



Assicurazione invalidità: fatti e cifre 2012

Lotta efficace agli abusi assicurativi nell'AI

Nel 2012 l'AI ha avviato indagini in 2290 casi sospetti di abuso assicurativo e ne ha concluse 2020. In 400 casi in cui i sospetti si sono rivelati fondati, l'assicurazione ha ridotto o sospeso rendite correnti oppure rifiutato l'assegnazione di nuove rendite. Questo ha permesso di evitare il versamento dell'equivalente di 300 rendite intere, con un risparmio complessivo calcolato a circa 120 milioni di franchi, a fronte di spese pari a 7,5 milioni di franchi.

Lo scorso anno sono stati trasmessi agli specialisti antifrode degli uffici AI per ulteriori accertamenti e indagini 2290 incarti. A questi si aggiungono 1850 indagini non ancora concluse alla fine del 2011. In totale, nel 2012 erano dunque pendenti 4140 casi di presunto abuso. In 490 casi, gli assicurati sono stati posti sotto sorveglianza.

Nel 2012, l'AI è riuscita a chiudere 2020 casi, 220 dei quali dopo un'operazione di sorveglianza. In 400 casi ha potuto dimostrare un abuso assicurativo – ovvero che la prestazione è stata conseguita in modo fraudolento o con una truffa ai sensi del codice penale –, in 70 di essi grazie a un mandato di sorveglianza. Grazie a questa rigorosa lotta agli abusi assicurativi (LAA), si eviterà dunque il versamento dell'equivalente di 300 rendite intere. Questo permetterà di risparmiare circa 7,6 milioni di franchi all'anno per un totale complessivo calcolato a circa 120 milioni di franchi (prendendo come base l'importo medio della rendita AI ordinaria e la durata di riscossione fino al raggiungimento dell'età AVS). Per la LAA, nel 2012 l'AI ha speso circa 7,5 milioni di franchi (6,8 milioni di franchi in personale e 0,7 milioni di franchi per le operazioni di sorveglianza). Lo sgravio summenzionato non include i risparmi sulle prestazioni complementari all'AI e sulle rendite d'invalidità del secondo pilastro. In 44 casi, gli uffici AI hanno chiesto agli assicurati il rimborso delle prestazioni indebitamente riscosse e in 60 casi hanno sporto denuncia penale.

Una lotta rigorosa e coordinata agli abusi assicurativi è indispensabile per evitare la riscossione indebita di prestazioni dell'AI e con il tempo ha un effetto sempre più dissuasivo da non sottovalutare. I cittadini, gli assicurati che versano i contributi e i contribuenti possono così confidare nella corretta esecuzione dell'assicurazione.

Dai dati del 2012 risulta che la lotta agli abusi e alle frodi ai danni dell'assicurazione si è consolidata negli uffici AI. Questi sono in grado, mediante specialisti qualificati, di indagare e fare luce in modo professionale sulle diverse indicazioni in materia (p. es. incongruenze contenute negli incarti o segnalazioni fornite da altre assicurazioni, da organi di controllo per la lotta contro il lavoro nero o dalla popolazione). In linea di principio gli uffici AI verificano ogni segnalazione di potenziali frodi assicurative, sia in caso di fonte nota che anonima. Nella maggior parte dei casi le indagini portano a scagionare gli assicurati sospettati di abusi assicurativi e solo nel 20 per cento di essi l'abuso è effettivamente comprovato.

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la lotta agli abusi assicurativi è un tema che non concerne ormai più soltanto l'assicurazione invalidità. Anche altre assicurazioni sociali (p. es. le prestazioni complementari e il secondo pilastro) approfittano sempre più spesso delle esperienze fatte e dei risultati ottenuti dall'AI.



Lotta agli abusi assicurativi 2012: tabella riassuntiva

	2012		2011		2010		2009	
	Totale	di cui con sorveglianza	Totale	di cui con sorveglianza	Totale	di cui con sorveglianza	Totale	di cui con sorveglianza
Pratiche pendenti all'inizio dell'anno	1'850	370	1'400	230	2'060	190	640	60
Nuove pratiche	2'290	120	2'520	180	2'250	150	2'550	150
Pratiche evase	2'020	220	2'250	260	2'010	160	1'180	90
Sospetti confermati (n. di casi)	400	70	320	70	300	40	240	30
Rendite negate, soppresse o ridotte (convertite in rendite intere)	300	60	270	60	220	30	180	20
Riduzione annua delle uscite	7,6 mio. fr.	1,5 mio. fr.	6,9 mio. fr.	1,5 mio. fr.	5,6 mio. fr.	0,8 mio. fr.	4,6 mio. fr.	0,5 mio. fr.
Rendite risparmiate (proiezione)	ca. 120 mio. fr.	ca. 23,8 mio. fr.	ca. 100 mio. fr.	ca. 22 mio. fr.	ca. 80 mio. fr.	ca. 12 mio. fr.	ca. 66 mio. fr.	ca. 8 mio. fr.



Lotta agli abusi assicurativi (LAA) nell'AI

Cosa s'intende per abuso assicurativo?

In ogni assicurazione, per diversi motivi può succedere che gli assicurati ricevano prestazioni cui in realtà non avrebbero diritto. Un assicurato che tenta intenzionalmente e con volontà criminale di ottenere prestazioni dell'assicurazione invalidità, senza soddisfare le condizioni di diritto richieste, o che riesce in questo intento, commette una frode ai danni dell'assicurazione perseguibile penalmente. Quali esempi tipici si possono menzionare gli atti seguenti:

1. simulare un danno alla salute con l'intenzione di trarre in inganno il medico e fargli rilasciare in buona fede un certificato medico "falso";
2. fornire informazioni false od omettere indicazioni importanti dinanzi a un'assicurazione al fine di ottenere una prestazione indebita o una prestazione più elevata rispetto a quella cui si ha diritto (p. es. avvio di un'attività lucrativa e mancata o falsa dichiarazione del reddito);
3. simulare infortuni nell'intento di ingannare un'assicurazione;
4. minacciare, ricattare o corrompere terzi al fine di ottenere una prestazione assicurativa oppure provocare situazioni che danno diritto ad una prestazione assicurativa;
5. falsificare documenti.

La procedura ordinaria di accertamento dell'AI

Quando riceve una richiesta, l'ufficio AI esamina in primo luogo se sono soddisfatte le condizioni per il diritto a prestazioni AI. A tal fine si procura tutte le informazioni necessarie per accertare le condizioni di salute dell'assicurato, la sua situazione lavorativa o le attività non remunerate. Specialisti dell'integrazione professionale, del collocamento e dei centri di accertamento, collaboratori competenti e medici dei servizi medici regionali (SMR) partecipano all'accertamento e alla procedura decisionale. Gli uffici AI collaborano inoltre con le altre assicurazioni sociali e private interessate.

I medici dei SMR verificano se sono soddisfatte le condizioni mediche per la concessione di prestazioni AI. Se necessario, possono sottoporre gli assicurati a esami medici. Gli uffici AI possono eventualmente chiedere perizie e ulteriori documenti di natura medica a medici specialisti od ordinare esami in un centro di accertamento medico dell'AI. Per valutare meglio la situazione dell'assicurato si può inoltre richiedere un accertamento sul posto. Questo vale in particolare per gli assicurati esercitanti un'attività lucrativa indipendente o attivi parzialmente o interamente nell'economia domestica e per l'esame del diritto agli assegni per grandi invalidi e a taluni mezzi ausiliari.

Reimpostazione di un sistema di lotta agli abusi assicurativi

Dall'entrata in vigore della 5a revisione LAI, il 1° gennaio 2008, l'AI dispone della base legale necessaria per mettere sotto sorveglianza le persone sospettate di frode assicurativa. Questa modifica di legge ha permesso di riorganizzare ed estendere la lotta agli abusi assicurativi nell'AI. A tal fine è stata sviluppata una strategia uniforme, che ha iniziato ad essere attuata dagli uffici AI il 1° agosto 2008.

Il sistema di lotta antifrode non è stato concepito dall'AI, bensì dal settore assicurativo privato, che vanta un'esperienza pluriennale in quest'ambito. La strategia dell'AI si rifà pertanto agli strumenti e

alle procedure delle compagnie di assicurazione private e può essere suddivisa, a grandi linee, nelle quattro fasi seguenti:

- individuazione dei casi sospetti;
- svolgimento di accertamenti e indagini approfonditi;
- sorveglianza degli assicurati;
- adozione di provvedimenti assicurativi e penali.

Riconoscimento dei casi sospetti

Sulla base di incongruenze contenute negli incarti (p. es. dati medici discordanti) o di indicazioni fornite da altre assicurazioni (indennità giornaliera in caso di malattia, assicurazione contro gli infortuni, di responsabilità civile, casse pensioni) o da terzi (organi di controllo per la lotta contro il lavoro nero, popolazione), i collaboratori degli uffici AI sono in grado d'individuare i casi di possibile ricorso abusivo a prestazioni AI, per i quali è necessario un esame più dettagliato. Questo filtro per l'individuazione dei possibili casi di frode assicurativa viene applicato per principio nell'esame di tutte le nuove richieste di rendita e nelle revisioni delle rendite correnti.

In linea di principio gli uffici AI verificano ogni segnalazione di potenziali abusi assicurativi, sia in caso di fonte nota che anonima. Le segnalazioni sono trattate in modo confidenziale e naturalmente viene garantita la protezione dei dati. Questo comporta ad esempio che l'AI non informa sui risultati dell'esame o sulle misure adottate i privati da cui ha ricevuto una segnalazione.

Accertamenti e indagini approfonditi

Gli uffici AI trasmettono gli incarti sospetti a collaboratori specializzati nella lotta antifrode per ulteriori accertamenti (p. es. raccolta dei dati sui redditi, visite a sorpresa presso gli assicurati, verifiche nell'ambiente sociale, ricerche su Google).

Un elemento molto importante della lotta agli abusi assicurativi è la collaborazione dell'AI con altre assicurazioni coinvolte nel caso, come ad esempio l'assicurazione contro gli infortuni, l'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, l'assicurazione di responsabilità civile o la previdenza professionale. Spesso, infatti, questi assicuratori hanno già preso misure contro gli abusi assicurativi o dispongono già di risultati di accertamenti o di prove che possono tornare utili all'AI.

Se i sospetti si sono rafforzati ma non si è in grado di dimostrare l'abuso assicurativo, si può ricorrere alla misura estrema, che consiste nel mettere sotto sorveglianza l'assicurato per raccogliere le prove necessarie.

Operazioni di sorveglianza

La sorveglianza di un assicurato interferisce con la protezione della libertà personale e della sfera privata. Una tale ingerenza nei diritti fondamentali è ammessa soltanto se vi è una base legale, un pubblico interesse e se essa è proporzionata allo scopo (v. p. es. DTF 135 I 169 consid. 4.4).

La base legale per le operazioni di sorveglianza dell'AI è costituita dall'articolo 43 in combinato disposto con l'articolo 28 capoverso 2 LPGa e anche dall'articolo 59 capoverso 5 LAI, nato con la 5a revisione AI. Quest'interpretazione è ormai stata attestata più volte anche dal Tribunale federale (v. DTF 137 I 327 consid. 5.1 e 5.2).

Secondo quest'ultimo, l'interesse pubblico consiste nel fornire soltanto le prestazioni dovute per non arrecare danno alla comunità degli assicurati (DTF 137 I 327 consid. 5.3, DTF 129 V 323 consid. 3.3.3).

È inoltre importante che la decisione di avviare un'operazione di sorveglianza si basi su indizi concreti che fanno sorgere dubbi sui problemi di salute annunciati o sull'incapacità al lavoro fatta valere (v. anche in questo caso DTF 137 I 327 consid. 5.4.2 seg.).

Tutte queste condizioni fanno sì che un'operazione di sorveglianza possa essere ordinata soltanto se le prestazioni in questione sono elevate (rendite), se l'operazione è di breve durata e limitata agli spazi pubblici e se le prove ricercate sono significative.

Poiché questo genere di operazioni richiede personale qualificato ed esperto, anche l'AI, come gli assicuratori privati, collabora con agenzie investigative idonee o con la polizia.

Provvedimenti assicurativi e penali

Se è possibile dimostrare l'abuso o addirittura la frode ai danni dell'AI, l'ufficio AI sospende il versamento della rendita e richiede il rimborso delle prestazioni indebitamente riscosse. A seconda delle infrazioni accertate e provate, l'AI può decidere di sporgere denuncia e quindi attivare le autorità istruttorie penali.

Lotta agli abusi assicurativi all'estero

Tutti gli esami delle richieste di rendita e le revisioni delle rendite di assicurati residenti in Svizzera e all'estero sono effettuati secondo la procedura precedentemente descritta al fine di individuare possibili casi di abuso assicurativo. Le operazioni di sorveglianza condotte all'estero si sono finora limitate al Kosovo e alla Thailandia, dove alcuni progetti pilota ne avevano precedentemente dimostrato la realizzabilità.

Naturalmente, le operazioni di sorveglianza all'estero sono effettuate nel pieno rispetto delle norme del diritto internazionale e della legislazione dei Paesi interessati. Infatti, prima di effettuare una tale operazione lo Stato interessato è sempre informato per ottenerne l'autorizzazione. La Svizzera mira inoltre a includere, nelle convenzioni di sicurezza sociale a venire, una clausola che permetta la lotta alle frodi secondo la suddetta procedura.

Informazioni: tel. 031 322 91 60
Ralf Kocher, responsabile Servizio giuridico
Ambito Assicurazione invalidità
ralf.kocher@bsv.admin.ch

Tel. 031 322 92 11
Harald Sohns, responsabile supplente Settore Comunicazione
kommunikation@bsv.admin.ch

Nota: il numero 2/2013 della rivista sulla sicurezza sociale CHSS dell'UFAS (disponibile in francese e in tedesco) contiene un inserto speciale dedicato al tema della lotta agli abusi assicurativi: www.bsv.admin.ch/chss-f