



[Data]

Disposizioni d'esecuzione relative alla modifica della legge federale sull'assicurazione per l'in- validità (Ulteriore sviluppo dell'AI)

Rapporto esplicativo (successivo alla procedura di
consultazione)

Indice

1.	Situazione iniziale	3
2.	Risultati della procedura di consultazione	4
3.	Punti essenziali del progetto	9
3.1	Ottimizzazione dell'integrazione	9
3.2	Provvedimenti sanitari	12
3.3	Centro di competenza per i medicinali	13
3.4	Tariffazione e controllo delle fatture.....	13
3.5	Sistema di rendite	14
3.6	Gestione dei casi.....	15
3.7	Procedure e perizie	15
3.8	Ordine di priorità in riferimento all'articolo 101 ^{bis} LAVS.....	16
3.9	Altre misure della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI.....	17
3.10	Misure non legate alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI	17
4.	Commento ai singoli articoli	19
4.1	Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità (OAI).....	19
4.2	Ordinanza del 9 dicembre 1985 sulle infermità congenite	73
4.3	Ordinanza dell'11 settembre 2002 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali.....	73
4.4	Ordinanza del 31 ottobre 1947 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti.....	82
4.5	Ordinanza del 18 aprile 1984 sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità	87
4.6	Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie	89
4.7	Ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni	92
4.8	Ordinanza del 31 agosto 1983 sull'assicurazione contro la disoccupazione	95
4.9	Ordinanza del 3 marzo 1997 sulla previdenza professionale obbligatoria dei disoccupati	96
5.	Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale	96
5.1	Ripercussioni per la Confederazione	97
5.2	Ripercussioni per l'AI.....	98
5.3	Ripercussioni per le altre assicurazioni sociali.....	99
5.4	Ripercussioni per i Cantoni.....	99
5.5	Ripercussioni sull'economia	100

1. Situazione iniziale

Il 15 febbraio 2017 il Consiglio federale ha adottato e trasmesso al Parlamento il messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (Ulteriore sviluppo dell'AI)¹. Il Parlamento ha adottato il progetto nella votazione finale del 19 giugno 2020².

L'obiettivo della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI è di migliorare il sostegno ai bambini, ai giovani e agli assicurati con malattie psichiche, in collaborazione con gli attori interessati, al fine di sfruttarne pienamente il potenziale d'integrazione e ottimizzarne l'idoneità al collocamento. Per raggiungere questo obiettivo, sono state decise diverse misure, quali un accompagnamento e una gestione più intensi in caso d'infermità congenite, il sostegno mirato ai giovani nel passaggio alla vita lavorativa e l'ampliamento dell'offerta di consulenza e accompagnamento a favore delle persone affette da malattie psichiche. Sarà inoltre potenziata la collaborazione tra i medici e i datori di lavoro, da una parte, e l'AI, dall'altra. Sono altresì previste la sostituzione dell'attuale modello di rendite con un sistema di rendite lineare e l'introduzione di una regolamentazione uniforme in materia di accertamenti e perizie mediche per tutte le assicurazioni sociali nella legge federale del 6 ottobre 2000³ sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA).

In vista dell'entrata in vigore della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, prevista per il 1° gennaio 2022, sono necessarie numerose modifiche a livello di ordinanza. La maggior parte delle modifiche e alcuni adeguamenti supplementari che non si riferiscono alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI riguardano l'ordinanza del 17 gennaio 1961⁴ sull'assicurazione per l'invalidità (OAI). Sono inoltre necessarie modifiche nell'ordinanza dell'11 settembre 2002⁵ sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (OPGA), nell'ordinanza del 31 ottobre 1947⁶ sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (OAVS), nell'ordinanza del 18 aprile 1984⁷ sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (OPP 2), nell'ordinanza del 27 giugno 1995⁸ sull'assicurazione malattie (OAMal), nell'ordinanza del 20 dicembre 1982⁹ sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF), nell'ordinanza del 31 agosto 1983¹⁰ sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione (OADI) e nell'ordinanza del 3 marzo 1997¹¹ sulla previdenza professionale obbligatoria dei disoccupati. Si prevede infine di trasformare la vigente ordinanza del 9 dicembre 1985¹² sulle infermità congenite (OIC) in un'ordinanza dipartimentale.

In merito alle modifiche di ordinanza è stata svolta una procedura di consultazione, durata dal 4 dicembre 2020 al 19 marzo 2021. I risultati principali sono descritti nel capitolo 2. Nel capitolo 3 viene fornita una panoramica delle disposizioni di ordinanza che sono state adeguate in seguito alla consultazione, le quali sono illustrate dettagliatamente nel capitolo 4. Infine, nel capitolo 5 sono analizzate le ripercussioni finanziarie del progetto.

¹ FF 2017 2191

² FF 2020 4951

³ RS 830.1

⁴ RS 831.201

⁵ RS 830.11

⁶ RS 831.01

⁷ RS 831.441.1

⁸ RS 832.102

⁹ RS 832.202

¹⁰ RS 837.02

¹¹ RS 837.174

¹² RS 831.232.21

2. Risultati della procedura di consultazione

La consultazione ha suscitato un grandissimo interesse. Nel complesso sono pervenuti 204 pareri, segnatamente da parte di 26 Cantoni, 3 partiti politici, dell'Associazione dei Comuni Svizzeri, dell'Unione delle città svizzere, di 3 associazioni mantello nazionali dell'economia, di 6 organi assicurativi nonché di 164 organizzazioni private d'aiuto ai disabili e altre organizzazioni interessate. Per quanto riguarda le organizzazioni private d'aiuto ai disabili, hanno partecipato anche gruppi regionali e sottogruppi delle associazioni mantello.

Tra i temi della consultazione vi era anche l'ordine di priorità secondo l'articolo 101^{bis} LAVS. Anch'esso ha suscitato un interesse notevole: nel complesso, sono pervenuti 33 pareri.

In sostanza, le disposizioni d'esecuzione relative alla modifica della legge federale del 19 giugno 1959¹³ sull'assicurazione per l'invalidità (LAI) proposte dal Consiglio federale sono accolte favorevolmente. Molto ben accolte sono in particolare la trasformazione dell'OIC in un'ordinanza dipartimentale (ordinanza del DFI sulle infermità congenite [OIC-DFI]), la precisazione delle infermità congenite per le quali l'AI assumerà le spese di cura e l'introduzione di un elenco dei medicinali per la cura delle infermità congenite (elenco delle specialità per le infermità congenite [ES-IC]). I partecipanti alla consultazione vedono un bisogno di miglioramento soprattutto negli ambiti tematici seguenti: provvedimenti sanitari, valutazione del grado d'invalidità, procedure e perizie nonché ordine di priorità in riferimento all'articolo 74 LAI.

Di seguito sono riepilogati i riscontri principali.

Ottimizzazione dell'integrazione

I miglioramenti proposti nell'ambito dell'integrazione professionale sono approvati da tutti i partecipanti alla consultazione. Non sono pervenuti riscontri di natura sostanziale. Le richieste avanzate consistono in semplici proposte di adeguamento o modifica circa questioni di dettaglio.

Ad esempio, l'avamprogetto prevede la necessità di svolgere nel mercato del lavoro primario una formazione di base a un livello superiore (secondo la legge del 13 dicembre 2002¹⁴ sulla formazione professionale [LFPr]) eventualmente successiva a una formazione. Le organizzazioni private d'aiuto ai disabili chiedono che questa possa essere svolta anche nel mercato del lavoro secondario. La regolamentazione proposta viene mantenuta: la formazione deve essere svolta secondo il grado di sviluppo e le capacità dell'assicurato. Laddove opportuno, questo avverrà a tappe, ma sempre nell'ottica di favorire l'inserimento duraturo in un'attività lucrativa tale da garantire possibilmente la copertura del fabbisogno vitale. Il raggiungimento dell'obiettivo dell'integrazione nel mercato del lavoro primario – su cui è incentrata la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI – non può essere sufficientemente garantito da una formazione svolta esclusivamente in un ambiente protetto.

Inoltre, l'avamprogetto prevede che l'AI versi contributi agli organi di coordinamento in funzione della quota della popolazione residente permanente cantonale di età compresa tra i 13 e i 25 anni per finanziare tra 0,25 e 2 posti equivalenti a tempo pieno (ETP), purché i contributi non superino un terzo degli ETP finanziati dall'organo cantonale. Alcuni Cantoni esigono una maggiore partecipazione dell'AI. Questa richiesta sarà soddisfatta, nei limiti delle possibilità legali, aumentando l'importo massimo stanziabile per anno. Per maggiore chiarezza, inoltre, non ci si baserà più sugli ETP, ma saranno fissati importi minimi e massimi, il che corrisponde meglio alle peculiarità cantonali.

Nell'OAI verrà anche stabilito che in caso di prima formazione professionale l'indennità giornaliera corrisponde al salario secondo il contratto di tirocinio. Se il salario fissato è troppo basso o troppo alto rispetto al salario cantonale usuale nel settore in questione, l'indennità

¹³ RS 821.20

¹⁴ RS 412.10

giornaliera dovrà essere calcolata in base ai salari indicativi che figurano nel *Lohnbuch Schweiz*¹⁵. 16 Cantoni e gli organi esecutivi chiedono che si rinunci a questa possibilità di correttivo; 4 Cantoni, gli organi esecutivi e un organo assicurativo criticano inoltre l'utilizzo del *Lohnbuch Schweiz* quale base statistica. Di questi riscontri si tiene in parte conto nel disegno: nell'ottica della parità di trattamento, i salari d'apprendista inferiori o superiori alla media potranno infatti essere oggetto di un adeguamento, ma non sulla base del *Lohnbuch Schweiz*, bensì secondo le pertinenti raccomandazioni cantonali.

Provvedimenti sanitari d'integrazione

Al fine di semplificare l'onerosa procedura di delimitazione tra l'assicurazione malattie e l'AI, nell'avamprogetto si prevede di concretizzare le condizioni per l'assunzione delle spese. Si stabilisce tra l'altro che l'AI dovrà farsi carico dei provvedimenti sanitari d'integrazione soltanto se la cura dell'affezione in quanto tale è conclusa e si è raggiunto uno «stato di salute stabilizzato».

Due Cantoni, alcune organizzazioni private d'aiuto ai disabili e diverse società mediche chiedono che per l'assunzione delle spese ci si basi, come nella giurisprudenza, sul criterio di uno «stato di salute relativamente stabilizzato».

Il disciplinamento proposto non viene tuttavia adeguato: per ottenere una migliore delimitazione tra l'assicurazione malattie e l'AI, si rinuncia volutamente al concetto di «relativamente». Anche in futuro, dunque i provvedimenti sanitari d'integrazione potranno contribuire al miglioramento dello stato di salute, ma non occorrerà che lo facciano in misura sostanziale, poiché essi sono tesi principalmente a migliorare l'idoneità all'integrazione.

Criteri di definizione delle infermità congenite e aggiornamento dell'elenco delle infermità congenite

Aggiunta dell'anomalia cromosomica quale malattia genetica

Alcuni partecipanti alla consultazione chiedono che anche l'anomalia cromosomica figurasse quale malattia genetica e le varie malattie a essa legate, come ad esempio la trisomia 13 o 18, siano riconosciute quali infermità congenite.

Questa richiesta non può essere accolta: per legge possono essere riconosciute quali infermità congenite soltanto le malattie curabili. Per la trisomia 13 e la trisomia 18, però, non esistono vere e proprie cure. La trisomia 21 viene menzionata esplicitamente nella LAI quale eccezione.

Neonatologia (infermità congenita n. 494)

Nel elenco delle infermità congenite rielaborato è previsto l'adeguamento dell'impostazione dell'infermità congenita n. 494 relativa alla neonatologia (peso alla nascita inferiore a 2000 grammi, sino al raggiungimento di 3000 grammi). Dal punto di vista medico, va osservato che oggi l'essere al di sotto di un certo limite di peso non costituisce più di per sé una malattia. Pertanto, nell'avamprogetto viene stabilita la 28^a settimana di gestazione quale limitazione temporale.

Sebbene nell'ambito della consultazione sia stato approvato l'abbandono del «peso alla nascita» quale parametro di riferimento, due Cantoni, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e i fornitori di prestazioni coinvolti chiedono tuttavia, nell'ottica del trasferimento dei costi a carico degli ospedali, dei Cantoni e dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), che il limite venga aumentato alla 32^a o alla 35^a settimana di gestazione.

La regolamentazione proposta viene mantenuta: poiché in caso di nascita prematura i criteri di un'infermità congenita non sono adempiuti, in realtà l'infermità congenita n. 494 dovrebbe essere stralciata. Tuttavia, per evitare che la maggior parte dei costi per la cura dei prematuri sia trasferita ai Cantoni e agli ospedali, ovvero agli assicurati, il limite della 28^a settimana di

¹⁵ Cfr. Ufficio dell'economia e del lavoro del Cantone di Zurigo, *Lohnbuch Schweiz 2020. Alle Löhne der Schweiz auf einen Blick*, 2020 (pubblicazione annuale).

gestazione va mantenuto. In questo modo, i tre quarti dei costi complessivi, pari a circa 80 milioni di franchi, resteranno a carico dell'AI. L'importo delle spese supplementari a carico dei Cantoni, degli ospedali e degli assicuratori-malattie, quantificato a 80–100 milioni da una parte dei partecipanti alla consultazione, non è plausibile.

Procedura di richiesta

Si prevede un aggiornamento regolare dell'elenco delle infermità congenite. A tal fine, sarà pubblicato su Internet un modulo per la richiesta del riconoscimento di una malattia quale infermità congenita. Le richieste saranno esaminate dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), che consulterà anche il gruppo di accompagnamento, in cui sono rappresentati tra l'altro le organizzazioni dei pazienti e le società mediche.

Alcuni partecipanti alla consultazione auspicano prescrizioni e termini vincolanti per l'aggiornamento regolare dell'elenco delle infermità congenite. Questo auspicio non può però essere soddisfatto: si rinuncia volutamente alla fissazione di termini per la verifica dell'elenco delle infermità congenite, per poter reagire in modo flessibile ai cambiamenti. La procedura di richiesta e il coinvolgimento del gruppo di accompagnamento saranno tuttavia illustrati più dettagliatamente nel commento al disegno di ordinanza.

Riscontri sull'elenco delle infermità congenite

Sono pervenuti riscontri su alcuni numeri dell'elenco delle infermità congenite, che è stata quindi riesaminata e adeguata prevalentemente nel senso delle richieste dei partecipanti.

Centro di competenza per i medicinali

Diversi partecipanti alla consultazione approvano esplicitamente l'istituzione di un centro di competenza per i medicinali presso l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Tuttavia, alcune organizzazioni private d'aiuto ai disabili e organizzazioni dei pazienti criticano tra l'altro il fatto che l'UFSP debba decidere «entro un termine adeguato» in merito a una domanda di ammissione di un medicamento nell'ES-IC e chiedono che questo termine sia fissato a 60 o 30 giorni. La formulazione «entro un termine adeguato» viene tuttavia mantenuta, poiché nel caso dei medicinali dell'ES-IC si tratta perlopiù di domande complesse, il cui esame è molto oneroso per quanto riguarda i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (EAE).

Valutazione del grado d'invalidità

Nell'ambito della sua nuova competenza di disciplinare la valutazione del grado d'invalidità, il Consiglio federale prevede di concretizzare i principi per la determinazione dello statuto lavorativo e del reddito con e senza invalidità nonché la valutazione del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale.

In numerosi pareri di partecipanti appartenenti a tutte le categorie, sono state espresse critiche circa il disciplinamento della deduzione dovuta al danno alla salute e la determinazione del reddito con e senza invalidità per gli invalidi dalla nascita e quelli precoci nonché la prevista applicazione della Rilevazione della struttura dei salari (RSS) dell'Ufficio federale di statistica (UST). Si chiede una nuova tabella della RSS con requisiti specifici per il reddito con invalidità e il computo di tutti i redditi effettivamente conseguiti.

I principi previsti per la determinazione del grado d'invalidità vengono tuttavia mantenuti, essendo basati sia sul mercato del lavoro equilibrato, disciplinato a livello di legge, che, per quanto possibile, sulle disposizioni vigenti. Il computo di un reddito effettivamente conseguito continuerà a presupporre che la capacità funzionale residua venga valorizzata al meglio. Questo è necessario anche per evitare che sorgano incentivi controproducenti a salari ingiustificatamente bassi. L'impiego di tabelle della RSS create specificamente per l'AI determinerebbe l'abbandono del mercato del lavoro equilibrato quale mercato di riferimento e dunque uno scostamento dalle prescrizioni legali (art. 16 LPG). Nel progetto si prevede però una flessibilizzazione dell'applicazione di valori statistici. Inoltre, l'UFAS è disposto a esaminare, nell'ambito della valutazione della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, la richiesta di impiegare tabelle della RSS specifiche. Eventuali nuove tabelle andrebbero analizzate ed elaborate tenendo conto

delle condizioni quadro legali, delle ripercussioni finanziarie e delle conseguenze per le altre assicurazioni sociali. Se si potessero creare nuove tabelle, inoltre, occorrerebbe riesaminare nel loro insieme le disposizioni dell'OAI relative alla determinazione del grado d'invalidità.

Gestione dei casi

Nell'ordinanza è previsto che gli elementi centrali della gestione dei casi continua e uniforme, compresa la gestione dei casi per i provvedimenti sanitari (d'integrazione), siano definiti quale compito degli uffici AI. Diversi Cantoni e la Conferenza degli uffici AI (CUAI) criticano l'elevato grado normativo a livello di ordinanza. Per motivi di uguaglianza giuridica, questo grado normativo viene mantenuto.

Procedure e perizie

Le regolamentazioni previste mirano a una maggiore trasparenza e a una migliore qualità delle procedure e delle perizie. In occasione della procedura di consultazione sono state accolte in modo sostanzialmente favorevole. Di seguito sono esposti i principali aspetti oggetto di critica.

Procedura di conciliazione

L'avamprogetto prevede che in presenza di motivi di ricsuzione si svolga una procedura di conciliazione. Alcuni organi assicurativi e sindacati nonché diverse organizzazioni private d'aiuto ai disabili chiedono la possibilità di svolgere una procedura di conciliazione su richiesta di una delle parti. In particolare alcuni sindacati e organizzazioni private d'aiuto ai disabili auspicano che, in caso di disaccordo circa il perito per le perizie monodisciplinari, siano i periti delle due parti ad allestire congiuntamente una perizia («modello francese»).

La richiesta di poter svolgere una procedura di conciliazione su domanda di una delle parti per qualsiasi obiezione viene soddisfatta. Si rinuncia però a riprendere il «modello francese», in quanto esso non è conforme alla procedura di accertamento d'ufficio, rallenterebbe notevolmente la procedura e sarebbe in contraddizione con il principio di una perizia monodisciplinare.

Registrazioni su supporto audio

Nell'avamprogetto sono previste disposizioni che precisano l'auspicio degli assicurati di rinunciare a una registrazione su supporto audio. Inoltre, la registrazione del colloquio dovrà essere conservata per un periodo identico a quello stabilito per gli altri atti. I partiti politici, la CUAI e alcune organizzazioni private d'aiuto ai disabili chiedono un miglioramento dei processi in caso di rinuncia e la netta riduzione del termine di conservazione delle registrazioni. A queste richieste viene dato seguito, apportando i miglioramenti necessari.

Formazione e aggiornamento dei periti

L'avamprogetto contempla prescrizioni specifiche circa la formazione e l'aggiornamento dei periti. Alcune organizzazioni private d'aiuto ai disabili, un organo assicurativo, l'associazione Medicina assicurativa svizzera (Swiss Insurance Medicine [SIM]), vari organi esecutivi, fornitori di prestazioni e associazioni mediche nonché diversi Cantoni considerano queste prescrizioni come troppo restrittive.

Considerati questi riscontri, nel disegno si prevede di adeguare e allentare la prescrizione relativa alla formazione e all'aggiornamento in medicina assicurativa. Inoltre, la Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche potrà formulare raccomandazioni in materia, che dovranno essere riconosciute dagli assicuratori.

Composizione e compiti della Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche

Nell'avamprogetto vengono concretizzati la composizione e i compiti della Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche. Varie organizzazioni private d'aiuto ai disabili, alcuni organi assicurativi, la SIM, diversi organi esecutivi e fornitori di prestazioni criticano la composizione della Commissione, ritenendola troppo poco equilibrata. Nel disegno di ordinanza la composizione viene dunque adeguata in modo che le organizzazioni dei pazienti

e quelle di aiuto ai disabili abbiano due rappresentanti, mentre il corpo medico ne abbia uno in meno rispetto a quanto previsto dell'avamprogetto.

Perizie bidisciplinari

L'avamprogetto prevedeva che le perizie bidisciplinari fossero attribuite soltanto ai centri peritali abilitati e con metodo aleatorio. Diverse organizzazioni private d'aiuto ai disabili, un sindacato, la SIM, vari organi esecutivi e fornitori di prestazioni, alcuni Cantoni e società mediche chiedono che queste possano essere attribuite anche a coppie di periti. Questa richiesta è accolta: al fine di aumentare le capacità, nel disegno si prevede anche l'abilitazione di coppie di periti.

Ordine di priorità in riferimento all'articolo 74 LAI

Secondo l'articolo 74 capoverso 1 LAI, le organizzazioni centrali delle organizzazioni private d'aiuto agli invalidi sono sostenute mediante aiuti finanziari dell'AI. Nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, l'articolo 75 LAI è stato completato con una norma di delega, creando così le basi per un ordine di priorità a livello federale che disciplini la ripartizione degli aiuti finanziari entro il limite dell'importo massimo previsto.

Il meccanismo che avrebbe dovuto essere definito nell'OAI in virtù di questa norma di delega, a completamento della ripartizione esistente dei mezzi finanziari, è stato oggetto di un'opposizione di fondo nell'ambito della consultazione, ragion per cui per il momento vi si rinuncia. Un eventuale adeguamento sarà intrapreso con il coinvolgimento delle organizzazioni private d'aiuto agli invalidi in vista del nuovo periodo contrattuale (2024–2027).

Ordine di priorità in riferimento all'articolo 101^{bis} LAVS

A livello di ordinanza, gli aiuti finanziari nell'ambito dell'assistenza alle persone anziane vanno limitati ad al massimo il 50 per cento dei costi effettivi. In casi eccezionali il limite massimo potrà essere aumentato all'80 per cento. Tra gli altri, 14 Cantoni e 10 organizzazioni interessate criticano l'applicazione di un limite massimo rigido del 50 per cento, facendo riferimento in particolare a prestazioni specifiche, come quelle fornite da Pro Senectute nel settore della consulenza sociale. Sono chieste la concessione di aiuti finanziari più generosi in questo ambito e una maggiore flessibilità nell'applicazione della regola.

Nonostante queste critiche, non si è proceduto ad adeguamenti dell'articolo 224 capoverso 3 D-OAVS, ma sono state apportate precisazioni nel rapporto esplicativo. Si precisa quindi che la partecipazione massima del 50 per cento si applicherà a ogni organizzazione giuridicamente indipendente e a settori di prestazioni, ma non alle singole prestazioni. Inoltre, l'organizzazione Pro Senectute Svizzera, in qualità di più importante organizzazione di assistenza alle persone anziane attiva a livello nazionale, potrebbe quindi beneficiare della regolamentazione eccezionale prevista per quanto concerne i suoi compiti di coordinamento e sviluppo.

Contributo per l'assistenza

L'avamprogetto prevede un aumento degli importi forfettari per il servizio notturno nell'ambito del contributo per l'assistenza, in modo da tener conto del contratto normale di lavoro modello (CNL modello) messo a punto per integrare le disposizioni dei CNL cantonali nel settore dell'assistenza domestica. Moltissime organizzazioni private d'aiuto ai disabili e altri partecipanti alla consultazione esigono che per ogni ora prestata attivamente di notte venga pagato un supplemento del 25 per cento. Tuttavia, poiché il supplemento per il servizio notturno è un importo forfettario, quindi indipendente dal numero di ore prestate attivamente, questa richiesta non può essere accolta.

3. Punti essenziali del progetto

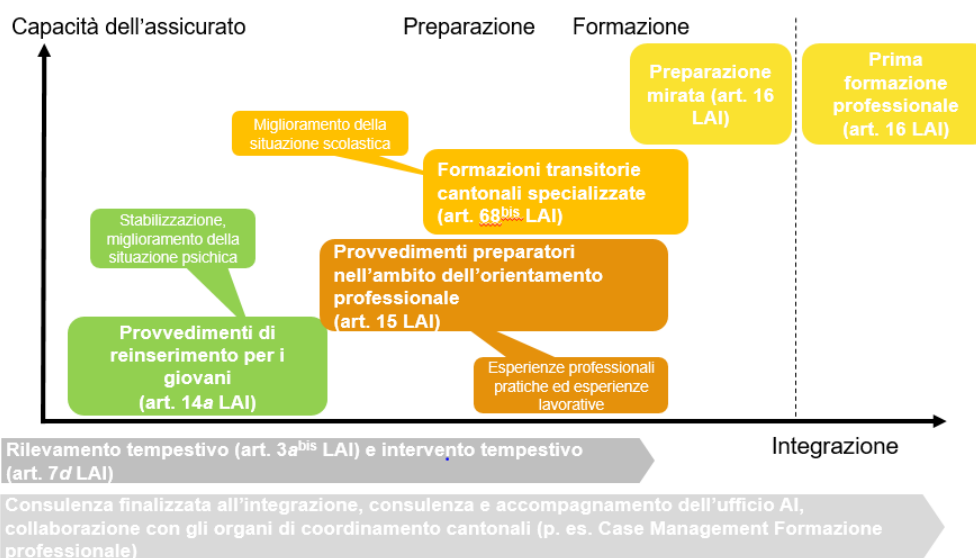
3.1 Ottimizzazione dell'integrazione

Rilevamento e intervento tempestivi

La riforma Ulteriore sviluppo dell'AI intende in particolare far sì che i giovani che non sono ancora giunti al termine dell'obbligo scolastico o che lo hanno appena fatto abbiano maggiori opportunità di svolgere una formazione professionale consona alle loro capacità e al loro stato di salute, ed evitare il più possibile l'insorgere di un'invalidità. Per questo motivo il rilevamento e l'intervento tempestivi saranno estesi ai minorenni a rischio d'invalidità a partire dai 13 anni compiuti (cfr. **grafico**). Inoltre, il rilevamento tempestivo sarà esteso anche alle persone che rischiano un'incapacità al lavoro.

Queste modifiche saranno concretizzate nell'OAI (art. 1^{ter} e 1^{sexies} cpv. 2 D-OAI).

Grafico – Misure dell'AI per un sostegno adeguato e coordinato a giovani e giovani adulti con un danno alla salute



Il grafico mostra le diverse misure già esistenti e quelle introdotte con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI per promuovere il potenziale d'integrazione dei giovani e giovani adulti con un danno alla salute. Coordinate con l'offerta cantonale e in stretta collaborazione con le autorità cantonali e altri attori rilevanti, queste misure sono tese a preparare i giovani e i giovani adulti a una prima formazione professionale. La loro impostazione variata consente di sostenerli in funzione del bisogno specifico dettato dalle loro diverse condizioni fisiche e psichiche.

Provvedimenti di reinserimento

Le modifiche dell'articolo 14a LAI decise nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI renderanno i provvedimenti di reinserimento accessibili anche ai giovani che non sono ancora entrati nel mercato del lavoro. Di seguito è utilizzato l'aggettivo «nuovo» per designare una nuova disposizione introdotta con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI e «riveduto» per designare il nuovo tenore di una disposizione esistente, ma modificata nell'ambito della riforma. I provvedimenti di reinserimento dovranno quindi essere destinati specificamente ai giovani (cfr. **grafico**) e coordinati con gli altri nuovi provvedimenti preparatori per i giovani (nuovi art. 15, 16, 68^{bis} cpv. 1^{ter} LAI), dando priorità non a colmare lacune scolastiche bensì ad aumentare la capacità e l'accompagnamento psicologico degli assicurati. A tal fine occorre una modifica dell'OAI (cfr. in particolare l'art. 4^{quinqies} D-OAI). Inoltre, nel quadro della riforma è stata soppressa la limitazione della durata dei provvedimenti di reinserimento attualmente prevista a due anni sull'arco di tutta la vita. In futuro, dunque, sarà possibile concedere questi provvedimenti anche se lo sono già stati per una durata complessiva di due anni. Occorre pertanto precisare nell'OAI le disposizioni concernenti la durata dei provvedimenti di reinserimento. Le

nuove disposizioni degli articoli 3a, 14^{quater} e 57 LAI rendono inoltre necessari ulteriori adeguamenti di ordinanza (p. es. art. 4^{sexies} D-OAI).

Orientamento professionale

Nel quadro delle deliberazioni sulla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, il Parlamento ha adeguato l'articolo 15 LAI in modo che in futuro tutti gli assicurati che incontrano difficoltà nella scelta della professione a causa dell'invalidità avranno diritto a un provvedimento preparatorio in vista dell'accesso alla formazione. Secondo il legislatore, l'obiettivo di questi provvedimenti è preparare meglio i giovani a una formazione in un'azienda, ad esempio mediante stage. I nuovi provvedimenti preparatori in vista dell'accesso alla formazione verranno precisati nell'articolo 4a D-OAI in modo che si situino in modo efficiente e mirato nella vasta gamma di provvedimenti preparatori dell'AI destinati ai giovani (cfr. **grafico**) e tra gli altri elementi dell'orientamento professionale. I provvedimenti di cui al nuovo articolo 15 LAI non sono tesi a colmare lacune scolastiche o a fornire un accompagnamento di natura psicoterapeutica, bensì devono servire a testare nella pratica possibili obiettivi professionali e a familiarizzarsi con le esigenze del mercato del lavoro primario (stage).

Prima formazione professionale

Affinché una prima formazione professionale (cfr. **grafico**) possa essere conclusa con successo e una successiva integrazione nel mercato del lavoro (primario) sia il più possibile duratura, è importante che la prima formazione professionale corrisponda alle capacità e al grado di sviluppo dell'assicurato (cfr. art. 8 cpv. 1^{bis} LAI).

Nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, l'articolo 16 LAI è stato completato stabilendo che la prima formazione professionale dovrà, per quanto possibile, essere finalizzata all'integrazione professionale nel mercato del lavoro primario e svolgersi già in esso. Con la norma di delega del capoverso 4, si è attribuita al Consiglio federale la competenza di fissare le condizioni per l'assegnazione di formazioni pratiche a bassa soglia per quanto concerne la loro natura, durata ed entità.

A livello di ordinanza occorre concretizzare ulteriormente la regolamentazione delle prime formazioni professionali inserendo nell'OAI gli elementi seguenti:

- definizione dei punti di contatto con l'articolo 15 LAI (orientamento professionale) (art. 5 cpv. 2 D-OAI);
- definizione del momento in cui una prima formazione professionale è considerata conclusa (art. 5 cpv. 3 D-OAI);
- spiegazioni sulla norma di delega al Consiglio federale (art. 5 cpv. 4 e 5 D-OAI);
- definizione dei punti di contatto con l'articolo 17 LAI (riformazione professionale) (art. 5^{bis} cpv. 1 D-OAI).

Cofinanziamento degli organi di coordinamento cantonali

Lo scopo del nuovo articolo 68^{bis} capoverso 1^{bis} LAI è che i giovani con danni alla salute siano individuati più rapidamente e ricevano un accompagnamento. Se la collaborazione tra l'ufficio AI e l'organo cantonale che sostiene i giovani con problematiche multiple (p. es. Case Management Formazione professionale) sarà formalizzata in una convenzione, l'AI potrà cofinanziare questo organo cantonale (cfr. anche il **grafico**). A livello di ordinanza occorre precisare che gli uffici AI saranno competenti per l'elaborazione e la verifica del rispetto di queste convenzioni, mentre l'UFAS stabilirà i requisiti minimi per le convenzioni su incarico del Consiglio federale (art. 96^{bis} D-OAI). In questo contesto andrà tenuto conto delle disposizioni concernenti il rilevamento tempestivo (art. 3a^{bis} LAI) e l'ampliamento dell'offerta di consulenza e accompagnamento (nuovo art. 14^{quater} e riveduto art. 57 LAI). Occorre garantire un finanziamento diretto degli organi di coordinamento cantonali adeguato ai bisogni e duraturo. A tal fine, l'ordinanza prevede contributi compresi tra 50 000 e 400 000 franchi (art. 96^{ter} D-OAI), che saranno stabiliti sulla base della popolazione cantonale residente permanente di età compresa tra i 13 e i 25 anni. La tabella seguente illustra la chiave di ripartizione che ne deriva:

Numero di 13–25enni		Contributi in franchi (base maggio 2021), se non superano 1/3 delle spese cantonali ¹⁶	Uffici AI in questa categoria
< 10 000 (fino a 9999)		50 000	AI, AR, NW, OW, GL, UR
10 000–29 999		100 000	SZ, ZG, BS, SH, GR, NE, JU
30 000–59 999		150 000	LU, FR, SO, BL, TG, TI, VS
60 000–99 999		200 000	SG, AG, GE
> 100 000		400 000	ZH, BE, VD

I calcoli su cui si basa la tabella e il loro aggiornamento saranno disciplinati nel dettaglio mediante direttive.

Cofinanziamento delle formazioni transitorie cantonali

Il nuovo articolo 68^{bis} capoverso 1^{ter} LAI ha lo scopo di garantire ai giovani con danni alla salute un migliore accesso alle formazioni transitorie cantonali offerte dalle strutture ordinarie: se la collaborazione tra l'ufficio AI e l'organismo responsabile dell'offerta cantonale sarà formalizzata in una convenzione, l'AI potrà cofinanziare l'offerta cantonale in modo che sia prevista un'impostazione a bassa soglia in funzione della situazione e del bisogno del singolo assicurato. Il **grafico** a pagina 4 mostra che le formazioni transitorie cantonali di cui all'articolo 68^{bis} capoverso 1^{ter} LAI sono incentrate sulla promozione in ambito scolastico, a differenza dei nuovi provvedimenti di reinserimento destinati ai giovani di cui all'articolo 14a LAI (che pongono l'accento sull'accompagnamento psicologico) e dei nuovi provvedimenti preparatori in vista dell'accesso alla formazione di cui all'articolo 15 LAI (che pongono l'accento sulla verifica degli obiettivi professionali e sull'attività nel mercato del lavoro primario con un accompagnamento sociopedagogico). A livello di ordinanza occorre precisare che gli uffici AI saranno competenti per l'elaborazione e la verifica del rispetto di queste convenzioni, mentre l'UFAS stabilirà i requisiti minimi per le convenzioni su incarico del Consiglio federale (art. 96^{bis} D-OAI). Per garantire che l'offerta cantonale sia adeguata al bisogno, questa deve essere opportunamente impostata con un finanziamento indiretto delle strutture (art. 96^{quater} D-OAI).

Fornitura di personale a prestito

In seguito alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, gli uffici AI avranno la possibilità di ricorrere a prestatori di personale autorizzati secondo la legge del 6 ottobre 1989¹⁷ sul collocamento (LC; art. 18a^{bis} LAI). La legge prevede che i prestatori di personale ricevano dall'AI un'indennità per le loro prestazioni e per le spese supplementari per i contributi alla previdenza professionale e i premi per l'indennità giornaliera in caso di malattia.

Una nuova disposizione di ordinanza (art. 6^{quinqies} D-OAI) concretizzerà l'importo massimo e le modalità dell'indennità, secondo quanto previsto nell'articolo 18a^{bis} capoverso 4 LAI.

Indennità giornaliera dell'AI

Con la nuova disposizione della LAI relativa alle indennità giornaliera si intende equiparare, dal punto di vista finanziario, i giovani e i giovani adulti con danni alla salute ai coetanei sani. Concretamente, va evitato che l'importo delle indennità giornaliera dei giovani con danni alla salute che svolgono una formazione superi quello del salario conseguito dai coetanei sani. In futuro si avrà diritto alle indennità giornaliera già dall'inizio della formazione, anche in assenza di una perdita di guadagno e prima del compimento dei 18 anni. In questo modo, gli assicurati

¹⁶ Per il 2020 si prevedono costi per circa 160 000 fr. per un ETP. Questo importo va adeguato nel corso degli anni, anche in seguito al rincaro, ragion per cui la colonna degli importi massimi va intesa soltanto a titolo esemplificativo. I limiti massimi definiti nell'ordinanza per il cofinanziamento si riferiscono al numero di ETP.

¹⁷ RS 823.11

riceveranno dal datore di lavoro un vero e proprio salario quale compensazione per il lavoro svolto.

Considerate queste premesse, occorre adeguare l'ordinanza, in particolare per quanto concerne le disposizioni relative alla concessione delle indennità giornaliere durante i periodi d'accertamento (art. 17 cpv. 2 D-OAI) e durante il periodo d'attesa (art. 18 D-OAI). Sono inoltre necessari alcuni adeguamenti delle basi di calcolo per l'importo delle indennità giornaliere (art. 21^{octies} cpv. 3 e 22 D-OAI).

Copertura contro gli infortuni

L'assicurazione contro gli infortuni delle persone che seguono provvedimenti dell'AI (AINF-AI), introdotta nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, crea certezza giuridica per tutte le persone interessate, il che è positivo per l'integrazione. Con le disposizioni previste, l'AI ridurrà in particolare costi e obblighi dei datori di lavoro, il che aumenterà la loro disponibilità a offrire provvedimenti d'integrazione.

Nel 2018 il Tribunale federale ha decretato per la prima volta l'assoggettamento di un provvedimento d'integrazione dell'AI (nello specifico, il lavoro a titolo di prova di cui all'art. 18a LAI) alla copertura contro gli infortuni secondo la legge federale del 20 marzo 1981¹⁸ sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF)¹⁹. In seguito a questa decisione, le disposizioni relative alla copertura dell'assicurazione contro gli infortuni proposte nel messaggio concernente la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sono state adeguate alla nuova giurisprudenza del Tribunale federale.

Per l'attuazione dell'AINF-AI vanno adeguate diverse disposizioni nell'OAI (cfr. in particolare art. 88^{sexies} segg. D-OAI) e nell'OAINF (titolo ottavo a D-OAINF), che riguardano principalmente la procedura relativa al nuovo ramo assicurativo. Data la situazione specifica degli assicurati che seguono provvedimenti d'integrazione, sono inoltre necessarie precisazioni sui dettagli (p. es. circa il calcolo delle prestazioni in caso di infortunio).

3.2 Provvedimenti sanitari

Provvedimenti sanitari d'integrazione

Nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI il limite d'età per il diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 12 LAI è stato innalzato a 25 anni per gli assicurati che partecipano a un provvedimento d'integrazione professionale. A livello di ordinanza occorre ora disciplinare nel dettaglio la definizione di provvedimenti d'integrazione professionale consecutivi (art. 2^{bis} D-OAI). Inoltre vanno concretizzate le condizioni per l'assunzione dei costi specificando che la richiesta di un provvedimento sanitario d'integrazione deve essere presentata prima dell'inizio della cura (art. 2 cpv. 3 D-OAI). In questo modo si contribuirà a ridurre le procedure di delimitazione, amministrativamente onerose, tra gli assicuratori-malattie e l'AI.

Criteri per l'ammissione delle infermità congenite nell'elenco delle infermità congenite

Con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI vengono codificati e definiti più dettagliatamente i criteri sviluppati dalla giurisprudenza per la definizione delle infermità congenite ai sensi del diritto dell'AI. Sancendo a livello di legge le condizioni per il riconoscimento di un'infermità congenita (diagnosi di un medico specialista, danno alla salute con un certo grado di gravità, necessità di cure di lunga durata o complesse e curabilità con i provvedimenti sanitari di cui al nuovo art. 14 LAI) si crea chiarezza e certezza giuridica sia per chi deve applicare il diritto che per gli assicurati.

In futuro, quindi, i criteri per l'ammissione di un'infermità congenita nell'elenco delle infermità congenite saranno disciplinati più dettagliatamente e non più nell'OIC, bensì nell'OAI (art. 3 cpv. 1–3, 3^{bis}, 3^{ter} D-OAI). Il compito di stabilire le infermità congenite per le quali l'AI concede provvedimenti sanitari viene delegato al Dipartimento federale dell'interno (DFI). È dunque

¹⁸ RS 832.20

¹⁹ DTF 144 V 411

previsto di sostituire la vigente ordinanza del Consiglio federale (OIC) con un'ordinanza dipartimentale (OIC-DFI). L'elenco delle infermità congenite aggiornato nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI figurerà nell'allegato della nuova OIC-DFI. La nuova ordinanza dipartimentale e l'elenco aggiornato delle infermità congenite sono oggetto di un progetto separato (cfr. OIC-DFI e commento all'OIC-DFI).

Prestazioni di cura mediche ambulatoriali

Nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI è stato deciso che in futuro sarà il Consiglio federale a stabilire le prestazioni di cura mediche per le quali l'AI assume le spese (art. 14^{ter} cpv. 1 lett. c LAI). Il Consiglio federale può delegare questo compito al DFI o all'UFAS (art. 14^{ter} cpv. 4 LAI).

Tali prestazioni, attualmente descritte in istruzioni (lettere circolari AI), saranno disciplinate a livello di ordinanza (art. 3^{quinqüies} D-OAI). Le prestazioni in questione corrispondono per analogia a quelle definite all'articolo 7 dell'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995²⁰ sulle prestazioni (OPre), ma non sono identiche a esse. Il disciplinamento delle prestazioni di cura mediche nell'OAI è opportuno, in quanto permette di garantirne giuridicamente l'assegnazione agli assicurati. Quale parte delle prestazioni di cura mediche, nell'articolo 3^{quinqüies} D-OAI va regolamentata anche la sorveglianza medica, introdotta il 1° gennaio 2020 con la lettera circolare AI n. 394. In questo modo si concretizzano le cure mediche per gli assicurati AI e si instaura una procedura di accertamento standardizzata per l'assegnazione uniforme delle prestazioni. Conformemente al diritto di delega sancito nell'articolo 14^{ter} capoverso 4 LAI, in virtù dell'articolo 3^{quinqüies} capoverso 4 D-OAI le prestazioni di cura mediche ambulatoriali saranno disciplinate a livello dipartimentale (cfr. in proposito l'ordinanza del DFI sulle prestazioni di cura mediche ambulatoriali e il relativo commento).

3.3 Centro di competenza per i medicinali

Il nuovo articolo 14^{ter} capoverso 5 LAI prevede l'allestimento di un elenco dei medicinali per la cura delle infermità congenite (elenco delle specialità per le infermità congenite [ES-IC]) per i medicinali che non figurano nell'elenco delle specialità (ES). I nuovi articoli 3^{sexies-3octies} e 3^{decies} D-OAI concretizzano le disposizioni relative a questo elenco. La tenuta dell'ES-IC viene delegata all'UFSP, che data la sua competenza per l'ES vanta già una certa esperienza nello svolgimento delle verifiche del rispetto dei criteri EAE per i medicinali.

3.4 Tariffazione e controllo delle fatture

Nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, il Consiglio federale è stato incaricato di coordinare le tariffe nell'ambito dell'AI con gli ordinamenti tariffali delle altre assicurazioni sociali (nuovo art. 27 cpv. 2 LAI). I principi della tariffazione vanno pertanto concretizzati nell'OAI in modo analogo a quanto previsto per le altre assicurazioni sociali, in particolare per analogia con la legge federale del 18 marzo 1994²¹ sull'assicurazione malattie (LAMal) e la LAINF. Per i provvedimenti sanitari verranno introdotti i principi per l'ordinamento tariffale e per il calcolo dei costi per la remunerazione delle prestazioni (prestazioni ambulatoriali e ospedaliere; art. 24^{bis-24quinqüies} D-OAI). Le convenzioni tariffali per i provvedimenti di reinserimento e i provvedimenti professionali saranno disciplinate separatamente (art. 24^{sexies} D-OAI).

In seguito a una raccomandazione del Controllo federale delle finanze (CDF)²², nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI è stato concretizzato il disciplinamento del controllo delle fatture (nuovo art. 27^{ter} LAI), che va quindi esposto dettagliatamente nell'OAI (art. 79^{ter} segg. D-OAI).

²⁰ RS 832.112.31

²¹ RS 832.10

²² CDF, *Traitement et contrôle des factures pour les prestations individuelles de l'AVS et de l'AI – Centrale de compensation et Office fédéral des assurances sociales*; disponibile (in francese con riassunto in italiano) all'indirizzo www.efk.admin.ch > Pubblicazioni > Assicurazioni sociali e previdenza per la vecchiaia.

3.5 Sistema di rendite

Sistema di rendite lineare

Con l'introduzione del sistema di rendite lineare nell'AI, in futuro l'ammontare delle rendite d'invalidità sarà espresso in percentuali di una rendita intera e non più in quarti di rendita. L'abolizione dei quarti di rendita richiede adeguamenti formali nell'OAI e nell'OAVS (art. 33^{bis} cpv. 2 e 38 cpv. 2 D-OAI nonché art. 51 cpv. 5 D-OAVS), come pure una disposizione transitoria per la riduzione delle due rendite di una coppia. Inoltre, per la determinazione dell'importo delle rendite saranno introdotte prescrizioni al posto delle tavole delle rendite (art. 53 cpv. 1 D-OAVS).

Poiché la nuova graduazione delle rendite si applicherà anche alle prestazioni d'invalidità della previdenza professionale obbligatoria, occorre modificare anche gli articoli 4 e 15 OPP 2 e l'articolo 3 dell'ordinanza sulla previdenza professionale obbligatoria dei disoccupati.

Valutazione del grado d'invalidità

Nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI è stata precisata la vigente norma di delega al Consiglio federale per la definizione del reddito lavorativo determinante (art. 28a cpv. 1 LAI). L'Esecutivo potrà quindi disciplinare non solo i redditi con e senza invalidità, ma anche i fattori di correzione applicabili.

Con l'introduzione del sistema di rendite lineare nell'AI, la rilevazione precisa della percentuale del grado d'invalidità acquista un'importanza maggiore: in futuro, nel caso dei gradi d'invalidità compresi tra il 40 e il 70 per cento, ogni punto percentuale inciderà sull'importo della rendita. Nell'ambito della norma di delega al Consiglio federale, occorre ora fissare a livello di ordinanza la prassi vigente, prevalentemente derivante dalla giurisprudenza e attualmente codificata soprattutto a livello di direttive. In questo modo si potrà garantire la maggior certezza giuridica possibile nella valutazione del grado d'invalidità ed evitare quindi il più possibile controversie giuridiche in materia.

In futuro si procederà dapprima alla determinazione dello statuto, vale a dire che si stabilirà se un assicurato sia da considerare come esercitante un'attività lucrativa, non esercitante un'attività lucrativa o esercitante un'attività lucrativa a tempo parziale (art. 24^{septies} D-OAI). Inoltre, è prevista l'introduzione di principi generali per il confronto dei redditi, in particolare per quanto riguarda il momento determinante e l'impiego di valori statistici (art. 25 D-OAI). Infine, cambieranno le modalità di determinazione del reddito con invalidità e di quello senza invalidità. Il primo andrà determinato, se possibile, sulla base dei salari effettivi, e in caso contrario sulla base di valori statistici (art. 26 e 26^{bis} D-OAI). A tal fine andranno impiegate per principio le tabelle della RSS; si potrà fare ricorso ad altri valori statistici, se nel singolo caso il reddito non figura nella RSS. Per la valutazione del grado d'invalidità nel caso degli invalidi dalla nascita e di quelli precoci si applicheranno i principi generali e si rinuncerà alle attuali fasce d'età fino a 30 anni (art. 26 cpv. 5 e 6 D-OAI), cosicché sarà eliminata la disparità di trattamento in questo settore. I giovani assicurati che dispongono di un attestato di capacità o di un certificato di formazione pratica secondo la LFP_r dovranno essere trattati allo stesso modo dei coetanei senza limitazioni dovute a ragioni di salute.

Per il reddito senza invalidità sarà di regola effettuata una parallelizzazione, se il salario conseguito dall'assicurato sarà inferiore di oltre 5 per cento al salario usuale nel settore in questione (art. 26 cpv. 2 D-OAI). La nuova deduzione per attività lucrativa a tempo parziale (art. 26^{bis} cpv. 3 D-OAI) e la considerazione sistematica delle limitazioni dovute al danno alla salute nello stabilire la capacità funzionale (art. 49 cpv. 1^{bis} D-OAI) andranno a sostituire l'attuale deduzione dovuta al danno alla salute.

Per la valutazione del grado d'invalidità delle persone non esercitanti un'attività lucrativa e di quelle esercitanti un'attività lucrativa a tempo parziale rimarranno sostanzialmente applicabili le regolamentazioni vigenti (art. 27 e 27^{bis} D-OAI). Tuttavia, nel caso delle persone esercitanti un'attività lucrativa a tempo parziale è previsto un disciplinamento uniforme e giuridicamente paritario. In futuro l'esercizio di un'attività lucrativa e lo svolgimento delle mansioni consuete

saranno considerati complementari, cosicché tutto ciò che non è attività lucrativa rientrerà nello svolgimento delle mansioni consuete (art. 27^{bis} cpv. 1 D-OAI).

3.6 Gestione dei casi

La regolamentazione della gestione dei casi deriva dall'obiettivo della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI di migliorare il sostegno ai bambini, ai giovani e agli assicurati con malattie psichiche, in collaborazione con gli attori interessati, al fine di rafforzare il potenziale d'integrazione degli assicurati.

Nell'ambito dei lavori relativi alle disposizioni d'esecuzione, i principi per la gestione dei casi, già fissati a grandi linee nel messaggio, sono stati ulteriormente sviluppati, concretizzati e illustrati in un piano concettuale, che contiene in sintesi le seguenti riflessioni.

- Con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI si attua o rafforza il principio di una gestione dei casi continua e uniforme da parte degli uffici AI. Questa gestione si sviluppa sull'arco della vita degli assicurati e nel corso di tutte le fasi della procedura dell'AI: rilevamento tempestivo, richiesta di prestazioni, provvedimenti sanitari, integrazione professionale, accertamento del diritto a una rendita, concessione di una rendita, reintegrazione e revisione della rendita. La gestione dei casi pone così l'accento sul bisogno di riabilitazione e integrazione dell'assicurato nonché su un procedimento impostato in funzione del suo stato di salute e dunque delle sue risorse e limitazioni.
- Lo scopo fondamentale della gestione dei casi è l'assegnazione del provvedimento «giusto» (intervento tempestivo, provvedimenti d'integrazione, rendita ecc.), al momento «giusto» e nella misura o nel contesto «giusto», per aumentare le possibilità di successo del provvedimento. Le fasi di lavoro e gli strumenti principali della gestione dei casi sono l'analisi della situazione del momento dell'assicurato, la pianificazione delle tappe successive e la sorveglianza delle prestazioni e dei provvedimenti concessi. Il coordinamento degli attori interni ed esterni agli uffici AI e delle relative prestazioni (compreso l'esame di eventuali condizioni) risulta così rafforzato e si ha sempre la visione d'insieme dell'intero processo d'integrazione ovvero della procedura completa dell'AI.
- In futuro la gestione dei casi sarà introdotta anche nell'ambito dei provvedimenti sanitari. Attualmente vi sono pochissimi contatti personali tra i collaboratori degli uffici AI, i bambini e i giovani interessati e i loro genitori (o rappresentanti legali), e i medici curanti. Al fine di rafforzare la collaborazione tra gli attori coinvolti, è tuttavia importante che anche in questo ambito si instauri per tempo la fiducia necessaria.
- La gestione dei casi è particolarmente importante nelle fasi di passaggio (p. es. tra settori di prestazioni all'interno degli uffici AI o tra fasi della vita o del percorso formativo dell'assicurato). In ogni transizione possono sorgere nuove domande che richiedono un sostegno mirato degli uffici AI e comportano eventualmente nuove sfide nella collaborazione con gli attori coinvolti. Occorre dunque garantire una buona interazione dei diversi provvedimenti sanitari e/o professionali dell'AI e coordinarli con i terzi interessati, in modo da evitare doppi e assegnare i provvedimenti in modo più mirato.

Affinché la gestione dei casi possa essere attuata negli uffici AI nel modo più uniforme possibile, nell'ottica dell'uguaglianza giuridica, è necessario disciplinare nell'OAI i suoi elementi principali, ovvero l'idea di base, le fasi di lavoro e gli strumenti, le responsabilità presso gli uffici AI e la sua introduzione nell'ambito dei provvedimenti sanitari (art. 41a D-OAI).

L'impostazione concreta avverrà a livello di direttive.

3.7 Procedure e perizie

Con la procedura di accertamento d'ufficio si intende garantire che le procedure delle assicurazioni sociali si svolgano nel modo più rapido e semplice possibile. Nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sono stati sanciti a livello di legge (nella LPGa) i diritti di partecipa-

zione degli assicurati nonché i ruoli e le competenze degli organi esecutivi per tutte le assicurazioni sociali. Inoltre, i provvedimenti d'accertamento, in particolare quelli inerenti alle perizie mediche, sono stati regolamentati in modo più chiaro uniforme:

- in caso di mancato accordo su un perito tra l'assicuratore e l'assicurato, l'assicuratore dovrà comunicare la sua decisione mediante una decisione incidentale (art. 44 cpv. 4 LPGGA). Tuttavia, prima di arrivare alla decisione si dovrà sempre cercare, nei limiti del possibile, di giungere a un accordo tra l'assicuratore e l'assicurato, in modo che la scelta del perito possa essere consensuale. La procedura di conciliazione da seguire in tal caso sarà disciplinata dettagliatamente a livello di ordinanza (cfr. art. 7j D-OPGA).
- Per quanto concerne l'attribuzione dei mandati peritali, il Consiglio federale potrà emanare disposizioni specifiche per i singoli rami assicurativi (art. 44 cpv. 7 LPGGA). Nell'AI si rileva una necessità d'intervento: nell'ottica della garanzia della qualità, in futuro oltre alle perizie pluridisciplinari anche quelle bidisciplinari dovranno essere attribuite con metodo aleatorio a centri peritali o coppie di periti abilitati (art. 72^{bis} cpv. 1 D-OAI). Inoltre, nella legislazione federale vanno definiti requisiti per le qualifiche professionali di cui devono disporre i periti che intendono allestire perizie mediche su incarico di un'assicurazione sociale (art. 7l D-OPGA).
- In futuro, i colloqui tra il perito e l'assicurato saranno registrati su supporto audio e le registrazioni acquisite agli atti (nuovo art. 44 cpv. 6 LPGGA). Inoltre, gli uffici AI dovranno tenere un elenco accessibile al pubblico per rendere il più trasparente possibile l'attribuzione dei mandati peritali ai periti (art. 57 cpv. 1 lett. n LAI). Le due novità summenzionate saranno precisate a livello di ordinanza (art. 7k e 7l D-OPGA e art. 41b D-OAI).
- Per garantire la qualità del sistema peritale, è inoltre necessario istituire una commissione extraparlamentare indipendente (art. 44 cpv. 7 lett. c LPGGA). I suoi compiti e competenze saranno disciplinati a livello di ordinanza. Concretamente, è previsto che la commissione elabori prescrizioni e strumenti per la garanzia della qualità (p. es. abilitazione dei centri peritali, prescrizioni qualitative per l'allestimento delle perizie, strumenti standardizzati per la valutazione della qualità delle perizie, formazione, perfezionamento e aggiornamento dei periti), formuli raccomandazioni e ne sorvegli l'attuazione (art. 7p D-OPGA).

Diverse misure concretizzate a livello di legge e/o di ordinanza, quali l'istituzione di una commissione indipendente, la determinazione di criteri per l'abilitazione dei periti per le perizie mediche e l'attribuzione dei mandati per le perizie bidisciplinari con metodo aleatorio, danno seguito alle raccomandazioni formulate nel rapporto peritale sulle perizie mediche nell'AI pubblicato nell'autunno del 2020²³. Lo studio, commissionato alla fine del 2019 dal DFI e redatto dall'istituto Interface Politikstudien Forschung Beratung in collaborazione con il Servizio di psichiatria forense dell'Università di Berna, ha valutato il sistema dell'attività peritale e l'assegnazione dei mandati.

3.8 Ordine di priorità in riferimento all'articolo 101^{bis} LAVS

Per attuare l'articolo 101^{bis} della legge federale del 20 dicembre 1946²⁴ sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (LAVS), riveduto nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, occorre procedere ai seguenti adeguamenti dell'OAVS.

- *Importo massimo per il versamento degli aiuti finanziari*: il Consiglio federale fisserà ogni quattro anni l'importo massimo annuo per il versamento degli aiuti finanziari, tenendo conto del rincaro. Stabilirà inoltre un limite massimo per la partecipazione finanziaria del Fondo di compensazione dell'AVS (Fondo di compensazione AVS) alle prestazioni dell'aiuto privato agli invalidi (art. 224^{bis} D-OAVS). L'importo proposto al Consiglio federale si baserà su una verifica degli aiuti finanziari versati e su una stima del bisogno futuro, tenendo conto

²³ Franziska Müller, Michael Liebreuz, Roman Schleifer, Christof Schwenkel, Andreas Balthasar, *Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung: Bericht zuhanden des Generalsekretariats des Eidgenössischen Departements des Innern EDI (GS-EDI)*, 2020; disponibile (soltanto in tedesco) all'indirizzo <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/63204.pdf>.

²⁴ RS 831.10

in particolare dell'evoluzione demografica. L'adeguamento non avverrà quindi automaticamente, bensì in funzione di un bisogno comprovato. L'UFAS predisporrà le basi decisionali. L'AVS potrà farsi carico delle spese per gli studi commissionati in questo contesto.

- **Ordine di priorità:** per il caso in cui la somma degli aiuti finanziari richiesti superi l'importo massimo, nell'OAVS verrà stabilito un ordine di priorità secondo l'articolo 13 capoverso 2 della legge del 5 ottobre 1990²⁵ sui sussidi (LSu), sul quale si baserà la concessione dei sussidi di cui all'articolo 101^{bis} LAVS.

Al contempo, la proposta modifica dell'OAVS permette di introdurre un limite massimo per la partecipazione della Confederazione, secondo i vigenti requisiti in materia di aiuti finanziari. Questo importo sarà pari al massimo al 50 per cento (in casi eccezionali, al massimo all'80 %) delle spese effettive sostenute dalle organizzazioni per le prestazioni sovvenzionate. Questa regola è già applicata nella prassi, in conformità con la LSu e le raccomandazioni del CDF²⁶.

3.9 Altre misure della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI

Convenzioni di collaborazione

In virtù del nuovo articolo 68^{sexies} LAI, in futuro il Consiglio federale potrà concludere convenzioni con le associazioni mantello del mondo del lavoro al fine di rafforzare l'integrazione, la reintegrazione e la permanenza dei disabili nel mercato del lavoro e partecipare al finanziamento dei provvedimenti in questione. Nell'OAI sono quindi previsti due nuovi articoli (art. 98^{ter} e 98^{quater} D-OAI) che delegano al DFI la competenza di concludere convenzioni di collaborazione e disciplinare il contenuto delle medesime nonché le condizioni di diritto per gli aiuti finanziari concessi dall'AI (con riferimento alla LSu).

Indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione

Al momento i beneficiari di rendita AI la cui rendita è stata ridotta o soppressa in seguito a una revisione (art. 17 LPGa o art. 8a LAI) hanno diritto al massimo a 90 indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione (art. 27 cpv. 4 della legge del 25 giugno 1982²⁷ sull'assicurazione contro la disoccupazione [LADI]). Nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, con il nuovo articolo 68^{septies} LAI nonché i articoli 27 capoverso 5 e 94a LADI è stato stabilito che questi assicurati disoccupati avranno diritto a 180 indennità giornaliera e l'AI potrà assumere le spese per le indennità giornaliera a partire dal 91° giorno. Ora si tratta di concretizzare a livello di ordinanza la procedura di conteggio tra l'AI e l'assicurazione contro la disoccupazione per le spese a partire dalla 91^a indennità giornaliera, il che avviene con l'articolo 120a D-OADI.

Locali

In seguito alla modifica dell'articolo 68^{octies} LAI, in futuro il Consiglio federale avrà anche la competenza di incaricare compensswiss di acquistare, costruire o vendere locali per gli organi esecutivi dell'AI. Di conseguenza, occorre modificare in tal senso anche l'articolo 56 OAI.

3.10 Misure non legate alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI

Spese di amministrazione

L'UFAS intende gestire le spese di amministrazione degli uffici AI mediante un budget globale e con un orizzonte temporale più ampio di un anno (preventivo). Anche il CDF, nel suo rapporto

²⁵ RS 616.1

²⁶ CDF, *Beiträge zur Förderung der Altershilfe – Bundesamt für Sozialversicherungen*, 2013; disponibile (in tedesco con riassunto in italiano) all'indirizzo www.efk.admin.ch > Pubblicazioni > Assicurazioni sociali e previdenza per la vecchiaia.

²⁷ RS 837.0

sulla verifica del rimborso delle spese agli uffici AI del 27 giugno 2019²⁸, raccomanda di approvare le spese di amministrazione degli uffici AI con cicli pluriennali. Il prolungamento del ciclo di pianificazione e approvazione delle spese rafforzerà la sicurezza della pianificazione delle autorità di vigilanza e degli organi esecutivi.

Si tratta ora di adeguare l'OAI in modo che, in linea con la logica di pianificazione della Confederazione e dei Cantoni, in futuro, sulla base di un periodo di pianificazione progressivo di quattro anni in totale, gli uffici AI sottopongano per approvazione all'UFAS un preventivo per l'anno successivo e un piano finanziario per i tre anni successivi a quello del preventivo (art. 53 cpv. 2 D-OAI).

Contributo per l'assistenza

Dalla valutazione sul contributo per l'assistenza (2012–2019)²⁹ è emerso che gli importi forfettari per il servizio notturno non sono sufficienti. L'urgenza di modifiche in questo ambito è ulteriormente aumentata dall'introduzione del contratto normale di lavoro modello (CNL modello) messo a disposizione dalla Segreteria di Stato dell'economia (SECO) per integrare le disposizioni dei CNL cantonali nel settore dell'assistenza domestica. Lo scopo del CNL modello è di migliorare la situazione delle persone che garantiscono l'assistenza 24 ore su 24 di persone anziane o con un danno alla salute. Gli attuali importi forfettari del contributo per l'assistenza per il servizio notturno non permettono di remunerare gli assistenti nel rispetto di queste disposizioni.

Il problema è stato dunque esaminato da un gruppo di lavoro composto da rappresentanti dell'UFAS, della Conferenza degli uffici AI, della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali (CDOS) e della Conferenza dei direttori cantonali dell'economia pubblica (CDEP), che ha analizzato diverse possibilità. In conclusione, si è optato per una variante che prevede, in linea con le raccomandazioni della SECO, di innalzare l'importo forfettario massimo per il servizio notturno da 88.55 a 160.50 franchi (art. 39f cpv. 3 D-OAI).

Un'altra modifica riguardante il contributo per l'assistenza concerne la soppressione della limitazione a una sola prestazione di consulenza. Questa modifica è il risultato di discussioni con le organizzazioni di aiuto agli invalidi in seguito alla valutazione del contributo per l'assistenza. L'esperienza mostra che le prestazioni di consulenza sono effettivamente richieste soprattutto nelle fasi iniziali, per impostare il lavoro connesso al contributo (assumere personale, redigere contratti di lavoro, stipulare assicurazioni di perdita di guadagno ecc.). Contrariamente a quanto inizialmente ipotizzato, tuttavia, le prestazioni di consulenza possono risultare necessarie anche successivamente, persino in una misura superiore a quanto stimato in un primo momento.

Spese di viaggio

Il disciplinamento concernente il raggio locale nell'articolo 90 capoverso 2 OAI solleva regolarmente interrogativi nella prassi. Inoltre, il limite di spesa di 10 franchi al mese e a persona (compresa la persona accompagnatrice) previsto in questo contesto a livello di direttive non consente un'attuazione uniforme e praticabile. Considerato l'eccessivo onere di controllo che ne deriva, il disciplinamento concernente il raggio locale nell'articolo 90 capoverso 2 OAI viene abrogato.

²⁸ CDF, *Prüfung der Kostenvergütung an die IV-Stellen – Bundesamt für Sozialversicherungen*, 2019; disponibile (in tedesco con riassunto in italiano) all'indirizzo www.efk.admin.ch > Pubblicazioni > Assicurazioni sociali e previdenza per la vecchiaia.

²⁹ Jürg Guggisberg, Severin Bischof, «Evaluation Assistenzbeitrag 2012-2019: Schlussbericht 2020», in *Beiträge zur sozialen Sicherheit*, rapporto di ricerca n. 16/20, Berna 2020; disponibile (in tedesco con riassunto in italiano) all'indirizzo www.ufas.admin.ch → Pubblicazioni & Servizi → Ricerca e valutazione → Rapporti di ricerca.

4. Commento ai singoli articoli

4.1 Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità (OAI)

Art. 1^{ter} cpv. 1

In seguito all'ampliamento del rilevamento tempestivo (cfr. art. 3a^{bis} cpv. 2 LAI), le condizioni previste nel vigente articolo 1^{ter} capoverso 1 lettere a e b OAI sono soppresse.

Art. 1^{quinqies}

Questo articolo è abrogato, in quanto il colloquio di rilevamento tempestivo sarà condotto nel quadro della gestione dei casi (cfr. art. 41a cpv. 2 lett. a D-OAI).

Art. 1^{sexies} cpv. 2

Questo nuovo capoverso precisa le condizioni per la concessione di provvedimenti d'intervento tempestivo per i minorenni a partire dai 13 anni durante il periodo dell'obbligo scolastico.

L'estensione dei provvedimenti d'intervento tempestivo a questi giovani deve rispettare la ripartizione dei compiti tra la Confederazione e i Cantoni (NPC). Poiché la scolarizzazione di tutti i bambini e i giovani (comprese la scuola speciale, *time-out*, la pedagogia curativa ecc.) è di competenza cantonale, nel periodo dell'obbligo scolastico l'AI non può assegnare provvedimenti d'intervento tempestivo quali corsi, la frequenza di altre strutture diurne o simili.

Se un danno alla salute giustifica la presentazione di una richiesta di prestazioni AI, le autorità scolastiche e l'ufficio AI valuteranno congiuntamente il bisogno di sostegno degli allievi in base alla situazione specifica. I provvedimenti d'intervento tempestivo potranno essere concessi nei casi in cui le misure prese dalle autorità scolastiche e cantonali risulteranno insufficienti e, considerato il danno alla salute, occorreranno provvedimenti di orientamento professionale e di collocamento specializzati per facilitare l'accesso a una prima formazione professionale o l'ingresso nel mercato del lavoro.

Art. 2

Questo articolo viene completato in diversi punti e adeguato alla giurisprudenza. Diverse disposizioni vigenti, in particolare quelle di cui ai capoversi 2–5, continueranno a essere applicate, ma saranno disciplinate a livello di direttive, poiché non hanno carattere normativo.

Art. 2 cpv. 1

Questo capoverso viene adeguato alla giurisprudenza e semplificato. Per mettere meglio in risalto la delimitazione rispetto alle prestazioni dell'AOMS, viene ripetuto il tenore del pertinente articolo della LAI. Secondo l'articolo 12 LAI, i provvedimenti sanitari d'integrazione non possono essere in alcun caso destinati alla cura dell'affezione in quanto tale, ma devono essere adottati una volta che questa è conclusa. Per determinare il momento in cui la cura di un'affezione è conclusa, l'ordinanza riprende il concetto di «stato di salute relativamente stabilizzato» sviluppato dalla giurisprudenza, rinunciando tuttavia al «relativamente», che è troppo vago e non si presta pertanto a una delimitazione ragionevole tra l'obbligo di versare prestazioni dell'AOMS e quello dell'AI. Occorre dunque una situazione in cui la cura dell'affezione sia conclusa e lo stato di salute non possa più migliorare sostanzialmente mediante provvedimenti sanitari, che devono quindi servire principalmente a migliorare l'idoneità all'integrazione. Ponendo l'accento dei provvedimenti sanitari d'integrazione sul miglioramento dell'idoneità all'integrazione non si esclude però del tutto che questi possano incidentalmente contribuire al miglioramento dello stato di salute.

La prassi giurisprudenziale dei cosiddetti provvedimenti d'integrazione profilattici resta immutata. In presenza di un danno alla salute, questi provvedimenti mirano a prevenire il rischio di postumi permanenti, solo difficilmente correggibili, che si ripercuoterebbe in modo sostanziale

sulla capacità al guadagno o sulla formazione professionale. La semplice profilassi delle malattie e i provvedimenti che si limitano a ritardare l'insorgere di uno stato stabilizzato sono invece esclusi³⁰.

Si rinuncia alla condizione che i provvedimenti devono essere ritenuti validi dalla scienza medica, tanto più che il capoverso 2 definisce più dettagliatamente le condizioni per la presa a carico dei provvedimenti.

Art. 2 cpv. 2

Il riveduto articolo 14 capoverso 2 LAI stabilisce esplicitamente che i provvedimenti sanitari devono soddisfare i criteri EAE. Il nuovo articolo 14^{ter} capoverso 2 LAI conferisce al Consiglio federale la competenza di consentire l'assunzione delle spese di questi provvedimenti anche se i principi di cui all'articolo 14 capoverso 2 LAI non sono rispettati o se, nell'ottica dell'integrazione, l'AI li prende a carico in misura più ampia o a condizioni diverse rispetto all'AOMS³¹. Il Consiglio federale si avvale di questa facoltà normativa e prevede la possibilità di assumere le spese per i provvedimenti sanitari d'integrazione a determinate condizioni. Sarà così possibile assumere le spese anche se l'efficacia non è ancora pienamente comprovata e sono necessarie ulteriori prove empiriche; inoltre, il caso deve presentare un potenziale d'integrazione particolarmente elevato e i possibili risparmi derivanti dall'integrazione devono superare i costi supplementari generati dalla cura. L'efficacia si misura in questi casi non soltanto nell'ottica dei miglioramenti fisici o psichici sotto il profilo medico, ma anche rispetto ai risparmi attesi con l'integrazione.

Per quanto concerne i requisiti di efficacia, si rinuncia a una regolamentazione derogatoria, poiché secondo i principi vigenti per la valutazione dell'efficacia nel quadro dell'AOMS – contrariamente a quanto esposto nel commento all'articolo 14^{ter} capoverso 3 LAI nel messaggio concernente la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI³² – non sono sempre necessari studi clinici randomizzati, ma è richiesto soltanto il livello di prova dell'efficacia che ci si può attendere e, in mancanza di studi sufficienti, ci si può basare anche su un'opinione ampiamente condivisa dagli esperti.

Se i provvedimenti sanitari d'integrazione previsti non rispettano i principi di cui all'articolo 14 capoverso 2 LAI, questo va indicato nella richiesta di cui al capoverso 3.

Art. 2 cpv. 3

Per la nascita del diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione l'articolo 12 capoverso 3 LAI stabilisce che occorre una prognosi favorevole emessa dal medico specialista curante. Poiché una prognosi può essere effettuata per definizione soltanto prima della cura (e non a posteriori), deve dunque essere stata emessa già prima della cura prevista.

La procedura relativa ai provvedimenti di cui all'articolo 12 LAI prevederà pertanto l'obbligo di notificare la prognosi d'integrazione favorevole del medico specialista curante al competente ufficio AI prima dell'inizio del provvedimento sanitario. Si potranno così evitare le numerose procedure giudiziarie degli ultimi anni, dovute a controversie tra l'AI e gli assicuratori-malattie riguardo all'assunzione delle spese dei provvedimenti sanitari d'integrazione. Onerose dal punto di vista amministrativo, queste controversie hanno richiesto l'uso delle già scarse risorse di personale medico degli uffici AI. In caso di disaccordo circa l'assunzione delle spese, continuerà a vigere l'obbligo degli assicuratori-malattie di anticipare le prestazioni secondo l'articolo 70 capoverso 2 lettera a LPGa. Se un diritto sarà esercitato in ritardo, resterà applicabile l'articolo 48 LAI. Tali casi saranno comunque presumibilmente rari, data l'impostazione dell'articolo 12 LAI.

Art. 2 cpv. 4

Attualmente l'obbligo di menzionare la natura (p. es. tipo di intervento), la durata (orizzonte temporale) e l'entità della prestazione (intensità/frequenza, numero e durata delle sedute) è

³⁰ Cfr. DTF 131 V 9 consid. 4.2 con rinvii; sentenza del Tribunale federale 9C_355/2012 del 29 novembre 2012 consid. 1.1.

³¹ Per informazioni dettagliate cfr. FF 2017 2191, in particolare pag. 2309.

³² FF 2017 2191, in particolare pag. 2309.

contenuto nel numero marginale 32 della Circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione dell'assicurazione invalidità (CPSI). Dopo che nel suo rapporto del 16 ottobre 2018³³ sulla verifica successiva sui provvedimenti sanitari dell'AI e sul controllo dei costi dei mezzi ausiliari il CDF ha criticato il fatto che finora le prestazioni sono state concesse (mediante decisione o comunicazione) senza che nella relativa decisione o comunicazione ne fossero indicate la natura, la durata e l'entità, nel quadro della presente revisione si inserisce esplicitamente nell'ordinanza l'obbligo di fornire queste indicazioni: i provvedimenti sanitari d'integrazione non possono essere rimborsati a tempo indeterminato: occorre pertanto verificare regolarmente se contribuiscano al raggiungimento dell'obiettivo terapeutico e rafforzino effettivamente l'idoneità all'integrazione. La frequenza di questa verifica dipenderà dal tipo di danno alla salute e dalla cura, ma dovrà essere almeno biennale.

Art. 2^{bis}

Conformemente al riveduto articolo 12 LAI, nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI il limite d'età per il diritto ai provvedimenti sanitari d'integrazione è stato innalzato a 25 anni per le persone che partecipano a un provvedimento d'integrazione professionale al compimento dei 20 anni.

Art. 2^{bis} cpv. 1 lett. a

Questa lettera stabilisce che il rimborso dei provvedimenti sanitari d'integrazione potrà proseguire, se un provvedimento d'integrazione professionale è stato concluso o interrotto, ma al momento della sua conclusione o interruzione ne è già stato assegnato un altro. Il lasso di tempo massimo che può intercorrere tra i provvedimenti professionali è precisato a livello di direttive. Il proseguimento del rimborso dei provvedimenti sanitari d'integrazione presuppone la necessità di tali provvedimenti per il successo dell'integrazione.

Art. 2^{bis} cpv. 1 lett. b

Conformemente a questa lettera, il proseguimento del rimborso dei provvedimenti sanitari d'integrazione è possibile, in determinati casi, anche se non è stato ancora concesso il provvedimento d'integrazione professionale successivo. Nello specifico, se per esempio in caso di interruzione di un provvedimento d'integrazione professionale l'ufficio AI dovesse giungere alla conclusione che il potenziale d'integrazione non è ancora esaurito e si può quindi prevedere lo svolgimento riuscito di un ulteriore provvedimento professionale, l'AI potrà rimborsare i provvedimenti sanitari d'integrazione, se sono necessari per il successo dell'integrazione.

Art. 2^{bis} cpv. 2

Questo capoverso fa riferimento al capoverso 1 lettera b, secondo cui il lasso di tempo che intercorre tra i due provvedimenti professionali non può superare i sei mesi. Le spese per i provvedimenti sanitari d'integrazione saranno quindi assunte per al massimo sei mesi dopo la conclusione o l'interruzione dell'ultimo provvedimento professionale.

Art. 2^{ter}

Nella prassi degli uffici AI si pongono continuamente interrogativi riguardo alla definizione di idoneità all'integrazione. Questo articolo stabilisce pertanto, in linea con la giurisprudenza del Tribunale federale, che i requisiti per l'idoneità all'integrazione non devono essere particolarmente elevati. Il concetto di «capacità di frequentare la scuola» viene concretizzato nel requisito di frequentare una scuola regolare, speciale o privata. Inoltre, nel concetto di «formazione professionale iniziale» rientrano anche formazioni non finanziate dall'AI. Infine, il concetto di «capacità al guadagno» deve includere anche il mercato del lavoro secondario (p. es. posti protetti).

³³ CDF, *Audit de suivi sur les mesures médicales de l'assurance-invalidité et sur le contrôle des coûts des moyens auxiliaires* – Office fédéral des assurances sociales, 2018; disponibile (in francese con riassunto in italiano) all'indirizzo www.efk.admin.ch > Pubblicazioni > Salute.

Art. 3

Art. 3 cpv. 1 lett. a–c

La definizione di infermità congenita di cui all'articolo 3 capoverso 2 LPGA resta invariata. Il riveduto articolo 13 LAI concretizza le condizioni per il riconoscimento delle infermità congenite da parte dell'AI. Il presente articolo precisa i termini utilizzati nell'articolo di legge. Le infermità congenite ai sensi dell'articolo 13 capoverso 2 LAI sono definite in base ai seguenti criteri, non cumulativi.

Let. a: per malformazioni congenite si intendono le malformazioni di organi o parti del corpo esistenti alla nascita.

Let. b: per malattie genetiche si intendono le affezioni riconducibili a un'alterazione del patrimonio genetico dovuta a una mutazione genetica o a un difetto genetico. In tal caso non è necessario che l'affezione sia manifesta nella fase perinatale. Si è in presenza di un'affezione ai sensi della presente lettera quando questa è diagnosticata prima del 20° anno d'età (p. es. atrofia muscolare spinale [SMA]).

Let. c: l'affezione deve essere presente nella fase prenatale o perinatale. Questo significa che deve essere già presente al momento della nascita o sorgere al più tardi sette giorni dopo.

Art. 3 cpv. 1 lett. d–h

Il nuovo articolo 13 LAI codifica i cinque criteri cumulativi sviluppati dalla giurisprudenza per la definizione delle infermità congenite. Nell'ordinanza vanno precisati i criteri «affezioni che compromettono la salute», «affezioni che presentano una certa gravità», «cure di lunga durata o complesse» e «affezioni curabili», il che avviene nelle presenti lettere. Il criterio «affezioni diagnosticate da un medico specialista», indicato nella legge, non necessita di ulteriori precisazioni a livello di ordinanza.

Art. 3 cpv. 1 lett. d

La definizione di «affezione che compromette la salute» è necessaria, poiché l'ultimo periodo del commento all'articolo 13 capoverso 2 lettera b LAI nel messaggio concernente la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI³⁴ è equivoco. Il riferimento a una successiva incapacità al guadagno è sbagliato, dato che il nuovo articolo 13 LAI si riferisce alle infermità congenite, le quali non hanno alcun nesso con la capacità al guadagno.

Art. 3 cpv. 1 lett. e

Secondo il nuovo articolo 13 capoverso 2 lettera c LAI, un'infermità congenita deve presentare una certa gravità. Sono considerate affezioni che presentano una certa gravità quelle il cui decorso non può essere favorevole in mancanza di una cura o può esserlo solo in misura minima e che comportano postumi duraturi. Con «limitazione funzionale» si designa il risultato di un danno alla salute fisica duraturo.

Art. 3 cpv. 1 lett. f e g

Secondo il nuovo articolo 13 capoverso 2 lettera d LAI, devono essere necessarie cure di lunga durata o complesse.

Let. f: il concetto di «cure di lunga durata» è precisato nel senso che le cure devono durare più di un anno.

Let. g: per «cure complesse» si intendono le cure che implicano una collaborazione regolare e ricorrente tra medici specialisti in almeno due ambiti specialistici. I medici dentisti diplomati sono equiparati ai medici con un titolo di specializzazione.

Art. 3 cpv. 1 lett. h

Le affezioni sono considerate curabili, se i provvedimenti sanitari possono influire favorevolmente sul decorso della malattia. È il caso quando la cura medica migliora lo stato di salute o la progressione della malattia rallenta o si arresta.

³⁴ FF 2017 2306

Le anomalie cromosomiche (p. es. la trisomia 13, o sindrome di Patau) non costituiscono infermità congenite ai sensi del nuovo articolo 13 LAI, in quanto non sono curabili in quanto tali. Nemmeno la trisomia 21 è curabile. Per il suo trattamento il nuovo articolo 13 capoverso 3 LAI prevede tuttavia un'eccezione³⁵.

Art. 3 cpv. 2 e 3

Questi capoversi riprendono il contenuto della disposizione dell'articolo 1 capoverso 1, secondo e terzo periodo OIC nella versione vigente. La sola predisposizione, in particolare genetica, non costituisce un'infermità congenita. Il momento in cui l'infermità è accertata non ha importanza, vale a dire che l'infermità congenita non deve poter essere diagnosticata imperativamente già al momento della nascita o nei sette giorni successivi. Il limite d'età previsto per determinate infermità congenite (cfr. OIC-DFI) non va confuso con il momento dell'accertamento. In questo contesto si tratta di distinguere tra la sola predisposizione e l'infermità congenita già presente alla nascita, ma non ancora manifesta (art. 1 cpv. 1, terzo periodo OIC). Questo è particolarmente evidente nel caso delle malattie del metabolismo: pur essendo già presenti alla nascita (e diagnosticabili), si manifestano soltanto dopo un certo periodo di tempo (variabile tra settimane e anni). È dunque irrilevante che l'infermità congenita non fosse riconoscibile come tale al momento della nascita. Una predisposizione a una malattia è un fattore che favorisce lo sviluppo della malattia, ma non può esserne l'unica causa scatenante.

Per l'assunzione dei costi da parte dell'AI è determinante la manifestazione delle ripercussioni dell'infermità congenita prima del compimento dei 20 anni. Il limite d'età previsto per determinate infermità congenite è teso a distinguere tra affezioni congenite e non congenite nonché tra affezioni lievi e gravi.

Se questi quadri clinici vengono diagnosticati dopo il limite d'età stabilito, si deve presumere che non si tratti di affezioni congenite o gravi e che dunque non sussistano infermità congenite ai sensi della LAI.

Art. 3 cpv. 4

Attualmente l'obbligo di menzionare la natura (p. es. tipo di intervento), la durata (orizzonte temporale) e l'entità della prestazione (intensità/frequenza, numero e durata delle sedute) è contenuto nel numero marginale 32 della CPSI. Affinché le prestazioni non siano concesse (mediante decisione o comunicazione) senza che siano indicate la natura, la durata e l'entità, si inserisce esplicitamente nell'ordinanza l'obbligo di fornire tale indicazione: i provvedimenti sanitari d'integrazione non potranno essere rimborsati a tempo indeterminato, ma si dovrà verificare regolarmente se contribuiscano al raggiungimento dell'obiettivo terapeutico e servano allo scopo dell'integrazione. La frequenza di questa verifica dipenderà dal tipo di danno alla salute e dalla cura. In caso di concessione di una cura per un lasso di tempo superiore a due anni, occorreranno un accertamento e una motivazione approfonditi. Per i provvedimenti sanitari nell'ambito delle infermità congenite è dunque previsto un disciplinamento diverso rispetto a quello applicabile ai provvedimenti sanitari d'integrazione secondo l'articolo 2 D-OAI, il cui capoverso 4 prevede anche una verifica, che deve però avere luogo almeno ogni due anni (cfr. commento all'art. 2 cpv. 4 D-OAI).

Art. 3^{bis}

Art. 3^{bis} cpv. 1

L'OIC rimarrà anche in futuro un'ordinanza a sé stante. Il riconoscimento delle infermità congenite da parte dell'AI si basa prevalentemente su una valutazione di natura medico-tecnica. Poiché in futuro l'elenco di queste infermità verrà adeguato con una frequenza maggiore, la competenza di emanare l'ordinanza viene trasferita direttamente al DFI. Questo consentirà di reagire più rapidamente agli sviluppi medici e permetterà ad esempio di inserire in tempi brevi malattie rare nell'elenco delle infermità congenite. L'ordinanza (allegato incluso) sarà dunque emanata quale ordinanza dipartimentale.

³⁵ Cfr. mozione Zanetti 13.3720 Inserire la trisomia 21 nell'elenco delle infermità congenite, depositata il 18 settembre 2013.

Art. 3^{bis} cpv. 2

Questa disposizione ricalca quella dell'articolo 75 OAMaI, secondo cui al DFI è conferita la competenza di emanare prescrizioni di dettaglio concernenti la tenuta degli elenchi (elenco delle analisi, elenco dei medicinali con tariffa, elenco delle specialità).

In futuro chiunque potrà presentare una richiesta all'UFAS per l'ammissione di un'infermità congenita nel pertinente elenco. L'UFAS definirà i requisiti per la richiesta e metterà a disposizione su Internet un apposito modulo ufficiale. Esaminerà quindi le richieste pervenutegli, con il coinvolgimento del gruppo di lavoro competente (composto da medici dell'UFSP e rappresentanti di H+, FMH, ProRaris, Inclusion Handicap, Società svizzera dei medici di fiducia e dei medici assicurativi nonché degli uffici AI) e, se complete, le sottoporrà al DFI. Quest'ultimo deciderà in via definitiva se ammettere un'infermità congenita nell'elenco. In virtù della delega di competenza conferitagli, ha la possibilità di prevedere ulteriori precisazioni a livello di ordinanza.

Art. 3^{ter}

In futuro l'assunzione delle spese di vitto e alloggio non sarà più disciplinata separatamente. La disposizione del vigente articolo 3^{ter} OAI corrisponde a quella dell'articolo 90 OAI e ha dunque carattere prettamente dichiaratorio. Una regolamentazione supplementare nell'articolo 3^{ter} D-OAI è pertanto superflua.

Art. 3^{ter} cpv. 1 e 2

Questi capoversi riprendono il contenuto delle disposizioni degli articoli 2 capoverso 1 e 3 OIC, che disciplinano la durata del diritto a provvedimenti sanitari. Sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta (art. 3 cpv. 2 LPGa). Conformemente al capoverso 1, il diritto a provvedimenti sanitari inizia al più presto con la nascita. Si chiarisce così che l'AI non si fa carico delle cure prenatali. Il diritto si estingue quando l'assicurato compie 20 anni, anche in caso di proseguimento dei provvedimenti sanitari per la cura dell'infermità congenita già iniziati. A partire da quel momento è competente l'AOMS.

Si rinuncia a concretizzare a livello di ordinanza il riveduto articolo 14 capoverso 1 lettera g LAI. In applicazione dell'articolo 51 LAI, tutte le spese di viaggio e di trasporto necessarie sotto il profilo medico continueranno a essere rimborsate.

Art. 3^{quater}

Questo articolo è abrogato, in quanto il suo contenuto è sostanzialmente ripreso nell'articolo 24^{quater} capoverso 1 D-OAI.

Art. 3^{quinqües}

Le prestazioni di cura mediche a carico dell'AI sono state costantemente migliorate e ampliate negli ultimi anni. Al fine di precisare le prestazioni stabilite all'articolo 14 capoverso 1 lettera b LAI, occorre introdurre un nuovo articolo nell'OAI.

Nella versione francese dell'OAI si rinuncia all'aggettivo «mediche», affinché la disposizione corrisponda alla lettera dell'articolo 14 capoverso 1 lettera b LAI. Il testo tedesco e italiano prevalgono su quello francese, cosicché anche il testo francese della disposizione si riferisce unicamente alle prestazioni di cura mediche.

Art. 3^{quinqües} cpv. 1

L'AI e l'AOMS disciplinano ambiti di diritti diversi, sia per quanto concerne lo scopo delle prestazioni che per quanto riguarda le prestazioni da concedere. Di conseguenza, non è possibile riprendere in toto i principi che valgono in un settore anche nell'altro. I due settori di prestazioni dell'AI e dell'AOMS si fondano infatti su una legislazione differente, il che giustifica differenze in materia di condizioni di diritto ed entità delle prestazioni. Le prestazioni di cura mediche dell'AI corrispondono quindi soltanto per analogia alle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a e b OPre.

Le prestazioni di cura mediche dell'AI comprendono innanzitutto i provvedimenti necessari per la valutazione, la consulenza e il coordinamento, cheservono a valutare nonché a pianificare e documentare il bisogno di cure. Vi rientrano anche l'istruzione dei genitori e la loro supervisione regolare da parte del personale infermieristico. In questo ambito possono essere presi in considerazione anche compiti di coordinamento. I provvedimenti in questione corrispondono per analogia alle prestazioni descritte all'articolo 7 capoverso 2 lettera a OPre.

Vi rientrano inoltre i provvedimenti necessari per esami e cure, che corrispondono alle cure mediche. I provvedimenti in questione corrispondono per analogia alle prestazioni descritte all'articolo 7 capoverso 2 lettera b OPre. Il termine «personale infermieristico» designa persone con una qualificazione medica che possono fornire prestazioni di cura mediche ambulatoriali a carico dell'AI in virtù di una convenzione tariffale conclusa con l'AI secondo l'articolo 27 capoverso 1 LAI.

Art. 3^{quinqies} cpv. 2

In caso di soggiorno stazionario in un ospedale o in una casa di cura, le prestazioni di cura mediche fanno parte della prestazione complessiva da fornire, che viene rimborsata mediante gli importi forfettari giornalieri o per singolo caso. L'assunzione delle spese delle prestazioni di cura anche da parte dell'AI comporterebbe quindi un doppio rimborso.

Art. 3^{quinqies} cpv. 3

La sorveglianza di lunga durata è una cura ai sensi dell'articolo 3^{quinqies} capoverso 2 lettera b, che comprende le cure fornite a bambini e giovani per i quali in qualsiasi momento può insorgere una situazione potenzialmente mortale o pericolosa per la salute che necessita dell'intervento di personale medico.

Le prestazioni di sorveglianza medica di lunga durata si limitano a pochi quadri clinici gravi e sono indicate in particolare per i bambini non autonomi e non in grado di esprimere il loro bisogno. Crescendo, l'assicurato riesce a gestire in modo più autonomo la propria affezione e può comunicare meglio, il che di regola riduce l'entità delle prestazioni di sorveglianza necessarie. Nel momento in cui l'obbligo di versare prestazioni passa all'assicurazione malattie, dopo il compimento dei 20 anni dell'assicurato, sono dunque rari i casi in cui sussiste ancora il bisogno di queste prestazioni, ragion per cui non c'è da attendersi una difficoltà di coordinamento.

Il limite di al massimo 16 ore al giorno deriva dal fatto che di regola i bambini e i giovani dovrebbero essere sorvegliati e curati per almeno otto ore al giorno dai genitori o da familiari di riferimento. Questo è importante dal punto di vista pedagogico, per garantire il miglior sviluppo possibile del bambino o del giovane. Si vogliono inoltre favorire la tutela della sfera intima, l'autonomia familiare e la costituzione del legame tra figlio/genitori/fratelli e sorelle.

In casi speciali, si può esigere dai familiari un numero inferiore di ore di sorveglianza e cura giornaliera e l'AI può rimborsare prestazioni mediche fino a 24 ore al giorno. Questo può avvenire, ad esempio, se per motivi di salute il rappresentante legale non è in grado di garantire le otto ore in questione. Poiché l'UFAS disciplinerà queste eccezioni a livello di direttive, gli adeguamenti necessari potranno essere decisi e attuati rapidamente. Il coordinamento con altre prestazioni dell'AI sarà garantito.

Art. 3^{quinqies} cpv. 4

Per poter aggiornare costantemente la determinazione delle prestazioni di cura mediche prese a carico dall'AI è necessario che l'UFAS definisca l'entità e il contenuto delle prestazioni di cui al capoverso 1. Questo avverrà con la nuova ordinanza del DFI sulle prestazioni di cura mediche ambulatoriali, che entrerà presumibilmente in vigore in concomitanza con la presente ordinanza (cfr. ordinanza del DFI sulle prestazioni di cura mediche ambulatoriali e relativo commento).

Art. 3^{sexies}

Art. 3^{sexies} cpv. 1

In applicazione del nuovo articolo 14^{ter} capoverso 5 LAI, occorre definire l'Ufficio federale responsabile per la tenuta del nuovo elenco dei medicinali. Considerate la sua grande esperienza in questo ambito e la necessità di coordinamento con la procedura di ammissione nell'ES secondo gli articoli 64a segg. OAMal, questo compito sarà delegato all'UFSP. Esso sarà responsabile per la procedura di ammissione nell'ES-IC senza il coinvolgimento dell'UFAS, che sarà invece responsabile per la valutazione delle richieste di rimborso dei medicinali nel singolo caso (cfr. art. 3^{decies} D-OAI) e assumerà così il ruolo che nell'ambito dell'AOMS spetta ai singoli assicuratori.

Come per la tenuta dell'ES, l'UFSP sarà consigliato dalla Commissione federale dei medicinali (CFM) di cui all'articolo 37e OAMal. Per la valutazione delle richieste di ammissione nell'ES-IC non è necessario prevedere un ampliamento della CFM. L'ambito delle infermità congenite rappresenta un campo molto vasto e sarebbe dunque poco realistico pensare che una sola persona in più possa coprire tutti i settori in questione. Per le infermità congenite sarà pertanto inevitabile ricorrere anche alle conoscenze di esperti al di fuori della Commissione, come già avviene per questioni specifiche legate ad altri medicinali. In occasione delle nomine dei membri della CFM si potrà eventualmente tenere conto del maggior bisogno di conoscenze specialistiche in campo pediatrico.

La denominazione «elenco delle specialità per le infermità congenite» (ES-IC) si rifà a quella dell'ES già esistente, poiché la procedura di ammissione dei medicinali e l'operazionalizzazione dei criteri EAE dovranno essere identici. Per quanto riguarda il rimborso, inoltre, per gli assicurati e i fornitori di prestazioni è irrilevante se un medicamento figura nell'ES o nell'ES-IC.

- ES: l'AOMS e l'AI (secondo l'art. 3^{novies} cpv. 1 lett. a D-OAI) rimborseranno i medicinali che figurano nell'ES.
- ES-IC: l'AI rimborserà i medicinali figuranti nell'ES-IC in presenza di un'infermità congenita fino al compimento dei 20 anni (art. 3^{novies} cpv. 2 lett. a D-OAI). In futuro l'AOMS rimborserà i medicinali figuranti nell'ES-IC conformemente al riveduto articolo 52 capoverso 2 LAMal in linea generale agli assicurati adulti e, inoltre, agli assicurati minorenni che non soddisfano le condizioni assicurative dell'AI.

Per l'ammissione di un medicamento nell'ES o nell'ES-IC andrà considerato che entrambi gli elenchi possono essere applicati per principio sia a minorenni che ad adulti. Questo può ad esempio comportare che per l'ammissione nell'ES o nell'ES-IC siano definite limitazioni diverse in funzione dell'età o di altri criteri (cfr. art. 73 OAMal). Nell'ambito dell'ammissione di un medicamento nell'ES-IC, andrà verificato anche il rispetto dei criteri EAE per l'impiego del medicamento sugli adulti e le condizioni del caso andranno inserite nella limitazione di cui all'articolo 73 OAMal. Gli oneri e le condizioni per la cura degli adulti potranno quindi differire da quelle previste per i minorenni. Derivando logicamente dalle disposizioni, non è necessaria una regolamentazione esplicita al riguardo nell'OAMal.

Art. 3^{sexies} cpv. 2

Per principio, un medicamento sarà ammesso nell'ES-IC soltanto se è indicato esclusivamente per la cura delle infermità congenite di cui all'articolo 3^{bis} capoverso 1 D-OAI (è fatto salvo un eventuale rimborso nel singolo caso per l'impiego per un'indicazione diversa dalla cura di un'infermità congenita). Con l'espressione «indicato esclusivamente» si intendono inoltre anche i medicinali con più indicazioni, per i quali però i criteri EAE sono rispettati soltanto in relazione alle infermità congenite. Questi medicinali figureranno quindi solo nell'ES-IC, e non nell'ES. Se un medicamento è rimborsato regolarmente anche per altre indicazioni, sarà ammesso nell'ES o, in caso di estensione dell'indicazione, radiato dall'ES-IC e ammesso nell'ES.

La seconda condizione di ammissione nell'ES-IC è che la cura con il medicamento in questione inizi di regola prima del compimento dei 20 anni. Per principio, nell'ES-IC potranno quindi essere ammessi soltanto i medicinali che nel momento in cui inizia la cura sono rimborsati

dall'AI. Se un medicamento è indicato per la cura di un'infermità congenita, ma il suo impiego a tal fine inizia nella maggior parte dei casi soltanto in età adulta, esso verrà ammesso nell'ES. Un medicamento non potrà essere ammesso simultaneamente nell'ES e nell'ES-IC. Ogni medicamento sarà inserito soltanto nell'elenco per il quale adempie le condizioni di ammissione. Le condizioni elencate nel presente articolo e la disposizione dell'articolo 65 capoverso 1^{bis} D-OAMal servono a garantire questo coordinamento. Per gli assicurati e i fornitori di prestazioni è invece indifferente che un medicamento figuri nell'ES o nell'ES-IC.

Art. 3^{sexies} cpv. 3

Il rimando alle disposizioni d'esecuzione relative alla LAMal garantisce che le condizioni concernenti l'ES si applichino per analogia anche all'ES-IC. Questo rimando comprende attualmente le sezioni 4 e 5 del capitolo 3 del titolo 4 della parte prima dell'OAMal (compreso l'allegato 1 dell'OAMal concernente le tasse) nonché le sezioni 3 e 4 del capitolo 8 del titolo 1 dell'OPre. Il riferimento a singole sezioni garantisce l'applicazione per analogia di eventuali adeguamenti dell'OAMal e dell'OPre anche all'ES-IC. In questo modo il coordinamento dei due elenchi sarà garantito.

Le pubblicazioni inerenti all'ES-IC saranno effettuate attraverso la piattaforma online pubblicamente accessibile di cui all'articolo 71 capoverso 6 OAMal.

Art. 3^{sexies} cpv. 4

Per l'ammissione di medicinali nell'ES-IC si rinuncia a un termine analogo a quello previsto all'articolo 31b OPre, dato che in molti casi si tratta di medicinali per la cura di malattie rare, per i quali la verifica del rispetto dei criteri EAE è estremamente onerosa. Il motivo è che in caso di malattie rare i prezzi richiesti sono elevati e occorrono più analisi per verificare il rapporto costi-benefici, poiché il confronto con i prezzi a livello internazionale è poco rappresentativo, dato che all'estero i modelli di prezzo sono attuati sotto forma di sconti o limiti di volume. Inoltre, le prove scientifiche derivanti dagli studi sono di regola più difficili da valutare a causa del numero esiguo di partecipanti e occorre consultare esperti attivi in ambito clinico e definire condizioni, affinché le imprese farmaceutiche possano illustrare in modo definitivo l'efficacia e l'appropriatezza dei medicinali in questione nell'ambito di un'ammissione di durata limitata. Rispetto ad altri medicinali, meno complessi per la valutazione dei criteri EAE, questo comporta un onere notevole. Per i medicinali dell'ES-IC non è pertanto realistico prevedere una decisione «di norma entro 60 giorni» come stabilito all'articolo 31b OPre.

Art. 3^{septies}

Art. 3^{septies} cpv. 1 e 2

Analogamente a quanto previsto all'articolo 67a OAMal, le eccedenze conseguite con i medicinali figuranti nell'ES-IC dovranno essere restituite. Agli importi in questione si applicheranno per principio le stesse regole previste per l'ES (cfr. anche art. 37e OPre), con la differenza che andranno restituiti al Fondo di compensazione dell'AI (Fondo di compensazione AI) secondo l'articolo 79 LAI.

Le eccedenze andranno restituite al Fondo di compensazione AI anche se una parte di esse è ascrivibile a rimborsi da parte degli assicuratori-malattie (p. es. in caso di rimborso per adulti dopo il compimento dei 20 anni). Lo stesso vale già oggi, in senso inverso, per la restituzione delle eccedenze secondo l'articolo 67a OAMal all'istituzione comune LAMal, nei casi in cui l'AI ha effettuato una parte dei rimborsi.

Art. 3^{octies}

In virtù del nuovo capoverso 1^{bis} dell'articolo 67 LAI, l'UFSP potrà essere indennizzato dal Fondo di compensazione AI per le spese legate all'ES-IC. Potranno però essere fatturate soltanto le spese che non sono già coperte tramite emolumenti.

L'UFAS e l'UFSP concluderanno a tal fine un accordo amministrativo.

Art. 3^{novies}

Art. 3^{novies} cpv. 1

La ripresa per analogia dell'articolo 52 LAMal garantisce che l'AI proceda in modo analogo all'AOMS al rimborso delle prestazioni figuranti negli elenchi dell'articolo 52 capoverso 1 LAMal. Per quanto concerne l'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp), questo verrà applicato soltanto per i mezzi e gli apparecchi necessari per la diagnosi o la cura delle infermità congenite. Per i mezzi ausiliari di cui all'articolo 21 LAI, non si applicherà dunque l'EMAp, ma ci si dovrà riferire alle pertinenti convenzioni tariffali concluse con l'AI.

Art. 3^{novies} cpv. 2

La lettera a di questo capoverso stabilisce che l'AI assumerà i costi dei medicinali figuranti nell'ES-IC secondo il nuovo articolo 3^{sexies} OAI. Conformemente alla lettera b, si farà inoltre carico dei provvedimenti diagnostici, se necessari per la diagnosi o la cura di un'infermità congenita esistente e dei relativi postumi. Questo significa che l'assicurazione non potrà assumere le spese di provvedimenti diagnostici eseguiti unicamente per interesse, senza ripercussioni per la gestione di un'infermità congenita, o per scopi scientifici. Lo stesso varrà anche nei casi in cui i risultati mostreranno che l'affezione in questione non è un'infermità congenita ai sensi dell'articolo 13 LAI.

Art. 3^{decies}

Con questo articolo si attua il nuovo articolo 14^{ter} capoverso 3 LAI, che delega al Consiglio federale la competenza di disciplinare il rimborso delle spese per medicinali nel singolo caso.

Art. 3^{decies} cpv. 1

Il rimando alle disposizioni d'esecuzione relative alla LAMal garantisce che le disposizioni dell'AOMS concernenti il rimborso dei medicinali nel singolo caso si applichino per analogia anche nell'AI. Attualmente questo rimando fa riferimento in particolare alla sezione 4a del capitolo 3 del titolo 4 della parte prima dell'OAMal. La forma generale del rimando fa sì che eventuali adeguamenti delle disposizioni dell'AOMS concernenti il rimborso dei medicinali nel singolo caso si applichino per analogia anche nell'AI.

Con l'applicazione per analogia degli articoli 71a–71d OAMal nell'AI si mira a concretizzare la prassi vigente. Il Parlamento (Boll. Uff. 2019 N 112 seg.) ha chiesto che l'introduzione del nuovo elenco dei medicinali dell'AI non comporti un peggioramento della situazione attuale. Questa sua richiesta potrà essere soddisfatta anche mediante una disposizione dell'UFAS a livello di direttive secondo cui tutte le infermità congenite vanno considerate quali malattie che possono avere esito letale per l'assicurato o possono provocare danni cronici alla sua salute. Questo criterio relativamente restrittivo previsto all'articolo 71a OAMal sarà dunque considerato adempiuto in generale per tutte le infermità congenite secondo l'articolo 13 LAI e non andrà quindi verificato, secondo quanto già prevede la prassi vigente. Nelle direttive si dovrà inoltre stabilire che, nel caso dei medicinali originariamente omologati soltanto per gli adulti, l'esame del rimborso nel singolo caso deve essere incentrato in primo luogo sulla questione della sicurezza del medicamento per i minorenni.

Art. 3^{decies} cpv. 2

La responsabilità finale per le decisioni riguardanti il rimborso di medicinali per la cura di infermità congenite nel singolo caso incomberà agli uffici AI, che decidono in merito alla prestazione. Per garantire la parità di trattamento nell'accesso alle prestazioni, l'UFAS potrà esigere una consultazione preventiva e formulare una raccomandazione.

La procedura sarà impostata come segue e concretizzata a livello di direttive. Gli uffici AI saranno per principio tenuti a inoltrare all'UFAS le richieste nei singoli casi, previa valutazione da parte del Servizio medico regionale (SMR). L'UFAS verificherà se l'efficacia del medicamento in questione sia comprovata nel singolo caso e formulerà una raccomandazione all'at-

tenzione dell'ufficio AI richiedente, in base alla letteratura scientifica e alle direttive internazionali del momento. L'UFAS verificherà inoltre se sia disponibile un medicamento alternativo efficace e omologato in Svizzera. Se è il caso, la richiesta di rimborso nel singolo caso sarà respinta. L'ufficio AI deciderà soltanto in seguito. Con l'obbligo di sottoporre i casi all'UFAS e l'introduzione di un monitoraggio si terrà conto dell'esigenza di garantire la parità di trattamento nel rimborso dei medicinali nel singolo caso. Data la definizione di questo processo, in deroga all'articolo 71d capoverso 3 OAMal si rinuncia a fissare un termine espresso in giorni.

Art. 4^{bis}

Questo articolo è abrogato. Il suo contenuto materiale sarà ripreso nell'articolo 3^{novies} D-OAI.

Art. 4^{quater} cpv. 1

Se non è possibile soddisfare il requisito minimo di due ore di presenza al giorno previsto per i provvedimenti di reinserimento, non ha senso svolgerli. Per contro, l'aumento della capacità al lavoro non deve necessariamente avvenire su quattro giorni: un assicurato può quindi svolgere un provvedimento di reinserimento anche tre giorni alla settimana. Non è invece opportuna una partecipazione per otto ore in un solo giorno; in tal caso, sarebbe indicato piuttosto un altro provvedimento. Nell'ambito dell'ampliamento dell'offerta di consulenza e accompagnamento (art. 14^{quater} LAI) e della concessione dei provvedimenti in funzione del bisogno, è l'organo che gestisce il caso a essere tecnicamente responsabile di stabilire il numero di giorni alla settimana, purché sia garantita la presenza di otto ore alla settimana.

Art. 4^{quinqies}

Questo articolo descrive i vari provvedimenti di reinserimento e la loro impostazione concreta. L'estensione dei provvedimenti di reinserimento agli assicurati a rischio d'invalidità di età inferiore ai 25 anni comporta l'introduzione di un nuovo genere di provvedimento di reinserimento, che va coordinato con gli altri provvedimenti preparatori destinati ai giovani.

Art. 4^{quinqies} cpv. 1 e 2

L'aumento della capacità al lavoro è un obiettivo centrale dei provvedimenti di reinserimento, ragion per cui viene esplicitamente menzionato nel capoverso 1. Inoltre, nel capoverso 2 l'espressione «libero mercato del lavoro» è sostituita con «mercato del lavoro primario».

Art. 4^{quinqies} cpv. 3

In questo capoverso viene precisata l'estensione dei provvedimenti di reinserimento ai giovani. Come indicato nei capoversi 1 e 2, i provvedimenti di reinserimento sono volti a preparare gli assicurati a provvedimenti professionali. Il capoverso 3 esprime il fatto che nel caso dei provvedimenti di reinserimento destinati ai giovani occorrono inoltre conoscenze specifiche per poter distinguere le ripercussioni dei danni alla salute psichica dai comportamenti tipici della pubertà. I provvedimenti di reinserimento destinati ai giovani pongono l'accento sull'aumento della capacità di presenza e di rendimento, in modo da permettere lo svolgimento di provvedimenti successivi. Questi provvedimenti successivi possono essere formazioni transitorie cantonali per colmare lacune scolastiche (art. 68^{bis} cpv. 1^{ter} LAI), stage nell'ambito dell'orientamento professionale (art. 15 LAI) per acquisire esperienze professionali oppure una prima formazione professionale (art. 16 LAI). Analogamente a quanto previsto per gli altri provvedimenti preparatori destinati a essi, gli uffici AI potranno assegnare ai giovani provvedimenti di reinserimento destinati loro soltanto dopo la conclusione del periodo dell'obbligo scolastico, in quanto secondo l'articolo 62 della Costituzione federale (Cost.)³⁶ la scuola dell'obbligo è di competenza cantonale. La scuola dell'obbligo comprende anche l'offerta per bambini e giovani con un danno alla salute nel periodo dell'obbligo scolastico, quali ad esempio la scuola speciale, le sospensioni e la pedagogia curativa. L'AI non può interferire nella sfera di competenza dei Cantoni.

Art. 4^{quinqies} cpv. 4

Nel caso dei provvedimenti di reinserimento non vi è una durata prestabilita con una conclusione ufficiale (come avviene p. es. per la prima formazione professionale). Sia la durata prevista che gli obiettivi di questi provvedimenti andranno sempre stabiliti caso per caso in un'apposita convenzione sugli obiettivi, in base alle possibilità dell'assicurato. Occorrerà quindi definire tappe intermedie e l'organo che gestisce il caso dovrà verificare e accompagnare la loro attuazione. Sin dalla 5^a revisione dell'AI, e ancor più con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, i provvedimenti d'integrazione professionale vengono maggiormente orientati al mercato del lavoro primario. Anche i provvedimenti di reinserimento dovranno svolgersi possibilmente sul mercato del lavoro primario, in modo da evitare che l'assicurato ne resti a lungo lontano e creare le condizioni per la partecipazione a provvedimenti professionali in un ambiente reale. L'accompagnamento dell'assicurato e del datore di lavoro da parte dell'AI è fondamentale in questo contesto. Il termine «in parte» può essere interpretato anche nel senso che l'assicurato può partecipare a un provvedimento di reinserimento ad esempio per tre giorni alla settimana sul mercato del lavoro primario e per gli altri due giorni in un'istituzione.

Art. 4^{sexies}

Questo articolo contiene diverse disposizioni concernenti la durata dei provvedimenti di reinserimento, quali precisazioni circa la durata concreta in giorni, le interruzioni, le condizioni di prolungamento, le nuove richieste e la conclusione anticipata.

Art. 4^{sexies} cpv. 1

In questo capoverso si precisa che la durata è quella dei provvedimenti di reinserimento secondo l'articolo 14a capoverso 3 LAI.

Art. 4^{sexies} cpv. 3 lett. a

Come spiegato nel commento all'articolo 4^{quinqies} capoverso 4, per i provvedimenti di reinserimento non è prescritta una durata esatta con una conclusione predefinita. Per questo motivo, la durata e gli obiettivi saranno stabiliti all'inizio in una convenzione sugli obiettivi con il singolo assicurato e il fornitore di prestazioni o il datore di lavoro del caso. L'ufficio AI seguirà da vicino l'attuazione della convenzione. Se constaterà che l'obiettivo concordato è raggiunto prima o non è raggiungibile nonostante tutti i tentativi e gli adeguamenti effettuati, il provvedimento di reinserimento verrà concluso anticipatamente (in relazione alla durata stabilita nella convenzione sugli obiettivi), tenendo conto del principio di proporzionalità. Lo stesso varrà nei casi in cui un altro provvedimento d'integrazione è più adeguato o la prosecuzione del provvedimento in questione non è ragionevolmente esigibile per motivi di salute.

Art. 4^{sexies} cpv. 4

Considerate le precisazioni del nuovo articolo 8 capoverso 3 LAI e le disposizioni di ordinanza relative ai nuovi articoli 3a, 14^{quater} e 57 LAI, la regolamentazione del vigente capoverso 4 non è più necessaria.

Art. 4^{sexies} cpv. 5

In questo capoverso si precisa che per poter prolungare un provvedimento di reinserimento occorre che questo sia necessario per raggiungere l'idoneità all'integrazione nell'ottica dei provvedimenti professionali. Inoltre, come già esposto nel commento all'articolo 4^{quinqies} capoverso 4, l'orientamento dei provvedimenti d'integrazione professionale al mercato del lavoro primario è un elemento centrale della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. Un provvedimento di reinserimento di durata superiore a un anno dovrà pertanto svolgersi almeno in parte nel mercato del lavoro primario. L'idea è che l'assicurato non resti "bloccato" allo stesso livello, ma che, dopo un periodo iniziale di stabilizzazione nell'istituzione, si faccia un passo avanti in modo da far progredire la riabilitazione. Anche in questo caso, però, è possibile che, a seconda della situazione, soltanto una parte del provvedimento prolungato si svolga nel mercato del lavoro primario.

Art. 4^{sexies} cpv. 6

Il vigente capoverso 6 stabilisce che il diritto a provvedimenti di reinserimento si estingue dopo una durata complessiva di due anni. Questa limitazione a due anni sull'arco di tutta la vita è soppressa nel quadro della presente revisione. Secondo il messaggio concernente la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, sarà possibile concedere nuovamente provvedimenti in seguito. L'espressione «in seguito» è precisata nel presente capoverso indicando che prima di tale concessione l'assicurato dovrà dimostrare di aver fatto tutto quanto ragionevolmente esigibile per il proprio reinserimento professionale oppure si dovrà essere verificato un cambiamento determinante del suo stato di salute. A titolo di prova è sufficiente una dichiarazione scritta. Permettendo la ripetizione di provvedimenti in funzione del bisogno, questa precisazione tiene conto del decorso delle malattie psichiche, il che è particolarmente rilevante per i giovani. La condizione di essersi sforzati seriamente può inoltre spronare i giovani nella direzione auspicata.

Art. 4^{septies}

Questo articolo può essere abrogato, dato che il suo contenuto è già riportato nelle nuove disposizioni concernenti l'offerta di consulenza e accompagnamento destinata all'assicurato e al suo datore di lavoro (nuovo art. 14^{quater} LAI), i compiti degli uffici AI (art. 57 LAI) e la gestione dei casi (art. 41a D-OAI).

Art. 4a

I nuovi provvedimenti preparatori in vista dell'accesso alla formazione inseriti nell'articolo 15 LAI vengono precisati nell'ordinanza, insieme con le componenti dell'orientamento professionale già previste, in modo che siano coordinati con gli altri provvedimenti preparatori destinati ai giovani.

Art. 4a cpv. 1

In questo capoverso vengono elencate tutte le componenti di un orientamento professionale possibili nell'AI.

- La lettera a menziona i metodi e provvedimenti generali di un orientamento professionale, quali il colloquio e l'analisi di orientamento professionale, l'accompagnamento ed eventuali test psicologici.
- La lettera b menziona i provvedimenti preparatori in vista dell'accesso alla formazione secondo l'articolo 15 capoverso 1 LAI (nel quadro dell'introduzione di quella disposizione di legge, il legislatore ha fatto riferimento in particolare agli adolescenti e ai giovani adulti).
- La lettera c menziona l'approfondimento dei risultati emersi dalle prestazioni di cui alla lettera a, in applicazione del articolo 15 capoverso 2 LAI: l'idoneità e la predisposizione dell'assicurato agli indirizzi professionali individuati vanno testate nel contesto reale.

Art. 4a cpv. 2

Nei dibattiti parlamentari, quali esempi per illustrare l'articolo 15 capoverso 1 LAI, sono stati menzionati gli stage. Questi si svolgono presso aziende del mercato del lavoro primario e hanno una durata limitata. La precisazione dei provvedimenti di cui all'articolo 15 capoverso 1 LAI con l'indicazione «vicini al mercato del lavoro» indica che i provvedimenti devono svolgersi direttamente nel mercato del lavoro primario oppure essere almeno orientati all'integrazione in questo mercato. La limitazione temporale a 12 mesi si giustifica con il fatto che i provvedimenti preparatori in vista dell'accesso alla formazione secondo l'articolo 15 capoverso 1 LAI fanno parte di una più ampia gamma di provvedimenti preparatori. Questi provvedimenti hanno una durata limitata affinché gli assicurati possano iniziare il prima possibile la formazione vera e propria. I provvedimenti di cui al nuovo articolo 15 LAI non sono tesi a colmare lacune scolastiche o a fornire un accompagnamento di natura psicoterapeutica, bensì devono servire a testare nella pratica possibili obiettivi professionali e a familiarizzarsi con le esigenze del mercato del lavoro primario (stage). Gli uffici AI potranno assegnare i provvedimenti di cui all'articolo 15 capoverso 1 LAI, come nel caso degli altri provvedimenti preparatori, soltanto dopo la

conclusione del periodo dell'obbligo scolastico, poiché secondo l'articolo 62 Cost. la scuola dell'obbligo (che comprende anche l'offerta per bambini e giovani con un danno alla salute, quali ad esempio la scuola speciale, le sospensioni, la pedagogia curativa) è di competenza cantonale.

Art. 4a cpv. 3

Questo capoverso descrive i possibili provvedimenti a lungo termine secondo l'articolo 15 capoverso 2 LAI previsti per verificare approfonditamente l'idoneità e la predisposizione degli assicurati a nuove attività o nuovi indirizzi professionali (p. es. per una riformazione professionale). Le verifiche potranno essere effettuate mediante impieghi presso aziende del mercato del lavoro primario o istituzioni d'integrazione professionale. La durata degli impieghi non potrà superare i tre mesi. In determinati casi, questa durata non è sufficiente per l'acquisizione delle conoscenze necessarie. In tali casi eccezionali, i provvedimenti per vagliare possibili indirizzi professionali potranno essere prolungati. Contrariamente ai provvedimenti d'accertamento professionale (CAP), quelli di cui al presente capoverso non hanno quale obiettivo la verifica dell'idoneità all'integrazione.

Art. 4a cpv. 4

Per i provvedimenti di orientamento professionale di cui ai capoversi 2 e 3 D-OAI non è prescritta una durata esatta con una conclusione ufficiale, come avviene per esempio per la prima formazione professionale. Sia la durata prevista che gli obiettivi di questi provvedimenti andranno sempre stabiliti caso per caso in un'apposita convenzione sugli obiettivi, in base alle possibilità dell'assicurato. Si potrà optare per la durata massima di tre o dodici mesi, secondo i capoversi 2 e 3, soltanto se necessario. Inoltre, si dovrà porre fine ai provvedimenti, se l'obiettivo concordato è stato raggiunto. Il presente capoverso elenca altri motivi per la conclusione anticipata di un provvedimento, che ricalcano le disposizioni previste per i provvedimenti di reinserimento.

Art. 5

Art. 5 cpv. 1

Si tratta di una modifica puramente redazionale. La LFPr figura per la prima volta nell'ordinanza e viene pertanto introdotta con il suo titolo esteso e, data la ricorrenza nell'atto normativo, anche con quello abbreviato.

Art. 5 cpv. 2

Conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale, nel quadro dell'articolo 16 LAI si può decidere la concessione di una preparazione a una prima formazione professionale, se è già stata scelta una professione, la preparazione alla formazione vera e propria è necessaria e non si tratta di un anno per scegliere la professione o di un anno intermedio generale³⁷. Di conseguenza, l'avvenuta scelta della professione costituisce il criterio per distinguere questo provvedimento dal nuovo provvedimento introdotto nell'articolo 15 capoverso 1 LAI. La scelta della professione secondo l'articolo 16 LAI si considera avvenuta se per la successiva prima formazione professionale è già stato stipulato un contratto di tirocinio secondo la LFPr o un contratto per altre formazioni (in particolare per la preparazione a un lavoro ausiliario o a un'attività in un laboratorio protetto) o se è stata effettuata un'iscrizione vincolante a una formazione oppure è stata fissata una preparazione specifica per la professione in questione, che è necessaria per la formazione (p. es. pretirocinio specifico per la professione, stage, corso propedeutico). Sulla base di queste definizioni, la preparazione nel quadro dell'articolo 16 LAI è designata quale «preparazione mirata». Se una delle tre condizioni di cui sopra è adempiuta, può essere disposta una preparazione mirata secondo il nuovo tenore dell'articolo 16 capoverso 1 LAI.

Per la concessione di provvedimenti secondo l'articolo 16 capoverso 1 LAI andrà tenuto conto delle disposizioni della NPC.

³⁷ Cfr. RCC 1981 pag. 461.

L'eventuale diritto a indennità giornaliera sarà disciplinato all'articolo 22 capoverso 3 D-OAI.

Art. 5 cpv. 3

Per un'integrazione nel mercato del lavoro primario il più possibile rapida e duratura, che eviti la concessione di una rendita, dopo una prima formazione professionale svolta secondo la LFPr, ma nel mercato del lavoro secondario, ne potrà essere concessa una successiva, se sono soddisfatte le condizioni di cui al presente capoverso. La disposizione transitoria relativa alla modifica delle indennità giornaliera (lett. a) si applica se una prima formazione professionale è considerata non conclusa secondo il presente capoverso e viene immediatamente proseguita conformemente alla lettera a o b. A tal fine, devono essere adempiute le condizioni di diritto per la prosecuzione di una prima formazione professionale secondo le lettere a e b D-OAI. Per il criterio della prosecuzione immediata ci si basa sul sistema formativo federale: fine della prima formazione a giugno e avvio della seconda formazione ad agosto o settembre dello stesso anno. Se la prima formazione professionale non viene proseguita immediatamente, l'indennità giornaliera è versata secondo il nuovo diritto.

Art. 5 cpv. 3 lett. a

Secondo questa disposizione, una prima formazione professionale successiva può essere concessa, se questa sarà svolta a un livello di formazione superiore (imperativamente secondo la LFPr) e nel mercato del lavoro primario. Per passaggio a un livello di formazione superiore si intende, ad esempio, il passaggio a un CFP o a un AFC. Un'altra condizione è che il potenziale d'integrazione dell'assicurato non sia esaurito.

Le condizioni per l'assegnazione di una tale formazione successiva saranno precisate a livello di direttive.

Art. 5 cpv. 3 lett. b

Analogamente a quanto previsto nella modifica del capoverso 3 lettera a, dopo una prima formazione professionale volta alla preparazione a un lavoro ausiliario o a un'attività in un laboratorio protetto ne potrà essere concessa una successiva, se questa sarà svolta secondo la LFPr e nel mercato del lavoro primario e il potenziale d'integrazione dell'assicurato non sarà ancora esaurito.

Le condizioni per l'assegnazione di una tale formazione successiva saranno precisate a livello di direttive.

Art. 5 cpv. 4

Analogamente a quanto previsto all'articolo 16 capoverso 2 LAI, secondo cui la prima formazione professionale deve, per quanto possibile, essere finalizzata all'integrazione professionale nel mercato del lavoro primario e svolgersi già in esso, la prima formazione professionale secondo l'articolo 16 capoverso 3 lettera c LAI dovrà essere svolta, per quanto possibile, secondo le regole della LFPr oppure orientarsi a esse, in particolare per quanto concerne gli aspetti pratici.

Art. 5 cpv. 7

Il Consiglio federale rimarrà competente per la regolamentazione delle condizioni per l'assegnazione di formazioni secondo il nuovo articolo 16 capoverso 3 lettera c LAI. L'Esecutivo rinuncia a una disposizione dettagliata a livello di ordinanza.

La prima formazione professionale dovrà corrispondere alle capacità e al grado di sviluppo dell'assicurato (cfr. art. 8 cpv. 1^{bis} LAI). Nell'ambito della gestione dei casi si dovrà pertanto badare a che all'assicurato sia assegnata una formazione adeguata al suo livello e in un contesto appropriato al suo caso (cfr. art. 41a D-OAI).

Le prime formazioni professionali che non sono disciplinate nella LFPr continueranno a essere concesse per l'intera durata, senza scaglionamento³⁸. Le spiegazioni relative alla gestione dei casi (cfr. art. 41a D-OAI) valgono anche per il nuovo articolo 16 capoverso 3 lettera c LAI.

³⁸ Cfr. DTF 142 V 523.

Art. 5^{bis}

Nel suo nuovo tenore, questo articolo sarà costituito dai capoversi 2–6 del vigente articolo 5 OAI.

Art. 5^{bis} cpv. 1

Questo adeguamento tiene conto della giurisprudenza attuale, che al momento non è stabilita né a livello di ordinanza né a livello di direttive, secondo cui per la delimitazione del diritto alle prestazioni di cui agli articoli 16 e 17 LAI è determinante se l'assicurato esercitasse già un'attività lucrativa prima dell'insorgenza dell'invalidità, intesa nel senso dell'evento assicurato specifico per il provvedimento professionale in questione. Di norma, si è in presenza di una riforma professionale quando l'assicurato ha esercitato un'attività lucrativa con la quale ha conseguito un reddito economicamente rilevante per almeno sei mesi e ora deve riorientarsi per motivi di salute. Prima della riforma professionale l'assicurato non deve necessariamente aver imparato una professione, ma deve aver esercitato un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità.

Per contro, immediatamente prima della prima formazione professionale l'assicurato non può avere conseguito un reddito lavorativo rilevante. Per valutare l'adempimento di questo criterio ci si basa sulla rendita minima di cui all'articolo 34 capoverso 5 LAVS, ovvero una rendita ordinaria completa minima semplice. Con «minima» si intende l'importo più basso possibile della rendita in funzione del reddito assoggettato all'obbligo contributivo, con «semplice» una rendita per una persona singola, con «ordinaria» e «completa» l'adempimento, rispettivamente, di almeno tre anni e di tutti gli anni di contribuzione necessari.

Per distinguerlo dal caso "normale", il caso speciale è già attualmente disciplinato a livello di ordinanza e direttive (cfr. art. 6 cpv. 2 OAI).

Art. 5^{bis} cpv. 2

Questo capoverso corrisponde materialmente al vigente articolo 5 capoverso 3, secondo periodo OAI.

Art. 5^{bis} cpv. 3

Questo capoverso corrisponde materialmente al vigente articolo 5 capoverso 3, primo periodo OAI, con alcuni adeguamenti formali.

Art. 5^{bis} cpv. 4

Questo capoverso corrisponde materialmente al vigente articolo 5 capoverso 2, seconda parte del periodo OAI, con alcuni adeguamenti formali.

Art. 5^{bis} cpv. 5

Questo capoverso corrisponde materialmente al vigente articolo 5 capoverso 4 OAI, con alcuni adeguamenti formali.

Art. 5^{bis} cpv. 6

Questo capoverso corrisponde materialmente al vigente articolo 5 capoverso 5 OAI, con alcuni adeguamenti formali.

Art. 5^{bis} cpv. 7

Questo capoverso corrisponde materialmente al vigente articolo 5 capoverso 6, con alcuni adeguamenti formali.

Art. 5^{ter}

Questo nuovo articolo corrisponde materialmente al vigente articolo 5^{bis} OAI. A livello formale, il termine «assicurazione» è sostituito con il più chiaro «assicurazione per l'invalidità».

Art. 6

Art. 6 cpv. 2

In questo capoverso si definisce il caso speciale per la delimitazione del diritto alle prestazioni secondo gli articoli 16 e 17 LAI. In seguito all'abrogazione dell'articolo 23 LAI nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, occorre una modifica: il rimando rinvierà direttamente all'articolo che disciplina l'importo massimo dell'indennità giornaliera (cfr. art. 24 cpv. 1 LAI).

Se un assicurato dovrà interrompere la prima formazione professionale per motivi legati all'invalidità e l'ultimo reddito dell'attività lucrativa conseguito supererà un determinato importo, la nuova formazione professionale andrà considerata come riforma professionale.

Art. 6^{quater} cpv. 1

Le versioni italiana e francese di questo capoverso vengono adeguate a quella tedesca. Con le espressioni «giorni lavorativi» e «jours ouvrables» si intendono unicamente i giorni dal lunedì al venerdì. Il termine tedesco «Arbeitstage» indica invece in modo più ampio i giorni convenuti (contrattualmente) nei quali una persona è tenuta a lavorare. A seconda delle circostanze e nel rispetto della legge del 13 marzo 1964³⁹ sul lavoro, questi giorni di lavoro possono comprendere anche sabati e/o domeniche, ad esempio nel caso di una commessa o di un panettiere, che lavorano regolarmente di sabato.

Considerata la vicinanza al nuovo articolo 6^{quinquies} D-OAI, concernente la fornitura di personale a prestito, è opportuno rettificare la terminologia in questa sede.

Art. 6^{quinquies}

Art. 6^{quinquies} cpv. 1

L'importo massimo di 12 500 franchi copre tutte le prestazioni del prestatore di personale nell'ambito di una fornitura di personale a prestito (ricerca di una missione di lavoro presso un'impresa acquisitrice, preparazione del contratto, gestione dei salari e dei contributi sociali ecc.). Il contratto di prestazioni può anche prevedere che con questo importo venga versata un'indennità speciale al prestatore di personale, qualora la fornitura di personale a prestito sia seguita da un'assunzione dell'assicurato nel mercato del lavoro primario. Se questa assunzione è a tempo determinato, l'indennità potrà essere versata soltanto se la durata del contratto è di almeno un anno.

L'indennità per i prestatori di personale, che andrà fissata dagli uffici AI in contratti di prestazioni (art. 18a^{bis} cpv. 3 lett. a LAI), potrà essere versata per un anno al massimo (cfr. cpv. 5) e ammontare al massimo a 12 500 franchi.

I prestatori di personale sono soggetti alle disposizioni della LC e dell'ordinanza del 16 gennaio 1991⁴⁰ sul collocamento (OC). Gli articoli 18–22 LC e gli articoli 46–53 OC si applicano anche ai prestatori di personale esentati dall'obbligo di autorizzazione ai sensi dell'articolo 12 LC.

Art. 6^{quinquies} cpv. 2

Oltre all'indennità prevista alla lettera a per le prestazioni fornite dal prestatore di personale secondo il contratto di prestazioni, l'articolo 18a^{bis} capoverso 3 LAI prevede alla lettera b un'indennità per il prestatore di personale per le spese supplementari per i contributi alla previdenza professionale e per i premi per l'indennità giornaliera in caso di malattia dovute allo stato di salute dell'assicurato. Nel presente capoverso è disciplinato l'inizio del versamento di quest'ultima indennità. Le condizioni per la concessione dell'indennità di cui all'articolo 18a^{bis} capoverso 3 lettera b LAI sono disciplinate per analogia con l'indennità di cui all'articolo 18c LAI e all'articolo 6^{quater} OAI. Poiché il prestatore di personale è il datore di lavoro dell'assicurato, deve anche pagare i contributi sociali, in particolare alla previdenza professionale, e i premi di un'eventuale assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia. Questi contributi e premi

³⁹ RS 822.11

⁴⁰ RS 823.111

possono aumentare se l'assicurato diventa incapace al lavoro in seguito a malattia o se successivamente percepisce una rendita AI. L'indennità copre soltanto queste spese supplementari e non assicura l'obbligo di continuare a pagare il salario del prestatore di personale. L'indennità di cui all'articolo 18a^{bis} capoverso 3 lettera b LAI potrà quindi essere pagata soltanto se un assicuratore d'indennità giornaliera in caso di malattia fornisce prestazioni o il prestatore di personale continua a versare un salario assicurato secondo la legge federale del 25 giugno 1982⁴¹ sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPP). Se il salario non è assicurato secondo la LPP e il prestatore di personale non ha stipulato alcuna assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia per i suoi collaboratori, non è dovuta alcuna indennità, poiché non possono sorgere spese supplementari secondo l'articolo 18a^{bis} capoverso 3 lettera b LAI. Queste ultime non possono sorgere nemmeno nel caso in cui il prestatore di personale continui a versare il salario in caso di malattia. Secondo il capoverso 2, è sufficiente che l'incapacità al lavoro sia dovuta a una malattia, a prescindere da quale ne sia l'origine (preesistente o meno) e non è neppure necessario stabilire un nesso di causalità tra tale incapacità al lavoro e un eventuale aumento dei contributi alla previdenza professionale obbligatoria o all'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia. Il termine di attesa di due giorni di lavoro corrisponde a quello ordinario delle altre assicurazioni sociali (cfr. art. 72 cpv. 2, secondo periodo LAMal per le indennità giornalieri in caso di malattia, art. 16 cpv. 2 LAINF per le indennità giornalieri in caso di infortunio e art. 22 cpv. 1 LAI per le indennità giornalieri dell'AI).

Art. 6^{quinquies} cpv. 3

Gli importi forfettari previsti corrispondono a quelli di cui all'articolo 6^{quater} OAI. In questo modo si potrà garantire la parità di trattamento tra i prestatori di personale e gli altri datori di lavoro. I giorni di assenza si riferiscono ai giorni di lavoro previsti nel contratto di lavoro concluso tra il prestatore di personale e l'assicurato, nei quali quest'ultimo non può adempiere gli obblighi contratti con l'impresa acquisitrice a causa di una malattia.

Art. 6^{quinquies} cpv. 4

L'indennità sarà dovuta al massimo per la durata della missione dell'assicurato presso un'impresa acquisitrice secondo la durata regolata nel contratto di lavoro concluso tra il prestatore di personale e l'assicurato. Si applicheranno inoltre i capoversi 2 e 3.

L'indennità sarà dovuta soltanto per la durata del contratto di lavoro, nei limiti della durata massima del provvedimento (cpv. 5), e soltanto se l'assicurato presenterà un'incapacità al lavoro dovuta a malattia durante il periodo del rapporto di lavoro.

Art. 6^{quinquies} cpv. 5

La durata massima durante il quale l'ufficio AI è autorizzato a ricorrere a un prestatore di personale è di un anno. Durante questo periodo, il prestatore di personale, d'intesa con l'ufficio AI, può convenire diversi impieghi con l'assicurato.

Art. 6^{quinquies} cpv. 6

Le modalità del versamento delle indennità sono precisate per analogia a quanto previsto all'articolo 6^{quater} capoverso 4 OAI.

Art. 17

Art. 17 cpv. 1

Nella versione francese, il termine «examen» è sostituito con «instruction». Si tratta di un adeguamento terminologico, che non comporta modifiche materiali, volto ad allineare maggiormente il testo francese a quelli italiano e tedesco e a far corrispondere la terminologia a quella della rubrica dell'articolo.

⁴¹ RS 831.40

Art. 17 cpv. 2

L'articolo 22^{bis} capoverso 7 lettera b LAI incarica il Consiglio federale di stabilire a quali condizioni sono versate le indennità giornaliere per i periodi d'accertamento. In questo nuovo capoverso è pertanto stabilito che l'assicurato non avrà diritto a indennità giornaliera per il periodo d'accertamento precedente una prima formazione professionale secondo l'articolo 16 LAI.

Art. 18 cpv. 1 e 2

Conformemente all'articolo 22^{bis} capoverso 3 LAI, il diritto a un'indennità giornaliera nasce con l'inizio della prima formazione professionale. Di conseguenza, l'indennità giornaliera per il periodo di attesa non sarà più concessa per la prima formazione professionale, ma soltanto nell'ambito della riformazione professionale.

Art. 19

Art. 19, rubrica e cpv. 1, primo periodo

Nella versione tedesca, la rubrica e il capoverso 1 vengono modificati in modo da non utilizzare più il termine «Vermittlung»: nella rubrica, il termine «Arbeitsvermittlung» è sostituito con «Stellensuche». Nel suo nuovo tenore il capoverso 1 fa riferimento alla ricerca di un impiego idoneo. In effetti, nella DTF 120 V 429 del 1994, il Tribunale federale ha sottolineato che per la sussistenza del diritto all'indennità giornaliera è sufficiente che la ricerca di un impiego sia preceduta dai provvedimenti d'integrazione menzionati nel capoverso e non si limita dunque al periodo durante il quale l'assicurato beneficia di un collocamento ai sensi dell'articolo 18 LAI, come invece fa pensare la versione tedesca vigente. Il testo tedesco va dunque interpretato nel senso delle versioni italiana e francese.

In queste ultime si procede a una modesta modifica della formulazione per chiarire che la ricerca di un posto di lavoro dell'assicurato può svolgersi con o senza il sostegno dell'ufficio AI. L'assicurato non deve assumere il ruolo passivo di una persona che attende che gli si trovi un posto di lavoro adeguato.

Art. 19 cpv. 1, secondo periodo

Questa modifica non deriva direttamente dalla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. Attualmente le indennità giornaliere per il periodo di attesa entrano in linea di conto soltanto dopo una riformazione professionale o una prima formazione professionale. Questo articolo è stato però modificato per l'ultima volta nel 2003, mentre il lavoro a titolo di prova (art. 18a LAI), che dà anch'esso diritto a indennità giornaliera, è stato introdotto nel 2012. Per garantire la parità di trattamento e la coerenza dell'intero sistema della reintegrazione, occorre pertanto estendere il diritto alle indennità giornaliere per il periodo di attesa anche al periodo della ricerca di un impiego successivo al lavoro a titolo di prova. Questa modifica permette di colmare una lacuna nella sistematica del processo di reintegrazione completando, in virtù dell'articolo 22 capoverso 6 LAI, l'elenco dei provvedimenti d'integrazione dopo i quali un assicurato ha diritto a un'indennità giornaliera durante la ricerca di un impiego.

L'assicurato avrà dunque diritto all'indennità giornaliera anche nel periodo di attesa fino all'inizio di un impiego nell'ambito del provvedimento della fornitura di personale a prestito di cui all'articolo 18a^{bis} LAI, se quest'ultima è preceduta da una prima formazione professionale, da una riformazione professionale o da un lavoro a titolo di prova.

Art. 19 cpv. 2

Questo capoverso coordina il diritto alle indennità giornaliere per i casi in cui, durante la ricerca di un impiego, l'assicurato adempie le condizioni di diritto a indennità giornaliera per il periodo di attesa sia dell'AI che dell'assicurazione contro la disoccupazione (art. 15 cpv. 3 OADI).

In questo modo codifica la prassi del Tribunale federale secondo cui l'assicurato non può far valere il diritto a un'indennità giornaliera dell'AI durante la procedura della medesima assicurazione, fintanto che ha diritto a un'indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione⁴².

Art. 20^{ter}

Art. 20^{ter} cpv. 1

Questa modifica non deriva direttamente dalla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. L'articolo 23 capoverso 1^{bis} LAI è stato introdotto simultaneamente all'articolo 8a LAI (reintegrazione dei beneficiari di rendita) nell'ambito del primo pacchetto della 6^a revisione AI⁴³ (revisione AI 6a). Il rimando dell'articolo 20^{ter} capoverso 1 OAI non è stato però adeguato. Questo vale tuttavia soltanto per l'articolo 23 capoverso 1 LAI, dato che l'articolo 23 capoverso 1^{bis} LAI fa riferimento all'indennità giornaliera in caso di reintegrazione dei beneficiari di rendita ai sensi dell'articolo 8a LAI e va dunque escluso. La situazione in questione è in effetti già disciplinata all'articolo 22 capoverso 5^{bis} LAI.

Nella versione francese si procede inoltre a un adeguamento puramente linguistico.

Art. 20^{ter} cpv. 2

In seguito all'abrogazione dell'articolo 23 capoverso 2^{bis} LAI nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, il rimando dell'articolo 20^{ter} capoverso 2 OAI va adeguato, senza modifiche materiali.

Art. 20^{quater} cpv. 1 e 6

Art. 20^{quater} cpv. 1

Conformemente al nuovo articolo 22^{bis} capoverso 7 lettera d LAI, il Consiglio federale stabilisce a quali condizioni sono versate le indennità giornaliere in caso di interruzione dei provvedimenti d'integrazione in seguito a malattia, infortunio o maternità. In futuro le indennità giornaliere in caso di interruzione dei provvedimenti d'integrazione in seguito a infortunio saranno disciplinate nel capoverso 6 del presente articolo di ordinanza.

La riforma Ulteriore sviluppo dell'AI comporta l'introduzione di una nuova assicurazione contro gli infortuni, quella delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF che seguono provvedimenti dell'AI (la cosiddetta assicurazione delle persone che seguono provvedimenti dell'AI [AINF-AI]). Sia l'articolo 20^{quater} OAI che l'articolo 16 capoverso 3 LAINF contemplano una clausola di sussidiarietà della rispettiva assicurazione nei confronti dell'altra. Per l'AINF-AI è determinante la procedura secondo la LAINF, se non è previsto diversamente. Poiché la LAINF è considerata diritto prioritario, l'articolo 20^{quater} OAI deve essere adeguato in modo da evitare che la clausola di sussidiarietà dell'articolo 16 capoverso 3 LAINF precluda il diritto a prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni.

Art. 20^{quater} cpv. 6

Secondo l'articolo 16 capoverso 2 LAINF, il diritto all'indennità giornaliera dell'assicurazione contro gli infortuni nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Per evitare lacune nel pagamento delle indennità giornaliere in seguito all'adeguamento del capoverso 1 (stralcio dell'infortunio dall'elenco delle cause di interruzione), il presente capoverso prevede la prosecuzione del pagamento dell'indennità giornaliera dell'AI nel periodo intercorrente fino al terzo giorno in questione (ovvero per due giorni).

Nel caso delle persone che durante un provvedimento d'integrazione non sono affiliate all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e non sono assicurate secondo la nuova AINF-AI, occorre continuare a versare le indennità giornaliere dell'AI in caso di interruzione del provvedimento come avviene oggi.

⁴² Sentenza del Tribunale federale 8C_27/2017 del 27 marzo 2017.

⁴³ RU 2011 5659

Un esempio potrebbe essere un assicurato che svolge un provvedimento di riforma professionale esclusivamente in una scuola: a causa del provvedimento non può esercitare l'attività lucrativa precedente e ha dunque diritto a un'indennità giornaliera dell'AI durante lo svolgimento della riforma professionale.

Art. 20^{sexies} cpv. 1 lett. b

Nella DTF 146 V 271 del 27 maggio 2020, il Tribunale federale ha stabilito che il vigente articolo 20^{sexies} capoverso 1 lettera b OAI, secondo cui gli assicurati sono considerati esercitanti un'attività lucrativa se possono affermare plausibilmente che avrebbero successivamente intrapreso un'attività lucrativa di una certa durata se non fosse insorta l'incapacità al lavoro, non si fonda su alcuna base legale. Di conseguenza, queste persone non possono più beneficiare di indennità giornaliera.

La lettera b deve dunque essere abrogata e l'intero capoverso 1 adeguato formalmente in seguito a questa modifica.

Art. 21^{quater}

Il presente articolo deve essere adeguato dal punto di vista formale: dato che la LAVS sarà menzionata per la prima volta nel nuovo tenore dell'articolo 5^{bis} capoverso 1 OAI, nel presente articolo può essere utilizzata direttamente l'abbreviazione LAVS.

Art. 21^{septies} cpv. 1, 4 e 5

Art. 21^{septies} cpv. 1

L'articolo 22 OAI è oggetto di una revisione totale. Per questo motivo, il secondo periodo del presente capoverso va adeguato in modo che venga ridotta soltanto l'indennità giornaliera secondo l'articolo 22 capoverso 1 LAI. Per garantire la parità di trattamento tra le persone con un danno alla salute e quelle sane, l'indennità giornaliera non sarà ridotta durante la prima formazione professionale, il che corrisponde anche alla volontà del legislatore.

Art. 21^{septies} cpv. 4

Con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, il vigente articolo 22 capoverso 3 LAI diventerà l'articolo 22^{bis} capoverso 2 LAI. Il rimando dell'articolo 21^{septies} capoverso 4 OAI va pertanto adeguato.

Art. 21^{septies} cpv. 5

Questa modifica non deriva direttamente dalla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. Nel caso delle persone che percepiscono una rendita ordinaria o «definitiva» dell'assicurazione contro gli infortuni in seguito a un'invalidità, la prestazione non può essere soppressa durante un provvedimento d'integrazione⁴⁴. Per contro, il cumulo della rendita d'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni e dell'indennità giornaliera dell'AI determina un sovrindennizzo, poiché l'indennità giornaliera è calcolata in base al reddito senza danno alla salute. Se l'articolo 47 capoverso 1^{ter} LAI introduce una base legale per il cumulo di rendita e indennità giornaliera, la disposizione si applica però soltanto in relazione a una rendita dell'AI. In caso di cumulo di una rendita d'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni e di indennità giornaliera dell'AI comportante un sovrindennizzo, il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione di sapere quale dei due assicuratori sia legittimato a ridurre la propria prestazione⁴⁵. In virtù degli articoli 68 e 69 LPG, l'indennità giornaliera secondo l'articolo 22 capoverso 1 LAI può essere ridotta soltanto nella misura in cui, sommata alla rendita d'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni, supera il reddito determinante ai sensi degli articoli 21–21^{quinquies}. L'indennità giornaliera può essere ridotta soltanto in caso di una rendita d'invalidità secondo la LAINF. Una rendita per superstiti non giustifica alcuna riduzione.

⁴⁴ DTF 139 V 514

⁴⁵ DTF 139 V 514 consid. 4.

Art. 21^{octies} cpv. 3

Attualmente l'indennità giornaliera subisce una riduzione per le spese di vitto e alloggio nel caso in cui l'AI assuma integralmente queste spese durante l'integrazione in base a una convenzione tariffale. Tuttavia, se viene svolta una prima formazione professionale presso un datore di lavoro, le indennità giornaliere sono versate a quest'ultimo, che le trasferisce all'assicurato sotto forma di salario. Il prelievo di tale deduzione sarebbe molto complesso e comprometterebbe la parità di trattamento, dato che i salari degli apprendisti sono generalmente molto bassi. Di conseguenza, l'indennità giornaliera non sarà ridotta durante la prima formazione professionale.

Art. 21^{novies}

Con la riforma, l'articolo 22 capoverso 5^{ter} LAI diventerà l'articolo 22^{bis} capoverso 6 LAI. Il rimando nel presente articolo va pertanto adeguato. Il termine «assicurazione» è inoltre sostituito con «assicurazione per l'invalidità». Questo non comporta alcuna modifica materiale.

Art. 22

Le modifiche apportate nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI al sistema delle indennità giornaliere richiedono l'adeguamento della rubrica e della struttura dell'articolo 22 OAI. Gli assicurati che svolgono una prima formazione professionale non percepiranno più infatti una «piccola indennità giornaliera» e occorre disciplinare chiaramente le varie possibilità esistenti, in particolare i casi in cui vengono svolti provvedimenti volti alla preparazione mirata a una prima formazione professionale.

Art. 22 cpv. 1

Per tutte le formazioni senza contratto di tirocinio (in particolare la preparazione a un lavoro ausiliario o a un'attività in un laboratorio protetto oppure i provvedimenti volti alla preparazione mirata a una prima formazione professionale), salvo quelle menzionate all'articolo 22 capoverso 4 LAI, l'importo dell'indennità giornaliera corrisponderà a un quarto dell'importo minimo della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 34 capoverso 5 LAVS il primo anno di formazione e a un terzo del summenzionato importo secondo l'articolo 34 capoverso 5 LAVS a partire dal secondo anno. Per tenere conto delle capacità acquisite nel primo anno di formazione, l'importo dell'indennità giornaliera aumenterà il secondo anno.

Gli importi saranno arrotondati per eccesso.

Art. 22 cpv. 2

Le formazioni di livello terziario includono le formazioni seguite presso scuole universitarie, scuole universitarie professionali e alte scuole pedagogiche, nonché le formazioni professionali superiori. In questi casi, l'importo dell'indennità giornaliera si fonda sul reddito mensile mediano risultante dall'Indagine sulla situazione socio-economica degli studenti (SSEE) dell'UST, ovvero a 500 franchi al mese, da cui vanno dedotti gli oneri sociali da versare all'assicurato. Questo importo tiene conto del reddito di un'attività lucrativa, ma anche del sostegno familiare e di altre possibili fonti di reddito (in particolare sussidi e borse di studio).

La considerazione del reddito dell'attività lucrativa nel calcolo delle indennità giornaliere garantisce la parità di trattamento, soprattutto con gli assicurati che svolgono una prima formazione professionale di base secondo la LFPr, la cui indennità si basa unicamente sul reddito dell'attività lucrativa, senza il sostegno familiare. I valori mediani secondo la SSEE sono poco influenzati dai valori estremi e sono dunque più attendibili rispetto ai valori medi.

Art. 22 cpv. 3

La preparazione mirata a una prima formazione professionale secondo l'articolo 16 LAI e l'articolo 5 capoverso 2 D-OAI dà diritto a indennità giornaliera in determinate situazioni. È il caso in particolare quando l'assicurato vi ha poi diritto durante la formazione in questione. L'importo dell'indennità giornaliera corrisponde a quanto indicato al capoverso 1. La preparazione mirata

a una prima formazione professionale va distinta dai provvedimenti preparatori in vista dell'accesso alla formazione secondo l'articolo 15 capoverso 1 LAI, che non danno diritto a indennità giornaliera. Il pagamento avviene secondo l'articolo 80 capoverso 1^{bis} OAI.

Art. 22 cpv. 4

Questo capoverso illustra il calcolo dell'importo dell'indennità giornaliera degli assicurati che a causa dell'invalidità devono interrompere una prima formazione professionale e cominciarne un'altra.

Per garantire la parità di trattamento tra le persone con danni alla salute e quelle sane, l'importo dell'indennità giornaliera per la nuova formazione deve essere equivalente al salario giornaliero usuale del settore per la formazione in questione. Nei periodi di formazione pratica, il salario dipende dall'anno di studio e non dall'età della persona in formazione. La concessione di indennità giornaliera non esonera i genitori dal loro obbligo di mantenimento, dato che anche i giovani non a carico dell'AI possono trovarsi in una situazione simile (abbandono scolastico, passaggio a un altro ciclo di studi, riorientamento in seguito a una bocciatura ecc.).

Art. 22 cpv. 5

Con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, il vigente articolo 22 capoverso 3 LAI diventerà l'articolo 22^{bis} capoverso 2 LAI. Gli assicurati che percepiscono un salario nel quadro della prima formazione professionale hanno per principio diritto agli assegni familiari per ogni figlio, conformemente alla legge del 24 marzo 2006⁴⁶ sugli assegni familiari (LAFam), se il salario corrisponde almeno alla metà dell'importo annuo della rendita completa minima di vecchiaia dell'AVS (art. 13 cpv. 3 LAFam), ovvero 592 franchi al mese o 7110 franchi all'anno, nel 2019. Se il salario è inferiore a questo importo, come può succedere nell'ambito di una prima formazione professionale, e gli assicurati adempiono le condizioni per la concessione degli assegni familiari ai sensi della LAFam, l'AI versa la prestazione per i figli.

Art. 22^{quinquies} cpv. 1

Con la riforma, l'articolo 22 capoverso 3 LAI diventerà l'articolo 22^{bis} capoverso 2 LAI. Il rimando nell'articolo 21^{quinquies} capoverso 1 OAI va pertanto adeguato. Questo non comporta alcuna modifica materiale.

Art. 24 cpv. 2 e 3

Art. 24 cpv. 2

La delega all'UFAS della competenza di stipulare convenzioni tariffali è stabilita nell'articolo 27 capoverso 1 LAI. Con l'introduzione di questa modifica i rimandi all'articolo 27 LAI e all'articolo 41 capoverso 1 lettera I OAI diventano obsoleti (cfr. art. 41 cpv. 1 lett. I D-OAI).

Art. 24 cpv. 3

La disposizione del capoverso vigente genera problemi in particolare nel settore dei mezzi ausiliari, in quanto i fornitori che non hanno aderito a una convenzione si trovano di fatto in una situazione migliore rispetto a quelli che vi hanno aderito: possono infatti fatturare alla stessa tariffa degli altri semplicemente in virtù della loro qualifica professionale, mentre gli aderenti alla convenzione devono soddisfare ulteriori requisiti qualitativi.

Occorre dunque che i fornitori non aderenti abbiano non solo gli stessi diritti, ma anche gli stessi doveri dei fornitori aderenti, in modo che l'adesione a una convenzione sia irrilevante. A tal fine, il presente articolo stabilisce che tutte le condizioni fissate contrattualmente (professionali, infrastrutturali, qualitative e pecuniarie) varranno anche per i fornitori non aderenti che vorranno fatturare prestazioni all'AI.

⁴⁶ RS 836.2

Art. 24^{bis}

Questo articolo garantisce l'armonizzazione tra le regole in materia di tariffe dell'AI, dell'assicurazione contro gli infortuni e dell'AOMS, riprendendo in parte l'articolo 59c OAMal e l'articolo 70 OAINF. Una revisione dell'OAMal che riguarda l'articolo 59c OAMal è stata posta in consultazione e l'articolo 24^{bis} sarà adeguato in base ai risultati che ne scaturiranno.

Art. 24^{bis} cpv. 1

Il Tribunale amministrativo federale ha constatato⁴⁷ che la LAI non contiene prescrizioni materiali per il calcolo delle tariffe. I principi generali e astratti relativi all'ordinamento tariffale e al calcolo dei costi per il rimborso delle prestazioni sono enunciati al capoverso 1.

L'articolo 27 capoverso 2, secondo periodo LAI conferisce al Consiglio federale il compito di provvedere al coordinamento dell'ordinamento tariffale dell'AI con quelli delle altre assicurazioni sociali. Su questa base, riprendendo l'articolo 70 capoverso 1 OAINF, il presente capoverso rimanda a determinate disposizioni della LAMal in materia di tariffe, che in futuro si applicheranno per analogia anche ai provvedimenti sanitari dell'AI.

Art. 24^{bis} cpv. 2

Ripreso dall'articolo 70 capoverso 2 OAINF (il cui secondo periodo è a sua volta ripreso dall'art. 59c cpv. 1 lett. a e b OAMal), il presente capoverso concretizza i principi enunciati all'articolo 27 capoverso 2 LAI, in modo coordinato con l'AOMS e l'assicurazione contro gli infortuni.

Esige che i fornitori di prestazioni provino in modo trasparente i costi coperti dalle tariffe.

Le strutture tariffali nazionali (tra cui quelle di tipo SwissDRG o TARMED) devono essere applicate uniformemente dai fornitori di prestazioni mediche.

Art. 24^{bis} cpv. 3

Questo capoverso, che corrisponde all'articolo 59c capoverso 1 lettera c OAMal (non ripreso nell'OAINF), stabilisce che un cambiamento del modello tariffale non deve incidere sui costi. Questa disposizione diverge dalla protezione tariffale, poiché concerne il sistema in quanto tale e non l'assicurato.

Art. 24^{bis} cpv. 4

Questo capoverso riprende l'articolo 59c capoverso 2, primo periodo OAMal, adeguandolo al contesto dell'AI.

Dopo essere state applicate per diversi anni, può succedere che le strutture tariffali diventino obsolete, poiché non sono state adeguate ai progressi della medicina e alle loro ripercussioni finanziarie. Questo obbliga le parti della convenzione a verificare se sia effettivamente il caso e, se necessario, a intraprendere quanto occorre per adeguarle alla realtà medica e finanziaria.

Art. 24^{bis} cpv. 5

Questo capoverso, che corrisponde al principio stabilito per l'AOMS all'articolo 59c capoverso 3 OAMal, determina i principi applicabili dal Consiglio federale (art. 27 cpv. 3–5 LAI nella versione riveduta) o dal DFI (nuovo art. 27 cpv. 6 e 7, secondo periodo LAI), per la fissazione delle tariffe, qualora le parti non giungano a un accordo.

Art. 24^{ter}

Art. 24^{ter} cpv. 1

Questo capoverso, ripreso dall'articolo 59d capoverso 1, secondo periodo OAMal, precisa il contenuto delle convenzioni concluse tra l'UFAS e i fornitori di prestazioni mediche nonché le relative modalità di applicazione.

⁴⁷ DTAF 2014/51

Art. 24^{ter} cpv. 2

Questo capoverso introduce l'obbligo di chiedere il parere del Sorvegliante dei prezzi nel quadro dell'esame dell'adeguatezza di una tariffa, conformemente all'articolo 14 della legge federale del 20 dicembre 1985⁴⁸ sulla sorveglianza dei prezzi. La consultazione dovrà avvenire prima della conclusione di convenzioni tariffali nazionali e nell'ambito della fissazione di tariffe da parte dell'autorità competente secondo l'articolo 24^{bis} capoverso 5.

Art. 24^{ter} cpv. 4

Questo capoverso corrisponde all'articolo 70a, secondo periodo OAINF. I fornitori di prestazioni mettono a disposizione dell'UFAS, dell'associazione Commissione delle tariffe mediche LAINF, incaricata delle trattative per le convenzioni dell'AI, e dei partner tariffali i documenti necessari per la fissazione della tariffa.

Art. 24^{quater}

Questo articolo sostituirà il vigente articolo 3^{quater} OAI.

Art. 24^{quater} cpv. 1

Questo capoverso riprende l'articolo 70c capoverso 1 OAINF, ma escludendo il riferimento alla remunerazione di vitto e alloggio, che nell'AI è disciplinata separatamente (art. 90 OAI). Per prestazioni identiche, le strutture tariffali devono essere uniformi a livello nazionale. Questo principio agevola l'applicazione dell'assicurazione e quella di criteri economici uniformi tra le varie assicurazioni sociali.

Art. 24^{quater} cpv. 2

Questo capoverso, che riprende l'articolo 70c capoverso 2 OAINF, si applica soprattutto a cure particolarmente onerose.

Art. 24^{quater} cpv. 3

Il presente capoverso corrisponde all'articolo 59d capoverso 2, primo periodo, OAMal. Oltre alle istruzioni di codificazione, nel manuale devono figurare anche informazioni relative alle principali variabili della statistica medica utilizzate nell'insieme di dati come pure un breve quadro storico della classificazione ICD (versione in vigore dal 1° gennaio 2022). Il manuale viene aggiornato a intervalli regolari.

Ai fini della garanzia della qualità, i fornitori di prestazioni di cura devono sottoporsi periodicamente a una verifica della codificazione DRG.

Art. 24^{quater} cpv. 4

Questo capoverso riprende l'articolo 15 capoverso 2 OAINF, adeguandolo al contesto dell'AI. Se l'assicurato intende ricorrere a un fornitore di prestazioni non convenzionato, è necessaria una richiesta formale di assunzione delle spese. In questi casi l'assicurazione rimborsa soltanto le spese corrispondenti alle tariffe dell'istituto convenzionato più vicino che fornisce lo stesso tipo di prestazioni, applicando gli stessi criteri previsti per la remunerazione delle cure di cui al capoverso 1.

Art. 24^{quinqies}

Questo capoverso riprende l'articolo 70b capoverso 1 OAINF, adeguandolo al contesto dell'AI. Per prestazioni identiche, le strutture tariffali devono essere uniformi a livello nazionale. Questo principio agevola l'applicazione di criteri economici uniformi. Inoltre, questo nuovo articolo precisa che, per la remunerazione delle cure ambulatoriali, nell'AI vanno applicate strutture tariffali uniformi a livello nazionale.

⁴⁸ RS 942.20

Art. 24^{sexies}

Questo articolo va a sostituire il vigente articolo 41 capoverso 1 lettera I OAI, che conferisce agli uffici AI la competenza di concludere convenzioni. Per il fornitore di prestazioni non sussiste tuttavia il diritto alla conclusione di una convenzione.

Art. 24^{sexies} cpv. 1

In virtù dell'articolo 57 capoverso 2 LAI, gli uffici AI sono autorizzati a stipulare convenzioni secondo l'articolo 27 capoverso 1 LAI per i provvedimenti di cui agli articoli 14a–18 LAI. Questo capoverso riprende la norma di delega contenuta nel vigente articolo 41 capoverso 1 lettera I OAI, mantenendo così il compito affidato agli uffici AI in materia di conclusione di convenzioni nell'ambito dei provvedimenti d'integrazione.

Di regola, la conclusione di una convenzione spetta all'ufficio AI del Cantone in cui il fornitore di prestazioni ha la propria sede o esercita permanentemente la sua attività professionale. Il presente capoverso precisa che per i fornitori di prestazioni non sussiste il diritto alla conclusione di una convenzione. Inoltre, stabilisce i principi per la fissazione dei prezzi e la valutazione economica. Con questa formulazione si intende permettere agli uffici AI di commissionare prestazioni anche a fornitori commerciali di prestazioni (p. es. corsi di formazione) senza doverne verificare l'indennizzo, se si tratta di prezzi conformi all'uso locale e al mercato. Nel caso di fornitori di prestazioni istituzionali sarà possibile stabilire ulteriori criteri di economia aziendale e di qualità nonché esigere la trasparenza dei costi.

Art. 24^{sexies} cpv. 2

Questo capoverso impone all'ufficio AI di verificare regolarmente la qualità, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni fornite nel caso specifico; se necessario, deve prendere misure per migliorare la situazione. Inoltre, le convenzioni concluse vanno verificate periodicamente e, se del caso, adeguate.

Titolo prima dell'art. 24^{septies}

Il titolo prima dell'articolo 24^{septies} OAI va adeguato, dal punto di vista redazionale, alla nuova espressione utilizzata nell'articolo 28a LAI.

Art. 24^{septies}

Art. 24^{septies} cpv. 1

Per poter stabilire il metodo di valutazione applicabile, occorre determinare lo statuto dell'assicurato. Sono previsti tre statuti: esercitante un'attività lucrativa (a tempo pieno), non esercitante un'attività lucrativa o esercitante un'attività lucrativa a tempo parziale. Per determinare lo statuto ci si deve chiedere in quale situazione lavorativa si troverebbe l'assicurato se non avesse subito alcun danno alla salute. In linea di massima ci si basa sulla situazione immediatamente precedente l'insorgere del danno alla salute. Tuttavia, da allora possono essere intervenuti cambiamenti sostanziali che richiedono una nuova determinazione dello statuto. Tali cambiamenti devono essere oggettivamente plausibili o comprovati dall'assicurato. Occorre basarsi su condizioni oggettive per valutare come la persona in questione avrebbe deciso nella sua situazione di vita concreta senza limitazioni dovute a ragioni di salute: è determinante sempre e soltanto il comportamento ipotetico della persona in questione⁴⁹. Bisogna prendere in considerazione l'insieme delle circostanze nei singoli casi, quali accordi per la ripartizione dei compiti in seno alla famiglia, eventuali compiti di assistenza nei confronti di familiari, l'età, le capacità professionali, la formazione, le inclinazioni e le doti personali dell'assicurato, secondo il criterio dell'esperienza generale della vita⁵⁰.

Lo statuto dell'assicurato è stabilito in base all'evolversi della situazione fino al momento dell'emanazione della decisione⁵¹.

⁴⁹ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_889/2011 del 30 marzo 2012 consid. 3.2.1.

⁵⁰ Cfr. p. es. DTF 117 V 194.

⁵¹ Cfr. RCC 1989 pag. 127.

Art. 24^{septies} cpv. 2 lett. a

Il gruppo di assicurati più ampio è costituito dalle persone esercitanti un'attività lucrativa, il cui grado d'invalidità viene valutato mediante un confronto dei redditi secondo l'articolo 16 LPGa. Lo statuto di persona «esercitante un'attività lucrativa» secondo la presente lettera si applica a tutti gli assicurati che in assenza del danno alla salute eserciterebbero un'attività lucrativa con un grado d'occupazione corrispondente ad almeno il 100 per cento. Il grado d'occupazione corrispondente ad almeno il 100 per cento varia a seconda dell'attività e va valutato in base all'orario di lavoro aziendale usuale presso il datore di lavoro in questione. Può essere raggiunto con una singola attività oppure con diverse attività lucrative, dalla cui somma risulta un grado d'occupazione di almeno il 100 per cento.

È inoltre irrilevante che l'assicurato eserciti un'attività lucrativa salariata o indipendente oppure lavori gratuitamente nell'azienda del coniuge. In questo modo si riprende al contempo anche la regolamentazione del vigente articolo 27^{bis} capoverso 1 OAI, secondo cui gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale o lavorano gratuitamente nell'azienda del coniuge vanno considerati come esercitanti un'attività lucrativa, quando si può presumere che al momento dell'esame del loro diritto alla rendita eserciterebbero un'attività a tempo pieno se non soffrissero di un danno alla salute.

In futuro le persone in corso di formazione rientreranno nel campo di applicazione della lettera a e non più in quello del vigente articolo 26^{bis} OAI. Per allievi, studenti o persone in formazione professionale si terrà conto della regolamentazione dell'articolo 5 LAI. Conformemente all'articolo 5 capoverso 2 LAI, l'invalidità degli assicurati non esercitanti un'attività lucrativa di età inferiore a 20 anni si determina secondo l'articolo 8 capoverso 2 LPGa. Per questi giovanissimi assicurati la questione è se il danno alla salute cagionerà presumibilmente un'incapacità al guadagno, il che significa che in questi casi sono considerati come esercitanti un'attività lucrativa. Conformemente all'articolo 5 capoverso 1 LAI, l'invalidità degli assicurati non esercitanti un'attività lucrativa di 20 anni compiuti si determina in linea di massima in base a un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile. Soltanto se non si può ragionevolmente esigere l'esercizio di un'attività lucrativa, occorre presumere lo statuto di persona «non esercitante un'attività lucrativa» conformemente all'articolo 8 capoverso 3 LPGa e quindi l'impossibilità di svolgere le mansioni consuete. Nel complesso, per semplificare si può affermare che gli assicurati in formazione che prima dell'insorgere del danno alla salute non esercitavano un'attività lucrativa vanno per principio considerati come esercitanti un'attività lucrativa, salvo se circostanze concrete fanno pensare che non sia ragionevolmente esigibile l'avvio di un'attività lucrativa. Di conseguenza, nel loro caso la valutazione dell'invalidità avviene per principio mediante un confronto dei redditi.

Art. 24^{septies} cpv. 2 lett. b

Una persona ha lo statuto di «non esercitante un'attività lucrativa», se anche in mancanza di un danno alla salute non eserciterebbe alcuna attività lucrativa. In tali casi il grado d'invalidità viene valutato con il cosiddetto metodo specifico del confronto delle attività secondo l'articolo 28a capoverso 2 LAI.

Anche chi vive di rendita o riscuote anticipatamente una rendita di vecchiaia è considerato quale assicurato non esercitante un'attività lucrativa, se il danno alla salute insorge dopo il passaggio allo statuto di persona che vive di rendita o dopo il pensionamento anticipato. Per questi assicurati si deve di regola presumere che senza danno alla salute avrebbero continuato a vivere di rendita o a riscuotere la rendita di vecchiaia e quindi non avrebbero più avviato alcuna attività lucrativa. Nel loro caso va dunque computato lo svolgimento di mansioni consuete secondo l'articolo 28a capoverso 2 LAI. In particolare non sarebbe giustificato presumere semplici attività del tempo libero⁵², poiché così non sarebbero più assicurati nell'AI contro le conseguenze di un'incapacità al guadagno dovuta all'invalidità, il che sarebbe in contraddizione con lo scopo di un'assicurazione universale obbligatoria.⁵³ Va inoltre considerato che in

⁵² Cfr. in proposito DTF 142 V 290 consid. 7.1.

⁵³ Cfr. in proposito p. es. Gächter, Meier, «Rechtsprechung des Bundesgerichts im Bereich der Invalidenversicherung», in SZS, 3/2017, pag. 311 segg.

futuro anche per le persone esercitanti un'attività lucrativa a tempo parziale si presumerà sempre pure lo svolgimento complementare di mansioni consuete, oltre all'esercizio dell'attività lucrativa (al riguardo cfr. commento all'art. 27^{bis} cpv. 1 D-OAI).

Se una persona che vive di rendita gestisce da sé la propria sostanza, questa attività può esserle però computata quale attività lucrativa (eventualmente a tempo parziale) ai sensi dell'articolo 24^{septies} capoverso 2 lettera a o c D-OAI.

Art. 24^{septies} cpv. 2 lett. c

Gli assicurati che senza danno alla salute eserciterebbero un'attività lucrativa con un grado d'occupazione inferiore al 100 per cento sono considerati «esercitanti un'attività lucrativa a tempo parziale» e il loro grado d'invalidità è valutato in base al cosiddetto metodo misto secondo l'articolo 28a capoverso 3 LAI.

Analogamente a quanto previsto alla lettera a, è irrilevante che l'assicurato eserciti un'attività lucrativa salariata o indipendente oppure lavori gratuitamente nell'azienda del coniuge.

Art. 25

Rubrica

L'attuale rubrica viene modificata in «Principi del confronto dei redditi», dato che in futuro l'articolo 25 stabilirà i principi fondamentali per la fissazione del reddito lavorativo determinante secondo l'articolo 28a capoverso 1 LAI.

Art. 25 cpv. 1

Questo capoverso riprende in ampia misura la regolamentazione vigente in materia di reddito del lavoro computabile, ma con una ristrutturazione dell'elenco. La lettera a riprende integralmente il tenore vigente. La lettera b corrisponde alla vigente lettera c, mentre la vigente regolamentazione della lettera b è soppressa, dato che in futuro per la determinazione del reddito con invalidità (art. 26^{bis} cpv. 1 D-OAI) non sarà più necessario sapere se sia eventualmente versato un salario sociale. Poiché un reddito effettivamente conseguito sarà sempre computato quale reddito con invalidità, se permette di valorizzare al meglio la capacità funzionale residua dell'assicurato, il mantenimento della regolamentazione vigente sarebbe una contraddizione.

Art. 25 cpv. 2

Il vigente capoverso 2 dell'articolo 25 OAI contempla una regolamentazione speciale per i lavoratori indipendenti che, essendo ovvia sul piano materiale, non necessita di alcun disciplinamento a livello di ordinanza.

Il capoverso 2 stabilisce nuovamente un principio importante per il confronto dei redditi, ovvero che i redditi lavorativi determinanti vanno sempre stabiliti con riferimento al medesimo lasso di tempo. Per principio sono determinanti le condizioni effettive al momento più prossimo in cui può nascere il diritto alla rendita, anche se vanno considerate eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino all'emanazione della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita⁵⁴.

Nella prassi è inoltre importante che, ai fini del confronto dei redditi, fattori estranei all'invalidità siano ignorati oppure presi in considerazione in ugual misura sia per il reddito senza invalidità che per quello con invalidità⁵⁵. Per questo motivo è fondamentale che entrambi i redditi di paragone siano confrontati sul medesimo mercato del lavoro, soprattutto nel caso dell'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero e degli uffici AI dei Cantoni di confine. Un eventuale confronto tra salari esteri e quelli relativamente elevati della Svizzera produrrebbe infatti distorsioni che, a seconda delle circostanze, potrebbero avvantaggiare o penalizzare le persone in questione. Nel presente capoverso viene pertanto stabilito che per la valutazione del grado d'invalidità sono determinanti le condizioni e i salari sul mercato del lavoro in Svizzera. L'Ufficio

⁵⁴ Cfr. p. es. sentenza del Tribunale federale 8C_132/2020 del 18 giugno 2020 consid. 4.1.

⁵⁵ Cfr. DTF 129 V 222 consid. 4.4.

Al per gli assicurati residenti all'estero potrà, in singoli casi motivati, fissare i redditi di paragone anche su un mercato del lavoro estero, ad esempio se i redditi effettivi su questo mercato sono noti e non possono essere applicati tali e quali sul mercato del lavoro svizzero. Questo però presuppone che entrambi i redditi di paragone siano fissati in base allo stesso mercato del lavoro estero.

Art. 25 cpv. 3

Se si deve far ricorso a valori statistici, occorre sempre basarsi sui valori centrali della RSS dell'UST.

Si deve dunque continuare a seguire la giurisprudenza vigente del Tribunale federale sull'applicazione delle tabelle dei salari.

Di regola sono determinanti i valori della tabella TA1_tirage_skill_level (Salario mensile lordo secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso – Settore privato)⁵⁶. In casi motivati (p. es. se un assicurato può essere occupato sia nel settore pubblico che in quello privato o si tratta di una persona particolarmente qualificata con un diploma universitario), ci si potrà continuare a basare anche su altre tabelle della RSS.

Per l'impiego della tabella TA1_tirage_skill_level va innanzitutto stabilito se siano i valori per un determinato ramo economico (settore) o quelli totali per tutti i rami economici a rispecchiare meglio la situazione dell'assicurato in questione. Va fatto riferimento alla formazione professionale dell'assicurato, salvo se quest'ultimo non ha mai lavorato nella professione in questione o non lo ha fatto più per diversi anni. In linea di massima si impiegano i valori del settore corrispondente alla formazione professionale che sono indicati nella tabella TA1_tirage_skill_level della RSS. Se grazie alla sua formazione o esperienza professionale l'assicurato può accedere all'intero mercato del lavoro, si possono considerare i valori totali della tabella TA1_tirage_skill_level.

Successivamente va stabilito il livello di competenze del caso; anche in questo contesto la formazione professionale dell'assicurato è di rilievo. Le persone senza formazione professionale, ad esempio, si situano spesso nel livello di competenze 1 e gran parte di quelle con una formazione professionale (p. es. CFP o AFC) nel livello di competenze 2⁵⁷.

Se in un singolo caso un reddito non figura nella RSS, resterà possibile impiegare altri valori statistici, ad esempio per i lavoratori indipendenti, per i quali i valori della RSS possono essere inadeguati, poiché si basano sui salari dei lavoratori dipendenti⁵⁸. Per gli indipendenti potranno dunque essere considerati i valori statistici del relativo settore⁵⁹ o eventualmente anche i salari effettivi versati ai dipendenti.

Per quanto concerne i valori statistici, la giurisprudenza del Tribunale federale considera valori indipendenti dall'età e differenziati a seconda del sesso⁶⁰, un approccio che va codificato. La presa in considerazione del sesso nella fissazione dei valori statistici permette infatti di evitare penalizzazioni ingiustificate dovute a disparità salariali legate al sesso tenendo conto, da entrambe le parti, dei fattori estranei all'invalidità che incidono sui redditi di paragone⁶¹.

Art. 25 cpv. 4

Tutti i valori della RSS si basano su una settimana di 40 ore. Dato che però, a seconda della divisione economica, in Svizzera la durata del lavoro è più elevata, i valori vanno adeguati alla durata normale di lavoro nelle aziende dei singoli settori. A tal fine è applicabile la statistica

⁵⁶ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_671/2010 del 25 febbraio 2011 consid. 6.4.2.

⁵⁷ Per i singoli livelli di competenza cfr. le osservazioni nei risultati commentati della RSS 2016, pag. 25 seg. (disponibili in tedesco e in francese) all'indirizzo <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/184-1600>.; cfr. inoltre la distribuzione per professione CITP in base ai livelli di competenza, che attribuisce i lavoratori non qualificati del grande gruppo 9 al livello di competenza 1 e i grandi gruppi 4–8 al livello di competenza 2; cfr. in proposito anche le spiegazioni concernenti la tabella T17 Salario mensile lordo secondo i gruppi di professioni, l'età e il sesso, disponibile all'indirizzo <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/j-e-d-03.04.01.02.47>.

⁵⁸ Cfr. il tipo di rilevazione della RSS, disponibile all'indirizzo <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/lavoro-reddito/rilevazioni/rss.assetdetail.6468401.html>.

⁵⁹ Cfr. RCC 1962 pag. 125.

⁶⁰ Cfr. VSI 2000 pag. 82 consid. 2a, e DTF 129 V 408 consid. 3.1.2.

⁶¹ Cfr. DTF 129 V 222 consid. 4.4.

della durata normale di lavoro nelle aziende, per divisioni economiche, in ore settimanali, elaborata dall'UST⁶².

Se vengono considerate le tabelle dei salari, conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale va considerata sempre la tabella della RSS più attuale al momento dell'emanazione della decisione⁶³. Se del caso, il valore della tabella che fa riferimento a un anno precedente va indicizzato verso l'alto all'anno di riferimento, ovvero adeguato all'evoluzione dei salari nominali basandosi sull'indice svizzero dei salari dell'UST⁶⁴ e impiegando valori differenziati a seconda del sesso⁶⁵.

Se vengono considerati valori statistici per un settore specifico, vanno impiegati anche la durata normale di lavoro nelle aziende del settore in questione e l'evoluzione dei salari nominali per questo settore. Negli altri casi, ci si basa sul totale delle durate normali di lavoro nelle aziende o sull'evoluzione dei salari nominali di tutte le divisioni economiche.

Art. 26

Il vigente articolo 26 OAI contempla regole concernenti i cosiddetti invalidi dalla nascita o precoci, ovvero le persone che a causa della loro invalidità non hanno potuto acquisire sufficienti conoscenze professionali o concludere una formazione professionale. In futuro l'articolo 26 OAI disciplinerà la determinazione del reddito senza invalidità in modo generale per tutti gli assicurati. Per motivi di parità di trattamento, queste regole generali si applicheranno, ove possibile e ragionevole, anche agli invalidi dalla nascita e a quelli precoci.

Art. 26 cpv. 1

Secondo l'articolo 16 LPGA, il reddito senza invalidità è il reddito lavorativo che l'assicurato avrebbe potuto conseguire, se non fosse diventato invalido. Per determinare questo reddito ci si basa per principio sull'ultimo reddito lavorativo effettivamente conseguito prima dell'insorgere dell'invalidità⁶⁶.

È determinante il reddito conseguito dall'assicurato nell'ultima attività esercitata prima di diventare invalido, se si può presumere che in assenza del danno alla salute la svolgerebbe ancora. Per analogia con la prassi attuale del Tribunale federale, se il reddito conseguito negli ultimi anni prima dell'insorgere dell'invalidità era soggetto a forti variazioni, ad esempio a causa di cambiamenti frequenti del posto di lavoro o disoccupazione, non ci si baserà sull'ultimo reddito conseguito bensì su un reddito medio. Per calcolare un reddito medio adeguato, verranno considerati i redditi conseguiti negli ultimi anni prima dell'insorgere dell'invalidità.

Se prima dell'insorgere dell'invalidità un assicurato esercitava un'attività con un grado d'occupazione superiore al 100 per cento, gli si computerà quale reddito senza invalidità l'intero reddito conseguito in tal modo. In questo caso è irrilevante che l'assicurato esercitasse anche un'attività lucrativa accessoria oltre a quella principale oppure che raggiungesse il grado d'occupazione superiore al 100 per cento con più attività a tempo parziale. In futuro non si dovrà più procedere in nessun caso a una riduzione a un grado d'occupazione del 100 per cento; in questo modo si uniformerà la finora eterogenea giurisprudenza del Tribunale federale⁶⁷. Le regole per determinare il reddito senza invalidità valgono per principio sia per i lavoratori dipendenti che per quelli indipendenti.

Per questi ultimi occorre inoltre interrogarsi sull'evoluzione che l'azienda dell'assicurato avrebbe avuto se non fosse subentrata l'invalidità. Per determinare i redditi effettivi, di regola si chiedono i pertinenti documenti contabili, che vengono poi confrontati con le iscrizioni nel

⁶² Disponibile (in tedesco e in francese) all'indirizzo <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati.assetdetail.je-d-03.02.03.01.04.01.html>. Le divisioni economiche sono fissate in base alla nomenclatura generale delle attività economiche (NOGA 2008), disponibile all'indirizzo <https://www.kubb-tool.bfs.admin.ch/it>

⁶³ Cfr. DTF **143** V 295 consid. 2.3.

⁶⁴ Disponibile agli indirizzi <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati.assetdetail.16904712.html>; <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati.assetdetail.16904724.html>; <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati.assetdetail.16904730.html>.

⁶⁵ Cfr. DTF **129** V 408 consid. 3.1.2.

⁶⁶ Cfr. p. es. sentenza del Tribunale federale 9C_4040/2007 dell'11 aprile 2008 consid. 2.3.

⁶⁷ Cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_765/2007 dell'11 luglio 2008 consid. 4.1.2 e 8C_671/2010 del 25 febbraio 2011 consid. 4.5.

conto individuale. Laddove le condizioni non sono già sufficientemente note, l'ufficio AI svolge inoltre un accertamento sul posto. Poiché per i lavoratori indipendenti sono frequenti forti variazioni del reddito, anche in tali casi ci si deve basare su un valore medio adeguato⁶⁸.

La persona che dirige una società anonima o una società a garanzia limitata deve essere considerata in linea di principio come persona salariata. Tuttavia, se tale persona ha un'influenza determinante sulla società (p. es. perché è l'unica ad avere il diritto di firma o è azionista unico), è giustificato valutare il grado d'invalidità con il metodo utilizzato per i lavoratori indipendenti.

Art. 26 cpv. 2

Se il reddito lavorativo effettivamente conseguito secondo il capoverso 1 è inferiore di oltre il 5 per cento al valore centrale usuale del settore secondo la RSS, va effettuata una cosiddetta parallelizzazione⁶⁹.

Effettuare una parallelizzazione significa prendere in considerazione come correttivi per la determinazione dei redditi di paragone fattori economici che incidono negativamente sul reddito dell'assicurato già prima dell'insorgere del danno alla salute (p. es. un livello salariale basso sul piano regionale, la categoria di permesso di soggiorno [compresi i frontalieri] o la nazionalità, nonché condizioni personali quali le carenze linguistiche, la mancanza di una formazione professionale o l'età). In questo modo si rispetta il principio secondo cui i fattori estranei all'invalidità non vanno presi in considerazione o devono essere considerati in egual misura per entrambi i redditi⁷⁰.

Per quanto concerne il reddito senza invalidità, la parallelizzazione viene effettuata fissando il reddito al 95 per cento del valore centrale usuale del settore in questione secondo la RSS. Anche in questo caso va impiegata per principio, per analogia con l'articolo 25 capoverso 3 D-OAI, la tabella TA1_tirage_skill_level (Salario mensile lordo secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso – Settore privato), stabilendo il ramo economico e il livello di competenze del caso e utilizzando i valori indipendenti dall'età e differenziati a seconda del sesso, conformemente alle regole generali.

La nuova regolamentazione è più vantaggiosa per gli assicurati, poiché in futuro non ci si dovrà più chiedere quali fattori esattamente hanno comportato un reddito inferiore alla media e, addirittura, se la persona si sia eventualmente accontentata di un tale reddito modesto⁷¹. Si parte dunque dal presupposto che difficilmente una persona con un'attività salariata si accontenti volontariamente di un tale reddito. Di conseguenza, si dovrà effettuare automaticamente la parallelizzazione, se il reddito lavorativo effettivamente conseguito secondo il capoverso 1 sarà inferiore di almeno il 5 per cento al valore centrale usuale del settore in questione secondo la RSS.

Contrariamente alla vigente prassi del Tribunale federale, in futuro la parallelizzazione sarà effettuata anche se l'assicurato consegue un salario minimo secondo un contratto collettivo di lavoro (CCL) o un contratto normale di lavoro (CNL), purché questo resti inferiore di almeno il 5 per cento al valore centrale usuale del settore in questione secondo la RSS⁷². I CCL e i CNL disciplinano infatti soltanto il salario minimo e quindi, in linea di massima, non quello usuale del settore. Va infine rilevato che numerosi CCL e CNL hanno una validità soltanto regionale. Per gli organi esecutivi sarebbe dunque molto oneroso dover accertare se nel singolo caso sia applicabile o meno un CCL o un CNL. Garantendo tale parallelizzazione automatica per i salariati, in futuro tutti i fattori economici di cui si può tenere conto attualmente per la deduzione dovuta al danno alla salute saranno già presi in considerazione. L'attuale deduzione dovuta al danno alla salute diventerà pertanto una deduzione per attività a tempo parziale (cfr. art. 26^{bis} cpv. 3 D-OAI)⁷³.

⁶⁸ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_771/2017 del 29 maggio 2018 consid. 3.1.6.

⁶⁹ Cfr. DTF 135 V 58, 135 V 297.

⁷⁰ Cfr. DTF 129 V 222 consid. 4.4.

⁷¹ Cfr. in proposito p. es. DTF 134 V 322 consid. 4.1.

⁷² Cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_537/2016 dell'11 aprile 2017 consid. 6 e 8C_141/2016 del 17 maggio 2016 consid. 5.2.2.3.

⁷³ Cfr. DTF 135 V 297 consid. 6.2.

Art. 26 cpv. 3 lett. a

Non andrà effettuata alcuna parallelizzazione, se anche per la determinazione del reddito senza invalidità ci si basa sul reddito effettivo e quest'ultimo è a sua volta di almeno il 5 per cento inferiore al valore centrale del settore secondo la RSS. Anche questo deriva dal principio summenzionato secondo cui i fattori estranei all'invalidità non vanno presi in considerazione o devono essere considerati in egual misura per entrambi i redditi⁷⁴.

Art. 26 cpv. 3 lett. b

Nel caso dei lavoratori indipendenti non si può presumere che non si siano accontentati volontariamente di un tale reddito modesto. Proprio per questi lavoratori è infatti tipico che si accontentino di un reddito modesto anche per diversi anni, non da ultimo per motivi legati anche al diritto assicurativo e a quello fiscale. Al riguardo viene quindi ripresa la giurisprudenza vigente in materia⁷⁵. Per avere un disciplinamento semplice e uniforme, nel caso dei lavoratori indipendenti sarà pertanto esclusa la parallelizzazione.

Questo non significa però automaticamente che in ogni caso si debba computare quale reddito senza invalidità un reddito insufficiente per coprire il fabbisogno vitale. In particolare nei casi in cui l'impresa è ancora molto giovane e i redditi dei primi anni non sono rappresentativi, per determinare il reddito senza invalidità va fatto eventualmente ricorso ai valori statistici⁷⁶.

Art. 26 cpv. 4

Se non si può impiegare il reddito effettivo secondo il capoverso 1, perché questo non può essere determinato con sufficiente precisione, ad esempio a causa di un'assenza pluriennale dal mercato del lavoro o del licenziamento dell'assicurato per motivi aziendali⁷⁷, oppure, per i lavoratori indipendenti, nei primi e poco rappresentativi anni di attività⁷⁸, si deve far ricorso a valori statistici.

Occorre quindi chiedersi, nel caso concreto, quanto guadagnerebbe, secondo le statistiche, una persona sana con la stessa formazione e nelle stesse condizioni professionali⁷⁹. Per la determinazione del valore statistico applicabile si rimanda al commento all'articolo 25 capoverso 3 D-OAI.

Se non si può computare alcun reddito effettivo, gli assicurati con un CFP o un AFC rientrano sempre nel campo di applicazione del capoverso 4. In tali casi, il Tribunale federale ha talvolta negato l'acquisizione di sufficienti conoscenze professionali, se nonostante il CFP o l'AFC gli assicurati non sono veramente riusciti ad accedere al mercato del lavoro primario⁸⁰. Questa giurisprudenza non è in linea con i principi della LFPPr, che disciplina dettagliatamente i requisiti per il CFP e l'AFC. Dato che la forte standardizzazione della formazione professionale garantisce che una persona con tali titoli dispone delle relative conoscenze e competenze, non è possibile che vi sia una disparità di trattamento tra persone con e senza danno alla salute. L'impiegabilità eventualmente ridotta del titolo professionale va tenuta in considerazione nella determinazione del reddito con invalidità.

Art. 26 cpv. 5

Questo capoverso riprende la regolamentazione del vigente articolo 26 capoverso 2 OAI.

Le persone che hanno pianificato o iniziato una formazione professionale e si sono poi ammalate o infortunate sono equiparate, ai fini della determinazione del reddito senza invalidità, alle persone che hanno concluso la formazione.

Rientrano in questa categoria le persone che hanno iniziato una formazione professionale e nel corso di essa si sono ammalate o infortunate e non hanno quindi potuto concluderla o

⁷⁴ Cfr. DTF **129** V 222 consid. 4.4.

⁷⁵ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_148/2016 del 2 novembre 2016 consid. 2.1; DTF **135** V 58.

⁷⁶ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_148/2016 del 2 novembre 2016.

⁷⁷ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_513/2014 del 17 dicembre 2014 consid. 6.5 seg.

⁷⁸ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_148/2016 del 2 novembre 2016 consid. 2.1.

⁷⁹ Cfr. DTF **114** V 310 consid. 4a.

⁸⁰ Cfr. p. es. sentenza del Tribunale federale 9C_233/2018 dell'11 aprile 2019.

hanno dovuto optare per una formazione meno qualificata, nonché le persone che hanno pianificato una determinata formazione professionale, ma che a causa di un'invalidità insorta successivamente non hanno potuto iniziare la formazione in questione o hanno dovuto optare per una formazione meno qualificata.

La nozione di formazione professionale include tutte le formazioni successive alla conclusione della scuola dell'obbligo e che si svolgono in una struttura ordinaria⁸¹. Concretamente, si tratta della formazione professionale di base (CFP, AFC e maturità professionale), delle scuole di cultura generale (certificato di scuola specializzata, maturità specializzata e maturità liceale) nonché delle formazioni del livello terziario (formazione professionale superiore e scuole universitarie). Le formazioni in questione non si limitano a quelle secondo l'articolo 16 LAI.

I giovani che svolgono un avviamento professionale AI o una formazione pratica INSOS non rientrano nel campo di applicazione di questo capoverso, bensì in quello del capoverso 6.

Come menzionato per il capoverso 4, anche in questo caso il valore statistico impiegabile va dedotto dall'articolo 25 capoverso 3 D-OAI.

Art. 26 cpv. 6

Questo capoverso riprende la regolamentazione del vigente articolo 26 capoverso 1 OAI per gli assicurati che al momento della scelta della professione o della formazione professionale presentano già un danno alla salute e a causa dell'invalidità non hanno la possibilità di svolgere una formazione professionale secondo la LFPr o una formazione in una scuola di cultura generale. Si tratta dunque di persone che non possono iniziare alcuna formazione professionale o che eventualmente svolgono un avviamento professionale AI o una formazione pratica INSOS.

Le fasce d'età del vigente articolo 26 capoverso 1 OAI non saranno più considerate, poiché negli anni successivi e fino al raggiungimento del 30° anno di età comportano adeguamenti graduali del grado d'invalidità e quindi eventualmente del diritto alla rendita, anche in assenza di un cambiamento della situazione.

Applicando i valori statistici senza graduazione secondo l'età agli invalidi dalla nascita o precoci che nonostante tutti gli sforzi d'integrazione dell'AI non possono accedere a una formazione professionale ordinaria, sarà computato, a seconda delle circostanze già dal 18° anno di età, un reddito senza invalidità statistico determinato secondo i principi generali. La disparità di trattamento dovuta all'attuale riduzione artificiale del reddito senza invalidità, e quindi anche del grado d'invalidità prima dei 30 anni, sarà così soppressa. Questo è molto importante, soprattutto perché proprio gli invalidi dalla nascita e quelli precoci dispongono raramente di un'assicurazione del 2° pilastro e devono dunque coprire il loro intero fabbisogno vitale con le prestazioni assicurative del 1° pilastro.

Inoltre, la determinazione del reddito senza invalidità per tali invalidi sarà effettuata secondo gli stessi principi applicabili agli altri assicurati. In linea di massima sarà quindi determinante, come per i capoversi 4 e 5, il valore centrale indicato nella tabella TA1_tirage_skill_level della RSS (cfr. art. 25 cpv. 3 D-OAI), che in definitiva copre tutte le fasce salariali per tutte le fasce d'età.

All'interno della tabella TA1_tirage_skill_level ci si basa sul valore totale di tutti i rami economici e sul totale per tutti i livelli di competenze, dato che non si può prevedere quale formazione avrebbe potuto concludere l'assicurato in assenza del danno alla salute e quale livello di competenze avrebbe raggiunto. In deroga all'articolo 25 capoverso 3 D-OAI, per gli invalidi dalla nascita e quelli precoci saranno considerati i valori indipendenti dal sesso, conformemente alla prassi vigente, poiché per questi assicurati non esistono riferimenti ad attività già svolte per le quali sia stato versato un salario differenziato a seconda del sesso.

⁸¹ Cfr. la panoramica del sistema formativo svizzero elaborata dalla SEFRI, disponibile all'indirizzo <https://www.sbfli.ad-min.ch/sbfli/it/home/formazione/spazio-formativo-svizzero/sistema-formativo-svizzero.html>.

Art. 26^{bis}

Il vigente articolo 26^{bis} OAI disciplina lo statuto degli assicurati in corso di formazione. In futuro questa regolamentazione sarà contenuta in forma generale nel nuovo articolo 24^{septies}. In futuro il presente articolo disciplinerà pertanto la determinazione del reddito con invalidità.

Art. 26^{bis} cpv. 1

Secondo l'articolo 16 LPGA, il reddito con invalidità è il reddito che l'assicurato consegue dopo l'insorgere dell'invalidità e lo svolgimento delle cure mediche e di eventuali provvedimenti d'integrazione, oppure che potrebbe conseguire con un'attività ragionevolmente esigibile in una situazione equilibrata del mercato del lavoro. La giurisprudenza e la prassi amministrativa hanno finora designato questo reddito come «reddito d'invalido».

Come per il reddito senza invalidità, anche per determinare quello con invalidità bisogna basarsi dapprima sui redditi effettivamente conseguiti.

Affinché il reddito effettivo sia computato quale reddito con invalidità, occorre che con esso l'assicurato valorizzi al meglio la sua capacità funzionale residua (cfr. in proposito art. 54a cpv. 3 LAI e art. 49 cpv. 1^{bis} D-OAI). Questo deriva dal principio generale dell'obbligo di ridurre il danno che incombe agli assicurati. Soltanto se l'attività esercitata consente a un assicurato di conseguire un reddito conforme alle attese, tenuto conto della sua capacità funzionale residua, questo reddito può essere considerato quale base per il reddito con invalidità. Poiché secondo l'articolo 26^{bis} capoverso 2 D-OAI, se non è computabile alcun reddito effettivo, ci si deve basare sui valori statistici di cui all'articolo 25 capoverso 3 D-OAI, questa capacità può essere valorizzata al meglio soltanto se il reddito conseguito con l'attività in questione è pressoché equivalente al valore statistico centrale corrispondente. I fattori attualmente necessari secondo la giurisprudenza⁸², ovvero che il salario conseguito corrisponda alla prestazione lavorativa e che sussista un rapporto di lavoro particolarmente stabile o la possibilità di conseguire durevolmente un reddito corrispondente sul mercato del lavoro equilibrato, non saranno più considerati. Si tratta di criteri praticamente inattuabili e che celano il rischio che il datore di lavoro riduca le sue spese versando un salario artificialmente basso, sapendo che l'assicurato non subirà alcun pregiudizio grazie alle prestazioni più elevate dell'AI.

Analogamente a quanto previsto dalla giurisprudenza vigente, si potrà continuare a calcolare il salario effettivamente conseguito in base al grado d'occupazione esigibile, qualora l'assicurato non sfrutti ancora pienamente la sua capacità al lavoro residua a causa di un grado d'occupazione troppo basso e almeno per il datore di lavoro sia possibile un aumento del grado d'occupazione⁸³.

Art. 26^{bis} cpv. 2

Se l'assicurato non consegue più alcun reddito lavorativo dopo l'insorgere dell'invalidità o non gliene può essere computato uno, per la determinazione del reddito con invalidità si dovranno impiegare valori statistici. Secondo l'articolo 16 LPGA, ci si deve chiedere nel caso specifico quanto la persona potrebbe ancora guadagnare sul mercato del lavoro equilibrato con la sua capacità funzionale residua. Analogamente a quanto previsto per il reddito senza invalidità, vanno considerate la formazione e le condizioni professionali dell'assicurato nonché le qualifiche acquisite mediante la partecipazione a provvedimenti d'integrazione professionale.

Questo salario determinato statisticamente per un'attività lucrativa corrispondente a un grado d'occupazione del 100 per cento deve poi essere ridotto in base alla capacità funzionale residua secondo la valutazione medica.

Se si tratta di una persona che prima del danno alla salute lavorava con un grado d'occupazione superiore al 100 per cento e dispone quindi di un reddito senza invalidità elevato (cfr. art. 26 cpv. 1 D-OAI), si deve accertare se sia eventualmente ragionevolmente esigibile che

⁸² Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_720/2012 dell'11 febbraio 2013 consid. 2.3.2.

⁸³ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_720/2012 dell'11 febbraio 2013 consid. 2.3.2.

anche dopo l'insorgere del danno alla salute continui a lavorare più del 100 per cento, il che andrebbe considerato per la base del salario determinato statisticamente⁸⁴.

Nel caso dei lavoratori indipendenti, in virtù dell'obbligo di ridurre il danno si può eventualmente esigere l'esercizio di un'attività lucrativa dipendente, se da quest'ultima ci si può attendere una migliore valorizzazione della capacità al lavoro residua e se, tenuto conto di tutti i fattori soggettivi e oggettivi, il cambio dell'attività professionale appare ragionevolmente esigibile⁸⁵.

Per gli assicurati invalidi dalla nascita o precoci, il reddito senza invalidità verrà determinato in base a valori statistici non differenziati a seconda del sesso (cfr. art. 26 cpv. 6 D-OAI). Di conseguenza, anche il reddito con invalidità andrà determinato con valori corrispondenti indipendenti dal sesso, in modo da non produrre distorsioni⁸⁶.

Art. 26^{bis} cpv. 3

Per considerare i fattori dovuti all'invalidità pregiudizievoli per il salario, il Tribunale federale ha elaborato la deduzione dovuta al danno alla salute⁸⁷. Effettuata sul reddito con invalidità determinato in base alla tabella dei salari, questa deduzione arriva al massimo al 25 per cento del salario statistico.

La deduzione dovuta al danno alla salute nella sua forma attuale non verrà più applicata. Tuttavia, le limitazioni dell'assicurato dovute al danno alla salute e le ripercussioni del lavoro a tempo parziale continueranno a essere considerate mediante strumenti in parte diversi da quelli odierni, come esposto di seguito.

- In primo luogo nella valutazione della capacità funzionale residua dell'assicurato andranno prese sistematicamente in considerazione le limitazioni dovute al danno alla salute in senso stretto (limitazioni qualitative e quantitative nello svolgimento di un'attività lucrativa dovute a fattori medici; cfr. anche art. 49 cpv. 1^{bis} D-OAI). Questa nuova regolamentazione migliorerà la situazione degli assicurati rispetto a oggi, in quanto la limitazione della deduzione dovuta al danno alla salute al 25 per cento al massimo del salario statistico sarà soppressa.
- I fattori economici già esistenti prima dell'insorgere del danno alla salute e con un'incidenza sul reddito conseguibile (p. es. categoria di permesso di soggiorno o nazionalità) verranno ormai considerati soltanto per la parallelizzazione del reddito senza invalidità (cfr. art. 26 cpv. 2 D-OAI). Poiché in futuro la parallelizzazione avverrà per principio in modo più sistematico e non richiederà l'accertamento dei motivi di un reddito inferiore alla media, gli assicurati non saranno penalizzati rispetto a oggi.
- I due fattori «età» e «anni di servizio» potranno essere soppressi senza ripercussioni per gli assicurati⁸⁸. La tabella T17 della RSS (Salario mensile lordo [valore centrale] secondo i gruppi di professioni, l'età e il sesso)⁸⁹ indica che il fattore età non comporta una diminuzione del salario in alcuna delle categorie. Al contempo, più il profilo dei requisiti richiesti (o il «livello di competenze», secondo la nuova terminologia) è basso, più il fattore «anni di servizio» perde importanza nel settore privato⁹⁰. Inoltre, benché per la giurisprudenza sia plausibile che la perdita del posto di lavoro dopo un impiego di lunga durata comporti anche la perdita del vantaggio salariale dovuto agli anni di servizio, un rapporto di lavoro pluriennale presso uno stesso datore di lavoro può anche influire favorevolmente sul salario iniziale presso il nuovo datore di lavoro⁹¹. Va anche rilevato che, in tutti i casi in cui si è proceduto alla parallelizzazione di un reddito senza invalidità effettivo inferiore alla media o determinato in base a un valore statistico, fattori quali la mancanza di una formazione,

⁸⁴ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_766/2011 del 30 dicembre 2011 consid. 3.2.2.

⁸⁵ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_460/2011 del 22 settembre 2011 consid. 4.

⁸⁶ Cfr. DTF 129 V 222 consid. 4.4.

⁸⁷ Cfr. p. es. DTF 126 V 75.

⁸⁸ Il fattore «età» continuerà però a poter essere considerato nell'esame di un'eventuale impossibilità di valorizzare la capacità al lavoro residua sul mercato del lavoro equilibrato (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_610/2007 del 23 ottobre 2007 consid. 4).

⁸⁹ Disponibile all'indirizzo <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati.assetdetail.12488219.html>.

⁹⁰ Cfr. DTF 126 V 75 consid. 5a/cc.

⁹¹ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_552/2017 del 18 gennaio 2018 consid. 5.4.1.

l'età o il numero di anni di servizio non hanno comportato una deduzione dovuta al danno alla salute, poiché altrimenti sarebbero stati considerati due volte⁹².

Di conseguenza, verrà mantenuto soltanto il fattore «lavoro a tempo parziale», che non è preso in considerazione altrove. In futuro, questo fattore sarà considerato mediante una deduzione forfettaria per il tempo parziale, basata sui valori della tabella T18 della RSS (Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il grado di occupazione, la posizione professionale e il sesso) degli anni 2008–2018⁹³. Di conseguenza, per tutti gli assicurati che a causa dell'invalidità possono ormai lavorare soltanto con una capacità funzionale secondo l'articolo 49 capoverso 1^{bis} D-OAI del 50 per cento o inferiore, il salario statistico sarà ridotto in modo forfettario del 10 per cento.

Per la concessione della deduzione è irrilevante che l'assicurato eserciti un'attività lucrativa a tempo pieno o parziale, poiché di regola in entrambi i casi il confronto dei redditi sarà effettuato in base all'attività a tempo pieno (per le persone esercitanti un'attività lucrativa a tempo parziale cfr. anche commento all'art. 27^{bis} cpv. 2 D-OAI). È determinante la valutazione della capacità funzionale. Se in relazione a un'attività lucrativa a tempo pieno questa è del 50 per cento o inferiore, la deduzione sarà concessa, indipendentemente dal grado d'occupazione concordato per fornire la prestazione prevista.

Art. 27

Art. 27, rubrica

La rubrica dell'articolo 27 va adeguata, perché, data la scarsa rilevanza pratica, la disposizione sulle comunità di religiosi non sarà più sancita a livello di ordinanza.

Art. 27 cpv. 2

Poiché nella prassi per la valutazione del grado d'invalidità si presentano di regola rarissimi casi di persone in una comunità di religiosi, questi non saranno più regolamentati a livello di ordinanza.

Art. 27^{bis}

La rubrica del presente articolo va adeguata, poiché l'attuale regolamentazione speciale sullo statuto delle persone che lavorano a tempo parziale o che collaborano gratuitamente nell'azienda del coniuge (art. 27^{bis} cpv. 1 OAI) sarà disciplinata con una nuova disposizione sulla determinazione dello statuto nell'articolo 24^{septies} D-OAI. Nell'articolo 27^{bis} D-OAI resteranno dunque soltanto le disposizioni concernenti la valutazione del grado d'invalidità per i lavoratori a tempo parziale.

Art. 27^{bis} cpv. 1

Questo articolo sarà ristrutturato. Il vigente capoverso 2 sarà spostato al capoverso 1, con una modifica materiale per quanto riguarda la valutazione del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale: in futuro essa sarà uguale per tutti, in modo da stabilire una soluzione uniforme e giuridicamente paritaria per tutti i lavoratori a tempo parziale. L'attività lucrativa e le mansioni consuete non lucrative sono complementari, in quanto tutto ciò che non è attività lucrativa rientra nello svolgimento delle mansioni consuete. In altre parole, sommando le due parti si ottiene un valore del 100 per cento. Questa interpretazione corrisponde alla concezione dell'AI come assicurazione universale. L'attuale precisazione «assicurati che esercitano un'attività a tempo parziale e che svolgono anche mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI» sarà stralciata per parlare soltanto di «assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale». Non saranno così menzionati i casi speciali dei lavoratori a tempo parziale senza mansioni consuete, una categoria venutasi a creare di recente in seguito alla giurisprudenza del Tribunale federale.

⁹² Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_774/2019 del 3 marzo 2020 consid. 8.6.

⁹³ Disponibile all'indirizzo <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati.assetdetail.12488302.html>.

Con la modifica d'ordinanza del 1° dicembre 2017 è stato introdotto un cambiamento per quanto riguarda il metodo misto: da allora l'attività lucrativa a tempo parziale è considerata soltanto nella ponderazione del grado d'invalidità nell'attività lucrativa e di quello nelle mansioni consuete. Questa modifica penalizza i lavoratori a tempo parziale senza mansioni consuete rispetto a quelli con mansioni consuete, in quanto risultano assicurati soltanto per la parte dell'attività lucrativa e privi di copertura assicurativa per la parte rimanente. In caso di un grado d'occupazione inferiore al 70 per cento, ne deriva che queste persone non possono più aver diritto a una rendita intera, anche se non dispongono più di alcuna capacità al guadagno residua. L'adeguamento del presente capoverso elimina questa disparità di trattamento.

Art. 27^{bis} cpv. 2

La regolamentazione del vigente capoverso 3 sarà spostata al capoverso 2, che in futuro, oltre a precisare le modalità per la determinazione del reddito senza invalidità (lett. a) e per la ponderazione delle perdite di guadagno (lett. c), stabilirà che anche il reddito con invalidità va calcolato sulla base di un'attività lucrativa con un grado d'occupazione del 100 per cento (lett. b). Questo adeguamento è riconducibile al fatto che secondo la giurisprudenza è irrilevante se l'assicurato abbia o meno lavorato a un tale grado d'occupazione prima dell'insorgere del danno alla salute⁹⁴. Una volta determinato, il salario a tempo pieno va adeguato in base alla capacità funzionale attestata a livello medico (cfr. in proposito anche art. 26^{bis} cpv. 2 D-OAI).

Art. 27^{bis} cpv. 3

La regolamentazione del vigente capoverso 4 sarà spostata al capoverso 3, con un adeguamento puramente redazionale nell'ultimo periodo.

Art. 33^{bis} cpv. 2

Con l'introduzione del sistema di rendite lineare nell'AI, in futuro l'ammontare delle rendite d'invalidità sarà espresso in percentuali di una rendita intera e non più in quarti di rendita. Con la soppressione dei quarti di rendita, per la riduzione delle rendite per figli occorre una nuova formulazione che tenga conto del fatto che in futuro vi saranno numerose percentuali di una rendita intera. La riduzione delle rendite per figli continuerà a essere effettuata in funzione della riduzione della rendita intera. L'adeguamento proposto è puramente formale e non comporta modifiche materiali.

Art. 38 cpv. 2

Il vigente capoverso 2 può essere abrogato, in quanto costituisce una semplice ripetizione dell'articolo 42 capoverso 3 LAI.

Art. 39e cpv. 5

Nel 2020 con la lettera circolare AI n. 394 si è proceduto a un ampliamento del catalogo delle prestazioni di cura extraospedaliere, che viene ripreso nell'articolo 3^{quinquies} capoverso 3 D-OAI. Secondo il presente nuovo capoverso, le ore per la sorveglianza di lunga durata andranno dedotte proporzionalmente dal bisogno di aiuto per il contributo per l'assistenza. In questo modo si vuole garantire che non vi siano doppi indennizzi per la sorveglianza.

Art. 39f

Art. 39f cpv. 1

Nella versione tedesca di questo capoverso si procede a un adeguamento formale della menzione dei franchi. Nella versione francese «se monte» è sostituito con «s'élève», per analogia con i capoversi 2 e 3. Si tratta di una semplice armonizzazione linguistica, senza implicazioni materiali.

⁹⁴ Cfr. DTF 145 V 370.

Art. 39f cpv. 2

Nella versione tedesca di questo capoverso si procede a un adeguamento formale della menzione dei franchi.

Art. 39f cpv. 3

Questa modifica non deriva dalla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, bensì dalla valutazione del contributo per l'assistenza per il periodo 2012–2019⁹⁵, che ha evidenziato il problema dell'insufficienza degli importi forfettari per il servizio notturno, nonché da un adeguamento apportato nel 2018 dalla Segreteria di Stato dell'economia (SECO). Per migliorare la situazione delle persone che si occupano dell'assistenza 24 ore su 24 di persone anziane o disabili a casa, nel 2018 la SECO ha pubblicato un modello che integra le disposizioni dei CNL nel settore dell'assistenza domestica con varie disposizioni. Lo scopo del CNL modello è di migliorare la situazione delle persone che garantiscono l'assistenza 24 ore su 24 di persone anziane o con un danno alla salute. Il CNL modello della SECO stabilisce che, soprattutto nel caso del servizio notturno, anche il tempo di presenza deve essere retribuito. Con l'integrazione delle nuove disposizioni della SECO nei CNL cantonali, gli attuali importi forfettari del contributo per l'assistenza per il servizio notturno non permettono ai beneficiari di questa prestazione di remunerare adeguatamente gli assistenti. L'AI deve applicare le stesse regole su tutto il territorio nazionale e non può adattarsi alle varie legislazioni cantonali, ragion per cui l'importo massimo del forfait per il servizio notturno viene adeguato in linea con il CNL modello della SECO.

Questo consentirà ai beneficiari del contributo per l'assistenza di remunerare anche il tempo di presenza degli assistenti.

L'importo massimo di 160.50 franchi deriva dalla combinazione della tariffa oraria applicabile durante il giorno secondo l'articolo 39f capoverso 1 D-OAI e una parte di ore di presenza, remunerate in misura molto minore ma in linea con il CNL modello della SECO. I salari minimi secondo il CNL modello della SECO sono stati aumentati del 20 per cento per tener conto della deduzione dei contributi alle assicurazioni sociali. Questo calcolo misto è il risultato di una stima delle ore di lavoro attive e delle ore di presenza, che variano a secondo dell'intensità e determinano importi forfettari di entità diversa. Per il calcolo dell'importo forfettario sarà mantenuto il sistema a livelli definito mediante direttive.

L'importo previsto per il servizio notturno si spiega come segue. A titolo esemplificativo si presume un importo forfettario massimo per il servizio notturno e un bisogno di aiuto dell'assicurato pari a due ore a notte. Per calcolare l'importo forfettario per il servizio notturno, il numero di ore di lavoro attivo è stimato a tre, cosicché restano cinque ore di presenza. Le ore di lavoro attivo vengono moltiplicate per l'importo forfettario orario di 33.50 franchi e le ore di presenza per 12 franchi (ovvero il salario minimo di 10 fr. previsto in questi casi nel CNL modello della SECO, maggiorato del 20 % per tener conto degli oneri sociali). Dalla somma di questi due importi si ottiene il nuovo importo forfettario massimo, pari a 160.50 franchi a notte ($3 \times 33.50 + 5 \times 12$).

Il CNL modello della SECO prevede anche un supplemento del 25 per cento sul salario orario per le ore di lavoro attivo prestate durante la notte. Questo non è stato preso in considerazione nel calcolo del nuovo importo massimo per il servizio notturno, poiché queste ore possono essere utilizzate anche durante il giorno. Considerare il supplemento del 25 per cento avrebbe quindi implicato che le ore previste per la notte ma prestate di giorno avrebbero contato un quarto in più. Inoltre, l'AI rimborsa una tariffa forfettaria e non un salario orario. Questa tariffa permette comunque ai beneficiari del contributo per l'assistenza di accordare ai loro assistenti il supplemento summenzionato, rispettando così il CNL modello della SECO.

⁹⁵ Jürg Guggisberg, Severin Bischof, «Evaluation Assistenzbeitrag 2012-2019: Schlussbericht 2020», rapporto di ricerca n. 16/20, Berna 2020; disponibile (in tedesco con riassunto in italiano) all'indirizzo www.ufas.admin.ch → Pubblicazioni & Servizi → Ricerca e valutazione → Rapporti di ricerca.

Art. 39i

Art. 39i cpv. 2

Questo capoverso viene precisato indicando che possono essere fatturate soltanto le ore prestate di giorno (oltre alle ore di lavoro fatturate conformemente all'art. 39h). Alla fatturazione delle ore prestate di notte si applica il capoverso 2^{bis}. Inoltre, si procede a un adeguamento linguistico per armonizzare tra loro i singoli capoversi dell'articolo.

Art. 39i cpv. 2^{bis}

Il servizio notturno continuerà a dover essere fatturato sotto forma di importo forfettario fisso. Questo importo potrà essere fatturato anche se l'assistente non è personalmente sul posto nella notte in questione, ma si tiene a disposizione per un eventuale intervento (direttamente nel luogo di domicilio dell'assicurato o su chiamata telefonica).

Art. 39i cpv. 2^{ter}

Se l'assicurato non fattura alcun servizio notturno, l'importo forfettario risparmiato è diviso per il salario orario di cui all'articolo 39f capoverso 1 D-OAI e convertito in ore. Il numero di ore così ottenuto può quindi essere utilizzato e fatturato per l'assistenza diurna.

In effetti, può capitare che alcune notti l'assistenza sia garantita da un familiare dell'assicurato, ad esempio il coniuge durante il fine settimana. Con la conversione in ore dell'importo forfettario per il servizio notturno risparmiato e il loro accredito all'assistenza durante il giorno si potrà offrire una maggiore flessibilità agli assicurati.

Esempio: un assicurato ha diritto a un contributo per l'assistenza di 50 ore e 30,4 notti al mese. Nel mese di gennaio fattura 50 ore a 33.50 franchi ciascuna e 31 notti a 116.55 franchi ciascuna ($50 \times 33.50 + 31 \times 116.55$). A febbraio fattura soltanto 23 notti, mentre 5 sono coperte dal figlio. Può quindi utilizzare le ore corrispondenti a queste notti ($116.55 / 33.50 = 3,48$) durante il giorno e fatturare fino a 67,4 ore ($50 + [5 \times 3,48]$) al giorno.

Art. 39j

Art. 39j cpv. 2

L'esperienza mostra che le prestazioni di consulenza possono essere necessarie anche dopo la concessione del contributo per l'assistenza, e in misura superiore alle poche ore stimate al momento dell'introduzione di questa prestazione, che avrebbero dovuto essere coperte nel quadro delle prestazioni di consulenza di cui all'articolo 74 LAI. Dopo alcuni anni, infatti, può capitare che l'assicurato debba assumere nuovamente personale, licenziare qualcuno, redigere un certificato di lavoro o affrontare una controversia in materia di diritto del lavoro. Un bisogno di consulenza supplementare può rendersi necessario anche in seguito a modifiche normative (p. es. il nuovo CNL modello della SECO, che ha carattere vincolante nella maggior parte dei Cantoni). Questo adeguamento permetterà ai beneficiari del contributo per l'assistenza di ricorrere più volte a prestazioni di consulenza, per un importo massimo di 1500 franchi ogni tre anni. Spetterà comunque all'assicurato motivare in modo plausibile il suo rinnovato bisogno di consulenza. In particolare, è escluso che questa prestazione possa essere usata per finanziare spese legali, in particolare nell'ambito di una controversia in materia di diritto del lavoro.

Art. 39j cpv. 3

L'importo massimo delle prestazioni di consulenza fornite da terzi sarà disciplinato al capoverso 2, ragion per cui la limitazione può essere soppressa nel presente capoverso. Per contro, vi va mantenuta la menzione dell'importo orario massimo.

Art. 41 cpv. 1 lett. e^f, k e l

Art. 41 cpv. 1 lett. e

La disposizione della lettera e vigente è soppressa, in seguito all'abrogazione dell'articolo 70 OAI (cfr. relativo commento), poiché in futuro la pianificazione dell'integrazione avverrà

nell'ambito della gestione dei casi (cfr. art. 41a D-OAI). La sorveglianza dell'esecuzione dei provvedimenti d'integrazione ordinati sarà disciplinata nell'articolo 57 capoverso 1 lettera f LAI.

Art. 41 cpv. 1 lett. f

Questa lettera viene abrogata, poiché il coinvolgimento dei vari partecipanti alla procedura sarà sancito nel nuovo articolo 57 capoverso 1 lettere e, f e g LAI e descritto nel quadro della gestione dei casi (cfr. art. 41a D-OAI).

Art. 41 cpv. 1 lett. f^{bis}

Questa lettera viene abrogata, in quanto la consulenza fornita indipendentemente dai casi concreti sarà inserita nell'articolo 57 capoverso 1 lettera a LAI quale consulenza finalizzata all'integrazione.

Art. 41 cpv. 1 lett. f^{er}

Questa lettera viene abrogata, poiché il coinvolgimento dei vari attori sarà descritto nel quadro della gestione dei casi (cfr. art. 41a D-OAI) e sancito nell'articolo 57 capoverso 1 lettera f LAI.

Art. 41 cpv. 1 lett. k

L'espressione «valutare l'invalidità» viene adeguata alla formulazione del nuovo articolo 28a LAI, sostituendo «invalidità» con «grado d'invalidità». La previgente regolamentazione dell'articolo 2c lettera b della legge federale del 19 marzo 1965 sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC) è stata trasferita nell'articolo 4 capoverso 1 lettera d della legge federale del 6 ottobre 2006⁹⁶ sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC). Il rimando dell'articolo 41 capoverso 1 lettera k OAI va dunque adeguato, senza modifiche materiali.

Art. 41 cpv. 1 lett. l

Con l'introduzione dell'articolo 24^{sexies} D-OAI, che riprende il compito attribuito agli uffici AI di stipulare convenzioni secondo l'articolo 27 LAI per provvedimenti d'integrazione di cui agli articoli 14a–18 LAI, questa lettera diventa obsoleta e va dunque abrogata.

Art. 41a

Art. 41a cpv. 1

Gli uffici AI provvedono a una gestione dei casi continua e uniforme per tutta la procedura dell'AI e sull'arco della vita degli assicurati, dalla nascita fino al pensionamento. Lo scopo principale della gestione dei casi è migliorare le possibilità di raggiungere gli obiettivi dei provvedimenti decisi nell'intera procedura dell'AI, svolgendoli al momento e nella misura o nel contesto opportuni e sorvegliandone l'esecuzione nonché accompagnando gli assicurati.

Se nell'ambito dell'integrazione professionale la gestione dei casi rientra già tra i compiti degli uffici AI e costituisce la base per il successo dell'attività d'integrazione, essa sarà introdotta anche per i provvedimenti sanitari. Questo permetterà di porre per tempo le basi per la successiva collaborazione tra i diversi attori interessati, in modo da fornire un contributo sostanziale al successo dell'integrazione.

La gestione dei casi deriva dagli articoli 3a, 3a^{bis}, 8 capoverso 1^{bis}, 8 capoverso 1^{ter}, 8a, 14^{quater}, 28 capoverso 1^{bis}, 49 e 57 capoverso 1 lettere a–h e m della versione riveduta della LAI.

Art. 41a cpv. 2

La gestione dei casi si basa sul case management e prevede diverse fasi, elencate nelle lettere a–d.

Art. 41a cpv. 2 lett. a

L'analisi della situazione del momento serve a valutare la situazione medica, professionale, familiare e sociale dell'assicurato, ivi compreso l'accertamento delle sue risorse e limitazioni.

⁹⁶ RS 831.30

L'analisi della situazione del momento comprenderà i vigenti articoli 1^{quinquies} (colloquio di rilevamento tempestivo) e 70 OAI (valutazione), che vengono dunque abrogati.

Art. 41a cpv. 2 lett. b

Per la pianificazione delle tappe successive va tenuto conto in particolare dei punti seguenti. Essa includerà l'intero processo d'integrazione, o l'intera procedura dell'AI, e non si limiterà alla concessione di un solo provvedimento. Terrà inoltre conto delle prestazioni già fornite dall'AI e da altri attori (p. es. rapporti medici) e, se necessario, verrà adeguata all'evoluzione o al cambiamento della situazione dell'assicurato.

Per i provvedimenti sanitari sono di regola i medici curanti a stabilire le terapie o gli interventi necessari. Dal canto loro, gli uffici AI valutano in via definitiva i provvedimenti sanitari e decidono in merito.

Art. 41a cpv. 2 lett. c

Nell'ambito della gestione dei casi, gli uffici AI accompagneranno e sorveglieranno le prestazioni concesse dall'AI. Le prestazioni comprendono i provvedimenti secondo gli articoli 3a^{bis}, 7d, 8 capoverso 3 (consulenza e accompagnamento, provvedimenti sanitari, provvedimenti di reinserimento, provvedimenti professionali e mezzi ausiliari), 8a, 22, 28, 42, 42^{quater} e 68^{bis} della versione riveduta della LAI. Gli uffici AI verificheranno regolarmente gli obiettivi dei provvedimenti d'integrazione, li adegueranno ove necessario e decideranno in merito alle tappe successive. In questo contesto valuteranno se e quando il processo d'integrazione vada interrotto o concluso.

Nel caso dei provvedimenti sanitari, la sorveglianza implica una verifica regolare del rispetto dei criteri EAE. Verrà ad esempio verificato se l'intensità ordinata per una terapia sia ancora necessaria nella stessa misura o se gli obiettivi di una terapia siano stati o possano essere raggiunti.

Art. 41a cpv. 2 lett. d

Tra i fattori fondamentali per il successo della gestione dei casi rientrano il coordinamento e la collaborazione, sia tra i vari settori interni a un ufficio AI che tra l'ufficio AI (p. es. SMR) e gli attori esterni (p. es. datori di lavoro, medici curanti, formatori, terapisti) per l'intera durata del processo d'integrazione o della procedura dell'AI (analisi della situazione del momento; pianificazione, accompagnamento e sorveglianza delle prestazioni concesse).

Il coordinamento interno agli uffici AI serve a evitare sovrapposizioni e inutili passaggi di competenze. Se ragionevole, occorre integrare gli accertamenti già effettuati e le conoscenze precedentemente acquisite sull'assicurato (p. es. durante lo svolgimento dei provvedimenti sanitari) nelle fasi successive e tenerne conto nelle decisioni da prendere. Se del caso, il SMR va adeguatamente coinvolto ad esempio nella pianificazione del processo d'integrazione o nell'esame delle condizioni.

Il coordinamento dell'ufficio AI con gli attori esterni è importante in tutte le fasi della gestione dei casi (lett. a–d) e copre l'intero processo dell'AI.

Art. 41a cpv. 3

Per la gestione dei casi sarà sempre responsabile il competente ufficio AI, che deciderà individualmente la natura, la durata e l'entità della gestione dei casi. Oltre alle risorse dell'assicurato e al suo ambiente, il tipo di danno alla salute dell'assicurato e il bisogno di sostegno che ne deriva sono fondamentali per definire la pianificazione, l'assegnazione e la sorveglianza dei provvedimenti.

La natura della gestione dei casi può comprendere tutto ciò che va dal dialogo mirato (anche in forma scritta, p. es. per la concessione di un mezzo ausiliario semplice) fino a un accompagnamento personale di lunga durata (p. es. consulenza e accompagnamento dell'assicurato e del datore di lavoro durante lo svolgimento di un provvedimento di reinserimento nel mercato del lavoro primario).

La durata della gestione dei casi può andare da un intervento unico mirato (p. es. per la concessione di un provvedimento sanitario) alla gestione dei casi per un lungo periodo (p. es. in caso di infermità congenite gravi e complesse, che richiedono il coinvolgimento simultaneo di più terzi e la fornitura di varie prestazioni, oppure durante la ricerca di una possibilità di formazione adeguata) o alla fornitura a più riprese di prestazioni di consulenza e accompagnamento dell'assicurato, per esempio all'inizio e alla fine di una prima formazione professionale.

L'entità della gestione dei casi può consistere ad esempio in un singolo colloquio o includere un'intensa collaborazione dell'ufficio AI con l'assicurato e i terzi coinvolti.

Art. 41a cpv. 4

L'accompagnamento dell'ufficio AI nell'ambito della gestione dei casi per i provvedimenti sanitari di cui ai articoli 12 e 13 LAI sarà possibile soltanto con il consenso dell'assicurato (o del suo rappresentante legale). Per contro, non sussisterà un diritto alla gestione dei casi.

Art. 41a cpv. 5

La gestione dei casi rientra tra i compiti principali degli uffici AI. Grazie a essa, si vuole instaurare un clima di fiducia e far sì che l'ufficio AI sia considerato come un interlocutore competente. In alcuni casi, la complessità della situazione di salute e/o familiare dell'assicurato (p. es. un'infermità congenita complessa, una malattia rara per la quale si dispone di scarsa esperienza terapeutica o il coordinamento tra un numero di fornitori di prestazioni superiore alla media [medici, terapisti, Spitex ecc.]) e la risultante intensità della gestione dei casi necessaria possono andare oltre le competenze e le risorse degli uffici AI. In tali casi specifici, per la gestione dei casi per provvedimenti sanitari si potrà ricorrere a terzi idonei. In questo contesto, mediante una convenzione andranno chiaramente definiti gli obiettivi, la durata e la ripartizione dei ruoli e delle competenze.

Non sussisterà un diritto alla gestione dei casi esterna.

Art. 41b

Il legislatore ha prescritto agli uffici AI di tenere un elenco accessibile al pubblico per rendere il più trasparente possibile l'attribuzione dei mandati peritali ai periti. L'elenco dovrà contenere dati concernenti tutti i periti e i centri peritali incaricati, il numero di perizie eseguite annualmente da ciascuno di essi e il numero di attestati di capacità al lavoro rilasciati. Oltre a questi dati già prescritti dal legislatore, il Consiglio federale può prevederne altri ed emanare prescrizioni relative all'elenco.

Art. 41b cpv. 1 lett. a, b e c

Secondo queste lettere, l'elenco dovrà contenere dati sui singoli periti, sulle coppie di periti per le perizie bidisciplinari (coppie di periti) e sui centri peritali incaricati. Gli uffici AI indicheranno quelli che soddisfano i requisiti necessari.

Art. 41b cpv. 1 lett. d

Secondo questa lettera, per ogni perito, coppia di periti o centro peritale incaricato andranno indicati i seguenti dati dettagliati.

- N. 1: il numero delle perizie commissionate dall'ufficio AI, per categoria.
- N. 2: nell'ambito di una perizia, i periti valutano non solo la capacità funzionale ma anche l'incapacità al lavoro degli assicurati. Nell'ottica della maggior trasparenza possibile dei dati pubblicati, le incapacità al lavoro attestate nell'attività precedentemente svolta dagli assicurati e in un'attività adattata (in funzione della capacità comprovata) andranno indicate in percentuale di un posto a tempo pieno. Questi due dati andranno espressi in forma tabellare in fasce di decine (0–10, 11–20, 21–30 ecc.). Per quanto concerne le perizie bidisciplinari e quelle pluridisciplinari, nell'elenco figureranno le incapacità attestate nella valutazione globale consensuale. Saranno fornite le indicazioni delle perizie pervenute all'ufficio AI nel corso dell'anno civile.
- N. 3: nell'ottica della qualità delle perizie, la valutazione dell'attendibilità nell'ambito di una procedura di ricorso è un criterio fondamentale. Nelle procedure di ricorso contro decisioni

degli uffici AI, i tribunali devono valutare anche le basi delle medesime. In questo contesto le perizie mediche svolgono un ruolo importante, ma i tribunali devono valutare anche se esse soddisfino i requisiti di una perizia giuridicamente valida e possano quindi essere utilizzate quale base per la decisione dell'ufficio AI. In base a questa verifica dei tribunali, nell'elenco sarà indicato il numero delle perizie valutate dai tribunali, ripartite in perizie dal valore probatorio pieno, parziale o nullo. Vi figureranno le sentenze inoltrate all'ufficio AI nel corso dell'anno civile.

- N. 4: andrà inoltre indicato l'importo complessivo dei rimborsi effettuati dal competente ufficio AI o dall'AI ai periti, alle coppie di periti o ai centri peritali per i mandati peritali conferiti loro.

Art. 41b cpv. 2

I dati da indicare nell'elenco saranno rilevati dal 1° gennaio al 31 dicembre di un anno civile e saranno pubblicati dagli uffici AI il 1° marzo dell'anno successivo.

Questo tipo di rilevazione implica che i dati non saranno collegati tra loro, in quanto la rilevazione dei vari dati non avviene sempre nello stesso anno civile. I dati in questione forniranno quindi informazioni soltanto in termini di frequenza. Concretamente, questo significa che un mandato per una perizia sarà rilevato nell'anno x, mentre il relativo rimborso sarà effettuato e rilevato, a seconda delle circostanze, soltanto l'anno successivo. I dati relativi alle decisioni dei tribunali potrebbero inoltre essere rilevati e pubblicati con uno scarto temporale ancora maggiore rispetto ai relativi mandati.

Art. 41b cpv. 3

Poiché ai centri peritali sono conferiti mandati da diverse regioni linguistiche e alcuni periti operano per più uffici AI in una regione sovracantonale, nell'ottica della trasparenza è ragionevole che i singoli elenchi pubblicati dagli uffici AI vengano riuniti dall'UFAS in una panoramica nazionale e poi pubblicati in questa forma. Questa panoramica generale sarà pubblicata il 1° luglio dell'anno successivo.

Art. 49 cpv. 1^{bis}

L'attuale deduzione dovuta al danno alla salute sarà presa in considerazione in varie disposizioni (cfr. in proposito commento agli art. 26 cpv. 2 e 26^{bis} cpv. 3 D-OAI).

Le limitazioni dovute al danno alla salute in senso stretto, ovvero quelle qualitative e quantitative nello svolgimento di un'attività lucrativa dovute all'invalidità e comprovate a livello medico secondo l'articolo 8 LPGGA, andranno sistematicamente considerate nella valutazione della capacità funzionale. Si tratta di valutare il tempo di presenza motivato dal punto di vista medico (capacità di rendimento quantitativa, p. es. in ore al giorno) e la capacità di rendimento qualitativa effettiva in questo tempo di presenza (p. es. limiti in termini di carico, limitazioni qualitative, tempi più lenti rispetto a una persona sana). Di regola queste due componenti vengono poi riunite in una valutazione complessiva della capacità al lavoro espressa in termini percentuali, ovvero la capacità funzionale. Per esempio, una capacità di rendimento ridotta nel periodo di presenza ragionevolmente esigibile o un maggiore bisogno di pause andranno sistematicamente dedotti al momento dell'indicazione della capacità funzionale residua. In questo modo si tiene conto anche della giurisprudenza del Tribunale federale, secondo cui la capacità al lavoro attestata a livello medico costituisce un'indicazione della prestazione effettivamente esigibile e non dell'eventuale presenza sul posto di lavoro⁹⁷.

A seconda delle circostanze, saranno necessarie ulteriori domande al medico curante, affinché il SMR possa stabilire in modo globale e plausibile la capacità funzionale residua dell'assicurato, tenendo conto di tutti i fattori medici determinanti.

⁹⁷ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_25/2010 del 21 maggio 2010 consid. 4.2.2.

Art. 52 cpv. 1

In futuro la regolamentazione del vigente articolo 59 capoverso 2 LAI sarà contenuta nell'articolo 54a capoverso 1 LAI. Il rimando dell'articolo 52 capoverso 1, primo periodo OAI va dunque adeguato, senza modifiche materiali.

Art. 53

Art. 53 cpv. 1

Gli uffici AI cantonali seguono una dinamica di pianificazione diversa per l'esercizio e gli investimenti, il che richiede un'ottica differenziata per i due settori. In seguito alla digitalizzazione dei processi con la clientela, gli investimenti sono destinati a crescere. È dunque opportuno prevedere una gestione strategica separata dei mezzi da pianificare in quest'ambito rispetto alle spese d'esercizio, facendo ricorso a strumenti di pianificazione professionali.

Art. 53 cpv. 2

La pianificazione finanziaria attuale, che prevede soltanto un preventivo all'anno, offre un orizzonte troppo breve e lascia agli uffici AI una sicurezza d'intervento finanziario troppo scarsa. Si tratta ora di adeguare l'OAI in modo che, in linea con la logica di pianificazione della Confederazione e dei Cantoni, in futuro, sulla base dell'introduzione progressiva di un periodo di pianificazione di quattro anni in totale, vengano presentati agli uffici AI un preventivo per l'anno successivo e un piano finanziario per i tre anni successivi a quello del preventivo, poi sottoposti all'UFAS per approvazione.

Di regola, saranno gli uffici AI a inoltrare all'UFAS il preventivo e il piano finanziario nonché il conto annuale, che si basano sui dati della contabilità tenuta dalla cassa di compensazione secondo l'articolo 54 capoversi 1 e 2 OAI. Data l'eterogeneità delle prassi di collaborazione tra gli uffici AI e la cassa di compensazione, l'obbligo di inoltrare i documenti richiesti sarà previsto per entrambi.

Per l'approvazione del preventivo, dei piani finanziari e del conto annuale occorrono almeno la contabilità finanziaria, la contabilità investimenti ed eventualmente una contabilità analitica. L'UFAS potrà esigere ulteriori documenti, se necessari per l'approvazione.

Art. 55 cpv. 1

La disposizione vigente stabilisce soltanto che l'UFAS decide sulle spese rimborsabili. In futuro, l'Ufficio sarà esplicitamente autorizzato a emanare le istruzioni necessarie a tal fine.

Art. 56

Art. 56 cpv. 1

Questo capoverso viene completato in modo che l'UFAS possa conferire anche l'incarico di vendere i locali per gli organi d'esecuzione dell'AI.

L'iscrizione a bilancio degli immobili sarà disciplinata in modo che questi ultimi siano considerati quale sostanza aziendale e non quale parte degli investimenti in capitale gestiti da compenswiss (Fondi di compensazione AVS/AI/IPG).

Art. 56 cpv. 2

Nei contratti di usufrutto andranno disciplinati l'utilizzo concreto degli immobili, la durata del contratto e l'indennità degli uffici AI per tale utilizzo. Per quanto concerne l'indennità, nel conto annuale dell'ufficio AI andranno indicati un affitto proprio a prezzo di mercato e un corrispondente ricavo.

Art. 66

Art. 66 cpv. 1^{bis}

Il capoverso vigente stabilisce che l'assicurato deve autorizzare le persone e i servizi menzionati nella comunicazione (art. 6a cpv. 1 LAI) a fornire agli organi dell'AI le informazioni necessarie. Con la modifica proposta si intende includere in questa cerchia anche i datori di lavoro, i fornitori di prestazioni secondo gli articoli 36–40 LAMal, le assicurazioni e i servizi ufficiali non menzionati nominativamente nella comunicazione (art. 6a cpv. 2 LAI).

Art. 66 cpv. 2

Il capoverso vigente rimanda soltanto all'articolo 6a capoverso 1 LAI. Dato che con la modifica proposta dovranno però essere autorizzati a fornire informazioni anche le persone e i servizi menzionati all'articolo 6a capoverso 2 LAI, la presente disposizione viene adeguata in tal senso.

Art. 69 cpv. 2

Nella versione francese, nel secondo periodo il termine «enquête» (sur place) è sostituito con «instruction» (sur place). Il primo è infatti sempre meno utilizzato nella prassi dell'AI: oggi si parla ad esempio di «instruction médicale» e «instruction complémentaire» invece che di «enquête médicale» e «enquête complémentaire», ragion per cui la terminologia va aggiornata anche nel presente articolo. La versione tedesca dell'articolo 69 capoverso 2, secondo periodo utilizza il termine «Abklärung vor Ort» e quella italiana il termine «sopralluogo» sin dalla sua entrata in vigore, il 1° luglio 1987⁹⁸.

Art. 70

Questo articolo viene abrogato in seguito all'introduzione dell'articolo 41a capoverso 2 lettera a D-OAI (gestione dei casi). Al riguardo si rimanda al commento all'articolo 41a.

Art. 72^{bis} cpv. 1^{bis}

In futuro i requisiti professionali per i periti saranno fissati dal Consiglio federale a livello di ordinanza (art. 7m D-OPGA). Per gli assicurati risulterà così in modo chiaro, trasparente e anche verificabile chi sia abilitato ad allestire perizie. I colloqui tra il perito e l'assicurato saranno documentati mediante una registrazione su supporto audio. Gli assicuratori dovranno garantire il rispetto dei requisiti professionali da parte dei periti e gli uffici AI dovranno pubblicare un elenco dettagliato della loro prassi di attribuzione dei mandati (compresi i risultati delle perizie eseguite dai periti). Gli assicurati disporranno così di tutte le informazioni determinanti sui periti incaricati dall'ufficio AI.

Con queste misure l'informazione e la trasparenza sull'attribuzione dei mandati peritali miglioreranno notevolmente rispetto a oggi, ragion per cui tutti gli assicuratori potranno continuare ad attribuire direttamente i mandati per le perizie monodisciplinari. Questo sarà possibile anche perché nell'ambito della procedura di conciliazione si dovrà sempre cercare di giungere, nei limiti del possibile, a una scelta consensuale dei periti.

A seconda della complessità delle questioni mediche ancora in sospeso, l'AI può necessitare di una perizia che interessa due discipline mediche. Queste perizie bidisciplinari pongono esigenze più elevate ai periti rispetto a quelle monodisciplinari, in quanto le due perizie parziali devono essere riunite in una valutazione globale, tesa al raggiungimento di un consenso, circa le ripercussioni delle limitazioni dovute al danno alla salute. D'altra parte, però, esse non richiedono ancora una vera e propria gestione dei casi, com'è invece il caso per le perizie pluridisciplinari con tre o più discipline mediche.

Le nuove basi legali prevedono pertanto che, per motivi di garanzia della qualità, le perizie bidisciplinari potranno in futuro essere allestite soltanto da centri peritali o da coppie di periti fisse e i relativi mandati, come quelli per le perizie pluridisciplinari, andranno attribuiti in base

⁹⁸ RU 1987 456

al consolidato metodo aleatorio. In questo modo si garantirà che l'attribuzione di mandati per le perizie bidisciplinari e pluridisciplinari avvenga in modo uniforme secondo il metodo aleatorio, senza che gli uffici AI possano influenzare la scelta dei periti.

L'attribuzione dei mandati con il metodo aleatorio, insieme con le altre prescrizioni formulate nella DTF 137 V 210, permette di fugare i timori generali di dipendenza e parzialità derivanti dalle condizioni quadro del sistema peritale⁹⁹. Per questi motivi, dal 2012 i mandati per le perizie pluridisciplinari vengono attribuiti con metodo aleatorio ai circa 30 centri peritali abilitati dall'AI.

Il presente articolo viene adeguato affinché i mandati per le perizie bidisciplinari possano in futuro essere attribuiti soltanto a centri peritali e a coppie di periti fisse e questo avvenga applicando le stesse condizioni procedurali previste per quelle pluridisciplinari. Anche la piattaforma di attribuzione SuisseMED@P andrà adeguata di conseguenza.

Art. 72^{ter}

Poiché anche la tariffazione dei provvedimenti d'accertamento rientra nel campo d'applicazione dell'articolo 27 LAI, occorre una concretizzazione a livello di ordinanza, in particolare al fine di garantire un'attuazione coordinata della collaborazione e delle tariffe per tutti i provvedimenti previsti dall'AI. Di conseguenza, in tutti i casi in cui l'UFAS non avrà concluso una convenzione tariffale nazionale si applicherà l'articolo 24^{sexies} D-OAI.

Art. 73^{bis} cpv. 1 e 2 lett. e

Art. 73^{bis} cpv. 1

La modifica dell'articolo 57 capoverso 1 LAI nell'ambito della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI richiede un adeguamento del rimando nel presente capoverso.

Art. 73^{bis} cpv. 2 lett. e

In questa lettera si procede a un adeguamento formale del concetto di «assicuratore-malattie». Come oggi, anche in futuro questo termine farà riferimento agli assicuratori secondo il precedente articolo 11 LAMal, il cui contenuto è stato ripreso negli articoli 2 e 3 della legge del 26 settembre 2014¹⁰⁰ sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal). Con la presente modifica viene introdotta l'espressione «assicuratore-malattie ai sensi della LVAMal». Questo adeguamento concerne anche gli articoli 88^{ter} e 88^{quater} capoverso 1 OAI.

Art. 73^{ter} cpv. 1

Dal 1° gennaio 2021, il termine di 30 giorni accordato per contestare il preavviso è disciplinato nell'articolo 57a capoverso 3 LAI. L'articolo 73^{ter} capoverso 1 OAI può dunque essere abrogato.

Art. 74^{ter}, frase introduttiva

Nella versione italiana del presente articolo va corretto un errore di traduzione nella frase introduttiva, sostituendo «e corrispondono alla richiesta dell'assicurato» con «e tutte le richieste dell'assicurato sono accolte».

Art. 78 cpv. 3

Questo capoverso può essere abrogato. Il Tribunale federale ha stabilito che per una svista l'articolo 78 capoverso 3 non è stato adeguato all'articolo 45 capoverso 1 LPG¹⁰¹. Il presente capoverso va dunque abrogato, dato che non esiste alcun margine di deroga all'articolo 45 capoverso 1 LPG.

⁹⁹ Cfr. in proposito DTF 137 V 210 consid. 2.4, pag. 237.

¹⁰⁰ RS 832.12

¹⁰¹ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_764/2014 del 21 luglio 2015.

Art. 79 cpv. 5

Questo capoverso viene modificato unicamente dal punto di vista formale, in modo da rimandare esplicitamente all'articolo 27^{ter} LAI.

Art. 79^{ter}

Questo articolo riprende l'articolo 59 OAMal, adeguandolo al contesto dell'AI.

Art. 79^{ter} cpv. 1

Questo capoverso si basa sull'articolo 59 capoverso 1 OAMal.

Per garantire il controllo delle fatture e l'economicità delle prestazioni, gli uffici AI dovranno ricevere sistematicamente tutte queste informazioni. Dal canto loro, i fornitori di prestazioni dovranno emettere una fattura dettagliata e comprensibile, contenente tutte le informazioni utili e necessarie per verificare il calcolo della remunerazione e l'economicità delle prestazioni da parte dell'AI. Lo stesso varrà nel caso delle fatture SwissDRG per tutti i documenti contenuti negli insiemi di dati con indicazioni amministrative e mediche.

Inoltre, i fornitori di prestazioni dovranno indicare nella fattura le diagnosi e le procedure in forma codificata.

Il termine «procedure» è un termine medico tecnico generale, che indica le operazioni e le terapie svolte sulla base della diagnosi formulata.

Art. 79^{ter} cpv. 2

Questo capoverso riprende l'articolo 59 capoverso 2 OAMal. I fornitori di prestazioni dovranno emettere fatture separate per le prestazioni prese a carico dall'AI e per le altre prestazioni. Per esempio, le cure ospedaliere sono prese a carico per l'80 per cento dall'AI e per il 20 per cento dal Cantone di domicilio dell'assicurato. Il Cantone di domicilio versa la sua parte direttamente all'ospedale (cfr. art. 14^{bis} LAI), che dovrà indicare separatamente la parte a carico del Cantone e quella a carico dell'AI, come avviene per l'AOMS (cfr. art. 42 cpv. 3 LAMal).

Art. 79^{ter} cpv. 3

Questo capoverso riprende l'articolo 59 capoverso 3 OAMal, adeguandolo al contesto dell'AI. In questo caso, sarà il laboratorio che ha eseguito le analisi a essere creditore.

Art. 79^{ter} cpv. 4

Questo capoverso si basa materialmente sull'articolo 59 capoverso 4 OAMal. Per rafforzare il controllo delle prestazioni fornite, una copia della fattura dovrà essere inviata all'assicurato, il quale potrà verificare che siano fatturate unicamente le prestazioni effettivamente fornite e segnalare eventuali errori all'ufficio AI competente.

Art. 79^{quater}

Art. 79^{quater} cpv. 1

Questo capoverso corrisponde sostanzialmente all'articolo 59a capoverso 1 OAMal.

Il rimando del secondo periodo all'articolo 59a capoverso 1 OAMal consentirà di applicare per analogia l'ordinanza del DFI del 20 novembre 2012¹⁰² sugli insiemi di dati per la trasmissione dei dati tra fornitori di prestazioni e assicuratori. Questa regolamenta, nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG, la questione della simultanea trasmissione della fattura e degli insiemi di dati contenenti le indicazioni amministrative e mediche necessarie per consentirne il controllo. Questi insiemi di dati, che contengono soltanto le variabili necessarie per determinare i gruppi di casi e controllare le fatture, devono imperativamente essere strutturati uniformemente a livello nazionale.

¹⁰² RS 832.102.14

Art. 79^{quater} cpv. 2

Questo capoverso riprende l'articolo 59a capoverso 2 OAMal. L'ordinanza del 30 giugno 1993¹⁰³ sulle rilevazioni statistiche disciplina l'esecuzione di rilevazioni statistiche e il trattamento dei dati rilevati ai fini di allestire statistiche. Nell'allegato stabilisce gli organi responsabili di tali rilevazioni, precisandone le condizioni di realizzazione. Essa si applica alle rilevazioni totali, parziali e campionarie della Confederazione con o senza questionari nonché all'utilizzazione di dati amministrativi.

Art. 79^{quater} cpv. 3

Questo capoverso riprende l'articolo 59a capoverso 3, primo periodo OAMal, adeguandolo al contesto dell'AI. I fornitori di prestazioni dovranno far figurare sulle loro fatture tutte le indicazioni amministrative e mediche necessarie per la verifica del calcolo della remunerazione e dell'economicità delle prestazioni (ordinanza del DFI del 20 novembre 2012 sugli insiemi di dati per la trasmissione dei dati tra fornitori di prestazioni e assicuratori).

Art. 79^{quater} cpv. 4

Gli uffici AI dovranno determinare in che misura occorre controllare le fatture. In determinati casi potranno chiedere un esame più approfondito e introdurre un elenco per una selezione automatica. Gli uffici AI avranno inoltre la possibilità di prevedere ulteriori criteri in funzione delle loro esperienze.

Art. 79^{quinquies}

L'AI riprende gli stessi criteri e modalità di raccolta dei dati, di trattamento e di trasmissione delle diagnosi e delle procedure previsti nell'assicurazione malattie.

Art. 79^{sexies}

Art. 79^{sexies} cpv. 1

Questo capoverso è strutturato come l'articolo 79^{ter} D-OAI.

Tra le indicazioni amministrative della fattura rientrano anche informazioni che consentono di identificare il fornitore di prestazioni e l'assicurato nonché indicazioni sulla natura e sulla durata del provvedimento (compresi inizio e fine). Vanno inoltre indicati la posizione tariffale, la tariffa applicata al provvedimento, il numero di unità tariffali e l'importo della fattura.

Art. 79^{sexies} cpv. 2

L'obbligo di inviare una copia della fattura all'assicurato si applicherà anche per i provvedimenti professionali e quelli di reinserimento (cfr. art. 79^{ter} cpv. 4 D-OAI).

Art. 80 cpv. 1^{bis}

L'articolo 24^{quater} capoverso 1, secondo periodo LAI incarica il Consiglio federale di definire le modalità di versamento dell'indennità giornaliera agli assicurati che seguono una prima formazione professionale e non hanno un datore di lavoro.

Occorre però anche precisare che i centri e le istituzioni di formazione sono considerati datori di lavoro ai sensi dell'articolo 24^{quater} capoverso 1 LAI.

Se l'assicurato svolge una formazione professionale superiore o frequenta una scuola universitaria (art. 22 cpv. 3 LAI), l'indennità giornaliera gli sarà versata direttamente.

Art. 88^{ter}

In questo articolo si procede a un adeguamento formale del riferimento all'«assicuratore-malattie», dato che la forma abbreviata figurerà per la prima volta nell'articolo 73^{bis} capoverso 2 lettera e. Questa modifica riguarda anche l'articolo 88^{quater} capoverso 1 OAI. Inoltre, si procede ad alcuni adeguamenti linguistici marginali.

¹⁰³ RS 431.012.1

Attualmente gli uffici AI hanno il compito di annunciare gli assicurati di assicuratori-malattie ai sensi della LVAMal agli assicuratori-malattie interessati o all'ufficio di collegamento, se fanno valere il diritto a provvedimenti sanitari dell'AI. Dato che l'ufficio di collegamento in questione non esiste più, il riferimento a esso viene stralciato. La prassi di annunciare gli assicurati che richiedono provvedimenti sanitari dell'AI ai loro assicuratori-malattie ai sensi della LVAMal rimane invece invariata.

Art. 88^{quater}

In questo articolo si procede a un adeguamento formale del riferimento all'«assicuratore-malattie», dato che la forma abbreviata figurerà per la prima volta nell'articolo 73^{bis} capoverso 2 lettera e. Questa modifica riguarda anche l'articolo 88^{ter} OAI.

Capo sesto a: Rapporti con l'assicurazione contro gli infortuni per quanto concerne le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF

Nell'ordinanza viene introdotto un nuovo capo per la nuova AINF-AI.

Art. 88^{sexies}

Vi saranno assicurate le persone che seguono provvedimenti dell'AI che secondo la giurisprudenza del Tribunale federale instaurano un rapporto di lavoro analogo a quello basato su un contratto di lavoro. Il criterio del rapporto di lavoro analogo a quello basato su un contratto di lavoro può essere soddisfatto sia da provvedimenti svolti sul mercato del lavoro primario che da provvedimenti svolti sul mercato del lavoro secondario. Per l'impostazione dell'AINF-AI il legislatore si è basato sulle vigenti disposizioni della LAINF. Questa clausola di sussidiarietà non fa che sottolineare questo aspetto, consentendo uno svolgimento rapido e giuridicamente uniforme delle procedure.

Art. 88^{septies}

Art. 88^{septies} cpv. 1

La procedura di fatturazione dell'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI) prevede la comunicazione della somma dei salari provvisoria e di quella definitiva. L'Ufficio centrale di compensazione (UCC) sarà competente per la comunicazione alla INSAI.

La somma dei salari provvisoria sarà stimata in base ai dati dell'AI per ogni ufficio AI. Non appena la somma dei salari definitiva sarà nota, questa andrà comunicata alla INSAI.

Sia la somma dei salari provvisoria che quella definitiva verranno determinate conformemente all'articolo 132c capoversi 1 D-OAINF.

Art. 88^{septies} cpv. 2

Per il processo di fatturazione della INSAI è fondamentale che la somma dei salari possa essere indicata separatamente per ogni singolo ufficio AI.

Art. 88^{octies}

L'acconto (in base alla somma dei salari provvisoria) e il conguaglio (in base alla somma dei salari definitiva) saranno pagati dall'UCC, previa approvazione dell'UFAS.

Art. 89^{ter} cpv. 1

Con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, il vigente articolo 27^{bis} LAI è diventato l'articolo 27^{quinquies} LAI. Il rimando dell'articolo 89^{ter} capoverso 1 OAI va pertanto adeguato.

Art. 90

Art. 90 cpv. 2

L'attuale regola dei tragitti nel raggio locale, menzionata nell'ultimo periodo della disposizione vigente, comporta disparità di trattamento: a chi compie più volte un tragitto breve e non raggiunge il limite dei 10 franchi al mese l'AI non rimborsa le spese di viaggio, mentre lo fa nei confronti di chi spende meno di 10 franchi uscendo dal raggio locale. Questa disparità di trattamento delle spese di viaggio non è giustificabile. Inoltre, i controlli del limite mensile di 10 franchi per i tragitti nel raggio locale causano un onere sproporzionato in termini di personale per gli uffici AI. Lo stralcio del riferimento al raggio locale dovrebbe permettere di ridurre l'onere degli uffici AI per i controlli.

Art. 90 cpv. 2^{bis}

In caso di fornitura di personale a prestito, assegno per il periodo d'introduzione o aiuto in capitale, non saranno rimborsate spese di viaggio, al fine di garantire la parità di trattamento tra le persone con e senza invalidità che lavorano nel mercato del lavoro primario.

Art. 91 cpv. 1

Si tratta di una modifica puramente formale: dato che l'abbreviazione LAINF figurerà già nell'articolo 20^{quater} capoverso 7 D-OAI, nel presente articolo si può utilizzare direttamente questa forma abbreviata.

Art. 96^{bis}

Questo nuovo articolo fissa gli standard minimi formali per le convenzioni tra gli uffici AI e le autorità cantonali nonché le competenze degli uffici AI e dell'UFAS. Questo articolo si applica all'articolo 68^{bis} capoversi 1^{bis} (organo di coordinamento cantonale) e 1^{ter} (formazioni transitorie) LAI.

Art. 96^{bis} cpv. 1

In questo capoverso vengono definiti le parti e i loro compiti nonché i requisiti minimi per le convenzioni (prestazioni, gruppo target, competenze, prescrizioni in materia di reporting), con l'obiettivo di garantire l'uguaglianza giuridica. Per tenere conto delle peculiarità cantonali, la redazione e la verifica dei contenuti e del rispetto delle convenzioni spetteranno agli uffici AI, che ne saranno responsabili conformemente alle prescrizioni dell'UFAS.

Art. 96^{bis} cpv. 2

Il Consiglio federale delega all'UFAS la precisazione dei requisiti minimi. Per garantire la comparabilità dei dati tra i Cantoni ai fini della valutazione, l'Ufficio federale precisa, mediante direttive, standard minimi per il reporting e la gestione degli atti, in modo da adempiere i suoi obblighi di valutazione e di vigilanza, nonché i dettagli delle prestazioni e dei rispettivi gruppi target, da definire nella convenzione tra l'ufficio AI e l'organo cantonale.

Art. 96^{ter}

In questo nuovo articolo sono precisate le condizioni quadro per il versamento di contributi finanziari all'organo di coordinamento cantonale per le prestazioni da esso fornite.

Art. 96^{ter} cpv. 1

Le prestazioni auspiccate o necessarie dell'organo cantonale sono soprattutto il rilevamento tempestivo e una stretta collaborazione con l'ufficio AI, ma vi possono rientrare anche altre prestazioni. Il contributo all'organo di coordinamento cantonale dipende dalle prestazioni da esso fornite.

Art. 96^{ter} cpv. 2

La presupposizione è che un Cantone con un maggior numero di giovani registrerà un numero più elevato di giovani con problematiche multiple e danni alla salute. Per questo motivo, la

base della chiave di ripartizione dei contributi per ciascun ufficio AI sarà la quota della popolazione residente permanente di età compresa tra i 13 e i 25 anni di un Cantone. Il contributo finanziario agli organi di coordinamento cantonali secondo l'articolo 68^{bis} capoverso 1^{bis} LAI va definito sul lungo periodo e in funzione del bisogno. L'UFAS aggiornerà pertanto la chiave di ripartizione soltanto ogni quattro anni, tenendo conto dell'andamento della quota dei 13-25enni tra la popolazione residente permanente in questo lasso di tempo.

Art. 96^{ter} cpv. 3

In base alle prestazioni previste, gli uffici AI potranno richiedere all'UFAS, nel quadro della procedura di preventivo ordinaria, il contributo corrispondente alla loro categoria. Le categorie saranno definite in base alla quota della popolazione residente permanente di età compresa tra i 13 ed i 25 anni e andranno da un minimo di 50 000 a un massimo di 400 000 franchi. La chiave di ripartizione e le categorie dei contributi sono esposte nella tabella al numero 3.1 del presente rapporto. Per richiedere i contributi vanno adempiute due condizioni: il contributo richiesto dall'ufficio AI deve corrispondere alla ripartizione esposta nella tabella e, concretamente, non può superare un terzo delle spese per il personale dell'organo cantonale.

Art. 96^{quater}

Questo nuovo articolo contiene criteri minimi per i provvedimenti preparatori cantonali cofinanziati dall'AI, tenuto conto della LFPr e dell'impostazione degli altri provvedimenti preparatori previsti per i giovani nella LAI (cfr. figura al n. 3.1).

Art. 96^{quater} cpv. 1

In questo capoverso, con il rimando all'articolo 12 LFPr si tiene conto del fatto che alle formazioni transitorie cantonali si applicano le prescrizioni della LFPr. Tuttavia, per legittimare il cofinanziamento i provvedimenti preparatori cantonali di cui al nuovo articolo 68^{bis} capoverso 1^{ter} LAI dovranno prevedere una prestazione supplementare fornita all'assicurato dell'AI, non inclusa nelle formazioni transitorie regolari.

Art. 96^{quater} cpv. 2

L'AI finanzia al massimo un terzo dei costi dei provvedimenti preparatori cantonali di cui all'articolo 68^{bis} capoverso 1^{ter} LAI. Si tratterà dunque di un cofinanziamento indiretto e l'offerta così sostenuta dall'AI dovrà essere impostata in funzione della situazione del singolo assicurato. Trattandosi di un finanziamento indiretto, diversamente da quanto previsto per gli organi di coordinamento cantonali secondo l'articolo 68^{bis} capoverso 1^{bis} LAI, per il cofinanziamento delle formazioni transitorie si rinuncia a fissare un importo massimo e a precisare le prestazioni supplementari possibili.

Art. 96^{quater} cpv. 3

Poiché l'AI si limiterà a cofinanziare le formazioni cantonali, in materia di organizzazione scolastica, durata della formazione ed età del gruppo target si applicheranno le condizioni quadro previste per la formazione professionale secondo la LFPr. Queste formazioni, che dovranno mirare a colmare lacune scolastiche, potranno essere svolte soltanto dopo la conclusione della scuola dell'obbligo e per una durata massima di un anno.

Art. 98^{bis}

Dalla volontà del legislatore si evince che la nuova regolamentazione in materia di responsabilità prevista nell'articolo 68^{quinquies} LAI si applicherà soltanto ai provvedimenti eseguiti nel mercato del lavoro primario e senza contratto di lavoro o di tirocinio. Negli altri casi, le questioni di responsabilità saranno disciplinate dal diritto del lavoro secondo il Codice delle obbligazioni o tramite l'assicurazione di responsabilità civile aziendale dell'impresa in questione.

Nel caso dei provvedimenti svolti nel mercato del lavoro secondario (stabilimento o laboratorio ai sensi dell'art. 27 cpv. 1 LAI), l'articolo 68^{quinquies} LAI non sarà applicabile, indipendentemente dal fatto che il provvedimento sia svolto esclusivamente nel mercato del lavoro secondario o in parte anche in un'azienda del mercato del lavoro primario.

Negli ultimi due casi menzionati, i costi di responsabilità in caso di danni causati a terzi saranno dunque coperti tramite la responsabilità civile aziendale. L'AI indennizza questo rischio mediante la tariffa applicata per il provvedimento in questione. Escludendo gli stabilimenti e i laboratori dal campo di applicazione dell'articolo 68^{quinquies} LAI si intende evitare che l'AI debba assumere due volte tali costi di responsabilità.

Art. 98^{ter}

Art. 98^{ter} cpv. 1

La competenza di concludere convenzioni di collaborazione spetta al DFI (art. 68^{sexies} cpv. 1, secondo periodo LAI). Questa competenza non può essere delegata all'UFAS, cui possono però essere affidati compiti amministrativi e operativi, quali l'accompagnamento di analisi dei risultati, la comunicazione, l'amministrazione di aiuti finanziari e la verifica che questi siano impiegati conformemente allo scopo.

Art. 98^{ter} cpv. 2

Non è possibile concludere convenzioni di collaborazione con organizzazioni attive in un solo Cantone o che non coprono un'intera regione linguistica.

Art. 98^{ter} cpv. 3

Le richieste vanno presentate all'UFAS, che stabilisce le informazioni da fornire e mette a disposizione delle organizzazioni un apposito modulo.

Art. 98^{ter} cpv. 4

Come per i progetti pilota (art. 68^{quater} cpv. 1 LAI), le valutazioni scientifiche (art. 96 cpv. 1 OAI) e i programmi per l'informazione concernente le prestazioni dell'AI (art. 97 cpv. 1 OAI), anche per la conclusione di convenzioni di collaborazione secondo l'articolo 68^{sexies} LAI occorre dapprima consultare la Commissione AVS/AI.

Art. 98^{quater}

Art. 98^{quater} cpv. 1

Questo capoverso definisce i punti che vanno disciplinati come minimo in ogni convenzione di collaborazione. A seconda del contenuto della singola convenzione, potranno essere necessarie ulteriori disposizioni.

Art. 98^{quater} cpv. 2

Questi criteri permettono di fare una distinzione tra le convenzioni di collaborazione di cui all'articolo 68^{sexies} LAI e i progetti pilota di cui all'articolo 68^{quater} LAI.

Art. 98^{quater} cpv. 3

Le convenzioni di collaborazione possono prevedere una partecipazione finanziaria dell'AI, nel qual caso è applicabile il capitolo 3 della LSu (cfr. art. 2 cpv. 2 LSu).

La partecipazione finanziaria dell'AI va coordinata con gli altri aiuti finanziari previsti dalla LAI o da altre leggi federali, in particolare dalla legge del 13 dicembre 2002¹⁰⁴ sui disabili (LDis), dalla LADI, dalla LFPr e dalla legge federale del 16 dicembre 2005¹⁰⁵ sugli stranieri e la loro integrazione (LStrI).

La partecipazione finanziaria è assunta dal Fondo di compensazione AI e è versata direttamente all'organizzazione in questione dall'UCC. L'organizzazione può assumere direttamente lo svolgimento dei provvedimenti previsti nella convenzione di collaborazione oppure delegarlo a terzi nel quadro di contratti di subfornitura. Questi terzi possono essere membri dell'organizzazione stessa, altre organizzazioni di utilità pubblica o, se necessario dal punto di vista economico o specialistico, fornitori di prestazioni privati.

¹⁰⁴ RS 151.3

¹⁰⁵ RS 142.20

Disposizioni transitorie della modifica del... (data di adozione della modifica dell'OAI)

a. Indennità giornaliera

Come menzionato nel messaggio concernente la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI¹⁰⁶, il nuovo sistema si applicherà a tutte le prime formazioni professionali iniziate dopo l'entrata in vigore del nuovo disciplinamento. Farà stato unicamente l'inizio effettivo della formazione in questione (primo giorno di formazione).

b. Valutazione del grado d'invalidità

Ripercussioni delle disposizioni transitorie della LAI relative alla modifica del 19 giugno 2020

Le prestazioni correnti vanno per principio adeguate alle modifiche successive della situazione giuridica, se il legislatore non ha emanato disposizioni transitorie di tenore diverso¹⁰⁷. Poiché questo caso si è concretizzato con le disposizioni transitorie della LAI relative alla modifica del 19 giugno 2020, le nuove disposizioni di ordinanza relative alla valutazione del grado d'invalidità si applicheranno inizialmente soltanto ai nuovi casi di rendita. Le nuove disposizioni di ordinanza si applicheranno alle rendite correnti solo nel momento in cui saranno adempiute le condizioni previste nelle summenzionate disposizioni transitorie della LAI. In esse si fa una distinzione tra due gruppi in base all'età dei beneficiari di rendita al momento dell'entrata in vigore della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI: a quelli che in quel momento hanno 55 anni compiuti continuerà ad applicarsi il diritto anteriore (disposizioni transitorie della modifica del 19 giugno 2020 lett. c). Ciò significa che queste persone rimarranno nel vecchio sistema di rendite con i quarti di rendita fintantoché non usciranno dal sistema dell'AI e resteranno quindi applicabili le disposizioni di diritto materiale valide fino all'entrata in vigore della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. Questo concerne in particolare le disposizioni relative alla valutazione dell'invalidità e anche le condizioni per una revisione della prestazione (vigente art. 17 cpv. 1 LPGa).

I beneficiari di rendita che all'entrata in vigore della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI non hanno ancora 55 compiuti continueranno ad avere diritto alla rendita fintantoché il loro grado d'invalidità non subirà una modifica secondo l'articolo 17 capoverso 1 LPGa (disposizioni transitorie della modifica del 19 giugno 2020 lett. b cpv. 1). Ciò significa che le nuove disposizioni sul sistema di rendite lineare e in particolare anche le nuove regole che ne derivano per la valutazione del grado d'invalidità potranno essere applicate soltanto nel momento in cui vi sarà una modifica delle condizioni determinanti secondo l'articolo 17 capoverso 1 LPGa. Restano riservati i casi di cui alla lettera b capoverso 2 delle disposizioni transitorie della LAI relative alla modifica del 19 giugno 2020.

Situazione degli invalidi dalla nascita e degli invalidi precoci

Con le presenti modifiche le prescrizioni concernenti la determinazione del reddito senza invalidità per gli invalidi dalla nascita e quelli precoci vengono adeguate ai principi generali validi per tutti gli assicurati (cfr. in proposito art. 26 cpv. 6 D-OAI).

Le fasce d'età previste nel vigente articolo 26 capoverso 1 OAI per gli assicurati di età inferiore ai 30 anni saranno soppresse, poiché secondo i principi generali vanno impiegati valori statistici indipendenti dall'età (cfr. art. 25 cpv. 3 D-OAI). Questo riguarda sia le persone che non hanno potuto concludere una formazione professionale nonostante tutti gli sforzi dell'AI, per le quali in futuro sarà computato un valore mediano senza graduazione in funzione dell'età, sia gli assicurati che, pur avendo concluso una formazione professionale, si sono visti computare un reddito senza invalidità secondo la disposizione vigente dell'articolo 26 capoverso 1 OAI, ai quali in futuro verrà computato il reddito statistico per il titolo professionale corrispondente (anche in questo caso senza graduazione in funzione dell'età). La soppressione delle fasce d'età garantirà di regola a questi assicurati un reddito senza invalidità pari, se non superiore, a quello determinato secondo il calcolo attuale.

¹⁰⁶ FF 2017 2191, in particolare pag. 2335.

¹⁰⁷ Cfr. DTF 135 V 201 consid. 6.1.1.

Per evitare di penalizzare gli attuali beneficiari di rendita di età inferiore ai 30 anni, il loro diritto alla rendita andrà rivisto entro un anno. Se non fosse così, infatti, in caso di inadempimento delle condizioni per una revisione secondo l'articolo 17 capoverso 1 LPGA il loro diritto continuerebbe a basarsi su un reddito senza invalidità ridotto anche se avessero compiuto 30 anni. Poiché si tratta del computo di un reddito senza invalidità più elevato e quindi del diritto a una rendita più elevata, sono interessati soltanto i casi degli assicurati che non percepiscono già una rendita intera.

Un eventuale aumento della rendita cui si ha diritto sarà effettuato in tutti i casi allo stesso modo, segnatamente al momento dell'entrata in vigore delle presenti modifiche.

c. Sistema di rendite

In virtù della lettera b delle disposizioni transitorie della modifica della LAI adottata nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, i beneficiari di rendita il cui diritto alla rendita è nato prima dell'entrata in vigore della modifica e che in quel momento non hanno ancora 55 anni compiuti continueranno ad avere diritto alla rendita precedente fintantoché il loro grado d'invalidità non subirà una modifica secondo l'articolo 17 capoverso 1 LPGA. In virtù della lettera c delle summenzionate disposizioni transitorie della LAI, ai beneficiari di rendita il cui diritto alla rendita è nato prima dell'entrata in vigore della modifica e che in quel momento hanno già compiuto 55 anni continuerà ad applicarsi il diritto anteriore.

Se entrambi i coniugi hanno diritto a una rendita, per il calcolo delle due rendite si applica per analogia il sistema di limitazione di cui all'articolo 35 LAVS. Secondo l'articolo 32 capoverso 2 OAI, la riduzione delle due rendite di una coppia al 150 per cento della somma delle due rendite è disciplinata secondo il diritto del coniuge che presenta il grado d'invalidità più elevato.

Con le disposizioni transitorie emanate nel quadro della riforma, può succedere che il coniuge con il grado d'invalidità più elevato percepisca la rendita più bassa in termini percentuali. In applicazione dell'articolo 32 capoverso 2 OAI, in questo caso per determinare l'entità della limitazione delle rendite ci si baserebbe sulla rendita con la percentuale più bassa di una rendita intera, il che non è in linea con lo scopo della disposizione in questione.

Con la presente modifica si garantirà che per la limitazione delle rendite delle persone cui si applicheranno le disposizioni transitorie emanate nel quadro della riforma ci si basi sulla rendita massima più elevata tra le due rendite della coppia.

d. Revisione dell'importo del contributo per l'assistenza per il servizio notturno

I nuovi importi forfettari per il servizio notturno consentiranno di rispettare le raccomandazioni della SECO per il personale domestico e porteranno automaticamente a prestazioni più elevate a parità di diritto. Per questo motivo, tutte le decisioni con le quali è stato riconosciuto un bisogno di aiuto notturno andranno sottoposte a una revisione, che riguarderà per principio soltanto la remunerazione del servizio notturno e nessun altro elemento. Altrettanto vale per i diritti di cui all'articolo 43^{ter} LAVS. In questo caso, per l'importo del contributo per l'assistenza riveduto vigerà la garanzia dei diritti acquisiti. Gli uffici AI dovranno emanare una nuova decisione, valida dall'entrata in vigore del nuovo disciplinamento.

e. Convenzioni esistenti per il rimborso di medicinali da parte dell'assicurazione per l'invalidità

In mancanza di un elenco dei medicinali per l'AI, negli anni scorsi l'UFAS ha svolto una verifica del rispetto dei criteri EAE su un numero modesto di medicinali. In alcuni casi è stato fissato un prezzo. Al momento questi medicinali sono inseriti nella CPSI in base a una convenzione tra l'UFAS e il titolare dell'omologazione.

Una parte di essi è stata ammessa nell'elenco dei farmaci per infermità congenite (EFIC), ragion per cui a questi si applicherà la disposizione transitoria della modifica dell'OAMal nel quadro della presente modifica per il passaggio dall'EFIC all'ES-IC o all'ES.

Nel caso dei medicinali inseriti nella CPSI che non sono stati ammessi nell'EFIC, la convenzione conclusa tra l'UFAS e il titolare dell'omologazione continuerà ad applicarsi fino all'ammissione del medicamento in questione nell'ES-IC o nell'ES o fino alla scadenza della

convenzione. I medicinali in questione verranno stralciati dalla CPSI nel momento in cui saranno stati ammessi nell'ES-IC o nell'ES. In base al nuovo articolo 14^{ter} capoverso 5 LAI, in linea di massima non vi sarà più alcun margine discrezionale per l'assunzione dei costi in virtù dell'inserimento in una circolare. Le convenzioni in essere con i titolari dell'omologazione resteranno però momentaneamente in vigore, cosicché l'assunzione dei costi potrà continuare a essere effettuata mediante l'applicazione per analogia dell'articolo 71b OAMal.

Nell'elenco D dell'allegato 2 della CPSI sono inoltre elencati alcuni medicinali non omologati in Svizzera o non omologati per la cura dell'infermità congenita per la quale sono impiegati. Nell'ambito dell'elaborazione dell'avamprogetto è emerso che non sussiste alcuna base giuridica per l'elencazione attuale e non è possibile ammettere i medicinali in questione nell'ES-IC o nell'ES in mancanza della corrispondente omologazione in Svizzera. Gli aventi diritto ai medicinali in questione (p. es. titolari dell'omologazione stranieri) andranno informati del fatto che al momento dell'entrata in vigore della presente modifica questi medicinali verranno stralciati dalla CPSI e da allora si applicheranno per analogia gli articoli 71a segg. OAMal.

4.2 Ordinanza del 9 dicembre 1985 sulle infermità congenite

Nel quadro delle presente revisione, l'OIC viene abrogata e riconfigurata quale ordinanza dipartimentale (cfr. progetto separato: OIC-DFI e relativo commento). Le regolamentazioni vigenti dell'OIC saranno prevalentemente riprese nella LAI e nell'OAI.

La definizione di infermità congenita riconosciuta dall'AI di cui all'articolo 1 capoverso 1 OIC figurerà nella LAI e nell'OAI. L'inizio e la fine del diritto saranno regolamentati in dettaglio nell'OAI.

Si rinuncia a emanare disposizioni d'esecuzione relative all'articolo 14 capoverso 2 LAI, poiché la concretizzazione dei criteri EAE è molto ampia e tecnica. Questa dovrà dunque avvenire al livello della CPSI. Per garantire la coerenza tra l'AOMS e l'AI, andrà inoltre applicato per analogia nell'AI il documento di lavoro dell'UFSP sull'operazionalizzazione dei criteri EAE¹⁰⁸. Si può rinunciare anche alla menzione dell'ultima frase dell'articolo 14 capoverso 2 LAI decisa dal Parlamento, concernente le malattie rare, poiché dalle deliberazioni parlamentari è emerso che questa ha un carattere meramente dichiaratorio.

4.3 Ordinanza dell'11 settembre 2002 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali

Art. 5 cpv. 2 lett. c

In questo articolo si procede a un adeguamento puramente formale. Dato che, in seguito ad altre modifiche, il DFI sarà menzionato più volte nell'OPGA, alla prima occorrenza in questa disposizione viene introdotta l'abbreviazione.

Art. 7j

L'articolo 44 LPGa disciplina la procedura per l'attribuzione dei mandati peritali. Il presente articolo stabilisce che l'assicuratore dovrà verificare gli eventuali motivi di ricasazione fatti valere dall'assicurato nei confronti del perito incaricato. Questa disposizione di ordinanza disciplina i dettagli della procedura di conciliazione per i casi in cui non sussiste alcun motivo di ricasazione.

Art. 7j cpv. 1

Nell'ambito dell'attribuzione di un mandato per una perizia medica mediante trattativa privata, l'assicuratore designerà i periti necessari nel caso specifico. L'assicurato potrà far valere motivi

¹⁰⁸ Disponibile (in tedesco e in francese) all'indirizzo www.ufsp.admin.ch > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Designazione delle prestazioni > Procedure di domanda > Procedure di domanda: prestazioni generali > Documenti.

di ricusazione contro questi periti e rifiutarli. In virtù dell'articolo 44 capoverso 2 LPGa, potrà inoltre presentare controproposte. In questo caso, l'assicuratore sarà tenuto a verificare i motivi di ricusazione. Se ne sussistono, l'assicuratore dovrà designare un nuovo perito, tenendo conto delle controproposte dell'assicurato. Se non ne sussistono, nell'ottica di una determinazione consensuale dei periti, si dovrà sempre cercare, nei limiti del possibile, un accordo tra l'assicuratore e l'assicurato. Questo avverrà nel quadro di una procedura di conciliazione. La possibilità di un tentativo di conciliazione non farà tuttavia venir meno la competenza dell'assicuratore di designare i periti. Continuerà quindi ad applicarsi la giurisprudenza vigente, secondo cui gli assicurati non hanno il diritto di scegliere un perito¹⁰⁹.

Se l'assicuratore e l'assicurato giungeranno a un accordo su un nuovo perito, la procedura si concluderà¹¹⁰. Se invece l'assicuratore confermerà il perito inizialmente previsto, dovrà emanare una decisione incidentale conformemente all'articolo 44 capoverso 4 LPGa.

La procedura illustrata, associata ad altre misure previste dalla legge (p. es. l'elenco dei periti e i requisiti minimi che questi ultimi devono adempiere per poter eseguire perizie), permetterà di designare i periti in modo più trasparente e ponderato. Questa soluzione corrisponde alla raccomandazione formulata nel rapporto *Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung* del 10 agosto 2020, ovvero ottimizzare e rendere più trasparente l'attribuzione delle perizie direttamente ad opera dell'assicuratore, rendendo superfluo il modello francese considerato quale esempio.

Art. 7j cpv. 2

Il tentativo di conciliazione potrà essere effettuato in forma orale nel quadro di un colloquio e dovrà essere debitamente verbalizzato. A prescindere dalla forma in cui si svolgerà (orale o scritta), andrà inoltre documentato negli atti conformemente all'articolo 46 LPGa.

Art. 7j cpv. 3

L'attribuzione dei mandati con metodo aleatorio permette di fugare i timori generali di dipendenza e parzialità derivanti dalle condizioni quadro del sistema peritale¹¹¹. In questo modo non è più possibile accusare gli assicuratori di scegliere i periti nell'ottica dei risultati. Sebbene le riserve generali diventino prive di fondamento, anche con l'introduzione del metodo aleatorio le parti interessate devono prendere in considerazione le eventuali obiezioni relative ai casi specifici. L'assicurato continuerà quindi ad avere la possibilità di ricusare i periti per i motivi di cui all'articolo 36 capoverso 1 LPGa. In questo caso, l'assicuratore dovrà verificare i motivi di ricusazione, ma non sarà necessario effettuare un tentativo di conciliazione¹¹², poiché altrimenti si instaurerebbe una scelta dei periti orientata ai risultati, che è proprio quello che si vuole evitare con il metodo aleatorio¹¹³.

Art. 7k

Per garantire maggiore trasparenza nelle perizie, in futuro i colloqui tra il perito e l'assicurato saranno registrati su supporto audio e le registrazioni acquisite agli atti (art. 44 cpv. 6 LPGa).

Art. 7k cpv. 1

Il termine «colloquio» è impiegato nella legge (art. 44 cpv. 6 LPGa), ma non viene definito, ragion per cui va precisato nell'ordinanza. Per colloquio si intendono l'indagine anamnestica e la descrizione dei disturbi da parte dell'assicurato. Va posto l'accento sulla descrizione e sulle affermazioni personali dell'assicurato. La registrazione su supporto audio deve garantire che le sue affermazioni siano rilevate correttamente e riportate fedelmente dal perito nel rapporto. Non è autorizzata la registrazione della parte della perizia relativa ai test psicologici in caso di esami psichiatrici, neurologici e neuropsicologici.

¹⁰⁹ Cfr. DTF 132 V 93 consid. 6.5.

¹¹⁰ FF 2017 2191, in particolare pagg. 2338–2339.

¹¹¹ Cfr. DTF 137 V 210 consid. 2.4, pag. 237.

¹¹² Cfr. FF 2017 2191, in particolare pagg. 2338–2339.

¹¹³ Cfr. DTF 139 V 349 consid. 5.2.1, pag. 354.

Art. 7k cpv. 2

All'annuncio della perizia, l'assicuratore dovrà informare l'assicurato circa il carattere facoltativo e lo scopo della registrazione su supporto audio.

Art. 7k cpv. 3

Nei colloqui che si svolgono nel quadro di una perizia, non è raro che ci si trovi a parlare di eventi, esperienze e situazioni molto personali dell'assicurato. È pertanto ipotizzabile che quest'ultimo sia d'accordo sul fatto che il perito possa analizzare le sue affermazioni ed esperienze personali, ma magari non necessariamente vorrebbe che le sue dichiarazioni personali fossero messe agli atti alla lettera. Per questo motivo l'articolo 44 capoverso 6 LPGa stabilisce che l'assicurato potrà opporsi alla registrazione.

Se l'assicurato intenderà rinunciare alla registrazione del colloquio, dovrà confermarlo all'assicuratore in forma scritta. La dichiarazione di rinuncia potrà essere rivolta soltanto all'organo esecutivo, in modo da evitare che l'assicurato si senta influenzato dal perito nella sua scelta. Inoltre, è importante che il rapporto di fiducia tra l'assicurato e il perito non sia compromesso prima del colloquio dal fatto di dover discutere della rinuncia.

A tal fine, all'annuncio della perizia l'organo esecutivo dovrà inviare all'assicurato un apposito modulo standardizzato da compilare e rinviargli. L'organo esecutivo metterà agli atti la dichiarazione di rinuncia e ne inoltrerà una copia al perito.

Se l'assicurato decide di fare a meno della registrazione su supporto audio soltanto dopo l'esame, dovrà presentare la richiesta di distruzione della registrazione all'organo esecutivo entro dieci giorni dal colloquio. Di regola, in quel momento la perizia non è ancora stata allestita, cosicché il perito invierà all'organo esecutivo soltanto la parte scritta. Per le perizie bidisciplinari e pluridisciplinari saranno inoltrate soltanto le registrazioni su supporto audio cui l'assicurato non ha rinunciato e di cui non ha richiesto la distruzione, che saranno quindi le uniche a essere acquisite agli atti (cfr. art. 44 cpv. 6 LPGa). Se l'assicurato ha rinunciato alla registrazione di tutti gli esami o ha chiesto a posteriori la distruzione di tutte le registrazioni su supporto audio, sarà messa agli atti soltanto la parte scritta della perizia. Nel caso di una rinuncia o di una richiesta di distruzione a posteriori nel quadro di una perizia bidisciplinare o pluridisciplinare, dalla dichiarazione dovrà risultare chiaramente il perito presso il quale l'assicurato ha rinunciato alla registrazione su supporto audio o che ha effettuato la registrazione che l'assicurato vuole far distruggere.

Se l'assicurato decide prima del colloquio di rinunciare alla registrazione e invia per tempo la dichiarazione di rinuncia all'organo esecutivo, il colloquio non verrà registrato. Se invece decide soltanto dopo il colloquio di non volere che la registrazione su supporto audio faccia parte integrante della perizia, la registrazione dovrà essere cancellata.

Art. 7k cpv. 4

È importante che l'assicurato possa decidere in qualsiasi momento se far documentare o meno il colloquio con il perito sotto forma di registrazione su supporto audio. Per questo motivo potrà rinunciare alla registrazione prima dello svolgimento della perizia, o chiederne la distruzione poco dopo la conclusione della perizia. Inoltre, dovrà essere possibile revocare una dichiarazione di rinuncia rivolta all'organo esecutivo. Considerato che, se la persona rinuncia alla registrazione prima del colloquio, questa non viene effettuata, la revoca della rinuncia potrà avvenire soltanto prima dell'esame. Essa potrà essere espressa anche oralmente.

Art. 7k Absatz 5

A livello tecnico va garantito che la registrazione su supporto audio sia effettuata in modo da garantire la sicurezza dei dati e, al contempo, ridurre al minimo l'onere per i periti, evitando di porre requisiti tecnici e amministrativi troppo elevati. In questo ambito gli assicuratori hanno già esperienza con le registrazioni visive nel campo delle osservazioni. Spetterà al singolo assicuratore disciplinare concretamente le prescrizioni tecniche nel quadro del mandato conferito al perito e accordarsi con quest'ultimo. Incomberà invece alle autorità incaricate di vigilare sugli assicuratori emanare direttive per garantire l'uniformità del formato e la sicurezza dei

dati e definire le modalità di trasmissione dei dati in modo che venga impiegato un unico formato.

Il perito dovrà garantire che il colloquio sia registrato integralmente e correttamente dal punto di vista tecnico.

Art. 7k cpv. 6

Va garantito che il colloquio sia registrato correttamente e in tutta la sua durata sul supporto audio. A tal fine sia l'assicurato che il perito dovranno confermare l'inizio e la fine del colloquio indicandone gli orari esatti e le eventuali interruzioni.

Se per lo svolgimento del colloquio si deve far ricorso a un interprete, andranno ovviamente registrati anche i suoi interventi.

Art. 7k cpv. 7

Conformemente al capoverso 5, la registrazione del colloquio deve essere effettuata secondo le prescrizioni tecniche semplici e uniformi definite dagli assicuratori. Le registrazioni dovranno essere trasmesse in forma elettronica sicura. Concretamente, queste potranno essere salvate su un supporto di dati trasmesso per posta raccomandata o trasferite direttamente tramite una piattaforma sicura e autorizzata per lo scambio di dati (p. es. IncaMail).

Nell'ambito della modifica di legge concernente l'osservazione degli assicurati da parte delle assicurazioni sociali, il Consiglio federale ha emanato nuove disposizioni sulla conservazione degli atti (art. 8a OPGA), in vigore dal 1° ottobre 2019. Queste garantiscono sia la sicurezza dei dati che la protezione dei dati sensibili negli incarti dei diversi rami delle assicurazioni sociali e si applicano anche alla conservazione di dati elettronici. Evidentemente sono quindi valide anche per la conservazione delle registrazioni su supporto audio.

Il perito o il centro peritale trasmetterà all'assicuratore esclusivamente i colloqui per i quali l'assicurato non ha rinunciato alla registrazione.

Art. 7k cpv. 8

Se l'assicurato constata difetti tecnici nella registrazione su supporto audio che impediscono la verificabilità della perizia, dovrà rivolgersi all'organo esecutivo. L'organo esecutivo e l'assicurato dovranno cercare una soluzione consensuale sul seguito della procedura. Se non riescono a giungere a un accordo, l'organo esecutivo dovrà emanare una decisione incidentale, in modo che si applichino le regole consuete per la valutazione del valore probatorio delle perizie. Poiché non è possibile prevedere tutti i casi configurabili, si è rinunciato a stilare un elenco delle conseguenze di eventuali difetti tecnici della registrazione su supporto audio, preferendo la procedura consensuale tra le parti.

Art. 7l

Art. 7l cpv. 1

Per poter adempiere l'elevato obbligo di diligenza necessario nel trattamento di questi dati degni di particolare protezione, le registrazioni su supporto audio dovranno poter essere ascoltate soltanto nell'ambito della procedura amministrativa in questione, nel quadro di una procedura d'opposizione secondo l'articolo 52 LPGa, di una procedura di preavviso secondo l'articolo 57a LAI, in fase di revisione e riconsiderazione secondo l'articolo 53 LPGa, in una procedura di ricorso cantonale secondo gli articoli 56 segg. LPGa e nel quadro del contenzioso dinanzi al Tribunale federale secondo l'articolo 62 LPGa. In questo modo si garantisce che le registrazioni su supporto audio verranno ascoltate unicamente in caso di controversia, e segnatamente dall'assicurato stesso, dall'assicuratore che ha commissionato la perizia e dai tribunali competenti per la procedura di ricorso (tribunali cantonali delle assicurazioni sociali, Tribunale amministrativo federale e Tribunale federale), ma non ad esempio da terzi legittimati a presentare ricorso. Nel caso di una richiesta di consultazione degli atti, la registrazione su supporto audio non potrà essere inviata, nemmeno se la richiesta viene effettuata da un altro assicuratore. Non saranno ammessi altri impieghi, in particolare un'analisi della registrazione

su supporto audio. Se la perizia è incontestata, le registrazioni su supporto audio non verranno utilizzate e si eviterà quindi che vengano ascoltate da terzi.

Art. 7l cpv. 2

Se la Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche valuterà la qualità di una perizia nell'ambito della sua attività (art. 7p cpv. 2–4 D-OPGA), dovrà anche avere la possibilità di ascoltare i colloqui pertinenti, in modo da potersi fare un quadro completo del lavoro svolto dai periti.

Art. 7l cpv. 3

Questo capoverso permette agli assicuratori di distruggere le registrazioni su supporto audio, d'intesa con gli assicurati, dopo la conclusione definitiva della procedura per la quale è stata commissionata la perizia. La registrazione su supporto audio serve a verificare se la perizia sia completa e se le affermazioni dell'assicurato siano state impiegate correttamente. Una volta che la decisione per la quale la perizia fungeva da base è passata in giudicato, non è più necessario conservare agli atti la registrazione. Di conseguenza, d'intesa con l'assicurato, potrà essere distrutta. Con la distruzione si intende evitare che gli assicuratori debbano conservare dati sensibili per un periodo di tempo più lungo del necessario. La conservazione delle registrazioni su supporto audio richiede infatti un notevole spazio di archiviazione e comporta un onere finanziario consistente.

Art. 7m

Attualmente non esistono requisiti di diritto federale per quanto riguarda le qualifiche professionali di cui devono disporre i periti medici che intendono allestire perizie mediche su incarico di un'assicurazione sociale. Di conseguenza, ogni assicuratore decide da sé quali qualifiche e requisiti professionali richiedere ai periti. L'articolo 44 capoverso 7 LPGA crea le basi per emanare una normativa uniforme al riguardo. Con i criteri posti nel presente articolo di ordinanza si intende garantire che le perizie vengano allestite soltanto da periti professionalmente qualificati.

Art. 7m cpv. 1 lett. a

I periti medici dovranno disporre, nella propria disciplina, delle qualifiche professionali di cui necessitano anche per poter esercitare la loro attività di medici specialisti a titolo indipendente. Si presuppone dunque un titolo di perfezionamento federale. In questo modo si garantirà che i medici abbiano svolto un ciclo di studi universitari in medicina e un perfezionamento pluriennale in una disciplina specifica. La formazione potrà essere stata svolta anche all'estero, purché la sua equivalenza venga confermata dalla Commissione delle professioni mediche (ME-BEKO) dell'UFSP.

L'aggiornamento è un obbligo professionale derivante dal titolo di medico specialista. Per quanto concerne i diplomi di aggiornamento necessari, lo stato delle conoscenze sulla prassi attuale può essere verificato tramite l'elenco dei medici della Federazione dei medici svizzeri (FMH)¹¹⁴.

Art. 7m cpv. 1 lett. b

Dal 1° gennaio 2018, in seguito alla revisione della legge del 23 giugno 2006¹¹⁵ sulle professioni mediche, tutte le persone che esercitano una professione medica universitaria in Svizzera devono essere iscritte nel registro delle professioni mediche (MedReg)¹¹⁶. Questo registro fornisce informazioni alle autorità cantonali competenti per il rilascio delle autorizzazioni per quanto concerne i diplomi e i titoli di perfezionamento di tutte le persone, svizzere e straniere, che esercitano la loro professione medica in Svizzera. In questo modo il MedReg sostiene i

¹¹⁴ Disponibile all'indirizzo <https://doctorfmh.ch/>.

¹¹⁵ Disponibile all'indirizzo <https://www.medregom.admin.ch/>.

¹¹⁶ RS 811.11

Cantoni nella vigilanza su queste persone e garantisce che tutte le autorità di vigilanza cantonali abbiano accesso a tutti i dati inerenti alle autorizzazioni (comprese le eventuali misure disciplinari) degli altri Cantoni.

I dati del MedReg sono accessibili via Internet e hanno lo scopo di informare l'opinione pubblica. Il registro fornisce così un contributo importante alla tutela dei pazienti e della categoria professionale dei medici. Al contempo, costituisce anche uno strumento con il quale gli assicurati possono verificare in modo semplice e rapido se un perito disponga della formazione, del perfezionamento e dell'aggiornamento professionali necessari.

Art. 7m cpv. 1 lett. c

In Svizzera i medici che esercitano un'attività indipendente necessitano di un'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione. In questa categoria rientrano anche i medici con un rapporto di lavoro dipendente, se esercitano la loro attività sotto la propria responsabilità professionale (p. es. primari, medici responsabili di un servizio, medici alle dipendenze di persone giuridiche).

Per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della professione occorrono un diploma federale in medicina o uno riconosciuto a livello federale e un titolo federale di perfezionamento o uno riconosciuto a livello federale. Se tali titoli esteri sono stati ottenuti nella zona dell'UE, devono essere riconosciuti dalla MEBEKO prima della presentazione della richiesta di autorizzazione.

Il requisito del rilascio di un'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione (o l'iscrizione nel pertinente registro) garantisce che le autorità cantonali abbiano verificato dal punto di vista della polizia sanitaria che i medici attivi sotto la propria responsabilità soddisfino i requisiti richiesti. In questo modo sia gli assicuratori che gli assicurati potranno contare sul fatto che i periti dispongono delle qualifiche necessarie e che queste sono state verificate da un'autorità e valutate positivamente.

Se per l'esercizio di una determinata professione medica non occorre alcuna autorizzazione (p. es. nel caso dei medici ospedalieri), per l'allestimento delle perizie si potrà rinunciare all'adempimento di questa condizione.

Art. 7m cpv. 1 lett. d

Oltre a formazione, perfezionamento e aggiornamento rilevanti dal punto di vista professionale, i periti dovranno disporre anche di esperienza clinica. In questo modo si garantirà che abbiano un rapporto con l'attività pratica di medico curante. I periti dovranno provare agli assicuratori di soddisfare questo requisito nel quadro del loro curriculum professionale.

Art. 7m cpv. 2

Per poter allestire perizie bisognerà aver svolto non solo il perfezionamento professionale quale medico specialista, ma anche un perfezionamento in medicina peritale.

In Svizzera lo sviluppo interdisciplinare della medicina assicurativa è garantito dalla SIM, che propone perfezionamenti e aggiornamenti nel settore. Associazione di diritto privato, la SIM è stata incaricata nel 2004 dalla FMH di occuparsi della formazione dei periti medici. Da allora propone una formazione modulare per i periti, che si conclude con il rilascio di un certificato. I moduli sono elaborati con il coinvolgimento di rappresentanti di società mediche. Per sapere quali periti certificati sono disponibili è possibile consultare il sito Internet della SIM¹¹⁷.

Il requisito del conseguimento di un certificato della SIM garantisce che i medici specialisti che allestiscono perizie per le assicurazioni sociali in qualità di periti dispongano di un perfezionamento in medicina peritale proposto in Svizzera. La verifica del rispetto di questo requisito professionale è possibile anche su Internet e tramite un registro liberamente accessibile al pubblico.

La qualifica in medicina assicurativa sarà prescritta soltanto per le discipline più richieste, in modo da garantire il ricorso a periti con tale perfezionamento nella stragrande maggioranza delle perizie. Così si terrà però anche conto del fatto che nelle discipline meno richieste vi è

¹¹⁷ Disponibile (in tedesco e in francese) all'indirizzo <https://www.swiss-insurance-medicine.ch>.

spesso una carenza di periti e che questi allestiscono solo poche perizie all'anno. Queste fanno generalmente parte di una perizia bidisciplinare o pluridisciplinare, la cui qualità è garantita dall'allestimento consensuale delle perizie in collaborazione con altri periti formati in medicina assicurativa.

Per i primari e i medici responsabili di un servizio di cliniche universitarie non sarà richiesto lo svolgimento di un corso della SIM in materia di perizie o di una formazione equivalente, dato che dispongono di una qualificazione pluriennale che presuppone tra l'altro un titolo di professore in medicina.

Art. 7m cpv. 3

Il legislatore ha previsto criteri di abilitazione non soltanto per i periti medici in generale, ma anche per i periti in neuropsicologia.

In Svizzera i requisiti professionali per i neuropsicologi sono disciplinati nella LAMal e nell'OAMal. Di conseguenza, i requisiti previsti in quest'ultima ordinanza vengono ripresi nella presente disposizione. Concretamente, verranno dunque richiesti un perfezionamento specifico in neuropsicologia, in aggiunta a un master e a una formazione postuniversitaria pratico-clinica pluriennale sulla base degli standard qualitativi definiti dall'UFSP.

Nell'Al questo requisito qualitativo, già introdotto a livello di direttive nel 2017, si è dimostrato valido.

Art. 7m cpv. 4

In pochi casi eccezionali può succedere che si debba ricorrere a un perito che, pur disponendo di qualifiche specialistiche, non soddisfa tutti i requisiti di cui ai capoversi 1–3 (p. es. per le perizie di persone con malattie rare, se i pochi periti qualificati disponibili sono già stati coinvolti nel caso o se i periti necessari possono essere eccezionalmente trovati soltanto all'estero¹¹⁸). In tali casi gli assicuratori devono avere la possibilità di incaricare, con il consenso dell'assicurato, un perito che non soddisfa tutti i requisiti di cui ai capoversi 1–3.

Art. 7m cpv. 5

Questo capoverso consente di garantire la formazione dei periti, in particolare quella della generazione futura. L'attività peritale costituisce, oltre alla diagnostica e alla terapia, il terzo pilastro della medicina e dovrebbe dunque essere maggiormente considerata nella formazione, nel perfezionamento e nell'aggiornamento. Questo capoverso permette lo svolgimento di perizie sotto la stretta supervisione di medici responsabili di servizi e periti esperti. A tal fine è importante che il supervisore segua da vicino le persone in formazione durante la perizia, in modo da potersi fare al contempo un quadro della situazione dell'assicurato.

Art. 7n

Oltre ad adempiere i requisiti professionali previsti, i periti e i centri peritali dovranno anche essere disposti a fornire agli assicuratori e ai tribunali (tribunali cantonali delle assicurazioni sociali, Tribunale amministrativo federale e Tribunale federale) i documenti richiesti (prove relative a formazione, perfezionamento e aggiornamento professionali, organigrammi, processi, misure per la garanzia della qualità ecc.). In caso di dubbio si potrà così garantire la verifica dell'adempimento dei requisiti professionali. D'altro canto, questo è necessario anche affinché gli assicuratori e gli organi esecutivi possano, da un lato, valutare la situazione dell'organizzazione e dei suoi processi e, dall'altro, mettere i documenti a disposizione della Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche (cfr. art. 7p).

Art. 7o

Attualmente in Svizzera non ci sono istituzioni indipendenti che si occupino di questioni relative alla qualità e alla garanzia della qualità delle perizie mediche. Di conseguenza, non ci sono

¹¹⁸ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_570/2020 del 2 novembre 2020.

nemmeno requisiti e criteri qualitativi vincolanti per l'allestimento delle perizie mediche né criteri vincolanti e strumenti per la valutazione della loro qualità.

Nell'ambito dei dibattiti sulla riforma Ulteriore sviluppo dell'Al, le Camere federali hanno incaricato il Consiglio federale di istituire una commissione che sorvegli l'abilitazione dei centri peritali, la procedura di allestimento delle perizie e i risultati delle perizie mediche e formuli raccomandazioni pubbliche in materia. Il legislatore ha inoltre stabilito che la commissione dovrà essere composta da rappresentanti delle diverse assicurazioni sociali, dei centri peritali, del corpo medico, dei neuropsicologi, del settore scientifico, delle organizzazioni dei pazienti e di aiuto ai disabili.

La nuova commissione definirà i requisiti, i criteri e gli strumenti per la valutazione della qualità delle perizie mediche per tutte le assicurazioni sociali elaborando e pubblicando raccomandazioni. Dal canto loro, gli assicuratori potranno riprendere, attuare e verificare le raccomandazioni della commissione.

I periti dovranno basarsi su criteri uniformi per tutte le assicurazioni sociali e la qualità delle loro perizie sarà valutata in base a criteri altrettanto uniformi. In questo modo si pongono anche le basi per una verifica e una valutazione della qualità delle perizie nell'ambito di studi scientifici o revisioni tra pari (*peer reviews*).

Per poter assumere i compiti previsti, la nuova commissione dovrà essere composta da esperti e rappresentanti degli ambienti interessati che dispongano delle competenze e conoscenze necessarie per poter valutare questioni inerenti ai requisiti qualitativi e alla garanzia della qualità delle perizie mediche. Conformemente a questi criteri, il capoverso 2 stabilisce i rappresentanti di interessi e il loro numero. Le istituzioni e associazioni avranno la possibilità di presentare proposte di candidature in vista della nomina dei membri.

Art. 7p

Art. 7p cpv. 1

Secondo la volontà del legislatore, la commissione sorveglierà l'abilitazione dei centri peritali, la procedura di allestimento delle perizie e i risultati delle perizie mediche. Affinché possa assumere questi compiti, occorre concretizzare le attività necessarie.

La commissione elaborerà e pubblicherà raccomandazioni in modo da consentire ai periti, ai centri peritali, agli assicuratori, agli assicurati e a tutti gli altri ambienti interessati di farsi un'idea dei criteri che considera necessari. Le raccomandazioni potranno essere riprese dai periti e dagli assicuratori. Questi ultimi potranno in futuro limitarsi a garantire o effettuare la verifica delle prescrizioni e dei criteri raccomandati. Disporranno così di una base oggettiva per decidere circa la collaborazione con un centro peritale o l'interruzione della medesima.

Art. 7p cpv. 1 lett. a–d

La commissione elaborerà e pubblicherà raccomandazioni in diversi ambiti. La questione della qualità e della garanzia della qualità delle perizie va regolamentata a livello nazionale e per tutte le assicurazioni sociali in base agli stessi criteri. È importante definire criteri chiari per l'allestimento dei rapporti peritali, validi per tutti i periti, e garantire controlli della qualità con strumenti specifici e uniformi.

Let. a: per migliorare la qualità del processo la commissione dovrà esaminare i requisiti e i criteri qualitativi per la procedura di allestimento delle perizie ed elaborare raccomandazioni al riguardo.

Let. b: per migliorare la qualità strutturale, andranno elaborate raccomandazioni concernenti l'attività nonché la formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento dei periti. Si tratta tra l'altro di decidere quali perfezionamenti nell'ambito della medicina assicurativa siano equivalenti al certificato della SIM.

Let. c: Nella maggior parte dei casi, i centri peritali allestiscono perizie bidisciplinari e pluridisciplinari, il cui allestimento richiede requisiti più elevati, data la partecipazione di due o più periti e la conseguente necessità di trovare un consenso. Poiché mancano requisiti generali

vincolanti per le strutture e i processi di un centro peritale, per migliorare la qualità strutturale la costituenda commissione dovrà definire anche i criteri per l'abilitazione dei centri peritali attivi per le assicurazioni sociali e la loro attività. La commissione elaborerà i criteri necessari concernenti vari aspetti (p. es. infrastruttura, indipendenza, requisiti professionali, autorizzazioni, struttura, gestione dei casi, gestione della qualità e garanzia della qualità). In futuro sarà il Consiglio federale a disciplinare i requisiti relativi alle qualifiche professionali per i periti medici (cfr. art. 7m D-OPGA), che potranno essere verificati in modo semplice dagli assicurati e dagli assicuratori.

La commissione sorveglierà la ripresa e il rispetto dei criteri raccomandati. Gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali metteranno a sua disposizione i documenti necessari a tal fine (cfr. cpv. 2). Anche i risultati relativi alla sorveglianza del rispetto dei criteri saranno pubblicati sotto forma di raccomandazioni.

Letf. d: affinché le raccomandazioni relative alla qualità del processo e della struttura possano essere analizzate e valutate adeguatamente, andranno sviluppati sia criteri che strumenti per la valutazione della qualità delle perizie (requisiti qualitativi). Si potrebbe pensare ad esempio a questionari di verifica standardizzati quali «strumento di monitoraggio» per la valutazione delle singole perizie da parte degli assicuratori. Per le verifiche indipendenti dai casi si potrebbero inoltre sviluppare e raccomandare procedure di *peer review*.

Art. 7p cpv. 2

Nell'ambito dello svolgimento dei suoi compiti, la commissione verificherà il rispetto dei criteri di cui al capoverso 1 da parte dei periti e dei centri peritali e ne riferirà in merito. A seconda della loro entità e del loro contenuto, potrà svolgere queste valutazioni della qualità da sé (p. es. in virtù del cpv. 5) oppure mettere a concorso mandati di ricerca a tal fine, se si tratta di verifiche di una certa portata (p. es. di una determinata disciplina) o dello svolgimento di *peer review*.

Art. 7p cpv. 3

La commissione pubblicherà le raccomandazioni (art. 44 cpv. 7 lett. c LPGa), in modo che siano accessibili a tutti gli organi e alle persone interessate.

Art. 7p cpv. 4

Per potersi fare un'idea della misura in cui i periti e i centri peritali rispettano i criteri qualitativi previsti nell'allestimento delle perizie, la commissione ha bisogno di documenti del sistema peritale. A seconda del tema che intende verificare, necessita ad esempio di perizie o di documenti sui processi e sulle strutture dei centri peritali. Poiché le sue competenze legali non le permettono di chiedere direttamente ai periti o ai centri peritali i documenti necessari, è previsto che potrà esigerli dagli assicuratori e dagli organi esecutivi, i quali li riuniranno per temi e li faranno pervenire alla commissione.

Art. 7p cpv. 5

La commissione definirà i criteri per l'abilitazione dei centri peritali e la loro attività. In base alle relative raccomandazioni, gli assicuratori o gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali imposteranno la loro collaborazione con i centri peritali. Se applicando gli strumenti previsti per la valutazione della qualità delle perizie gli assicuratori o gli organi esecutivi constateranno che un centro peritale viola sistematicamente (ovvero in molteplici casi) i criteri di cui al capoverso 1, potranno rivolgersi alla commissione, la quale potrà così farsi una propria idea circa il rispetto dei criteri qualitativi. Dopo la verifica potrà raccomandare le misure necessarie o ribadire la sua raccomandazione iniziale. In tali casi, andranno preventivamente inoltrati alla commissione le perizie e i documenti necessari per una valutazione della qualità.

Art. 7q

Art. 7q cpv. 1

Considerata la varietà dei suoi compiti, la commissione si doterà di un regolamento. Esso disciplinerà in particolare il suo metodo di lavoro (lett. a).

Per poter svolgere i suoi svariati e impegnativi compiti, la commissione avrà bisogno anche del sostegno di esperti esterni per i lavori di ricerca scientifica o le valutazioni. I rapporti e le valutazioni di questi esperti costituiranno non di rado la base per le decisioni della commissione. La lettera b stabilisce pertanto che la commissione disciplinerà nel regolamento il coinvolgimento di esperti esterni per l'adempimento dei compiti menzionati.

Infine, la commissione dovrà definire nel regolamento in che forma e con quale frequenza intende dare conto sulle sue attività e sulle sue raccomandazioni (lett. c).

Art. 7q cpv. 2

In qualità di dipartimento responsabile, sarà il DFI ad approvare il regolamento.

Art. 7q cpv. 3

All'interno del DFI, l'UFAS è designato quale organo amministrativo che dirigerà la segreteria o l'organo specializzato della commissione. Le svariate e impegnative attività che la commissione dovrà assumere vanno oltre quelle di segreteria in senso stretto. Occorrerà svolgere un'ampia gamma di compiti negli ambiti della medicina assicurativa e del diritto nonché elaborare basi scientifiche per la garanzia della qualità delle perizie mediche.

Art. 7q cpv. 4

Nell'ambito dello svolgimento delle loro attività, i membri della commissione e i collaboratori dell'organo specializzato consulteranno perizie e altri documenti confidenziali, ragion per cui saranno tenuti all'obbligo del segreto.

Disposizione transitoria

In linea di massima si può presumere che oggi tutti i periti dispongano di un titolo di medico specialista, ma non tutti ancora di un diploma di perfezionamento in medicina assicurativa.

Per garantire che un numero sufficiente di periti possa rispondere alla forte domanda di perizie, è necessario prevedere un periodo transitorio entro il quale i medici specialisti potranno acquisire il certificato della SIM nelle discipline previste all'articolo 7m capoverso 2.

4.4 Ordinanza del 31 ottobre 1947 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti

Art. 51 cpv. 5

Secondo il diritto vigente, le persone con un grado d'invalidità compreso tra il 40 e il 50 per cento hanno diritto a un quarto di rendita o a una mezza rendita. L'introduzione del sistema di rendite lineare comporterà una molteplicità di percentuali di rendita, dato che la percentuale di una rendita intera aumenterà in modo lineare con il grado d'invalidità. La modifica proposta nel presente capoverso non è materiale, ma serve a tener conto del fatto che la quota computabile del reddito annuo medio determinante si basa sul grado d'invalidità dell'Al.

Art. 53 cpv. 1, secondo periodo

Con l'introduzione del sistema di rendite lineare, a ogni grado d'invalidità corrisponderà una percentuale di una rendita intera. In base a questa regolamentazione, in futuro non si avranno più soltanto quattro frazioni di rendita (un quarto di rendita, mezza rendita, tre quarti di rendita e rendita intera), bensì un gran numero di percentuali di rendita. L'inserimento di ciascuna di esse in una tavola delle rendite comporterebbe un onere enorme e non sarebbe dunque realizzabile. Per questo motivo, la disposizione in esame viene modificata in modo che l'ufficio federale competente, ovvero l'UFAS, possa stabilire non solo tavole delle rendite ma anche prescrizioni per la determinazione dell'importo delle rendite. Queste prescrizioni potranno essere emanate ad esempio sotto forma di formule di calcolo.

Capo nono: Aiuti finanziari per la promozione dell'assistenza alle persone anziane

Nel titolo del vigente capo nono, date le modifiche agli articoli ivi contenuti, il termine «sussidi» è sostituito con «aiuti finanziari».

Art. 222

Art. 222, rubrica (concerne soltanto il testo tedesco) nonché cpv. 1 e 3

In questo e negli articoli seguenti, il termine «sussidi» è sostituito con «aiuti finanziari». Secondo la LSu, il termine «sussidi» include segnatamente gli aiuti finanziari e le indennità. La modifica della rubrica concerne soltanto il testo tedesco. I sussidi di cui all'articolo 101^{bis} LAVS sono però versati esclusivamente sotto forma di aiuti finanziari, ragion per cui si procede a questo adeguamento terminologico. La nuova formulazione precisa che ad avere diritto agli aiuti finanziari sono le organizzazioni private di utilità pubblica.

Art. 222 cpv. 3

La partecipazione del Fondo di compensazione AVS ammonta a 20 milioni di franchi (nel 2020). Questi mezzi vengono accreditati al Fondo di compensazione AI per il finanziamento delle prestazioni a favore delle persone anziane che soffrono di infermità dovute a disabilità dopo aver raggiunto l'età di pensionamento. Nel primo periodo, l'espressione «in proporzione» viene stralciata, in quanto fa pensare che l'AVS partecipi in misura proporzionale agli aiuti finanziari versati dall'AI. Si indica però esplicitamente che la partecipazione dell'AVS si basa sulle prestazioni effettivamente fornite dalle organizzazioni di aiuto agli invalidi in favore di queste persone. A tali prestazioni si applicheranno le disposizioni dell'OAI concernenti i sussidi alle organizzazioni private d'aiuto agli invalidi (art. 108–110 D-OAI). Le disposizioni degli articoli 223–225 si applicheranno esclusivamente agli aiuti finanziari alle organizzazioni per l'assistenza alle persone anziane secondo il capoverso 1.

Art. 223

L'attuale struttura di questo articolo non consente di risalire esattamente alle prestazioni di cui all'articolo 101^{bis} LAVS. La nuova struttura prevede un'elencazione delle forme di versamento degli aiuti finanziati per i singoli compiti. I vari capoversi vengono riformulati e rimandano alle pertinenti disposizioni dell'articolo 101^{bis} capoverso 1 LAVS, con riferimento alle prestazioni del singolo caso. La nuova struttura e la riformulazione non incidono in alcun modo sulla prassi vigente.

La rubrica «Criteri di sussidio» viene modificata in quanto non pertinente rispetto al contenuto dell'articolo, che definisce le modalità di versamento degli aiuti finanziari per le varie prestazioni (cfr. commento all'art. 222).

Art. 223 cpv. 1

Il contenuto del vigente capoverso 1 si riferisce all'ammontare degli aiuti finanziari, che è in realtà oggetto dell'articolo 224. La disposizione non viene però spostata all'articolo 224 capoverso 1, dato che i criteri ivi esposti comprendono già il grado di raggiungimento degli obiettivi. Il nuovo tenore del capoverso 1 corrisponde sostanzialmente al vigente capoverso 2.

Dall'entrata in vigore della NPC, il 1° gennaio 2008, l'aiuto prestato a domicilio da professionisti non è più finanziato dalla Confederazione, che versa aiuti finanziari soltanto se queste prestazioni sono fornite da volontari. Per evitare fraintendimenti con l'«aiuto a domicilio» prestato da professionisti, il nuovo tenore parla di «prestazioni fornite a domicilio o in relazione con il domicilio», le quali includono ad esempio l'accompagnamento di una persona per sbrigare faccende fuori casa. I servizi ambulatoriali non sono più menzionati, in quanto fanno riferimento a un settore di cure per il quale sono ormai responsabili i Cantoni. Ai fini dell'applicazione di questa disposizione, per la definizione e la remunerazione delle attività di volontariato ci si baserà sugli standard generalmente riconosciuti di Benevol Svizzera.

Art. 223 cpv. 2

Il vigente capoverso 2 è spostato al capoverso 1 (cfr. commento al cpv. 1). Il nuovo tenore del capoverso 2 corrisponde sostanzialmente al vigente capoverso 3. La riformulazione prevede la precisazione della forma di versamento degli aiuti finanziari, che non emerge dal tenore vigente.

Dato che i progetti rientrano tra i compiti di sviluppo di cui all'articolo 101^{bis} capoverso 1 lettera c LAVS, il vigente capoverso 4, che vi si riferisce, è aggiunto al capoverso 2 senza modifiche sostanziali. I progetti sono in quanto tali di durata limitata e vengono indennizzati in funzione delle spese effettive, in aggiunta agli importi forfettari per i compiti di sviluppo duraturi.

Art. 223 cpv. 3

Il contenuto del vigente capoverso 3 è spostato al capoverso 2 (cfr. commento al cpv. 2). Il presente capoverso corrisponde ora sostanzialmente al vigente capoverso 5, con la riformulazione del primo periodo. Il termine «sussidiati» utilizzato attualmente non è adeguato (cfr. commento all'art. 222); l'ammontare degli aiuti finanziari dipenderà dal numero di prestazioni fornite. Il termine «perfezionamento» è sostituito con «formazione continua», ovvero il termine utilizzato nell'articolo 101^{bis} capoverso 1 lettera d LAVS.

Art. 223 cpv. 4

Il contenuto del vigente capoverso 4 è sostanzialmente spostato al capoverso 2 (cfr. commento al cpv. 2). Il nuovo tenore del capoverso 4 corrisponde sostanzialmente al vigente capoverso 6, con un'integrazione.

In futuro, le basi di calcolo degli aiuti finanziari versati conformemente ai capoversi precedenti saranno infatti disciplinate nei contratti di prestazioni con le organizzazioni. Inoltre, il termine «sussidi» è sostituito con «aiuti finanziari» (cfr. commento all'art. 222).

Art. 224

Il termine «sussidi» è sostituito con «aiuti finanziari» (cfr. commento all'art. 222).

Art. 224 cpv. 1

Nel primo periodo vengono aggiunti i criteri di conformità ai bisogni ed efficacia. Conformemente all'articolo 1 capoverso 1 lettera b LSu, l'efficacia e l'economicità costituiscono criteri di base. Inoltre, le organizzazioni cui vengono concessi aiuti finanziari dovranno adeguare la propria offerta all'evoluzione della popolazione anziana e ai suoi bisogni. La grande importanza attribuita ai compiti di sviluppo nell'ordine di priorità deriva dall'intenzione di promuovere l'innovazione e la dinamicità presso le organizzazioni (art. 224^{ter} cpv. 1 lett. b D-OAVS).

Nella versione francese, il secondo periodo viene riformulato in modo da far corrispondere la terminologia a quella della versione tedesca, sostituendo i termini «volume de travail» e «champ d'activité» rispettivamente con «volume» e «portée des activités». Anche la versione italiana è leggermente modificata in tal senso sostituendo «del volume e della portata del campo d'attività» con «del volume e della portata delle attività». Se alcune organizzazioni (p. es. Pro Senectute) dispongono effettivamente di una vasta offerta di prestazioni per un'ampia fascia della popolazione, altre (p. es. Parkinson Svizzera) sono più specializzate e si rivolgono a una cerchia di destinatari più ristretta. L'ammontare degli aiuti finanziari tiene conto di questi aspetti.

Il secondo periodo viene inoltre completato in modo da menzionare anche la presa in considerazione dei contributi finanziari di terzi. L'ammontare degli aiuti finanziari tiene conto di questi aspetti. Il secondo periodo viene inoltre completato in modo da menzionare anche la presa in considerazione dei contributi finanziari di terzi. Questa aggiunta va al contempo a sostituire il terzo periodo, che viene stralciato in quanto troppo restrittivo.

Inoltre, il termine «sussidi» è sostituito con «aiuti finanziari» (cfr. commento all'art. 222).

Art. 224 cpv. 2

Questo capoverso viene abrogato, in quanto si riferisce materialmente all'articolo 223 (versamento degli aiuti finanziari), che copre i corsi, al capoverso 2 vigente (in futuro cpv. 1; cfr. relativo commento), e le formazioni continue, al capoverso 5 vigente (in futuro cpv. 3; cfr. relativo commento).

Al suo posto è introdotta una nuova disposizione che concretizza a livello di ordinanza una prassi già prevista nei contratti in essere. Prevista nelle pertinenti direttive dell'UFAS dal 2017, è applicata, conformemente a esse, a ogni organizzazione giuridicamente indipendente e per ogni categoria di prestazioni, ovvero «compiti permanenti di coordinamento e sviluppo», «prestazioni quantificabili» e «progetti». La limitazione della partecipazione finanziaria della Confederazione ai costi effettivamente sostenuti è conforme alla LSu. La quota massima del 50 per cento mette in evidenza il ruolo sussidiario della Confederazione nell'assistenza alle persone anziane. Se la Confederazione ha un interesse particolare allo svolgimento di un compito che non può assumere direttamente, è possibile derogare a questa limitazione del 50 per cento, se, in considerazione della sua struttura e dei suoi obiettivi, l'organizzazione sostenuta ha possibilità di finanziamento limitate. Attualmente una tale eccezione vale per il Consiglio svizzero degli anziani (CSA). Fondato nell'ambito dell'attuazione della dichiarazione politica e del piano d'azione internazionale di Madrid sull'invecchiamento del 2002¹¹⁹, questo organo rappresenta gli interessi delle persone anziane in Svizzera e assume compiti relativi allo sviluppo e al coordinamento di organizzazioni che perseguono lo stesso scopo. Il CSA conta quasi esclusivamente sul volontariato e, fatta eccezione per i contributi dei membri, le sue possibilità di finanziamento (p. es. ricavi da prestazioni e liberalità) sono molto modeste. Un altro caso eccezionale è quello della fondazione Pro Senectute Svizzera, che beneficia di aiuti finanziari per i suoi compiti permanenti di coordinamento e sviluppo. In qualità di più importante organizzazione per l'assistenza alle persone anziane, Pro Senectute Svizzera ha una funzione di coordinamento centrale a livello nazionale, che assume sia verso l'interno che verso l'esterno. Inoltre, sorveglia che gli aiuti finanziari annui (circa 45 mio. fr.) siano utilizzati conformemente allo scopo da parte delle organizzazioni Pro Senectute cantonali. Costituita quale fondazione, Pro Senectute Svizzera dispone di possibilità di finanziamento limitate per svolgere questi compiti.

Art. 224^{bis}

L'articolo 101^{bis} capoverso 2 LAVS incarica il Consiglio federale di fissare i limiti massimi degli aiuti finanziari. Nel suo tenore vigente, l'OAVS non contiene alcuna disposizione al riguardo. Questo nuovo articolo definisce la frequenza dell'adeguamento dell'importo massimo e le basi determinanti per la sua fissazione.

Art. 224^{bis} cpv. 1

Il Consiglio federale fisserà ogni quattro anni, mediante decisione, l'importo massimo annuo per il versamento degli aiuti finanziari alle organizzazioni per l'assistenza alle persone anziane. A tal fine potrà prevedere anche un adeguamento graduale nel corso dei quattro anni, che sia coordinato ad esempio con la durata dei relativi contratti in corso o da concludere. I probabili cambiamenti nel settore dell'assistenza alle persone anziane giustificano una rivalutazione della situazione e una decisione politica a intervalli regolari. Secondo lo scenario di riferimento dell'UST sull'evoluzione della popolazione¹²⁰, tra il 2020 e il 2035 il numero di ultrasessantacinquenni salirà di oltre il 40 per cento, superando i 2,3 milioni di persone. Di conseguenza si può prevedere una maggiore domanda di prestazioni, soprattutto in età avanzata, e un maggiore bisogno di coordinamento. L'adeguamento periodico dell'importo massimo non segue tuttavia automaticamente il ritmo dell'evoluzione demografica, bensì tiene conto dei bisogni emersi nelle organizzazioni, che dipendono anche da altri fattori (p. es. l'evoluzione dei modi

¹¹⁹ Nazioni Unite, «Dichiarazione politica e Piano d'azione internazionale di Madrid sull'invecchiamento», Seconda assemblea nazionale sull'invecchiamento, 2002; disponibile (in francese) all'indirizzo <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-fr.pdf>.

¹²⁰ UST, *Scenari dell'evoluzione della popolazione per la Svizzera e per i Cantoni 2020–2050*, 2020; disponibile all'indirizzo www.bfs.admin.ch > Trovare statistiche > Popolazione > Evoluzione futura.

di vita, l'evoluzione tecnologica, lo stato di salute della popolazione anziana, altre fonti di finanziamento).

L'importo massimo iniziale corrisponde all'attuale importo di 72 milioni di franchi (nel 2020), più un milione di franchi quale riserva fino alla fissazione dell'importo successivo. Questo importo di riserva serve a consentire il trattamento di eventuali ulteriori richieste presentate da organizzazioni che finora non hanno beneficiato di aiuti finanziari in seguito all'emergere di nuove problematiche.

Inoltre, il Consiglio federale fisserà ogni quattro anni l'importo massimo del Fondo di compensazione AVS per i sussidi alle organizzazioni private di aiuto agli invalidi di cui all'articolo 222 capoverso 3. L'importo massimo iniziale corrisponderà all'attuale importo di 20 milioni di franchi (nel 2020). Gli sviluppi in questo settore non giustificano invece un'ulteriore riserva.

Se non è previsto un adeguamento al rincaro integrale e automatico, nella fissazione dell'importo massimo si terrà però conto dell'evoluzione dei prezzi al consumo.

Art. 224^{bis} cpv. 2

L'adeguamento regolare dell'importo massimo dovrà basarsi su solide basi decisionali. Da un lato, i mezzi stanziati vanno utilizzati per il versamento degli aiuti finanziari dimostratisi più appropriati ed efficaci e, dall'altro, è opportuno riconoscere eventuali lacune e anticipare il bisogno futuro.

Per valutare la situazione e determinare il bisogno futuro nel settore dell'assistenza alle persone anziane, l'UFAS potrà consultare la Commissione AVS/AI. L'Ufficio intratterrà inoltre un dialogo regolare con i Cantoni, dato che la Confederazione svolge un ruolo sussidiario in questo settore.

Art. 224^{bis} cpv. 3

Per elaborare le basi decisionali di cui al capoverso 2, l'UFAS potrà conferire mandati esterni per lo svolgimento degli studi necessari, entro i limiti prestabiliti, a carico dell'assicurazione.

Art. 224^{ter}

Questo nuovo articolo tiene conto del requisito posto nell'articolo 13 capoverso 2 LSu, secondo cui, se le domande presentate o prevedibili superano i mezzi disponibili, va istituito un ordine di priorità. La base dell'ordine di priorità dovrà essere sancita nell'ordinanza. I mezzi disponibili andranno impiegati in primo luogo per i compiti prioritari. Le priorità non vanno però intese nel senso che i compiti meno prioritari vanno esclusi dall'attribuzione dei mezzi, ma semplicemente nel senso che essi vanno ponderati in misura inferiore.

Art. 224^{ter} cpv. 1

I compiti elencati in questa disposizione corrispondono a quelli ammessi secondo l'articolo 101^{bis} capoverso 1 LAVS. L'ordine in cui sono menzionati riflette le priorità nel sostegno al coordinamento dell'assistenza alle persone anziane a livello nazionale, nei lavori di sviluppo e nella formazione continua per il personale ausiliario. Il rilievo dato a questi tre settori corrisponde alla ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni: si tratta esattamente degli ambiti di attività delle organizzazioni sussidiate che, per il loro finanziamento da parte degli enti pubblici, dipendono dalla Confederazione, vale a dire dagli aiuti finanziari dell'AVS, i quali coprono fino al 50 per cento dei costi (art. 224 cpv. 3). Circa un quarto degli aiuti finanziari sarà versato per prestazioni in questi tre settori. In particolare con il sostegno dei lavori di sviluppo si intende garantire che l'assistenza alle persone anziane sia destinata agli sviluppi in questa fascia di popolazione e nella società nel suo complesso e che le organizzazioni possano adeguare i propri metodi di lavoro e prestazioni per reagire efficacemente ai nuovi bisogni. I rimanenti compiti previsti nell'ordine di priorità prevedono invece contributi da parte di altre istituzioni pubbliche, in particolare da parte dei Cantoni. L'impegno della Confederazione con gli aiuti finanziari di cui all'articolo 101^{bis} LAVS è inoltre importante per garantire a livello nazionale prestazioni quali la consulenza sociale o condizioni uniformi per il coinvolgimento dei volontari. Circa tre quarti degli aiuti finanziari saranno destinati a questi compiti.

Mediante contratti con le organizzazioni, inoltre, la Confederazione garantirà che le prestazioni dirette da essa finanziate vadano a beneficio in particolare delle persone anziane vulnerabili. Nell'ottica del sostegno alle organizzazioni per l'assistenza alle persone anziane, la vulnerabilità va intesa quale cumulo di almeno due delle quattro dimensioni seguenti: capitale economico (risorse materiali), capitale sociale (relazioni), capitale culturale (conoscenze, esperienza) e capitale fisico (salute fisica e psichica)¹²¹. In presenza di mezzi limitati, i compiti prioritari andranno ridotti in misura inferiore a quelli meno prioritari. Le priorità non vanno però intese nel senso che si deve rinunciare completamente ai compiti meno prioritari prima di poter ridurre gli altri.

Art. 224^{ter} cpv. 2

L'UFAS è incaricato di disciplinare l'attuazione dell'ordine di priorità in apposite direttive.

Art. 225

Art. 225 cpv. 1 e 3–5

Il termine «sussidi» è sostituito con «aiuti finanziari» (cfr. commento all'art. 222).

Art. 225 cpv. 3

Il vigente capoverso 3 contiene precisazioni relative ai termini applicabili, che non devono essere disciplinati a livello di ordinanza, bensì a livello di direttive dell'UFAS.

4.5 Ordinanza del 18 aprile 1984 sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità

Art. 4

La ripresa del sistema di rendite lineare nel settore della previdenza professionale obbligatoria rende necessario un adeguamento dell'articolo 4 OPP 2. Secondo questo articolo, in caso di invalidità parziale, per l'assicurazione del salario ancora percepito occorre ridurre gli importi limite (soglia d'entrata, deduzione di coordinamento e importo limite superiore). Se attualmente è applicata una riduzione degli importi limite in funzione delle frazioni di rendita (ovvero di un quarto per un quarto di rendita, di metà per una mezza rendita e di tre quarti per tre quarti di rendita), in futuro l'introduzione del sistema di rendite lineare nella previdenza professionale obbligatoria comporterà una riduzione in percentuale. La riduzione degli importi limite continuerà così a corrispondere al diritto alla rendita nel caso specifico. Dato che in futuro questo sarà espresso in percentuale di una rendita intera, anche la riduzione degli importi limite corrisponderà a una percentuale esatta. Di conseguenza, per le persone parzialmente invalide che continuano a esercitare un'attività lucrativa nella misura della loro capacità al lavoro residua verranno meno gli spiacevoli effetti della graduazione in frazioni di rendita anche per quanto riguarda l'assicurazione nella previdenza professionale obbligatoria del salario ancora percepito. Gli istituti di previdenza avranno la facoltà di riprendere questo sistema anche nel regime sovraobbligatorio, il che, viste le prescrizioni uniformi, faciliterebbe nel complesso il calcolo delle rendite.

Esempio

Per le persone con un grado d'invalidità compreso tra il 50 e il 69 per cento, in futuro la rendita corrisponderà a una quota percentuale della rendita intera corrispondente al grado d'invalidità (cfr. nuovo art. 24a cpv. 2 LPP). Con un grado d'invalidità del 55 per cento, ad esempio, si avrà dunque diritto a una rendita pari al 55 per cento di una rendita intera. Se una persona parzialmente invalida continuerà a sfruttare la propria capacità al lavoro residua, in caso di attività lucrativa dipendente sarà assicurata nella previdenza professionale obbligatoria già con un reddito annuo di 9600 franchi (in base alle regole di arrotondamento matematico, l'istituto di previdenza può arrotondare l'importo effettivamente determinato di 9599.85 fr.), in

¹²¹ Nadja Gasser, Carlo Knöpfel, Kurt Seifert, *Erst agil, dann fragil. Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen*, Zurigo 2015.

quanto l'attuale soglia d'entrata di 21 333 franchi si ridurrà del 55 per cento. L'attuale deduzione di coordinamento di 24 885 franchi si ridurrà della stessa percentuale a un valore arrotondato di 11 198 franchi (valore effettivo: 11 198.25 fr.), cosicché il salario coordinato su cui sono versati i contributi nella previdenza professionale aumenterà a tutto vantaggio della persona interessata.

In caso di gradi d'invalidità compresi tra il 40 e il 49 per cento, l'ammontare della rendita non corrisponderà al grado d'invalidità. Se per un grado d'invalidità del 40 per cento si continuerà ad avere diritto a un quarto (ovvero al 25 %) di una rendita intera, successivamente l'ammontare aumenterà però in misura lineare con l'aggiunta di 2,5 punti percentuali di una rendita intera per ogni punto percentuale superiore al 40 per cento del grado d'invalidità. Le singole quote percentuali che ne derivano sono elencate nel nuovo articolo 24a capoverso 4 LPP. Una persona parzialmente invalida con un grado d'invalidità del 46 per cento, ad esempio, avrà diritto a una rendita pari al 40 per cento (25 % + [6 x 2,5 %]) di una rendita intera. Se questa persona continua a esercitare un'attività lucrativa quale dipendente, sarà dunque assicurata nella previdenza professionale obbligatoria già a partire da un salario annuo soggetto all'AVS arrotondato a 12 800 franchi (valore effettivo: 12 799.80 fr.). La soglia d'entrata si ridurrà della stessa percentuale di una rendita intera cui avrà diritto, ovvero del 40 per cento, vale a dire di due quinti. Altrettanto varrà per la deduzione di coordinamento, che sarà pari a 14 931 franchi (= 60 % degli attuali 24 885 fr.).

Come oggi, con un grado d'invalidità uguale o superiore al 70 per cento si avrà diritto a una rendita intera (cfr. nuovo art. 24a cpv. 3 LPP). Un eventuale reddito supplementare conseguito nell'ambito di un'esigua capacità al lavoro residua continuerà a essere escluso dalla previdenza professionale obbligatoria conformemente all'articolo 1j capoverso 1 lettera d OPP 2.

Va rammentato che il salario minimo assicurato di cui all'articolo 8 capoverso 2 LPP non sarà ridotto, ragion per cui non è menzionato nel presente articolo 4 dell'ordinanza. La definizione di un salario minimo assicurato è infatti tesa proprio a evitare che vengano assicurati obbligatoriamente salari troppo modesti, il che sarebbe impossibile se si riducesse questo valore.

Art. 15 cpv. 1

La ripresa del sistema di rendite lineare nella previdenza professionale obbligatoria (art. 24a LPP) implica un adeguamento dell'articolo 15 capoverso 1 OPP 2. In caso d'invalidità parziale, l'aver di vecchiaia accumulato viene diviso in una parte passiva e una attiva, in misura corrispondente al diritto alla rendita. La parte passiva è trattata secondo l'articolo 14 OPP 2, mentre quella attiva rientra nella previdenza del reddito ancora conseguito. A seguito dell'introduzione del sistema di rendite lineare, questa ripartizione dell'aver di vecchiaia va adeguata alla scala delle rendite d'invalidità più graduata. Di per sé il principio resterà invariato: la ripartizione tra avere di vecchiaia attivo e passivo continuerà a essere determinata in base al diritto alla rendita parziale. In base al sistema lineare, in futuro la divisione sarà però più graduata ed espressa in percentuali più esatte.

Ad esempio, per un assicurato che ha diritto a una rendita parziale del 37,5 per cento (ovvero con un grado d'invalidità del 45 %, secondo il art. 24a cpv. 4 LPP), l'aver di vecchiaia sarà ripartito nella misura del 37,5 e del 62,5 %. Il 37,5 per cento corrispondente alla parte passiva continuerà a essere trattato secondo l'articolo 14 OPP 2, mentre il 62,5 per cento corrispondente alla parte attiva sarà mantenuto in caso di prosecuzione dell'attività lucrativa (nella misura della capacità al lavoro residua) come parte integrante della previdenza, ma con importi limite ridotti (cfr. art. 4 OPP 2, secondo cui per l'assicurazione del salario ancora conseguito verranno adeguati gli importi limite, ovvero la soglia d'entrata, la deduzione di coordinamento e l'importo limite superiore). In caso di fine del rapporto di lavoro, invece, verrà trattato secondo gli articoli 3–5 della legge del 17 dicembre 1993¹²² sul libero passaggio (art. 15 cpv. 2 OPP 2).

¹²² RS 831.42

4.6 Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie

Art. 35

Gli assicurati con un'infermità congenita figurante nell'allegato dell'OIC-DFI (cfr. n. 4.9) avranno diritto a prestazioni dell'AOMS, se non adempiono le condizioni assicurative dell'AI (art. 6 e 9 cpv. 3 LAI)¹²³ o hanno compiuto il 20° anno d'età. In generale, per le infermità congenite che non sono coperte dall'AI, l'AOMS assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia secondo la LAMal (art. 27 LAMal). Concretamente, l'AOMS rimborsa quindi i seguenti costi:

- costi per le prestazioni atte a diagnosticare o a curare un'infermità congenita e i relativi postumi secondo gli articoli 25 (prestazioni generali in caso di malattia), 25a (cure in caso di malattia), 26 (prestazioni di medicina preventiva) e 31 (cure dentarie) LAMal; e
- costi per i medicinali che figurano nell'ES-IC di cui all'articolo 3^{sexies} D-OAI (art. 52 cpv. 2 LAMal nel suo tenore riveduto).

Per l'assunzione dei costi sono determinanti le disposizioni della LAMal, in quanto la LAMal non privilegia le infermità congenite secondo l'OIC-DFI rispetto alle altre infermità congenite e malattie (art. 27 LAMal). Questo vale in particolare per gli articoli 32–34 (Presupposti e entità dell'assunzione dei costi) e 43–52a LAMal (Tariffe e prezzi). In seguito alla revisione dell'articolo 52 capoverso 2 LAMal, in linea di massima non sussiste più alcuna disposizione speciale per le infermità congenite. Il riveduto articolo 52 capoverso 2 LAMal stabilisce che, per quanto concerne i medicinali, in caso di infermità congenite l'AOMS assumerà per principio anche i costi dei medicinali che figurano nell'ES-IC. Nel caso dei minorenni, l'AOMS interviene se gli assicurati non soddisfano le condizioni assicurative dell'AI. Per quanto riguarda gli adulti, essa assume i costi sia per gli assicurati che durante l'infanzia hanno beneficiato di provvedimenti sanitari presi a carico dall'AI sia per quelli per i quali la cura dell'infermità congenita inizia soltanto in età adulta. Questo ultimo caso può verificarsi, ad esempio, se fino al compimento dei 20 anni non era necessaria alcuna cura, l'infermità congenita non era ancora stata diagnosticata o, pur essendolo, durante l'infanzia della persona in questione non esistevano ancora possibilità terapeutiche adeguate (p. es. medicinali). Se e quali provvedimenti sanitari siano stati rimborsati dall'AI durante l'infanzia sarà irrilevante: superato il limite d'età, la presa a carico dei costi per le prestazioni si baserà in tutti i casi sulle condizioni di diritto valide nell'AOMS. In particolare, anche per quanto riguarda i medicinali che figurano nell'ES-IC potrà essere indicato prevedere condizioni e limitazioni specifiche per gli adulti (cfr. commento all'art. 3^{sexies} cpv. 1 D-OAI e all'art. 65 cpv. 1^{bis} D-OAMal).

Le prestazioni prese a carico dall'AI prima del raggiungimento del limite d'età verranno in seguito assunte dall'AOMS secondo le disposizioni della LAMal (e delle relative ordinanze). Conformemente al presente articolo, il DFI dovrà provvedere a che i provvedimenti sanitari riconosciuti dall'AI in caso di infermità congenite vengano inseriti negli elenchi e negli atti normativi in cui figurano le prestazioni in questione. Questo varrà in particolare per tutte le prestazioni figuranti negli elenchi positivi esaustivi, ovvero segnatamente per analisi, mezzi e apparecchi, prestazioni di medicina preventiva, cure in caso di malattia e cure dentarie (cfr. anche art. 19a OPre) e per le prestazioni di fornitori non medici. Poiché per le prestazioni che figurano negli elenchi positivi vale in linea di massima il principio della richiesta, il che significa che per principio il DFI verifica l'ammissione in questi elenchi soltanto su richiesta delle persone interessate, il Dipartimento dovrà provvedere attivamente a tenere aggiornati gli elenchi per quanto riguarda le infermità congenite riconosciute dall'AI. Questo onere supplementare è giustificato dallo scopo dell'armonizzazione tra l'AI e l'AOMS. Nel settore dei medicinali il coordinamento sarà garantito in modo che sia l'AI che l'AOMS rimborsino i medicinali che figurano nell'ES e nell'ES-IC (cfr. art. 3^{novies} D-OAI e art. 52 cpv. 2 LAMal). Per quanto riguarda le prestazioni fornite da medici e chiropratici, nell'ambito dell'AOMS si partirà per principio dal presupposto che esse rispettino i criteri EAE previsti dalla legge (principio della fiducia). Questo significa che le prestazioni fornite da medici e chiropratici che sono state prese a carico dall'AI

¹²³ Cfr. DTF 126 V 103 consid. 3 e 4.

lo saranno anche dall'AOMS, dopo il raggiungimento del limite d'età legale, in base al principio della fiducia. Le prestazioni rimborsate in base al principio della fiducia possono però essere contestate, vale a dire che gli attori del sistema sanitario hanno la possibilità di mettere in discussione l'obbligo generale di fornire prestazioni e possono chiedere al DFI (ovvero all'UFSP) di verificare il rispetto dei criteri EAE. Gli accertamenti si concludono con una decisione del DFI che stabilisce se e a quali condizioni una prestazione precedentemente rimborsata in base al principio della fiducia possa continuare a essere presa a carico dall'AOMS. Dal presente articolo non è dunque possibile dedurre diritti immediati a prestazioni, ma su questa base andrà garantito il coordinamento tra l'assicurazione malattie e l'AI. L'articolo è quindi l'espressione degli sforzi tesi a garantire un passaggio il più possibile continuo dall'AI all'AOMS, fermo restando che rimangono determinanti le disposizioni della LAMal (p. es. criteri EAE, partecipazione ai costi da parte degli assicurati).

Obbligo di fornire prestazioni da parte dell'AOMS in caso di provvedimenti di logopedia

Dall'entrata in vigore della NPC, il 1° gennaio 2008, la logopedia e la psicomotricità rientrano nel contesto della pedagogia (curativa), che da allora è di competenza cantonale, anche per quanto riguarda il finanziamento. Da allora, dunque, l'AI non rimborsa più queste prestazioni (cfr. riveduto art. 14 cpv. 3 LAI e vigente art. 14 cpv. 1 lett. a LAI).

La logopedia medica viene però rimborsata dall'AOMS secondo agli articoli 10 seg. OPre, che dal 1° aprile 2020 include anche la cura dei disturbi di deglutizione. In questo modo è stata colmata una lacuna nella cura dei bambini con infermità congenite, dato che dal 1° gennaio 2008 l'AI non assume più i costi delle terapie logopediche (e psicomotorie) per quelli affetti da fessure labiali, mascellari, palatine.

Art. 65 cpv. 1^{bis}

Un medicamento non potrà figurare sia nell'ES che nell'ES-IC. Si tratta di una logica conseguenza della formulazione del nuovo articolo 14^{ter} capoverso 5 LAI, il quale stabilisce esplicitamente che potranno essere ammessi nell'ES-IC soltanto i medicinali che non figurano già nell'ES (cfr. anche commento all'art. 3^{sexies} cpv. 2 D-OAI). L'ammissione in due elenchi rischia di generare incertezze e inoltre non è utile, dato che per gli assicurati e i fornitori di prestazioni è indifferente in quale elenco un medicamento figuri (cfr. commento all'art. 3^{sexies} cpv. 1 D-OAI). Ogni medicamento andrà inoltre inserito soltanto nell'elenco per il quale adempie le condizioni di ammissione. Di conseguenza, se un medicamento adempirà le condizioni di ammissione nell'ES-IC di cui all'articolo 3^{sexies} capoverso 2 D-OAI, non sarà ammesso nell' ES.

Inoltre, poiché l'AOMS rimborserà non solo i medicinali figuranti nell'ES ma per principio anche quelli figuranti nell'ES-IC (riveduto art. 52 cpv. 2 LAMal), il vigente EFIC, un elenco vigente unicamente per l'AOMS per i medicinali rimborsati da quest'ultima agli assicurati con un'infermità congenita che dopo il compimento dei 20 anni continuano ad aver bisogno di medicinali rimborsati in precedenza dall'AI, diventerà dunque obsoleto (cfr. disposizione transitoria cpv. 3 D-OAMal).

Va anche considerato che l'ES-IC può essere applicato per principio sia a minorenni che ad adulti. Questo può ad esempio comportare che per l'ammissione nell'ES o nell'ES-IC siano definite limitazioni diverse in funzione dell'età o di altri criteri (cfr. art. 73 OAMal). Nell'ambito dell'ammissione di un medicamento nell'ES-IC, andrà verificato anche il rispetto dei criteri EAE per l'impiego del medicamento sugli adulti e andranno inserite le condizioni del caso nella limitazione di cui all'articolo 73 OAMal. Gli oneri e le condizioni per la cura degli adulti potranno quindi differire da quelle previste per i minorenni.

Il presente nuovo capoverso è rilevante anche per le estensioni e le limitazioni dell'indicazione di medicinali per la cura di infermità congenite elencate nell'OIC-DFI (cfr. n. 4.9).

In caso di presentazione di una domanda di estensione dell'indicazione secondo l'articolo 65^f OAMal, potrà succedere che il medicamento in questione non adempia più le condizioni per figurare nell'ES-IC di cui all'articolo 3^{sexies} capoverso 2 D-OAI. Può essere il caso in particolare se la nuova indicazione contempla la cura di un'affezione che non costituisce un'infermità congenita. In tal caso, nel quadro della decisione sull'estensione dell'indicazione (decisione ai

sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968¹²⁴ sulla procedura amministrativa [PA]), si statuiranno contemporaneamente sia la radiazione del medicamento dall'ES-IC che la sua ammissione nell'ES. Per contro, un medicamento che figura già nell'ES vi rimarrà, se la sua indicazione verrà estesa a un'infermità congenita, ma esso è rimborsato anche per altre indicazioni che non costituiscono un'infermità congenita.

Il caso inverso si presenta quando in seguito a una limitazione dell'indicazione un medicamento diventa indicato esclusivamente per la cura di un'infermità congenita riconosciuta dall'AI (art. 3^{bis} cpv. 1 D-OAI) e il suo impiego inizia in misura preponderante prima del compimento dei 20 anni. In tal caso, le condizioni di cui all'articolo 3^{sexies} capoverso 2 D-OAI sono adempite. Nel quadro della decisione sulla limitazione dell'indicazione (decisione ai sensi dell'art. 5 PA), si statuiranno dunque contemporaneamente sia la radiazione del medicamento dall'ES che la sua ammissione nell'ES-IC.

Si potrà giungere a tali decisioni sul passaggio di un medicamento da un elenco all'altro (ES o ES-IC) anche nel caso di una modifica dell'elenco delle infermità congenite in allegato all'OIC-DFI.

Disposizione transitoria

Disposizione transitoria cpv. 1

L'articolo 65 capoverso 1^{bis} D-OAMal si applicherà sin dall'entrata in vigore della modifica alle domande pendenti per l'ammissione nell'ES di medicinali che adempiono le condizioni di ammissione nell'ES-IC. Tali medicinali non verranno dunque più ammessi nell'ES.

Disposizione transitoria cpv. 2

Attualmente nell'ES figurano pochi medicinali che sono indicati esclusivamente per la cura di un'infermità congenita riconosciuta dall'AI (art. 3^{bis} cpv. 1 AP-OAI). In applicazione dell'articolo 65 capoverso 1^{bis} D-OAMal, i medicinali che ad oggi figurano nell'ES e adempiono le condizioni per essere ammessi nell'ES-IC secondo l'articolo 3^{sexies} D-OAI saranno trasferiti nell'ES-IC. Il passaggio nell'ES-IC dei medicinali attualmente figuranti nell'ES avverrà nel quadro del riesame delle condizioni di ammissione previsto ogni tre anni conformemente all'articolo 65d OAMal.

Il passaggio dei medicinali in questione dall'ES all'ES-IC non penalizzerà in alcun modo i titolari dell'omologazione, gli assicurati o i fornitori di prestazioni, poiché dal punto di vista giuridico per loro è indifferente l'elenco nel quale un medicamento figura (cfr. commento all'art. 3^{sexies} cpv. 1 D-OAI).

Disposizione transitoria cpv. 3

L'AOMS rimborserà, oltre ai medicinali figuranti nell'ES, anche quelli figuranti nell'ES-IC (riveduto art. 52 cpv. 2 LAMal). Con la nuova normativa, l'EFIC, l'elenco dell'AOMS per i medicinali rimborsati dall'AI agli assicurati per un'infermità congenita fino al compimento dei 20 anni e di cui dopo quel momento gli assicurati continuano ad aver bisogno, diventerà obsoleto (cfr. commento all'art. 65 cpv. 1^{bis} D-OAMal). Il passaggio nell'ES o nell'ES-IC dei medicinali attualmente figuranti nell'EFIC avverrà nel quadro del riesame delle condizioni di ammissione previsto ogni tre anni conformemente all'articolo 65d OAMal, purché siano adempite le condizioni di ammissione di cui all'articolo 65 OAMal. Finora per i medicinali figuranti nell'EFIC non è stato fissato alcun prezzo. Nell'ambito del passaggio di questi medicinali nell'ES-IC o nell'ES, l'UFSP ne valuterà anche l'economicità e fisserà i relativi prezzi.

Rimborso di prodotti alimentari speciali e dietetici da parte dell'AI e dell'AOMS

L'AI rimborsa sia prodotti alimentari speciali che prodotti dietetici. La CPSI riporta diversi elenchi, che al momento non risultano tuttavia aggiornati. In questi elenchi non figurano né i prezzi dei singoli prodotti né un limite massimo dei costi per minorenni. In futuro questi elenchi andranno aggiornati.

¹²⁴ RS 172.021

Nell'ambito dell'AOMS, attualmente i prodotti dietetici sono ammessi nell'EFIC (anche in questo caso senza prezzo), anche se contrariamente ai medicinali figuranti nell'ES e nell'EFIC essi non costituiscono medicinali ai sensi della legge del 15 dicembre 2000¹²⁵ sugli agenti terapeutici (LATER) e non dispongono di un'omologazione da parte di Swissmedic. I prodotti dietetici sono derrate alimentari secondo la legge del 20 giugno 2014¹²⁶ sulle derrate alimentari (LDerr; alimenti a fini medici speciali, FSMP) o dispositivi medici secondo la LATER. In futuro, tali prodotti non andranno pertanto più ammessi negli elenchi dei medicinali. Tuttavia, il rimborso dei prodotti dietetici da parte dell'AOMS resterà per principio garantito. A tal fine, i prodotti dietetici saranno disciplinati nell'EMAp mediante un rimando alla CPSI dell'UFAS. Anche in questi casi si applicheranno in linea di massima le condizioni previste dall'AOMS (in particolare i criteri EAE). Per esempio, i prodotti alimentari speciali poveri di proteine non saranno rimborsati dall'AOMS, perché gli adulti sono in grado di garantirsi un'alimentazione equilibrata senza dover ricorrere ad alimenti speciali poveri di proteine.

Non appena tutti i medicinali figuranti nell'EFIC saranno stati verificati, la relativa decisione sarà passata in giudicato e i prodotti dietetici elencati nell'EFIC saranno stati trasferiti nell'EMAp, l'EFIC sarà abrogato. Questo significa che durante una fase transitoria verranno tenuti sia l'EFIC che l'ES-IC e l'ES.

4.7 Ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni

Art. 22 cpv. 3^{ter}

La riforma Ulteriore sviluppo dell'AI comporta l'istituzione di un'assicurazione contro gli infortuni delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF (assicurazione delle persone che seguono provvedimenti dell'AI [AINF-AI]). Vi saranno assicurate le persone che seguono provvedimenti dell'AI che secondo la giurisprudenza del Tribunale federale instaurano un rapporto di lavoro analogo a quello basato su un contratto di lavoro. Finora queste persone non erano assicurate in modo capillare. Per determinate situazioni di coordinamento tra l'assicurazione contro gli infortuni e l'AI sono già previste regolamentazioni, che con la presente revisione vanno adeguate alle disposizioni del nuovo ramo assicurativo AINF-AI. Il vigente articolo 22 capoverso 3^{bis} OAINF disciplina l'ammontare dell'indennità giornaliera per le persone che avevano diritto a un'indennità giornaliera dell'AI fino all'insorgenza dell'infortunio. Per le persone assicurate all'AINF-AI viene introdotto un apposito capoverso 3^{ter}.

Art. 53 cpv. 1, 3 e 4

Conformemente al nuovo articolo 45 capoverso 3^{bis} LAINF, all'elenco degli organi cui vanno notificati gli infortuni vengono aggiunti anche gli uffici AI.

Art. 56

Con l'introduzione dell'assicurazione per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF, l'AI diventerà parte della procedura dell'assicurazione contro gli infortuni e i suoi organi esecutivi saranno dunque tenuti a fornirle le informazioni necessarie. Il presente articolo precisa l'entità di questa comunicazione e aggiunge gli organi esecutivi dell'AI all'elenco degli organi interessati. Per organi esecutivi dell'AI si intendono quelli ai sensi dell'articolo 53 capoverso 1 LAI.

Art. 72

Art. 72 cpv. 1

L'introduzione dell'assicurazione per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF comporterà nuovi obblighi per gli organi esecutivi dell'AI, che dovranno dunque essere sufficientemente informati sull'applicazione dell'assicurazione contro gli infortuni.

¹²⁵ RS 812.21

¹²⁶ RS 817.0

Art. 72 cpv. 2

Parallelamente al diritto a essere informati sull'applicazione dell'assicurazione contro gli infortuni, gli organi esecutivi dell'AI avranno anche il dovere di trasmettere queste informazioni alle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF e di comunicare loro in particolare la possibilità degli accordi di protrazione dell'assicurazione.

Titolo ottavo a: Assicurazione contro gli infortuni delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge

Per la nuova assicurazione contro gli infortuni delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF, nell'OAINF viene inserito un titolo separato dopo il titolo ottavo, relativo all'assicurazione contro gli infortuni dei disoccupati.

Art. 132

Art. 132 cpv. 1

Nella LAINF l'inizio e la fine dell'assicurazione per i salariati assicurati obbligatoriamente contro gli infortuni sono disciplinati in modo generale. L'inizio e la fine dell'assicurazione delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF vanno disciplinati in modo specifico. L'inizio dell'AINF-AI è fissato per analogia alla regolamentazione per i salariati assicurati obbligatoriamente, basandosi sull'inizio del provvedimento invece che sull'inizio del rapporto di lavoro. Di conseguenza, se un provvedimento dell'AI non potrà essere seguito, pur essendo stato concesso mediante decisione formale, non nascerà alcuna copertura assicurativa contro gli infortuni. Affinché le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF inizino ad essere assicurate, dovranno almeno essersi avviate verso il luogo in cui si svolge il provvedimento.

Art. 132 cpv. 2

La fine dell'AINF-AI dovrà essere disciplinata diversamente rispetto a quella dell'assicurazione obbligatoria dei salariati, dato lo stretto legame con i provvedimenti dell'AI.

Art. 132a

Art. 132a cpv. 1

L'articolo 17 capoverso 4 LAINF stabilisce l'ammontare dell'indennità giornaliera per gli assicurati di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF che percepivano un'indennità giornaliera dell'AI prima dell'infortunio. Una regolamentazione del guadagno assicurato non è necessaria, poiché la legge disciplina in modo esaustivo l'ammontare dell'indennità giornaliera.

Il presente capoverso stabilisce l'importo netto dell'indennità giornaliera conformemente all'articolo 17 capoverso 4 LAINF in modo che gli assicurati non ricevano indennità giornaliera né più basse né più alte rispetto a prima dell'infortunio. L'importo netto dovrà pertanto comprendere sia l'indennità di base secondo gli articoli 23 e 24^{ter} LAI che un'eventuale prestazione per i figli secondo l'articolo 23^{bis} LAI. Ne saranno invece esclusi i contributi alle assicurazioni sociali secondo l'articolo 25 LAI. Non saranno effettuate ulteriori deduzioni dalle indennità giornaliera dell'AI, quali ad esempio quelle per le spese di vitto e alloggio di cui all'articolo 24^{bis} LAI e le imposte alla fonte.

Art. 132a cpv. 2

Il capoverso 1 stabilisce l'importo netto dell'indennità giornaliera secondo l'articolo 17 capoverso 4 LAINF. Il presente capoverso specifica che in aggiunta alle indennità giornaliera degli assicurati di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF va computata la prestazione per i figli di cui all'articolo 23^{bis} LAI.

Art. 132a cpv. 3

Per gli assicurati che non hanno diritto né a un'indennità giornaliera dell'AI né a una rendita dell'AI, la legge non definisce alcun guadagno assicurato per il calcolo delle indennità giornaliere dell'assicurazione contro gli infortuni. Il presente capoverso stabilisce quindi che le modalità di calcolo di cui all'articolo 23 capoverso 6, applicabili ai praticanti, ai volontari e alle persone che si preparano alla scelta di una professione, si applicheranno anche alle persone che non hanno diritto né a un'indennità giornaliera dell'AI né a una rendita dell'AI.

Art. 132a cpv. 4

Per l'AINF-AI non è prevista alcuna graduazione della prestazione in base all'incapacità lavorativa dell'assicurato, come invece accade nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni per i salariati (cfr. art. 25 cpv. 3 OAINF). Non si avrà più diritto all'indennità giornaliera dell'assicurazione contro gli infortuni, se il provvedimento dell'AI sarà ripreso. In tal caso, sarà l'AI a decidere in merito a un eventuale conseguente diritto a un'indennità giornaliera dell'AI.

L'assicurazione contro gli infortuni dovrà stabilire, d'intesa con l'organo esecutivo competente dell'AI, il momento in cui il provvedimento dell'AI potrebbe essere ripreso. Tale momento va determinato esclusivamente dal punto di vista medico e indipendentemente dalla fine del provvedimento inizialmente decisa dall'AI. Dal momento in cui il provvedimento potrebbe riprendere dal punto di vista medico, sussisterà un eventuale diritto alle indennità giornaliere dell'assicurazione contro gli infortuni secondo la pertinente legislazione (cfr. art. 88^{sexies} D-OAI), con la possibilità di un adeguamento delle indennità giornaliere dell'assicurazione contro gli infortuni in caso di capacità lavorativa parziale secondo l'articolo 17 LAINF.

Art. 132b

Il presente articolo disciplina il calcolo delle rendite per la stessa categoria di assicurati dell'articolo 132a D-OAINF.

Art. 132b cpv. 1

Per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF che percepiscono un'indennità giornaliera dell'AI, si considererà per il calcolo delle rendite, a titolo di guadagno assicurato, il reddito dell'attività lucrativa su cui l'AI si è fondata per calcolare l'indennità giornaliera.

Art. 132b cpv. 2

Alle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF che non hanno diritto né a un'indennità giornaliera dell'AI né a una rendita dell'AI, per il calcolo delle rendite e per quello delle indennità giornaliere secondo l'articolo 132a capoverso 3 si applicheranno le regole valide per i praticanti, i volontari e le persone che si preparano alla scelta di una professione secondo l'articolo 23 capoverso 6. Per questa categoria di assicurati, la presente disposizione prevede una regolamentazione specifica basata su un guadagno annuo assicurato invece che su un guadagno giornaliero.

Art. 132b cpv. 3

Per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF che percepiscono una rendita dell'AI l'articolo 16 capoverso 5 LAINF stabilisce che non hanno diritto all'indennità giornaliera dell'assicurazione contro gli infortuni, ragion per cui nell'articolo 132a D-OAINF non viene ripresa alcuna regolamentazione al riguardo. È però possibile che queste persone abbiano diritto alle altre prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni. Il presente capoverso stabilisce che il calcolo della rendita per questa categoria di assicurati dovrà essere effettuato per principio come per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF che non hanno diritto né a un'indennità giornaliera dell'AI né a una rendita dell'AI. L'importo così determinato verrà quindi ridotto della quota percentuale della rendita AI, poiché questa parte è già indennizzata tramite la rendita dell'AI.

Esempio

Un assicurato di età inferiore a 20 anni che percepisce una rendita dell'AI per un grado d'invalidità AI del 40 per cento segue un provvedimento dell'AI con un rapporto di lavoro analogo a quello basato su un contratto di lavoro e subisce un infortunio che incide sull'invalidità. L'assicurazione contro gli infortuni riconoscerebbe per principio il diritto a una rendita d'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni e procederebbe al calcolo della rendita secondo l'articolo 132b capoverso 3. Dal 10 per cento di 148 200 franchi (importo massimo del guadagno annuo assicurato secondo l'art. 22 cpv. 1 OAINF), ovvero 14 820 franchi, all'assicurato sarebbe dedotto il 40 per cento (grado d'invalidità AI). Gli resterebbe dunque una rendita d'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni pari a 8892 franchi (14 820 – [40 % di 14 820]).

Art. 132c

Art. 132c cpv. 1

L'assicurazione delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF includerà diverse categorie di assicurati, il che comporterà anche una certa eterogeneità nel calcolo dei premi. Si rinuncia però a stabilire aliquote dei premi per singoli casi.

Per le persone in questione si utilizzerà quale base per il calcolo dei premi le basi applicabili loro per il calcolo delle indennità giornaliere o delle rendite.

Art. 132c cpv. 2

Gli assicurati non dovranno partecipare al finanziamento dei premi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non professionali. Il calcolo delle quote dei premi per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF cagionerebbe all'AI un onere amministrativo assolutamente sproporzionato rispetto alle entrate o ai risparmi che realizzerebbe.

Art. 132c cpv. 3

Entrambe le parti avranno il diritto di chiedere una modifica delle aliquote dei premi, il che permetterà di tenere conto dell'esperienza acquisita in materia di rischi nel calcolo dei premi. Questa soluzione corrisponde a quella prevista nell'assicurazione contro gli infortuni per i disoccupati.

Art. 132c cpv. 4

Una modifica delle aliquote dei premi richiede l'aggiornamento nel preventivo dei fondi soggetti alla legge sui sussidi, ragion per cui occorre un certo periodo di preparazione prima della decisione. Questa procedura corrisponde a quella prevista nell'assicurazione contro gli infortuni per i disoccupati.

Art. 132c cpv. 5

L'articolo 66a capoverso 3 LAI impone all'AI di mettere a disposizione della INSAI, in forma anonimizzata, i dati personali necessari per l'analisi dei rischi. Dal canto suo, la INSAI allestirà una statistica dei rischi che potrà essere considerata quale esperienza acquisita ai fini del calcolo dei premi (cfr. cpv. 3). Questa procedura corrisponde a quella prevista nell'assicurazione contro gli infortuni per i disoccupati.

4.8 Ordinanza del 31 agosto 1983 sull'assicurazione contro la disoccupazione

Art. 120a

Questo nuovo articolo disciplina la procedura per il conteggio delle indennità giornaliere – compresi i contributi alle assicurazioni sociali e le spese per i provvedimenti inerenti al mercato del lavoro – di cui l'AI assumerà le spese conformemente al nuovo articolo 94a LADI.

Art. 120a cpv. 1

Secondo questo capoverso, l'assicurazione contro la disoccupazione, tramite il suo ufficio di compensazione, potrà esercitare il proprio diritto al rimborso entro la fine di gennaio dell'anno

successivo presentando all'UCC un conteggio annuale delle spese a carico del Fondo di compensazione AI.

Art. 120a cpv. 2

Per poter essere confrontato con i dati delle rendite d'invalidità ridotte o soppresse, il conteggio dovrà contenere un elenco dettagliato dei casi e almeno indicazioni circa l'importo da rimborsare, il numero AVS degli assicurati in questione, il numero delle indennità giornaliere pagate, i contributi alle assicurazioni sociali e le spese per i provvedimenti inerenti al mercato del lavoro.

Art. 120a cpv. 3

L'ufficio di compensazione dell'assicurazione contro la disoccupazione trasmetterà all'UFAS, in concomitanza con l'invio all'UCC, una copia del conteggio di cui al capoverso 1.

Art. 120a cpv. 4

L'UCC verificherà il conteggio dettagliato trasmessogli dall'ufficio di compensazione dell'assicurazione contro la disoccupazione e rimborserà le prestazioni contabilizzandole su un nuovo conto del Fondo di compensazione AI.

4.9 Ordinanza del 3 marzo 1997 sulla previdenza professionale obbligatoria dei disoccupati

Art. 3 cpv. 1

Questa modifica corrisponde alla modifica dell'articolo 4 OPP 2 (cfr. n. 4.5). Di conseguenza, in caso d'invalidità parziale dei disoccupati è previsto che gli importi limite giornalieri della previdenza professionale obbligatoria vengano ridotti in funzione della nuova scala delle rendite anche nell'assicurazione contro la disoccupazione. La riduzione degli importi limite (soglia d'entrata, deduzione di coordinamento e importo limite superiore) continuerà a essere pari alla corrispondente quota di rendita, che sarà però espressa in percentuale di una rendita intera, secondo la graduazione progressiva delle rendite. In questo modo anche nella previdenza professionale obbligatoria dei disoccupati parzialmente invalidi verrà meno una parte degli effetti soglia.

Per una persona disoccupata che ha diritto a una rendita del 55 per cento, per esempio, la deduzione di coordinamento determinante applicabile (al salario giornaliero) per determinare il salario giornaliero coordinato verrà ridotta del 55 per cento, passando quindi da 96.35 franchi (limite per il 2021) a 43.45 franchi (valore arrotondato). Nel suo caso, anche la soglia d'entrata (salario giornaliero minimo) diminuirà del 55 per cento, passando da 82.60 franchi (limite per il 2021) a 37.15 franchi (valore arrotondato). Il salario giornaliero minimo coordinato, pari a 13.75 franchi (nel 2021) verrà mantenuto in ogni caso, in modo da evitare che vengano assicurati obbligatoriamente salari giornalieri troppo modesti.

5. Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

Di seguito viene illustrato in che misura le ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale delle disposizioni d'esecuzione si discostano da quelle della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI (revisione di legge)¹²⁷.

¹²⁷ Per le ripercussioni per l'AI cfr. UFAS, *Finanzielle Auswirkungen (Weiterentwicklung der IV) im Jahr 2030, 2020*; disponibile (anche in francese) all'indirizzo <https://www.parlament.ch/centers/documents/de/finanzielle-auswirkungen-weiterentwicklung-iv-2030-d.pdf>.

5.1 Ripercussioni per la Confederazione

a) Ripercussioni finanziarie

Data la separazione della quota a carico della Confederazione dall'evoluzione delle uscite dell'Al, l'aumento o la diminuzione di queste uscite non ha ripercussioni finanziarie per la Confederazione.

Riduzione individuale dei premi

La Confederazione concede ai Cantoni un sussidio per la riduzione individuale dei premi nel settore dell'AOMS pari al 7,5 per cento delle spese lorde dell'assicurazione (art. 66 cpv. 2 LA-Mal). Con il presente progetto di modifica, i risparmi della Confederazione in questo ambito risulteranno inferiori alle attese e ammonteranno a meno di 1 milione di franchi, dato che i risparmi presunti nell'AOMS, pari a 9 milioni di franchi (cfr. n. 5.3), saranno inferiori a quanto inizialmente previsto.

Commissione extraparlamentare per la garanzia della qualità delle perizie mediche

La nuova commissione extraparlamentare per la garanzia della qualità delle perizie mediche istituita dal Parlamento farà capo al DFI e l'organo specializzato incaricato del disbrigo dei suoi affari (segreteria ai sensi dell'art. 8^{bis}OLOGA) sarà accorpato all'UFAS. Di conseguenza, l'UFAS sarà responsabile per il finanziamento della commissione (art. 8e cpv. 2 lett. j e k OLOGA). Il Consiglio federale ha approvato le relative ripercussioni finanziarie il 12 maggio 2021 e le risorse di personale nell'ambito della valutazione globale delle risorse nel settore del personale del 2021.

b) Ripercussioni sull'effettivo del personale

Per l'attuazione della riforma Ulteriore sviluppo dell'Al sono necessarie risorse di personale presso l'Amministrazione federale. La tabella seguente mostra il fabbisogno di posti complessivo; il Consiglio federale ha già approvato i mezzi necessari nel quadro di una valutazione globale delle risorse nel settore del personale e li ha stanziati nel preventivo e nei piani finanziari.

	2021	2022	2023	2024	2025	Finanziamento tramite il Fondo Al
UFAS ¹²⁸	3	6,3 ¹²⁹	6,3	6,3	6,3	Sì
UCC ¹³⁰	-	2	2	2	2	Sì
Commissione extraparlamentare per la garanzia della qualità delle perizie mediche (UFAS)	-	5	5	5	4	No
Centro di competenza per i medicinali (UFSP)	-	4	4	4	3	Sì
Totale ETP supplementari necessari	3	17,3	17,3	17,3	15,3	

L'approvazione e l'entrata in vigore delle disposizioni d'esecuzione secondo il disegno proposto non avrà ulteriori ripercussioni sull'effettivo del personale per la Confederazione. Al più tardi tre anni dopo l'entrata in vigore della riforma Ulteriore sviluppo dell'Al occorrerà valutare il bisogno dei posti a tempo determinato e valutare se questi siano ancora necessari, del tutto o in parte, e se vadano eventualmente trasformati in posti a tempo indeterminato.

¹²⁸ Già indicati nel messaggio concernente la riforma Ulteriore sviluppo dell'Al (FF 2017 2191, in particolare pag. 2345).

¹²⁹ Dei 6,3 ETP, 3,6 sono a tempo determinato.

¹³⁰ Già indicati nel messaggio concernente la riforma Ulteriore sviluppo dell'Al (FF 2017 2191, in particolare pag. 2345).

5.2 Ripercussioni per l'AI

a) Misure della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI

Panoramica delle ripercussioni

Globalmente, la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI non dovrà incidere sui costi. Le decisioni parlamentari genereranno presumibilmente risparmi per circa 3 milioni di franchi nel 2030 (stato: situazione finanziaria del 2021). Le modifiche di ordinanza comporteranno pochi cambiamenti al riguardo: le differenze riguarderanno soltanto il settore dei provvedimenti sanitari e il sistema di rendite. Inoltre, vanno segnalate le ripercussioni finanziarie delle modifiche non legate alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. Come emerge dal quadro sinottico presentato di seguito, considerando le misure previste a livello di ordinanza, i risparmi nel 2030 ammontano a circa 4 milioni di franchi.

Tabella – Ripercussioni finanziarie per l'AI nel 2030

In milioni di franchi, ai prezzi del 2021

	Stato: decisione del Parlamento del 19 giugno 2020	Divergenze dovute alle modifiche di ordinanza	Totale delle ripercussioni
Provvedimenti sanitari	21	-21	0
Sistema di rendite	3	9	12
Altre misure	-27	0	-27
Totale Ulteriore sviluppo dell'AI	-3	-12	-15
Misure non legate all'Ulteriore sviluppo dell'AI	0	11	11
Totale di tutte le misure	-3	-1	-4

Di seguito sono illustrate dettagliatamente le divergenze dovute alle modifiche di ordinanza.

Provvedimenti sanitari

Dopo l'approvazione della revisione della legge da parte del Parlamento, il 19 giugno 2020, nell'ambito dei provvedimenti sanitari erano attese spese supplementari per 21 milioni di franchi. Questo importo consta delle spese dovute agli adeguamenti nell'ambito delle infermità congenite, pari a 56 milioni di franchi (di cui circa 40 per l'aggiornamento dell'elenco delle infermità congenite), delle spese supplementari di 5 milioni di franchi nell'ambito dei provvedimenti sanitari d'integrazione e dei risparmi per circa 40 milioni di franchi derivanti dal rafforzamento della gestione strategica e della gestione dei casi. Gli adeguamenti a livello di ordinanza faranno scendere questo importo di 21 milioni. Questo è riconducibile a diversi motivi.

- L'aggiornamento dell'elenco delle infermità congenite (per i dettagli, cfr. il progetto sull'OIC-DFI¹³¹) comporterà per l'AI spese supplementari inferiori a quanto inizialmente indicato, ovvero 18 milioni di franchi invece dei summenzionati circa 40 milioni, il che corrisponde a uno sgravio di 22 milioni di franchi. Si tratta di una stima, poiché mancano alcuni dati statistici.
- Nell'ambito dei provvedimenti sanitari d'integrazione, come indicato in precedenza, in considerazione dall'aumento del limite di età erano state stimate spese supplementari pari a 5 milioni di franchi. Data la precisazione prevista a livello di ordinanza circa l'esercizio del diritto a questi provvedimenti, sarà possibile compensare questi 5 milioni. Rispetto a quanto deciso dal Parlamento, si registrerà così uno sgravio di 5 milioni di franchi.
- L'introduzione di un centro di competenza per i medicinali finanziato dal Fondo di compensazione AI comporterà spese supplementari per circa mezzo milione di franchi.
- L'introduzione della gestione dei casi nell'ambito dei provvedimenti sanitari richiede un aumento dell'effettivo del personale presso gli uffici AI di 30 ETP, il che cagionerà spese supplementari per circa 5 milioni di franchi.

¹³¹ Disponibile all'indirizzo www.ufas.admin.ch.

Sistema di rendite

L'introduzione del sistema di rendite lineare implica un'ampia ridefinizione delle regolamentazioni concernenti la valutazione del grado d'invalidità. In seguito alla parallelizzazione sistematica nel caso dei lavoratori dipendenti e al computo di un ambito delle mansioni consuete per tutti i lavoratori a tempo parziale, sono prevedibili leggeri aumenti delle rendite. In compenso, il fatto di considerare un titolo di formazione professionale secondo la LFPPr nella determinazione del reddito senza invalidità, la soppressione della possibilità di una parallelizzazione nel caso dei lavoratori indipendenti e la nuova deduzione per attività a tempo parziale al posto dell'attuale deduzione dovuta al danno alla salute potrebbero generare una lieve diminuzione delle rendite. L'importo delle ripercussioni finanziarie in questo contesto è difficilmente quantificabile. Tuttavia, i due valori dovrebbero più o meno compensarsi a vicenda.

La soppressione delle fasce di età per il salario mediano nel caso degli invalidi dalla nascita e di quelli precoci comporterà spese supplementari per l'AI pari a oltre 1 milione di franchi per le nuove rendite, cui vanno aggiunte spese per l'adeguamento delle rendite correnti per circa 6 milioni di franchi nell'anno del passaggio al nuovo sistema, che diminuiranno di 1 milione all'anno negli anni successivi. Le spese supplementari annue dovute alle nuove rendite e al passaggio dell'effettivo delle rendite al nuovo sistema ammonteranno a 7 milioni di franchi.

La considerazione sistematica delle limitazioni dovute al danno alla salute nello stabilire la capacità funzionale cagionerà un onere supplementare per i SMR. A tal fine saranno necessari 10–12 ETP, il che comporterà spese supplementari per circa 2 milioni di franchi all'anno.

Dalle modifiche di ordinanza previste nel settore del sistema di rendite risulteranno dunque spese supplementari per 9 milioni di franchi rispetto a quanto deciso dal Parlamento.

b) Misure non legate alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI

Spese di amministrazione

Gli adeguamenti nell'ambito delle spese di amministrazione non avranno ripercussioni finanziarie.

Contributo per l'assistenza

Le spese per l'aumento degli importi forfettari per il servizio notturno ammonteranno a 10 milioni di franchi e la flessibilizzazione delle prestazioni di consulenza costerà circa 1 milione di franchi all'anno.

Spese di viaggio

Gli adeguamenti concernenti le spese di viaggio cagioneranno spese supplementari marginali.

5.3 Ripercussioni per le altre assicurazioni sociali

I risparmi per l'AOMS saranno inferiori a quanto ipotizzato e ammonteranno a circa 9 milioni di franchi. Questo è riconducibile a diversi motivi. Innanzitutto, poiché i lavori per aggiornare l'elenco delle infermità congenite sono stati effettuati soltanto in vista della presente revisione delle disposizioni d'esecuzione, soltanto ora emerge chiaramente che una parte dei risparmi andrà a vantaggio non dell'AOMS bensì dei Cantoni. Inoltre, le disposizioni previste nel presente progetto per quanto riguarda l'elenco delle infermità congenite e i provvedimenti sanitari d'integrazione comporteranno risparmi più modesti per l'AOMS.

Per quanto concerne le PC, gli adeguamenti previsti per la valutazione del grado d'invalidità degli invalidi precoci genereranno risparmi pari a circa 3 milioni di franchi.

5.4 Ripercussioni per i Cantoni

Le ripercussioni dell'aggiornamento dell'elenco delle infermità congenite non erano state indicate nel messaggio concernente la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, in quanto i relativi lavori non erano ancora stati avviati. Dato che i Cantoni partecipano nella misura del 55 per cento

alle spese per le cure ospedaliere, il proposto adeguamento dell'elenco delle infermità congenite determinerà risparmi per i Cantoni pari a circa 9 milioni di franchi all'anno.

5.5 Ripercussioni sull'economia

Le misure decise a livello di legge e nelle ordinanze secondo il presente progetto non avranno ripercussioni o determineranno sgravi amministrativi e finanziari per le imprese e le aziende. La presente revisione non andrà a incidere particolarmente su determinati settori e non comporterà nuovi o maggiori obblighi di azione per le imprese. Non sono attese ripercussioni per l'economia.