



Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità (OAI)

Modifica del 3 novembre 2021

*Il Consiglio federale svizzero
ordina:*

I

L'ordinanza del 17 gennaio 1961¹ sull'assicurazione per l'invalidità è modificata come segue:

Sostituzione di termini

¹ In tutta l'ordinanza «Ufficio federale» è sostituito con «UFAS».

² In tutta l'ordinanza, eccettuato l'articolo 14 capoverso 1, «Dipartimento federale dell'interno» e «Dipartimento» sono sostituiti con «DFI».

³ Nell'articolo 14 capoverso 1 «del Dipartimento federale dell'interno (Dipartimento)» è sostituito con «del DFI».

⁴ In tutta l'ordinanza «nel mercato del lavoro regolare» è sostituito con «nel mercato del lavoro primario».

Art. 1^{ter} cpv. 1

¹ I casi degli assicurati di cui all'articolo 3a^{bis} capoverso 2 LAI possono essere comunicati all'ufficio AI competente ai sensi dell'articolo 40 ai fini di un rilevamento tempestivo.

Art. 1^{quinquies}

Abrogato

¹ RS 831.201

Art. 1sexies cpv. 2

² Durante il periodo dell'obbligo scolastico, agli assicurati possono essere concessi provvedimenti secondo l'articolo 7d capoverso 2 lettere c e d LAI, se questi facilitano loro l'accesso a una prima formazione professionale o l'ingresso nel mercato del lavoro.

Art. 2 Provvedimenti sanitari d'integrazione

¹ Per provvedimenti sanitari d'integrazione ai sensi dell'articolo 12 LAI s'intendono in particolare le cure chirurgiche, fisioterapeutiche e psicoterapeutiche. Una volta curata l'affezione in quanto tale e raggiunto uno stato di salute stabile, tali provvedimenti sono destinati direttamente all'integrazione secondo l'articolo 12 capoverso 3 LAI.

² L'assicurazione per l'invalidità può assumere i costi per provvedimenti sanitari d'integrazione che non rispettano i principi di cui all'articolo 14 capoverso 2 LAI, se:

- a. il potenziale d'integrazione è particolarmente elevato; e
- b. i possibili risparmi che potrebbero derivare da un'integrazione risultano maggiori rispetto ai costi dei provvedimenti sanitari d'integrazione.

³ Un provvedimento sanitario d'integrazione deve essere richiesto al competente ufficio AI prima dell'inizio della cura secondo l'articolo 12 LAI. È fatto salvo l'articolo 48 LAI. Alla richiesta va allegata una prognosi d'integrazione favorevole emessa dal medico specialista curante prima dell'inizio della cura.

⁴ La natura, la durata e l'entità di un provvedimento sanitario d'integrazione nonché il fornitore della prestazione sono stabiliti nella decisione o comunicazione di assegnazione. La durata non può essere superiore a due anni. Il provvedimento sanitario d'integrazione può essere prolungato.

Art. 2bis Proseguimento di provvedimenti sanitari d'integrazione dopo il compimento dei 20 anni

¹ I provvedimenti professionali secondo gli articoli 15–18c LAI sono considerati non ancora conclusi secondo l'articolo 12 capoverso 2 LAI, se:

- a. prima della conclusione del provvedimento è già stato assegnato un ulteriore provvedimento professionale secondo gli articoli 15–18c LAI; o
- b. l'assegnazione di un ulteriore provvedimento professionale secondo gli articoli 15–18c LAI è prevedibile e il potenziale d'integrazione dell'assicurato non è esaurito.

² Se nessun provvedimento professionale è assegnato conformemente al capoverso 1 lettera b entro sei mesi dalla conclusione o dall'interruzione dell'ultimo provvedimento professionale, i costi per i provvedimenti sanitari d'integrazione sono assunti per al massimo sei mesi dopo la conclusione o l'interruzione dell'ultimo provvedimento professionale.

Art. 2^{ter} Precisazione di termini di cui all'articolo 12 LAI

I seguenti termini di cui all'articolo 12 LAI sono precisati come segue:

- a. *formazione professionale iniziale*: prima formazione professionale, indipendentemente dal fatto che sia finanziata o meno dall'assicurazione per l'invalidità;
- b. *capacità di frequentare la scuola*: capacità di frequentare una scuola regolare, speciale o privata;
- c. *capacità al guadagno*: capacità di avere un'occupazione nel mercato del lavoro primario o secondario.

Art. 3 Infermità congenite

¹ I seguenti termini di cui all'articolo 13 capoverso 2 LAI sono precisati come segue:

- a. *malformazione congenita*: malformazione di organi o parti del corpo esistente alla nascita;
- b. *malattia genetica*: affezione riconducibile a un'alterazione del patrimonio genetico dovuta a una mutazione genetica o a un difetto genetico;
- c. *affezione prenatale e perinatale*: affezione già esistente al momento della nascita o sorta al più tardi sette giorni dopo;
- d. *affezione che compromette la salute*: affezione che causa danni fisici o mentali oppure disturbi funzionali;
- e. *affezione che presenta una certa gravità*: affezione che in mancanza di cura causa una limitazione funzionale duratura che non può più essere corretta del tutto;
- f. *cure di lunga durata*: cure che durano più di un anno;
- g. *cure complesse*: cure che richiedono l'interazione di almeno due ambiti specialistici;
- h. *affezione che può essere curata*: affezione il cui decorso può essere influenzato favorevolmente dai provvedimenti sanitari di cui all'articolo 14 LAI volti alla cura delle infermità congenite.

² La sola predisposizione a un'affezione non è considerata infermità congenita.

³ Il momento in cui l'infermità congenita è riconosciuta come tale è irrilevante.

⁴ La natura, la durata e l'entità di un provvedimento sanitario secondo l'articolo 13 LAI nonché il fornitore della prestazione sono stabiliti nella decisione o comunicazione di assegnazione.

Art. 3^{bis} Elenco delle infermità congenite

¹ Conformemente all'articolo 14^{ter} capoverso 1 lettera b LAI, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) tiene l'elenco delle infermità congenite per le quali sono concessi provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI.

² Può emanare prescrizioni dettagliate concernenti tale elenco.

Art. 3^{ter} Inizio e durata dei provvedimenti sanitari per la cura delle infermità congenite

¹ Il diritto alla cura di un'infermità congenita nasce con l'inizio dei provvedimenti sanitari, ma al più presto a nascita avvenuta.

² Esso si estingue alla fine del mese durante il quale l'assicurato ha compiuto i 20 anni.

Art. 3^{quater}

Abrogato

Art. 3^{quinquies} Prestazioni di cura mediche ambulatoriali

¹ Per prestazioni di cura mediche ambulatoriali secondo l'articolo 14 capoverso 1 lettera b LAI s'intendono i provvedimenti forniti da personale infermieristico necessari per la valutazione, la consulenza e il coordinamento nonché per esami e cure dispensati all'assicurato.

² Le cure prestate in un ospedale o una casa di cura non sono considerate prestazioni di cura mediche ambulatoriali secondo l'articolo 14 capoverso 1 lettera b LAI.

³ Se lo stato di salute dell'assicurato richiede una sorveglianza di lunga durata nell'ambito dell'esecuzione di un provvedimento di esami e cure, l'assicurazione per l'invalidità rimborsa le prestazioni fornite dal personale infermieristico per al massimo 16 ore al giorno. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) disciplina i casi in cui è opportuno un rimborso maggiore.

⁴ Il DFI emana disposizioni d'esecuzione circa il contenuto e l'entità delle prestazioni di cura mediche ambulatoriali.

Art. 3^{sexies} Elenco delle specialità per le infermità congenite

¹ Previa consultazione della Commissione federale dei medicinali di cui all'articolo 37e dell'ordinanza del 27 giugno 1995² sull'assicurazione malattie (OAMal), l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) tiene l'elenco dei medicinali per la cura delle infermità congenite di cui all'articolo 14^{ter} capoverso 5 LAI (elenco delle specialità per le infermità congenite).

² Un medicamento è ammesso nell'elenco delle specialità per le infermità congenite, se:

- a. è indicato esclusivamente per la cura delle infermità congenite di cui all'articolo 3^{bis} capoverso 1; e
- b. il suo impiego inizia nella maggior parte dei casi prima del compimento dei 20 anni.

² RS 832.102

³ Salvo disposizioni contrarie della presente ordinanza, le disposizioni d'esecuzione della legge federale del 18 marzo 1994³ sull'assicurazione malattie (LAMal) concernenti l'elenco delle specialità si applicano per analogia.

⁴ Se le condizioni per l'entrata nel merito della domanda secondo l'articolo 69 capoverso 4 OAMal sono soddisfatte prima dell'omologazione definitiva da parte dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, l'UFSP decide sulla domanda entro un termine adeguato dall'omologazione definitiva.

Art. 3septies Restituzione delle eccedenze

¹ Se il prezzo di fabbrica per la consegna in base al quale è stato deciso il prezzo massimo al momento dell'ammissione di un medicamento nell'elenco delle specialità per le infermità congenite supera di oltre il 3 per cento il prezzo di fabbrica per la consegna determinato in occasione dell'esame dell'economicità e le eccedenze così conseguite ammontano ad almeno 20 000 franchi, il titolare dell'omologazione è obbligato a restituire al Fondo di compensazione AI di cui all'articolo 79 LAI le eccedenze conseguite dopo l'ammissione.

² Il titolare dell'omologazione è inoltre obbligato a restituire al Fondo di compensazione AI le eccedenze conseguite:

- a. durante una procedura di ricorso, se vi è una differenza tra il prezzo applicabile durante la procedura di ricorso e il nuovo prezzo passato in giudicato al termine della procedura di ricorso e il titolare dell'omologazione ha conseguito eccedenze grazie a questa differenza di prezzo;
- b. nei due anni successivi alla riduzione del prezzo di fabbrica per la consegna in caso di estensione dell'indicazione o di modifica della limitazione secondo l'articolo 65f capoverso 2 primo periodo OAMal⁴, se la cifra d'affari effettiva è risultata superiore a quella prevista in occasione della riduzione.

Art. 3octies Rimborso delle spese per la tenuta dell'elenco delle specialità per le infermità congenite

L'UFSP può fatturare annualmente al Fondo di compensazione AI le spese legate alla tenuta dell'elenco delle specialità per le infermità congenite che non sono coperte tramite emolumenti.

Art. 3novies Analisi, medicinali nonché mezzi e apparecchi necessari per esami o cure

¹ A condizione che figurino negli elenchi di cui all'articolo 52 capoverso 1 LAMal⁵, l'assicurazione per l'invalidità rimborsa:

- a. le specialità farmaceutiche e medicinali confezionati;

³ RS 832.10

⁴ RS 832.102

⁵ RS 832.10

- b. i preparati e le sostanze attive e ausiliarie impiegati per la prescrizione magistrale;
- c. analisi di laboratorio; e
- d. mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici.

² Rimborsa inoltre:

- a. i medicinali necessari per la cura delle infermità congenite secondo l'articolo 3^{sexies};
- b. i provvedimenti diagnostici necessari per la diagnosi o la cura delle infermità congenite e dei relativi postumi.

Art. 3^{decies} Rimborso dei medicinali nel singolo caso

¹ Salvo disposizioni contrarie della presente ordinanza, per il rimborso dei medicinali secondo l'articolo 14^{ter} capoverso 3 LAI si applicano per analogia le disposizioni d'esecuzione della LAMa⁶ concernenti il rimborso di medicinali nel singolo caso.

² L'ufficio AI decide entro un termine adeguato sul rimborso di un medicamento nel singolo caso. L'UFAS stabilisce mediante direttive in quali casi occorre consultarlo preventivamente.

Art. 4^{bis}

Abrogato

Art. 4^{quater} cpv. 1

¹ Hanno diritto a provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale gli assicurati in grado di prendere parte a questi provvedimenti per almeno otto ore alla settimana.

Art. 4^{quinqies} Natura dei provvedimenti

¹ Sono considerati provvedimenti di riabilitazione socioprofessionale i provvedimenti di adattamento al processo lavorativo, di stimolo della motivazione a lavorare, di stabilizzazione della personalità, di esercizio della socializzazione di base e di miglioramento della capacità al lavoro.

² Sono considerati provvedimenti d'occupazione i provvedimenti volti a conservare una giornata strutturata e la capacità al lavoro per il periodo che precede l'inizio dei provvedimenti professionali o l'assunzione di un impiego sul mercato del lavoro primario.

³ Per gli assicurati di cui all'articolo 14^a capoverso 1 lettera b LAI, i provvedimenti di cui ai capoversi 1 e 2 vanno destinati specificamente all'integrazione professionale dopo la conclusione dell'obbligo scolastico.

⁶ RS 832.10

⁴ Gli obiettivi e la durata di tutti i provvedimenti di reinserimento sono stabiliti in base alle capacità dell'assicurato. Per quanto possibile, i provvedimenti sono svolti, in tutto o in parte, nel mercato del lavoro primario.

Art. 4^{sexies} cpv. 1, 3 lett. a e 4-6

¹ Un anno di provvedimenti di reinserimento secondo l'articolo 14a capoverso 3 LAI corrisponde a 230 giorni di lavoro in cui l'assicurato segue un provvedimento.

³ Un provvedimento di reinserimento si conclude in particolare se:

- a. l'obiettivo concordato è stato raggiunto o non può essere raggiunto;

⁴ *Abrogato*

⁵ Dopo un anno, un provvedimento può essere prolungato di un anno al massimo, se:

- a. il prolungamento è necessario per raggiungere l'idoneità all'integrazione per quanto riguarda i provvedimenti professionali; e
- b. almeno una parte del provvedimento prolungato si svolge nel mercato del lavoro primario.

⁶ Un assicurato che ha seguito un provvedimento di reinserimento per una durata complessiva di due anni ha nuovamente diritto all'assegnazione di un tale provvedimento soltanto se:

- a. dimostra di aver fatto tutto quanto ragionevolmente esigibile per il proprio reinserimento professionale tra l'ultimo provvedimento di reinserimento e la nuova richiesta;
- b. il suo stato di salute è migliorato o peggiorato.

Art. 4^{septies}

Abrogato

Inserire dopo il titolo della sezione B

Art. 4a Orientamento professionale

¹ L'orientamento professionale di cui all'articolo 15 LAI può essere composto da:

- a. colloqui di consulenza, analisi e test diagnostici condotti da specialisti;
- b. provvedimenti preparatori in vista dell'accesso alla formazione secondo l'articolo 15 capoverso 1 LAI;
- c. provvedimenti per vagliare possibili indirizzi professionali secondo l'articolo 15 capoverso 2 LAI.

² Sono considerati provvedimenti ai sensi del capoverso 1 lettera b i provvedimenti vicini al mercato del lavoro che si svolgono dopo la conclusione dell'obbligo scolastico in aziende del mercato del lavoro primario o istituzioni al fine di verificare l'idoneità e la predisposizione dell'assicurato a possibili formazioni e di familiarizzare

l'assicurato con le esigenze del mercato del lavoro primario. Questi provvedimenti hanno una durata di 12 mesi al massimo.

³ Sono considerati provvedimenti ai sensi del capoverso 1 lettera c i provvedimenti che si svolgono in aziende del mercato del lavoro primario o istituzioni al fine di verificare l'idoneità e la predisposizione dell'assicurato a possibili attività e indirizzi professionali. Questi provvedimenti hanno una durata complessiva di tre mesi al massimo. Se le informazioni necessarie per decidere un indirizzo professionale o un'attività non sono ancora disponibili, i provvedimenti possono essere prolungati di tre mesi al massimo.

⁴ Gli obiettivi e la durata dei provvedimenti di cui ai capoversi 2 e 3 sono stabiliti individualmente in funzione delle capacità dell'assicurato. Si pone fine al provvedimento in particolare se:

- a. l'obiettivo è stato raggiunto o non può essere raggiunto;
- b. si impone un provvedimento d'integrazione più adatto;
- c. il proseguimento non è ragionevolmente esigibile per motivi medici.

Art. 5 Prima formazione professionale

¹ È considerata prima formazione professionale, dopo la conclusione dell'obbligo scolastico:

- a. la formazione professionale di base secondo la legge del 13 dicembre 2002⁷ sulla formazione professionale (LFPr);
- b. la frequenza di una scuola media, professionale o universitaria;
- c. la preparazione professionale a un lavoro ausiliario o a un'attività in un laboratorio protetto.

² La preparazione mirata alla prima formazione professionale fa parte della prima formazione professionale, se:

- a. il contratto di tirocinio è firmato;
- b. l'iscrizione a una scuola superiore è avvenuta;
- c. l'inizio di una preparazione specifica per la professione in questione, necessaria per la prima formazione professionale, è fissato.

³ In singoli casi, la prima formazione professionale può essere considerata non conclusa, se:

- a. dopo la conclusione di una formazione professionale di base secondo la LFPr nel mercato del lavoro secondario, le sue capacità permettono all'assicurato di svolgere una formazione professionale di base secondo la LFPr a un livello di formazione superiore nel mercato del lavoro primario;
- b. dopo la conclusione di un provvedimento di cui all'articolo 16 capoverso 3 lettera c LAI, le sue capacità permettono all'assicurato di svolgere una formazione secondo la LFPr nel mercato del lavoro primario.

⁷ RS 412.10

⁴ La preparazione a un lavoro ausiliario o a un'attività in un laboratorio protetto deve orientarsi per quanto possibile alla LFPr. Se possibile, deve essere svolta nel mercato del lavoro primario.

⁵ L'assegnazione di una formazione pratica secondo l'articolo 16 capoverso 3 lettera c LAI vale per tutta la durata della formazione.

Art. 5^{bis} Spese supplementari dovute all'invalidità

¹ Un assicurato che non ha ancora concluso la sua formazione professionale ha diritto al rimborso delle spese di formazione supplementari dovute all'invalidità, se:

- a. non ha ancora conseguito un reddito lavorativo determinante pari ad almeno tre quarti dell'importo minimo della rendita di cui all'articolo 34 capoverso 5 della legge federale del 20 dicembre 1946⁸ su l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS); o
- b. ha esercitato un'attività ausiliaria per meno di sei mesi senza formazione.

² Se l'assicurato aveva già iniziato una formazione prima di essere invalido oppure nel caso in cui, senza invalidità, avrebbe potuto svolgere una formazione evidentemente meno costosa, le spese necessarie a quella formazione servono da base comparativa per il calcolo delle spese supplementari dovute all'invalidità.

³ Sono considerate spese supplementari dovute all'invalidità le spese che una persona invalida deve sostenere in più rispetto a una persona non invalida per la prima formazione professionale o per il perfezionamento a causa dell'invalidità.

⁴ Queste spese supplementari sono considerate rilevanti, se ammontano almeno a 400 franchi l'anno.

⁵ Nel calcolo delle spese supplementari dovute all'invalidità sono computabili:

- a. le spese sostenute per acquisire le necessarie nozioni e abilità;
- b. le spese per l'acquisto di utensili personali e abiti da lavoro;
- c. le spese di trasporto.

⁶ Se, a causa della sua invalidità, l'assicurato è posto in un centro di formazione, l'assicurazione per l'invalidità si assume le spese di vitto e alloggio.

⁷ In caso di vitto e alloggio fuori dal centro di formazione, l'assicurazione per l'invalidità rimborsa, fatti salvi accordi contrattuali (art. 24 cpv. 2):

- a. per il vitto, gli importi di cui all'articolo 90 capoverso 4 lettere a e b;
- b. per l'alloggio, le spese necessarie comprovate, ma al massimo fino a concorrenza dell'importo di cui all'articolo 90 capoverso 4 lettera c.

Art. 5^{ter} Perfezionamento professionale

¹ L'assicurazione per l'invalidità si assume le spese suppletive del perfezionamento professionale, se la differenza fra le spese sopportate dall'assicurato a causa della sua

invalidità e quelle che l'assicurato dovrebbe sostenere se non fosse invalido supera l'importo annuo di 400 franchi.

² Il calcolo delle spese suppletive è effettuato confrontando le spese sopportate dalla persona invalida con quelle che una persona non invalida dovrebbe probabilmente sostenere per la stessa formazione.

³ Fanno parte delle spese computabili nei limiti previsti dal capoverso 2, quelle fatte per acquisire le necessarie nozioni e abilità, quelle per l'acquisto di utensili personali e abiti da lavoro, le spese di trasporto come pure le spese di vitto e alloggio fuori casa causate dall'invalidità.

⁴ Il rimborso delle spese di vitto e alloggio fuori casa è calcolato in base all'articolo 5^{bis} capoverso 7, fatti salvi accordi contrattuali.

Art. 6 cpv. 2

² Se una prima formazione professionale ha dovuto essere interrotta a causa dell'invalidità, una nuova formazione professionale è assimilata alla riformazione professionale, purché l'ultimo reddito lavorativo conseguito durante la formazione interrotta sia almeno pari al 30 per cento dell'importo massimo di cui all'articolo 24 capoverso 1 LAI.

Art. 6^{quater} cpv. 1

¹ Al datore di lavoro è versata un'indennità secondo l'articolo 18c LAI, se l'assicurato è assente per malattia per oltre 15 giorni di lavoro nell'arco di un anno. L'indennità è versata a partire dal 16° giorno di assenza, sempre che il datore di lavoro continui a versare un salario all'assicurato o un'assicurazione d'indennità giornaliera gli accordi prestazioni.

Art. 6^{quinqies} Fornitura di personale a prestito

¹ Il contratto di prestazioni stabilisce l'importo dell'indennità di cui all'articolo 18a^{bis} capoverso 3 lettera a LAI. Può in particolare prevedere un'indennità speciale destinata al prestatore di personale per un'assunzione successiva alla fornitura di personale a prestito. L'importo massimo dell'indennità complessiva ammonta a 12 500 franchi per assicurato.

² Al prestatore di personale è inoltre versata un'indennità secondo l'articolo 18a^{bis} capoverso 3 lettera b LAI, se nel periodo di svolgimento del provvedimento l'assicurato non lavora per oltre due giorni di lavoro consecutivi in seguito a una malattia. L'indennità è versata a partire dal terzo giorno, sempre che il prestatore di personale continui a versare un salario all'assicurato o un'assicurazione d'indennità giornaliera gli accordi prestazioni.

³ L'importo dell'indennità secondo l'articolo 18a^{bis} capoverso 3 lettera b LAI ammonta, per giorno di assenza, a:

- a. 48 franchi, per aziende con 50 collaboratori al massimo;
- b. 34 franchi, per aziende con oltre 50 collaboratori.

⁴ Il diritto all'indennità secondo l'articolo 18^{abis} capoverso 3 lettera b LAI sussiste al massimo fino alla conclusione del rapporto di lavoro. L'importo dell'indennità è conteggiato al più presto dopo questo momento.

⁵ L'ufficio AI decide la durata necessaria del provvedimento. Questa non può tuttavia superare un anno.

⁶ L'Ufficio centrale di compensazione versa le indennità di cui ai capoversi 1 e 2 direttamente al prestatore di personale.

Art. 17 Periodi d'accertamento

¹ L'assicurato che, per almeno due giorni consecutivi, si sottopone a un accertamento prescritto dall'ufficio AI e inteso a stabilire il suo diritto alle prestazioni, riceve un'indennità giornaliera per ogni giorno d'accertamento.

² Durante i periodi d'accertamento precedenti la concessione di prestazioni ai sensi dell'articolo 16 LAI non sussiste il diritto a un'indennità giornaliera.

Art. 18 cpv. 1 e 2

¹ L'assicurato la cui incapacità al lavoro è almeno del 50 per cento e che deve attendere l'inizio di una riforma professionale ha diritto a un'indennità giornaliera durante il periodo d'attesa.

² Il diritto all'indennità nasce nel momento in cui l'ufficio AI constata l'opportunità di una riforma professionale.

Art. 19 Periodo di attesa durante la ricerca di un impiego

¹ L'assicurato non ha diritto a un'indennità giornaliera per il periodo in cui cerca un impiego idoneo. Tuttavia, se la ricerca dell'impiego è preceduta da una prima formazione professionale, da una riforma professionale o da un lavoro a titolo di prova, egli continua a ricevere, per 60 giorni al massimo, l'indennità giornaliera fino ad allora assegnatagli.

² Fintanto che l'assicurato ha diritto all'indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione, non può far valere alcun diritto a un'indennità giornaliera dell'assicurazione per l'invalidità.

Art. 20^{ter} Indennità giornaliera e rendita d'invalidità

¹ Se l'assicurato ha diritto a un'indennità giornaliera, comprensiva della prestazione per i figli, ai sensi degli articoli 23 capoverso 1 e 23^{bis} LAI, d'importo inferiore alla rendita di cui beneficiava fino ad allora, la rendita continua a essere pagata invece dell'indennità giornaliera.

² Se durante la prima formazione professionale l'assicurato ha diritto a un'indennità giornaliera inferiore alla rendita di cui beneficiava fino ad allora, la rendita, scaduto il termine di cui all'articolo 47 capoverso 1^{bis} LAI, è sostituita da un'indennità giornaliera corrispondente a un trentesimo dell'ammontare della rendita.

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

¹ L'indennità giornaliera continua a essere versata agli assicurati che devono interrompere un provvedimento d'integrazione per causa di malattia o di maternità, se non hanno alcun diritto a un'indennità giornaliera di un'altra assicurazione sociale obbligatoria o a un'indennità giornaliera di un'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera il cui importo corrisponde almeno a quello dell'indennità giornaliera dell'assicurazione per l'invalidità.

⁶ Se gli assicurati interrompono un provvedimento d'integrazione a causa di un infortunio, l'indennità giornaliera continua a essere versata loro come segue:

- a. al massimo per i due giorni successivi all'infortunio, se sono assicurati obbligatoriamente secondo la legge del 20 marzo 1981⁹ sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF);
- b. secondo le stesse regole valide in caso di malattia secondo i capoversi 1, 2 e 4, se non sono assicurati obbligatoriamente secondo la LAINF.

Art. 20^{sexies} cpv. 1

¹ Per assicurati che esercitano un'attività lucrativa si intendono coloro che esercitano un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere della loro incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA).

Art. 21^{quater} cpv. 1

¹ L'indennità giornaliera per gli indipendenti è calcolata in base all'ultimo reddito senza riduzioni per malattia, convertito in reddito giornaliero e soggetto al prelievo dei contributi conformemente alla LAVS¹⁰.

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

¹ Se l'assicurato esercita un'attività lucrativa durante l'integrazione, l'indennità giornaliera secondo l'articolo 22 capoverso 1 LAI è ridotta nella misura in cui, sommata al reddito di quest'attività, superi il reddito determinante ai sensi degli articoli 21–21^{quinquies}.

⁴ Se l'assicurato ha diritto a una prestazione per i figli ai sensi dell'articolo 22^{bis} capoverso 2 LAI, il reddito determinante è maggiorato degli importi minimi, convertiti in importi giornalieri, dell'assegno per i figli o dell'assegno di formazione di cui all'articolo 5 della legge del 24 marzo 2006¹¹ sugli assegni familiari.

⁵ Se durante l'integrazione l'assicurato percepisce una rendita d'invalidità ai sensi della LAINF¹², l'indennità giornaliera secondo l'articolo 22 capoverso 1 LAI è ridotta nella misura in cui, sommata a questa rendita, superi il reddito determinante ai sensi degli articoli 21–21^{quinquies}.

⁹ RS **832.20**

¹⁰ RS **831.10**

¹¹ RS **836.2**

¹² RS **832.20**

Art. 21octies cpv. 3

³ L'indennità giornaliera non è ridotta durante la prima formazione professionale.

Art. 21novies Garanzia dei diritti acquisiti

Se a causa dell'esecuzione di un provvedimento l'assicurato subisce la soppressione dell'indennità giornaliera di un'altra assicurazione, calcolata sulla base di un precedente reddito da lavoro, l'indennità giornaliera versata dall'assicurazione per l'invalidità oltre alla rendita conformemente all'articolo 22^{bis} capoverso 6 LAI ammonta almeno all'indennità giornaliera percepita fino a quel momento.

Art. 22 Calcolo dell'indennità giornaliera nella prima formazione professionale

¹ In assenza di un contratto di tirocinio secondo la LFPr¹³, l'importo mensile dell'indennità giornaliera corrisponde, arrotondato per eccesso:

- a. il primo anno, a un quarto dell'importo minimo della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 34 capoverso 5 LAVS¹⁴;
- b. a partire dal secondo anno, a un terzo dell'importo minimo della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 34 capoverso 5 LAVS.

² Per gli assicurati che hanno diritto a un'indennità giornaliera secondo l'articolo 22 capoverso 3 LAI, l'importo dell'indennità è determinato sulla base del reddito lavorativo mediano mensile di studenti delle scuole universitarie secondo l'Indagine sulla situazione socio-economica degli studenti dell'Ufficio federale di statistica.

³ Se l'assicurato avesse diritto a un'indennità giornaliera durante una prima formazione professionale, vi ha diritto anche durante la preparazione a questa prima formazione professionale, se le condizioni di cui all'articolo 5 capoverso 2 sono adempiute. Questa indennità giornaliera è determinata conformemente al capoverso 1. È fatto salvo l'articolo 22 capoverso 4 LAI.

⁴ Per gli assicurati che, a causa della loro invalidità, devono interrompere una prima formazione professionale e cominciarne un'altra, l'indennità giornaliera è calcolata in base all'articolo 24^{ter} LAI. È fatto salvo l'articolo 6 capoverso 2.

⁵ Se l'assicurato ha diritto a una prestazione per i figli ai sensi dell'articolo 22^{bis} capoverso 2 LAI ma il suo reddito è inferiore a quello di cui agli articoli 13 capoverso 3 e 19 capoverso 1^{bis} della legge del 24 marzo 2006¹⁵ sugli assegni familiari, l'indennità giornaliera è aumentata della prestazione per i figli secondo l'articolo 23^{bis} LAI.

Art. 22quinquies cpv. 1

¹ Gli assegni per i figli e gli assegni per la formazione ai sensi della legislazione federale, del diritto cantonale e della legislazione estera sono considerati come assegni previsti dalla legge ai sensi dell'articolo 22^{bis} capoverso 2 LAI.

¹³ RS **412.10**

¹⁴ RS **831.10**

¹⁵ RS **836.2**

*Titolo prima dell'art. 24***G. Diritto di opzione, collaborazione e tariffe***Art. 24 cpv. 2 e 3*

² Le convenzioni secondo l'articolo 21^{quater} capoverso 1 lettera b LAI sono concluse dall'Ufficio federale.

³ Per le persone e gli enti che eseguono provvedimenti d'integrazione senza aver aderito a una convenzione conclusa dall'UFAS a livello nazionale, tutte le condizioni fissate in questa convenzione sono considerate esigenze minime dell'assicurazione per l'invalidità ai sensi dell'articolo 26^{bis} capoverso 1 LAI e le tariffe stabilite importi massimi ai sensi degli articoli 21^{quater} capoverso 1 lettera c e 27 capoverso 3 LAI.

*Inserire gli art. 24^{bis}–24^{septies} prima del titolo del capo terzo**Art. 24^{bis}* Tariffazione dei provvedimenti sanitari

¹ Per la definizione delle tariffe dei provvedimenti sanitari sono applicabili per analogia gli articoli 43 capoversi 2 e 3 nonché 49 capoversi 1 e 3–6 LAMa¹⁶.

² Le tariffe devono essere calcolate secondo criteri economici e occorre considerare una struttura adeguata delle tariffe. La tariffa può coprire al massimo i costi della prestazione comprovati in modo trasparente e i costi necessari per una fornitura efficiente delle prestazioni.

³ Un cambiamento del modello tariffale non deve comportare costi supplementari.

⁴ Le parti contraenti devono verificare regolarmente le tariffe e adeguarle, se il rispetto dei principi enunciati nel capoverso 2 non è più garantito.

⁵ L'autorità competente applica per analogia i capoversi 1–3 all'atto di stabilire le tariffe secondo l'articolo 27 capoversi 3–6 e 7 secondo periodo LAI.

Art. 24^{ter} Calcolo dei costi dei provvedimenti sanitari

¹ Le convenzioni tariffali che prevedono una struttura tariffale uniforme secondo l'articolo 27 capoverso 4 LAI devono includere le modalità di applicazione della tariffa.

² Il Sorvegliante dei prezzi ai sensi della legge federale del 20 dicembre 1985¹⁷ sulla sorveglianza dei prezzi è consultato prima della conclusione di convenzioni tariffali nazionali e nell'ambito della fissazione di tariffe da parte dell'autorità competente.

³ I fornitori di prestazioni mettono a disposizione delle autorità della Confederazione competenti in materia, dell'associazione Commissione delle tariffe mediche LAINF e dei partner tariffali i documenti necessari per la fissazione della tariffa.

¹⁶ RS 832.10

¹⁷ RS 942.20

Art. 24^{quater} Rimunerazione delle cure ospedaliere

¹ Per la remunerazione delle cure ospedaliere nel reparto comune di un ospedale l'UFAS stipula convenzioni tariffali e di collaborazione con gli ospedali e conviene importi forfettari. Tali importi sono riferiti alle prestazioni e si basano su strutture uniformi per tutta la Svizzera. Le tariffe ospedaliere si rifanno alla remunerazione degli ospedali che forniscono le prestazioni nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso.

² Le parti alla convenzione possono convenire che prestazioni diagnostiche o terapeutiche speciali non siano computate nell'importo forfettario, bensì fatturate separatamente.

³ Se un modello di remunerazione delle cure ospedaliere riferito alle prestazioni secondo l'articolo 14 capoverso 1 LAI si basa su un sistema di classificazione dei pazienti di tipo DRG (*Diagnosis Related Groups*), la convenzione tariffale include anche il relativo manuale di codificazione e un piano per la revisione della codificazione.

⁴ Se l'assicurato si reca in un ospedale che non ha stipulato alcuna convenzione tariffale con l'UFAS, l'assicurazione per l'invalidità rimborsa le spese che l'assicurato avrebbe dovuto sostenere per il trattamento nel reparto comune dell'ospedale convenzionato di cui al capoverso 1 più vicino. L'ospedale ha diritto solamente al rimborso di queste spese.

Art. 24^{quinquies} Rimunerazione delle cure ambulatoriali

Per la remunerazione delle cure ambulatoriali l'UFAS stipula con i fornitori di prestazioni secondo l'articolo 14 capoverso 1 LAI convenzioni tariffali e di collaborazione a livello nazionale. Le tariffe per singola prestazione si basano su strutture uniformi per tutta la Svizzera.

Art. 24^{sexies} Collaborazione e tariffe dei provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale e dei provvedimenti professionali

¹ Gli uffici AI sono autorizzati a stipulare convenzioni secondo l'articolo 27 capoverso 1 LAI per provvedimenti di cui agli articoli 14a–18 LAI nel luogo in cui il fornitore di prestazioni ha un'installazione permanente o esercita l'attività professionale. La tariffa è stabilita in base a criteri conformi all'uso locale e al mercato nonché di economia aziendale.

² L'ufficio AI verifica regolarmente la qualità, l'efficacia e l'economicità della fornitura di prestazioni nonché le tariffe, compreso il rimborso delle spese.

Titolo prima dell'art. 24^{septies}

Capo terzo:

Le rendite, l'assegno per grandi invalidi e il contributo per l'assistenza

A. Il diritto alla rendita

I. Valutazione del grado d'invalidità

Art. 24^{septies} Determinazione dello statuto lavorativo

¹ Lo statuto di un assicurato è determinato in base alla situazione lavorativa in cui si troverebbe, se non soffrisse di un danno alla salute.

² L'assicurato è considerato:

- a. esercitante un'attività lucrativa secondo l'articolo 28a capoverso 1 LAI, nel caso in cui, in assenza del danno alla salute, eserciterebbe un'attività lucrativa con un grado d'occupazione corrispondente ad almeno il 100 per cento;
- b. non esercitante un'attività lucrativa secondo l'articolo 28a capoverso 2 LAI, nel caso in cui, in assenza del danno alla salute, non eserciterebbe alcuna attività lucrativa;
- c. esercitante un'attività lucrativa a tempo parziale secondo l'articolo 28a capoverso 3 LAI, nel caso in cui, in assenza del danno alla salute, eserciterebbe un'attività lucrativa corrispondente a un grado d'occupazione inferiore al 100 per cento.

Art. 25 Principi per il confronto dei redditi

¹ Sono considerati redditi lavorativi secondo l'articolo 16 LPGa i redditi annui presumibili sui quali sarebbero riscossi i contributi disposti dalla LAVS¹⁸, escluse tuttavia:

- a. le prestazioni del datore di lavoro per perdita di salario cagionata da infortunio o malattia, se l'incapacità lavorativa è debitamente comprovata;
- b. le indennità di disoccupazione, le indennità di perdita di guadagno secondo la LIPG¹⁹ e le indennità giornaliera dell'assicurazione invalidità.

² I redditi lavorativi determinanti secondo l'articolo 16 LPGa vanno stabiliti su una base temporale identica e tenendo conto del mercato del lavoro in Svizzera.

³ Se per la determinazione dei redditi lavorativi determinanti si impiegano valori statistici, vanno presi come riferimento i valori centrali della Rilevazione della struttura dei salari (RSS) dell'Ufficio federale di statistica. Possono essere impiegati altri valori statistici, se nel singolo caso il reddito non figura nella RSS. Vanno utilizzati valori indipendenti dall'età e differenziati a seconda del sesso.

¹⁸ RS 831.10

¹⁹ RS 834.1

⁴ I valori statistici di cui al capoverso 3 vanno adeguati in funzione della durata di lavoro normale nelle aziende secondo le divisioni economiche e dell'evoluzione dei salari nominali.

Art. 26 Determinazione del reddito senza invalidità

¹ Il reddito senza invalidità (art. 16 LPGGA) è determinato sulla base dell'ultimo reddito lavorativo effettivamente conseguito prima dell'insorgere dell'invalidità. Se il reddito lavorativo conseguito negli ultimi anni prima dell'insorgere dell'invalidità era soggetto a forti variazioni, ci si basa su un reddito medio adeguato.

² Se il reddito lavorativo effettivamente conseguito è inferiore di almeno il 5 per cento al valore centrale usuale del settore secondo la RSS di cui all'articolo 25 capoverso 3, il reddito senza invalidità corrisponde al 95 per cento di questo valore centrale.

³ Il capoverso 2 non è applicabile, se:

- a. anche il reddito con invalidità secondo l'articolo 26^{bis} capoverso 1 è inferiore di almeno il 5 per cento al valore centrale usuale del settore secondo la RSS di cui all'articolo 25 capoverso 3; o
- b. il reddito è stato conseguito con un'attività lucrativa indipendente.

⁴ Se il reddito lavorativo effettivamente conseguito non può essere determinato o non può esserlo in misura sufficientemente precisa, il reddito senza invalidità è fissato sulla base dei valori statistici di cui all'articolo 25 capoverso 3 relativi alle persone con la medesima formazione e condizioni professionali analoghe.

⁵ Se un'invalidità insorge dopo che l'assicurato ha previsto o iniziato una formazione professionale, il reddito senza invalidità è determinato secondo il valore statistico di cui all'articolo 25 capoverso 3 che l'assicurato avrebbe potuto conseguire dopo la conclusione della formazione.

⁶ Se un assicurato non può iniziare o concludere alcuna formazione professionale a causa dell'invalidità, il reddito senza invalidità è determinato secondo i valori statistici di cui all'articolo 25 capoverso 3. In deroga all'articolo 25 capoverso 3, vanno impiegati valori indipendenti dal sesso.

Art. 26^{bis} Determinazione del reddito con invalidità

¹ Se dopo l'insorgere dell'invalidità l'assicurato consegue un reddito lavorativo, quest'ultimo gli viene computato quale reddito con invalidità (art. 16 LPGGA), sempre che gli permetta di valorizzare al meglio la sua capacità funzionale residua in relazione a un'attività lucrativa da lui ragionevolmente esigibile.

² Se non vi è alcun reddito lavorativo computabile, il reddito con invalidità è determinato in base ai valori statistici di cui all'articolo 25 capoverso 3. In deroga all'articolo 25 capoverso 3, per gli assicurati di cui all'articolo 26 capoverso 6 vanno impiegati valori indipendenti dal sesso.

³ Se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con una capacità funzionale secondo l'articolo 49 capoverso 1^{bis} pari o inferiore al 50 per cento, al valore determinato in base a valori statistici è applicata una deduzione del dieci per cento per attività lucrativa a tempo parziale.

Art. 27, rubrica e cpv. 2

Mansioni consuete di assicurati occupati nell'economia domestica

² *Abrogato*

Art. 27^{bis} Valutazione del grado d'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale

¹ Per valutare il grado d'invalidità degli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale si sommano i seguenti gradi d'invalidità:

- a. il grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa;
- b. il grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete.

² Per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa:

- a. il reddito senza invalidità è calcolato sulla base di un'attività lucrativa corrispondente a un grado d'occupazione del 100 per cento;
- b. il reddito con invalidità è calcolato sulla base di un'attività lucrativa corrispondente a un grado d'occupazione del 100 per cento e adeguato alla capacità funzionale determinante;
- c. la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido.

³ Per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete:

- a. viene determinata la quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete rispetto alla situazione senza invalidità;
- b. la quota di cui alla lettera a viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione di cui al capoverso 2 lettera c e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno.

Art. 32 cpv. 1

¹ Gli articoli 50–53^{bis} OAVS²⁰ sono applicabili per analogia alle rendite ordinarie dell'assicurazione per l'invalidità. Al posto delle tavole delle rendite, l'UFAS può emanare prescrizioni per la determinazione dell'ammontare delle rendite.

²⁰ RS 831.101

Art. 33bis cpv. 2

² La riduzione delle rendite per figli nel caso delle rendite AI con una percentuale inferiore al 100 per cento di una rendita intera AI è calcolata in funzione della riduzione della rendita intera.

Art. 38 cpv. 2

² *Abrogato*

Art. 39e cpv. 5

⁵ I contributi concessi dall'assicurazione per l'invalidità per la sorveglianza di lunga durata secondo l'articolo 3^{quinqies} capoverso 3 sono dedotti proporzionalmente dal bisogno di aiuto secondo l'articolo 39 *c* lettera h.

Art. 39f cpv. 1–3

¹ Il contributo per l'assistenza ammonta a 33.50 franchi all'ora.

² Se le prestazioni di aiuto necessarie negli ambiti di cui all'articolo 39*c* lettere e–g richiedono qualifiche particolari dell'assistente, il contributo per l'assistenza ammonta a 50.20 franchi all'ora.

³ L'ufficio AI stabilisce il contributo per l'assistenza per il servizio notturno in modo forfettario, in base all'intensità delle prestazioni di aiuto da fornire. L'importo massimo del contributo ammonta a 160.50 franchi per notte.

Art. 39i cpv. 2–2^{ter}

² Possono essere fatturate le ore di lavoro effettivamente prestate dall'assistente durante il giorno e quelle computate in applicazione dell'articolo 39*h*.

^{2bis} Per notte può essere fatturato esclusivamente l'importo forfettario previsto per il servizio notturno. Esso può essere fatturato, se l'assistente si tiene a disposizione per un intervento.

^{2ter} Gli importi forfettari non fatturati per il servizio notturno possono essere utilizzati e computati anche per il giorno. Per il computo durante il giorno, gli importi forfettari per il servizio notturno sono convertiti in ore dividendoli per la tariffa oraria di cui all'articolo 39*f* capoverso 1.

Art. 39j cpv. 2 e 3

² Se la consulenza è fornita da terzi, l'ufficio AI può accordare ogni tre anni prestazioni per un importo massimo di 1500 franchi. Dopo la richiesta di un contributo per l'assistenza e prima della sua concessione, l'importo delle prestazioni non può superare i 700 franchi.

³ Il contributo massimo per prestazioni di consulenza fornite da terzi ammonta a 75 franchi all'ora.

Art. 41 cpv. 1 lett. e–f^{ter}, k e l

¹ L'ufficio AI esegue, oltre ai compiti esplicitamente menzionati nella legge e nella presente ordinanza, anche i seguenti:

e–f^{ter}. *Abrogate*

k. valutare il grado d'invalidità delle persone che chiedono una prestazione complementare secondo l'articolo 4 capoverso 1 lettera d della legge federale del 6 ottobre 2006²¹ sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità;

l. *Abrogata*

Inserire gli art. 41a e 41b prima del titolo della sezione III

Art. 41a Gestione dei casi

¹ Nell'esecuzione dei compiti affidati loro dalla legge e dalla presente ordinanza, gli uffici AI provvedono a una gestione dei casi continua e uniforme.

² La gestione dei casi comprende:

- a. l'analisi della situazione del momento;
- b. la pianificazione delle tappe successive;
- c. l'accompagnamento e la sorveglianza delle prestazioni concesse dall'assicurazione per l'invalidità; e
- d. il coordinamento, interno ed esterno, con le persone e i servizi coinvolti.

³ Gli uffici AI decidono individualmente la natura, la durata e l'entità della gestione dei casi.

⁴ Un accompagnamento personale e attivo da parte dell'ufficio AI nell'ambito della gestione dei casi è effettuato per i provvedimenti sanitari di cui agli articoli 12 e 13 LAI soltanto con il consenso dell'assicurato o del suo rappresentante legale.

⁵ Nel singolo caso, per l'esecuzione della gestione dei casi per i provvedimenti sanitari gli uffici AI possono ricorrere a terzi idonei.

Art. 41b Elenco pubblico dei periti incaricati

¹ L'elenco secondo l'articolo 57 capoverso 1 lettera n LAI contiene i seguenti dati:

- a. in caso di perizie monodisciplinari, per ogni perito incaricato: cognome, nome, disciplina medica e indirizzo;
- b. in caso di perizie bidisciplinari, per ciascuno dei due periti incaricati di tali perizie (coppia di periti): cognome, nome, disciplina medica e indirizzo;
- c. in caso di perizie bidisciplinari e pluridisciplinari, per ogni centro peritale incaricato: nome, forma giuridica e indirizzo;

²¹ RS 831.30

- d. per ogni perito, coppia di periti e centro peritale:
1. il numero di perizie commissionate, ripartite in perizie monodisciplinari, bidisciplinari e pluridisciplinari,
 2. le incapacità al lavoro attestate nelle perizie pervenute, in percentuale di un posto a tempo pieno, nell'attività precedentemente svolta e in un'attività adattata nonché nell'ambito delle mansioni consuete; in caso di perizie bidisciplinari e pluridisciplinari, le indicazioni vanno fornite conformemente alla valutazione consensuale di tutti i periti coinvolti,
 3. il numero delle perizie che sono state oggetto di una decisione di un tribunale cantonale delle assicurazioni, del Tribunale amministrativo federale o del Tribunale federale, ripartite in base al valore probatorio, pieno, parziale o nullo, riconosciuto alla perizia dal tribunale, e
 4. il rimborso complessivo in franchi.

² L'elenco contiene i dati per anno civile ed è pubblicato il 1° marzo dell'anno successivo.

³ L'UFAS elabora una panoramica a livello nazionale sulla base degli elenchi degli uffici AI. La panoramica è pubblicata il 1° luglio.

Art. 49 cpv. 1^{bis}

^{1bis} Nello stabilire la capacità funzionale (art. 54a cpv. 3 LAI) va considerata e motivata la capacità al lavoro attestata a livello medico nell'attività precedentemente svolta e nelle attività adattate, tenendo conto di tutte le risorse fisiche, psichiche e mentali nonché delle limitazioni, in termini qualitativi e quantitativi.

Art. 52 cpv. 1

¹ Per garantire l'efficacia, la qualità e l'uniformità dell'adempimento dei compiti di cui agli articoli 54a capoverso 1 e 57 LAI, l'Ufficio federale conclude con ogni ufficio AI cantonale una convenzione sugli obiettivi. La convenzione precisa in particolare l'efficacia e la qualità da raggiungere, nonché le modalità del rendiconto.

Art. 53 cpv. 1 e 2

¹ L'UFAS esercita la vigilanza finanziaria sugli uffici AI cantonali.

² Gli uffici AI devono sottoporre all'UFAS per approvazione, secondo le direttive di quest'ultimo, le spese d'esercizio e gli investimenti mediante il preventivo, il piano finanziario per i tre anni successivi e il conto annuale. L'UFAS può esigere dagli uffici AI e dalle casse di compensazione ulteriori documenti necessari per l'esercizio della vigilanza.

Art. 55 cpv. 1

¹ L'UFAS decide sulle spese rimborsabili conformemente all'articolo 67 capoverso 1 lettera a LAI ed emana le direttive necessarie a tal fine.

Art. 56 Locali per gli organi d'esecuzione

¹ L'UFAS incarica il Fondo di compensazione AVS/AI/IPG (compenswiss) di acquistare, costruire o vendere, con imputazione ai conti ordinari dell'AI, i locali per gli organi d'esecuzione dell'assicurazione per l'invalidità. Questi locali fanno parte degli attivi dell'assicurazione per l'invalidità.

² L'usufrutto è disciplinato in un contratto di diritto pubblico stipulato tra l'ufficio AI e compenswiss. Il contratto stabilisce almeno i dettagli relativi all'utilizzo degli immobili e l'indennità. L'UFAS disciplina i dettagli dell'usufrutto necessari e approva i contratti.

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

^{1bis} Se non esercita direttamente il diritto alle prestazioni, l'assicurato deve autorizzare le persone e i servizi menzionati all'articolo 6a LAI a fornire agli organi dell'assicurazione per l'invalidità tutte le informazioni necessarie e a mettere a loro disposizione tutti i documenti necessari per accertare il diritto alle prestazioni e il diritto al regresso.

² Se l'assicurato è incapace di discernimento, il suo rappresentante legale accorda l'autorizzazione di cui all'articolo 6a LAI firmando la comunicazione.

Art. 69 cpv. 2

² *Concerne soltanto il testo francese*

Art. 70

Abrogato

Art. 72^{bis}, rubrica e cpv. 1^{bis}

Perizie mediche bidisciplinari e pluridisciplinari

^{1bis} Le perizie che interessano due discipline mediche devono essere eseguite da un centro peritale o da una coppia di periti con cui l'UFAS ha concluso una convenzione.

Art. 72^{ter} Tariffazione

Gli uffici AI possono concludere con i fornitori di prestazioni convenzioni per il rimborso delle spese dei provvedimenti d'accertamento di cui all'articolo 43 LPGa, se non è stata conclusa alcuna convenzione tariffale superiore. È applicabile l'articolo 24^{sexies}.

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

¹ Il preavviso di cui all'articolo 57a LAI concerne unicamente questioni che secondo l'articolo 57 capoverso 1 lettere d e f-i LAI rientrano nei compiti degli uffici AI.

² Il preavviso è notificato segnatamente:

- e. al competente assicuratore-malattie secondo gli articoli 2 e 3 della legge del 26 settembre 2014²² sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (assicuratore-malattie ai sensi della LVAMal), se è tenuto a versare prestazioni;

Art. 73^{ter} cpv. 1

¹ *Abrogato*

Art. 74^{ter}, frase introduttiva

Se le condizioni per l'assegnazione di una prestazione sono manifestamente adempiute e tutte le richieste dell'assicurato sono accolte, le seguenti prestazioni possono essere accordate o protrate senza la notificazione di un preavviso o di una decisione (art. 58 LAI):

Art. 78 cpv. 3

³ *Abrogato*

Art. 79 cpv. 5

⁵ L'UFAS emana direttive in merito alla presentazione delle fatture secondo l'articolo 27^{ter} LAI nonché alla trasmissione, alla verifica e al pagamento delle medesime.

Inserire gli art. 79^{ter}–79^{sexies} prima del titolo della sezione II

Art. 79^{ter} Disposizioni generali per la fatturazione dei provvedimenti sanitari

¹ I fornitori di prestazioni devono fornire nelle loro fatture tutte le indicazioni amministrative e mediche necessarie alla verifica del calcolo della remunerazione e dell'economicità delle prestazioni conformemente all'articolo 27^{ter} capoverso 1 LAI. Devono fornire in particolare le indicazioni seguenti:

- a. le date delle cure o delle prestazioni fornite;
- b. le prestazioni fornite, dettagliate secondo la tariffa determinante e le relative posizioni tariffali;
- c. le diagnosi e le procedure necessarie al calcolo della tariffa applicabile;
- d. il numero e la data della decisione o della comunicazione;
- e. il numero d'assicurato ai sensi della LAVS²³;
- f. in caso di cure ospedaliere, le quote a carico del Cantone e dell'assicurazione per l'invalidità.

²² RS 832.12

²³ RS 831.10

² Il fornitore di prestazioni emette due fatture separate per le prestazioni a carico dell'assicurazione per l'invalidità e per le altre prestazioni.

³ Per le analisi, la fatturazione è effettuata esclusivamente dal laboratorio che ha eseguito l'analisi. Sono fatte salve le tariffe forfettarie.

⁴ Il fornitore di prestazioni fa pervenire all'assicurato una copia della fattura. Questa può essere inviata in formato cartaceo o per via elettronica.

Art. 79^{quater} Fatturazione nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG

¹ Nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG (*Diagnosis Related Groups*) il fornitore di prestazioni deve fornire un numero d'identificazione unico per gli insiemi di dati con le indicazioni amministrative e mediche ai sensi dell'articolo 79^{ter}. La struttura dell'insieme dei dati deve rispettare la struttura uniforme valida in tutta la Svizzera stabilita dal DFI secondo l'articolo 59a capoverso 1 OAMa²⁴.

² Le diagnosi e le procedure ai sensi dell'articolo 79^{ter} capoverso 1 devono essere codificate conformemente alle classificazioni menzionate per la statistica medica degli stabilimenti ospedalieri alla cifra 62 dell'allegato dell'ordinanza del 30 giugno 1993²⁵ sulle rilevazioni statistiche.

³ Il fornitore di prestazioni trasmette contemporaneamente alla fattura gli insiemi di dati con le indicazioni amministrative e mediche secondo l'articolo 79^{ter} capoverso 1 all'assicurazione per l'invalidità.

⁴ L'ufficio AI determina per quali fatture è necessario un esame più approfondito.

Art. 79^{quinquies} Fatturazione nel settore ambulatoriale e nel settore della riabilitazione medica

Per il settore ambulatoriale e il settore della riabilitazione medica è applicabile l'articolo 59a^{bis} OAMa²⁶.

Art. 79^{sexies} Fatturazione dei provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale, dei provvedimenti professionali e degli accertamenti

¹ I fornitori di provvedimenti secondo gli articoli 14a–18 LAI e l'articolo 43 LPGa devono fornire nelle loro fatture tutte le indicazioni amministrative necessarie alla verifica del calcolo del rimborso e dell'economicità delle prestazioni conformemente all'articolo 27^{ter} capoverso 1 LAI.

² I fornitori di prestazioni fanno pervenire all'assicurato una copia della fattura. Questa può essere inviata in formato cartaceo o per via elettronica.

²⁴ RS 832.102

²⁵ RS 431.012.1

²⁶ RS 832.102

Art. 80 cpv. 1bis

^{1bis} Fatto salvo l'articolo 24^{quater} LAI, in caso di prima formazione professionale, le indennità giornaliere sono versate:

- a. al centro o all'istituzione di formazione, che le riversa all'assicurato;
- b. direttamente all'assicurato, se svolge una formazione professionale superiore o frequenta una scuola universitaria.

Art. 88^{ter} Annuncio agli assicuratori-malattie ai sensi della LVAMal

Se una persona assicurata presso un assicuratore-malattie ai sensi della LVAMal chiede all'assicurazione per l'invalidità provvedimenti sanitari, il competente ufficio AI ne informa l'assicuratore-malattie ai sensi della LVAMal interessato.

Art. 88^{quater} Notificazione delle decisioni degli uffici AI e diritto di ricorso degli assicuratori-malattie ai sensi della LVAMal

All'assicuratore-malattie ai sensi della LVAMal che ha informato l'ufficio AI o la cassa di compensazione competente di aver prestato garanzia di pagamento o di aver effettuato un pagamento per un assicurato annunciatogli, va notificata la decisione di accordo o di rifiuto delle prestazioni.

*Titolo prima dell'art. 88^{sexies}***Capo sesto a:****Rapporti con l'assicurazione contro gli infortuni in relazione alle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF***Inserire gli art. 88^{sexies}–88^{octies} prima del titolo del capo settimo**Art. 88^{sexies}* Principio dell'assicurazione contro gli infortuni delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF

I dettagli e la procedura dell'assicurazione contro gli infortuni delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF²⁷ sono retti dalla legislazione sull'assicurazione contro gli infortuni.

Art. 88^{septies} Somma dei salari

¹ L'Ufficio centrale di compensazione comunica all'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI) la somma dei salari provvisoria e quella definitiva su cui si basa il calcolo dei premi dell'assicurazione contro gli infortuni delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF²⁸.

² L'Ufficio centrale di compensazione indica la somma dei salari separatamente per ogni ufficio AI.

²⁷ RS 832.20

²⁸ RS 832.20

Art. 88^{octies} Pagamento del premio

¹ L'INSAI sottopone per approvazione all'UFAS la fattura secondo l'articolo 132c dell'ordinanza del 20 dicembre 1982²⁹ sull'assicurazione contro gli infortuni.

² Dopo l'approvazione, l'Ufficio centrale di compensazione paga il premio all'INSAI.

Art. 89^{ter} cpv. 1

¹ Le decisioni dei tribunali arbitrali cantonali (art. 27^{quinquies} LAI) sono notificate all'UFAS.

Art. 90 cpv. 2 e 2^{bis}

² Sono rimborsate le spese corrispondenti al costo dei tragitti effettuati mediante i mezzi di trasporto delle imprese pubbliche per l'itinerario più diretto. Se l'assicurato, a causa dell'invalidità, deve tuttavia utilizzare un altro mezzo di trasporto, gli vengono riscalcate le relative spese.

^{2bis} Le spese di viaggio non sono rimborsate, se l'assicurato beneficia di uno dei seguenti provvedimenti d'integrazione:

- a. fornitura di personale a prestito (art. 18a^{bis} LAI);
- b. assegno per il periodo d'introduzione (art. 18b LAI);
- c. aiuto in capitale (art. 18d LAI).

Art. 91 cpv. 1

¹ Ad un assicurato che, in seguito a un accertamento dell'obbligo da parte dell'assicurazione per l'invalidità di versargli prestazioni, subisce una perdita di guadagno in giorni per i quali non ha diritto ad indennità giornaliera della stessa, l'assicurazione per l'invalidità versa, in caso di perdita di guadagno comprovata, un'indennità giornaliera pari al 30 per cento dell'importo massimo del guadagno giornaliero assicurato conformemente alla LAINF³⁰.

Art. 96^{bis} Requisiti minimi per le convenzioni con gli organi d'esecuzione cantonali

¹ Gli uffici AI e gli organi d'esecuzione cantonali di cui all'articolo 68^{bis} capoverso 1 lettera d LAI stabiliscono nelle convenzioni di cui all'articolo 68^{bis} capoversi 1^{bis} e 1^{ter} LAI almeno le prestazioni, il gruppo target, le competenze e la verifica dei contenuti delle convenzioni. Verificano il rispetto delle convenzioni.

² L'UFAS precisa i requisiti minimi e valuta l'attuazione dell'articolo 68^{bis} capoversi 1^{bis} e 1^{ter} LAI. Gli uffici AI sono tenuti a informare in qualsiasi momento l'UFAS e gli uffici di revisione sull'utilizzazione dei sussidi e a consentire loro la consultazione dei propri documenti commerciali determinanti.

²⁹ RS 832.202

³⁰ RS 832.20

Art. 96^{ter} Contributi all'organo di coordinamento cantonale

¹ L'organo di coordinamento cantonale riceve contributi in particolare per:

- a. la collaborazione con l'ufficio AI;
- b. il rilevamento tempestivo e l'accompagnamento di giovani con un danno alla salute.

² L'UFAS stabilisce i contributi per ciascun ufficio AI in funzione della quota della popolazione cantonale residente permanente di età compresa tra i 13 e i 25 anni e aggiorna la chiave di ripartizione ogni quattro anni.

³ Gli uffici AI possono richiedere all'UFAS contributi compresi tra 50 000 e 400 000 franchi per il cofinanziamento secondo l'articolo 68^{bis} capoverso 1^{bis} LAI, se sono adempiute le seguenti condizioni:

- a. il Cantone interessato presenta la quota della popolazione residente permanente di età compresa tra i 13 e i 25 anni necessaria per il contributo auspicato; e
- b. il contributo finanziario dell'AI ammonta a non più di un terzo delle spese per il personale dell'organo cantonale.

Art. 96^{quater} Formazioni transitorie cantonali

¹ Sono considerate provvedimenti volti a preparare a una prima formazione professionale secondo l'articolo 68^{bis} capoverso 1^{er} LAI le formazioni transitorie cantonali svolte in virtù dell'articolo 12 LFPr³¹ che prevedono una prestazione supplementare per le persone di età inferiore ai 25 anni che soffrono di un danno alla salute e hanno richiesto una prestazione dell'AI.

² Se è stata conclusa una convenzione secondo l'articolo 96^{bis}, l'ufficio AI può partecipare al massimo a un terzo dei costi dei provvedimenti preparatori cantonali di cui al capoverso 1.

³ I provvedimenti volti a preparare a una prima formazione professionale secondo l'articolo 68^{bis} capoverso 1^{er} LAI sono svolti dopo la conclusione dell'obbligo scolastico e principalmente presso strutture di formazione professionale ordinarie. Analogamente a quanto previsto all'articolo 7 capoverso 2 dell'ordinanza del 19 novembre 2003³² sulla formazione professionale, durano al massimo un anno.

Inserire gli art. 98^{bis}–98^{quater} prima del titolo del capo ottavo

Art. 98^{bis} Imprese ai sensi dell'articolo 68^{quinquies} LAI

Sono considerate imprese ai sensi dell'articolo 68^{quinquies} LAI soltanto le imprese del mercato del lavoro primario. Gli stabilimenti e i laboratori di cui all'articolo 27 LAI sono esclusi.

³¹ RS 412.10

³² RS 412.101

Art. 98ter Convenzioni di collaborazione: competenza e procedura

¹ Il DFI è responsabile per la conclusione delle convenzioni di collaborazione con le associazioni mantello del mondo del lavoro ai sensi dell'articolo 68^{sexies} LAI.

² Sono considerate associazioni mantello del mondo del lavoro soltanto le associazioni mantello attive a livello nazionale o di regione linguistica.

³ Le associazioni mantello del mondo del lavoro presentano all'UFAS una richiesta di convenzione di collaborazione. L'UFAS mette a disposizione un modulo a tal fine.

⁴ Prima di concludere una convenzione di collaborazione, il DFI consulta la Commissione federale AVS/AI.

Art. 98quater Convenzioni di collaborazione: contenuto

¹ Le convenzioni di collaborazione contengono come minimo disposizioni concernenti:

- a. lo scopo;
- b. i provvedimenti e il loro finanziamento;
- c. le modalità di esecuzione e accompagnamento dei provvedimenti nonché l'analisi dei loro effetti;
- d. la durata, il rinnovo e la disdetta della convenzione.

² I provvedimenti previsti dalle convenzioni di collaborazione non possono derogare alle disposizioni della LAI e devono essere eseguiti a livello nazionale o di regione linguistica.

³ Se una convenzione di collaborazione prevede la partecipazione dell'assicurazione per l'invalidità al finanziamento dei provvedimenti, devono essere rispettate le condizioni della legge del 5 ottobre 1990³³ sui sussidi.

II

*Disposizioni transitorie della modifica del 3 novembre 2021**a. Indennità giornaliera*

Per l'esame del diritto alle indennità giornaliera è determinante l'inizio effettivo del provvedimento.

b. Valutazione del grado d'invalidità

Se a un assicurato che a causa dell'invalidità non ha potuto acquisire conoscenze professionali sufficienti è stata concessa una rendita AI prima dell'entrata in vigore della modifica del 3 novembre 2021 e al momento dell'entrata in vigore della modifica del 3 novembre 2021 l'assicurato non ha ancora compiuto il 30° anno di età, il diritto alla rendita AI deve essere sottoposto a revisione entro un anno in base alle nuove dispo-

³³ RS 616.1

sizioni. Sono esclusi gli assicurati che percepiscono già una rendita intera. Un eventuale aumento della rendita è effettuato al momento dell'entrata in vigore della modifica del 3 novembre 2021

c. Sistema di rendite

Se a uno dei coniugi si applicano le lettere b e c delle disposizioni transitorie della modifica del 19 giugno 2020³⁴ della LAI, la riduzione delle due rendite AI della coppia secondo l'articolo 37 capoverso 1^{bis} LAI si basa, in deroga all'articolo 32 capoverso 2, sul diritto del coniuge che presenta la rendita AI con la percentuale più elevata di una rendita AI intera.

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

L'importo di un contributo per l'assistenza per il servizio notturno il cui diritto è nato prima dell'entrata in vigore della modifica del 3 novembre 2021 è adeguato in base alla modifica. L'adeguamento dell'importo del contributo per l'assistenza per il servizio notturno ha effetto dal momento dell'entrata in vigore della modifica del 3 novembre 2021

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

Le convenzioni esistenti concluse tra l'UFAS e il titolare dell'omologazione prima dell'entrata in vigore della modifica del 3 novembre 2021 restano applicabili fino all'ammissione del medicamento nell'elenco delle specialità per le infermità congenite o nell'elenco delle specialità.

III

L'abrogazione e la modifica di altri atti normativi sono disciplinate nell'allegato.

IV

La presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 2022.

3 novembre 2021

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Guy Parmelin
Il cancelliere della Confederazione, Walter Thurnherr

³⁴ RU 2021 338

Allegato
(cifra III)

Abrogazione di un altro atto normativo

L'ordinanza del 9 dicembre 1985³⁵ sulle infermità congenite è abrogata.

Modifica di altri atti normativi

Le ordinanze qui appresso sono modificate come segue:

1. Ordinanza dell'11 settembre 2002³⁶ sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali

Art. 5 cpv. 2 lett. c

² Per il calcolo delle spese riconosciute ai sensi del capoverso 1 sono computati:

- c. per tutti: quale importo forfettario per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il premio massimo per la rispettiva categoria secondo la versione vigente dell'ordinanza del Dipartimento federale dell'interno (DFI) sui premi medi cantonali e regionali dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie per il calcolo delle prestazioni complementari.

Titolo dopo l'art. 7i

Sezione 2a: Perizie

Art. 7j Tentativo di conciliazione

¹ Se una parte ricusa un perito secondo l'articolo 44 capoverso 2 LPG, l'assicuratore deve verificare i motivi di ricasazione. Se non ne sussistono, occorre effettuare un tentativo di conciliazione.

² Il tentativo di conciliazione può essere effettuato in forma orale o scritta e deve essere documentato negli atti.

³ In caso di attribuzione di un mandato peritale con metodo aleatorio non va effettuato alcun tentativo di conciliazione.

³⁵ RU 1986 46; 1989 2367; 1993 2835; 1994 2253; 1995 5244; 1997 2226; 1998 2731; 1999 2402; 2000 2754; 2002 4232; 2004 4811, 4977; 2009 6553; 2012 801; 2016 605

³⁶ RS 830.11

Art. 7k Registrazione del colloquio su supporto audio

¹ Il colloquio secondo l'articolo 44 capoverso 6 LPGA comprende l'intero colloquio dell'esame. Questo consta dell'indagine anamnestica e della descrizione dei disturbi da parte dell'assicurato.

² All'annuncio della perizia, l'assicuratore deve informare l'assicurato circa la registrazione secondo l'articolo 44 capoverso 6 LPGA, il suo scopo e la possibilità di rinunciarvi.

³ L'assicurato può, mediante una dichiarazione scritta rivolta agli organi esecutivi:

- a. rinunciare alla registrazione, prima della perizia;
- b. chiedere la distruzione della registrazione, nei dieci giorni successivi al colloquio.

⁴ Prima del colloquio l'assicurato può comunicare all'organo esecutivo la revoca della rinuncia di cui al capoverso 3 lettera a.

⁵ La registrazione su supporto audio deve essere effettuata dal perito secondo prescrizioni tecniche semplici. Gli assicuratori vegliano affinché le prescrizioni tecniche nei mandati peritali siano uniformi. Il perito deve garantire che la registrazione del colloquio sia effettuata correttamente dal punto di vista tecnico.

⁶ L'inizio e la fine del colloquio devono essere confermati oralmente sia dall'assicurato che dal perito, indicando i rispettivi orari all'inizio e alla fine della registrazione su supporto audio. Le interruzioni della registrazione su supporto audio devono essere confermate nello stesso modo.

⁷ I periti e i centri peritali trasmettono all'assicuratore le registrazioni su supporto audio in forma elettronica sicura insieme con la perizia.

⁸ Se, dopo aver ascoltato la registrazione su supporto audio e constatato difetti tecnici, l'assicurato contesta la verificabilità della perizia, l'organo esecutivo e l'assicurato tentano di accordarsi su come procedere.

Art. 7l Impiego e distruzione della registrazione del colloquio su supporto audio

¹ La registrazione su supporto audio può essere ascoltata dall'assicurato, dall'assicuratore committente e dalle autorità decisionali soltanto nel quadro di una procedura amministrativa, di una procedura d'opposizione (art. 52 LPGA), in sede di revisione e riconsiderazione (art. 53 LPGA), nel quadro del contenzioso (art. 56 e 62 LPGA) nonché nel quadro della procedura di preavviso di cui all'articolo 57a della legge federale del 19 giugno 1959³⁷ sull'assicurazione per l'invalidità.

² La Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche può ascoltare la registrazione su supporto audio nel quadro dello svolgimento dei propri compiti secondo l'articolo 7p capoversi 4 e 5.

³ Non appena la procedura per la quale è stata commissionata la perizia è conclusa e la relativa decisione è passata in giudicato, l'assicuratore può distruggere la registrazione su supporto audio, d'intesa con l'assicurato.

Art. 7m Requisiti per i periti

¹ I periti medici possono allestire perizie secondo l'articolo 44 capoverso 1 LPGA, se:

- a. dispongono di un titolo di perfezionamento secondo l'articolo 2 capoverso 1 lettere b e c dell'ordinanza del 27 giugno 2007³⁸ sulle professioni mediche;
- b. sono iscritti nel registro di cui all'articolo 51 capoverso 1 della legge del 23 giugno 2006³⁹ sulle professioni mediche;
- c. sono in possesso di un'autorizzazione valida all'esercizio della professione o hanno adempiuto l'obbligo di annunciarsi, se questo è necessario secondo l'articolo 34 o 35 della legge sulle professioni mediche; e
- d. dispongono di almeno cinque anni di esperienza clinica.

² I medici specialisti in medicina interna generale, psichiatria e psicoterapia, neurologia, reumatologia, ortopedia, chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore devono disporre del certificato dell'associazione Medicina assicurativa svizzera (Swiss Insurance Medicine, SIM). Sono esclusi i primari e i medici responsabili di servizi di cliniche universitarie.

³ I periti in neuropsicologia devono adempiere i requisiti di cui all'articolo 50b dell'ordinanza del 27 giugno 1995⁴⁰ sull'assicurazione malattie (OAMal).

⁴ Con il consenso dell'assicurato, è possibile derogare a singoli requisiti di cui ai capoversi 1–3, se questo è oggettivamente necessario.

⁵ Nell'ambito della formazione, del perfezionamento e dell'aggiornamento, possono allestire perizie anche le persone che non adempiono ancora tutti i requisiti di cui ai capoversi 1–3. L'allestimento delle perizie avviene sotto la supervisione diretta e personale di medici specialisti o neuropsicologi che adempiono i requisiti di cui ai capoversi 1–3.

Art. 7n Inoltro della documentazione

I periti e i centri peritali devono far pervenire agli assicuratori e agli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali e dei tribunali competenti, su richiesta, i documenti necessari per una verifica dei requisiti professionali e delle prescrizioni qualitative.

Art. 7o Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche: composizione

La Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche si compone del presidente e di un collegio di altri 12 membri. Quest'ultimo si compone di:

³⁸ RS 811.112.0

³⁹ RS 811.11

⁴⁰ RS 832.102

- a. due rappresentanti delle assicurazioni sociali;
- b. un rappresentante dei centri peritali;
- c. tre rappresentanti del corpo medico;
- d. un rappresentante dei neuropsicologi;
- e. due rappresentanti del settore scientifico;
- f. un rappresentante dell'associazione Medicina assicurativa svizzera;
- g. due rappresentanti delle organizzazioni dei pazienti e di aiuto ai disabili.

Art. 7p Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche: compiti

¹ La Commissione elabora raccomandazioni concernenti:

- a. i requisiti e i criteri qualitativi per la procedura di allestimento delle perizie;
- b. i criteri per l'attività nonché la formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento dei periti;
- c. i criteri per l'abilitazione dei centri peritali e la loro attività;
- d. i criteri e gli strumenti per la valutazione della qualità delle perizie.

² La Commissione sorveglia il rispetto dei criteri di cui alle lettere a–d da parte dei periti e dei centri peritali e può elaborare raccomandazioni sulla base di questa sorveglianza.

³ Pubblica le raccomandazioni.

⁴ Può esigere che gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali le forniscano le perizie e i documenti necessari per la sorveglianza dell'adempimento dei criteri di cui al capoverso 1.

⁵ Se gli assicuratori o gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali constatano l'inadempimento sistematico dei criteri di cui al capoverso 1 da parte di centri peritali, possono inoltrare alla Commissione le perizie e i documenti necessari per una valutazione della qualità.

Art. 7q Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche: organizzazione

¹ La Commissione si dota di un regolamento. Tale regolamento disciplina segnatamente:

- a. il metodo di lavoro della Commissione;
- b. la partecipazione di periti a lavori di ricerca scientifica o allo svolgimento di valutazioni;
- c. il resoconto sulle attività e sulle raccomandazioni della Commissione.

² Il regolamento è sottoposto all'approvazione del DFI.

³ La segreteria della Commissione è subordinata al presidente della Commissione dal punto di vista tecnico e all'UFAS dal punto di vista amministrativo.

⁴ Il presidente e gli altri membri della Commissione e i collaboratori della segreteria sono tenuti all'obbligo del segreto secondo l'articolo 33 LPGa.

Disposizione transitoria della modifica del 3 novembre 2021

Se è necessario un certificato della SIM secondo l'articolo 7m capoverso 2, questo deve essere conseguito entro cinque anni dall'entrata in vigore della modifica del 3 novembre 2021.

2. Ordinanza del 31 ottobre 1947⁴¹ sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti

Art. 51 cpv. 5

⁵ Se il coniuge ha diritto a una rendita d'invalidità per un grado d'invalidità del 50 per cento o inferiore, la metà del reddito annuo medio determinante è aggiunta al reddito del coniuge invalido.

Titolo prima dell'art. 222

Capo nono:

Aiuti finanziari per la promozione dell'assistenza alle persone anziane

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

¹ Hanno diritto agli aiuti finanziari secondo l'articolo 3 capoverso 1 della legge del 5 ottobre 1990⁴² sui sussidi le organizzazioni private di utilità pubblica attive a livello nazionale che:

³ L'assicurazione partecipa agli aiuti finanziari versati dall'assicurazione per l'invalidità alle organizzazioni private d'aiuto agli invalidi secondo gli articoli 108–110 OAI⁴³, se queste organizzazioni forniscono in misura rilevante prestazioni in favore delle persone che hanno subito un danno alla salute dopo aver raggiunto l'età di pensionamento. L'ammontare della partecipazione dell'assicurazione è stabilito in funzione delle prestazioni effettivamente fornite a questa categoria di persone.

Art. 223 **Versamento degli aiuti finanziari**

¹ Gli aiuti finanziari per i compiti di cui all'articolo 101^{bis} capoverso 1 lettere a e b LAVS sono versati in funzione del numero di prestazioni fornite. Per le prestazioni

⁴¹ RS 831.101

⁴² RS 616.1

⁴³ RS 831.201

fornite a domicilio o in relazione con il domicilio possono essere versati aiuti finanziari soltanto se le prestazioni sono fornite da volontari.

² Gli aiuti finanziari per i compiti permanenti di cui all'articolo 101^{bis} capoverso 1 lettera c LAVS sono versati sotto forma di importi forfettari. Per progetti di sviluppo di durata limitata possono essere concessi aiuti finanziari a titolo supplementare.

³ Gli aiuti finanziari per i compiti di cui all'articolo 101^{bis} capoverso 1 lettere d LAVS sono versati in funzione del numero di prestazioni fornite. I requisiti per la formazione continua del personale ausiliario sono disciplinati nel contratto di prestazioni.

⁴ L'Ufficio federale stabilisce le basi di calcolo nei contratti di prestazioni e può subordinare il versamento degli aiuti finanziari a condizioni ed obblighi.

Art. 224 Ammontare degli aiuti finanziari

¹ Gli aiuti finanziari sono versati soltanto per prestazioni appropriate, conformi ai bisogni, efficaci ed economiche. L'ammontare degli aiuti finanziari è fissato in funzione del volume e della portata del campo d'attività dell'organizzazione. Si tiene conto della sua capacità economica e degli oneri che può ragionevolmente sostenere, nonché delle prestazioni finanziarie di terzi.

² Sono computati soltanto i costi effettivi. Di regola, gli aiuti finanziari coprono al massimo il 50 per cento dei costi effettivi. Questo limite può essere aumentato fino all'80 per cento in casi eccezionali, se un'organizzazione, in considerazione della sua struttura e dei suoi scopi, ha possibilità di finanziamento limitate e la Confederazione ha un interesse particolare allo svolgimento di un compito.

Art. 224^{bis} Importo massimo per il versamento degli aiuti finanziari

¹ Il Consiglio federale fissa ogni quattro anni, tenendo conto del rincaro, l'importo massimo annuo per il versamento degli aiuti finanziari alle organizzazioni per l'assistenza alle persone anziane e la partecipazione finanziaria dell'assicurazione alle prestazioni dell'aiuto privato agli invalidi secondo l'articolo 222 capoverso 3.

² L'Ufficio federale stabilisce le basi per la fissazione dell'importo massimo. Verifica l'appropriatezza, l'economicità e l'efficacia degli aiuti finanziari concessi e determina il bisogno.

³ I mandati esterni conferiti per verificare l'appropriatezza, l'economicità e l'efficacia degli aiuti finanziari e per determinare il bisogno sono a carico dell'assicurazione. Sull'arco di quattro anni, i costi non possono superare lo 0,3 per cento del volume complessivo annuo degli aiuti finanziari versati.

Art. 224^{ter} Ordine di priorità

¹ Se i finanziamenti richiesti superano l'importo dei mezzi disponibili, questi ultimi vengono attribuiti secondo le seguenti priorità:

- a. lavori necessari per il coordinamento dei diversi campi di attività e operatori dell'assistenza alle persone anziane a livello nazionale;

- b. lavori di sviluppo che forniscono contributi sostanziali al miglioramento dell'assistenza alle persone anziane a livello nazionale;
- c. formazioni continue per il personale ausiliario;
- d. prestazioni di consulenza per le persone anziane e i loro familiari;
- e. ulteriori prestazioni destinate in particolare a persone vulnerabili;
- f. altre prestazioni.

² L'Ufficio federale disciplina i dettagli.

Art. 225 Procedura

¹ Le organizzazioni che richiedono aiuti finanziari dovranno fornire indicazioni sull'organizzazione, sul programma di attività e sulla situazione finanziaria.

² L'Ufficio federale stabilisce quali documenti devono essere presentati in vista della conclusione di un contratto di prestazioni.

³ Stabilisce quali documenti devono essere presentati dall'organizzazione, vigente il contratto, e fissa i termini. Prima della loro scadenza, questi termini possono essere prorogati dietro richiesta scritta debitamente motivata. L'inosservanza, senza motivo valido, dei termini ordinari o prorogati comporta una riduzione degli aiuti finanziari di un quinto per ritardi fino a un mese e di un altro quinto per ogni ulteriore mese di ritardo.

⁴ L'Ufficio federale esamina i documenti e stabilisce gli aiuti finanziari dovuti. Può essere concordato il versamento di acconti.

⁵ L'organizzazione è tenuta ad informare in qualsiasi momento l'Ufficio federale circa l'impiego degli aiuti finanziari e a garantire agli organi di controllo l'accesso alla contabilità analitica.

3. Ordinanza del 18 aprile 1984⁴⁴ sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità

Art. 4 Salario coordinato di assicurati parzialmente invalidi (art. 8 e 34 cpv. 1 lett. b LPP)

Per le persone parzialmente invalide ai sensi della legge federale del 19 giugno 1959⁴⁵ sull'assicurazione per l'invalidità (LAI), gli importi limite fissati negli articoli 2, 7, 8 capoverso 1 e 46 LPP sono ridotti in misura corrispondente alla percentuale di rendita cui hanno diritto.

⁴⁴ RS 831.441.1

⁴⁵ RS 831.20

Art. 15 cpv. 1

¹ Se l'assicurato beneficia di una rendita parziale d'invalidità, l'istituto di previdenza divide il suo avere di vecchiaia in una parte corrispondente alla quota percentuale del diritto alla rendita e in una parte attiva.

4. Ordinanza del 27 giugno 1995⁴⁶ sull'assicurazione malattie

Art. 35 **Infermità congenite**

Il DFI provvede affinché i provvedimenti sanitari dispensati dall'assicurazione per l'invalidità in caso d'infermità congenite fino al raggiungimento del limite d'età legale siano presi a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo le condizioni di cui agli articoli 32–34 e 43–52a della legge.

Art. 65 cpv. 1^{bis}

^{1bis} Se un medicamento adempie le condizioni di ammissione nell'elenco delle specialità per le infermità congenite di cui all'articolo 3^{sexies} dell'ordinanza del 17 gennaio 1961⁴⁷ sull'assicurazione per l'invalidità (OAI), non è ammesso nell'elenco delle specialità.

Disposizioni transitorie della modifica del 3 novembre 2021

¹ L'articolo 65 capoverso 1^{bis} si applica anche alle domande di ammissione nell'elenco delle specialità pendenti presso l'UFSP al momento dell'entrata in vigore della modifica del 3 novembre 2021.

² I medicinali che adempiono le condizioni per l'ammissione nell'elenco delle specialità per le infermità congenite di cui all'articolo 3^{sexies} OAI⁴⁸ e figurano nell'elenco delle specialità sono inseriti, nel quadro del riesame di cui all'articolo 65d, in applicazione dell'articolo 65 capoverso 1^{bis}, nell'elenco delle specialità per le infermità congenite.

³ I medicinali che figurano nell'elenco dei farmaci per infermità congenite dell'elenco delle specialità sono inseriti, nel quadro del riesame di cui all'articolo 65d, nell'elenco delle specialità per le infermità congenite di cui all'articolo 3^{sexies} OAI o nell'elenco delle specialità di cui all'articolo 52 capoverso 1 lettera b della legge.

46 RS 832.102

47 RS 831.201

48 RS 831.201

5. Ordinanza del 20 dicembre 1982⁴⁹ sull'assicurazione contro gli infortuni

Art. 22 cpv. 3^{bis}

^{3bis} Se fino all'insorgenza dell'infortunio la persona assicurata aveva diritto a un'indennità giornaliera secondo la legge federale del 19 giugno 1959⁵⁰ sull'assicurazione per l'invalidità, l'indennità giornaliera corrisponde almeno all'ammontare totale dell'indennità giornaliera versata fino ad allora dall'assicurazione per l'invalidità, ma al massimo all'80 per cento dell'importo massimo del guadagno assicurato conformemente al capoverso 1. Per l'ammontare dell'indennità giornaliera delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge è determinante l'articolo 132a capoverso 1.

Art. 53 cpv. 1, frase introduttiva, 3, parte introduttiva, e 4

¹ L'infortunato o i suoi congiunti devono notificare tempestivamente l'infortunio al datore di lavoro, al servizio competente dell'assicurazione contro la disoccupazione, all'ufficio AI o all'assicuratore, fornendo informazioni riguardanti:

³ Gli assicuratori mettono a disposizione gratuitamente i formulari per la notifica dell'infortunio o della malattia professionale. Questi formulari devono essere riempiti in modo completo e conforme alla verità dal datore di lavoro, dal servizio competente dell'assicurazione contro la disoccupazione, dall'ufficio AI o dal medico curante e consegnati senza indugio all'assicuratore competente. Devono contenere in particolare le indicazioni necessarie a:

⁴ Gli assicuratori possono emanare direttive sulla notifica degli infortuni o delle malattie professionali da parte di datori di lavoro, servizi competenti dell'assicurazione contro la disoccupazione, uffici AI, lavoratori e medici.

Art. 56 Collaborazione del datore di lavoro, del servizio competente dell'assicurazione contro la disoccupazione o dell'organo esecutivo competente dell'assicurazione per l'invalidità

Il datore di lavoro, il servizio competente dell'assicurazione contro la disoccupazione o l'organo esecutivo competente dell'assicurazione per l'invalidità secondo l'articolo 53 capoverso 1 LAI⁵¹ deve dare all'assicuratore tutte le informazioni necessarie, tenere a disposizione i documenti atti a chiarire le circostanze dell'infortunio e permettere agli incaricati dell'assicuratore di accedere liberamente all'azienda.

⁴⁹ RS 832.202

⁵⁰ RS 831.20

⁵¹ RS 831.20

Art. 72 Obblighi degli assicuratori nonché dei datori di lavoro, dei servizi competenti dell'assicurazione contro gli infortuni e degli organi esecutivi competenti dell'assicurazione per l'invalidità

¹ Gli assicuratori provvedono a che i datori di lavoro, i servizi competenti dell'assicurazione contro la disoccupazione e gli organi esecutivi competenti dell'assicurazione per l'invalidità secondo l'articolo 53 capoverso 1 LAI⁵² siano sufficientemente informati in merito all'applicazione dell'assicurazione contro gli infortuni.

² I datori di lavoro, i servizi competenti dell'assicurazione contro la disoccupazione e gli organi esecutivi competenti dell'assicurazione per l'invalidità secondo l'articolo 53 capoverso 1 LAI sono obbligati a trasmettere queste informazioni ai dipendenti o alle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge e a informarli in particolare della possibilità degli accordi di prorogazione dell'assicurazione.

Titolo prima dell'art. 132

Titolo ottavo a:

Assicurazione contro gli infortuni delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge

Art. 132 Inizio e fine dell'assicurazione

¹ Per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge l'assicurazione inizia il giorno in cui comincia il provvedimento, ma in ogni caso dal momento in cui la persona si avvia per recarsi al luogo in cui esso si svolge.

² Termina allo scadere del 31° giorno susseguente a quello in cui il provvedimento è concluso.

Art. 132a Ammontare dell'indennità giornaliera

¹ L'importo netto dell'indennità giornaliera di cui all'articolo 17 capoverso 4 della legge comprende l'indennità di base secondo l'articolo 23 o 24^{ter} LAI⁵³, dedotti i contributi alle assicurazioni sociali secondo l'articolo 25 LAI.

² In aggiunta alle indennità giornaliere delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge l'assicurazione contro gli infortuni versa la prestazione per i figli di cui all'articolo 23^{bis} LAI.

³ Per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge che non hanno diritto né a un'indennità giornaliera dell'assicurazione per l'invalidità né a una rendita dell'assicurazione per l'invalidità, l'indennità giornaliera è calcolata in base al guadagno assicurato secondo l'articolo 23 capoverso 6.

⁴ Per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge l'assicurazione contro gli infortuni fornisce l'intera prestazione indipendentemente dal grado di incapacità lavorativa finché il provvedimento dell'assicurazione per l'invalidità riprende

⁵² RS 831.20

⁵³ RS 831.20

oppure potrebbe riprendere dal punto di vista medico. L'assicurazione contro gli infortuni stabilisce, d'intesa con l'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità, il momento in cui il provvedimento dell'assicurazione per l'invalidità potrebbe essere ripreso.

Art. 132b Calcolo delle rendite

¹ Per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge che percepiscono un'indennità giornaliera dell'assicurazione per l'invalidità, si considera quale guadagno assicurato per il calcolo delle rendite il reddito lavorativo su cui l'ufficio AI si è fondato per calcolare l'indennità giornaliera.

² Per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge che non hanno diritto né a un'indennità giornaliera dell'assicurazione per l'invalidità né a una rendita dell'assicurazione per l'invalidità, si considera quale guadagno assicurato per il calcolo delle rendite, dal compimento del 20° anno d'età, un guadagno annuo del 20 per cento almeno dell'importo massimo del guadagno annuo assicurato e, prima del compimento del 20° anno d'età, un guadagno annuo del 10 per cento almeno. Al compimento del 20° anno d'età il guadagno annuo viene aumentato al 20 per cento almeno dell'importo massimo del guadagno annuo assicurato.

³ Per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge che percepiscono una rendita dell'assicurazione per l'invalidità, il guadagno assicurato di cui al capoverso 2 è ridotto della percentuale del grado d'invalidità secondo l'articolo 28a LAI⁵⁴. Se è stato conseguito un guadagno ai sensi dell'articolo 15 capoverso 2 della legge più elevato, questo guadagno assicurato è considerato quale base per il calcolo della rendita.

Art. 132c Premi

¹ I premi sono fissati in per mille:

- a. dell'importo netto dell'indennità giornaliera versato dall'assicurazione per l'invalidità secondo l'articolo 132a capoverso 1;
- b. del guadagno assicurato secondo l'articolo 132b capoverso 2, per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge che non hanno diritto né a un'indennità giornaliera dell'assicurazione per l'invalidità né a una rendita dell'assicurazione per l'invalidità; e
- c. del guadagno assicurato secondo l'articolo 132b capoverso 3, per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge che percepiscono una rendita dell'assicurazione per l'invalidità.

² I premi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non professionali sono a carico dell'assicurazione per l'invalidità.

³ In base all'esperienza acquisita in materia di rischi, l'INSAI può, di propria iniziativa o su richiesta dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, modificare le aliquote dei premi con effetto dall'inizio di un mese civile.

⁵⁴ RS 831.20

⁴ Le modifiche delle aliquote dei premi devono essere comunicate mediante decisione all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali al più tardi due mesi prima della loro applicazione.

⁵ L'INSAI allestisce una statistica dei rischi relativa agli infortuni delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c della legge.

6. Ordinanza del 31 agosto 1983⁵⁵ sull'assicurazione contro la disoccupazione

Inserire prima del titolo della sezione 5

Art. 120a Procedura per il conteggio con l'assicurazione invalidità
(art. 94a LADI, art. 68^{septies} LAI)

¹ L'ufficio di compensazione dell'assicurazione contro la disoccupazione presenta all'Ufficio centrale di compensazione dell'AVS, entro la fine di gennaio dell'anno successivo, un conteggio annuale a carico del Fondo di compensazione dell'assicurazione invalidità.

² Questo conteggio deve contenere almeno i dati seguenti:

- a. indicazioni circa l'importo in franchi da rimborsare;
- b. numeri d'assicurato AVS degli assicurati;
- c. numero delle indennità giornaliere pagate;
- d. contributi alle assicurazioni sociali; e
- e. spese per i provvedimenti svolti inerenti al mercato del lavoro.

³ L'ufficio di compensazione dell'assicurazione contro la disoccupazione trasmette una copia del conteggio all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

⁴ L'Ufficio centrale di compensazione dell'AVS verifica il conteggio e rimborsa le prestazioni di cui all'articolo 94a LADI.

7. Ordinanza del 3 marzo 1997⁵⁶ sulla previdenza professionale obbligatoria dei disoccupati

Art. 3 cpv. 1

¹ Gli importi limite secondo gli articoli 2, 7 e 8 LPP sono divisi per 260,4 (importi limite giornaliere). Per le persone parzialmente invalide ai sensi della legge federale del 19 giugno 1959⁵⁷ sull'assicurazione per l'invalidità, gli importi limite fissati negli

⁵⁵ RS 837.02

⁵⁶ RS 837.174

⁵⁷ RS 831.20

articoli 2, 7 e 8 capoverso 1 LPP sono ridotti in misura corrispondente alla percentuale di rendita cui hanno diritto.