (art. 57 cpv. 1 lett. c LAI, art. 69 cpv. 1 OAI).
- 2017 Se necessario, esegue la verifica assieme alla cassa di compensazione competente (art. 60 cpv. 1 lett. a LAI, N. 4017).

1.4.2 Portata del controllo

- 2018 La verifica interessa la nazionalità, la qualità d'assicurato, il domicilio, la dimora e la relativa durata nonché il periodo contributivo. Nel caso dei cittadini stranieri vanno osservate le DR, le DSA e la CIBIL (Circulaire sur la procédure pour la fixation des rentes dans l'AVS/AI; Accords bilatéraux Suisse-UE; Convention AELE).
- 2018.1 Se in base all'estratto del CI ha dei dubbi riguardo al compimento del periodo contributivo minimo richiesto, l'ufficio AI si rivolge alla cassa di compensazione competente, chiedendole di verificare se l'assicurato abbia effettivamente versato

contributi per almeno tre anni (considerati anche eventuali periodi compiuti in Stati dell'UE/AELS).

- 2019 Nel caso di domicilio derivato (N. 4002), vale la regola che i figli di uno straniero 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).

1.4.4 Periodo contributivo minimo

2023. Gli assicurati hanno diritto ad una rendita ordinaria d'invalidità, se all'insorgere dell'evento assicurato hanno pagato i contributi per almeno tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI). Se l'assicurato ha versato i contributi per almeno un anno, ma per meno di tre anni, vanno considerati anche eventuali periodi assicurativi compiuti in Stati dell'UE o dell'AELS.
Se il periodo contributivo compiuto nel nostro Paese è inferiore ad un anno, l'assicurato non ha per principio diritto ad una rendita dell'AI svizzera.
2023. Se l'assicurato non ha diritto ad una rendita dell'AI svizzera poiché non ha versato contributi per il periodo minimo richiesto di un anno, ma ha compiuto periodi assicurativi in uno Stato dell'UE o dell'AELS, la richiesta di prestazioni AI va trasmessa alla CSC insieme agli appositi moduli dell'UE. È applicabile la procedura stabilita nella KS BIL (disponibile soltanto in tedesco).
2023. Gli assicurati che, appartenendo ad una classe d'età soggetta all'obbligo assicurativo da meno di un anno, hanno versato contributi per meno di un anno, ma che hanno versato i contributi per tutti i mesi in cui la loro classe d'età era soggetta all'obbligo assicurativo hanno eventualmente diritto ad una rendita straordinaria. Prima di emanare una decisione formale in merito, occorre esaminare insieme alla cassa di compensazione competente se siano soddisfatte le necessarie condizioni.
2023. Se, anche considerando i periodi assicurativi compiuti in Stati dell'UE o dell'AELS, l'assicurato non ha versato contributi per il periodo minimo richiesto di tre anni, l'ufficio AI, dopo aver sentito l'assicurato, emette una decisione formale negativa. Prima di emettere questa decisione, occorre verificare se l'assicurato soddisfi eventualmente le condizioni per il diritto ad una rendita straordinaria.
2023. Gli assicurati che, appartenendo ad una classe d'età soggetta all'obbligo assicurativo da meno di tre anni, non hanno versato contributi per il periodo minimo richiesto di tre anni,

ma che hanno versato i contributi per tutti i mesi in cui la loro classe d'età era soggetta all'obbligo assicurativo hanno eventualmente diritto ad una rendita straordinaria. Prima di emanare una decisione formale in merito, occorre esaminare insieme alla cassa di compensazione competente se siano soddisfatte le necessarie condizioni.

1.5 Collaborazione con altri istituti assicurativi

1.5.1 Assicurazione infortuni, assicurazione militare, assicurazione contro la disoccupazione

- 2024 Se dalla richiesta dell'assicurato risulta che un assicuratore contro gli infortuni (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 LPGGA).

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 (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 Nell'ambito del rilevamento tempestivo, dei provvedimenti d'accertamento professionale e dei provvedimenti d'integrazione, gli uffici AI collaborano strettamente con gli assicuratori e gli organi d'esecuzione di altre assicurazioni sociali (AD, AINF, AM ecc.), gli istituti d'assicurazione privati, gli istituti della previdenza professionale, gli organi d'esecuzione cantonali competenti per la promozione dell'integrazione professionale (quali i servizi sociali cantonali e comunali, gli organi preposti all'esecuzione della legislazione cantonale in materia di aiuto ai disoccupati e di asilo o le autorità cantonali competenti per la formazione professionale), gli organi d'esecuzione delle leggi cantonali in materia di aiuto sociale e altre istituzioni private e pubbliche importanti per l'integrazione degli assicurati (quali le istituzioni per l'integrazione e la formazione o il mercato del lavoro).

1.6.2 Scopo della CII

2028 La CII ha lo scopo di contribuire, nel rispetto delle condizioni quadro legali, a

- favorire l'integrazione più rapida e duratura possibile delle persone senza attività lucrativa nel mercato del lavoro primario;
- evitare rallentamenti nello scambio di informazioni tra gli organi d'esecuzione interessati;
- snellire le pratiche a tutto vantaggio dei clienti e
- evitare l'esclusione di singole persone o gruppi dalla vita lavorativa e sociale.

1.6.3 Obbligo del segreto tra gli uffici AI e le altre assicurazioni sociali

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

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

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

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

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

1.6.5 Forma dello scambio di dati

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

- 2031 Lo scambio di dati può in singoli casi avvenire oralmente e anche senza aver dapprima trasmesso una richiesta scritta al partner interistituzionale o richiesto l'autorizzazione scritta dell'assicurato o 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 ridurre il danno e di collaborare

- 2035 In merito all'obbligo di ridurre il danno e di collaborare degli assicurati si veda i N. 1048segg. CIGI. Gli assicurati devono, in particolare, collaborare all'accertamento del loro diritto a prestazioni e delle loro possibilità di integrazione.
- 2035.1 Le sanzioni in caso di violazione dell'obbligo di ridurre il danno o dell'obbligo di collaborare sono stabilite dai N. 7011segg. CIGI.

2.2 Compiti dell'ufficio AI

- 2036 L'ufficio AI procura le informazioni e i documenti necessari per poter procedere alla decisione.
- 2037 L'ufficio AI esegue gli accertamenti, comprese eventuali 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).
- 2039 4/11 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 integrante dell'incarto dell'assicurato. Il SMR decide riguardo alla necessità di sottoporre l'assicurato ad un proprio esame medico o raccomanda eventualmente l'esame di un perito esterno.
- 2040 Il SMR riporta nella pratica dell'assicurato i risultati dell'esame medico e formula eventuali raccomandazioni, dal punto di vista medico, per l'ulteriore disbrigo della richiesta di prestazioni.
- 2041 Se necessario, l'ufficio AI ordina le seguenti misure di accertamento:
- referto medico in casi particolari (N. 2073), perizia di un medico specialista (N. 2074), accertamento da parte di un SAM (N. 6001) e valutazione della capacità funzionale (VCF; N. 6002);
 - convocazione dell'assicurato. Per gli esami del SMR, l'assicurato è convocato direttamente da quest'ultimo;
 - attuazione di tentativi d'integrazione e ricorso ad un CAP (N. 6006);
 - colloquio con il datore di lavoro;
 - rilevazione della situazione finanziaria.

2.3 Richiesta di informazioni

2.3.1 In generale

- 2042 L'ufficio AI richiede d'ufficio tutte le informazioni necessarie alla valutazione del caso (art. 43 cpv. 1 LPGGA).
- 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 LPGGA (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 l'esonero di terzi dall'obbligo di mantenere il segreto (N. 1040 e segg.), sulla domanda di informazioni occorre menzionare il fatto che in virtù dell'articolo 6a LAI l'assicurato ha rilasciato la relativa autorizzazione firmando il modulo di richiesta di prestazioni..
- 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. 2035seg.

– 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'assi-

curato 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 LMai), 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 le prestazioni fornite gratuitamente agli assicuratori privati, ossia la consultazione di documenti e la comunicazione di informazioni, sono applicabili le disposizioni dei N. 2027segg. e le convenzioni figuranti nell'allegato III. L'obbligo di informare degli assicuratori privati che partecipano all'esecuzione dell'AINF è regolato dal 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 interessati 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 documenta-

zione 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 minatoria. 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 emette una raccomandazione all'ufficio AI riguardo a questi esami supplementari e, se del caso, ne ordina l'esecuzione tramite l'ufficio AI, inviandogli un questionario con i punti da chiarire.
- 2071 L'esame supplementare svolto da un altro medico è 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 Procedura

2074 Le fasi della procedura in caso di ordinazione di una perizia medica sono illustrate schematicamente nell'allegato VI.

2075 Se il SMR, esaminati i rapporti medici, ritiene necessaria una perizia medica, la esegue esso stesso conformemente all'art. 49 cpv. 2 OAI o raccomanda all'ufficio AI di ordinarne l'esecuzione, proponendo uno specialista/un organo e indicando i punti da chiarire.

2075. Le perizie vanno affidate a persone o ad organi che hanno
 1 familiarità con le esigenze dell'AI. Nei casi complessi e in
 4/11 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.

2075. Se necessario, l'ufficio AI valuta insieme all'organo incaricato
 2 la fattibilità e le modalità della perizia (perizia in ambulatorio o in ospedale, data probabile, durata). In caso di bisogno, va consultato il SMR.

2075. In casi motivati dal punto di vista giuridico, l'ufficio AI può affidare l'incarico di eseguire una perizia esterna senza chiedere il parere del SMR. Esso informa il SMR sui motivi della sua decisione.
- 2076 L'ufficio AI incarica lo specialista/l'organo proposto dal SMR di eseguire la perizia. A tal fine utilizza i moduli "Incarico per una perizia medica", "Incarico per una perizia psichiatrica" o "scrizione per una valutazione della capacità funzionale VCF" (v. N. 2041 e 6003).
- 2077 L'assicurato è informato dell'ordinazione di una perizia medica mediante la "Comunicazione per l'assicurato concernente l'AVS/AI". Allo stesso tempo, gli è accordato un termine di 10 giorni per ricusare lo specialista/l'organo designato e per presentare eventuali controproposte (DTF 132 V 93, art. 44 LPGGA).
2077. Una copia della comunicazione dev'essere inviata alla cassa di compensazione cui compete il versamento di eventuali indennità giornaliera, allegando il modulo "Indicazioni alla cassa di compensazione per l'indennità giornaliera" debitamente compilato.
- 2078 Se l'assicurato chiede la ricusazione del perito, occorre distinguere tra obiezioni di natura formale e materiale (DTF 132 V 93).
2078. Sono considerati *obiezioni di natura formale* i motivi di ricusazione legali (art. 10 PA e art. 36 cpv. 1 LPGGA). Questi motivi sussistono se il perito:
- ha un interesse personale nella causa;
 - è parente o affine in linea retta o in linea collaterale, fino al terzo grado, di una parte o è coniuge, fidanzato o genitore adottivo della medesima;
 - è rappresentante di una parte o ha agito per essa nella medesima causa (in tal caso, la situazione deve oggettivamente dare adito a dubbi sull'imparzialità del perito e comportare un rischio di prevenzione);
 - può avere per altri motivi una prevenzione nella causa (sentenza del TF del 22 dicembre 2009, 9C_893/2009).

2078. Sono considerati *obiezioni di natura materiale*, tra gli altri,
2 i seguenti motivi di ricusazione:
- la perizia rischia di essere lacunosa o sfavorevole all'assicurato;
 - è necessaria una perizia in un'altra disciplina medica;
 - i fatti sono sufficientemente chiari e non è necessaria un'ulteriore perizia
 - il perito non ha le necessarie competenze specialistiche.
- 2079 In caso di obiezioni formali, l'ufficio AI deve:
- 1/10 – incaricare un nuovo perito/organo (se le obiezioni sono giustificate) oppure
- emanare una decisione incidentale in cui spiega perché le obiezioni non sono fondate. Poiché la procedura è in corso, il termine fissato per la perizia deve essere eventualmente annullato.
2079. In caso di obiezioni materiali, l'ufficio AI deve indicare in
1 primo luogo all'assicurato, mediante una comunicazione, che
1/10 le sue obiezioni, essendo materiali, potranno essere prese in considerazione soltanto al momento dell'apprezzamento delle prove da parte del tribunale (sentenza del TF del 9 giugno 2009, 9C_199/2009). Su richiesta dell'assicurato, l'ufficio AI deve emanare una decisione incidentale in tal senso. Poiché la procedura è in corso, il termine fissato per la perizia deve essere eventualmente annullato.
- 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, sono applicabili per analogia i N. 2035seg.

2.6.2 Assegnazione dell'incarico 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 d'intesa con quest'ultimo. Tutti i documenti necessari all'esecuzione del mandato – non solo

quelli medici, ma, in particolare, anche i risultati degli accertamenti sul posto e i rapporti dei datori di lavoro – vanno messi a disposizione in ordine cronologico.

- 2082 Il diritto di audizione essere sentito dell'assicurato in merito alla perizia include in particolare il diritto di conoscere il contenuto della medesima e di porre domande complementari al perito. Se da queste non ci si possono attendere nuovi riscontri, l'ufficio AI può però rinunciare a sottoporle al perito (v. la sentenza del TF del 5 settembre 2007, 9C 309/2007).
2082. L'assicuratore che intende porre domande complementari o
1 di interpretazione al perito deve informarne previamente
4/11 l'assicurato e dargli la possibilità di presentare a sua volta delle domande. Se pertinenti, l'ufficio AI trasmette al perito insieme alle proprie domande anche quelle dell'assicurato (v. 136 V 113).
- 2083 Una copia del modulo di incarico per una perizia medica va al medico curante, qualora questi lo desideri e l'assicurato sia d'accordo.
- 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 la richiesta di informazioni e gli accertamenti presso terzi. La procura rilasciata all'ufficio AI vale dunque anche per l'organo che effettua la perizia.

2.6.3 Presenza di rappresentanti legali

2085. L'assicurato non ha il diritto di essere assistito da un avvocato o da un altro patrocinatore durante la perizia medica
1 (DTF 132 V 443 consid. 3).

2.6.4 Chiarimenti successivi alla consegna della perizia e informazione dell'organo che l'ha svolta

- 2086 4/11 La perizia è presentata al SMR insieme alla documentazione della persona assicurata. Il SMR risolve i punti ancora in sospeso o poco chiari, chiedendo spiegazioni all'organo che ha svolto la perizia, e comunica all'ufficio AI il suo parere sulla qualità della medesima. L'organo che ha svolto la perizia è informato sulla chiusura della pratica nel modo seguente (art. 76 cpv. 1 lett. g OAI):
- 2087 – nel caso dei provvedimenti di integrazione e dell'assegno per minorenni grandi invalidi, con una copia della relativa decisione dell'AI;
- 2088 – nel caso delle rendite e degli 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. È notificata unicamente la prestazione concessa, non il suo ammontare;
- 2089 – in caso di rifiuto della richiesta di prestazioni, con una copia del modulo "Decisione concernente AVS/AI".

2.7 Provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale e integrazione professionale

2.7.1 Incarico di accertamento

- 2090 Laddove necessario, l'ufficio AI ordina un accertamento della possibilità di eseguire provvedimenti di reinserimento o di procedere all'integrazione professionale (art. 57 cpv. 1 LAI).
- 2091 Nel caso dei provvedimenti di reinserimento è necessario verificare se l'assicurato sia idoneo dal punto di vista medico a beneficiare di provvedimenti professionali o se, senza i provvedimenti, rischi di perdere l'idoneità all'integrazione. Per quanto concerne i provvedimenti professionali occorre chiarire quali attività professionali potrebbe ancora svolgere l'assicurato e se il mercato del lavoro offra effettivamente tali

possibilità. Si deve inoltre tenere conto delle risorse dell'assicurato e di eventuali limitazioni dovute allo stato di salute (p. es. limitazioni funzionali, allergie) o ad altri motivi (p. es. misure di polizia degli stranieri).

2092 Dall'incarico di accertamento devono risultare chiaramente i provvedimenti da vagliare.

2.7.2 Accertamento della possibilità di eseguire provvedimenti di reinserimento e provvedimenti professionali

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

2094 Nell'ambito della valutazione si tratta di fare il punto della situazione e di prendere accordi chiari sui modi e i tempi delle ulteriori misure da adottare. In base all'esito della valutazione, l'ufficio AI elabora un piano d'integrazione (art. 70 cpv. 2 OAI).

2095 Il colloquio di valutazione deve essere verbalizzato. In particolare, va presa nota dei punti seguenti:

- curriculum professionale (scuole, formazione, lingue, conoscenze di EED ecc.);
- situazione personale, familiare e finanziaria dell'assicurato;
- occupazioni nel tempo libero (hobby, interessi);
- impedimento e capacità di fornire prestazioni (dati soggettivi e obiettivi);
- parere dell'assicurato (situazione attuale, possibili attività professionali ecc.);
- se e quali informazioni sono state impartite all'assicurato circa gli aspetti giuridici e il ruolo della consulenza professionale;
- ulteriore procedura.

- 2096 Se l'assicurato, senza valido motivo, non si presenta al colloquio di valutazione, si procede conformemente ai N. 2035seg.
- 2097 Gli uffici AI possono far capo a specialisti dell'aiuto privato agli invalidi, ad esperti, a centri di accertamento professionale e a servizi di altre istituzioni preposte alle assicurazioni sociali (art. 59 cpv. 3 LAI). Gli uffici esterni devono attenersi all'obbligo di mantenere il segreto (art. 33 LPGGA).
- 2098 La documentazione dei risultati dell'accertamento deve comprendere almeno i seguenti elementi:
- provvedimenti di accertamento effettuati (dove, come e con quali risultati);
 - dati relativi ad eventuali formazioni professionali ed attività per gli assicurati, alle relative prospettive professionali, al mercato del lavoro, ai tentativi di impiego, alle aspettative salariali;
 - richieste particolari riguardo al posto di lavoro (per es. mezzi ausiliari, necessità di impraticarsi);
 - provvedimenti dell'AI proposti (ad es. provvedimenti di reinserimento, prima formazione professionale, riforma professionale, indennità giornaliera);
 - dati sui costi o sulle spese supplementari di tali provvedimenti;
 - parere della persona incaricata dell'accertamento (N. 2101 e 2102);
 - parere degli assicurati.
- 2099 Ai centri di integrazione interessati si può inviare una copia del riassunto.
- 2100 Le persone incaricate dell'accertamento non possono rilasciare agli assicurati nessuna garanzia circa eventuali prestazioni dell'AI.

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

- 2101 Se la persona incaricata dell'accertamento ritiene impossibile un'integrazione, deve documentare il suo parere in modo obiettivo e concreto. Essa non può basarsi solamente sulle dichiarazioni soggettive degli assicurati (RCC 1981 p. 42).
- 2102 Se la persona incaricata dell'accertamento giunge alla conclusione che sono indicati provvedimenti di reinserimento o provvedimenti professionali, deve illustrare
- la semplicità e l'adeguatezza del provvedimento che intende concedere,
 - l'adeguatezza in relazione alle capacità e all'handicap dell'assicurato nonché
 - le reali possibilità d'integrazione e il guadagno previsto.
- 2103 [abrogato]

2.7.4 Sorveglianza dei provvedimenti di reinserimento e dei provvedimenti professionali

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

2.7.5 Rapporto conclusivo

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

2.8 Accertamento sul posto

2.8.1 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 indi-

spensabile per la deliberazione. Ciò non è il caso quando i documenti in possesso dell'ufficio AI sarebbero bastati per dare una valutazione del caso o se l'ufficio AI avrebbe potuto procurarsi le indicazioni necessarie con minor spesa, 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 Spese di traduzione (interpretariato)

2121. Le spese di traduzione sostenute nell'ambito di accertamenti
 1 secondo l'art. 45 cpv. 1 LPGA fanno parte delle spese di accertamento e devono quindi essere coperte dall'AI, a condizione che il ricorso all'interprete sia stato ordinato dall'ufficio AI. Se quest'ultimo non ha dato l'ordine, le spese sono comunque coperte nella misura in cui erano indispensabili per la concessione di prestazioni.
2121. Gli uffici AI non sono tenuti a valutare in modo specifico le
 2 conoscenze linguistiche dell'assicurato. Per principio è il perito a decidere se in un determinato caso, per eseguire con diligenza l'incarico, sia necessario un accertamento medico nella lingua madre dell'assicurato o con l'intervento di un interprete. L'importanza dell'aspetto linguistico e della possibilità di capirsi durante l'accertamento medico dipende, di fatto, dal genere di prestazione che sarà eventualmente concessa all'assicurato.
2121. Nel caso degli accertamenti psichiatrici, è particolarmente
 3 importante che il perito e l'assicurato riescano a capirsi nel migliore dei modi. Per un'esplorazione accurata è necessario che le due parti dispongano di ottime conoscenze linguistiche. Se il perito non padroneggia la lingua dell'assicurato, è opportuno che faccia capo ad un interprete. Il perito può in-

vitare l'assicurato a farsi accompagnare da un interprete professionista, eventualmente di sua scelta, per ovviare ad eventuali difficoltà di comprensione.

2121. Per tutte le altre perizie mediche (p. es. perizie reumatologiche, neurologiche o ortopediche) occorre valutare di volta in volta se il fatto che il perito e l'assicurato non sono in grado di capirsi rappresenti un ostacolo all'esecuzione di una perizia completa, chiara e coerente.
2121. Se è necessario un interprete, va per principio scelto un professionista.

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

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

2.9.4 Fatturazione

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

3ª parte: determinazione delle prestazioni e comunicazione delle decisioni

1. Decisione dell'ufficio AI

1.1 In generale

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

1.2 Motivazione delle decisioni

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

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

1.3 Redazione e notifica delle decisioni

- 3007 Decisioni e comunicazioni destinate agli assicurati vengono redatte nella lingua di questi ultimi se essa fa parte di una delle lingue ufficiali riconosciute dal Cantone dove ha sede l’ufficio AI (RCC 1983 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.

2. Procedura di preavviso

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 adempite e la richiesta dell'assicurato è pienamente accolta, talune prestazioni possono essere accordate o protrate senza la notifica di un preavviso (art. 74^{ter} OAI).

3013. Mediante un preavviso l'ufficio AI richiama l'attenzione della
2 persona assicurata sul suo diritto di essere sentita e le comunica il previsto 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 prorogabile soltanto in casi sufficientemente
3 motivati. Per il resto sono applicabili gli articoli 38–41 LPGA. Se dopo la scadenza del termine di 30 giorni, ma prima che sia emessa la decisione formale, l'assicurato presenta nuovi elementi in grado di influire sulla decisione, questi devono essere presi in considerazione.
3013. La restituzione in termini giusta l'articolo 41 capoverso 1
4 LPGA può essere concessa soltanto a titolo eccezionale, quando non solo il richiedente ma anche il suo rappresentante sono stati impossibilitati, senza colpa propria, ad agire entro il termine stabilito.
3013. Il preavviso concerne unicamente questioni che, giusta
5 l'articolo 57 capoverso 1 lettere a-f LAI, rientrano nei compiti
1/10 degli uffici AI. Per quanto attiene in particolare alle rendite, l'ufficio AI deve limitarsi a comunicare il grado d'invalidità, l'inizio del diritto e, in caso di soppressione o di modifica della rendita, il momento a partire dal quale il diritto è modificato.
3013. La procedura di preavviso non concerne questioni che rientrano
6 nell'ambito di competenza delle casse di compensazione (DTF 134 V 97), quali il calcolo degli importi delle rendite, delle indennità giornaliere e delle indennità per spese di custodia e d'assistenza o la fissazione dell'importo delle prestazioni arretrate e delle compensazioni con le prestazioni di altri assicuratori sociali (v. art. 60 cpv. 1 lett. b LAI).
1/10 Per contro, nei casi in cui è probabile che l'assicurato presenti obiezioni – ad esempio prima dell'emanazione della decisione di ridurre la rendita in seguito al nuovo calcolo di quest'ultima –, l'ufficio AI deve concedergli il diritto di essere sentito.
- 3014 Per l'esame degli atti si applica la 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
deve essere firmato dalla persona assicurata.
3014. Se la persona assicurata ha presentato obiezioni su punti de-
2 terminanti, l'ufficio AI deve tenerne conto nella motivazione
della decisione. In particolare deve indicare i motivi per cui
non ammette queste obiezioni o non ne tiene conto (DTF 124
V 180).

2.2 Altre parti

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

3. Presa di posizione dell'UFAS

3.1 In generale

3015 In quanto autorità di vigilanza, l'UFAS ha innanzitutto il compito di pronunciarsi sull'interpretazione di prescrizioni e direttive. In caso di richieste, non è suo compito decidere casi singoli o effettuare accertamenti complessi senza previo parere 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. 64a cpv. 1 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 base legali e 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.

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 LPGA e nell'art. 76 cpv. 1 lett. b–i OAI.
- 3023 – ad altri uffici, secondo quanto previsto dalla Circolare sull'obbligo del segreto e sulla comunicazione dei dati o dalle convenzioni 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 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–

3031 [abrogati]

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

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

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

- 3040 L'ufficio AI trasmette alla cassa di compensazione competente la sua parte di decisione (decisione sull'invalidità/ sulla grande invalidità; indicazioni di rilievo per l'indennità giornaliera destinate alla cassa di compensazione) corredata delle motivazioni e degli atti necessari. L'ufficio AI verifica che ogni decisione/comunicazione indichi il numero di decisione corrispondente (N. 57 CSIP [Circulaire concernant la statistique des infirmités et des prestations]).
- 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.,
- 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 giornaliera) direttamente alla persona assicurata se l'ufficio AI non li ha richiesti o lo ha fatto solo in parte.
- 3045 In relazione con la notifica della decisione da parte dell'ufficio AI, la cassa di compensazione si incarica di:
- collaborare all'accertamento delle condizioni assicurative (art. 60 cpv. 1 lett. a LAI) e alla fissazione del assegno per il periodo d'introduzione;
 - calcolare l'importo di rendite, assegni per maggiorenni grandi invalidi, indennità giornaliera e indennità per le spese di custodia e d'assistenza (art. 60 cpv. 1 lett. b LAI);
 - impedire l'accumulo ingiustificato di prestazioni o sovrindennizzi.
- 3046 La parte di decisione della cassa di compensazione (1a parte) contiene i seguenti punti:
1. "Assicurazione federale per l'invalidità"
 2. nome, indirizzo e n. tel. dell'ufficio AI che prende la decisione
 3. la decisione deve essere contraddistinta come tale
 4. data della decisione

5. sulla prima pagina deve essere indicato il numero totale di pagine della decisione
6. nome e indirizzo del destinatario dell'originale della decisione
7. dati relativi alla prestazione
 - rendita ordinaria o straordinaria, assegno per grandi invalidi
 - rendita intera, tre quarti di rendita, mezza rendita o un quarto di rendita (per descrivere il tipo di prestazione si deve impiegare la denominazione legale in vigore)
 - importo della rendita/assegno per grandi invalidi
8. cognome e nome della persona avente diritto, numero di assicurato
9. nome e indirizzo della cassa di compensazione che versa la prestazione o del datore di lavoro (non è lecito indicare solo il numero della cassa di compensazione)
10. conto bancario/postale sul quale effettuare il versamento
11. in caso di rendite ordinarie
 - nome della persona assicurata il cui reddito è stato conteggiato
 - reddito medio annuo determinante
 - periodo contributivo determinante
 - scala delle rendite applicabile
12. destinatari delle copie

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

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

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

- 3049 Di solito le casse di compensazione inviano le decisioni e copie delle stesse a nome dell'ufficio AI (p. es. busta con due finestre, etichette autoadesive ecc.). L'ufficio AI che prende la decisione deve apparire sulla busta quale mittente.
- 3050 La cassa di compensazione provvede ad informare gli assicurati sulle modalità di pagamento delle prestazioni in contanti (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'AINF³ o dell'AM qualora risulti dagli atti che l'AINF/AM fornisce prestazioni agli assicurati o che è stata istruita la procedura ufficiale di notifica. All'organo competente dell'AINF si deve notificare, inoltre, una copia di ogni decisione che incide sulla ripartizione o sulla delimitazione dell'obbligo di fornire prestazioni tra l'AI e l'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.

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

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

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

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

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).
- 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). 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
 1 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.

4011. Se, invece, al momento della partenza dell'assicurato dalla Svizzera la procedura d'accertamento è in gran parte conclusa e non è necessario raccogliere ulteriori prove per stabilire i fatti giuridicamente rilevanti, l'ufficio cantonale AI è il più indicato ad effettuare l'esame materiale del diritto alle prestazioni sulla base dei propri accertamenti. In tal caso l'ufficio AI non può essere cambiato nel corso della procedura (art. 40 cpv. 3 OAI, sentenza del TFA del 22 gennaio 2004, I 232/03).

1.3.2 A procedura conclusa

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

1.3.3 Riconsiderazione di decisioni

- 4014 Se l'ufficio AI è cambiato e sono state fatte constatazioni che permettono di riconsiderare la decisione, conformemente alla 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

Per le rendite e gli assegni per grandi invalidi v. le DR, per l'indennità giornaliera e l'indennità per spese di custodia e d'assistenza v. la CIGAI.

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.
4017. Per gli assicurati che non versavano o non dovevano versare
1 contributi nel periodo immediatamente precedente la richiesta di prestazioni è competente la cassa di compensazione presso la quale è avvenuta l'ultima registrazione nel CI.
- 4018 Per calcolare e versare le indennità giornaliera e le indennità per spese di custodia e d'assistenza si applica per analogia il N. 4017. Ciò vale anche se la cassa cantonale di compensazione che riscuote i contributi è diversa da quella del Cantone di residenza.
- 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.
4019. Il versamento dell'assegno per il periodo d'introduzione è di
1 competenza della cassa di compensazione del datore di lavoro che riceve l'assegno.

2.2 Casi speciali

2.2.1 Assicurati senza contributi

4020 Per gli assicurati che non hanno mai pagato contributi (p. es. gli assicurati che non hanno ancora compiuto 20 anni o gli Svizzeri di ritorno dall'estero) è competente la cassa di compensazione del Cantone in cui ha sede l'ufficio AI responsabile del caso (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 LPGGA).

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

1. Definizione e posizione

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

2. Procedura

2.1 Conferimento del mandato

2.1.1 In generale

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

2.1.2 Informazione dell'assicurato

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

2.1.3 Forma e contenuto del mandato

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

2.1.4 Allegati al mandato

- 5012 Tutte le indicazioni e i documenti necessari per l'esecuzione del mandato devono essere messi a disposizione del servizio specializzato o dello specialista.
- 5013 [abrogato]
- 5014 L'ufficio AI informa il servizio specializzato o lo specialista dell'obbligo di mantenere il segreto e delle sanzioni penali in caso di trasgressione.

5015–

5016 [abrogati]

2.2 Esecuzione del mandato e rendiconto

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

5018–

5019 [abrogati]

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 4/11 L'ufficio AI notifica ai SAM e agli organi incaricati di eseguire le VCF le copie di decisioni dell'ufficio AI. Le sentenze possono essere trasmesse a patto che la persona assicurata abbia dato il proprio 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 configurazione concreta del posto di lavoro, il comportamento lavorativo, nonché eventuali possibilità di spostamenti all'interno dell'azienda in posti più adatti. In mancanza di chiarezza il CAP deve avere la possibilità di porre delle domande. 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 LPG. 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 dell'allegato V).

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 nell'allegato IV.

– 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 pro-

fessionali. 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.

7^a parte: Disposizione finale

7001 La presente circolare entra in vigore il 1° gennaio 2010 e sostituisce quella valida dal 1° gennaio 2008.

Allegati:

- I Istruzioni agli uffici AI riguardanti l'aiuto amministrativo alle assicurazioni estere per l'invalidità, del 24 febbraio 1965 (11.272)
- II Convenzioni
- III Accertamento del grado di invalidità per ordine degli uffici PC
- IV Modello Comunicazione del CAP sull'entrata/uscita dell'assicurato e rapporto finale
- V Processo Ordine di esecuzione di una perizia medica

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.

Convenzioni

Vedi: www.iiz.ch

Allegato III

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

Procedura applicabile

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

Richiesta

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

Procedura di accertamento

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

Deliberazione e decisione

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

Procedura di opposizione / ricorso

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

Revisione

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

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

Assicurato/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

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 realiz-

zazione prevedibili nonché il parere degli assicurati sulle proposte fatte.

4. Durata del soggiorno

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

Allegati

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

Processo Ordine di esecuzione di una perizia medica

