

Commento esplicativo

1 Parte generale

Il primo pacchetto di misure della 6^a revisione AI (revisione AI 6a) si compone dei seguenti elementi:

- revisione delle rendite finalizzata all'integrazione;
- riforma del sistema di finanziamento;
- riduzioni dei prezzi nel settore dei mezzi ausiliari;
- introduzione del contributo per l'assistenza.

L'attuazione del primo punto richiederà l'impegno di diversi attori (assicurati, uffici AI, istituti di previdenza, medici, datori di lavoro, altre assicurazioni sociali). Per la riuscita della (re)integrazione sono inoltre importanti, oltre agli aspetti squisitamente tecnico-organizzativi, anche i principi fondamentali e il processo d'attuazione concreto. Questi aspetti saranno oggetto del primo capitolo del presente commento (n. 1.1).

Per quanto concerne le riduzioni dei prezzi nel settore dei mezzi ausiliari e l'introduzione del contributo per l'assistenza, invece, il commento si limiterà alle singole modifiche d'ordinanza, già di per sé abbastanza chiare. Per l'attuazione della riforma del sistema di finanziamento, infine, sono sufficienti le modifiche di cui all'articolo 78 LAI. Non sono previste ulteriori precisazioni a livello d'ordinanza.

1.1 Revisione delle rendite finalizzata all'integrazione

1.1.1 Prevenzione delle rendite – integrazione – reintegrazione: aspetti diversi di un unico processo

La revisione 6a ha lo scopo di promuovere attivamente la reintegrazione e ridurre il numero delle rendite correnti di 12 500 rendite ponderate nel giro di sei anni. Accanto a questo obiettivo concreto resta comunque assolutamente prioritaria la prevenzione delle rendite. Se non si potrà evitare di accordare una rendita, in futuro già al momento della concessione sarà fissato un termine adeguato al caso specifico per la revisione e ogni singolo beneficiario sarà quindi assistito attivamente e preparato all'eventuale reintegrazione. L'AI mette a disposizione diverse offerte e provvedimenti finalizzati alla reintegrazione nel mercato del lavoro primario. Gli assicurati sono vincolati al processo dall'obbligo di cooperare. Per il raggiungimento dello scopo è fondamentale che la prevenzione delle rendite e l'integrazione siano considerate parti di un unico processo. È particolarmente importante che

- agli assicurati e ai loro datori di lavoro siano offerte consulenza e assistenza prima, durante e dopo la concessione della rendita e durante tutto l'eventuale processo di reintegrazione;
- il medico curante sia coinvolto prima, durante e dopo la concessione della rendita e durante tutto l'eventuale processo di reintegrazione.

Per l'attuazione della revisione 6a, questo significa che, oltre alla reintegrazione, resta fondamentale la prevenzione delle rendite.

1.1.2 Reintegrazione: la revisione delle rendite secondo l'articolo 17 LPG

I beneficiari di rendite potenzialmente integrabili vanno preparati alla reintegrazione con consulenze e assistenza individuali e altri provvedimenti specifici. Nei casi in cui è chiaro fin dall'inizio che non sarà possibile ripristinare o migliorare la capacità al guadagno, la rendita resterà invariata senza ulteriori accertamenti. È questo il caso, per esempio, degli assicurati che accusano un danno alla salute talmente grave da impossibilitarne la reintegrazione nel mondo del lavoro.

Per le revisioni delle rendite gli uffici AI si atterranno ai seguenti principi fondamentali:

Miglioramento della capacità al guadagno

Per le persone potenzialmente integrabili, l'obiettivo dev'essere quello di migliorare la capacità al guadagno in modo da causare un motivo di revisione. L'obiettivo può essere raggiunto migliorando lo

stato di salute con trattamenti medici o accrescendo le possibilità di guadagno con provvedimenti di reintegrazione.

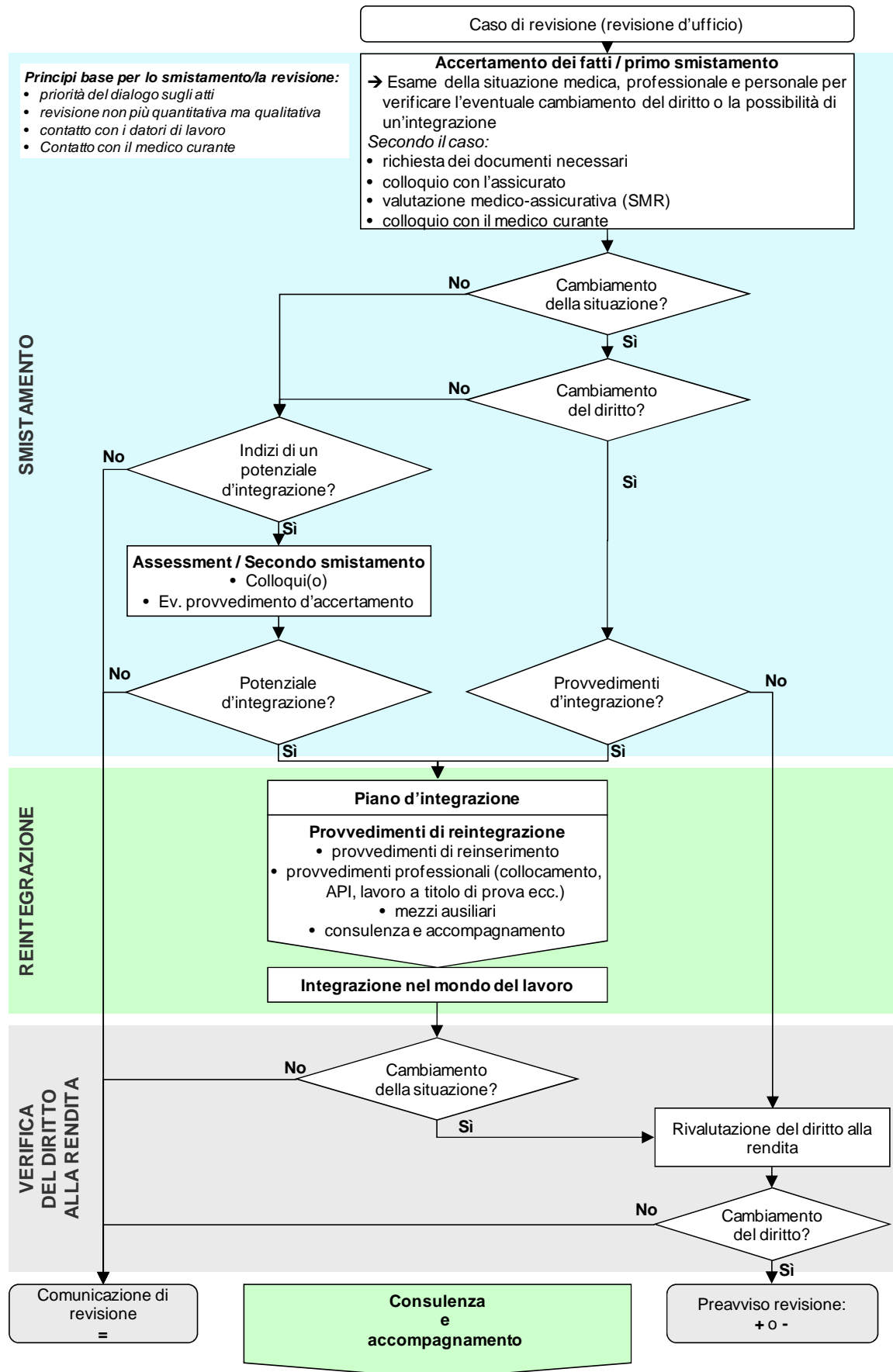
Priorità del dialogo sugli incarti

In un primo tempo è importante e necessario esaminare le informazioni e la storia clinica dell'assicurato raccolte nella documentazione pregressa. Successivamente, tuttavia, va data priorità al dialogo. Vanno soprattutto evitati lunghi accertamenti medico-assicurativi. Questo è possibile in particolare preparando fin dall'inizio alla reintegrazione i futuri beneficiari di rendita e coinvolgendo nel processo i medici curanti (già prima della concessione della rendita, ma al più tardi a quel momento).

La qualità, non più la quantità, al centro delle revisioni delle rendite

Nelle future revisioni delle rendite la qualità sarà più importante della quantità. L'attuale ritmo delle revisioni (3 – 5) anni sarà quindi consapevolmente rallentato a vantaggio di una maggiore qualità, perseguita, p. es., offrendo consulenza e assistenza specifica ai singoli beneficiari e ai datori di lavoro (invece di limitarsi a studiare l'incarto) o conducendo colloqui con i medici curanti. Se un ufficio AI giudica un assicurato potenzialmente integrabile avvia il processo di reintegrazione in collaborazione con l'interessato e le altre parti coinvolte (medici curanti, datori di lavoro, altre assicurazioni). Sono svolti gli accertamenti del caso e, secondo il risultato, si elabora un piano d'integrazione o si decide di continuare a versare la rendita. L'interdisciplinarietà e la collaborazione all'interno degli uffici AI sono di fondamentale importanza in tutto il processo. Molto importanti sono anche i contatti con i datori di lavoro.

Modello del processo di reintegrazione



1.1.3 Riuscita della reintegrazione

Dai dibattiti parlamentari, in particolare in merito alle quote, è risultato che la revisione delle rendite finalizzata all'integrazione deve avere lo scopo di ridurre le rendite, cioè di consentire agli assicurati di svolgere un'attività sul mercato libero senza percepire una rendita intera. L'integrazione nel mercato del lavoro primario va inoltre perseguita anche per ragioni di continuità. I datori di lavoro e il mercato del lavoro primario giocano quindi un ruolo essenziale nel processo di reintegrazione. Fondamentale importanza riveste la collaborazione di tutti i soggetti interessati: si pensa in particolare a una collaborazione interistituzionale (CII) tra gli uffici AI, le altre assicurazioni sociali e i datori di lavoro.

Va tuttavia ricordato che nel sistema assicurativo svizzero per l'assicurazione invalidità l'integrazione è considerata conclusa quando la rendita è ridotta o soppressa in seguito a un calo rilevante del grado d'invalidità – indipendentemente dal fatto che l'assicurato abbia trovato o meno un impiego sul mercato del lavoro primario. Gli assicurati rimasti disoccupati dopo la riduzione o soppressione della rendita sono assistiti in un primo momento dall'assicurazione contro la disoccupazione e poi – un'evenienza che non può essere esclusa – dall'aiuto sociale. La revisione 6a non modifica questo stato di cose, il che vuol dire che gli uffici AI non sono tenuti a garantire che gli assicurati cui è stata ridotta o soppressa la rendita abbiano anche un posto di lavoro. Questo non significa però che gli uffici AI – in collaborazione con gli interessati e i datori di lavoro – non facciano quanto possibile nel quadro delle loro competenze affinché gli assicurati reintegrati trovino effettivamente un posto di lavoro.

1.1.4 I datori di lavoro

Nel processo d'integrazione i datori di lavoro giocano un ruolo fondamentale. La loro disponibilità ad assumere disabili è decisiva, che si tratti di apprendisti, persone che hanno svolto una riformazione, assicurati sostenuti dal collocamento dell'AI o anche beneficiari di rendite che vorrebbero rientrare nel mondo del lavoro. Per agevolare i datori di lavoro in questo loro ruolo, le condizioni quadro sono state rese ancor più favorevoli all'integrazione.

I provvedimenti dell'AI sono stati estesi nel senso di un'assistenza individuale senza soluzione di continuità durante tutto il processo d'integrazione. La collaborazione dei datori di lavoro è esplicitamente sottintesa. Le imprese disposte a ospitare provvedimenti di reinserimento hanno diritto a un contributo finanziario dell'AI per l'assistenza da loro fornita. Sono previsti provvedimenti per ridurre i rischi dell'assunzione (lavoro a titolo di prova o prestito di personale attraverso XtraJobs). Inoltre, con l'indennità per l'aumento dei contributi e il periodo di protezione in caso di reintegrazione riuscita sono ammortizzati rischi finora scoperti, mentre l'assegno per il periodo d'introduzione agevola la compensazione finanziaria del minor rendimento durante il periodo introduttivo. In questo modo l'AI offre ai datori di lavoro nuovi potenziali collaboratori senza causare costi di reclutamento. I datori di lavoro sono sgravati anche per quanto concerne il secondo pilastro grazie al periodo di protezione (per principio tre anni) durante il quale la loro cassa pensioni non è tenuta ad assicurare salariati cui è stata ridotta o soppressa una rendita d'invalidità.

Con questi provvedimenti s'intende promuovere attivamente l'assunzione di persone che hanno (parzialmente) superato l'invalidità accrescendo la disponibilità degli imprenditori a prendere in considerazione candidati con (eventuali) menomazioni. Per avere diritto alle prestazioni dell'AI i datori di lavoro non devono adempiere alcuna condizione specifica. Basta che siano disposti a offrire un posto a beneficiari di rendita che seguono provvedimenti d'integrazione (p. es. lavoro a titolo di prova) e ad assumere persone cui è stata ridotta o soppressa una rendita.

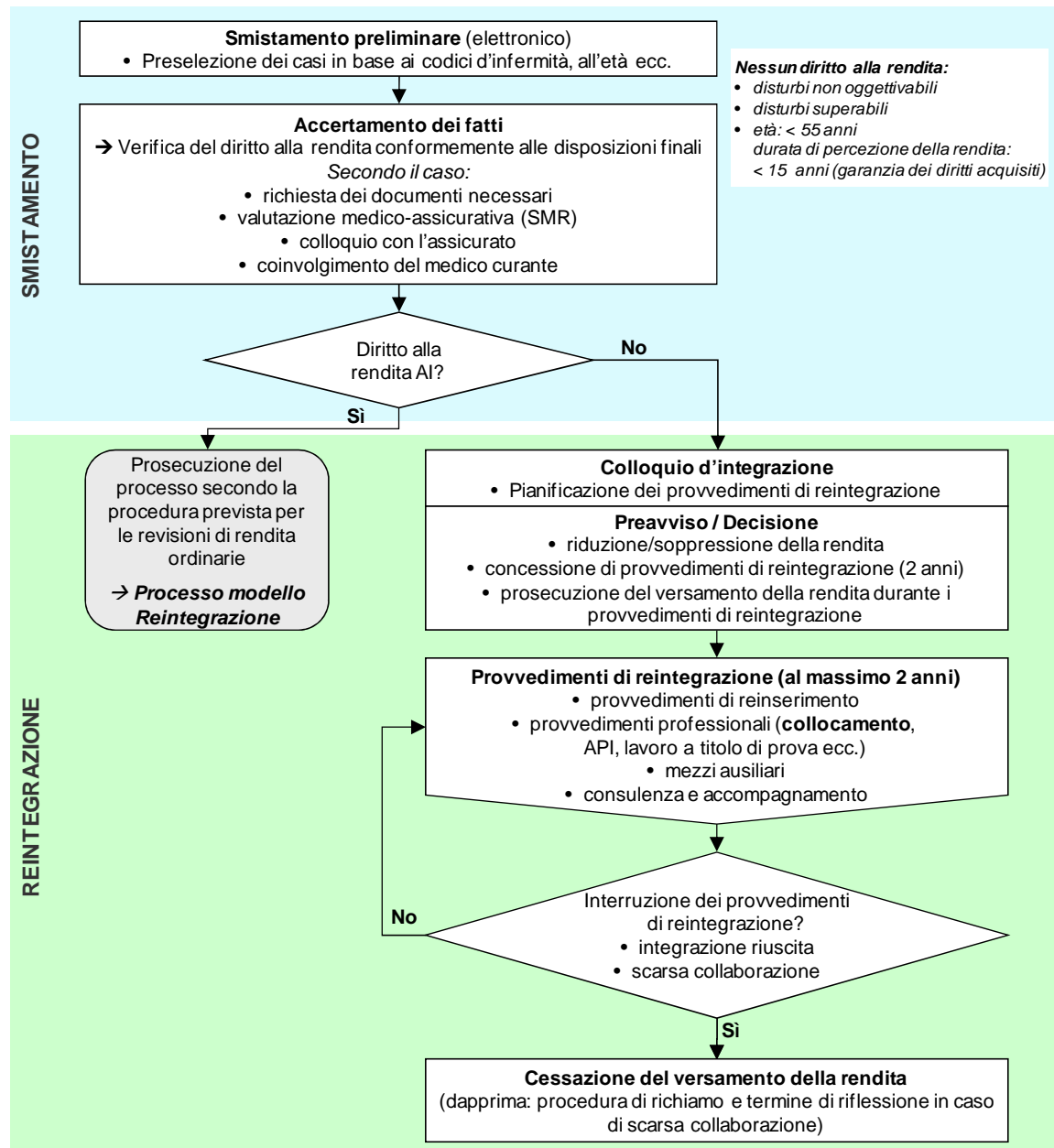
1.1.5 La revisione delle rendite secondo le disposizioni finali

La revisione delle rendite secondo le disposizioni finali della revisione 6a va distinta dalla revisione delle rendite secondo l'articolo 17 LPGa, in quanto ne rappresenta una deroga. Infatti, se nel caso delle revisioni delle rendite secondo l'articolo 17 LPGa gli uffici AI devono verificare se i provvedimenti d'integrazione hanno sostanzialmente modificato lo stato di salute o la capacità al guadagno dell'assicurato, le revisioni delle rendite secondo le disposizioni finali della revisione 6a non presuppongono un mutamento sostanziale del grado d'invalidità. Queste revisioni hanno piuttosto lo scopo di stabilire se un lavoro sia obiettivamente esigibile nonostante i disturbi lamentati. Nella verifica vanno applicati i criteri di Foerster. Secondo l'attuale prassi del Tribunale federale le disposizioni finali interessano i seguenti quadri clinici: disturbi da dolore somatoforme, *Chronic Fatigue Syndrome*, ipersonnia, neurastenia, disturbi dissociativi dell'attività motoria, disturbi dissociativi della sensibilità e della percezione, distorsione della colonna cervicale (colpo di frusta).

La decisione sulla riduzione o soppressione della rendita è presa in base ai risultati della verifica. Prima della decisione non ha luogo alcun processo di reintegrazione. Con o dopo la riduzione o soppressione della rendita va tuttavia agevolato il ritorno nel mondo del lavoro degli interessati, cui è concesso a questo punto il diritto a provvedimenti di reintegrazione. La rendita continua a essere versata fino al termine dei provvedimenti per un massimo di due anni a decorrere dalla decisione con cui è stata ridotta o soppressa. In questo caso non vi è diritto alla prestazione transitoria. Il modello di processo d'integrazione di cui al n. 1.1.2 non è quindi applicabile alle revisioni secondo le disposizioni finali della revisione 6a.

Il riesame delle rendite concesse sulla base dei quadri clinici citati va svolto entro tre anni dall'entrata in vigore della revisione 6a.

Modello del processo secondo le disposizioni finali



2 Commento alle singole disposizioni

Articolo 4^{octies} Contributo versato al datore di lavoro

Capoverso 1: ove possibile la (re)integrazione deve avvenire sul mercato del lavoro primario. Quindi anche i provvedimenti di reinserimento vanno svolti di preferenza sul mercato del lavoro primario. Dato che questo presuppone l'investimento di risorse da parte dei datori di lavoro e che l'impegno sociale delle imprese è auspicato e deve essere ulteriormente promosso, il contributo massimo che l'AI può versare ai datori di lavoro (art. 14a cpv. 5 LAI in combinato disposto con l'art. 4^{octies} cpv. 1 OAI) è innalzato da un massimo di 60 franchi a un massimo di 100 franchi.

Articolo 4^{novies} (nuovo) Reintegrazione dei beneficiari di una rendita

Conformemente all'articolo 8a IVG i provvedimenti di reintegrazione comprendono i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale secondo l'articolo 14a capoverso 2, i

provvedimenti professionali secondo gli articoli 15 – 18c, la consegna di mezzi ausiliari secondo gli articoli 21-21quater e la consulenza e l'accompagnamento dei beneficiari di una rendita e dei loro datori di lavoro.

Per il caso particolare della reintegrazione, i provvedimenti di reinserimento sono resi più flessibili. A livello di legge questo è avvenuto mediante le seguenti disposizioni:

- le condizioni di diritto formulate all'articolo 8a sono meno restrittive di quelle dell'articolo 14a capoverso 1 LAI. Secondo l'articolo 8a capoverso 1, per esempio, per avere diritto ai provvedimenti di reinserimento non è indispensabile un'incapacità al lavoro di almeno il 50 per cento per almeno sei mesi.
- Al contrario di quanto disposto dall'articolo 14a capoverso 3 LAI, i provvedimenti di reinserimento possono avere una durata complessiva superiore ad un anno.

Per la prevista flessibilizzazione, nell'ordinanza sono necessari i due seguenti adeguamenti:

- i provvedimenti di reinserimento devono poter essere concessi senza che le condizioni di diritto previste all'articolo 4^{quater} siano adempiute. Le disposizioni di cui all'articolo 4^{quater} non sono pertanto applicabili alla reintegrazione dei beneficiari di rendita.
- Poiché in caso di reintegrazione i provvedimenti di reinserimento possono essere assegnati più volte e durare complessivamente più di un anno, (art. 8a cpv. 3 LAI), dell'articolo 4^{sexies} sono applicabili solo i capoversi 3 e 4, ma non i capoversi 1, 2, 5 e 6.

Articolo 5^{bis} Perfezionamento professionale

Capoverso 4, secondo periodo: l'articolo 73 è stato abrogato con l'introduzione della NPC. L'ordinanza specifica citata nel secondo periodo del capoverso 4 in vigore non è finora stata elaborata né è prevedibile che lo sarà. Il secondo periodo del capoverso 4 può pertanto essere stralciato.

Art. 6 Riformazione professionale

Capoverso 1^{bis} (nuovo): se per motivi di salute non è più possibile esercitare l'attività abituale, la riformazione professionale deve garantire una (re)integrazione che sia necessaria ma anche sufficiente. L'obiettivo della riformazione professionale è quindi, comunque, la conservazione o il miglioramento della capacità al guadagno (art. 17 LAI).

L'articolo 6 capoverso 1^{bis} stabilisce esplicitamente a livello d'ordinanza che nel quadro della riformazione professionale rientra anche il diritto a provvedimenti di formazione che permettono di raggiungere un livello di formazione superiore, se necessari a mantenere o migliorare la capacità al guadagno. Anche in questo caso va tuttavia rispettato il principio di proporzionalità, vale a dire:

- il diritto a una formazione superiore sussiste soltanto se è l'unica possibilità di raggiungere l'obiettivo della (re)integrazione. In presenza di altre e più adeguate possibilità, queste vanno preferite.
- Il presumibile successo di un provvedimento di (re)integrazione deve essere proporzionale ai costi che genera. Formazioni eccessivamente care sono escluse dal diritto alla riformazione professionale.

Se l'assicurato, senza motivo dettato dall'invalidità, sceglie una formazione che non risponde al criterio dell'equivalenza, l'AI non potrà assumerne i costi. In casi simili vi è tuttavia la possibilità che l'assicurazione vi contribuisca fino a concorrenza dei costi di un provvedimento di riformazione equivalente (cosiddetto diritto di sostituzione della prestazione). Resta inoltre possibile scegliere una formazione meno cara. Si osservi che il termine "equivalenza" è sempre riferito alle possibilità di guadagno e non alla formazione.

Art. 6^{bis} – 6^{quater}

Il disciplinamento legale del lavoro a titolo di prova e gli adeguamenti e i miglioramenti apportati all'assegno per il periodo d'introduzione sono stati accompagnati da un adeguamento della sistematica della LAI alla prassi. La stessa sistematica è ora ripresa come segue nell'ordinanza:

- Articolo 6^{bis} (Lavoro a titolo di prova): nuovo
- Articolo 6^{ter} (Assegno per il periodo d'introduzione): resta l'articolo 6^{ter}
- Articolo 6^{quater} (Indennità per sopperire all'aumento dei contributi): corrisponde all'attuale articolo 6^{bis}

Art. 6^{bis} (nuovo) Lavoro a titolo di prova

Con il nuovo provvedimento del lavoro a titolo di prova, gli assicurati potenzialmente integrabili possono essere collocati in un'impresa senza un contratto di lavoro vincolante. Il nuovo strumento mira a saggiare la capacità di rendimento effettiva degli assicurati in un campo d'attività adeguato sul mercato del lavoro primario. Il provvedimento è destinato sia a chi beneficia di una rendita (parziale) sia a chi non ne percepisce alcuna. Sulla via della reintegrazione nel mercato del lavoro primario, il lavoro a titolo di prova costituisce soltanto un tassello dell'intero processo. Prima di un lavoro a titolo di prova l'assicurato può per esempio essere riavvicinato alla quotidianità lavorativa con provvedimenti di reinserimento. Se in seguito si trova un'impresa disponibile, le capacità acquisite grazie ai provvedimenti di reinserimento possono essere saggiate con un lavoro a titolo di prova. Se il lavoro a titolo di prova si conclude con successo e sfocia in un'assunzione, al datore di lavoro può essere versato un assegno per il periodo d'introduzione.

Il lavoro a titolo di prova è disciplinato in un accordo in cui ne sono stabiliti le condizioni quadro, il motivo, l'obiettivo e la durata. L'accordo è firmato da tutte le parti interessate (impresa, assicurato, responsabile dell'integrazione dell'ufficio AI). È parte dell'accordo anche la costante assistenza e valutazione del lavoro a titolo di prova da parte dello specialista dell'ufficio AI. La durata del lavoro a titolo di prova dipende dalle esigenze del singolo caso e va da un minimo di 30 a un massimo di 180 giorni.

Il lavoro a titolo di prova va considerato riuscito se al più tardi dopo 180 giorni si è potuto stabilire in che misura è possibile un'attività lucrativa sul mercato del lavoro primario. Il criterio determinante è l'obiettivo fissato nell'accordo firmato da tutte le parti interessate. È quindi possibile che il lavoro a titolo di prova, per ragioni mediche o altri validi motivi (p. es. se l'impresa non si attiene a quanto concordato), si riveli non essere il provvedimento adeguato e debba essere interrotto prima di quanto previsto dal piano d'integrazione. Per questo il presente articolo definisce le condizioni alle quali l'ufficio AI può deciderne la conclusione anticipata (preavviso, decisione, ricorso). Sono considerati "motivi ritenuti validi" ai sensi della lettera d soltanto motivi fatti valere dall'assicurato.

Art. 6^{ter} Assegno per il periodo d'introduzione

A livello di legge è stata abbandonata la formulazione potestativa, cosicché l'assegno per il periodo d'introduzione è diventato un autentico diritto. Durante il periodo d'introduzione il datore di lavoro paga all'assicurato il salario concordato (con le usuali deduzioni) e percepisce un assegno mensile da stabilire, eventualmente graduato. L'ordinanza è adeguata alle modifiche di legge.

Capoversi 1 e 2: come per tutti gli altri dipendenti, l'impresa versa i contributi dovuti dal datore di lavoro nel quadro del rapporto di lavoro all'AVS, all'AI, alle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità, all'assicurazione contro la disoccupazione, all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni professionali e non professionali e alla previdenza professionale. I contributi e premi a carico del lavoratore sono detratti dal salario.

Il capoverso 3 corrisponde al capoverso 4 in vigore. Conformemente alla modifica di legge è stato stralciato il "periodo d'avviamento".

Il capoverso 4 corrisponde al capoverso 5 in vigore.

Capoverso 5: l'assegno per il periodo d'introduzione è stato introdotto il 1° gennaio 2008 dalla 5^a revisione AI. Il versamento era stato affidato alle casse di compensazione AVS. L'esperienza nel frattempo maturata ha tuttavia dimostrato che le particolarità dell'assegno comportano per un versamento decentralizzato considerevoli oneri amministrativi. Si è quindi deciso di conferire il compito alla Centrale di compensazione, come già avviene per le indennità per sopperire all'aumento dei contributi.

I capoversi 3 e 6 vigenti sono stralciati. Poiché la legge dispone ora che l'assegno sia versato direttamente al datore di lavoro, il capoverso 3 in vigore diviene superfluo. L'abrogazione del

capoverso 6 è invece conseguenza della decisione di liberare l'assegno per il periodo d'introduzione dalle briglie delle disposizioni sulle indennità giornaliere. La disposizione secondo cui il versamento dell'assegno avviene, per principio, alla fine del periodo d'introduzione resta valida, ma è ora prevista a livello d'istruzioni.

Art. 6^{quater} (nuovo) Indennità per sopperire all'aumento dei contributi

Capoversi 1 – 4: a livello di legge è stata abbandonata la formulazione potestativa, cosicché l'indennità per sopperire all'aumento dei contributi è diventata un autentico diritto. Inoltre, il periodo di diritto è stato esteso da due a tre anni ed è stato così allineato al periodo di protezione (prestazione transitoria secondo l'art. 32 LAI) e ai tre anni di consulenza e assistenza previsti a integrazione avvenuta. L'ordinanza è adeguata al nuovo tenore della legge. Per quanto riguarda il versamento delle indennità una tantum alla fine del periodo di diritto (finora di due anni), la prassi ha dimostrato che versamenti riferiti a periodi di più di un anno implicano per gli uffici AI un considerevole onere amministrativo. Con il conteggio e versamento annuale si vuole inoltre evitare che le imprese attendano inutilmente a lungo le indennità cui hanno diritto.

Infine, è adeguato il rinvio alla LAI (finora art. 18 cpv. 3 LAI, ora art. 18c LAI).

Art. 14^{bis} (nuovo) Acquisizione e rimborso di mezzi ausiliari

Capoverso 1: in virtù dell'articolo 21^{quater} LAI, per l'acquisizione e il rimborso di mezzi ausiliari il Consiglio federale ha a disposizione quattro strumenti: la fissazione di importi forfetari, la conclusione di convenzioni tariffali, la fissazione di importi massimi e la procedura di aggiudicazione. Anche se non è esplicitamente menzionata nella legge, vi è inoltre la possibilità di rimborsare integralmente mezzi ausiliari semplici e appropriati.

Al Dipartimento federale dell'interno (Dipartimento) va conferita la competenza di scegliere tra gli strumenti di cui all'articolo 21^{quater} capoverso 1 lettere a – c LAI (importi forfetari, convenzioni tariffali, importi massimi). In concreto, il Dipartimento dovrà decidere qual è lo strumento più indicato per i singoli mezzi ausiliari nel quadro dell'allegato all'OMAI.

Capoverso 2: conformemente all'articolo 21^{quater} capoverso 2 LAI, prima di decidere il ricorso alla procedura di aggiudicazione, il Consiglio federale deve accertare se non possa essere applicato uno degli altri tre strumenti (fissazione di importi forfetari, conclusione di convenzioni tariffali, fissazione di importi massimi). Se giunge alla conclusione che la procedura di aggiudicazione è lo strumento che meglio permette di conseguire il risultato auspicato, al momento della decisione procederà alla necessaria modifica dell'OAI. Poiché infatti nessuna categoria di mezzi ausiliari o di servizi ad essi connessi è mai stata sottoposta a procedura d'aggiudicazione, non esistono ancora una tale disposizione d'ordinanza.

Se per una categoria di mezzi ausiliari è prevista la procedura di aggiudicazione, il Dipartimento ha la competenza di definire le modalità di consegna e rimborso nelle pertinenti ordinanze dipartimentali (OMAI, OMAVS).

Art. 14^{ter} (nuovo) Restrizione del diritto di scambio della prestazione

L'articolo 14^{ter} concretizza l'articolo 21^{bis} capoverso 3 LAI, secondo cui il diritto di scambio della prestazione può essere limitato per i mezzi ausiliari acquisiti mediante procedura di aggiudicazione. Sono escluse dal diritto di scambio tutte le prestazioni che avrebbero potuto essere messe a concorso ma non lo sono state o lo sono state ma non quale supplemento. L'obiettivo della restrizione è di proteggere gli impegni contrattuali dell'assicurazione e di non procurare vantaggi agli offerenti che non hanno partecipato al concorso o hanno presentato offerte economicamente poco interessanti.

Poiché è compito del Dipartimento svolgere le procedure d'aggiudicazione decise dal Consiglio federale e definire le modalità della consegna e del rimborso dei mezzi ausiliari o dei servizi ad essi connessi nell'OMAI e nell'OMAV, va conferita al Dipartimento anche la competenza di limitare il diritto di scambio della prestazione in caso di applicazione della procedura di aggiudicazione.

Art. 14^{quater} (nuovo) Pagamento

L'articolo 14^{quater} disciplina il versamento degli importi forfetari secondo l'articolo 21^{quater} capoverso 1 lettera a LAI.

L'importo forfetario è la partecipazione prestabilita dell'AI ai costi della fornitura di un mezzo ausiliario o di un servizio ad esso connesso (assistenza post-consegna, adattamenti, riparazioni). Il Dipartimento stabilisce l'importo forfetario nell'allegato all'ordinanza del 29 novembre 1976 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per l'invalidità¹, indipendentemente dai costi effettivamente sostenuti dall'assicurato. L'importo forfetario può dunque essere sia inferiore che superiore alle spese effettive. L'assicurato ha quindi interesse a scegliere il prodotto più concorrenziale. L'importo forfetario è versato direttamente all'assicurato.

Art. 20^{quater} Interruzioni dei provvedimenti di integrazione

Capoverso 2: nell'articolo 20^{quater} è disciplinato il diritto a indennità giornaliera in caso di malattia o infortunio. In seguito all'abrogazione degli articoli 11 LAI e 23 OAI (Rischio dell'integrazione), l'articolo 20^{quater} è modificato ai fini di una regolamentazione delle indennità giornaliera chiara, uniforme e adeguata alle esigenze degli assicurati e degli uffici AI. In analogia all'obbligo del datore di lavoro di continuare a versare il salario secondo il Codice delle obbligazioni (CO), il capoverso 2 introduce una nuova regolamentazione che fa dipendere la durata del versamento delle indennità giornaliera dalla durata dei provvedimenti d'integrazione svolti. Più tempo sono durati i provvedimenti d'integrazione, più a lungo è versata l'indennità giornaliera in caso di malattia o infortunio. Per durata dei provvedimenti d'integrazione s'intende la durata complessiva, inclusi gli anni in cui sono stati seguiti provvedimenti d'integrazione senza il beneficio di indennità giornaliera. Quindi, se un 18enne si trova nel suo secondo anno di provvedimenti d'integrazione, ha diritto alla continuazione del versamento delle indennità giornaliera per 60 giorni. Se un assicurato segue diversi provvedimenti d'integrazione consecutivi, va conteggiata la loro durata complessiva. L'indennità giornaliera per il periodo d'attesa non costituisce un provvedimento d'integrazione: la sua durata non va quindi considerata nel conteggio.

Capoverso 3: dall'entrata in vigore della 5^a revisione AI ha diritto a un'indennità giornaliera dell'AI soltanto chi prima dell'insorgenza dell'invalidità era professionalmente attivo. Alle assicurate con diritto all'indennità che dovevano interrompere un provvedimento d'integrazione per un parto l'indennità continuava a essere corrisposta per 56 giorni (durata del divieto di lavoro). Dall'entrata in vigore delle disposizioni sull'indennità di maternità secondo la legge federale sulle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità (RS 834.1) le madri considerate professionalmente attive al momento del parto hanno diritto a un congedo maternità pagato di 14 settimane. Le madri beneficiarie d'indennità giornaliera dell'AI sono equiparate alle madri professionalmente attive. Conformemente alle disposizioni legali vigenti, l'indennità di maternità ha la precedenza su tutte le altre indennità giornaliera (AINF, AMal, AD, AI e AM). Una beneficiaria d'indennità giornaliera AI incinta avrà dunque diritto dopo il parto all'indennità di maternità secondo la LIPG. La disposizione vigente sulla continuazione del versamento d'indennità giornaliera AI dopo il parto può dunque essere abrogata (capoverso 3). Il capoverso 1 va adeguato di conseguenza (stralcio della parola "maternità").

Capoverso 5: questo capoverso va abrogato in seguito all'abrogazione dell'articolo 23 (Rischio dell'integrazione).

Art. 21 Principi di calcolo

Capoverso 3: nella definizione del reddito determinante per il calcolo dell'indennità giornaliera va considerata l'ultima attività lucrativa esercitata dall'assicurato senza limitazioni per motivi di salute (art. 23 LAI). L'attuale disposizione è ancora fondata sul principio valido prima della 5^a revisione AI, secondo cui bisognava considerare il reddito dell'ultima attività svolta a tempo pieno.

Art. 21^{bis} Assicurati con un reddito regolare

Capoverso 5: nella definizione del reddito determinante per il calcolo dell'indennità giornaliera va considerata l'ultima attività lucrativa esercitata dall'assicurato senza limitazioni per motivi di salute (art.

¹ RS 831.232.51

23 LAI). L'attuale disposizione è ancora fondata sul principio valido prima della 5^a revisione AI, secondo cui bisognava considerare il reddito dell'ultima attività svolta a tempo pieno.

Art. 21^{novies} (nuovo) Garanzia dei diritti acquisiti

Secondo l'articolo 24 capoverso 4 LAI, se fino al momento dell'integrazione l'assicurato aveva diritto a un'indennità giornaliera secondo la LAINF, l'indennità giornaliera dell'AI ammonta almeno all'indennità giornaliera percepita fino a quel momento dall'assicurazione contro gli infortuni. Questa normativa è applicabile per analogia nei casi di cui all'articolo 22 capoverso 5^{ter} LAI.

Art. 23 Rischio dell'integrazione

Con l'abrogazione dell'articolo 11 LAI l'AI non è più tenuta ad assumere il rischio dell'integrazione, cioè a coprire i costi di cura e versare indennità giornaliere in caso di malattia o infortunio dell'assicurato nel corso di provvedimenti d'integrazione. Questi costi sono ora assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ad eccezione dei casi coperti dalla LAINF. In questo modo la copertura assicurativa dei costi di cura diviene più completa, è introdotta una normativa semplice e chiara per tutti gli assicurati e sono sgravati gli organi d'esecuzione. Per quanto riguarda l'indennità giornaliera, il disciplinamento vigente non è abrogato ma trasferito nel sistema delle interruzioni dei provvedimenti d'integrazione di cui all'articolo 20^{quater}. L'articolo 23 può pertanto essere integralmente abrogato. Resta riservato l'articolo 64 capoverso 4 LPG, secondo cui l'assicuratore sociale tenuto a versare prestazioni assume i danni alla salute per i quali in generale non deve rispondere, "se essi insorgono nel corso di una cura medica ospedaliera e non possono essere curati separatamente."

Art. 24 Diritto di opzione e convenzioni

Capoverso 2: la competenza di concludere convenzioni con i fornitori di prestazioni nel settore dei provvedimenti di reinserimento (art. 14a LAI) e dei provvedimenti professionali (art. 15, 16, 17 e 18 LAI) è trasferita agli uffici AI (cfr. commento all'art. 41 cpv. 1 lett. I).

Capoverso 3: gli importi massimi rimborsati per i mezzi ausiliari sono ora menzionati nell'articolo 21^{quater} capoverso 1 lettera c LAI. Il rinvio va quindi completato.

Capo terzo: La rendite, l'assegno per grandi invalidi e il contributo per l'assistenza

L'introduzione del contributo per l'assistenza rende necessario l'adeguamento del titolo.

III Prestazione transitoria

Art. 29^{quater} Rinascita del diritto alla rendita dopo un reinserimento professionale

Questo articolo è reso caduco dalla regolamentazione prevista nel quadro della revisione AI 6a dagli articoli 32 – 34 LAI. Le disposizioni d'esecuzione sono oggetto degli articoli 30 e 31 OAI.

Art. 30 (nuovo) Versamento della prestazione transitoria

L'assicurato ha diritto a una prestazione transitoria se adempie le condizioni di cui all'articolo 32 capoverso 1 lettere a – c LAI, cioè se

- nel corso dei tre anni successivi alla riduzione o soppressione della rendita diviene inabile al lavoro per almeno il 50 per cento,
- l'incapacità lavorativa dura da almeno 30 giorni e
- prima della riduzione o soppressione della rendita l'assicurato ha partecipato a provvedimenti di reintegrazione o la rendita è stata ridotta o soppressa in seguito alla ripresa dell'attività lavorativa o all'aumento del grado d'occupazione.

Capoverso 1: affinché il competente ufficio AI possa giudicare se sono adempiute le condizioni del diritto a una prestazione transitoria, deve essere presentato un certificato medico. L'ufficio AI decide sulla base del certificato e non procede di regola a ulteriori accertamenti. Si intende così garantire che la prestazione transitoria sia versata velocemente e senza indugio. Grazie alla prognosi che il certificato medico deve formulare, l'ufficio AI saprà inoltre se l'incapacità al lavoro è destinata a durare.

Se dall'esame dell'ufficio AI risulta che le condizioni del diritto a una prestazione transitoria sono adempiute, la prestazione transitoria è versata con effetto retroattivo all'inizio del mese in cui le condizioni sono state adempiute (cfr. art. 32 cpv. 2 LAI).

Capoverso 2: secondo l'articolo 32 capoverso 3 LAI, il diritto alla prestazione transitoria decade al più tardi alla fine del mese in cui l'ufficio AI notifica la decisione sul grado d'invalidità. Se le condizioni di diritto non sono più date prima che l'ufficio AI abbia deciso sul grado d'invalidità (p. es. perché la capacità al lavoro è riacquisita), il versamento della prestazione transitoria – in analogia all'articolo 32 capoverso 3 LAI – è sospeso alla fine del mese in cui l'ufficio AI notifica la soppressione della prestazione.

Art. 31 (nuovo) Determinazione della prestazione transitoria

Per il calcolo della prestazione transitoria vanno distinti due casi. Nel primo, l'assicurato reintegrato con successo ha diritto a una rendita (p. es. a una mezza rendita d'invalidità) anche dopo l'inizio dell'attività lavorativa. Se nei tre anni successivi alla riduzione della rendita la capacità al lavoro dell'assicurato subisce per almeno 30 giorni una diminuzione costante di almeno il 50 per cento per motivi di salute, la rendita transitoria corrisponde alla differenza tra la rendita corrente e la rendita che l'assicurato avrebbe percepito senza la riduzione. Il secondo caso è quello degli assicurati reintegrati che, al momento in cui la loro capacità al lavoro subisce per almeno 30 giorni una diminuzione costante di almeno il 50 per cento per motivi di salute, non percepiscono più alcuna rendita AI. Questi assicurati hanno diritto a una prestazione transitoria dell'ammontare della rendita percepita in precedenza. In entrambi i casi, l'ammontare della rendita AI precedente è mantenuto.

Capoverso 1: la prestazione transitoria è equiparata a una rendita AI per i seguenti aspetti: calcolo, ammontare, versamento, soppressione, rendite per i figli, sovrassicurazione e coordinamento con altre prestazioni. La prestazione transitoria non può essere versata in aggiunta a una rendita per superstiti. Le disposizioni in caso di concorso di più prestazioni di cui all'articolo 43 LAI sono applicabili anche alla prestazione transitoria.

Poiché la prestazione transitoria è equiparata alla rendita AI, per la compensazione degli anticipi versati da terzi l'articolo 85^{bis} è applicabile per analogia anche alle prestazioni transitorie arretrate. Non è necessaria una disposizione specifica.

Capoverso 2: Se la prestazione transitoria corrisponde solo alla differenza tra la rendita corrente e la rendita che l'assicurato avrebbe percepito senza la riduzione, la rendita e la prestazione transitoria sono versate sotto forma di un'unica prestazione.

Art. 36 Prestazioni particolari a favore dei minorenni

Capoverso 1: i minorenni che pernottano in un istituto non percepiscono più il sussidio per le spese di pensione, poiché con la nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC) questa prestazione è stata trasferita ai Cantoni. L'articolo 42^{ter} capoverso 2 LAI è stato modificato di conseguenza. Il capoverso 1 dell'articolo 36 dell'ordinanza va pertanto abrogato.

E. Il contributo per l'assistenza

Poiché il contributo per l'assistenza e l'assegno per grandi invalidi sono strettamente legati, è opportuno introdurre il contributo per l'assistenza a questo punto dell'ordinanza, cioè dopo le disposizioni esecutive sull'assegno per grandi invalidi. Secondo la legge hanno infatti diritto a un contributo per l'assistenza soltanto gli assicurati che percepiscono un assegno per grandi invalidi (art. 42^{quater} cpv. 1 lett. a LAI).

Art. 39a (nuovo) Assicurati minorenni

In virtù dell'articolo 42^{quater} capoverso 3 LAI, il Consiglio federale stabilisce le condizioni a cui i minorenni hanno diritto al contributo per l'assistenza. I minorenni non devono quindi adempiere soltanto le condizioni dell'articolo 42^{quater} capoverso 1 lettere a e b LAI, ma anche quelle previste dall'articolo 39a OAI.

Poiché tra l'assistente e l'assicurato minorenni deve essere concluso un contratto, l'assicurato minorenni ha bisogno di un rappresentante legale: in caso contrario, infatti, i suoi atti giuridici non sono validi (art. 19 cpv. 1 CC). Il rappresentante legale stabilisce pertanto le modalità delle prestazioni che andranno fornite e conclude il contratto di lavoro a nome dell'assicurato, nel rispetto di quanto stabilito dal Codice civile. Non può tuttavia agire contro la volontà del minorenni e, quando possibile, deve chiedere il suo consenso (cfr. art. 304 e 409 CC).

Il contributo per l'assistenza intende soprattutto garantire all'assicurato una vita autonoma e promuovere la sua responsabilità personale. Seppur minorenni, gli assicurati devono quindi presentare un certo grado di autonomia così da poter comunicare i propri bisogni, partecipare alla scelta dell'assistente ed esprimersi sull'organizzazione delle prestazioni fornite (tempi, luoghi). Le condizioni per beneficiare di un contributo per l'assistenza sono: frequentare una scuola regolare, esercitare un'attività professionale oppure seguire una formazione professionale o una formazione di livello secondario II (lett. a – b).

Lettera a: la frequentazione della scuola dell'obbligo in una classe normale o la formazione di livello secondario II (inclusa la formazione professionale) sono criteri che permettono di stabilire se l'assicurato presenta un certo grado di autonomia e può partecipare attivamente all'accertamento dei suoi bisogni e all'organizzazione dell'assistenza necessaria. Vista la tendenza in atto in vari Cantoni a integrare il maggior numero possibile di bambini nelle classi ordinarie, la frequentazione della scuola dell'obbligo in una classe ordinaria non può sempre essere considerata un indizio inequivocabile di autonomia, ma permette tuttavia di giudicare il grado di integrazione. È quindi importante che il contributo per l'assistenza permetta a questi bambini di restare al proprio domicilio e frequentare la scuola regolare. Non deve tuttavia sostituire l'aiuto che sono tenuti a prestare i Cantoni e i Comuni. Poiché l'istruzione scolastica è di competenza cantonale e comunale, è a questi livelli che vanno stanziati eventuali risorse supplementari per le lezioni (lingua dei segni, supporto informatico) e previsto l'aiuto necessario in occasione di manifestazioni sportive o culturali (trasporto, vestirsi/svestirsi ecc.). Il contributo per l'assistenza non tiene pertanto conto dei bisogni dell'assicurato in ambito scolastico. Anche la formazione in un'istituzione esclude il diritto al contributo per l'assistenza.

Lettera b: l'assicurato deve svolgere un'attività lucrativa per almeno 10 ore alla settimana sul mercato del lavoro regolare. Il limite (corrispondente a poco più di un giorno) è teso ad escludere i lavori occasionali. Condizione indispensabile sono una certa regolarità e la conclusione di un contratto di lavoro. Un'attività in un laboratorio protetto non dà diritto al contributo per l'assistenza.

Lettera c: in caso di estremo bisogno di cure e sorveglianza, l'assicurato minorenni ha diritto, oltre all'assegno per grandi invalidi, anche a un supplemento per cure intensive. Per sgravare i genitori degli assicurati che beneficiano di questo supplemento e permettere loro di tenere i figli a casa, va loro offerta la possibilità di chiedere un contributo per l'assistenza. Le condizioni poste dall'articolo 42^{quater} capoverso 1 lettere a – b LAI devono essere rispettate, quelle dell'articolo 39a lettere a e b OAI invece no. In tal modo, indipendentemente dal fatto che segua una scuola regolare, una formazione di livello secondario II oppure eserciti un'attività professionale sul mercato del lavoro primario, l'assicurato minorenni ha diritto a un contributo per l'assistenza.

Il bisogno di aiuto accertato nell'ambito di un supplemento per cure intensive deve tuttavia corrispondere ad almeno 6 ore giornaliere.

Le condizioni delle lettere a – c sono alternative, cioè basta adempierne una per avere diritto al contributo per l'assistenza.

Art. 39b (nuovo) Assicurati con una capacità limitata di esercitare i diritti civili

Conformemente all'articolo 39b, gli assicurati maggiorenni con una capacità limitata di esercitare i diritti civili hanno diritto al contributo per l'assistenza se:

- gestiscono una propria economia domestica (lett. a);
- seguono assiduamente una formazione professionale nel mercato del lavoro regolare oppure un'altra formazione di livello secondario II o di livello terziario (lett. b);
- esercitano un'attività lucrativa per almeno 10 ore alla settimana nel mercato del lavoro regolare (lett. c);
- al raggiungimento della maggiore età percepivano un contributo per l'assistenza secondo l'articolo 39a lettera c (lett. d).

Se una delle condizioni delle lettere a, b o c è data, si può desumere che l'assicurato, malgrado una limitata capacità di esercitare i diritti civili, presenti un certo grado di autonomia.

Lettera a: per quanto concerne l'economia domestica, l'assicurato deve vivere in un contesto adeguato alla sua età e al suo ambiente socioprofessionale. Di norma, ad esempio, un quarantenne non coniugato vive in una propria economia domestica. Di conseguenza, un assicurato di quest'età beneficerà di un contributo per l'assistenza se vive in un'economia domestica propria.

Sono considerati economie domestiche proprie anche gli alloggi condivisi da due o più persone, dove ogni coinquilino ha una stanza propria ma condivide spazi comuni.

Lettere b e c: le condizioni concernenti la formazione o l'attività lucrativa sono le stesse previste dall'articolo 39a per i minorenni. Tuttavia, in ragione della loro età, per i maggiorenni è considerato anche il livello terziario.

Lettera d: la lettera d costituisce una garanzia dei diritti acquisiti per gli assicurati che diventano maggiorenni. Se un assicurato minorenne percepiva un contributo per l'assistenza poiché beneficiava del supplemento per cure intensive per un bisogno di aiuto di almeno 6 ore (art. 39e lett. c), il diritto al contributo per l'assistenza persiste anche dopo il raggiungimento della maggiore età. In questo modo si garantisce la continuità dell'assistenza. Tuttavia l'assicurato deve aver percepito il contributo per l'assistenza in virtù del supplemento per cure intensive fino al raggiungimento della maggiore età. Se ha usufruito del contributo per assistenza per altri motivi o se a un certo punto vi ha rinunciato, per potervi avere di nuovo diritto deve adempiere una delle condizioni di cui alle lettere a, b e c.

In base alle regole del codice civile svizzero, gli assicurati maggiorenni con una capacità limitata di esercitare i diritti civili devono, come i minorenni, partecipare attivamente alla definizione del loro bisogno di aiuto e all'organizzazione e al controllo delle prestazioni loro fornite anche se per stipulare il contratto di lavoro con l'assistente devono aver un rappresentante legale.

Le condizioni delle lettere a – d sono alternative, cioè basta adempierne una per avere diritto al contributo per l'assistenza.

Art. 39c (nuovo) Ambiti di assistenza

Il bisogno d'aiuto riconosciuto può essere coperto sia direttamente che indirettamente, soprattutto nel caso di assicurati che percepiscono un assegno per grandi invalidi per l'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana.

Conformemente all'articolo 42^{sexies} capoverso 4 lettera a LAI, il Consiglio federale stabilisce gli ambiti per i quali è corrisposto un contributo per l'assistenza. Si tratta dei seguenti:

Lettera a: compimento degli atti ordinari della vita. Conformemente all'articolo 9 LPGa, sono considerate grandi invalidi le persone che, a causa di un danno alla salute, hanno bisogno in modo permanente dell'aiuto di terzi o di una sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita.

Come per l'assegno per grandi invalidi, gli atti ordinari della vita sono i seguenti:

1. vestirsi, svestirsi (compresi il mettersi o il togliersi un'eventuale protesi), preparare gli abiti, controllare che l'assicurato si vesta adeguatamente alle condizioni meteorologiche
2. alzarsi, sedersi, sdraiarsi (compresi l'andare a letto e l'alzarsi dal letto)

3. mangiare (portare il cibo al letto, sminuzzarlo o prepararlo sotto forma di puré, portarlo alla bocca dell'assicurato, alimentazione tramite sonda)
4. pulizia personale (lavarsi, pettinarsi, radersi, fare il bagno o la doccia)
5. espletare i bisogni corporali (risistemare i vestiti, pulirsi/verificare la pulizia, espletare i bisogni corporali in modo inusuale)
6. spostarsi (nell'abitazione, all'aperto), intrattenere rapporti sociali (p. es. leggere, scrivere, frequentare concerti, manifestazioni politiche o religiose ecc.).

Lettera b: gestione dell'economia domestica. La gestione dell'economia domestica comprende attività come i lavori di casa, l'amministrazione, la preparazione dei pasti, la cura dell'abitazione, fare la spesa e altre commissioni, il lavaggio e la cura degli abiti. Per questo ambito non può essere riconosciuto un bisogno d'aiuto ai minorenni che vivono ancora presso i genitori. Secondo la composizione dell'economia domestica, sono previsti supplementi per le economie domestiche con minorenni propri e riduzioni per le economie domestiche con più adulti.

Lettera c: partecipazione alla vita sociale e organizzazione del tempo libero. In una certa misura, il contributo per l'assistenza, grazie al sostegno di un assistente, deve poter permettere all'assicurato di coltivare i suoi hobby, accudire piante e animali domestici, leggere, ascoltare la radio, guardare la televisione, praticare sport o partecipare alla vita sociale (cultura, eventi).

Lettera d: educazione e accudimento di bambini. L'educazione e l'accudimento di figli propri giustificano un bisogno d'aiuto supplementare che viene pertanto riconosciuto.

Lettera e: svolgimento di un'attività di pubblica utilità o a titolo onorifico. Nel progetto pilota, gli ambiti formazione, lavoro, attività di pubblica utilità e accudimento dei bambini facevano parte di un'unica categoria. Le attività di pubblica utilità, di cui fanno parte anche le attività a titolo onorifico, costituiscono ora un ambito a sé stante.

Le attività di pubblica utilità o a titolo onorifico devono essere svolte gratuitamente. È però ammesso il rimborso spese. L'aiuto deve permettere unicamente all'assicurato di svolgere la sua attività e non può quindi essere utilizzato per fornire la prestazione in sua vece.

Lettera f: formazione e perfezionamento professionale. Per formazione e perfezionamento professionale si intendono corsi di formazione e perfezionamento nel contesto dell'attività professionale attuale o futura. Sono esclusi i corsi di formazione svolti nei centri d'integrazione e i perfezionamenti offerti dalle organizzazioni d'aiuto agli invalidi, per cui sono già previste altre fonti di finanziamento.

La formazione e il perfezionamento in sé e i costi del tragitto tra il domicilio dell'assicurato e il luogo di formazione non sono computati nel bisogno di aiuto. Sono invece considerate prestazioni d'aiuto quelle che l'invalidità rende necessarie per frequentare i corsi.

Lettera g: esercizio di un'attività lucrativa nel mercato del lavoro regolare. Deve trattarsi di un'attività professionale remunerata sul mercato del lavoro regolare. I provvedimenti di occupazione svolti in un'istituzione specializzata non rientrano quindi nel campo d'applicazione della lettera g.

In quest'ambito l'aiuto può comprendere in particolare i seguenti compiti: aiuto fisico, guida all'apprendimento di nuovi compiti, spostamenti e comunicazione.

Lettera h: sorveglianza diurna. La sorveglianza va intesa come prestazione d'aiuto resa necessaria dallo stato di salute dell'assicurato. Secondo la giurisprudenza, vi è bisogno di sorveglianza se l'assicurato, a causa di assenze mentali, non può essere lasciato solo durante il giorno perché potrebbe altrimenti nuocere a sé stesso o ad altri. Lo stesso vale, per esempio, per gli assicurati che hanno bisogno di assistenza respiratoria.

La sorveglianza comprende soltanto le prestazioni di sorveglianza non comprese in altri ambiti.

Lettera i: servizio notturno. Le condizioni di salute dell'assicurato possono richiedere un servizio notturno quando il paziente deve essere spostato, per esempio in caso di respirazione artificiale. Il servizio notturno è limitato ad al massimo otto ore, dalle 22 della notte alle sei del mattino, indipendentemente da quanto abbia effettivamente dormito l'assicurato.

Art. 39d (nuovo) Durata minima dell'assunzione

L'articolo 39d definisce la durata minima dell'assunzione degli assistenti: affinché le prestazioni fornite possano essere riconosciute nel quadro del contributo per l'assistenza, l'assicurato deve concludere con uno o più assistenti un contratto di lavoro della durata di almeno tre mesi.

Art. 39e (nuovo) Determinazione del bisogno di aiuto riconosciuto

Il presente articolo definisce i limiti massimi di ore riconosciuti per le prestazioni d'aiuto.

Quale condizione minima per il diritto al contributo d'assistenza, il bisogno d'aiuto riconosciuto deve essere superiore a quello già coperto dall'assegno per grandi invalidi, dalle altre prestazioni dell'AI (sussidi per i servizi di terzi) e dal contributo alle cure secondo la LAMal (cfr. art. 42^{sexies} cpv. 1 e 3 LAI).

Capoverso 1: è compito dell'ufficio AI determinare il bisogno di aiuto mensile riconosciuto in ore mediante accertamenti e strumenti standardizzati.

Capoverso 2: il capoverso 2 determina i limiti massimi di ore computabili nel calcolo del contributo per l'assistenza in riferimento al bisogno d'aiuto riconosciuto nei singoli ambiti di cui all'articolo 39c.

I singoli ambiti sono ripartiti nelle tre categorie seguenti:

- compimento degli atti ordinari della vita, gestione dell'economia domestica e organizzazione del tempo libero (lett. a);
- educazione e accudimento di bambini, svolgimento di un'attività di pubblica utilità o a titolo onorifico, esercizio di un'attività lucrativa nel mercato del lavoro regolare o formazione e perfezionamento professionale (lett. b);
- sorveglianza (lett. c).

Per tutte e tre le categorie sono stabiliti limiti massimi di ore. Per il servizio notturno non sono previste limitazioni. I limiti massimi sono applicabili soltanto se nella categoria interessata è riconosciuto un determinato bisogno di aiuto.

Lettera a: i limiti massimi secondo la lettera a valgono per tutte le prestazioni d'aiuto riconosciute necessarie per la copertura del bisogno d'aiuto secondo l'articolo 39c lettere a–c. Per il calcolo di questi limiti sono determinanti il numero di atti ordinari della vita stabilito per il calcolo della grande invalidità e il grado di grande invalidità secondo gli articoli 42–42^{ter} LAI.

La tabella seguente illustra il metodo di calcolo dell'articolo 39e capoverso 2 lettera a.

Bisogno d'aiuto massimo per gli atti ordinari della vita, l'economia domestica e il tempo libero			
Grado di grande invalidità	Numero di atti ordinari della vita (art. 37 OAI)	Numero massimo di ore mensili per atto ordinario della vita (art. 39e cpv. 2 lett. a)	Numero massimo di ore mensili
Lieve	2	20	40
Lieve	3	20	60
Medio	2	30	60
Medio	3	30	90
medio	4	30	120
medio	5	30	150
Medio	6	30	180
Elevato	6	40	240

Lettera b: nella seconda categoria è riconosciuto un bisogno d'aiuto medio di al massimo due ore al giorno, il che corrisponde a 60 ore al mese. Questo limite va debitamente adeguato se l'assicurato lavora soltanto a tempo parziale.

Lettera c: nella terza categoria possono essere fatte valere al massimo quattro ore al giorno, di conseguenza il numero massimo di ore mensili è di 120.

I limiti massimi delle tre categorie possono essere cumulati se l'assicurato ha contemporaneamente bisogno d'aiuto in più categorie. In teoria un assicurato con una grande invalidità di grado elevato ha dunque diritto a prestazioni d'aiuto per un massimo di 420 ore mensili. In pratica, questa situazione non è realistica: chi ha bisogno di essere costantemente sorvegliato, infatti, ben difficilmente è in grado di lavorare a tempo pieno o seguire a tempo pieno una formazione professionale. Inoltre, se il bisogno quotidiano di aiuto per gli atti ordinari della vita è particolarmente elevato, le ore dedicate a questo compito non possono essere computate per la sorveglianza.

Capoverso 3: per le persone citate in questo capoverso, di regola il diritto a un assegno per grandi invalidi non deriva da una limitazione determinante nel compimento degli atti ordinari della vita. Per questi casi eccezionali di grande invalidità di grado elevato o lieve va dunque definito il numero di atti ordinari della vita da considerare.

Capoverso 4: conformemente all'articolo 42^{sexies} capoverso 2 LAI, le prestazioni d'aiuto necessarie durante il soggiorno in istituti ospedalieri o semiospedalieri non sono computate nel calcolo. Per evitare che persone che in parte soggiornano in un istituto benefico di limiti massimi superiori rispetto a chi vive esclusivamente a domicilio, i limiti massimi di cui al capoverso 2 sono ridotti del 10 per cento per ogni giorno e per ogni notte che l'assicurato trascorre settimanalmente in un istituto. Oggetto del capoverso non sono i soggiorni occasionali, ma i soggiorni regolari a cadenza settimanale.

Analogamente all'articolo 3 della legge federale sulle istituzioni che promuovono l'integrazione degli invalidi (LIPIn; RS 831.26), sono considerati istituzioni:

- i laboratori che occupano in permanenza nei loro locali o in posti di lavoro decentralizzati invalidi i quali, in condizioni ordinarie, non potrebbero esercitare un'attività lucrativa,
- le case e altre forme di alloggio collettivo destinate agli invalidi,
- i centri diurni in cui gli invalidi possono incontrarsi e partecipare a programmi di occupazione e a programmi per il tempo libero,
- le unità di una struttura che forniscono le prestazioni succitate.

Sono considerati inoltre istituzioni anche gli istituti, gli ospedali, le cliniche psichiatriche e i centri d'integrazione professionale.

Articolo 39f (nuovo) Importo del contributo per l'assistenza

Capoversi 1–3: la definizione dei diversi importi del contributo per l'assistenza di cui ai capoversi 1–3 si basa sulle esperienze acquisite nel quadro del progetto pilota. Il contributo per l'assistenza comprende già l'indennità di vacanza dell'8,33 per cento (cfr. in proposito il commento all'art. 39g cpv. 2).

L'importo forfettario più elevato è applicato, per motivi dovuti all'invalidità, alle prestazioni di aiuto che richiedono qualifiche particolari dell'assistente (cpv. 2). Questa situazione si presenta, ad esempio, quando sono necessari requisiti particolari per la comunicazione e l'interazione con persone sorde, cieche o affette da una disabilità psichica. Se la prestazione di assistenza in questione richiede conoscenze particolarmente impegnative (p. es. lingua dei segni modificata per sordociechi, padronanza della lingua dei segni), si applica un importo forfettario più elevato, pari a 48.75 franchi all'ora (45 fr. più 8,33 %). Questa tariffa speciale non si applica in tutti i casi, ma solo alle prestazioni negli ambiti menzionati all'articolo 39c lettere e-g: svolgimento di un'attività di pubblica utilità o a titolo onorifico, formazione e perfezionamento professionale, esercizio di un'attività lucrativa nel mercato del lavoro regolare.

L'importo massimo previsto per il servizio notturno è pari a 86.70 franchi a notte (80 fr. più 8,33 %). Tuttavia, il contributo per l'assistenza è fissato in base al numero di interventi resi necessari dallo stato di salute dell'assicurato:

- 10.80 franchi a notte in caso di una prestazione di aiuto puntuale durante la notte;
- 32.50 franchi in caso di una prestazione di aiuto di notte per almeno quattro notti a settimana, o 16 notti al mese;
- 54.20 franchi in caso di presenza necessaria ogni notte, ma con non più di un intervento a notte o, in caso di più interventi, per una durata inferiore alle due ore;
- 86.70 franchi in caso di intervento di almeno due ore a notte.

Tutte le tariffe sopra menzionate comprendono i contributi sociali del datore di lavoro e del lavoratore e le indennità di vacanza.

Nell'ambito dell'accertamento del bisogno, l'ufficio AI incaricato decide, in base allo stato di salute dell'assicurato, se sia o meno necessaria una qualifica particolare per l'assistenza in questione. Se è il caso, al numero di ore corrispondente si applica la tariffa di cui al capoverso 2.

Per il servizio notturno, l'ufficio AI determina l'intensità della prestazione di aiuto che dovrà essere fornita dall'assistente e fissa la tariffa da applicare. L'importo massimo previsto per il servizio notturno è pari a 86.70 franchi, ma l'ufficio AI può stabilire una tariffa inferiore.

Capoverso 4: l'adeguamento degli importi di cui ai capoversi 1–3 avviene in concomitanza e in analogia con l'adeguamento della rendita AVS (art. 33^{ter} LAVS) e, conseguentemente, anche dell'assegno per grandi invalidi. Di norma, la rendita AVS è adeguata all'evoluzione dei prezzi e dei salari ogni due anni. Grazie alla formulazione adottata, l'ordinanza non dovrà essere modificata ad ogni adeguamento.

Per il calcolo del contributo per l'assistenza, dal bisogno di aiuto complessivo è dedotto il tempo che corrisponde all'assegno per grandi invalidi (art. 42^{sexies} cpv. 1 LAI). L'importo orario del contributo per l'assistenza e l'assegno per grandi invalidi vengono adeguati in egual misura all'evoluzione dei prezzi e dei salari. Il numero di ore del bisogno di aiuto non coperto dall'assegno per grandi invalidi e per il quale può essere concesso un contributo per l'assistenza rimane pertanto invariato anche in caso di adeguamento all'evoluzione dei prezzi e dei salari.

Articolo 39g (nuovo) Calcolo del contributo per l'assistenza

Capoverso 1: l'ufficio AI stabilisce il contributo mensile per l'assistenza, moltiplicando per 365 il bisogno di aiuto giornaliero determinato mediante lo strumento di accertamento standardizzato (FAKT) e dividendo il risultato per 12, in modo da ottenere il bisogno di aiuto mensile dell'assicurato. Successivamente, l'ufficio AI verifica il rispetto dei limiti minimi e massimi, previa detrazione delle prestazioni di aiuto già coperte (in particolare dall'assegno per grandi invalidi e dalle cure di base secondo la LAMal; cfr. art. 42^{sexies} cpv. 1 e 3 LAI).

Il contributo per l'assistenza copre quindi il bisogno di aiuto in ore che non è coperto da altre prestazioni e non supera i limiti massimi di cui all'articolo 39e capoverso 2.

Capoverso 2: l'ufficio AI stabilisce anche il contributo annuale per l'assistenza. Per gli assicurati che non vivono nella stessa economia domestica con una delle persone menzionate nell'articolo 42^{quinquies} lettera b LAI, il contributo per l'assistenza comprende anche le prestazioni fornite da un sostituto dell'assistente. Per permettere all'assicurato di ricorrere a prestazioni di assistenti tutto l'anno, il suo bisogno di aiuto mensile è moltiplicato per 12. Egli non è tenuto ad assumere un sostituto dell'assistente. Si tratta solamente di calcolare l'importo massimo annuo che gli può essere versato a titolo di contributo per l'assistenza. L'assicurazione invalidità si fa però carico solo delle prestazioni effettivamente fornite. Pertanto, se l'assicurato rinuncia a un sostituto, non sarà effettuato alcun pagamento.

Le tariffe orarie di cui all'articolo 39f capoversi 1–3 comprendono già il supplemento ferie dell'8,33 per cento, per cui il salario che si continua a versare all'assistente durante le vacanze non va fatturato a parte.

Secondo il Codice civile e la legge sull'unione domestica registrata, dal coniuge, dal partner registrato, dal convivente di fatto o dai parenti in linea retta dell'assicurato ci si può attendere un certo volume di prestazioni. Le prestazioni di aiuto possono essere fornite tutto l'anno o solo durante le vacanze dell'assistente. In questo caso, pertanto, per calcolare il contributo annuale massimo per l'assistenza si moltiplica il contributo mensile solo per 11. Durante le vacanze dell'assistente – che tra l'altro

dovrebbero essere pianificate e organizzate con l'assicurato – si può esigere da queste persone che forniscano l'aiuto necessario, purché siano maggiorenni e non beneficino esse stesse di un assegno per grandi invalidi. Se forniscono una parte dell'aiuto necessario all'assicurato sull'arco di tutto l'anno, durante le vacanze dell'assistente si può assumere un sostituto con la parte del contributo per l'assistenza risparmiata (e quindi non fatturabile).

La compensazione su base annua permette una certa flessibilità. In effetti, in determinati mesi è possibile superare il contributo mensile per l'assistenza, a condizione che non sia superato il contributo massimo riconosciuto per un anno. Per questo è necessario che in altri mesi il contributo mensile per l'assistenza sia inferiore a quello stabilito. Tuttavia, per il singolo mese è versato al massimo un importo pari a una volta e mezzo il contributo mensile per l'assistenza (cfr. art. 39i cpv. 3). In caso di fasi acute certificate da un medico, questi limiti possono essere superati in virtù di un disciplinamento speciale (cfr. art. 39i cpv. 4).

Articolo 39h (nuovo) Impedimento al lavoro

Il presente articolo disciplina il caso in cui deve essere versato un contributo per l'assistenza sebbene non sia stata fornita alcuna prestazione lavorativa, in applicazione dell'articolo 42^{sexies} capoverso 4 lettera c LAI.

Capoverso 1: il capoverso 1 disciplina il pagamento del contributo per l'assistenza in caso di impedimento al lavoro dell'assistente nei casi previsti all'articolo 324a CO e in analogia a quest'ultimo. In caso di malattia o infortunio dell'assistente, l'assicurato, in qualità di datore di lavoro, deve versargli il salario per un periodo di tempo limitato, senza che sia fornita alcuna prestazione lavorativa. La durata precisa di questo periodo può essere fissata mediante contratto, contratto normale o contratto collettivo di lavoro.

Nel diritto del lavoro, la durata dell'obbligo del datore di lavoro di continuare a versare il salario in caso di **impedimento** del dipendente è disciplinata secondo diverse scale. Quelle più utilizzate sono la scala bernese, quella basilese e quella zurighese. Nell'ambito del contributo per l'assistenza, l'AI impiega la scala bernese, che prevede:

- 3 settimane di salario nel 1° anno di servizio;
- 1 mese di salario nel 2° anno di servizio;
- 2 mesi di salario nel 3° e nel 4° anno di servizi o;
- 3 mesi di salario dal 5° al 9° anno di servizio;
- 4 mesi di salario dal 10° al 14° anno di servizio ;
- 5 mesi di salario dal 15° al 19° anno di servizio ;
- 6 mesi di salario a partire dal 20° anno di servizio.

Il contributo per l'assistenza è versato in base a questa scala, ma al massimo per tre mesi. Per il periodo successivo alla scadenza dei tre mesi, l'assicurato dovrebbe pertanto stipulare un'assicurazione di perdita di guadagno, soprattutto se decide volontariamente di versare il salario all'assistente impedito al lavoro per un periodo più lungo o vi è tenuto in forza di un obbligo derivante da un contratto normale o collettivo di lavoro.

Capoverso 2: se ad esempio l'assicurato deve essere ricoverato d'urgenza in ospedale, non può beneficiare di alcuna prestazione da parte dell'assistente. Pertanto, il datore di lavoro è in mora nell'accettazione del lavoro ed è tenuto al pagamento del salario secondo l'articolo 324 CO. In questi casi, il contributo per l'assistenza continua ad essere versato per la durata corrispondente, ma al massimo per tre mesi consecutivi. Il contratto di lavoro può disporre diversamente. Analogamente a quanto previsto per l'avvio di una procedura di revisione, il salario continua ad essere versato per tre mesi al massimo. Trascorso questo periodo, si può presupporre che la situazione dell'assicurato abbia subito un cambiamento duraturo, il che può comportare una revisione del suo diritto.

L'importo massimo che può essere pagato corrisponde all'importo annuo del contributo per l'assistenza. Tuttavia, se l'assicurato può prevedere la mora nell'accettazione del lavoro (p. es. per un'operazione pianificata), deve organizzare il lavoro dell'assistente in modo da non essere tenuto a versare alcun salario o deve concedergli le vacanze per il periodo in questione.

Articolo 39i (nuovo) Fatturazione

L'articolo 39i disciplina la procedura di conteggio del contributo per l'assistenza.

Capoversi 1 e 2: un contributo per l'assistenza è versato solo per le prestazioni effettivamente fornite (cfr. art. 42^{quinquies} LAI), fatto salvo l'articolo 39h. In base al conteggio presentato dall'assicurato, l'ufficio AI può procedere ai controlli necessari e incaricare l'UCC di versare il contributo per l'assistenza. L'assicurato inoltra all'AI il conteggio, che comprende il numero di ore prestate dall'assistente e le eventuali informazioni sul versamento del salario in virtù dell'articolo 39h.

Capoverso 3: il contributo per l'assistenza è stabilito in base al bisogno di aiuto regolare. Questa disposizione intende consentire anche a breve termine la copertura di un bisogno di aiuto più elevato, a condizione che non sia superato l'importo annuo.

Capoverso 4: il capoverso 4 concerne le fasi acute. Per «fase acuta» si intende un periodo della durata massima di tre mesi durante il quale il bisogno di aiuto dell'assicurato aumenta notevolmente. L'aumento del bisogno di aiuto deve essere direttamente riconducibile al danno alla salute che determina la grande invalidità.

I valori empirici dimostrano che solo in determinati quadri clinici (p. es. sclerosi multipla, diversi disturbi psichici ecc.) si verificano oscillazioni notevoli che, in caso di grande invalidità di grado lieve, possono incidere pesantemente sul bisogno di aiuto. Pertanto, secondo il capoverso 4 può essere concesso un supplemento per fasi acute solo a persone con una grande invalidità di grado lieve.

Durante le fasi acute, e a condizione che queste siano attestate mediante un certificato medico, il contributo mensile per l'assistenza può essere superato, purché siano rispettati i limiti massimi di ore di cui all'articolo 39e capoverso 2 e se

- il bisogno di aiuto riconosciuto aumenta a causa della fase acuta, o
- la fase acuta comporta un bisogno di aiuto in una categoria (art. 39e cpv. 2) per la quale inizialmente non era stato concesso alcun contributo per l'assistenza. In pratica, si tratta sostanzialmente di prestazioni di sorveglianza.

Se la fase acuta dura meno di un mese (p. es. 15 giorni), il superamento consentito dei limiti previsti è calcolato proporzionalmente. I limiti possono essere superati solo **per tre mesi consecutivi** al massimo, poiché altrimenti non si tratta più di una fase acuta, bensì di un peggioramento duraturo dello stato di salute, che richiede una revisione da parte dell'ufficio AI. Le fasi acute possono insorgere più volte nel corso di un anno. In caso di fasi acute ricorrenti, che fanno presupporre un peggioramento dello stato di salute dell'assicurato, l'ufficio AI avvia una procedura di revisione.

Articolo 39j (nuovo) Prestazioni di consulenza e sostegno

Secondo l'articolo 27 capoverso 2 LPGa, l'assicurato ha diritto alla consulenza in merito ai propri diritti e obblighi. La consulenza è predisposta dall'ufficio AI. Poiché il contributo per l'assistenza è una prestazione specifica, è necessaria una consulenza molto più ampia di quella solitamente fornita dagli uffici AI (predisposizione e organizzazione del servizio di assistenza, chiarimento delle questioni di diritto del lavoro ecc.). Vista la complessità delle questioni organizzative e amministrative, l'assicurato deve poter ricorrere a un servizio di consulenza e sostegno. Per questo motivo l'ufficio AI ha la facoltà di delegare l'incarico a terzi (istituzioni, fiduciari, persone fisiche), scelti dall'ufficio AI di propria iniziativa o proposti dall'assicurato. I terzi incaricati forniscono le prestazioni per l'assicurato conformemente al mandato dell'ufficio AI, prestando particolare attenzione a rispettare gli importi massimi e orari in esso stabiliti. Il mandatario fattura la prestazione direttamente all'ufficio AI. Il diritto alla copertura delle spese di consulenza e di sostegno sussiste fino a 18 mesi dalla concessione del contributo per l'assistenza.

Capoverso 2: il capoverso 2 limita l'importo per le prestazioni di consulenza e sostegno ad un massimo di 1500 franchi, ripartiti sui primi 18 mesi. Si tratta di un valore empirico derivante dal progetto pilota. L'ufficio AI si pronuncia sulla copertura delle spese di consulenza e di sostegno nei singoli casi. Le persone che vivono in istituto, ad esempio, hanno generalmente bisogno di un aiuto maggiore rispetto a quelle che vivono a casa propria e che organizzano già autonomamente l'assistenza di cui necessitano.

Il contributo massimo per prestazioni di consulenza e sostegno ammonta a 75 franchi all'ora. Contrariamente ai contributi di cui all'articolo 39f, questo non viene adeguato automaticamente all'evoluzione dei prezzi e dei salari.

Articolo 39k (nuovo)

L'articolo 39k corrisponde al precedente articolo 39^{bis}. La numerazione è modificata in seguito all'introduzione nell'OAI delle disposizioni sul contributo per l'assistenza.

Art. 40 *Competenza*

Capoverso 1 lettera b e capoverso 2^{bis}: attualmente una procedura resta di competenza del medesimo ufficio AI dall'inizio fino alla fine. La prassi ha tuttavia dimostrato l'opportunità di un cambiamento di competenza nel caso in cui un assicurato abbia lasciato la Svizzera (cfr., ad esempio, la sentenza C-7817/2009 del Tribunale amministrativo federale) o vi sia rientrato. Il capoverso 1 lettera 1 stabilisce il principio secondo cui, se un assicurato è domiciliato all'estero, è competente l'ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero. In deroga a questo principio, il capoverso 2^{bis} disciplina il caso speciale degli assicurati domiciliati all'estero, ma che dimorano abitualmente in Svizzera. In questo caso, la ricezione e l'esame delle richieste sono di competenza dell'ufficio AI nella cui circoscrizione questi assicurati hanno la loro dimora abituale. Se, durante la procedura, un assicurato cessa di avere la sua dimora abituale in Svizzera, la competenza passa all'ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero.

Capoversi 2^{ter} e 2^{quater}: i capoversi 2^{ter} e 2^{quater} disciplinano la competenza nei casi in cui un assicurato cambi il suo domicilio o la sua dimora abituale durante la procedura (trasferimento dall'estero in Svizzera o dalla Svizzera all'estero).

Capoverso 3: gli adeguamenti dei capoversi 2^{bis}-2^{quater} comportano un adeguamento del capoverso 3.

Art. 41

Capoverso 1 lettera f: la partecipazione dei medici curanti prima e nel corso della procedura di concessione di una rendita nonché durante l'intero processo di reintegrazione è di fondamentale importanza. Da una parte, essa consente una certa continuità nel processo e la costante riduzione del numero di accertamenti medici e, d'altra parte, è indispensabile per garantire il coordinamento con l'assicurazione malattie. Solo grazie alla collaborazione tra l'AI, i medici curanti e l'assicurazione malattie si possono prevedere provvedimenti sanitari utili ai fini di un'integrazione. In tal senso, l'aggiunta alla lettera f concretizza l'articolo 57 capoverso 1 lettera i LAI (coordinamento dei provvedimenti sanitari con l'assicuratore malattia e l'assicuratore infortuni).

Capoverso 1 lettera l (nuovo): attualmente, in virtù dell'articolo 27 LAI e dell'articolo 24 OAI, la competenza di stipulare convenzioni con i fornitori di prestazioni è delegata all'UFAS. Con la presente disposizione, si conferisce agli uffici AI la competenza di stipulare convenzioni con i fornitori di prestazioni nell'ambito dei provvedimenti di reinserimento (art. 14a LAI) e dei provvedimenti professionali (art. 15, 16, 17 e 18 LAI). L'orientamento professionale (art. 15) e il servizio di collocamento (art. 18) sono fondamentalmente compito degli uffici AI, che devono comunque avere la possibilità di delegarli a dei centri di formazione, a condizione che gli strumenti previsti da questi ultimi incidano in modo determinante ed efficace sull'integrazione o la reintegrazione (p. es. *Supported Employment*). La vicinanza degli uffici AI ai fornitori di prestazioni avrà ripercussioni positive sull'innovazione e sulla flessibilità e aumenterà l'efficienza del sistema. L'UFAS si concentrerà in futuro sui propri compiti di vigilanza. Dal 1° gennaio 2012 la competenza di stipulare convenzioni sarà trasferita agli uffici AI.

La nuova regolamentazione va intesa come una riorganizzazione delle competenze e dei processi, con l'obiettivo di potenziare la vicinanza alla clientela, aumentare la flessibilità dell'offerta, rafforzare l'orientamento sul bisogno e sul risultato e migliorare la qualità e l'efficienza del sistema.

Art. 47 *Regioni*

Capoverso 3, secondo periodo: i servizi medici regionali dipendono dagli uffici AI, per cui la separazione del personale di SMR e uffici AI, prevista al capoverso 3, secondo periodo, è priva di

senso. Inoltre, il secondo periodo del capoverso 3 è in contraddizione con lo spirito della 5a e della 6a revisione AI, che promuovono la collaborazione interdisciplinare tra SMR e uffici AI al fine di eliminare gli ostacoli burocratici e accelerare l'integrazione. Il secondo periodo del capoverso 3 è pertanto stralciato.

Art. 56 Locali per gli organi d'esecuzione

Capoverso 3: l'ordinanza sulla gestione immobiliare e la logistica della Confederazione è stata oggetto di revisione; il relativo riferimento va pertanto aggiornato di conseguenza.

Art. 69 In generale

Capoverso 4: nel quadro dell'istituzione dei SMR, l'UFAS ha formulato alcuni criteri per l'attribuzione degli incarti ai SMR nella Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPAI), valida dal 1° gennaio 2004 (allegato V). In seguito alle esperienze fatte e per garantire l'impiego più efficiente possibile delle risorse dei SMR, questi criteri sono stati abrogati con effetto dal 1° gennaio 2008. Da quella data rientra nella discrezionalità e responsabilità degli uffici AI decidere quali incarti trasmettere ai SMR per l'esame delle condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Per evitare qualsiasi incertezza giuridica sull'attribuzione degli incarti ai SMR, il capoverso 4 dell'articolo 69 OAI viene abrogato.

Art. 72^{bis} Perizie mediche pluridisciplinari

Nella sua sentenza del 28 giugno 2011, il Tribunale federale (TF) ha preso posizione su diverse questioni relative alle perizie pluridisciplinari. Fondamentalmente, il TF ha stabilito che la raccolta di basi decisionali mediche presso istituti esterni preposti all'allestimento di perizie, quali i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, e il loro utilizzo anche in giudizio sono di per sé conformi alla Costituzione e alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo. D'altra parte, tuttavia, il Tribunale federale ha rilevato un rischio latente di lesione delle garanzie procedurali derivanti dal potenziale di guadagno inerente all'attività svolta dai SAM per conto dell'AI e dalla dipendenza economica che questo può comportare. In questo contesto, si è richiesto un intervento dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) a livello amministrativo, entro un periodo di tempo ragionevole, mediante i seguenti correttivi:

- conferimento dei mandati peritali ai SAM mediante una piattaforma informatica secondo il principio di casualità;
- differenziazione minima della tariffa peritale;
- miglioramento e unificazione dei requisiti qualitativi e dei controlli;
- rafforzamento dei diritti di partecipazione degli assicurati:
 - in caso di disaccordo, la perizia deve essere ordinata mediante una decisione incidentale impugnabile;
 - alla persona assicurata spettano diritti di partecipazione preliminari.

Il TF ha inoltre concluso che nel corso del tempo l'UFAS ha progressivamente lasciato lo svolgimento delle perizie dei SAM in balia del mercato dei fornitori di perizie, venutosi in parte a creare proprio per questo motivo. La passività dimostrata dall'autorità è difficilmente conciliabile con l'articolo 64 capoverso 1 LAI, secondo cui l'essenza irrinunciabile della vigilanza della Confederazione, esercitata dall'Ufficio federale, consiste nel provvedere all'applicazione uniforme della LAI. Ciò vale indubbiamente per quanto riguarda la trasparenza e la necessità di concretizzare gli aspetti medici dell'esame del diritto, in particolar modo per l'accertamento dei fatti di natura medica da parte di terzi, che assume un'importanza prioritaria per la valutazione amministrativa e giudiziaria del diritto alle prestazioni.

Per quanto riguarda la scelta dei centri peritali, spesso si rimprovera agli uffici AI di scegliere in modo molto mirato solo dei singoli SAM per i propri mandati. Per rispondere a questa critica, il professor

Erwin Murer ha lanciato l'idea di un ente centrale di attribuzione², che dovrebbe ripartire le perizie tra i SAM in maniera indipendente. L'AI ha già soddisfatto questa richiesta avviando il progetto «SuisseMED@P». Il progetto consiste in una piattaforma informatica nella quale gli uffici AI possono inserire i propri mandati, che saranno attribuiti ai SAM in funzione delle loro disponibilità e con le scadenze richieste, mediante un generatore casuale. Questa piattaforma di assegnazione dovrebbe anche consentire un netto miglioramento nella valutazione e nel controllo della qualità delle perizie. Gli uffici AI dovranno fornire riscontri sulla qualità e il rispetto delle scadenze, sulla base dei quali saranno poi elaborate le relative valutazioni. In tal modo, sarà possibile migliorare notevolmente l'attuale base statistica e introdurre un monitoraggio qualitativo delle perizie, come richiesto dagli assicurati.

Parallelamente all'allestimento della piattaforma informatica, si adotteranno misure volte a migliorare la qualità delle perizie. Per far sì che gli uffici AI o i SMR forniscano sistematicamente ai SAM i riscontri precedentemente illustrati sulla qualità delle singole perizie, dovranno essere definiti dei criteri qualitativi di medicina assicurativa generalmente validi.

Attualmente, l'UFAS sta elaborando dei criteri di ammissibilità alla nuova piattaforma informatica per i SAM. Si dovrebbe così garantire una maggiore trasparenza in termini di organizzazione, soggetti giuridici, volume dei mandati, committenti, équipe medica e controlli della qualità. L'adempimento e il rispetto di questi criteri di ammissibilità costituiranno il requisito per la conclusione e l'eventuale proroga di una convenzione tariffale con l'AI. La valutazione e il controllo della qualità (monitoraggio qualitativo) introdotti nel quadro di queste convenzioni tariffali forniranno le basi per discutere con maggiore consapevolezza delle lacune esistenti e delle misure da adottare.

Dall'anno scorso, l'UFAS sta anche negoziando nuove tariffe con i centri peritali. Una novità sostanziale sarà l'introduzione del sistema di indennità richiesto dal Tribunale federale, in base al quale non sarà più pagato un forfait unico per ogni perizia pluridisciplinare, bensì un'indennità differenziata a seconda del tipo e dell'entità della perizia in questione. Si prevede di introdurre il nuovo sistema di indennità in concomitanza con l'avvio della piattaforma di assegnazione «SuisseMED@P». Di conseguenza, le convenzioni tariffali esistenti sono state disdette alla fine del 2011.

Capoverso 1: il capoverso 1 garantisce, da una parte, che in futuro le perizie pluridisciplinari per l'AI potranno essere svolte solo dai centri peritali che soddisfano i requisiti qualitativi stabiliti in una convenzione conclusa con l'UFAS (cfr. spiegazioni precedenti). D'altra parte, gli uffici AI potranno attribuire mandati solo ai centri peritali che hanno concluso una convenzione con l'UFAS.

Capoverso 2: il Tribunale federale esige che i mandati per le perizie pluridisciplinari siano attribuiti ai centri peritali in base al metodo aleatorio. Questo principio di casualità viene fissato nella presente ordinanza.

Come precedentemente illustrato, conformemente alle esigenze del Tribunale federale, l'AI ha già sviluppato una piattaforma («SuisseMED@P») per l'assegnazione dei mandati per le perizie pluridisciplinari. Al fine di garantire che l'assegnazione e l'accettazione di questi mandati avvengano effettivamente secondo il metodo aleatorio, l'esecuzione dei mandati mediante la piattaforma sarà parte integrante delle convenzioni di cui al capoverso 1.

Entrata in vigore: l'AI si impegnerà affinché questi provvedimenti e adeguamenti siano attuati il più rapidamente possibile. Per garantire la certezza del diritto, l'entrata in vigore delle nuove disposizioni dell'OAI è prevista per il 1° marzo 2012. Tuttavia, qualora i requisiti tecnici fossero soddisfatti e le convenzioni sottoscritte, i provvedimenti sarebbero attuati anche prima di questa data.

Art. 73^{bis} Oggetto e notifica del preavviso

Capoverso 1: con l'introduzione della 5a revisione AI, l'articolo 57 capoverso 1 LAI è stato completato e rinumerato (cfr. FF 2005 4100). In quella occasione non è stato tuttavia previsto alcun adeguamento dei riferimenti nell'articolo 73^{bis} capoverso 1, per cui si rimedierà a questa svista con la presente modifica.

Art. 74^{ter} Assegnazione delle prestazioni senza decisione

² Freiburger Sozialrechtstage 2010; Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Begutachtung; Jörg Jeger / Erwin Murer; Medizinische Begutachtung: Vorschläge zur Lösung des Unabhängigkeitsproblems und zur Qualitätssteigerung, edizioni Stämpfli, Berna, 2010, pag. 247 segg.

L'articolo 74^{ter} offre la possibilità di concedere o prorarre una prestazione senza la notificazione di un preavviso o di una decisione, se le condizioni per l'assegnazione sono manifestamente adempiute e l'assicurato non ha alcun motivo di opporsi, dal momento che si dà seguito alla sua richiesta.

Lettera g (nuova): al fine di poter garantire effettivamente in tempi rapidi la prestazione transitoria di cui all'articolo 32 LAI, conformemente alla volontà del legislatore, è prevista la possibilità della procedura semplificata di cui all'articolo 58 LAI in combinato disposto con l'articolo 51 LPG. L'ufficio AI deve comunicare per iscritto all'assicurato la concessione di una prestazione transitoria e segnalargli che, in caso di contestazione della deliberazione, può chiedere la notificazione di una decisione (cfr. art. 74^{quater}). Se invece l'ufficio AI conclude che non sono soddisfatte le condizioni per la concessione di una prestazione transitoria e ne rifiuta la richiesta, deve farlo mediante un preavviso e una decisione.

Art. 74^{quater} Comunicazione delle deliberazioni

Capoverso 2 (nuovo): nel 2° pilastro un assicurato la cui rendita AI viene ridotta o soppressa in seguito a una diminuzione del grado di invalidità resta assicurato per tre anni, a condizioni invariate, presso l'istituto di previdenza tenuto a versare le prestazioni. L'assicurato mantiene anche il suo diritto alle prestazioni d'invalidità della previdenza professionale, che può tuttavia essere ridotto a determinate condizioni, per evitare vantaggi ingiustificati (cfr. art. 26a cpv. 3 LPP). Qualora insorga un'incapacità al lavoro che comporti il versamento di una prestazione transitoria, la situazione può cambiare anche per l'istituto di previdenza dell'assicurato, in particolare per quanto riguarda il calcolo della prestazione d'invalidità. La deliberazione sulla concessione di una prestazione transitoria va pertanto comunicata anche all'istituto di previdenza tenuto a versare le prestazioni, affinché questo possa adeguare, se del caso, le prestazioni d'invalidità della previdenza professionale. Inoltre, secondo l'articolo 26a capoverso 2 LPP, il «periodo di protezione» di tre anni è prorogato se e fintantoché l'assicurato percepisce una prestazione transitoria. Pertanto, è necessario che gli istituti di previdenza ricevano informazioni dettagliate sulla concessione di una prestazione transitoria.

L'istituto di previdenza interessato dalla decisione dell'ufficio AI dispone dei medesimi rimedi giuridici di impugnazione dell'assicurato, secondo l'articolo 49 capoverso 4 LPG. Tuttavia, per la concessione della prestazione transitoria il nuovo articolo 74^{ter} lettera g OAI prevede la procedura semplificata, ovvero che l'assicurato chieda la notificazione di una decisione in caso di contestazione della deliberazione (art. 74^{quater} cpv. 1 OAI). Come precedentemente illustrato, la concessione di una prestazione transitoria riguarda anche l'istituto di previdenza tenuto a versare prestazioni. Se quest'ultimo ricevesse solo una comunicazione della deliberazione sulla concessione di una prestazione transitoria, sarebbe privato del suo diritto a un esame giudiziario. Pertanto, anche l'istituto di previdenza tenuto a versare prestazioni ha la possibilità di chiedere la notificazione di una decisione.

Art. 76 Notificazione della decisione

Capoverso 1 lettera g: per motivi di protezione dei dati, è dubbio se sia lecito notificare la decisione ai medici cui non è stata richiesta una perizia, ma solo un rapporto medico, e che pertanto non conoscono bene l'incarto. Di conseguenza, in futuro la decisione non dovrà più essere notificata ai medici che hanno redatto un rapporto medico.

Art. 77 Obbligo d'informare

L'articolo 77 prevede l'obbligo, a carico dell'assicurato, del suo rappresentante legale e delle autorità cui è versata la prestazione, di informare immediatamente l'ufficio AI di ogni cambiamento rilevante per la determinazione del diritto alle prestazioni.

Il bisogno di aiuto è un criterio determinante per il calcolo del contributo per l'assistenza e sarà quindi incluso nell'elenco dei cambiamenti soggetti all'obbligo d'informare.

In futuro, tra le prestazioni menzionate vi sarà anche il contributo per l'assistenza. Per quest'ultimo, l'obbligo d'informare secondo l'articolo 77 OAI concerne i cambiamenti dello stato di salute, i ricoveri in ospedale, la durata del soggiorno in un'istituzione nonché le prestazioni delle cure di base fornite regolarmente secondo la LAMal.

Art. 78 Pagamento

Capoverso 4: dal momento che dalla 5a revisione AI le indennità giornaliere non rientrano più tra i provvedimenti d'integrazione (art. 8 cpv. 3 LAI) e gli articoli 58 e 59 sono stati abrogati, il capoverso 4 va adeguato di conseguenza.

Art. 82 Pagamento

Capoverso 3: il capoverso 3 è stato completato in modo che d'ora in poi l'Ufficio centrale di compensazione sia competente anche per il pagamento del contributo per l'assistenza. L'UCC ordina il pagamento del contributo per l'assistenza previa verifica e approvazione, da parte dell'ufficio AI competente, del conteggio presentato dall'assicurato. Le prestazioni fornite nel quadro del contributo per l'assistenza vanno fatturate mensilmente. L'assegno per grandi invalidi continua ad essere fatturato trimestralmente.

Articolo 85 Ricupero e restituzione

Capoverso 2: il riferimento all'articolo 88^{bis} capoverso 2 si applicherà in futuro anche al contributo per l'assistenza.

Art. 86 e art. 86^{bis} Sospensione delle indennità giornaliere / Riduzione e rifiuto di rendite

Le disposizioni d'ordinanza relative alla riduzione e al rifiuto di prestazioni, introdotte con la 5a revisione AI, sono state oggetto di aspre critiche da parte della dottrina e talvolta anche dei tribunali. In particolare, si è fatta notare la mancanza di una norma di delega che consenta al Consiglio federale tali restrizioni delle prescrizioni legali (art. 21 cpv. 4 LPG, art. 7b cpv. 1 LAI). In altre parole, le disposizioni degli articoli 86 e 86^{bis} OAI vigenti sono contrarie alla legge (cfr. Hansjörg SEILER, *Vom Umgang mit Leistungskürzungen – ein Blick auf Artikel 21 ATSG* in: Schaffhauser/Kieser (ed.) *Sozialversicherungsrechtstagung 2010*, pag. 133 segg., Ulrich MEYER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2a edizione, pag. 82 seg. e Markus KRAPF, *Selbsteingliederung und Sanktion in der 5. IV.-Revision*, RSAS 2008, pag. 127 e 146). Anche gli uffici AI hanno confermato che queste disposizioni risultano difficilmente applicabili nella pratica, sono poco opportune e riducono fortemente il loro margine di manovra. Per questi motivi, gli articoli 86 e 86^{bis} OAI sono semplicemente abrogati.

Articolo 87 Motivo di revisione

Capoversi 1–3: è necessario aggiungere alla disposizione il riferimento al contributo per l'assistenza. L'articolo 87, capoversi 1–3, va adeguato di conseguenza. In futuro anche il bisogno di aiuto costituirà un motivo di revisione e potrà determinare una revisione d'ufficio del diritto alle prestazioni, ad esempio in caso di peggioramento dello stato di salute dell'assicurato.

Articolo 88 Procedura

Capoverso 3: il risultato della procedura di revisione va comunicato all'Ufficio centrale di compensazione, organo competente per il pagamento secondo l'articolo 82 capoverso 3.

Articolo 88a Modificazione del diritto

Capoverso 1, primo periodo e capoverso 2, primo periodo: i capoversi 1 e 2 definiscono a quali condizioni le prestazioni possono essere soppresse parzialmente o integralmente oppure aumentate. In futuro, anche l'eventuale aumento o diminuzione del bisogno di aiuto sarà un fattore determinante ai fini del calcolo del contributo per l'assistenza.

Artikel 88^{bis} Effetto

Capoversi 1 e 2: l'articolo 88^{bis} stabilisce esattamente quando avviene un aumento (cpv. 1) oppure una riduzione o soppressione (cpv. 2) della rendita o dell'assegno per grandi invalidi. In futuro, queste regole si applicheranno anche al contributo per l'assistenza.

Disposizioni transitorie della modifica del ... 2011

Capoverso 1: le condizioni di diritto previste nell'ordinanza concernente il progetto pilota «Budget di assistenza» (RS 831.203) divergono da quelle stabilite nella presente ordinanza. Nel quadro del budget di assistenza, gli assicurati minorenni potevano partecipare al progetto pilota. Secondo l'articolo 39a lettere a e b della presente ordinanza, gli assicurati minorenni non hanno diritto al contributo per l'assistenza, se non frequentano una classe normale, svolgono una formazione o esercitano un'attività lucrativa nel mercato del lavoro regolare oppure ricevono un supplemento per cure intensive per un bisogno di cure e di sorveglianza di almeno sei ore al giorno (lett. c). Al fine di garantire agli assicurati minorenni che beneficiano del budget di assistenza una certa continuità delle prestazioni nel passaggio al sistema del contributo per l'assistenza, tutti coloro che non adempiono le condizioni previste dalle nuove disposizioni dell'OAI ma le adempiranno entro il 31 dicembre 2012 (un anno dopo l'entrata in vigore della presente modifica) potranno beneficiare da subito di un contributo per l'assistenza.

Capoverso 2: si applica la stessa regolamentazione agli assicurati maggiorenni con una capacità limitata di esercitare i diritti civili, che potevano partecipare al progetto pilota «Budget di assistenza» alle stesse condizioni previste per gli altri assicurati. Per avere diritto al contributo per l'assistenza dovranno invece adempiere anche le condizioni di cui all'articolo 39b OAI. Al fine di garantire una certa continuità e concedere agli assicurati un termine adeguato per conformarsi alle nuove esigenze, sarà offerta loro la possibilità di adempiere le condizioni dell'OAI entro il 31 dicembre 2012, ovvero entro un anno dall'entrata in vigore della presente modifica, senza che in questo arco di tempo perdano il diritto al contributo per l'assistenza. È fatta salva la lettera b delle disposizioni finali della modifica della LAI del 18 marzo 2011.

Capoverso 3: secondo i principi generali del diritto transitorio, in mancanza di disposizioni transitorie che disciplinino la questione, le regole di perenzione del nuovo diritto sono applicabili ai diritti sorti nell'ambito del diritto previgente, a condizione che questi non siano già perenti all'entrata in vigore del nuovo diritto (DTF 131 V 425 consid. 5.2 pag. 429 con rinvii). Il primo pacchetto di misure della 6a revisione AI non ha previsto disposizioni transitorie per l'articolo 48 LAI, per cui va applicato il principio generale del diritto transitorio. Al fine di garantire un'applicazione unitaria su tutto il territorio nazionale, questo principio generale deve essere fissato nell'ordinanza. Dal punto di vista del contenuto, la 5a revisione AI ha modificato l'inizio del diritto a diverse prestazioni, prolungando involontariamente da uno a cinque anni il diritto retroattivo ad assegni per grandi invalidi, provvedimenti sanitari e mezzi ausiliari. Per il diritto a queste prestazioni arretrate, l'articolo 48 LAI ripristina lo stato **antecedente** alla 5a revisione AI (termine di perenzione di un anno). Il capoverso 3 delle presenti disposizioni finali stabilisce che il termine di perenzione di un anno (regolamentazione della 6a revisione AI) è applicabile anche ai diritti ad assegni per grandi invalidi, provvedimenti sanitari e mezzi ausiliari sorti prima del 1° gennaio 2012, se non è stata presentata alcuna richiesta prima di questa data. In caso contrario, si applica il termine di perenzione di cinque anni (regolamentazione della 5a revisione AI).

Capoverso 4: nel caso in cui i provvedimenti debbano essere interrotti per malattia, infortunio o maternità, la rendita continua ad essere versata per un periodo massimo di due anni, secondo quanto previsto al capoverso 4.

Disposizioni finali delle modifiche del 2 febbraio 2000, del 12 febbraio 2003 e del 28 gennaio 2004

Modifica del 2 febbraio 2000: questa disposizione finale riguardava il calcolo e l'importo dei sussidi per gli anni 2001 – 2003. Essendo ormai senza oggetto, può essere abrogata.

Modifica del 12 febbraio 2003: questa disposizione finale disciplina il supplemento annuale per l'assunzione di invalidi nelle organizzazioni per gli anni 2004 – 2006 e i sussidi per l'accompagnamento a domicilio per il 2004. Essendo ormai senza oggetto, può essere abrogata.

Modifica del 28 gennaio 2004: questa disposizione finale concerne i sussidi per i costi del personale nell'ambito dell'accompagnamento a domicilio degli invalidi per gli anni 2005 e 2006. Essendo ormai senza oggetto, può essere abrogata.

Modifica del diritto vigente

Modifica dell'ordinanza sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità

Articolo 19b Aumento dell'ammontare massimo

Capoversi 1 e 2, frase introduttiva: l'articolo 14 capoverso 3 della legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC; RS 831.30) prevede che i Cantoni possano fissare importi massimi per le spese di malattia e d'invalidità rimborsate in aggiunta alla prestazione complementare annua. Per le persone sole che vivono a casa, questi importi non possono essere inferiori a 25 000 franchi. Per le persone che vivono a casa e che hanno diritto a un assegno per grandi invalidi, l'ammontare è aumentato a 60 000 franchi, in applicazione dell'articolo 19b capoverso 1 OPC-AVS/AI. Finora questo aumento era concesso solo nella misura in cui i costi per le cure e l'assistenza non fossero coperti dall'assegno per grandi invalidi. D'ora in poi ciò avverrà solo se i costi non saranno coperti né dall'assegno per grandi invalidi né dal contributo per l'assistenza. Il capoverso 1 e la frase introduttiva del capoverso 2 dell'articolo 19b OPC-AVS/AI sono stati modificati di conseguenza.

Art. 25a Definizione di istituto

Capoverso 2: il presente adeguamento ha carattere meramente redazionale. Dal momento che nell'articolo 25a si menziona la LAI per la prima volta, la legge va citata con il titolo e la data.

Art. 27c (nuovo) Prestazione transitoria

Secondo l'articolo 4 capoverso 1 lettera c della legge federale del 6 ottobre 2006³ sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, ha diritto a prestazioni complementari chi ha diritto a una rendita o a un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione invalidità o ha beneficiato di un'indennità giornaliera dell'AI ininterrottamente per almeno sei mesi. L'articolo 27c è necessario affinché le persone che non hanno diritto a una rendita AI ma hanno diritto a una prestazione transitoria possano comunque beneficiare di prestazioni complementari. Sul piano sistematico, il legislatore ha inserito la prestazione transitoria nella partizione relativa alle rendite e l'ha concepita alla stregua di una rendita. Per le prestazioni complementari, la prestazione transitoria può pertanto essere considerata come una rendita AI.

Modifica dell'ordinanza sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità

Art. 1j Salariati esenti dall'assicurazione obbligatoria

Capoverso 1 lettera d: a pagina 1700 del messaggio, il Consiglio federale scrive che “*regolamenterà a livello d'ordinanza l'esenzione dall'assicurazione obbligatoria del salario eventualmente percepito dall'assicurato reintegrato durante il periodo di prolungamento della copertura (periodo protetto) ai sensi dell'articolo 26a*”.

Per l'assicurato la cui rendita è ridotta o soppressa nel quadro della revisione 6a dell'AI inizia un periodo di protezione di tre anni, durante il quale egli continua ad essere affiliato, alle stesse condizioni, all'istituto di previdenza tenuto a versargli prestazioni d'invalidità (cfr. art. 26a LPP). Durante il periodo di protezione non sono calcolati contributi sul salario percepito né a carico dell'assicurato né del suo datore di lavoro. La continuazione dell'assicurazione nella stessa misura e il conseguente non assoggettamento all'assicurazione obbligatoria riguardano esclusivamente il nuovo reddito conseguito, indipendentemente dal suo importo effettivo.

È possibile che una persona parzialmente invalida che prima della riduzione o soppressione della rendita parziale impiegava la propria capacità lavorativa residua conseguisse un reddito assicurato obbligatoriamente nel secondo pilastro. Se questa persona mantiene il suo posto di lavoro dopo la

³ RS 831.30

riduzione o la soppressione della rendita AI, il suo salario continua ad essere assicurato "normalmente" presso la cassa pensioni del "vecchio" datore di lavoro. Soltanto il nuovo reddito conseguito è esente dall'obbligo di assoggettamento assicurativo. L'aggiunta all'articolo 1j capoverso 1 lettera d OPP 2 garantisce che le persone reintegrate non sottostiano all'assicurazione obbligatoria per il nuovo reddito conseguito durante il periodo di protezione.

Art. 24 Profitti indebiti

Capoverso 2: nel suo messaggio (cfr. art. 22 cpv. 5^{bis} LAI, pag. 1679), il Consiglio federale ha sottolineato la necessità di offrire ai beneficiari di una rendita che partecipano a provvedimenti di reintegrazione (art. 8a LAI) la possibilità di avere un reddito più elevato nel periodo della loro esecuzione rispetto a quello che avevano prima dei provvedimenti di reintegrazione professionale (p. es. un lavoro a titolo di prova; cfr. art. 18a LAI). Ciò si giustifica in particolare con il fatto che, ad esempio, uno stage comporta anche nuove spese (tragitto per recarsi al lavoro, vitto fuori casa ecc.) di cui l'AI non si fa carico. Inoltre, i beneficiari di una rendita non devono essere scoraggiati dall'abbandonare la rendita, ragion per cui devono poter tenere l'eventuale indennità versata dal responsabile del tirocinio. La modifica dell'articolo 24 capoverso 2 OPP 2 prevede pertanto l'esclusione degli eventuali redditi conseguiti durante la reintegrazione dai redditi computabili nel calcolo del sovraindennizzo.

Modifica dell'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni

Art. 72b Limitazione della durata della funzione dei membri del Consiglio di amministrazione

L'ordinanza sulle commissioni extraparlamentari, nonché gli organi di direzione e i rappresentanti della Confederazione, menzionata nell'articolo 72b, non esiste più. Le modifiche d'ordinanza della revisione 6a costituiscono l'occasione per procedere all'adeguamento necessario e rinviare alla nuova ordinanza sull'organizzazione del Governo e dell'Amministrazione (OLOGA).