

Commento

alla modifica dell'OAI del 28 settembre 2007

Capo primo a: Rilevamento tempestivo

Ad art. 1^{ter}
(Comunicazione)

Capoverso 1

Questo capoverso stabilisce, conformemente all'articolo 3b capoverso 4 LAI, le condizioni per la comunicazione del caso di un assicurato per il rilevamento tempestivo. Lo scopo del rilevamento tempestivo è che l'AI stabilisca il più presto possibile un contatto con persone la cui capacità lavorativa è ridotta per ragioni di salute e i cui disturbi di salute rischiano di diventare cronici. Per questa ragione, già dopo quattro settimane di incapacità lavorativa occorre verificare se si profili una cronicizzazione dello stato di salute. Lo stesso vale nel caso di brevi assenze ripetute nel corso di un anno dovute a problemi di salute. Questo genere di situazioni è tipico nel caso di persone con problemi psichici.

La comunicazione è inviata agli uffici AI competenti, che provvedono a trattarla rapidamente. Se la comunicazione è inviata ad altri organi esecutivi delle assicurazioni sociali, questi la trasmettono all'ufficio AI (art. 30 LPGGA).

Capoverso 2

Conformemente all'articolo 3b capoverso 1 LAI, la comunicazione va effettuata in forma scritta. Sul modulo di comunicazione devono figurare la data di ricevimento, il mittente (persona o organo) e i dati concernenti la persona interessata, l'incapacità lavorativa, la situazione professionale e, qualora l'assicurato eserciti ancora un'attività lavorativa, il datore di lavoro. Il modulo costituisce allo stesso tempo la prova che il caso è stato comunicato all'ufficio AI.

Art. 1^{quater}
(Decisione dell'ufficio AI)

Capoverso 1

Dopo aver ricevuto la comunicazione, l'ufficio AI competente la esamina sommariamente e stabilisce i passi successivi, soprattutto se constata l'opportunità di provvedimenti d'intervento tempestivo. Per evitare la cronicizzazione del danno alla salute e per aumentare le probabilità di successo dell'integrazione occorre agire rapidamente. Per questa ragione, l'ufficio AI competente deve accertare entro trenta giorni se siano indicati provvedimenti di intervento tempestivo.

Capoverso 2

Se sono indicati provvedimenti di intervento tempestivo, l'ufficio AI invita l'assicurato a presentare una richiesta di prestazioni AI, rendendolo attento al fatto che in caso di presentazione tardiva le eventuali prestazioni potrebbero essere ridotte o addirittura rifiutate (art. 3c capoverso 6 e art. 7b capoverso 2 lett. a LAI).

Art. 1^{quinquies}

(Colloquio di rilevamento tempestivo)

Conformemente all'articolo 3c capoverso 2 ultimo periodo LAI, gli uffici AI possono svolgere un *colloquio di consulenza*. Per ragioni di chiarezza e per evitare confusioni, per esempio con l'articolo 18 capoverso 1 lettera b LAI (diritto ad una consulenza costante nel quadro del collocamento), in questo articolo la terminologia è adeguata utilizzando l'espressione "colloquio di rilevamento tempestivo".

Capoverso 1

Dopo aver ricevuto la comunicazione, l'ufficio AI svolge di regola un colloquio di rilevamento tempestivo per valutare se sia indicata la presentazione di una richiesta di prestazioni AI.

Con il consenso dell'assicurato, possono partecipare al colloquio anche altre persone, in particolare l'autore della comunicazione o il datore di lavoro. L'assicurato può essere accompagnato da una persona di fiducia. Se l'ufficio AI lo ritiene necessario, il colloquio si svolge alla presenza di un medico del Servizio medico regionale.

Il colloquio di rilevamento tempestivo non è invece effettuato se dalla comunicazione risulta evidente che la presentazione di una richiesta di prestazioni AI non è indicata o non è affatto necessaria.

Se l'assicurato rifiuta di partecipare al colloquio di rilevamento tempestivo, l'ufficio AI può, procurandosi l'autorizzazione prevista all'articolo 3c capoverso 3 LAI, cercare di raccogliere informazioni sufficienti per decidere in merito alla necessità di una richiesta di prestazioni AI.

Capoverso 2

Lettera a: la conoscenza della situazione personale dell'assicurato (situazione medica, sociale e professionale; situazione sul posto di lavoro e sul mercato del lavoro, aspetti personali, finanziari e non medici) riveste un'importanza fondamentale nel quadro del rilevamento tempestivo. Queste informazioni sono raccolte durante il colloquio. Si tratta innanzitutto di valutare se l'assicurato rischi di diventare invalido. Se le informazioni così ottenute non sono sufficienti per prendere una decisione, è possibile acquisire ulteriori documenti previa autorizzazione dell'assicurato (v. art. 3c capoverso 3 LAI).

Lettera b: nel corso del colloquio di rilevamento tempestivo l'assicurato è informato sullo scopo e l'entità degli accertamenti in relazione al rilevamento tempestivo. L'ufficio AI gli comunica inoltre quali informazioni saranno raccolte e presso chi.

Lettera c: il colloquio di rilevamento tempestivo ha anche lo scopo di determinare gli attori estranei all'assicurazione che possono contribuire a mantenere la capacità di guadagno dell'assicurato.

Capoverso 3

Il risultato del colloquio di rilevamento tempestivo va documentato per scritto. Il verbale deve eventualmente menzionare che l'assicurato è stato invitato a presentare una richiesta di prestazioni AI o riportare la soluzione trovata per il seguito. Se la richiesta di prestazioni AI non è ritenuta indicata, l'ufficio AI deve poter trasmettere informazioni a terzi, in particolare all'autore della comunicazione ai sensi dell'articolo 3b capoverso 2 lettere b-k LAI. Qualora non sia già applicabile l'autorizzazione secondo l'articolo 3c capoverso 5 LAI, l'assicurato deve firmare un'autorizzazione in tal senso su cui figurino le persone che potranno ricevere informazioni. Non sono trasmesse informazioni di natura medica né documenti.

Capo primo b: Provvedimenti d'intervento tempestivo

Art. 1^{sexies} (Principio)

I provvedimenti d'intervento tempestivo possono essere concessi soltanto agli assicurati che hanno presentato una richiesta di prestazioni AI conformemente all'articolo 29 LPG. Gli uffici AI possono ordinare i provvedimenti elencati nell'articolo 7d capoverso 2 LAI. Nella fase di intervento tempestivo non occorre che l'assicurato adempia le condizioni normalmente previste per questi provvedimenti, che figurano tra i provvedimenti ordinari dell'AI. Nel caso dei provvedimenti

d'intervento tempestivo l'articolo 8 capoverso 1 lettera b LAI non è dunque applicabile.

Art. 1^{septies}

(Durata della fase d'intervento tempestivo)

La fase d'intervento tempestivo si conclude con la decisione relativa all'esecuzione di provvedimenti professionali o di provvedimenti di reinserimento, con la comunicazione del fatto che sarà esaminato il diritto alla rendita oppure con la decisione secondo cui l'assicurato non ha diritto a prestazioni dell'AI (decisione di principio). Di regola (80 % dei casi), questa decisione deve essere presa entro sei mesi dal ricevimento della richiesta di prestazioni. L'articolo 49 LAI prescrive un termine massimo di 12 mesi per l'adozione della decisione di principio.

Art. 1^{octies}

(Importo massimo dei provvedimenti d'intervento tempestivo)

I provvedimenti d'intervento tempestivo non sono per principio differenti dai normali provvedimenti d'integrazione dell'AI. In questa fase iniziale, per le prestazioni è tuttavia previsto un limite massimo di spesa di 20'000 franchi per persona. Il costo medio dei provvedimenti d'intervento tempestivo dovrebbe aggirarsi attorno ai 5000 franchi per assicurato.

Capo secondo: Integrazione

A. Minaccia d'invalidità

Art. 1^{novies}

Il nuovo capoverso 1 dell'articolo 8 LAI richiede soltanto che gli assicurati siano minacciati da un'invalidità. L'aspetto temporale (minaccia "diretta") è stato soppresso. Il nuovo articolo 1^{novies} concretizza il concetto di minaccia d'invalidità applicando secondo consuetudine la probabilità preponderante quale grado della prova richiesto. La data effettiva d'inizio dell'incapacità al guadagno è irrilevante.

A^{ter}. Provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale

Art. 4^{quater}
(Diritto)

Questo articolo stabilisce le condizioni del diritto a provvedimenti di reinserimento.

Capoverso 1

I provvedimenti di reinserimento servono a creare i presupposti per l'esecuzione di provvedimenti professionali. Per questa ragione, è necessario che l'assicurato sia in grado di garantire una presenza quotidiana di almeno due ore per almeno quattro giorni alla settimana. Se non può soddisfare questo requisito minimo, l'esecuzione di provvedimenti di reinserimento non è sensata. I destinatari dei provvedimenti di reinserimento sono assicurati con una capacità lavorativa limitata da problemi psichici.

Poiché i provvedimenti di reinserimento socioprofessionale sono concepiti appositamente per gli assicurati con problemi psichici, è molto importante pretendere da loro una presenza regolare. Questa condizione è per principio applicata anche nelle cliniche psichiatriche diurne. Contrariamente a queste ultime, i provvedimenti di reinserimento hanno però il chiaro obiettivo di far acquisire o riacquisire agli assicurati l'idoneità all'integrazione, preparandoli all'esecuzione di provvedimenti professionali.

Capoverso 2

La condizione indispensabile per il diritto a provvedimenti di reinserimento e in particolare a provvedimenti di riabilitazione socioprofessionale è che l'assicurato non sia idoneo all'integrazione professionale. "Non idoneo all'integrazione" significa che l'assicurato non è oggettivamente o soggettivamente (ancora) in grado di partecipare con successo a provvedimenti professionali.

Capoverso 3

Anche gli assicurati che rischiano di perdere la loro idoneità all'integrazione hanno diritto a provvedimenti di reinserimento e in particolare ai provvedimenti di occupazione.

Art. 4^{quinqies}
(Genere dei provvedimenti)

Capoverso 1

I provvedimenti di riabilitazione socioprofessionale hanno lo scopo di rendere l'assicurato idoneo all'integrazione professionale per prepararlo a svolgere un'attività nel libero mercato del lavoro. I provvedimenti hanno pertanto un'elevata affinità con il mondo del lavoro (p. es. attività d'ufficio, lavoro con il computer). Esempi di provvedimenti di riabilitazione socioprofessionale sono il ripristino della resistenza psicofisica, il potenziamento della prestazione lavorativa o il RESP (reinserimento a contatto con l'economia e sostegno sul posto di lavoro). Essi servono ad abituare l'assicurato al processo lavorativo, a stimolarne la motivazione al lavoro, a stabilizzarne la personalità e ad esercitarne la socializzazione di base.

Capoverso 2

I provvedimenti di occupazione servono a conservare una giornata strutturata nel periodo che precede l'inizio dei provvedimenti professionali o l'assunzione di un impiego sul libero mercato del lavoro. Di regola, questi provvedimenti seguono la riabilitazione socioprofessionale (dopo il raggiungimento dell'idoneità all'integrazione). In ogni caso, il presupposto è che senza i provvedimenti di occupazione l'assicurato rischi di perdere nuovamente l'idoneità all'integrazione precedentemente raggiunta. Una situazione difficile sul mercato di lavoro non può invece giustificare, da sola, la concessione di provvedimenti di occupazione.

Art. 4^{sexies}

(Durata dei provvedimenti)

Capoverso 1

L'articolo 14a capoverso 3 LAI limita per principio ad un anno la durata del diritto a provvedimenti di reinserimento. L'anno in questione comprende 230 giorni di provvedimenti (= 52 settimane meno 4 settimane di vacanze e meno 2 settimane di giorni festivi, ossia complessivamente 46 settimane di 5 giorni ciascuna). Questo metodo di computo è importante, poiché di solito i provvedimenti d'integrazione possono subire diverse interruzioni di varia durata.

In linea di massima, i giorni di provvedimenti sono computati anche se l'assicurato è assente. Non sono invece considerati giorni di provvedimenti i sabati e le domeniche, i giorni festivi e i giorni di vacanza (v. il calcolo precedente). In altre parole, i giorni di provvedimenti corrispondono ai giorni lavorativi.

Capoverso 2

Se tuttavia un assicurato, per motivi di salute, è assente ininterrottamente per più di 30 giorni, i giorni di assenza non sono detratti dal contingente di 230 giorni di provvedimenti.

In una situazione del genere tocca al responsabile dell'integrazione decidere, se del caso, di sospendere definitivamente il provvedimento di reinserimento e prevederne l'eventuale ripetizione in un secondo tempo.

L'indennità giornaliera spettante all'assicurato durante l'esecuzione di provvedimenti di reinserimento è calcolata conformemente alle pertinenti disposizioni legali (art. 22 seg. LAI e art. 17 segg. OAI).

Capoverso 3

L'ufficio AI può interrompere in qualsiasi momento i provvedimenti di reinserimento, se non ne ritiene più indicato il proseguimento. Questo è il caso, in particolare, se l'obiettivo concordato è stato raggiunto, se si impone un provvedimento d'integrazione più adatto o se il proseguimento dei provvedimenti non è ragionevolmente esigibile per motivi medici.

Capoverso 4

I provvedimenti di reinserimento socioprofessionale secondo l'articolo 14a capoverso 2 lettera a LAI vanno interrotti se l'assicurato non è in grado di aumentare ulteriormente la sua presenza o le sue prestazioni.

Dopo un'interruzione, i provvedimenti di reinserimento possono essere ripresi in qualsiasi momento se le condizioni del diritto continuano ad essere o sono di nuovo adempite e se il raggiungimento dell'idoneità all'integrazione professionale è un obiettivo realistico.

Capoverso 5

Conformemente all'articolo 14a capoverso 3 LAI, in casi eccezionali la durata dei provvedimenti di reinserimento può essere prolungata di un anno al massimo. Il capoverso 5 stabilisce che anche questo anno supplementare corrisponde a 230 giorni di provvedimenti.

Il prolungamento in via eccezionale può essere accordato unicamente se durante il primo anno i provvedimenti di reinserimento sono stati interrotti per almeno due volte. Queste interruzioni devono essere state di una certa durata, vale a dire attorno ai 30 giorni ciascuna. Visto lo scopo dei provvedimenti di reinserimento, ci si può tuttavia scostare da questo valore indicativo se vi è ragione di supporre che il prolungamento del provvedimento permetterebbe di raggiungere l'idoneità all'integrazione.

Motivi estranei all'AI, come ad esempio il fatto che gli assicurati non trovino un impiego al termine del provvedimento a causa di una difficile situazione sul mercato del lavoro, non possono giustificare il prolungamento dei provvedimenti di reinserimento.

Per poter essere concessi, gli ulteriori provvedimenti devono risultare necessari per permettere all'assicurato di raggiungere l'idoneità all'integrazione. La necessità è valutata facendo un bilancio sulla base del piano d'integrazione.

Capoverso 6

Il limite massimo di due anni previsto per i provvedimenti di reinserimento vale su tutto l'arco della vita. Questo significa che in caso di un nuovo evento assicurato, il diritto ai provvedimenti di reinserimento sussiste unicamente nella misura in cui i due anni di provvedimenti non siano ancora esauriti (v. messaggio sulla 5a revisione dell'AI, FF 2005 4054).

Art. 4^{septies}

(Accompagnamento durante i provvedimenti)

Capoversi 1 e 2

Durante i provvedimenti di reinserimento, gli uffici AI sono tenuti a seguire e a sostenere gli assicurati e gli eventuali datori di lavoro, fondandosi sul piano d'integrazione individuale (v. al riguardo il commento all'art. 70 capoverso 2). Se si constata che gli obiettivi intermedi del piano d'integrazione non possono essere raggiunti, il provvedimento è immediatamente interrotto. I datori di lavoro possono essere seguiti anche da istruttori esterni (coaching).

Art. 4^{octies}

(Contributo versato al datore di lavoro)

Capoverso 1

L'articolo 14a capoverso 5 LAI delega al Consiglio federale la competenza di stabilire l'importo del contributo versato al datore di lavoro. Analogamente a quanto previsto dal N. 1017 della Circolare sui provvedimenti d'integrazione d'ordine professionale, il contributo è al massimo di 60 franchi al giorno. Esso è accordato soltanto per i giorni in cui sono effettivamente eseguiti provvedimenti di reinserimento.

Capoverso 2

Il contributo è versato direttamente al datore di lavoro dall'Ufficio centrale di compensazione previa relativa comunicazione dell'ufficio AI. Il versamento è effettuato dopo la conclusione del provvedimento. Questa procedura presenta il

vantaggio che gli accertamenti del caso sono eseguiti un'unica volta. Ciò semplifica la procedura e sgrava inoltre l'Amministrazione e il datore di lavoro. Su richiesta di quest'ultimo, il contributo può però essere versato anche periodicamente.

Art. 5^{bis} cpv. 4

Si tratta di un adeguamento redazionale. Il contenuto della disposizione resta invariato.

Art. 6^{bis}

(Indennità per sopperire all'aumento dei contributi)

L'attuale articolo 6^{bis} contiene disposizioni concernenti l'assunzione delle spese per abiti da lavoro e utensili personali e delle spese di trasloco dovute all'invalidità. Poiché la relativa base legale (attuale art. 18 capoverso 1 secondo periodo LAI) non è stata mantenuta, queste disposizioni possono essere abrogate. Al loro posto subentrano disposizioni sull'indennità per sopperire all'aumento dei contributi prevista dall'articolo 18 capoverso 3 LAI.

Capoverso 1

Conformemente all'articolo 18 capoverso 3 LAI, una delle condizioni per il versamento della summenzionata indennità al datore di lavoro è che l'aumento dei contributi della previdenza professionale obbligatoria o dell'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia sia stato causato dall'incapacità lavorativa dell'assicurato. Date la moltitudine dei fattori di incidenza e la complessità del calcolo dei premi di rischio, è pressoché impossibile provare l'esistenza di questo nesso causale. Per questa ragione ci si dovrà basare sulla media svizzera dei giorni di assenza annuali (fonte: statistica del volume di lavoro [SVOL] 2004, Ufficio federale di statistica). Se il numero dei giorni di assenza di un assicurato è chiaramente superiore alla media (ossia più di 15 giorni, a fronte di una media svizzera di 8 giorni) si può ragionevolmente supporre che vi sarà un aumento dei contributi assicurativi. L'indennità è versata per ogni giorno di assenza. Per i primi 15 giorni di assenza (intesi quali giorni lavorativi) nel corso di un anno non è versata alcuna indennità (il diritto sussiste dunque soltanto a partire dal 16° giorno).

L'indennità è versata soltanto su richiesta del datore di lavoro e se nel periodo in questione l'assicurato continua a ricevere il salario o percepisce prestazioni di un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, in quanto il rischio di aumento dei premi sussiste soltanto se sono effettivamente versate prestazioni.

Il *capoverso 2* stabilisce l'importo dell'indennità, che dipende dalle dimensioni dell'azienda. Le piccole aziende ricevono un importo superiore rispetto alle grandi

aziende poiché nel loro caso il singolo evento assicurato ha un'incidenza maggiore. Gli importi dei contributi (48 e 34 franchi) sono stati stabiliti per mezzo di calcoli fondati su esempi di riferimento reali. La distinzione tra piccole e grandi aziende è una sintesi delle categorie definite nel censimento delle aziende 2005 dell'Ufficio federale di statistica.

Il *capoverso 3* stabilisce che il conteggio delle indennità per l'aumento dei contributi è effettuato una sola volta, due anni dopo l'inizio del rapporto di lavoro (questo momento coincide a grandi linee con il periodo stabilito dall'articolo 18 capoverso 3 lettera a LAI). Questa procedura di conteggio pone allo stesso tempo un limite al diritto alle indennità, che termina due anni dopo l'inizio del rapporto di lavoro. Se il rapporto di lavoro cessa prima di questa scadenza, il conteggio può essere anticipato di conseguenza.

Capoverso 4

Il contributo è versato direttamente al datore di lavoro dall'Ufficio centrale di compensazione previa relativa comunicazione dell'ufficio AI.

Art. 6^{ter}

(Assegno per il periodo d'introduzione)

Capoverso 1

L'assegno per il periodo d'introduzione non è previsto per tutti gli assicurati che hanno trovato un impiego grazie al servizio di collocamento dell'AI. Il diritto sussiste se all'inizio del rapporto di lavoro il rendimento dell'assicurato non corrisponde ancora a quello che ci si potrebbe attendere da lui al termine del periodo d'introduzione o d'avviamento ma il salario convenuto corrisponde già a quello che egli potrebbe attendersi al termine di tale periodo.

Per rendimento si intende quello relativo alla nuova attività. Esso va ben distinto dall'incapacità al lavoro secondo l'articolo 6 LPGA.

Il *capoverso 2* stabilisce che l'assegno per il periodo d'introduzione non deve superare il salario versato durante il periodo d'introduzione o d'avviamento. Durante questo periodo, è chiaro che l'assicurato non ha ancora raggiunto il pieno rendimento. Questa produttività ridotta è compensata finanziariamente dall'assegno per il periodo d'introduzione. Allo stesso tempo, occorre però considerare che nonostante tutto l'assicurato è in grado di lavorare e fornisce una prestazione, perché altrimenti non avrebbe potuto beneficiare del collocamento. L'importo dell'assegno è fissato secondo le disposizioni legali sull'indennità giornaliera e non può superare né l'importo massimo di quest'ultima secondo l'articolo 24 LAI né il salario effettivamente versato, compresi i contributi sociali del datore di lavoro. L'importo dell'assegno per il periodo d'introduzione comprende tutti i contributi e i

premi a carico dell'AI conformemente all'articolo 18a capoverso 3 LAI. Questi contributi e premi sono pertanto considerati coperti.

Per l'assicurato questa procedura non presenta alcun inconveniente, poiché durante il periodo d'introduzione o d'avviamento invece di percepire l'assegno e un salario parziale corrispondente alla prestazione lavorativa fornita riceve fin dall'inizio dal datore di lavoro il salario che potrebbe attendersi alla fine del periodo d'introduzione. Nell'accordo concluso con il datore di lavoro e con l'assicurato nel quadro del collocamento, l'ufficio AI riporta il salario convenuto per il periodo d'introduzione. Il datore di lavoro preleva sul salario i normali contributi all'AVS/AI/IPG/AD, i premi per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni professionali e le malattie professionali e quelli per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non professionali ed effettua il conteggio con le singole assicurazioni sociali.

Il *capoverso 3* stabilisce che l'assegno per il periodo d'introduzione è sempre versato al datore di lavoro, conformemente a quanto previsto dall'articolo 19 capoverso 2 LPG. Riducendo il rischio finanziario dell'azienda nella fase iniziale del rapporto di lavoro, l'assegno dovrebbe incentivare i datori di lavoro ad assumere invalidi.

Il *capoverso 4* stabilisce il periodo massimo per cui è ancora dovuto l'assegno, qualora l'assicurato si ammali o sia vittima di un infortunio durante il periodo d'avviamento o d'introduzione. Dato che l'assicurato e il datore di lavoro stipulano un contratto di lavoro, la continuazione del versamento del salario in caso di interruzione del periodo d'introduzione in seguito a malattia o a infortunio è disciplinata secondo criteri del diritto del lavoro. L'assegno è versato fintanto che il datore di lavoro deve continuare a versare il salario, ma non oltre la scadenza del periodo massimo di 180 giorni previsto dall'articolo 18a LAI.

Il *capoverso 5* prevede che l'assegno per il periodo d'introduzione non è versato per i periodi in cui un'assicurata ha diritto ad un'indennità di maternità o una persona presta servizio ed ha diritto alle IPG. Per il resto, l'assegno non è più versato se un assicuratore d'indennità giornaliera versa prestazioni in seguito ad un'interruzione del lavoro dovuta a malattia o infortunio.

Il *capoverso 6* rinvia alle disposizioni procedurali applicabili all'indennità giornaliera dell'AI. In deroga a queste disposizioni, l'assegno è per principio versato al termine del periodo d'introduzione o d'avviamento. Come nel caso di un provvedimento d'integrazione che dà un analogo diritto ad un'indennità giornaliera, prima di versare l'assegno l'AI deve infatti verificare il numero di giorni in cui l'assicurato è stato assente dal lavoro in seguito a malattia o infortunio e non ha dunque percepito il salario dal datore di lavoro, bensì prestazioni di un'altra assicurazione. Il versamento al termine del periodo d'introduzione o d'avviamento consente di procedere un'unica volta agli accertamenti del caso, il che non soltanto semplifica la procedura, ma sgrava anche l'Amministrazione e il datore di lavoro. L'AI può tuttavia concordare con quest'ultimo altre modalità di versamento. L'assegno può per esempio essere versato periodicamente, vale a dire mensilmente, o compensato con i contributi del salariato dovuti dal datore di lavoro.

Art. 14 frase introduttiva e lett. a - c

I capoversi 3 e 4 dell'articolo 21 LAI prevedono la possibilità di un indennizzo forfetario per i mezzi ausiliari. L'emanazione di disposizioni particolareggiate a questo riguardo spetta al Consiglio federale, che ha finora delegato al Dipartimento federale il compito di emanare le disposizioni esecutive per l'intero settore dei mezzi ausiliari. Per questa ragione in futuro la pertinente ordinanza (OMAI) disciplinerà anche l'indennizzo forfetario.

Art. 17

(Periodi d'accertamento)

Si tratta di un adeguamento redazionale della rubrica, dovuto al fatto che nel nuovo articolo 22 capoverso 6 LAI si parla di "periodi d'accertamento".

Art. 18 cpv. 1 e 2*Capoverso 1*

L'indennità giornaliera per il periodo d'attesa può essere accordata soltanto se anche il relativo provvedimento d'integrazione dà diritto ad un'indennità giornaliera.

L'articolo 22 LAI esclude il diritto all'indennità giornaliera per provvedimenti d'integrazione che non hanno carattere durevole (cfr. le spiegazioni nel messaggio del Consiglio federale concernente il disegno della LAI del 24 ottobre 1958, BBI 1958 (II) 1261, soltanto in tedesco e in francese).

Non hanno carattere durevole i seguenti provvedimenti d'integrazione: mezzi ausiliari, aiuto in capitale, collocamento e orientamento professionale. Per questi provvedimenti non sussiste quindi il diritto ad un'indennità giornaliera, né durante il loro svolgimento né durante il periodo d'attesa.

Hanno invece carattere durevole la prima formazione professionale e la riforma professionale, che danno pertanto diritto in via accessoria all'indennità giornaliera.

Nel caso di entrambi i provvedimenti, il diritto all'indennità giornaliera per il periodo d'attesa inizia al momento in cui l'ufficio AI constata che l'assicurato è idoneo all'integrazione professionale (riguardo all'idoneità all'integrazione v. VSI 4/2000 p. 211 segg.).

Questo spiega perché i provvedimenti d'accertamento professionale non diano diritto all'indennità giornaliera per il periodo d'attesa: durante il loro svolgimento, infatti, non si sa ancora se l'assicurato sia in grado di seguire provvedimenti di formazione

professionale). Per il periodo d'accertamento in sé è però versata un'indennità giornaliera secondo l'articolo 17 OAI.

Avendo carattere durevole, anche i provvedimenti di reinserimento danno diritto in via accessoria all'indennità giornaliera. Dato però che questi provvedimenti sono per definizione accordati quando non è ancora stata raggiunta l'idoneità all'integrazione professionale, gli assicurati che ne beneficiano non hanno diritto all'indennità giornaliera per il periodo d'attesa. Oltretutto, i provvedimenti di reinserimento possono iniziare subito dopo l'adozione della decisione in merito all'esecuzione di provvedimenti d'integrazione secondo l'articolo 49 LAI. In questi casi, quindi, non vi è per principio alcun periodo d'attesa.

Va inoltre ricordato che il requisito minimo per la concessione di provvedimenti di reinserimento è un'incapacità lavorativa del 50 per cento per 6 mesi. Per i datori di lavoro, le assicurazioni d'indennità giornaliera in caso di malattia e le assicurazioni contro gli infortuni, la concessione di un'indennità giornaliera per l'eventuale periodo d'attesa costituirebbe un incentivo indesiderato a sospendere allo scadere dei 6 mesi il versamento del salario o delle indennità giornaliere e ad invocare in seguito il diritto a provvedimenti di reinserimento e all'indennità giornaliera per il periodo d'attesa. Infatti, contrariamente ai provvedimenti dell'assicurazione contro la disoccupazione, che non sono un diritto, quelli dell'assicurazione invalidità devono essere concessi se sono adempite le condizioni assicurative.

I provvedimenti sanitari e quelli per l'istruzione scolastica speciale possono avere carattere durevole. Per questa ragione, essi danno per principio diritto ad un'indennità giornaliera, a condizione che l'assicurato abbia compiuto i 18 anni (articolo 22 capoverso 4 LAI). È invece praticamente esclusa l'ipotesi che questi provvedimenti siano preceduti da un periodo d'attesa, tanto più che per legge possono essere concessi soltanto fino al compimento del 20° anno d'età. Nel loro caso, è pertanto superfluo disciplinare il diritto all'indennità giornaliera durante il periodo d'attesa.

Capoverso 2

Con l'entrata in vigore della 5a revisione, una volta presentata la richiesta di prestazioni AI inizia la fase dell'intervento tempestivo (v. art. 7d LAI). In linea di massima, questa fase dura al massimo sei mesi (v. art. 1octies) e fino al suo termine l'assicurato non ha diritto all'indennità giornaliera. Per questa ragione, l'indennità giornaliera per il periodo d'attesa non sarà più versata al più tardi dopo 4 mesi, bensì al più presto dal momento in cui l'ufficio AI avrà constatato l'opportunità di una prima formazione professionale o di una riformazione professionale.

Art. 20

Il contenuto dell'articolo 20 figura ora nell'articolo 18a LAI. L'articolo 20 può pertanto essere abrogato.

Art. 20^{bis}

In base alle nuove disposizioni, le persone che non esercitano un'attività lucrativa non hanno più diritto all'indennità giornaliera. Fanno eccezione le persone che seguono una prima formazione professionale. Se del caso, alle persone senza attività lucrativa che a causa di un provvedimento d'integrazione devono sostenere spese supplementari per la custodia dei figli può però essere versata un'indennità per spese di custodia e d'assistenza (v. art. 11a LAI). La disposizione concernente la riduzione dell'indennità giornaliera per le persone senza attività lucrativa con capacità lavorativa limitata può dunque essere abrogata.

Art. 20^{ter} cpv. 2

La disposizione concernente l'importo della piccola indennità giornaliera figura ora nell'articolo 23 capoverso 2^{bis} LAI, ragion per cui è necessario adeguare il rinvio.

Art. 20^{quinqies}

(Indennità giornaliera e indennità di perdita di guadagno)

Si tratta di un adeguamento redazionale al nuovo titolo della pertinente legge (nuovo testo giusta il n. I della LF del 3 ott. 2003, in vigore dal 1° lug. 2005).

Art. 20^{sexies}

(Assicurati che esercitano un'attività lucrativa)

In base alle nuove disposizioni, le persone che non esercitano un'attività lucrativa non hanno più diritto ad un'indennità giornaliera. Per questa ragione è importante definire chiaramente cosa si intenda per "assicurati che esercitano un'attività lucrativa". Nell'attuale articolo 21 capoverso 1 figura sì una disposizione in proposito, ma sotto l'inappropriata rubrica "Principi di calcolo". Per questa ragione, il nuovo articolo 20^{sexies} conterrà una disposizione che in parte si rifà a quella attuale e in parte all'articolo 34 capoverso 1 LAI nella sua versione vigente fino al 31 dicembre 2003.

Capoverso 1

Lo statuto dell'assicurato sarà in futuro stabilito in base ad una definizione positiva di attività lucrativa, che si rifà all'articolo 34 capoverso 1 LAI nella sua versione vigente fino al 31 dicembre 2003.

Capoverso 2

L'attuale disposizione dell'articolo 21 capoverso 1 lettera a va adeguata, poiché per determinare lo statuto lavorativo dell'assicurato non ci si deve basare sul momento in cui è iniziato il diritto all'indennità giornaliera, bensì su quello in cui è insorta l'incapacità al lavoro. Che lo statuto di un assicurato dipenda da fattori esterni contingenti quali il momento della presentazione della richiesta o l'inizio del diritto all'indennità giornaliera è inammissibile.

Per rendere più completa la disposizione, il capoverso 2 menziona anche le persone che hanno diritto a prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione o che vi avevano diritto almeno fino all'insorgere dell'incapacità al lavoro e le persone che, avendo cessato l'attività lucrativa in seguito a una malattia o a un infortunio, percepiscono indennità giornaliere da un'assicurazione collettiva.

Art. 21 cpv. 1

La disposizione del capoverso 1 figura ora nell'articolo 20^{sexies}, dato che non concerne i principi di calcolo ma le condizioni del diritto.

Art. 21^{septies} cpv. 2 e 4

Capoverso 2

Nell'attuale disposizione d'ordinanza manca la precisazione del reddito determinante per la riduzione dell'indennità giornaliera AI degli assicurati che hanno svolto un'attività indipendente durante l'integrazione.

Capoverso 4

L'indennità giornaliera AI è costituita da un'indennità di base e dalla prestazione per i figli. Conformemente al diritto vigente, l'indennità giornaliera di un assicurato è ridotta nella misura in cui, sommata al reddito da lavoro conseguito durante l'integrazione, eccede il reddito determinante. Per "reddito determinante" e "reddito conseguito durante l'integrazione" si intendono i redditi soggetti all'AVS, che non comprendono gli assegni familiari. Conformemente alle nuove disposizioni, l'indennità giornaliera si limita a sostituire il reddito effettivo perso a causa di un provvedimento d'integrazione. In virtù di questo principio, l'AI concederà in futuro la

prestazione per i figli unicamente se non sussiste già il diritto ad un assegno legale per i figli o per la formazione. Dato però che gli assegni familiari non sono computati nel reddito soggetto all'AVS e non sono quindi presi in considerazione nel calcolo della riduzione dell'indennità giornaliera in caso di superamento del reddito determinante, una persona avente diritto alla prestazione per i figli dell'AI che segue un provvedimento d'integrazione sarebbe svantaggiata rispetto alle persone che beneficiano di assegni familiari. Per questa ragione, nel caso degli assicurati che beneficiano della prestazione per i figli il reddito determinante è maggiorato, per ogni figlio avente diritto, dell'importo dell'assegno per i figli o per la formazione convertito in importo giornaliero. Per semplificare lo svolgimento degli accertamenti sul piano amministrativo, sono presi come importi di riferimento quelli degli assegni familiari secondo la legge federale sugli assegni familiari (LAFam).

Art. 21^{octies} cpv. 1

Conformemente alle disposizioni vigenti, all'indennità giornaliera è applicata una deduzione per le spese di vitto e alloggio, se durante l'integrazione l'AI copre interamente le spese per tutti i pasti sulla base di una convezione tariffale. Attualmente è prevista una deduzione forfetaria di 18 franchi al giorno. Con la 5a revisione dell'AI, l'importo minimo dell'indennità giornaliera AI è soppresso. Ora, se fosse mantenuta la deduzione forfetaria, in futuro le indennità giornaliere potrebbero ammontare anche a zero franchi in seguito all'applicazione della deduzione per le spese di vitto e alloggio. Per questa ragione, in analogia alle disposizioni dell'assicurazione contro gli infortuni, la riduzione ammonterà ad una determinata percentuale dell'importo lordo dell'indennità giornaliera. Finora, inoltre, la situazione personale degli assicurati era irrilevante. Con il nuovo disciplinamento sarà invece fatta una distinzione tra assicurati con e senza obblighi di mantenimento (art. 24bis LAI). Per i primi, la deduzione ammonterà al massimo a 20 franchi al giorno, per i secondi a 10 franchi. L'importo massimo di 20 franchi è derivato dalla valutazione del reddito in natura secondo l'articolo 11 OAVS.

Art. 22 cpv. 3, 4 e 5 lett. b

Capoverso 3

Il diritto all'indennità giornaliera degli assicurati in prima formazione professionale che, senza pregiudizio alla salute, avrebbero già terminato la formazione è disciplinato nel nuovo testo dell'articolo 23 capoverso 2 LAI. Il *capoverso 3* va pertanto abrogato.

Capoverso 4

La disposizione concernente la prestazione per i figli è ora disciplinata nel nuovo testo dell'articolo 22 capoverso 3 LAI, ragion per cui occorre adeguare il rinvio.

Capoverso 5 lettera b

Conformemente alle disposizioni vigenti, all'indennità giornaliera è applicata una deduzione per le spese di vitto e alloggio, se durante l'integrazione l'AI copre interamente le spese per tutti i pasti sulla base di una convezione tariffale. Attualmente è prevista una deduzione forfetaria di 18 franchi al giorno. Con la 5a revisione AI, l'importo minimo dell'indennità giornaliera AI è soppresso. Ora, se fosse mantenuta la deduzione forfetaria, in futuro le indennità giornaliere potrebbero ammontare anche a zero franchi in seguito all'applicazione della deduzione per le spese di vitto e alloggio. Per questa ragione, in analogia alle disposizioni dell'assicurazione contro gli infortuni, la riduzione ammonterà ad una determinata percentuale dell'importo lordo dell'indennità giornaliera. Finora, inoltre, la situazione personale degli assicurati era irrilevante. Con il nuovo disciplinamento sarà pertanto fatta una distinzione tra assicurati con e senza obblighi di mantenimento (art. 24bis LAI). Per i primi, la deduzione ammonterà al massimo a 20 franchi al giorno, per i secondi a 10 franchi. L'importo massimo di 20 franchi è derivato dalla valutazione del reddito in natura secondo l'articolo 11 OAVS.

Art. 22^{quater}

Indennità per spese di custodia e d'assistenza

La definizione delle condizioni assicurative, che figurava finora nell'articolo 22^{quater}, è stata inserita nel nuovo testo dell'articolo 9 LAI.

Capoverso 1

L'indennità per spese di custodia e d'assistenza, introdotta con il nuovo articolo 11a LAI, è ispirata al già collaudato assegno per spese di custodia previsto nell'articolo 7 della legge sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG¹). Per questo motivo, i tipi di spese coperti dall'indennità per spese di custodia e d'assistenza sono i medesimi che nell'ordinamento delle IPG (art. 12 OIPG²).

Sono rimborsate unicamente le spese effettive comprovate, ma non le perdite di reddito (p. es. del coniuge) derivanti dal fatto che l'assicurato, a causa di un provvedimento d'integrazione, non è in grado di svolgere i suoi abituali e regolari compiti di custodia o d'assistenza. Non danno invece diritto ad un'indennità le spese dovute al fatto che l'assicurato non è in grado di svolgere singoli compiti a carattere saltuario.

Il *capoverso 2* definisce il calcolo e l'importo dell'indennità per spese di custodia e d'assistenza, riprendendo le disposizioni vigenti per le IPG (art. 13 LIPG). Se non si

¹ RS 834.1

² RS 834.11

tratta di importi insignificanti (per evitare oneri amministrativi sproporzionati), sono rimborsate le spese effettive, ma al massimo fino ad un importo corrispondente a 59 franchi in media per ogni giorno d'integrazione (20 % dell'importo massimo dell'indennità giornaliera). Questo è applicabile anche se le spese effettive sono state più elevate. Per il calcolo dell'importo massimo dell'indennità sono presi in considerazione unicamente i giorni di integrazione effettivamente svolti. Non sono invece tenuti in conto i giorni di festa, i sabati e le domeniche e i giorni di assenza, a parte quelli dovuti ai rischi dell'integrazione di cui agli articoli 11 LAI e 23 OAI.

Capoverso 3

Gli importi inferiori a 20 franchi non sono versati per evitare oneri amministrativi sproporzionati.

Art. 22^{quinquies}

(Prestazione per i figli)

Il *capoverso 1* precisa il concetto di assegni legali per i figli e per la formazione. L'assicurazione invalidità concede la prestazione per i figli soltanto in via sussidiaria. Questo significa che il diritto ad assegni per i figli o per la formazione secondo un ordinamento sugli assegni familiari ha sempre la precedenza. L'AI ha dunque soltanto un obbligo accessorio di versare prestazioni. Sono considerate assegni legali per i figli o per la formazione, per esempio, le prestazioni previste dalla legge federale sugli assegni familiari (non ancora entrata in vigore), dalla legge sul personale federale o dagli ordinamenti cantonali sugli assegni familiari. Il principio di sussidiarietà vale anche per gli assegni familiari esteri. Il diritto alla prestazione per i figli non sussiste se un assicurato residente all'estero ha diritto all'indennità giornaliera AI in Svizzera e un'altra persona ha il diritto ad assegni familiari per lo stesso figlio. Non sono invece considerati assegni per i figli o per la formazione le rendite per orfani e per figli dell'AVS o dell'AI e gli assegni per i figli per chi presta servizio. In questi casi la prestazione per i figli può essere versata in aggiunta alle rendite per figli.

Il *capoverso 2* stabilisce che l'assicurato può essere obbligato a fornire la prova che per il figlio in questione non ha diritto ad un assegno per i figli o ad un assegno per la formazione. Di regola, questo accertamento è svolto d'ufficio dall'Amministrazione. Questa non ha però sempre la possibilità di verificare se per un bambino sussista il diritto ad un assegno per i figli o per la formazione. Possono insorgere problemi soprattutto quando uno dei genitori risiede all'estero e non è chiaro se riceva già assegni familiari per il bambino per cui è richiesta una prestazione per i figli. Se l'Amministrazione non è in grado di procedere agli accertamenti del caso e la persona avente diritto all'indennità giornaliera non produce la prova richiesta, la prestazione per i figli non è versata.

Il *capoverso 3* stabilisce che l'assegno per i figli non è versato nemmeno se il suo importo è superiore a quello dell'assegno legale per i figli o per la formazione. Questo può accadere per esempio se il genitore esercita un'attività lucrativa a tempo parziale e non ha diritto all'intero assegno familiare. In tal caso, in virtù del principio di sussidiarietà, l'AI non versa la prestazione per i figli. L'assicurato non ha nemmeno diritto al versamento della differenza rispetto all'assegno familiare in questione da parte dell'AI. Dopo l'entrata in vigore della legge sugli assegni familiari, questa situazione potrebbe presentarsi ancora soltanto nel caso di assegni familiari e per i figli versati all'estero. In virtù della LAFam, infatti, anche le persone che lavorano a tempo parziale avranno sempre diritto all'intero importo degli assegni per i figli o per la formazione. Inoltre gli assegni familiari svizzeri sono di regola più elevati della prestazione per i figli dell'AI.

Art. 23 cpv. 3 e 6

L'attuale *capoverso 3* prevede un limite di 3 settimane per il risarcimento delle spese di cura. Vi è dunque una certa incoerenza con la disposizione dell'articolo 20^{quater}, dove nel quadro della 4a revisione dell'AI il diritto all'indennità giornaliera in caso di interruzione di un provvedimento d'integrazione in seguito a malattia o infortunio è stato aumentato da 3 settimane a 30 giorni.

Per eliminare questa incongruenza, in futuro anche le spese di cura saranno risarcite per al massimo 30 giorni, ossia lo stesso numero di giorni per cui continua ad essere versata l'indennità giornaliera.

Il *capoverso 6* disciplina il versamento dell'indennità giornaliera nel periodo in cui l'AI assume le spese del trattamento curativo.

Se l'AI ne assume le spese perché l'infortunio o la malattia sono una *conseguenza diretta* del provvedimento d'integrazione o d'accertamento (*capoverso 1*), l'indennità giornaliera è versata a tempo indeterminato fino al termine del trattamento curativo. Questo disciplinamento resta invariato.

Se l'assunzione delle spese è dovuta unicamente al fatto che l'assicurato si è ammalato *durante* un provvedimento d'integrazione o d'accertamento, senza che vi sia un legame diretto con il medesimo (*capoverso 3*), l'AI versa l'indennità giornaliera soltanto per il periodo in cui è tenuta a rimborsare le spese del trattamento curativo. Anche questo disciplinamento resta per principio invariato, con l'unica differenza che la durata dell'assunzione delle spese di cura e quindi del versamento dell'indennità giornaliera è aumentata a 30 giorni (v. commento al *capoverso 3*).

Se l'assunzione delle spese è dovuta al fatto che l'assicurato ha subito un infortunio *durante* un provvedimento d'integrazione o d'accertamento, senza che vi sia un legame diretto con il medesimo (*capoverso 2*), attualmente l'AI è invece tenuta a versare l'indennità giornaliera a tempo indeterminato. Fino all'entrata in vigore della LPGa, tuttavia, in questi casi l'AI non doveva di fatto versare alcuna indennità giornaliera, poiché non era competente per il trattamento curativo in virtù del

principio di sussidiarietà rispetto all'assicurazione contro gli infortuni e all'assicurazione malattie (vecchio testo del capoverso 5).

Visto che con l'introduzione della LPGA e con la conseguente abrogazione del capoverso 5 il legislatore non voleva introdurre un'estensione del diritto all'indennità giornaliera AI ed essendo sua intenzione conformare questa disposizione a quella del capoverso 3, l'indennità giornaliera sarà versata per al massimo 30 giorni anche nei casi indicati al capoverso 2.

Art. 26^{bis}

(Assicurati in corso di formazione)

Si tratta di un adeguamento formale del rinvio. La disposizione in questione figurerà in futuro nel nuovo articolo 28a capoverso 2 LAI.

Art. 28 cpv. 1

Il nuovo testo dell'articolo 28 capoverso 1 lettera a LAI stabilisce che il diritto alla rendita sussiste unicamente se la capacità al lavoro non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili. Pertanto, il primo periodo dell'attuale articolo 28 capoverso 1 è ormai superfluo.

Anche il secondo periodo dell'articolo 28 capoverso 1 può essere abrogato, in quanto il nuovo articolo 29 capoverso 2 LAI stabilisce che il diritto non nasce finché l'assicurato può pretendere un'indennità giornaliera.

Art. 29

Con la revisione degli articoli 28 e 29 LAI, è stato abbandonato il concetto di incapacità al guadagno permanente e quindi anche quello di invalidità permanente. Per questa ragione, l'articolo 29 può essere abrogato.

Art. 29^{bis}

(Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita)

Si tratta di un adeguamento formale del rinvio. La disposizione in questione figurerà in futuro nell'articolo 28 capoverso 1 lettera b LAI.

Art. 29^{ter}

(Interruzione dell'incapacità al lavoro)

Si tratta di un adeguamento formale del rinvio. La disposizione in questione figurerà in futuro nell'articolo 28 capoverso 1 lettera b LAI.

Art. 29^{quater}

(Rinascita del diritto alla rendita dopo un reinserimento professionale)

Il numero delle rendite AI estinte in seguito ad un miglioramento dello stato di salute o ad un reinserimento professionale è attualmente insignificante. Se si sa con precisione quanti assicurati escono dal sistema dell'AI poiché hanno raggiunto il diritto ad una rendita di vecchiaia, altrettanto non si può dire delle rendite rivedute o soppresse in seguito alla riuscita del reinserimento professionale. Secondo l'OCSE, la mancanza di questi dati in Svizzera si spiega con il fatto che la politica attuata finora non aveva come obiettivo il reinserimento professionale dei beneficiari di rendita.

Il numero delle rendite soppresse in seguito alla ripresa di un'attività lucrativa può tuttavia essere determinato indirettamente. Nel 2005 sono state soppresse complessivamente 16'000 rendite: 9'200 assicurati hanno ricevuto una rendita AVS, 4'300 sono deceduti. Se ne può dedurre che in circa 2400 casi la soppressione / la riduzione della rendita è riconducibile alla ripresa o all'incremento di un'attività lucrativa. Questa cifra equivale a circa l'1 per cento delle rendite AI in corso.

Vi sono diverse spiegazioni per questi dati. Innanzitutto, con gli strumenti attualmente a disposizione degli uffici AI gli assicurati hanno poca probabilità di reinserirsi nel mondo del lavoro. La lunga durata delle procedure comporta inoltre una cronicizzazione del danno alla salute. A ciò si aggiunge che i provvedimenti d'integrazione professionale attualmente previsti dalla legge non sono adatti per le persone affette da malattie psichiche. Sono però proprio questi assicurati a costituire attualmente il maggior gruppo di beneficiari di prestazioni dell'AI. Inoltre, l'attuale disciplinamento scoraggia i beneficiari di rendite AI che vorrebbero perlomeno tentare di riprendere un'attività lucrativa. Essi sono infatti pienamente consapevoli del fatto che in caso di nuova incapacità al lavoro dovrebbero ripetere l'intera procedura per poter nuovamente avere diritto ad una rendita. L'influsso negativo di questo fattore sul reinserimento professionale degli assicurati non va sottovaluto. Può infatti accadere che un assicurato che riprende a lavorare si veda rifiutare l'adesione all'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia del suo nuovo datore di lavoro. Se questa persona, per ragioni di salute, dovesse ridiventare incapace al lavoro, durante il periodo d'attesa in vista di una rendita verrebbe a trovarsi senza alcun reddito. È quindi perfettamente comprensibile che gli assicurati

non vogliano mettere a repentaglio la propria sicurezza materiale e rischiare di trovarsi in una situazione di incertezza finanziaria.

L'OCSE ha criticato questa situazione giuridica ed ha raccomandato di eliminare questo ostacolo per permettere ad un maggior numero di assicurati di uscire dal sistema dell'AI e ritrovare la strada del mondo del lavoro. Anche il Tribunale federale delle assicurazioni ha constatato che la legislazione vigente penalizza gli assicurati invalidi che, di propria iniziativa o su ordine dell'assicurazione, riprendono un'attività lucrativa dopo aver svolto con successo provvedimenti d'integrazione (DTF 108 V 70).

La 5a revisione vuol fare dell'AI un'assicurazione d'integrazione, ragion per cui questo lacunoso sistema non è più compatibile con le finalità dell'assicurazione. Le statistiche mostrano che la maggior parte dei beneficiari di prestazioni AI che riescono a reinserirsi nel mondo del lavoro sono persone con malattie psichiche (35 %). Si tratta dunque proprio del gruppo di assicurati cui si rivolgono i nuovi provvedimenti di reinserimento previsti dalla 5a revisione dell'AI. Concedendo loro determinate garanzie in caso di reinserimento professionale, le persone affette da malattie psichiche cercherebbero maggiormente di ritornare nel mondo del lavoro, anche grazie ai nuovi strumenti della 5a revisione AI.

Il nuovo articolo 29^{quater} elimina il summenzionato effetto negativo, che rappresenta un deterrente per gli assicurati che vorrebbero tentare di riprendere un'attività lucrativa. In caso di fallimento del tentativo, gli assicurati non dovranno più ritrovarsi nella situazione di incertezza attualmente causata dalla procedura di accertamento del diritto alla rendita.

L'articolo 29^{quater} OAI è destinato a due categorie di assicurati, quelli che intraprendono di propria iniziativa un'attività lucrativa o aumentano il proprio grado d'occupazione, rispettando l'obbligo di notifica secondo l'articolo 31 capoverso 1 LPGGA, e quelli che nel quadro di una revisione della rendita partecipano ad un provvedimento di reinserimento con esito positivo. Questo accade per esempio quando lo stato di salute di un assicurato si stabilizza a tal punto che le probabilità di successo di un provvedimento di reinserimento sono buone. Conformemente all'articolo 22 capoverso 5^{bis} LAI, la rendita continua ad essere versata durante l'esecuzione di provvedimenti di reinserimento. In tutti gli altri casi è applicabile l'articolo 29^{bis} OAI, che resta in vigore. Ciò significa che l'articolo 29^{bis} si riferisce ai casi in cui una rendita è soppressa o ridotta a causa di una revisione o di un abuso. Anche se tornano ad esercitare un'attività lucrativa, gli assicurati in questione non possono beneficiare dell'articolo 29^{quater}, poiché nel loro caso il reinserimento professionale non è la causa della soppressione della rendita, bensì la conseguenza.

Conformemente al nuovo articolo 29^{quater}, se un assicurato che prima di esercitare un'attività lucrativa aveva diritto a una rendita ridiventa incapace al lavoro per 30 giorni, il diritto alla rendita rinasce indipendentemente dal fatto che la causa dell'invalidità sia la stessa o meno.

Il solo fattore determinante è la perdita di guadagno nuovamente subita dall'assicurato. Se questa è del 100 %, per esempio in seguito alla perdita del posto di lavoro, l'assicurato ha nuovamente diritto alla stessa rendita che percepiva in precedenza. Se l'incapacità al lavoro non è totale e l'assicurato continua ad esercitare un'attività lucrativa a tempo parziale, la rendita è versata nuovamente, ma è ridotta del reddito da lavoro conseguito.

Se l'assicurato ridiventa incapace al lavoro per 4 settimane, può ripresentare una richiesta di prestazioni all'ufficio AI competente, che procede ad un esame sommario del caso. È sufficiente che l'assicurato presenti un certificato medico d'incapacità al lavoro. Per semplificare e accelerare la procedura, si è rinunciato a prescrivere un esame obbligatorio da parte del SMR.

Se il posto di lavoro attuale può essere mantenuto mediante provvedimenti efficaci, l'ufficio AI ne ordina l'esecuzione. Si tratta in particolare di provvedimenti per il mantenimento del posto di lavoro attuale, quale ad esempio l'adattamento ergonomico della postazione di lavoro. Se non esistono provvedimenti adatti o i provvedimenti non hanno successo, l'assicurato ha diritto alla medesima rendita che gli era stata soppressa in seguito al reinserimento professionale. Per fare un esempio, un assicurato che percepiva una mezza rendita e che, avendo ripreso a lavorare, se l'era vista ridurre ad un quarto di rendita, ha nuovamente diritto ad una mezza rendita qualora debba interrompere l'attività lucrativa. Se è indicato il collocamento, l'assicurato ha nuovamente diritto, almeno per un certo tempo, alla rendita precedentemente soppressa o ridotta, poiché durante questo provvedimento non riceve un'indennità giornaliera. Senza la rendita la persona rischierebbe di non poter provvedere al proprio sostentamento.

Per eliminare effettivamente l'ostacolo all'integrazione rappresentato dall'attuale disciplinamento, l'accertamento deve iniziare rapidamente, vale a dire entro 30 giorni. In questo caso, una scadenza tanto breve è del tutto ragionevole, poiché l'obiettivo principale è il mantenimento del posto di lavoro. Se l'intervallo di tempo fosse maggiore, ciò sarebbe impossibile.

L'assicurato ha pertanto diritto a prestazioni AI (provvedimenti per il mantenimento del nuovo posto di lavoro o rendita) al più tardi 30 giorni dopo il nuovo danno alla salute. Questo significa che, se il posto di lavoro non può essere mantenuto, nei 5 anni che seguono la soppressione o riduzione della rendita in seguito alla ripresa dell'attività lucrativa o all'aumento del grado d'occupazione l'assicurato ha diritto a beneficiare nuovamente della rendita che gli era versata prima del reinserimento professionale.

Scaduto il termine, la normale procedura è applicabile anche a questi assicurati .

Se l'assicurato riceve nuovamente una rendita, questa può essere sottoposta a revisione nella stessa misura e con gli stessi termini previsti qualora la persona non fosse mai uscita dal sistema delle rendite.

Le nuove disposizioni dovrebbero portare ad un aumento del numero di rendite soppresse o ridotte, il che sgraverebbe, anche solo temporaneamente, le finanze dell'AI. Il nuovo disciplinamento permetterebbe inoltre di integrare un maggior numero di persone. Anche se una parte di questi assicurati, dopo aver esercitato un'attività lucrativa per alcuni anni o mesi, tornasse a percepire una rendita, si avrebbe un beneficio sia finanziario che sociale.

Il nuovo articolo 29^{quater} presenta vantaggi anche per i datori di lavoro, il che rappresenta un incentivo all'assunzione di persone che in precedenza percepivano una rendita. Infatti, anche se l'assicurato ridiventasse incapace al lavoro, l'obbligo di continuare a versare il salario scadrebbe dopo 30 con la rinascita del diritto alla rendita. Anche l'assicurazione d'indennità giornaliera del datore di lavoro non sarebbe chiamata in causa, poiché nella maggior parte dei casi è convenuto un termine d'attesa di 30 giorni.

Le nuove disposizioni non hanno ripercussioni negative sul 2° pilastro e gli istituti di previdenza. Conformemente all'articolo 23 LPP, una persona riconosciuta invalida dall'AI lo è anche dall'istituto di previdenza, sempre che fosse assicurata al momento in cui è sorta l'incapacità di lavoro la cui causa ha portato all'invalidità. L'articolo 23 LPP ha anche lo scopo di delimitare gli obblighi degli istituti di previdenza per quanto concerne il versamento della rendita. Questo è particolarmente importante quando una persona è assunta da un nuovo datore di lavoro (e dunque cambia istituto di previdenza) e presenta già un danno alla salute tale da incidere eventualmente sulla capacità al guadagno e causare la successiva concessione di una rendita AI. Già oggi, per stabilire se sia il vecchio o il nuovo istituto di previdenza a dover versare le prestazioni, sono valutati sia il nesso oggettivo che quello temporale tra l'incapacità al lavoro e l'invalidità (DTF 120 V 112, 123 V 262). Secondo la giurisprudenza, il nesso temporale è interrotto se l'assicurato può nuovamente lavorare per un certo tempo. Sussiste invece un nesso causale se il danno alla salute che ha portato all'invalidità è il medesimo che aveva portato all'incapacità lavorativa quando l'assicurato era affiliato al precedente istituto di previdenza.

La questione della competenza per il versamento della rendita si pone dunque già nel diritto vigente. L'introduzione dell'articolo 29^{quater} OAI non modifica la prassi attuale.

Se l'AI riprende a versare una rendita, conformemente all'articolo 76 OAI la decisione deve essere notificata all'istituto di previdenza interessato.

Il nuovo articolo d'ordinanza presenta però lo stesso vantaggio sia per l'istituto di previdenza che per l'AI: durante il periodo in cui l'assicurato esercita parzialmente o integralmente un'attività lucrativa essi possono risparmiare, poiché non devono più versare la rendita.

Art. 33

In seguito all'entrata in vigore di questa modifica di legge, l'AI non accorderà più supplementi al reddito annuo medio. Pertanto, l'art. 33 OAI può essere abrogato.

Art. 35^{bis} cpv. 5

Il *capoverso. 5* può essere abrogato perché ora il suo contenuto è stato integralmente ripreso nell'art. 42^{bis} capoverso 4 LAI.

Art. 41 cpv. 1 lett. a, b, e, f e g, cpv. 2 e 3

L'elenco di cui al *capoverso 1* viene modificato in modo tale da includere anche i compiti supplementari introdotti dalla 5^a revisione dell'AI (ad es. la comunicazione nel quadro del rilevamento tempestivo, il piano d'integrazione, la consulenza e l'informazione in materia d'integrazione).

Poiché la 5^a revisione dell'AI mira a rafforzare la collaborazione tra gli uffici AI e i datori di lavoro, la lett. f è stata modificata al fine di concretizzare il sostegno di cui questi ultimi beneficiano da parte dell'ufficio AI durante la procedura d'integrazione.

Il *capoverso 2* ha subito una lieve modifica redazionale (ora non si parla più di uffici AI «cantionali e comuni»).

Il *capoverso 3* può essere abrogato perché si riferisce a un compito di vigilanza che non spetta all'ufficio AI ma all'Ufficio federale e che adesso è regolato al capitolo Vigilanza (art. 50 segg.).

Art. 49

(Compiti)

Capoverso 1

Il principio secondo cui spetta ai SMR valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni è già enunciato nell'art. 59 capoverso 2^{bis} LAI. È inutile, quindi, ripeterlo a livello di ordinanza. Per questo motivo, la prima frase del capoverso 1 attuale può essere soppressa. Di conseguenza, la seconda frase va adattata dal punto di vista redazionale ma il suo contenuto resta invariato.

Capoverso 2

In virtù dell'art. 47 capoverso 1 lett. a LPGA, l'assicurato ha in qualsiasi momento il diritto di consultare gli atti che lo riguardano. Dunque, la norma attuale - che stabilisce che gli venga consegnata una copia del rapporto d'esame - non è imperativa e comporta un impegno amministrativo superfluo, ragion per cui può essere abrogata.

Capoverso 3

L'attuale prescrizione di redigere un rapporto scritto per ogni caso esaminato è troppo rigida. La pratica ha dimostrato che non tutti gli atti né tutte le questioni sottoposte ai SMR sono così complessi da richiedere ogni volta la redazione di un rapporto circostanziato. Non bisogna dimenticare che la 5^a revisione dell'AI si propone di accelerare notevolmente la procedura. Naturalmente, è importante che dagli atti dell'assicurato continui a risultare che il servizio medico regionale ha esaminato le condizioni mediche del diritto alle prestazioni e quali conclusioni ne ha tratto. Questo aspetto è ovvio e, come tale, non necessita di essere regolamentato.

La seconda parte della norma attuale, che prevede che il servizio medico regionale formuli per ogni caso una raccomandazione sul seguito da dare, sotto il profilo medico, alla richiesta di prestazioni, è troppo rigida. D'altronde, la norma stabilita al capoverso 3, che finora era contenuta nel capoverso 4, dà all'ufficio AI la possibilità di chiedere al SMR una raccomandazione sul seguito da dare, sotto il profilo medico, alla richiesta di prestazioni.

Titolo prima dell'art. 50

(Vigilanza)

Le norme riguardanti la vigilanza sono spostate all'interno dell'ordinanza. Le disposizioni che finora figuravano negli articoli 92-94 all'interno del capo VII «Disposizioni diverse» sono ora raggruppate più avanti, sotto un nuovo titolo, assieme alle altre disposizioni che concernono lo stesso argomento. Ciò contribuisce a mettere maggiormente in evidenza le norme sulla vigilanza.

Le disposizioni relative alla vigilanza sugli uffici AI e i servizi medici regionali sono raggruppate, mentre gli elementi ormai regolamentati a livello di legge sono abrogati.

Art. 50

(Vigilanza materiale)

Finora l'articolo 50 conteneva le regole inerenti alla vigilanza materiale sui SMR. I vecchi capoversi 1 e 2 sono stati in gran parte ripresi dalla legge nei nuovi

articoli 64 e 64a capoverso 1. Le norme dei vecchi capoversi 3 e 4 figurano ora nei capoversi 1 e 2.

Il *capoverso 1* riprende il contenuto del vecchio capoverso 3 e del vecchio articolo 92 capoverso 3.

Il *capoverso 2* riprende il contenuto del vecchio capoverso 4 e del vecchio articolo 92 capoverso 4.

Il *capoverso 3* riprende la regolamentazione dell'articolo 92 capoverso 2 e prevede ora la possibilità per l'Ufficio federale di emanare anche prescrizioni sulla formazione e il perfezionamento del personale specializzato degli uffici AI e dei SMR nell'ottica dell'introduzione di una gestione orientata ai risultati.

Gli uffici AI saranno preventivamente consultati.

Affinché queste disposizioni siano rispettate, spetta evidentemente all'Ufficio federale garantire il programma di formazione necessario. Questo continuerà ad essere fatta per lo più dal Centro di formazione dell'AI.

Il capoverso 4 può essere abrogato poiché il suo contenuto figura ora nel capoverso 2.

Art. 51

(Vigilanza amministrativa)

Come nel caso della vigilanza materiale, l'Ufficio federale potrà ora esigere anche nel quadro dei controlli sul rispetto dei criteri prescritti per garantire l'efficacia, la qualità e l'uniformità che gli uffici AI cantonali o i SMR procedano ad eventuali correttivi. L'attuazione delle misure spetterà in primo luogo agli uffici AI cantonali medesimi. Allo stesso tempo, l'Ufficio federale dovrà però anche poter ordinare misure mirate.

Art. 52

(Convenzioni sugli obiettivi)

Capoverso 1

Ai sensi dell'articolo 64a capoverso 2 LAI, l'Ufficio federale stabilisce criteri per garantire l'efficacia, la qualità e l'uniformità dell'adempimento dei compiti di cui agli articoli 57 e 59 capoverso 2 LAI e controlla che siano rispettati. Nel quadro della

gestione degli uffici AI cantonali e dei SMR, l'efficacia, la qualità e l'uniformità dell'esecuzione dei compiti da parte di questi ultimi devono essere assicurate, nella misura del possibile, attraverso accordi sugli obiettivi. In quest'ottica, l'Ufficio federale conclude con ogni ufficio AI cantonale un accordo sugli obiettivi che stabilisca il risultati da raggiungere e i criteri di qualità da rispettare. L'accordo regolamenterà anche il reporting degli uffici AI cantonali.

Il *capoverso 2* regola la procedura da seguire quando non si riesce a concludere una convenzione con un ufficio AI cantonale. In tal caso, l'efficacia, la qualità e l'uniformità dell'adempimento dei compiti devono essere garantite attraverso la normale via delle direttive.

Il *capoverso 3* stabilisce che l'Ufficio federale mette a disposizione degli uffici AI cantonali gli indicatori necessari al raggiungimento degli obiettivi,

Art. 53

(Vigilanza finanziaria)

Questa disposizione corrisponde all'attuale articolo 92^{bis}. Tuttavia, il termine "vigilanza amministrativa" non è più impiegato, essendo ora regolato nell'articolo 51.

Art. 54

(Contabilità e revisione)

Questa disposizione corrisponde all'attuale articolo 93. Sono state apportate soltanto modifiche formali ai rinvii nei *capoversi 2 e 3*.

Art. 55

(Rimborso delle spese)

Questa disposizione corrisponde all'attuale articolo 93^{bis}. Dato che le spese imputabili sono già state definite nell'articolo 67 *capoverso 1 lett. a LAI*, la prima frase dell'attuale articolo 93^{bis} *capoverso 1* può essere soppressa. La seconda frase deve inoltre precisare che l'Ufficio federale decide in merito alle spese rimborsabili agli uffici AI, SMR compresi (art. 67 *capoverso 1 lett. a*). L'attuale articolo 93^{bis} *capoverso 3* può essere abrogato, in quanto le spese rimborsabili ai SMR sono già definite nell'articolo 67 *capoverso 1 lett. a LAI*.

Art. 56

(Locali per gli organi d'esecuzione)

Questa disposizione corrisponde all'attuale articolo 93^{ter}. I rinvii al capoverso 3 sono stati adattati.

Art. 57

(Spese di amministrazione delle casse di compensazione)

Questa disposizione corrisponde all'attuale articolo 94.

Art. 65 cpv. 1

Conformemente all'articolo 6a capoverso 1 LAI, l'assicurato che pretende prestazioni assicurative autorizza l'ufficio AI a chiedere le informazioni e i documenti necessari alle persone e ai servizi menzionati nella richiesta. La seconda parte della frase dell'attuale articolo 65 capoverso 1 può quindi essere soppressa.

Art. 66 cpv. 1^{bis} e 2

Capoverso 1^{bis}

Ai sensi del capoverso 1, il diritto alle prestazioni può anche essere esercitato da terzi per conto dell'assicurato ma, come avviene anche oggi, solo quest'ultimo può autorizzare l'AI a chiedere le informazioni e i documenti necessari. Se non esercita personalmente il diritto alle prestazioni, l'assicurato può impartire questa autorizzazione sia controfirmando la richiesta sia concedendo separatamente a terzi una procura.

Capoverso 2

Come avviene anche oggi, se l'assicurato è incapace di discernimento, l'autorizzazione è data dal suo rappresentante legale. Così come per l'assicurato, anche qui l'autorizzazione viene intesa in senso lato, conformemente all'articolo 6a LAI.

Art. 69 cpv. 3

I nuovi provvedimenti, come il rilevamento e l'intervento tempestivi, sono volti a far intervenire l'AI il più rapidamente possibile (ad es. per il mantenimento del posto di lavoro attuale o per una rapida integrazione), il che è incompatibile con il rigido termine di almeno dieci giorni previsto finora per la notifica delle convocazioni. Per questo motivo per il futuro è prevista una norma più flessibile che consenta, ad esempio, di comunicare la data del colloquio anche verbalmente (ad es. con una telefonata).

Art. 70

(Valutazione)

Capoverso 1

Di norma, una volta depositata la richiesta, l'ufficio AI organizza un colloquio di accertamento. Questo colloquio ha lo scopo di raccogliere le informazioni necessarie per poter prendere una decisione adeguata. Su questa base, verrà deciso se il potenziale di integrazione professionale è sufficiente per scegliere la via dell'integrazione piuttosto che quella della rendita (priorità dell'integrazione sulla rendita) e, in caso affermativo, verranno definiti i provvedimenti d'integrazione da prendere. In generale, una volta depositata la richiesta è necessario eseguire una valutazione nel quadro dell'intervento tempestivo per gli assicurati con i quali si è già svolto un colloquio di rilevamento tempestivo o per coloro che depositano direttamente una richiesta di prestazioni AI. Per contro, non occorre alcuna valutazione se dalla richiesta di prestazioni risulta evidente che l'assicurazione non è competente, che l'integrazione è impossibile o, ancora, che la richiesta è finalizzata all'ottenimento non di provvedimenti d'integrazione o di una rendita ma di un mezzo ausiliario o di un assegno per grandi invalidi.

La valutazione è organizzata dall'ufficio AI. Oltre all'assicurato possono parteciparvi i responsabili dell'integrazione, il collaboratore incaricato di istruire il caso, un medico del servizio medico regionale (art. 59 capoverso 2 LAI) e qualsiasi persona la cui presenza possa risultare utile.

Capoverso 2

L'accertamento si conclude con la definizione di un piano d'integrazione personalizzato contenente gli obiettivi da raggiungere e i metodi da seguire a tal fine (provvedimenti, risorse, scadenze). In primo luogo, il piano d'integrazione è, dunque, uno strumento di lavoro che stabilisce la ripartizione dei compiti. Esso indica le azioni da compiere, come pure i compiti e le responsabilità che incombono ai vari interessati ai fini del raggiungimento degli obiettivi. In questo modo, si sa quali persone e servizi partecipino concretamente al piano. In secondo luogo, il piano descrive dettagliatamente la cooperazione tra i diversi interessati. In terzo luogo, esso definisce le responsabilità di ciascuno. Il piano d'integrazione definisce quindi ruoli, attività e scadenze di tutti gli interessati, in modo tale che il responsabile

dell'integrazione possa seguire esattamente tutti gli sviluppi e i vari processi. Il piano d'integrazione è sintetizzato in un accordo sugli obiettivi sottoscritto da tutti coloro che partecipano all'integrazione. In questo modo si certifica che essi ne conoscono e ne approvano il contenuto.

Art. 73

Questa disposizione non fa che ripetere quanto stabilito nel vigente articolo 43 capoverso 3 LPGa in caso di rifiuto di collaborare. Anche l'elenco delle situazioni nelle quali l'assicurato è tenuto a collaborare è una semplice ripetizione di quanto stabilito negli articoli 28 e 43 capoverso 2 LPGa. Per tale motivo, questo articolo dell'ordinanza può essere abrogato.

Titolo prima dell'art. 73^{bis} (Determinazione delle prestazioni)

Qui è previsto innanzitutto un adattamento redazionale allo scopo di armonizzare il titolo con la versione in lingua tedesca. L'articolo 73^{bis} contiene norme relative alla procedura di preavviso. Dato che esse riguardano già la determinazione di prestazioni, il titolo deve essere anteposto all'articolo.

Articolo 74^{ter} lett. a^{bis}

All'elenco sono aggiunti i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale (lett. a^{bis}).

Art. 78 cpv. 1 e 4

Capoverso 1

Qui è previsto un adattamento formale del rinvio: l'attuale articolo 48 LAI è abrogato e le norme sull'inizio del diritto sono contenute ora nell'articolo 10 capoversi 1 e 2 LAI.

L'AI è tenuta a pagare i provvedimenti di reinserimento e i provvedimenti professionali soltanto a partire dal momento in cui l'assicurato rivendica il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 capoverso 1 LPGa (cfr. art. 10 capoverso 1 LAI). Questi provvedimenti non possono pertanto essere presi a carico se sono già stati eseguiti prima del deposito della richiesta presso l'ufficio AI.

Per contro, tutti gli altri provvedimenti d'integrazione possono essere presi a carico anche se sono stati eseguiti prima del deposito della richiesta o della decisione dell'ufficio AI (cfr. art. 10 capoverso 2 LAI e art. 24 capoverso 1 LPGA).

Kommentar [Lal1]: In francese è sbagliato: provvedimenti di reinserimento

Capoverso 4

Qui è previsto un semplice adattamento formale del rinvio: le norme che prima figuravano negli articoli 94 e 95 sono ora contenute negli articoli 58 e 59.

Art. 81 cpv. 1

Il diritto alle indennità per spese di custodia e d'assistenza è riconosciuto per ogni giorno effettivo d'integrazione. L'importo totale delle spese di custodia e d'assistenza riconosciute non può superare il 20% dell'importo massimo dell'indennità giornaliera moltiplicato per il numero di giorni d'integrazione. Dato che i giorni d'assenza dell'assicurato non danno diritto all'indennità per spese di custodia e d'assistenza (tranne le assenze legate al rischio dell'integrazione: cfr. art. 23 OAI), nell'attestato è necessario precisare i giorni d'integrazione effettivi che danno diritto all'indennità per spese di custodia e d'assistenza.

Art. 81^{bis} cpv. 2

Come nell'ordinamento delle IPG, l'esonero dal prelievo dei contributi vale anche per l'indennità per spese di custodia e d'assistenza dell'AI.

Art. 82 cpv. 3

Capoverso 3

Il nuovo articolo 47a LAI recita che per i minorenni il pagamento dell'assegno per grandi invalidi avviene a posteriori dietro presentazione di una fattura, il che corrisponde alla prassi attuale. Dato che la fatturazione avviene oggi trimestralmente, questa scadenza deve figurare nel capoverso 3.

Art. 85 cpv. 1

L'articolo 48 capoverso 2 LAI regolamentava il diritto al pagamento delle prestazioni arretrate nel senso che, in deroga all'articolo 24 capoverso 1 LPGA, esse venivano

assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti il deposito della richiesta, qualora l'assicurato si fosse annunciato più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto. L'articolo 48 LAI è stato interamente abrogato. Ora l'inizio del diritto e il versamento della rendita d'invalidità sono regolati nell'articolo 29 LAI. La terza frase dell'articolo 85 capoverso 1 OAI, che rinviava all'articolo 48 OAI recentemente abrogato, può dunque essere eliminata.

Il diritto a prestazioni arretrate è ora interamente regolato nell'articolo 24 capoverso 1 LPGA. A livello di OAI, non vi è più alcun margine di manovra per eventuali regolamentazioni derogatorie.

Titolo prima dell'art. 86

(Riduzione e rifiuto delle prestazioni)

La 5^a revisione dell'AI prevede norme più precise in merito agli obblighi degli assicurati e alle possibili sanzioni in caso di inadempimento (cfr. artt. 7-7*b* LAI). Gli articoli 86 e 86^{bis} concretizzano le conseguenze dell'inadempimento di tali obblighi da parte dell'assicurato. Tra indennità giornaliera e rendite è fatta una distinzione di principio. Questo per due motivi: prima di tutto, le indennità sono giornaliere mentre le rendite vengono versate mensilmente; secondariamente, le rendite servono per definizione a garantire la sussistenza dell'assicurato per cui, quando si tratta di ordinare una riduzione, si deve agire con maggior cautela.

Ai sensi dell'articolo 7*b* capoverso 4 LAI, se l'assicurato ha provocato o aggravato l'evento assicurato intenzionalmente o commettendo intenzionalmente un crimine o un delitto, le indennità giornaliera non possono essere né rifiutate né ridotte.

Al fine di assicurare l'applicazione più uniforme possibile delle riduzioni di prestazioni, è fissata una riduzione massima per i vari casi. Per la decisione in merito alla riduzione delle prestazioni occorre tenere conto delle circostanze concrete del singolo caso (cfr. art. 7*b* capoverso 3 LAI).

La riduzione o il rifiuto possono riguardare solo prestazioni future. La decisione di ridurre o rifiutare le prestazioni deve seguire le regole generali di procedura (ovvero preavviso conformemente all'articolo 57*a* capoverso 1 LAI e decisione conformemente all'art. 49 capoverso 1 LPGA). In virtù dell'articolo 66 LAI, in combinato disposto con l'articolo 97 LAVS, l'ufficio AI può prevedere che un eventuale ricorso non abbia effetto sospensivo.

Art. 86

(Sospensione delle indennità giornaliera)

La riduzione delle indennità giornaliera deve essere attuata attraverso una sospensione del diritto. La norma relativa alla sospensione delle indennità

giornaliere si ispira a quella relativa alla sospensione del diritto alle prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione. Tuttavia, la durata massima della sospensione è maggiore perché le indennità giornaliere dell'AI, a seconda del provvedimento d'integrazione su cui si fondano, possono essere versate più a lungo rispetto a quelle dell'assicurazione contro la disoccupazione. Inoltre, l'AI versa l'indennità giornaliera per 7 giorni alla settimana, mentre l'assicurazione contro la disoccupazione la versa solo per 5 giorni alla settimana.

Il *capoverso 1* regola la sospensione delle indennità giornaliere in caso di inadempimento grave degli obblighi di cui all'articolo 7 LAI e all'articolo 43 capoverso 2 LPGA. In questi casi, il versamento delle indennità giornaliere è sospeso per 90 giorni al massimo. Dato che l'importo massimo dell'indennità giornaliera è attualmente di 293 franchi, ciò potrebbe comportare la perdita di una somma superiore a 26 000 franchi. Dato però che l'indennità giornaliera media è d'importo nettamente inferiore e che, tenuto conto di tutte le circostanze del caso singolo, raramente si arriva alla sospensione massima di 90 giorni, la perdita è probabilmente molto più bassa.

Il *capoverso 2* regola la sospensione delle indennità giornaliere per gli inadempimenti meno gravi previsti nell'articolo 7*b* capoverso 2 lettere a-d LAI. In questi casi, il versamento delle indennità giornaliere è sospeso per 30 giorni al massimo.

Art. 86^{bis}

(Riduzione e rifiuto delle rendite)

Il *capoverso 1* regola la riduzione in caso di inadempimento grave agli obblighi di cui all'articolo 7 LAI e all'articolo 43 capoverso 2 LPGA. In questi casi, la rendita deve poter essere ridotta al massimo della metà per non più di sei mesi. Ciò corrisponderebbe a un importo di 6500 franchi circa per la rendita massima.

Il *capoverso 2* regola la riduzione prevista per gli inadempimenti meno gravi di cui all'articolo 7*b* capoverso 2 lettere a-d LAI. In questi casi, la rendita deve poter essere ridotta al massimo di un quarto per non più di tre mesi.

Capoverso 3

In caso di inadempimenti particolarmente gravi, si deve poter rifiutare il versamento della rendita. Ciò può accadere, ad esempio, quando il diritto alla prestazione non sarebbe affatto insorto se l'assicurato non avesse violato i suoi obblighi.

Art. 86^{ter}

(Principio)

L'articolo 31 LAI prevede che, in caso di aumento o di ripresa di un'attività lucrativa, il miglioramento del reddito non venga interamente preso in considerazione per la revisione della rendita. Alcuni esempi di calcolo hanno evidenziato che anche con un aumento del reddito vi può essere un aumento del grado d'invalidità. Ciò avviene, ad esempio, se il carovita non è preso in considerazione allo stesso modo nei due redditi su cui si fonda il calcolo (indipendentemente se si tratta di salari reali o di valori statistici). È quindi necessario che, conformemente alla giurisprudenza, i fattori che influiscono sul reddito siano presi in considerazione per determinare sia il reddito da invalido sia il reddito conseguito prima dell'invalidità. Per contro, non si deve tenere conto dei fattori puramente legati all'aumento del costo della vita.

Art. 92-95

Il contenuto degli articoli 92-94 si trova ora negli articoli 50 segg. (cfr. commento agli artt. 50 segg.).

Il contenuto dell'articolo 95 può essere soppresso perché questa modalità di rimborso non viene più usata nella pratica. Oltretutto, l'articolo 78 cpv. 3 regola le modalità di rimborso attualmente applicate.

Art. 98

(Progetti pilota)

Il *capoverso 1* definisce i compiti dell'Ufficio federale nel quadro dell'attuazione di progetti pilota finalizzati all'integrazione secondo l'articolo 68^{quater} LAI.

L'Ufficio federale fissa i criteri che devono soddisfare le domande di attuazione di progetti pilota (lett. a). Questi criteri possono riguardare le indicazioni da fornire (p. es. obiettivi del progetto pilota, destinatari, organizzazione, svolgimento, termini) e gli standard di qualità minimi che il progetto pilota deve rispettare.

L'Ufficio federale decide sull'esecuzione di progetti pilota dopo aver consultato la Commissione AVS/AI (lett. b), coordina tra loro i diversi progetti pilota eseguiti sia in virtù della LAI, sia in virtù della Legge federale sull'eliminazione di svantaggi nei confronti dei disabili³ e, ancora, in virtù della LADI⁴ (lett. c) e ne sorveglia la valutazione (lett. d).

Il *capoverso 2* stabilisce che i progetti pilota non devono compromettere le pretese legali dei beneficiari di prestazioni. I progetti pilota che derogano alla legge non devono peggiorare la situazione dei beneficiari di prestazioni rispetto al diritto in vigore. Questa disposizione corrisponde alla versione attuale dell'articolo 68^{quater}

³ RS 151.3

⁴ RS 837.0

Formatiert: Französisch
(Frankreich)

Formatiert: Französisch
(Frankreich)

Formatiert: Französisch
(Frankreich)

Formatiert: Französisch
(Frankreich)

capoverso 2 LAI. Con la 5^a revisione dell'AI, per errore questa regolamentazione è stata dimenticata nel nuovo testo dell'articolo 68^{quater}.

Commenti alle modifiche del diritto vigente

Art. 6 dell'ordinanza sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali⁵

L'articolo 6 OPGA deve essere abrogato poiché il suo contenuto è stato elevato al rango di legge e ripreso dall'articolo 26 capoverso 4.

Art. 54^{bis} cpv. 1 dell'ordinanza sull'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità⁶

L'articolo 54^{bis} capoverso 1 OAVS deve essere abrogato, poiché la disposizione figura già a livello di legge nell'articolo 41 capoverso 1 LAVS.

Art. 1 cpv. 1 e 2, art. 2 e art. 7 cpv. 1 lett. b dell'ordinanza sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità⁷

Con l'entrata in vigore della 5^a revisione dell'AI, le rendite complementari correnti dell'AI sono soppresse. Ciò comporta degli adattamenti all'interno delle PC.

Art. 27c cpv. 3 dell'ordinanza sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità⁸

Nel campo della previdenza professionale, l'articolo 27c OPP 2 riprende le stesse disposizioni dell'articolo 75 LPGGA. La 5^a revisione dell'AI aggiunge un nuovo capoverso 3 all'articolo 75 LPGGA, secondo cui le restrizioni al diritto di regresso dell'assicuratore decadono nella misura in cui la persona oggetto dell'azione di regresso è coperta da un'assicurazione obbligatoria contro la responsabilità civile. Una disposizione analoga va dunque aggiunta nell'articolo 27c OPP 2 per precisare che, in tal caso, decadono anche le restrizioni al diritto di regresso dell'istituto di previdenza. Questa disposizione va così ad armonizzare il diritto generale delle assicurazioni sociali e la regolamentazione del secondo pilastro.

Commenti alle disposizioni transitorie

Importo degli assegni familiari

In materia di indennità giornaliera dell'AI, ai fini del calcolo del sovraindennizzo, per quanto concerne coloro che oltre all'indennità giornaliera possono pretendere una prestazione per i figli dell'AI, occorre sommare al reddito determinante l'importo degli assegni per i figli. Questa disposizione intende evitare che, durante l'integrazione, gli

⁵ RS 830.11

⁶ RS 831.101

⁷ RS 831.301

⁸ RS 831.441.1

Formatiert: Französisch
(Frankreich)

Formatiert: Französisch
(Frankreich)

aventi diritto a una prestazione per i figli dell'AI siano svantaggiati rispetto a coloro che hanno diritto a un assegno per i figli o per la formazione professionale. Affinché gli accertamenti relativi agli assegni familiari possano svolgersi il più semplicemente possibile dal punto di vista amministrativo, l'articolo 21^{septies} capoverso 4 fa riferimento agli importi minimi previsti dalla legge federale sugli assegni familiari. Ma poiché la legge federale in questione non dovrebbe entrare in vigore contemporaneamente alla 5ª revisione dell'AI bensì verosimilmente solo il 1° gennaio 2009, questi importi devono essere sanciti in una disposizione transitoria.

Deduzione per le spese di vitto e alloggio

Dal 1° gennaio 2008 l'importo massimo del guadagno assicurato nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sale da 106'800 a 126'000 franchi. Questo aumento va a incidere anche sugli importi delle indennità giornaliere dell'AI, basati sull'importo massimo del guadagno giornaliero assicurato.

Qualora, durante l'integrazione, l'AI provveda al pagamento delle spese di vitto e alloggio dell'assicurato, occorre operare una deduzione sull'importo dell'indennità giornaliera dell'AI. Dato che finora, in generale, questa deduzione corrispondeva al 6% dell'importo massimo del guadagno assicurato nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, anche la deduzione operata per le spese di vitto e alloggio aumenterebbe. Nel caso delle indennità giornaliere correnti, ciò potrebbe comportare una riduzione delle prestazioni. Per evitare questa riduzione delle prestazioni in seguito all'aumento dell'importo massimo del guadagno assicurato, la deduzione per le spese di vitto e alloggio operata sulle indennità giornaliere versate a titolo di garanzia dei diritti acquisiti in seguito alla 5ª revisione dell'AI resterà di 18 franchi.